

Anonym

Abortomsorg til kvinner som gjennomgår provosert abort

- Hva bør sykepleier vektlegge?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7477

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2021

Anonym

Abortomsorg til kvinner som gjennomgår provosert abort

- Hva bør sykepleier vektlegge?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7477

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Provosert abort er et omdiskutert, stigmatisert og tabubelagt tema i samfunnet. For mange kvinner medfører det vanskelige følelser knyttet til avgjørelsen om abort. Som sykepleier har man en aktiv rolle i prosedyren rundt medisinske aborter. Likevel er det lite eller ingen fokus på dette fagområdet gjennom sykepleierutdanningen. Som følge av restriksjoner under Koronapandemien året 2020-2021, måtte kvinner møte opp alene til aborter på sykehus, uten mulighet for følge av pårørende. Dette kan aktualisere relevansen for sykepleie i større grad.

Hensikt: Belyse hva sykepleier gjennom sine gjerninger innen abortomsorgen kan gjøre for at kvinner som gjennomgår en provosert abort, skal kunne forlate avdelingen med selvspekten intakt. Sykepleiers mål er at opplevelsen skal være så identitetsbevarende som mulig.

Metode: Denne systematiske litteraturstudien er basert på ni utvalgte forskningsartikler.

Resultat: Stigmatisering og hemmelighold var gjennomgående for flere av kvinnene i forskningen. Under selve abortingrepet fremkom det at sykepleiere har ulikt fokus på ivaretagelsen av kvinners behov, men at særlig det fysiske aspektet dominerte over det psykiske rundt aborten. For de fleste av kvinnene var opplevelsen av støtte essensielt, både fra sosialt nettverk og sykepleierne i avdelingen. Erfaringer fra sykepleiere viser også til varierende utfordringer og handlinger innen abortomsorgen.

Konklusjon: Sykepleiere ved gynekologiske avdelinger skal ivareta mange og ulike behov hos kvinnen i det lille tidsrommet hun er der. Hver kvinne takler en abort individuelt, og krever at sykepleier har et personorientert fokus. Press fra organisatoriske faktorer, viser at det som sykepleier kan være krevende å sjonglere mellom de ulike pasientene og mange arbeidsoppgavene, i tillegg til å holde egne følelser rundt abort under kontroll. Betydningen av et godt arbeidsmiljø, samt gode rutiner og praksiser innen abortomsorgen, er belyst i denne litteraturstudien.

Nøkkelord: provosert abort, omsorg, sykepleie

Abstract

Background: Induced abortion, or medical termination of pregnancy, is a stigmatized and taboo subject in the society. For several women the decision of the abortion is connected to difficult feelings. Nurses do have an active role during the medical procedures of abortions, but yet there is a lack of focus on abortions during the nurse education. As a result of the Corona pandemic during the year 2020-2021, women had to show up to their abortions alone. The relevance of nursing could be even more considerable.

Intention/aim: To illuminate what nurses working in the abortion care can do to make women leave the hospital with their self-respect intact. The aim of the nursing is to make the experience as identity preserving as possible.

Method: This literature study is based on nine chosen research articles.

Results: Social stigma and secrecy were common for many of the women participating in the studies. During the abortion, it emerged that nurses have different focuses when it comes to the care of women's needs, in particular that the physical aspect dominated over the psychological surrounding the abortion. For most women the experience of support was essential, both from social network and nurses as well. Experiences from nurses also show a variation in challenges and actions within the abortion care.

Conclusion: Nurses in gynecological wards have to care for many, and different needs of the woman in her short period of stay at the hospital. Every woman handles an abortion differently, and it requires that the nurse has a patient-oriented focus. Pressure from organizational factors shows that it, as a nurse, can be challenging to juggle between different patients and a heavy workload, in addition to holding their own emotions surrounding the abortion under control. The importance of a positive work environment, as well as good routines and practices within the abortion care is elucidated in this literature study.

Keywords: induced abortion, medical termination of pregnancy, abortion care, nursing

Innhold

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | Innledning | 6 |
| 1.1. | Innledning til tema og bakgrunnskunnskap | 6 |
| 1.2. | Teori | 8 |
| 1.2.1. | Stigmatisering, skam og skyld | 8 |
| 1.2.2. | Møtet mellom pasient og sykepleier | 8 |
| 1.2.3. | Kari Martinsens omsorgsteori | 9 |
| 1.2.4. | Stress og mestring | 10 |
| 1.2.5. | Sykepleie som profesjon | 10 |
| 1.3. | Formål og problemstilling | 12 |
| 2. | Metode | 13 |
| 2.1. | Beskrivelse av metode | 13 |
| 2.2. | Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 13 |
| | Tabell 2.1. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier | 13 |
| 2.3. | Søkestrategi | 14 |
| 2.4. | Vurdering av artikler | 15 |
| 2.5. | Analyse | 15 |
| | Figur 2.1. Analysemodell | 15 |
| | Tabell 2.2. Søketablell | 16 |
| 3. | Resultater | 19 |
| | Figur 3.1. Artikkelmatrise | 19 |
| 3.1. | Stigmatisering og hemmelighold | 23 |
| 3.2. | Fysiske behov over psykiske behov | 24 |
| 3.3. | Støtte blant kvinner som gjennomgår provosert abort | 24 |
| 3.4. | Sykepleieres erfaringer med å jobbe innen abortomsorgen | 25 |
| 4. | Diskusjon | 27 |
| 4.1. | Betydningen av en ikke-dømmende holdning | 27 |
| 4.2. | Å møte kvinners ulike behov i abortomsorgen | 29 |
| 4.3. | Støtte og koronapandemien | 30 |
| 4.4. | Metoderefleksjon | 31 |
| 4.5. | Konklusjon | 32 |
| | Referanser | 33 |

1. Innledning

1.1. Innledning til tema og bakgrunnskunnskap

Abort er et omdiskutert tema både politisk og i media. Loven om svangerskapsavbrudd kom i 1975. Kvinner kan i dag ta selvbestemt abort innen utgangen av uke 12 i svangerskapet. Etter uke 12 må kvinnen søke om abort i nemd, og må være begrunnet i forhold som angår kvinnens helse, barnets helse eller svangerskap omtalt under straffeloven, nedfelt etter §2a-e i abortloven (Abortloven, 1975, §2). Abortloven har flere ganger vært tatt opp til debatt blant politikere og Norges befolkning. I 2018 ble det fremmet forslag om å innskrenke retten til selvbestemt abort, og det var store demonstrasjoner landet over. Nå dreier imidlertid den pågående debatten seg om å utvide dagens abortgrense fra uke 12 til uke 18 eller 22 (Lønnå & Garvik, 2021)

Det er ingen tvil om at selvbestemt abort, eller provosert abort som det videre vil bli omtalt som, er et tabubelagt og stigmatisert tema i samfunnet. Kvinner som gjennomgår provosert abort opplever ofte følelser som skam og skyld, og kan ha vansker med å snakke om både selve aborten og om følelsene knyttet til den (Opsahl, 2013). Gjennom sykepleierutdanningen er det lite fokus på abort, men er noe man som sykepleier vil kunne måtte forholde seg til, særlig ved eksempelvis gynekologiske avdelinger eller helsestasjoner. Som sykepleierstudent på en gynekologisk avdeling ved et middels stort sykehus i Norge, har jeg selv møtt kvinner som har gjennomgått provosert abort, og fått et innblikk i sykepleiers rolle i møte med kvinnene.

I 2020 ble det i Norge gjennomført 11081 svangerskapsavbrudd, der 95,4 prosent var selvbestemte (Folkehelseinstituttet, 2020). Provosert abort kan gjennomføres medisinsk eller kirurgisk, der medisinsk abort er den mest brukte metoden i Norge (Jerpseth, 2017, s.160). Det er derfor denne metoden jeg velger å ta utgangspunkt i. Kvinner står fritt til å gjennomføre aborten enten på sykehus eller hjemme. Dersom kvinnen ønsker å gjennomføre aborten i hjemmet, kreves det blant annet at hun er frisk, svangerskapet er under ni uker og at hun kan ha en voksen person sammen med seg (Helsenorge, 2020). For å kunne belyse interaksjonen mellom sykepleier og pasient, har jeg valgt å avgrense oppgavens omfang til kvinner som får gjennomført abort på sykehus. Det jeg vil sette oppmerksomhet på er dermed sykepleierens møte med pasienten som kommer til sykehuset på abortdagen.

Det siste året 2020-2021 har vært preget av en verdensomspennende pandemi. Koronapandemien har påvirket mye og mange, deriblant helsetjenesten i Norge. Som en del av tiltakene for å redusere spredning av viruset, har det i perioder gjennom hele pandemien vært strenge restriksjoner på landets sykehus, deriblant besøksrestriksjoner (Aamotsmo, 2021). Jeg erfarte at besøksrestriksjonene førte til at kvinnene ikke lenger fikk mulighet til å ha med seg noen under aborten, enten det ville vært partner, en venninne, et familiemedlem eller noen andre som sto dem nær. Kvinnene var allerede i en vanskelig situasjon, samtidig som de måtte håndtere abortinngrepet alene, uten støtte fra pårørende. Mangelen på støtte fra pasientens pårørende aktualiserer relevansen for sykepleie i større grad.

Som sykepleier har man et lite vindu i møte med kvinner som kommer for å gjennomføre abort. I løpet av 4-6 timer er det både fysiske og psykiske aspekter som skal ivaretas (Helsenorge, 2020), inklusive et moralsk møte. Som beskrevet av Per Nordtvedt i en artikkel på Sykepleien, er abort et uløselig moralsk dilemma som handler om å finne en balanse mellom rett til liv for den ene, og rett til autonomi for den andre (Nordtvedt, 2019).

1.2. Teori

1.2.1. Stigmatisering, skam og skyld

Stigmatisering er et begrep som brukes i sosiale sammenhenger ved å merke en gruppe mennesker på en negativ måte (Malt, 2020). For mange blir abort sett på som en sosialt uakseptabel hendelse og bidrar til å danne abortstigma. Det arter seg som negative holdninger og følelser knyttet til abort, og bidrar til lavere status hos kvinnene som gjennomfører abort. Sykepleiere og annet helsepersonell som arbeider med aborter, blir også påvirket av stigmaet som foregår i samfunnet. Dette stigmaet kan ses i media, politikken, ulike samfunnsnivåer og på et individuelt nivå (Austveg, 2017, s.101).

Det kan være mange grunner til at en kvinne velger å ta abort. Kirkman, Rowe, Hardiman, Mallett & Rosenthal (2009) peker blant annet på årsaker som at graviditeten kom på et feil tidspunkt i livet, utfordringer i kvinnens fysiske eller psykiske helse, økonomiske forhold eller par med mange barn fra før av. Til tross for at provosert abort er en rettighet norske kvinner har, er det likevel mange som føler at de må unnskyldes, eller skjules, valget sitt om abort (Opsahl, 2013). Følelser som skam og skyld kan oppstå når kvinnen sammenligner seg med de verdier og normer som finnes i samfunnet, og føler at hun har brutt grensen for hva som er akseptabel norm (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2014, s. 254). I motsetning til spontanabort, hvor kvinnen ufrivillig mister barnet sitt, er provosert abort et valg kvinnen selv har tatt og må stå til ansvar for. Mange uttrykker ambivalens rundt valget, og når kvinnen har bestemt seg for å gjennomføre aborten, kan følelsen av å måtte begrunne og unnskyldes valget, oppleves som en ekstra belastning (Opsahl, 2013). For enkelte hvor aborten oppleves som en lettelse, kan også det å uttrykke denne følelsen være vanskelig, fordi samfunnet forventer at de skal ha det ille (Jerpseth, 2017, s. 161).

For mange blir abort sett på som en stressende livshendelse, men kan også være en løsning på en stressende situasjon. Opplevelsen av en abort avhenger av hvordan kvinnen reagerer under aborten, og har betydning for følelser som kan oppstå i etterkant. Kvinner som opplever at abort står i strid med egne verdier, kan oppleve aborten og tiden etterpå som mer stressende (Opsahl, 2013).

1.2.2. Møtet mellom pasient og sykepleier

På abortdagen møtes pasient og sykepleier på gynekologisk dagavdeling. Der vil kvinnen få medikamentell behandling med prostaglandin som forbereder livmoren på å støte ut fostervevet (Jerpseth, 2017, s. 160). I løpet av tidsrommet kvinnen er på avdelingen, vil hun kunne oppleve å få sterke menstruasjonssmerter, kvalme og oppkast. Sykepleiers oppgaver er å administrere legemidler til aborten, observere blødninger underveis og administrere smertestillende medikamenter etter behov (Jerpseth, 2017, s. 162).

En annen del av sykepleien under abortinngrep er å støtte kvinnen i valget som er tatt. Jerpseth (2017, s.161) påpeker at det er svært viktig å vise forståelse og respekt for kvinnen. Sykepleiens grunnlag baserer seg på respekt for hvert enkelt menneskes liv og iboende verdighet, og skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for

menneskerettighetene (NSF, 2019). Å respektere noen handler om å behandle vedkommende som et menneske med et eget levd liv og ikke bare som en arbeidsoppgave. Det er tilknyttet evnen til å akseptere og tolerere andre til tross for forskjellige verdier, tanker og meninger. Sykepleiers holdninger og væremåte er betydelig for at pasienten skal oppleve å bli møtt med respekt og omsorg. Om en som sykepleier utfører de samme arbeidsoppgavene og rutinene daglig, kan det være lett å glemme at det for pasienten kan være første gangen. Pasientens møte med sykepleier kan oppleves upersonlig, og med mangel på å bli sett eller hørt (Kristoffersen & Nordtvedt, 2014, s.96-97). Personorientert kommunikasjon forutsetter aktiv lytting, åpenhet og anerkjennelse, og at en er oppmerksom og griper muligheter der pasienten uttrykker noe viktig for seg selv. Dette kan vise seg både indirekte eller direkte hos pasienten, og kan ses gjennom ordvalg, kroppsspråk, stemmebruk eller ansiktsuttrykk (Eide & Eide, 2018, s.16-17). Hvordan pasienten blir møtt kan ha betydning for opplevelsen pasienten sitter igjen med, og for videre forløp (Kristoffersen & Nordtvedt, 2014, s.97)

1.2.3. Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen er en norsk sykepleieteoretiker med omsorg som sin filosofi (Kristoffersen, 2014b, s. 247). Martinsen beskriver at omsorg er en sosial relasjon som har med forståelse for andre å gjøre. For at omsorgen skal oppleves ekte, må en nærme seg den andre med en anerkjennende holdning. Dette forholdet mellom mennesker innebærer en viss gjensidighet. Omsorgsarbeid innebærer ansvar og forpliktelse, og baserer seg derfor på en uegennyttig gjensidighet der en ikke forventer noe tilbake (Martinsen, 1989, s.73-75). Videre trekker Martinsen fram tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet; omsorgens relasjonelle, praktiske og moralske side (Kristoffersen, 2014b, s. 254).

Omsorgens relasjonelle side handler om at personen i en yrkesmessig relasjon er forpliktet til å yte hjelp til den andre. Sykepleier må her være villig til å sette seg inn i den andres situasjon gjennom engasjement og interesse, for å kunne forstå den andres behov. Tillit som en del av våre livsytringer som mennesker, er avgjørende innen den yrkesmessige omsorgen. Pasienter utleverer en del av seg selv, og forventer å bli imøtekommet av sykepleier. Dersom sykepleier opptrer på en likegyldig måte, kan pasienten oppleve at tilliten blir misbrukt, noe som utgjør en negativ grobunn for det videre tillitsforholdet (Kristoffersen, 2014b, s. 254-255). Ifølge filosofen Knud. E. Løgstrup fører den enes selvutlevering til den andres makt, og kan utnyttes til krenkelse og avvising. Den kan også føre til at den andre føler seg anerkjent og oppmuntret basert på den annens mottakelse (Martinsen, 1996, s. 86).

Den praktiske omsorgen innebærer ifølge Martinsen en praktisk handling. Sykepleiers kunnskap sett i sammenheng med egne erfaringer, kan bidra til å forstå den andres behov, og deretter handle på en omsorgsfull og hensiktsmessig måte. Martinsen fremhever også at å formidle det som skjer rundt pasienten på et dagligspråk fremfor fagspråk, kan være med på å anerkjenne pasienten (Kristoffersen, 2014b, s. 255-256).

Martinsen beskriver at omsorg og moral er nærstående. I enhver sykepleiesituasjon står sykepleieren overfor en moralsk utfordring om å handle til det beste for pasienten. Videre presenterer Martinsen, i samsvar med Løgstrup's tenkning, moralen som to sider; spontanitet og norm. Den spontane moralen arter seg som en handling til det beste for

andre, men når denne spontaniteten derimot har avtatt, må en forholde seg til moralen som norm. Mange sykepleiesituasjoner kan være kompliserte, og ulike overveielser og vurderinger må gjøres av sykepleieren. I enkelte tilfeller kan sykepleiers egne følelser hindre spontaniteten i handlinger, og fører til at handlingene blir gjort på grunn av den moralske plikten som følger med. Martinsen påpeker at sykepleier må kunne opptre med både spontan moral og normmoral. Det er betydelig for god sykepleie og for å ivareta medmenneskeligheten (Kristoffersen, 2014b, s. 257).

1.2.4. Stress og mestring

Stress er en opplevelse av fysiologiske og psykologiske reaksjoner i møte med belastende situasjoner (Kristoffersen, 2014a, s. 134). I definisjonen av psykologisk stress legges det vekt på at det for hver enkelt person vil være individuelt hva som oppleves som stressende eller ikke. Ofte er opplevelsen av stress sett i sammenheng med at en persons verdier og behov er truet, og at opplevelsen forsterkes desto sterkere disse står hos personen (Kristoffersen, 2014a, s. 143-144).

Ifølge Lazarus' stressmodell kan personlige faktorer hos en person påvirke hvilke mestringsmuligheter personen har. Som sykepleier kan en kartlegge faktorer som har betydning for pasientens mestring, og iverksette tiltak (Kristoffersen, 2014a, s. 149-150). Sykepleietiltak for å fremme mestring kan være å korrigere pasientens manglende kunnskap om den aktuelle situasjonen. Realistisk informasjon om det pasienten skal gjennom er viktig for å forberede pasienten på det som kommer, og den videre mestringen av dette. Ved at pasienten får ha en aktiv rolle i situasjonen, øker opplevelsen av kontroll, som igjen øker følelsen av mestring. I tillegg er det viktig å følelsmessig kunne bearbeide situasjonen på en aktiv måte, og sykepleier som en utenforstående samtalepartner kan være nyttig for at pasienten skal kunne redegjøre for sine tanker (Kristoffersen, 2014a, s. 155-156).

Et annet begrep som er nært beslektet med mestring, er resiliens. Det bygger på at enkelte personlige egenskaper, resiliensfaktorer, hos mennesker kan medføre at en håndterer stress eller kriser i livet bedre, uten vesentlig helsetap (Kristoffersen, 2014a, s. 160). En persons allmenne helsetilstand er en viktig del av håndteringen, og enkelte har en større sårbarhet for å påvirkes av stress. Personens opplevelse av kontroll er også av betydning. Sannsynligheten er større for at en person klarer å håndtere en krevende situasjon dersom personen opplever å ha kontroll og handlingsmuligheter, fremfor mangel på dette. I tillegg blir sosial støtte ansett som en viktig faktor innen mestring av stress (Kristoffersen, 2014a, s. 141).

1.2.5. Sykepleie som profesjon

I NSF's yrkesetiske retningslinjer står det beskrevet at sykepleier har ansvar for å ivareta pasienters verdighet og integritet, og derav retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til medbestemmelse, samt retten til ikke å bli krenket (NSF, 2019). De yrkesetiske retningslinjene utgjør en standard for utøvelsen av sykepleie, og er noe sykepleier må ha et avklart forhold til for å kunne opptre på en profesjonell måte. Dette

er også vesentlig for at pasienten skal kunne ha klare forventninger om den hjelpen som skal mottas. De handlinger som blir gjort skal vise til de grunnleggende verdiene i sykepleiefaget, og styres av etisk refleksjon (Kristoffersen & Nordtvedt, 2014, s.88). Dette med grunnlag i de viktigste etiske prinsippene i sykepleien; velgjørenhet, ikke å skade, respekt for autonomi, samt rettferdighet (Nordtvedt, 2012, s. 95).

For at sykepleier skal kunne svare til pasientens forventninger, kreves det kompetanse om både organisasjon og organisering (Orvik, 2004, s.16). Sammenhengen mellom arbeid og organisatoriske faktorer handler i stor grad om verdier. Sykepleierne på en avdeling kan sette individualisering høyt, mens den helseorganisatoriske driften er basert på standardisering og tidsrasjonering (Orvik, 2004, s.209). Det er stadig mer fokus på markedsproduktivitet av omsorgen i helsetjenesten, noe som gir økt press og konsekvenser for den individuelle omsorgen hos pasientene, så vel som at viktige faglige og etiske verdier undergraves (Kristoffersen & Nordtvedt, 2014, s. 122-123). Dette fører til at sammenhengen mellom arbeid og organisasjon svikter, og kan føre til at arbeidsgleden avtar. Arbeidsglede gjenspeiler motivasjonen hos sykepleiere, og er i stor grad knyttet til pasientomsorgen. Organisasjonskompetanse kommer her inn som en viktig faktor for å begrunne behovet for ressurser til pleie og omsorg, og for å bedre egne arbeidsvilkår og styrke arbeidsgleden (Orvik, 2004. s. 210-212).

Arbeidsmiljøet og kulturen på en avdeling er av betydning for sykepleiers holdninger og møte med pasienter. Det kan handle om åpenhet, faglig kvalitet og respekt for pasienter. Rutiner og praksiser i avdelingen er også av betydning for om pasienten blant annet føler seg trygg og ivaretatt, og godt nok informert (Eide & Eide, 2018, s.94). For å utstråle trygghet til pasienter, er det viktig at sykepleier er bevisst egen relasjonstrygghet. Sykepleier må tørre å kjenne på egne følelser og sårbarhet. Ved å ikke være åpen for egne reaksjoner og følelser, kan det medføre at det i møte med pasienten legges større vekt på å dekke egne behov, enn å dekke pasients. Viktigheten av et godt arbeidsmiljø spiller her inn, og det kan være behov for at sykepleiere skaper rom for å snakke ut om egne følelser og opplevelser (Thorsen, 2014, s.120).

1.3. Formål og problemstilling

Litteraturstudiets formål er å belyse hva sykepleier gjennom sine gjerninger innen abortomsorgen kan gjøre for at kvinner som gjennomgår en provosert abort, skal kunne forlate avdelingen med selvrespekten intakt. Sykepleiers mål er at opplevelsen skal være så identitetsbevarende som mulig. Med utgangspunkt i dette har jeg formulert problemstillingen;

«Hva bør sykepleier vektlegge i abortomsorgen til kvinner som gjennomgår provosert abort?».

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Denne oppgaven tar utgangspunkt i litteraturstudium som metode, noe som baserer seg på systematiske søk, kritisk gransking, analysering og valg av relevant forskning innen det valgte temaområdet (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s.27). Et slikt systematisk litteratursøk er blitt utført for å finne frem til den beste tilgjengelige kunnskapen for problemstillingen (Helsebiblioteket, u.å.b), og det ble funnet åtte forskningsartikler og én review-artikkel som var relevante. Fremgangsmåte og presentasjon av søk vil bli presentert videre i dette kapittelet.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 2.1. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|--|---|
| Provosert abort, hovedsaklig i første trimester | Spontanaborter, hjemmeaborter og kirurgiske aborter |
| Medisinsk abort på sykehus | |
| Europeiske land for overførbarhet til norsk helsevesen | |
| Engelsk språk på artiklene | |
| IMRAD-struktur på artikler | Provosert abort som følge av medisinske årsaker |
| Vitenskapelige artikler, tilgjengelig i fulltekst | |
| Kvalitative og kvantitative studier, review-artikkel | |
| Publiseringsårstall 2010-2021 | |
| Fagfelleverderte tidsskrift | |

2.3. Søkestrategi

For å finne de aktuelle vitenskapelige artiklene som belyser problemstillingen, ble det gjennomført søk i databaser funnet gjennom Helsebiblioteket. PubMed og CINAHL ble brukt. De valgte databasene ble brukt på grunnlag av deres helsefaglige fokus, der CINAHL har et særlig sykepleiefaglig fokus (Helsebiblioteket, u.å.a).

På PubMed ble det i første omgang gjennomført søk med følgende søkeord: «induced abortion», «unwanted pregnancy», «abortion care», «support», «psychological» og «experience». Disse ble kombinert på ulike måter med AND/OR. Ut ifra 32 treff, ble alle overskrifter lest, og abstraktet lest hos 5 av dem. Én artikkel ble funnet relevant. Ved to senere anledninger på samme database, ble det gjennomført søk med nye søkeord: «abortion», «emotional», «stigmatized» og «care», samt «medical termination of pregnancy» og «pain», «physical» og «physical needs». Dette for å kunne fange opp flere aspekter ved abortomsorgen. Ut ifra ulik kombinasjon med AND/OR ble det valgt to artikler. Grunnet høyt antall treff ved et av søkene, ble kun overskrifter lest, og den valgte artikkelen lest i fulltekst. Ved det andre søket ble alle abstrakter lest. For å belyse pårørendeperspektivet ble søkeordet, «partner», lagt til i det siste søket på PubMed. Også her ble det over 100 treff, og det ble derfor valgt å lese abstraktet på 4 av dem ut ifra overskriften, før det endte med én artikkel.

Det ble også forsøkt å gjennomføre søk på SveMed+ med samme søkeord, da dette er en database med litteratur fra skandinaviske tidsskrifter (Karolinska Institutet, u.å.). Det ble imidlertid ikke funnet artikler som samsvarte med inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Søkeord som tidligere ble benyttet på PubMed, med noen tilpasninger, ble så forsøkt på CINAHL. Dette resulterte i 26 artikler, der en av dem ble lest i sin helhet og funnet relevant for oppgaven. Ved et senere søk på CINAHL ble det, sammen med en kombinasjon av tidligere søkeord, søkt med ulike varianter av «nurse» og «experiences» for å belyse sykepleierperspektivet. Her ble det 92 treff, der abstraktet ble lest på 3 av dem, før én ble valgt. Viser til tabell 2.2. Søketablell, for utfyllende søkehistorikk.

Flere av artiklene ble ansett som høyst relevante for oppgaven, og referanselistene ble dermed gjennomgått for å kunne finne andre aktuelle studier. Dette resulterte i to nye artikler. Oversiktsartikkelen til Upadlhyay, U.D., Cockrill, K. & Freedman, L.R. (2010) ble funnet i referanselisten til Gould, H., Perrucci, A., Barar, R., Sinkford, D. & Foster, D. G. (2012), og studien til Kimport, K., Foster, K. & Weitz, T.A. (2011) ble funnet gjennom referanselisten til Nguyen B.T., Hebert, L.E., Newton, S.L., Gilliam, M.L. (2018).

Også den svenske studien til Georgsson, S. & Carlsson, T. (2019) var høyaktuell grunnet mangel på funn av europeiske studier. Dette resulterte i at det ble gjort en gjennomgang av forfatterne artikler, og en annen studie av Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist & Carlsson, T. (2019) ble da valgt. Se figur 3.1. Artikkelmatrikse, for oversikt over de valgte artiklene.

2.4. Vurdering av artikler

Norsk senter for forskningsdata (2019) ble benyttet for å kontrollere om de valgte artiklene var publisert i fagfelleverderte tidsskrifter. De ble vurdert til nivå 1 eller 2. I den videre kvalitetssikringen av artiklene, ble Helsebibliotekets (2016) sjekklister for kvalitative og kvantitative studier, samt oversiktsartikler, brukt.

Forskningen i de ulike artiklene baserer seg i utgangspunktet på kvalitativ metode, da kvalitativ forskning har som mål å fange opp meninger og opplevelser (Dalland, 2017, s.52). Basert på tema og problemstilling er det interessant å utforske sykepleieres og pasienters opplevelser knyttet til abortomsorgen, og er derfor en aktuell metode for denne litteraturstudien. I tillegg har fire av studiene inkludert kvantitative data og kombinert dette med kvalitative data. Kvantitativ metode fokuserer på data som er målbart (Dalland, 2017, s.52). Kombinert med kvalitative data, såkalt «mixed method», kan det gi en mer komplett forståelse for forskningstemaet (Andersen, 2017). Dette kan være gunstig for å blant annet belyse meninger, men også mer konkrete tall på forskjeller i sykepleien.

2.5. Analyse

Dette underkapittelet tar utgangspunkt i Evans´ (2002) analysemodell med hans fire trinn for analyse, samt fremstilling av data.

Figur 2.1. Analysemodell

| | |
|----------|--|
| Trinn 1: | Første steg handler om å samle aktuelle studier (Evans, 2002), og framgangsmåten min for å velge ut mine studier er utdypet i kapittel 2.3. Søkestrategi. |
| Trinn 2: | Steg to handler om å identifisere de viktigste funnene for hver studie (Evans, 2002). Jeg leste gjennom hver artikkel og plukket ut det mest relevante for min problemstilling. |
| Trinn 3: | Funnene skal så ses i sammenheng med de andre studiene og inndeles i tema og eventuelt undertema (Evans, 2002). Her så jeg på likhetene og ulikhetene på tvers av studiene, og laget hovedtema ut ifra funnene. |
| Trinn 4: | Analysen resulterte i fire hovedtemaer: stigmatisering og hemmelighold, fysiske behov over psykiske behov, støtte blant kvinner som gjennomgår provosert abort, og sykepleiers erfaringer med å jobbe innen abortomsorgen. Disse vil bli utdypet i kapittel 3. Resultater. |

Tabell 2.2. Søketabell

| Database | Dato | Søk | Søkeord | Avgrensning | Antall treff | Valgte artikler |
|----------|------------|-----|--|--------------|--------------|-----------------|
| PubMed | 26.04.2021 | S1. | (Induced abortion) OR (unwanted pregnancy) | | 50634 | |
| | | S2. | ((Abortion care) AND (support)) AND (psychological)) AND (experience) | | 168 | |
| | | S3. | S1. AND S2. | År 2010-2021 | 32 | 1 (B) |
| | 03.05.2021 | S1. | ((abortion) AND (emotional)) AND (stigmatized) AND (care) | År 2010-2021 | 10 | 1 (A) |
| | 10.05.2021 | S1. | (induced abortion) or (medical termination of pregnancy) | | 49430 | |
| | | S2. | ((pain) AND (physical)) OR (physical needs) | | 307549 | |
| | | S3. | S1 AND S2 | År 2010-2021 | 143 | 1 (F) |
| | 11.05.2021 | S1. | ((support) AND (abortion)) AND (experiences)) AND (partner) | | 249 | |
| | | S2. | S1. | År 2010-2021 | 135 | 1 (E) |
| CINAHL | 01.05.2021 | S1. | ("abortion" OR "abortion patient" OR "induced abortion") | | 20095 | |
| | | S2. | ("emotional support") | | 8368 | |
| | | S3. | ("care") | | 1468820 | |
| | | S4. | S1 AND S2 AND S3 | År 2010-2021 | 26 | 1 (C) |
| | 03.05.2021 | S1 | ("nurse OR nursing OR nurses") | År 2010-2021 | 434299 | |

| | | | | | | |
|--|--|-----|---|--------------|--------|-------|
| | | S2. | ("induced abortion OR termination of pregnancy") | År 2010-2021 | 7678 | |
| | | S3. | (MH "Work Experiences") OR "experiences" OR (MH "Job Experience") | År 2010-2021 | 269416 | |
| | | S4. | S1 AND S2 AND S3 | År 2010-2021 | 92 | 1 (D) |

Inkluderte artikler:

- A. Austbury-Ward, E., Parry, O. & Carnwell, R. (2012). Stigma, Abortion, and Disclosure – Findings from a Qualitative Study. *Journal of sexual medicine, 2012-12, Vol.9 (12), p.3137-3147.* <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02604.x>
- B. Stålhandske, M. L., Ekstrand, M. & Tydén, T. (2011). Women´s existential experiences within Swedish abortion care. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology, 2011-03, Vol.32 (1), p.35-41.* <https://doi.org/10.1111/aogs.12959>
- C. Gould, H., Perrucci, A., Barar, R., Sinkford, D. & Foster, D. G. (2012). Patient Education and Emotional Support Practices in Abortion Care Facilities in the United States. *Women's health issues, 2012, Vol.22 (4), p.e359-e364.* <https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.04.003>
- D. Nicholson, J., Slade, P. & Fletcher, J. (2010). Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses. *Journal of advanced nursing, 2010-10, Vol.66 (10), p.2245-2256.* <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05363.x>
- E. Nguyen, B. T., Hebert, L. E., Newton, S. L. & Gilliam, M.L. (2018). Supporting Women at the Time of Abortion: A Mixed-Methods Study of Male Partner Experiences and Perspectives. *Perspectives on sexual and reproductive health, 2018-06, Vol.50 (2), p.75-83.* <https://doi.org/10.1363/psrh.12059>
- F. Georgsson, S. & Carlsson, T. (2019). Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients. *Journal of advanced nursing, 2019-11, Vol.75 (11), p.3006-3017.* <https://doi.org/10.1111/jan.14132>

3. Resultater

Totalt 9 artikler ble inkludert i denne litteraturstudien, derav 8 forskningsartikler og 1 oversiktsartikkel. Disse er nærmere presentert i figur 3.1. Artikkelmatrikse. Studiene viste at opplevelse av stigmatisering og hemmelighold var gjennomgående for flere av kvinnene. Under selve inngrepet fremkom det at sykepleierne hadde et større fokus på kvinnenes fysiske behov, fremfor deres psykiske behov. For de fleste av kvinnene var opplevelsen av støtte essensielt i forbindelse med aborten, både fra deres sosiale nettverk, men også fra sykepleierne i avdelingen. Det er også inkludert resultater som viser erfaringer sett fra sykepleiernes perspektiv i abortomsorgen.

Figur 3.1. Artikkelmatrikse

| Referanse | Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål | Metode | Resultat | Kommentar og relevans |
|---|---|--|--|---|
| Austbury-Ward, E., Parry, O. & Carnwell, R. (2012). Stigma, Abortion, and Disclosure – Findings from a Qualitative Study. <i>Journal of sexual medicine, 2012-12, Vol.9 (12), p.3137-3147.</i> https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02604.x | Undersøker kvinners opplevelse av abortomsorg. | Kvalitativ studie med semi-strukturerte dybdeintervju med 17 kvinner i alderen 22-57 år som har gjennomgått lovlig provosert abort. Intervjuene ble gjennomført mellom alt fra to uker og 37 år etter aborten. | Kvinnene i studien opplevde abort som høyt tabubelagt og personlig stigmatiserende. Disse opplevelsene ble sett lenge etter den gjennomførte aborten, og ble påvirket av respons fra familie og venner, helsepersonell, samt samfunnet forøvrig. | Denne artikkelen er relevant for oppgaven da den belyser hvordan kvinner opplever å gjennomgå en abort, og hvordan stigmatisering og respons fra samfunnet kan påvirke dem. |
| Stålhandske, M. L., Ekstrand, M. & Tydén, T. (2011). Women´s existential experiences within Swedish abortion care. <i>Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology, 2011-03, Vol.32 (1), p.35-41.</i> | Undersøker svenske kvinners erfaringer med abortomsorgen relatert til deres behov for psykisk og emosjonell støtte. | Kvalitativ studie med individuelle semistrukturerte dybde-intervju og besvarelse av spørreskjema. Ble gjennomført med 24 kvinner som tidligere har opplevd uønsket graviditet og gjennomgått abort. | Kvinnene i studien hadde like erfaringer med abortomsorgen, men uttrykte forskjellige behov. Svensk abortomsorg ble beskrevet som rasjonell og nøytral, hvor fysiske behov dominerte fremfor psykiske. | Relevant for oppgaven grunnet studiens fokus på hvilke behov sykepleier ivaretar hos kvinner under en abort. |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.545457 | | | | |
| <p>Upadlhyay, U.D., Cockrill, K. & Freedman, L.R. (2010). Informing abortion counseling: An examination of evidence-based practices used in emotional care for other stigmatized and sensitive health issues. <i>Patient education and counseling</i>, 2010, Vol.81 (3), p.415-421.</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.026</p> | <p>Belyser ivaretagelsen av behovet for psykisk og emosjonell støtte innen abortomsorgen.</p> | <p>Oversiktsartikkel basert på artikler som omhandler praksiser brukt innen psykisk støtte og stigmatiserte områder innen helse. Resultatet fra de valgte artiklene ble så analysert og knyttet opp mot abortomsorgen.</p> | <p>Det ble funnet ni ulike praksiser brukt for å fremme mestring og psykososial helse. De gikk blant annet ut på at helsepersonell var bevisste sin egen holdning, ga rådgivning og støtte i grupper, samt oppmuntret til brukermedvirkning. De støttet også beslutninger og ga råd om videre støtte på internett og gjennom telefonisk rådgivning.</p> | <p>Nyttig for oppgaven da den belyser hvordan praksiser brukt for å håndtere andre stigmatiserte områder innen helse, kan implementeres i abortomsorgen.</p> |
| <p>Gould, H., Perrucci, A., Barar, R., Sinkford, D. & Foster, D. G. (2012). Patient Education and Emotional Support Practices in Abortion Care Facilities in the United States. <i>Women's health issues</i>, 2012, Vol.22 (4), p.e359-e364.</p> <p>https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.04.003</p> | <p>Utforsker hvordan pasientopplæring og emosjonell støtte blir praktisert i ulike abortklinikker.</p> | <p>Mixed method-studie som gjennomførte telefonintervjuer med 27 abortklinikker i USA.</p> | <p>Flertallet rapporterte at sykepleierne var opptatt av pasientens psykiske helse og psykososiale behov under abortprosessen. Å være pasient-sentrert, støttende, ha en ikke-dømmende holdning og være medfølende var sentrale temaer som gikk igjen. Sykepleiers oppgaver var blant annet å vurdere om kvinnene var sikre på sin beslutning, observere deres følelser og gi støtte.</p> | <p>Belyser sykepleiers støttende rolle innen abortomsorgen, samt hvilke faktorer som påvirker den omsorgen som gis.</p> |
| <p>Nicholson, J., Slade, P. & Fletcher, J. (2010). Termination of pregnancy services:</p> | <p>Studien undersøkte erfaringer rundt provosert abort blant sykepleiere</p> | <p>Mixed method-studie der det ble samlet data fra syv sykepleiere ved</p> | <p>Åtte overordnede tema var sentrale fra analysen:</p> | <p>Relevant grunnet studiens sykepleierperspektiv i abortomsorgen.</p> |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <p>experiences of gynaecological nurses. <i>Journal of advanced nursing</i>, 2010-10, Vol.66 (10), p.2245-2256. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05363.x</p> | <p>som jobber ved gynekologiske avdelinger.</p> | <p>gynekologiske avdelinger. Innhenting av data ble gjort via intervju og standardiserte spørreskjemaer.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aksept og forståelse for abort 2. Strategier for å håndtere ulike krav og utfordringer 3. Hva som blir gjort for pasientene 4. Jobbtilfredshet 5. Utfordringer knyttet til aksept av abort 6. Håndtering av varierende behov og krav fra pasienter 7. De mest krevende aspektene av sykepleierrollen 8. Betydningen av personlig erfaring | |
| <p>Kimport, K., Foster, K. & Weitz, T.A. (2011). Social Sources of Women's Emotional Difficulty After Abortion: Lessons from Women's Abortion Narratives. <i>Perspectives on sexual and reproductive health</i>, 2011-06-01, Vol.43 (2), p.103-109. https://doi.org/10.1363/4310311</p> | <p>Målet med studien var å undersøke hvordan relasjonelle, familiære og sosiale faktorer kan vanskeliggjøre en uønsket graviditet og abort hos kvinner.</p> | <p>Kvalitativ studie der 21 kvinner deltok i semi-strukturerte dybdeintervju over telefon. 14 av kvinnene ble rekruttert via samtale tjenester etter abort, mens 7 ble rekruttert gjennom et separat prosjekt som undersøkte kvinners opplevelser med abort.</p> | <p>To sosiale aspekter ved opplevelsen av abort var enten med på å danne, forverre eller redusere deltakernes negative emosjonelle opplevelse. De negative utfallene var basert på at kvinnen følte at valget ikke var fullt og helt hennes, og at hun følte at hun ikke hadde noe valg, eller at hun manglet en tydelig emosjonell støtte i etterkant av aborten.</p> | <p>Relevant for å belyse betydningen av opplevd støtte fra familie og sosialt nettverk blant kvinner som gjennomgår provosert abort.</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>Nguyen, B. T., Hebert, L. E., Newton, S. L. & Gilliam, M. L. (2018). Supporting Women at the Time of Abortion: A Mixed-Methods Study of Male Partner Experiences and Perspectives. <i>Perspectives on sexual and reproductive health, 2018-06, Vol.50 (2), p.75-83.</i> https://doi.org/10.1363/psrh.12059</p> | <p>Målet med studien var å undersøke hvordan menn ønsket å være involvert i abortprosessen, og hvorfor de valgte å bli med partneren sin.</p> | <p>Mixed method-studie med data hentet fra dybdeintervjuer og undersøkelser gjennomført hos 29 mannlige partnere til abortsøkende kvinner. Intervjuene ble gjennomført enten dagen aborten foregikk, eller innen 4 uker i etterkant. Mennene ble rekruttert til undersøkelsen på selve abortdagen.</p> | <p>Resultatene viser at partnerne til kvinnene som gjennomgikk abort, viste støtte gjennom praktiske eller emosjonelle handlinger. Flere av deltakerne oppga at de selv ikke ville valgt abort, men at de støttet partneren sin likevel, og anså det som viktig.</p> | <p>Denne studien er relevant da den utforsker hvor mange kvinner som opplever å få støtte av partner under en abort, samt hvilken støtte som gis og betydningen av den. Dette perspektivet er særlig relevant grunnet besøksrestriksjonene på sykehus under koronapandemien.</p> |
| <p>Georgsson, S. & Carlsson, T. (2019). Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients. <i>Journal of advanced nursing, 2019-11, Vol.75 (11), p.3006-3017.</i> https://doi.org/10.1111/jan.14132</p> | <p>Formålet med studien var å undersøke erfaringer med smerter og smertelindring under provoserte aborter.</p> | <p>Mixed method-studie som ble gjennomført via en spørreundersøkelse på internett. 185 kvinner bosatt i Sverige, deltok.</p> | <p>Smerteintensiteten ble av mange beskrevet som intens. Erfaringen med smertelindring ble beskrevet som utilstrekkelig og mange var misfornøyd både på grunn av lite effektiv behandling og uprofesjonelle sykepleiere. Mange opplevde også deres psykiske smerte som fysiske smerter, og følte seg uforberedt på hvor intenst det ville bli.</p> | <p>Relevant for min oppgave grunnet dens fokus på hvordan kvinnens fysiske behov blir ivare tatt under en abort, men også hvordan det kan påvirke psykiske behov.</p> |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist & Carlsson, T. (2019). Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study. <i>The European journal of contraception & reproductive health care</i>, 2019-09-03, Vol.24 (5), p.380-389. https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1647334</p> | <p>Formålet med studien var å avdekke bekymringer, frykt og hvor forberedte kvinner er til en provosert abort.</p> | <p>Kvalitativ studie basert på resultater fra en internett-basert spørreundersøkelse blant 185 svenske kvinner.</p> | <p>Bekymringene og frykten blant kvinnene var relatert til både det fysiske og psykiske aspektet ved provosert abort. Uforventede hendelser, samt dårlig behandling og støtte fra sykepleierne ble beskrevet. Kvinnene følte de manglet forberedende informasjon, og mange opplevde at den ikke stemte overens med deres egen opplevelse av aborten.</p> | <p>Denne studien er relevant for oppgaven da den belyser hvilke bekymringer og forventninger kvinner har til abortinngrepet, og kan bidra til å understreke sykepleiers informerende og støttende rolle.</p> |
|--|--|---|--|--|

3.1. Stigmatisering og hemmelighold

I to av studiene rapporterte pasientene om opplevelse av stigma og hemmelighold relatert til deres provoserte aborter. Mange opplevde at påvirkning fra nære relasjoner og samfunnet forøvrig førte til skyld og selvstigmatisering, og at deres aborter ble holdt hemmelig i frykt for å bli møtt med negative reaksjoner. Hemmeligholdet førte for mange til ensomhet og isolasjon, og en forverring av stigmaet (Kimport, Foster & Weitz, 2011; Austbury-Ward, Parry & Carnwell, 2012).

En studie av Georgsson, Krautmeyer, Sundqvist & Carlsson (2019) viser at stigmatisering og dømming fra sykepleiere er noe som er fryktet blant kvinner som skal gjennomgå en abort. Det dreier seg blant annet om hvilken type spørsmål de vil bli stilt, hvordan behandlingen oppleves, samt relasjonen til sykepleierne. Både i studien til Austbury-Ward et al. (2012) og Georgsson et al. (2019) ble kvinnene møtt med dårlige holdninger og mangel på respekt fra sykepleierne på avdelingen. For kvinnene var dette en uforventet opplevelse, da de hadde forventet en mer profesjonell opptreden fra sykepleierne.

Resultater fra Upadhyay, Cockrill & Freedman (2010), Gould, Perucci, Barar, Sinkford & Foster (2012) og Austbury-Ward et al. (2012) sine studier viser til hvordan interaksjonen

mellom sykepleiere og pasienter kan bli sett på som en mulighet til å overgå det opplevde abortstigmaet. Pasientene satte pris på å kunne snakke om aborten sin til en utenforstående og fremmed person, i omgivelser hvor de ikke ble dømt, og flere ble overrasket over den ikke-dømmende holdningen til sykepleierne (Austbury-Ward et al., 2012). I studien til Upadhyay et al. (2010) ble det belyst at sykepleier bør snakke om stigmaet. Ved å validere kvinnens følelser, henviser til ulike støttegrupper i etterkant, samt tilby nødvendig og riktig informasjon, bidro det til at kvinnene lettere kunne identifisere feilaktig og dømmende informasjon rundt abort.

3.2. Fysiske behov over psykiske behov

I en mixed method-studie av Georgsson & Carlsson (2019) ble det rapportert om kvinners opplevelse av smerte under en abort. På en skala fra 1-10, ble 4 den gjennomsnittlige scoren på hvor fornøyde kvinnene var med smertelindringen. 77 av deltakerne rapporterte om ineffektiv smertelindring, og smertene ble beskrevet som sterke og forferdelige. Enkelte begrunnet mangelen på tilfredsstillende smertelindring med at sykepleier ikke var nok tilstede. For noen av deltakerne var den psykiske smerten vel så ille som den fysiske smerten, og psykisk støtte var høyt verdsatt under aborten.

Gjennomgående i de to studiene av Georgsson & Carlsson (2019) og Georgsson et al. (2019), var mangelen på fullstendig informasjon om aborten, både rundt det praktiske og medisinske, samt fysiske og psykiske reaksjoner. Samtlige rapporterte også at informasjonen ikke stemte overens med deres egen opplevelse, eller var ulik fra sykepleier til sykepleier. For mange av kvinnene opplevdes smerten verre enn forventet (Georgsson & Carlsson, 2019).

Resultater fra Stålhandske, Ekstrand & Tydén (2011) og Georgsson et al. (2019) presenterte abortomsorgen som nøytral og rasjonell, der sykepleierne behandlet kvinnene på en måte som ikke imøtekom deres sårbare situasjon. Størsteparten av fokuset var på det medisinske og tekniske ved abortprosedyren, og flere var misfornøyde med mangelen på emosjonell respons fra sykepleierne. Flere av kvinnene opplevde abortomsorgen som distansert, noe som resulterte i at følelsene rundt aborten ikke dukket opp før enkelte av kvinnene hadde kommet hjem (Stålhandske et al., 2011).

I studien til Austbury-Ward et al. (2012) var det enkelte av deltakerne som så på den uplanlagte graviditeten og gjennomgåelsen av abort som en feiltakelse, og klarte å gå videre etterpå. For å bevare integritet og kontroll, ble det i studien til Stålhandske et al. (2011) påpekt at det var avgjørende for kvinnene å være involvert i selve abortprosessen. Dette ble eksemplifisert ved å holde fosteret etter aborten for å forsones seg med valget.

3.3. Støtte blant kvinner som gjennomgår provosert abort

Studiene til Upadhyay et al. (2010), Nicholson, Slade & Fletcher (2010) og Gould et al. (2012) understreker at relasjonen mellom pasient og sykepleier er av betydning for å støtte kvinnen under aborten. I oversiktsartikkelen til Upadhyay et al. (2010) blir det

lagt vekt på et forhold basert på varme, tillit, fortrolighet og lytting, for å fremme respekt og forståelse for pasienten. Det blir belyst at det av sykepleier krever en bevisstgjøring av egne holdninger og verdier, for å bidra til ikke-dømmende og trygge samtaler med pasienten. I studien til Gould et al. (2012) blir det belyst hvordan ulike praksiser kan brukes i abortomsorgen, og sammen med Upadhyay et al. (2010) sin artikkel, blir pasientsentrert omsorg beskrevet som viktig. I tillegg blir psykososial omsorg, i studien til Nicholson et al. (2010), beskrevet som et nøkkelpunkt i sykepleieres rolle i abortomsorgen. Sykepleierne oppga at det som betydde noe var at pasientene opplevde å bli lyttet til, brydd seg om og støttet, samt at de satt igjen med en god følelse i etterkant.

I Kimport et al. (2011) og Nguyen, Hebert, Newton & Gilliam (2018) sine studier blir opplevelsen av støtte fra partner og familie, belyst. Studien til Kimport et al. (2011) tar for seg hvordan en rekke kvinner opplevde mangel på støtte fra sine nærmeste under en provosert abort. Gjennomgående for kvinnene var opplevelsen av falsk støtte fra sine partnere, samt negative reaksjoner fra familiemedlemmer. Dette vanskeliggjorde for mange en allerede vanskelig situasjon.

Nguyen et al. (2018) sin studie presenterer støtte under abort, sett fra partners perspektiv. Resultatene viser at partnerne var involverte i abortprosessen, uavhengig av deres eget forhold til abort. Støtten dreide seg blant annet om å ta seg fri fra jobb for å kunne følge kvinnen, eller å søke etter informasjon og engasjere seg. Majoriteten strakk seg langt for å støtte sin partner, og flere ønsket blant annet å forhindre at partneren sin skulle føle seg alene under aborten. De understreket også at det kunne være lettere for kvinnene å snakke med sin partner, fremfor en ukjent sykepleier på avdelingen.

3.4. Sykepleieres erfaringer med å jobbe innen abortomsorgen

Studiene til Nicholson et al. (2010) og Gould et al. (2012) viser til erfaringer blant sykepleiere som jobber innen abortomsorgen. I studien til Gould et al. (2012) var deltakerne enige i at det var viktig å snakke med kvinnen rundt hennes følelser, forventninger og strategier for mestring av aborten. I Nicholson et al. (2010) sin studie beskrev sykepleierne at deres evne til å opptre empatisk og omsorgsfullt var essensielt i jobben deres.

Begge studiene viser enighet i at jobben deres som sykepleiere i abortomsorgen var preget av for lite tid til hver pasient og tung arbeidsmengde, samt utfordringer med å håndtere egne følelser knyttet til abort (Nicholson et al., 2010; Gould et al., 2012). Sykepleierne som deltok i studien til Gould et al. (2012) fortalte om problemer med å håndtere de mange prioriteringene og oppgavene som kreves av sykepleiere, samtidig som at det iblant kunne være vanskelig å ikke ha en dømmende holdning overfor pasientene. De oppga også mangel på et trygt sted å kunne snakke om følelsene sine.

I studien til Nicholson et al. (2010) oppga enkelte av sykepleierne at de ofte måtte holde sin egen tristhet eller frustrasjon skjult for pasientene under aborter. De opplevde også utfordringer med å skulle sjonglere mellom ulike pasienter med motstridende behov. Det var enighet blant sykepleierne om viktigheten av å dele sine erfaringer med andre, og

kommunikasjon mellom kollegaer. Arbeidserfaringen var også av betydning for å håndtere vanskelige situasjoner og i relasjonsbyggingen til pasientene. Samtidig påpekte sykepleierne at deres personlige holdninger var knyttet opp mot arbeidet, og at enkelte kunne oppleve å bli følelsesmessig avstumpet, og at omsorgen kunne bli for rasjonell.

4. Diskusjon

I dette kapittelet drøftes tidligere presentert teori og resultater fra forskning sammen med egne erfaringer, for å kunne besvare problemstillingen:

«Hva bør sykepleier vektlegge i abortomsorgen til kvinner som gjennomgår provosert abort?».

Implikasjoner for sykepleie vil bli belyst underveis i diskusjonskapittelet.

4.1. Betydningen av en ikke-dømmende holdning

Når kvinnen kommer til den gynekologiske avdelingen for å ta abort, er det ofte med følelsen av skam og skyld, og med abortstigmaet i lommen (Opsahl, 2013). Usikkerhet rundt hvordan ens nærmeste vil reagere på en abort, fører til at det ofte blir holdt hemmelig for å unngå negativ respons (Austbury-Ward et al., 2012). Til tross for at et slikt hemmelighold kan beskytte mot negative reaksjoner, kan det på den andre siden føre til en følelse av isolasjon og forverring av stigmaet (Kimport et al., 2011). På grunn av kvinners egen følelse av skam, oppstår det gjerne også en forventning om å bli møtt deretter av sykepleier på avdelingen (Austbury-Ward et al., 2012). Sett i lys av studien til Gould et al. (2012) kan imidlertid interaksjonen mellom sykepleier og pasient være en gylden mulighet til å eliminere noe av det opplevde abortstigmaet. Kari Martinsen påpeker at det å sette seg inn i den andres situasjon kan bidra til å forstå den andres behov og at å møte pasienten med åpenhet, bekreftelse og aktiv lytting, kan bidra til ivaretagelse av pasientens respekt (Kristoffersen, 2014b, s. 254-255). Dette kan ha betydning for opplevelsen kvinnen sitter igjen med både under og i etterkant av aborten. Martinsen presiserer også at pasienter står i en posisjon hvor de utleverer en del av seg selv, og at tillit til sykepleier er en avgjørende faktor (Kristoffersen, 2014b, s. 254). Ifølge Løgstrups tenkning fører denne selvutleveringen til at sykepleier får en viss makt, og sykepleier må være bevisst på at misbruk av makten kan føre til at tilliten svekkes. På den andre siden kan riktig bruk av makten føre til at pasienten opplever anerkjennelse (Martinsen, 1996, s. 86). Ved å bruke den makten en som sykepleier har til å bringe abortstigmaet fram i lyset, validere kvinnens følelser og gi korrekt informasjon om abort, kan det bidra til at feilaktig og dømmende informasjon eller holdninger til abort blir identifisert (Upadhyay et al., 2010).

Til tross for at flere av studiene belyste interaksjonen mellom sykepleier og pasient på en positiv måte, var det likevel studier som tok for seg kvinner som hadde opplevd å bli fordømt av sykepleierne under aborten (Georgsson et al., 2019). Dette står i kontrast til forventninger om en profesjonell opptreden fra sykepleiere, og samsvarer ikke med sykepleieres yrkesetiske retningslinjer som tidligere presentert. For det første kan dette bidra til å opprettholde abortstigmaet blant kvinner, og for det andre kan det svekke tilliten til både sykepleiere og helsevesenet forøvrig (Kristoffersen, 2014b, s. 254).

Organisasjonskultur og arbeidsmiljø kan være vesentlig for hvordan en pasient føler seg ivaretatt. En arbeidskultur preget av negative holdninger og mangel på respekt kan

smitte over på pasienten (Eide & Eide, 2018, s.94). På den andre siden kan det være faktorer i den helseorganisatoriske driften som gir konsekvenser for pasientomsorgen. Stadig mer standardisering og tidsrasjonering fører til større press blant sykepleierne, og kan undergrave viktige verdier og prioriteringer. I sin tur kan det legge en demper på sykepleiernes arbeidsglede og motivasjon, noe som vil gjenspeile seg hos pasientens opplevelse av omsorg (Orvik, 2004, s.210-212). Dette ble reflektert i studien til Gould et al. (2012) der sykepleierne uttrykte at deres arbeid var påvirket av å ikke ha nok tid til hver pasient og problemer med å håndtere de mange prioriteringene og arbeidsoppgavene. Også i Nicholson et al. (2010) sin studie var arbeidshverdagen til sykepleierne preget av en travel og tung arbeidsmengde. At sykepleierne har en tung arbeidsmengde kan forstås med at det er mye å gjøre, men det kan også forstås med at håndteringen av kvinners aborter kan være tunge i seg selv.

Abort er et moralsk dilemma (Nordtvedt, 2019). Som Kari Martinsen beskriver, står sykepleiere i enhver situasjon overfor en moralsk utfordring om å handle til det beste for pasienten (Kristoffersen, 2014b, s. 257). For å kunne ivareta pasientens rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, er det nødvendig at sykepleier har et avklart forhold til hvordan de yrkesetiske retningslinjene er integrert i sin egen praksis (Kristoffersen & Nordtvedt, 2014, s.88). Likevel kan det, som Martinsen påpeker, oppstå situasjoner der sykepleiers egne følelser står i veien for å utføre sine handlinger (Kristoffersen, 2014b, s. 257). I Nicholson et al. (2010) sin studie ble dette med å holde egne følelser under kontroll bemerket av sykepleierne. Også i studien til Gould et al. (2012) blir det nevnt at enkelte av sykepleierne iblant opplevde det som utfordrende å ikke skulle ha en dømmende holdning overfor pasientene, og erkjente vanskeligheter rundt sine egne følelser knyttet til abort. Som sykepleier må en være bevisst egen relasjonstrygghet, og innen abortomsorgen er nettopp det å tørre å kjenne på sine egne følelser og sin egen sårbarhet, viktig for at egne behov ikke skal overskygge pasientens (Thorsen, 2014, s.120). Artikkelen til Upadlhyay et al. (2010) understøtter betydningen av dette. En bevisstgjøring av egne holdninger og verdier som sykepleier innen abortomsorgen ble sett på som viktig for å kunne identifisere egne tanker og følelser rundt vanskelige situasjoner. På en slik måte kan en opptre med en mindre dømmende holdning, og ivareta pasientens behov for trygghet (Upadlhyay et al., 2010). Kommunikasjon og deling av erfaringer mellom kollegaer er av betydning for sykepleiere som jobber innen abortomsorgen (Nicholson et al., 2010). Å kunne snakke om egne følelser på en trygg måte var imidlertid noe som var savnet blant sykepleierne i studien til Gould et al. (2012). Dette kan understreke betydningen av et godt arbeidsmiljø der det gis rom for å snakke ut om egne følelser og opplevelser (Thorsen, 2014, s. 120).

Likevel kan erfaring som sykepleier være av betydning for abortomsorgen, så vel som medmenneskelige ferdigheter (Nicholson et al., 2010). Sykepleierne i studien til Nicholson et al. (2010) reflekterte over hvordan deres erfaring førte til mer kompetanse og selvsikkerhet, noe som kunne være en fordel i utfordrende situasjoner. Det ble likevel ikke lagt skjul på at arbeidet med abort var knyttet til deres personlige holdninger, noe som kunne endre seg med tiden. Flere ga uttrykk for at sykepleierne kunne bli følelsesmessig avstumpet i arbeidet sitt med abort, og at omsorgen kunne bli for rasjonell. Dette kan tolkes som at sykepleier stenger ute en del av sine egne følelser for å beskytte seg selv, eller at erfaring og tid har ført til mer robusthet.

4.2. Å møte kvinners ulike behov i abortomsorgen

At sykepleiere kan bli følelsesmessig avstumpet med rasjonell omsorg som resultat, kan ses i studien til Stålhandske et al. (2011). Abortomsorgen ble beskrevet som nøytral og rasjonell med fokus på det medisinske ved prosedyren (Stålhandske et al., 2011). I Upadlhyay et al. (2010) sin artikkel ble abortomsorgen opplevd som distansert, der fokuset heller lå på hvilke forholdsregler som forelå i etterkant av aborten, fremfor å snakke om følelsene knyttet til opplevelsen. Også i Georgsson et al. (2019) ble det beskrevet at sykepleierne behandlet kvinnene på en lite sensitiv måte som sto i kontrast til deres sårbare situasjon. Selve prosedyren rundt abort består av de samme medisinske oppgavene for hver kvinne. Som sykepleier i abortomsorgen kan det gjennom å gjøre de samme rutine daglig føre til at pasienten kun blir en arbeidsoppgave, og kan forårsake et upersonlig møte mellom sykepleier og pasient (Kristoffersen & Nordtvedt, 2014, s. 97).

Til tross for at det psykiske aspektet rundt abort ifølge kvinnene ble ivaretatt på en utilfredsstillende måte, opplevde også flere at deres fysiske behov ikke ble dekt (Georgsson et al., 2019). En av sykepleiers grunnleggende oppgaver i abortomsorgen, og som inngår som en del av rutinen til alle pasienter, er å administrere smertelindrende medikamenter etter kvinnens behov (Jerpseth, 2017, s.160). Likevel ble det i studien til Georgsson & Carlsson (2019) rapportert om utilfredsstillende smertelindring. Enkelte begrunnet dette med at sykepleier ikke var nok tilstede. For mange kan også smertene oppleves verre enn forventet og mange føler seg utilstrekkelig informert om både fysiske og psykiske reaksjoner relatert til aborten. Ulik informasjon gitt fra sykepleiere er også med på å skape usikkerhet rundt det som for mange allerede er en usikker situasjon (Georgsson et al., 2019).

Sett fra et sykepleierperspektiv kan det være krevende å skulle sjonglere mellom ulike pasienter som gjerne har motstridende behov. Sykepleiere må ofte snu om fra en situasjon til en annen med kort tid til hver interaksjon. Dette har jeg selv erfart i praksis, der en som sykepleier ofte kan ha tre ulike pasienter som skal gjennomføre en abort på samme tid. Det som gjerne skiller disse tre pasientene, er at de har ulike utgangspunkt i forkant av aborten, og kan med det ha ulike behov underveis (Kristoffersen, 2014a, s. 141). Abort kan for mange oppleves som en stressende opplevelse og kan forsterkes dersom kvinnen opplever at aborten står i konflikt med hennes verdier (Opsahl, 2013). Likevel kan det som oppleves stressende for én kvinne i forbindelse med abort, på den andre siden oppleves uproblematisk for en annen (Kristoffersen, 2014a, s. 143-144). Dette kan ses i lys av at mennesker har ulike personlige egenskaper og resiliensfaktorer som påvirker hvor godt en mestrer ting (Kristoffersen, 2014a, s. 141). Sykepleier med sin personorienterte kommunikasjon er her viktig for å fange opp hver enkelt pasients opplevelse av aborten. Ikke alle uttrykker sine behov på samme måte, og ved å være oppmerksom overfor det som viser seg indirekte hos kvinnen, kan sykepleier oppfatte og ivareta underliggende behov (Eide & Eide, 2018, s.16-17).

Sykepleiers rolle i å fremme mestring i abortomsorgen kan ta utgangspunkt i å kartlegge faktorer som er av betydning for mestring hos den enkelte kvinnen, for så å iverksette tiltak. Sykepleietiltak kan i den forbindelse dreie seg om å korrigere mangelfull informasjon om abort og forberede kvinnen på en realistisk måte (Kristoffersen, 2014a, s. 149, 155). Som Kari Martinsen påpeker i sin omsorgsteori kan det, fremfor å bruke fagspråk, være gunstig å formidle det som skjer rundt kvinnen med et forståelig og

tilpasset språk (Kristoffersen, 2014b, s. 255-256). Det er også viktig at det gis rom for at kvinnen kan få redegjøre for sine tanker og bearbeide sine følelser, og sykepleiers rolle som en utenforstående samtalepartner kan her være av betydning (Kristoffersen, 2014a, s. 156). Dette var savnet i studien til Stålhandske et al. (2011) der flere av kvinnene oppga at de kunne trenge hjelp til å håndtere følelsene sine og ende tankeprosessen rundt aborten. Også i studien til Georgsson et al. (2019) ble det påpekt at kvinnene savnet informasjon både om fysiske og psykiske reaksjoner knyttet til aborten. I studien til Gould et al. (2012) ble det på den andre siden bemerket at sykepleierne anså det som viktig å samtale med kvinnen om hennes følelser, forventninger og strategier knyttet til å mestre aborten.

Såfremt kvinnen ønsker det, kan også det å ha en aktiv rolle i sitt eget abortinngrep øke opplevelsen av kontroll og mestring (Kristoffersen, 2014a, s. 156). Dette ble eksemplifisert i Stålhandske et al. (2011) sin studie der flere av kvinnene var involverte i abortprosessen og at det å blant annet få se og holde fosteret i etterkant var en måte å forsones seg med valget på, og bevare sin integritet og kontroll. Dessuten ble det i artikkelen til Upadhyay et al. (2010) påpekt at å fremme aktiv brukermedvirkning kan føre til at pasienten åpner seg opp og tar til seg mer informasjon.

På den andre siden kan abort for mange være en løsning på en stressende situasjon i seg selv (Opsahl, 2013). Mange kan se på den uplanlagte graviditeten som en feiltakelse, og med det gå videre i livet (Austbury-Ward et al., 2012).

4.3. Støtte og koronapandemien

En annen viktig del av stressmestring er opplevelsen av sosial støtte (Kristoffersen, 2014a, s. 141). For mange kvinner er en partner involvert i abortprosessen og kan på mange måter være en viktig støttespiller. Uavhengig av deres eget forhold til abort ble det i studien til Nguyen et al. (2018) rapportert at partnerne til kvinner som gjennomgikk abort strakk seg langt for å vise støtte.

På den andre siden er det ikke alle som opplever å få støtte fra sine nærmeste. Det kan medføre at en allerede vanskelig situasjon oppleves enda vanskeligere (Kimport et al., 2011), og støtte fra sykepleier kan være mer betydelig. For sykepleierne i Nicholson et al. (2010) sin studie var nettopp psykososial omsorg en viktig del av abortomsorgen, og det ble forsøkt å gjøre det beste ut av en vanskelig situasjon. At pasientene kunne sitte igjen med en god følelse i etterkant var derfor vesentlig for sykepleierne i abortomsorgen.

Koronapandemien har imidlertid hatt sine følger for kvinners støtte under abort. Grunnet besøksrestriksjoner på landets flere sykehus (Aamotsmo, 2021), ble kvinnen fratatt muligheten til å ha med seg en støttepartner under abortinngrepet. Sykepleiers støttende rolle i abortomsorgen kunne på denne måten bli mer fremtredende. Som beskrevet i studien til Nguyen et al. (2018) var flere av mennene bekymret for at kvinnene skulle føle seg alene under aborten, og at det ville være lettere for kvinnen å åpne seg opp for partneren sin, fremfor en ukjent sykepleier. Dette understreker betydningen av åpenhet, aktiv lytting og anerkjennelse fra sykepleier (Eide & Eide, 2018, s. 16-17).

4.4. Metoderefleksjon

På grunn av problemstillingens omfang var det utfordrende å finne nyere forskning som stemte med inklusjons- og eksklusjonskriteriene for publiseringsårstall, og det ble derfor valgt flere studier fra år 2010-2012. Dette kan være en svakhet da resultatene kan være utdaterte, men med bakgrunn i egne erfaringer ble artiklene likevel funnet relevante for dagens problemstilling. I utgangspunktet ble det lagt vekt på kvalitative studier, da disse utforsker tanker, holdninger og meninger (Dalland, 2017, s.52-53). Likevel ble det valgt fire mixed method-studier som ble funnet relevante. På den ene siden viser de blant annet til statistikk over opplevd smerte hos pasientene under en abort, samt hvilke praksiser som var mest brukt blant sykepleiere i abortomsorgen. På den andre siden viser de også en dybdeforståelse for opplevelsen både hos pasientene og sykepleierne. Dette kan være en styrke da det gir en mer kompleks forståelse for informantene (Andersen, 2017).

For at omstendighetene og prosedyrene rundt abort skulle være mest mulig likt det norske helsevesenets, ble det forsøkt å velge studier fra Europa. Kun tre artikler, disse fra Sverige, ble imidlertid funnet, noe som kan være en svakhet for studien. Grensen for å gjennomføre abort i Sverige er også 18 uker (Stålhandske et al., 2011), noe som kan medføre en skjevhet i resultatet. Likevel var funnene overførbare basert på egne erfaringer fra praksisfeltet og teori, noe som kan være en styrke. Foruten disse var de andre studiene fra USA. Studiene ble imidlertid funnet interessante for problemstillingen, da de belyser tanker om hva sykepleier bør vektlegge i abortomsorgen, og hvilke praksiser som blir brukt for å ivareta kvinnen under en abort, noe som på mange måter kan og bør implementeres i norsk abortomsorg.

Ettersom koronapandemien var pågående under arbeidet med denne litteraturstudien, ble det ikke funnet forskning som faktisk kunne si hvordan kvinner med sine partnere ble påvirket av besøksrestriksjonene under aborter. Likevel anses egen praksis som en styrke for å kunne belyse dette.

4.5. Konklusjon

Sykepleiere ved gynekologiske avdelinger har et lite vindu i møte med kvinner som gjennomgår en abort. Hva sykepleier bør vektlegge i abortomsorgen til kvinner som gjennomgår provosert abort, er forsøkt utdypet i denne oppgaven. Resultater fra forskning viser at det er mange aspekter rundt en abort som skal ivaretas hos kvinnen på den korte tiden. Ikke bare er det fysiske påkjenninger, men også psykiske, i tillegg til påvirkninger fra sosialt nettverk og samfunnet forøvrig. Tidsrasjonering og standardisering kan også innen abortomsorgen, som sett i denne litteraturstudien, medføre at viktige behov og verdier hos kvinnen blir overskygget. For å kunne ivareta de ulike aspektene ved en abort, er organisatorisk kompetanse blant sykepleiere og godt samarbeid med ledelsen en viktig faktor. Likevel er det som vist i oppgaven, ingen fasit på hvordan kvinner opplever aborter, noe som krever at sykepleier har et personorientert fokus.

Som belyst kan sykepleiere innen abortomsorgen oppleve vansker med sine egne følelser og sin profesjonalitet. Dette viser til betydningen av å ha et avklart forhold til sine egne følelser rundt abort, og er noe sykepleier bør ha reflektert over før en begynner å jobbe innen abortomsorgen. Samtidig er arbeidsmiljøet på avdelinger som gjennomfører aborter, avgjørende for at det gis rom for å reflektere rundt egne tanker og følelser sammen med kollegaer. Dette for å kunne bekjentgjøre etiske og moralske aspekter og ivareta kvinnen på en så god måte som mulig under abort.

Mangel på korrekt og realistisk informasjon om abort kan forverre en allerede vanskelig situasjon for kvinnen. Dette viser til at forebygging av informasjonsmangel bør implementeres i større grad allerede i forkant av en abort. Dette hos eksempelvis gynekologiske poliklinikker eller helsestasjoner. Ulikhet i informasjonen som blir gitt, kan også forbedres ved å utarbeide bedre rutiner eller praksiser for å samkjøre sykepleieres informerende rolle.

Særlig under koronapandemien ble det erfart at sykepleiers støttende rolle kunne bli enda mer uttalt. Dette påpeker i sin helhet betydningen av å allerede ha utarbeidet gode praksiser for hva som bør vektlegges i abortomsorgen, for å kunne håndtere slike situasjoner på best mulig måte når de oppstår.

Referanser

Aamotsmo, T. (2021, 10. februar). *Helsepersonell i møte med pårørende under koronapandemien*. Oslo Universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/direktorens-stab/stab-fag-pasientsikkerhet-og-samhandling/helsepersonell-i-mote-med-parorende-under-koronapandemien>

Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd* (LOV-1975-06-13-50). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>

Andersen, J. (2017). «Mixed methods»-design i helseforskning. *Sykepleien forskning (Oslo), 2017-12 (64738)*, p.e-64738. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738>

Austbury-Ward, E., Parry, O. & Carnwell, R. (2012). Stigma, Abortion, and Disclosure – Findings from a Qualitative Study. *Journal of sexual medicine, 2012-12, Vol.9 (12)*, p.3137-3147. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02604.x>

Austveg, B. (2017). *Abort. En etisk argumentasjon* (1.utg.). Oslo: Humanist forlag

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing, 2003, Vol.20 (2)*, p.22-6. Hentet 21. Mai 2021 fra <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2020, 13.mars). *Fakta om abort (med 2020-tal)*. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>

Forsberg, C. & Wengstrom, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. utg). Stockholm: Natur & Kultur

Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist & Carlsson, T. (2019). Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study. *The European journal of contraception & reproductive health care*, 2019-09-03, Vol.24 (5), p.380-389. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1647334>

Georgsson, S. & Carlsson, T. (2019). Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients. *Journal of advanced nursing*, 2019-11, Vol.75 (11), p.3006-3017. <https://doi.org/10.1111/jan.14132>

Gould, H., Perrucci, A., Barar, R., Sinkford, D. & Foster, D. G. (2012). Patient Education and Emotional Support Practices in Abortion Care Facilities in the United States. *Women's health issues*, 2012, Vol.22 (4), p.e359-e364. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.04.003>

Helsebiblioteket. (u.å.a). *CINAHL*. Hentet 19.mai 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/cinahl?lenkedetaljer=vis>

Helsebiblioteket (u.å.b). *Litteratursøk*. Hentet 18. mai 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok>

Helsebiblioteket (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsenorge. (2020, 31.juli). *Abortmetoder*. <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/#medikamentell-abort>

Jerpseth, H. (2017). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H (Red.), *Klinisk sykepleie, Bind 2*. (5.utg., s. 133-165). Oslo: Gyldendal Akademisk

Karolinska Institutet. (u.å.). *Om SveMed+*. Hentet 19.05.2021 fra <https://svemedplus.kib.ki.se>

Kimport, K., Foster, K. & Weitz, T.A. (2011). Social Sources of Women's Emotional Difficulty After Abortion: Lessons from Women's Abortion Narratives. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 2011-06-01, Vol.43 (2), p.103-109. <https://doi.org/10.1363/4310311>

Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S. & Rosenthal, D. (2009). Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Archives of women's mental health*, 2009-12, Vol.12 (6), p.365-378. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0084-3>

Kristoffersen, N. J. (2014a). Stress og mestring. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg., s. 133-189). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2014b). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg., s. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J., Breievne, G. & Nortvedt, F. (2014). Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg., s. 245-280). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2014). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg., s. 83-127). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lønnå, E. & Garvik, O. (2021, 5. mai). Abortkampen. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/abortkampen>

Malt, U. (2020, 27.mai). Stigmatisering. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/stigmatisering>

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* (1.utg.). Oslo: Tano Aschehoug

Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg: Tre dialoger* (1.utg.). Oslo: Tano Aschehoug

Nguyen, B. T., Hebert, L. E., Newton, S. L. & Gilliam, M. L. (2018). Supporting Women at the Time of Abortion: A Mixed-Methods Study of Male Partner Experiences and Perspectives. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 2018-06, Vol.50 (2), p.75-83. <https://doi.org/10.1363/psrh.12059>

Nicholson, J., Slade, P. & Fletcher, J. (2010). Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses. *Journal of advanced nursing*, 2010-10, Vol.66 (10), p.2245-2256. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05363.x>

Nordtvedt, P. (2019). Kan tvillingabort forsvares etisk?. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 2019-04 (76319), p.e-76319. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.76319>

Nordtvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

NSD (Norsk Senter for Forskningsdata). (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet 04.05.2021 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 07.05.2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Opsahl, A. M. D. (2013). Får angst og depresjon etter abort. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 2013-06 (8), p.70-72. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0074>

Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid* (1.utg.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Stålhandske, M. L., Ekstrand, M. & Tydén, T. (2011). Women´s existential experiences within Swedish abortion care. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 2011-03, Vol.32 (1), p.35-41. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.545457>

Thorsen, R. (2014). Trygghet. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg., s. 105-126). Oslo: Gyldendal Akademisk

Upadlhyay, U.D., Cockrill, K. & Freedman, L.R. (2010). Informing abortion counseling: An examination of evidence-based practices used in emotional care for other stigmatized and sensitive health issues. *Patient education and counseling*, 2010, Vol.81 (3), p.415-421. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.026>

