

Bacheloroppgave

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

Kandidatnummer 10014

Selvbestemt abort

Det vanskelige valget

Antall ord: 7.900

Bacheloroppgave i sykepleie

Juni 2021



Norwegian University of
Science and Technology

Kandidatnummer 10014

Selvbestemt abort

Det vanskelige valget

Antall ord: 7.900

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: Forskning indikerer at en liten andel kvinner opplever psykiske helseutfordringer etter abort, og ambivalens til abortslutningen trekkes frem som én av risikofaktorene. Sykepleiere ser ut til å få et stadig større ansvar for abortkonsultasjoner, og denne studien ønsker å undersøke hvordan sykepleiere kan benytte en allerede eksisterende ressurs (abortkonsultasjonen) til å fremme helse hos disse kvinnene.

Hensikt: Å undersøker hvordan sykepleiere, gjennom støtte og veiledning i forberedende abortsamtaler og undersøkelser, kan bidra til å fremme helse hos kvinner som vurderer å ta abort. Problemstillingen er: *Hvordan kan sykepleier fremme helse i abortkonsultasjoner hos kvinner som vurderer selvbestemt abort?*

Metode: Studien er utformet som en allmenn litteraturstudie. Systematiske søk ble gjennomført, og 6 primærstudier, 1 oversiktsartikkel og 1 utforskende studie ble inkludert. Data ble analysert i henhold til de fire fasene som Evans (2002) foreslår i sin artikkel om syntese av kvalitative data.

Resultater: Resultatene viser at mange gravide kvinner opplever ambivalente følelser til å ta abort, og at tvil kan oppstå både før og under abortkonsultasjon. Kvinnene ønsker å ta autonome beslutninger, men søker likevel støtte fra sykepleiere i beslutningsprosessen. De samlede funnene viser at sykepleiere som jobber med abort bør ha gode kommunikasjonsevner, og at balansegangen mellom å avdekke ambivalens og samtidig være nøytral og ivareta kvinnenens autonomi, er krevende.

Litteraturstudien identifiserer 3 motstandsressurser fra Antonovskys teori om salutogenese, som ser ut til å være berørt hos kvinner som vurderer å ta abort: *Sosial støtte, egoidentitet og kunnskap og intelligens.*

Konklusjon: Abortkonsultasjon gir sykepleiere en unik mulighet til å identifisere og styrke kvinners motstandsressurser, slik at kvinnene kan oppleve økt mestringfølelse og styrket helse.

Innhold

1.	Innledning.....	6
1.1.	Introduksjon til tema og bakgrunnskunnskap.....	6
1.2.	Teoretiske perspektiver.....	7
1.2.1.	Klargjøring av nøkkelbegreper	7
1.2.2.	Antonovsky og salutogenese.....	8
1.2.3.	Travelbee og sykepleieprosessen	9
1.3.	Formål og problemstilling	9
2.	Metode	10
2.1.	Beskrivelse av metode	10
2.2.	Søkestrategi	10
2.3.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
2.4.	Utvalgelse av artikler	15
2.5.	Analyse.....	15
3.	Resultater	18
3.1.	Artikkelmatrise	18
3.2.	Presentasjon av resultater	21
3.2.1.	Ambivalens i abortbeslutning	21
3.2.1.1.	Kvinnernes føroverveielser	21
3.2.1.2.	Abortkonsultasjon	22
3.2.1.3.	Ultralydundersøkelse	23
3.2.1.4.	Nå eller aldri – Inntak av abortmedikamenter	24
3.2.2.	Kvinnernes autonomi i abortbeslutning	24
4.	Diskusjon	26
4.1.	Identifisering av ambivalens	26
4.1.1.	Implikasjoner for sykepleie.....	27
4.2.	Håndtering av ambivalens	27
4.2.1.	Kvinnernes behov i abortbeslutning	27
4.2.2.	Bevaring av kvinnernes autonomi	30
4.2.3.	Implikasjoner for sykepleie.....	30
4.3.	Styrker og svakheter	31
4.4.	Konklusjon	31
	Referanser.....	34

Tabeller

Tabell 1 PICO-skjema.....	10
Tabell 2 Søketablell	11
Tabell 3 Artikkelmatrise.....	18

1. Innledning

1.1. Introduksjon til tema og bakgrunnskunnskap

Provosert abort og psykisk helse har vært et kontroversielt tema innen forskning i mange år, og forskerne strides om de psykiske helseutfordringene som kan utløses av abort er betydelige nok til at de bør få oppmerksomhet (Reardon, 2018). En omfattende, amerikansk oversiktsartikkel fra 2018 indikerer at det er noen punkter forskerne er enige om; Kvinner som har tatt abort har høyere sannsynlighet for å utvikle psykisk sykdom enn kvinner som ikke har tatt abort, et lite antall kvinner vil få psykiske helseutfordringer som kan knyttes til aborten, og det finnes risikofaktorer som kan bidra til å identifisere kvinner som har økt risiko for psykiske helseutfordringer etter abort (Reardon, 2018).

En amerikansk rapport om abort og mental helse konkluderer med at både sorg, tristhet, følelse av tap og klinisk depresjon eller angst kan forekomme hos noen kvinner etter abort. Rapporten identifiserer 15 risikofaktorer som kan øke sjansen for psykiske helseutfordringer etter abort, blant annet ambivalens til abortbeslutningen, hemmelighold på grunn av stigma og tidligere psykisk sykdom (Major et al., 2008). Norsk veileder for gynekologi (2021) trekker frem at psykiske reaksjoner etter abort ikke er vanlig, men kan forekomme hos sårbare personer eller de som er ambivalente til abortbeslutningen (Bjørge et al., 2021).

I Norge har kvinner siden 1979 hatt lovfestet rett til *selvbestemt* abort inntil utgangen av 12. svangerskapsuke (Nesheim, 2015). Selvbestemt abort innebærer at gravide kvinner selv kan ta direkte kontakt med gynekologiske poliklinikker for abort, det foreligger ingen krav om begrunnelse for abortsøknaden, og aborten utføres gratis (Sex og samfunn, 2021). Abortloven (1975) tillater også abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke og frem til fosteret antas å være levedyktig, men i disse tilfellene stilles det krav om at abortsøknaden behandles av primærnemnd (Abortforskriften, 2001).

Et svangerskap som avsluttes kan ikke defineres som sykdom, men det er likevel et naturlig tema i sykepleie fordi det medfører omfattende tiltak og ressursbruk i regi av helsevesenet (Wyller, 2014). I 2020 ble det utført totalt 11 081 aborter i Norge, og 95,4% av disse var selvbestemte (Løkeland-Stai et al., 2021). De fleste av disse ble utført før 9. svangerskapsuke (84,6%). I tillegg ble over 1.000 ytterligere begjæringer om abort sendt inn, men trukket av kvinnene før aborten ble utført (Løkeland-Stai et al., 2021), noe som kan reflektere den vanskelige beslutningen som kvinnene står i. Det kan være mange ulike grunner til at kvinner velger å ta abort, og både psykiske, fysiske, sosiale og økonomiske forhold kan spille inn. Årsakene er ofte sammensatte, og for mange kvinner kan avgjørelsen være vanskelig og preget av ambivalens helt inntil aborten blir igangsatt (Jerpseth, 2016).

94% av selvbestemte aborter i 2020 ble utført medikamentelt (Løkeland-Stai et al., 2021). En medikamentell abort starter med en konsultasjon hos behandlende gynekologisk avdeling, hvor kvinnen får informasjon og gjennomgår en gynekologisk undersøkelse for å tidfeste svangerskapets varighet. «Journal ved begjæring av svangerskapsavbrudd» blir utfylt, og det er vanlig å gi tilbud om prevensjonsveiledning. Ifølge seksjonsleder ved en norsk gynekologisk poliklinikk varer selve abortsamtalen med

sykepleier normalt rundt ett kvarter, men sykepleierne bruker den tiden som trengs hvis kvinnen er i tvil (Hanger, 2018).

Dersom kvinnen vedholder sin beslutning om å ta abort, avsluttes konsultasjonen med at hun, der og da, inntar abortinitierende medikamenter (Bjørge et al., 2021) som hemmer videre vekst av fosteret og gjør livmormuskulaturen i bedre stand til å støte ut det befruktede egget (Norsk Helseinformatikk, 2020). 24-48 timer senere fullføres aborten medikamentelt, enten hjemme (inntil 10. svangerskapsuke) eller ved sykehuset. Alternativt kan abort utføres kirurgisk (Bjørge et al., 2021).

Medikamentell abort har i økende grad erstattet kirurgisk abort i Norge, siden metoden ble innført i 1998 (Løkeland-Stai, 2021). Denne endringen betyr at mye av ansvaret for abortprosessen har blitt flyttet fra leger til sykepleiere, både på poliklinikker og sengeposter (Kjelsvik et al., 2018b). Dette er også min erfaring fra hospitering ved en gynekologisk poliklinikk, hvor jeg fikk observere sykepleiernes ansvar i abortprosessen. Det var sykepleierne som tok imot kvinnene, gjennomførte abortforberedende samtale og veiledning, utformet begjæring om abort i samråd med kvinnene, og som administrerte de abortinitierende medikamentene på slutten av konsultasjonen.

På én norsk poliklinikk har sykepleierne også fått delegert ansvar for hele abortprosedyren ved medisinsk abort, inkludert ultralydundersøkelsen. Lege blir kun konsultert ved ekstraordinære hendelser (Kjelsvik et al., 2018b). Ifølge Abortloven (1975, § 1 - § 4) er det legen som har ansvaret for abortprosessen, men Helsepersonelloven (1999, § 5) tillater at ansvaret blir delegert til andre, som for eksempel sykepleiere, dersom det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Det er derfor ikke utenkelig at sykepleiere ved flere gynekologiske poliklinikker vil få økende ansvar for abortprosessen i fremtiden.

I Abortloven (1975, § 2) lovfestes kvinners rett til informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby ved uønsket svangerskap, og kvinnenes rett til selvbestemt abort innen utgangen av 12. svangerskapsuke. Abortforskriften (2001) utdyper at helsepersonell har plikt til å informere kvinner om denne retten og følge opp med informasjon og veiledning dersom kvinnene ønsker dette. Helsepersonell skal også informere kvinnene om andre sakkyndige instanser, ved behov. Forskriften påpeker at informasjon og veiledning skal gis på en objektiv måte og uten at helsepersonell gir uttrykk for sine personlige vurderinger (Abortforskriften, § 2). Gynekologisk veileder (2021) påpeker også at sykehuset har ansvar for tilbud om rådgivning (Bjørge et al., 2021). Det som lovverket og Gynekologisk veileder (2021) imidlertid ikke beskriver, ut over objektivitet, er hvordan denne informasjonen og veiledningen skal gis.

1.2. Teoretiske perspektiver

1.2.1. Klargjøring av nøkkelbegreper

Abort: I denne litteraturstudien vil begrepet *abort* kun omhandle provosert abort, med mindre annet blir spesifisert. Veileder for gynekologi (2021) definerer provosert abort som «et svangerskap som velges avbrutt i henhold til norsk lov» (Bjørge et al., 2021).

Ambivalens innebærer å ha flere og motstridende meninger om noe (Malt, 2018).

Autonomi betyr selvbestemmelse. Prinsippet om å legge til rette for pasienters autonomi bygger på troen på menneskets egne ressurser og deres rett til å selv velge det som er best for seg selv (Kristoffersen & Nortvedt, 2011).

Helsefremming defineres av WHO (1986) på følgende måte: «*Helsefremmende arbeid er den prosess som gjør den enkelte og samfunnet i stand til bedre å bevare sin helse*» (Mittelmark et al., 2018, s. 17). Ifølge sykepleieres yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere ansvar for å utføre en sykepleiepraksis som fremmer helse (Norsk Sykepleierforbund, 2019, pkt. 2.1).

Helse kan defineres både som fravær av sykdom, som en ressurs eller som velbefinnende. Jensen og Johnsen (2000) definerer helse som «*en følelse av livsmot og livsglede og evnen til å mestre livets ulike situasjoner. Helse er en følelse av sammenheng, det vil si en følelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfylthet*» (Larsen, 2018, s. 40). Denne definisjonen beskriver helse som ressurs, og er bygd på Antonovskys teori om salutogenese – Det som skaper helse (Larsen, 2018).

1.2.2. Antonovsky og salutogenese

Sosiologen Aaron Antonovsky regnes som salutogenesens far. Hovedbegrepet i Antonovskys teori om salutogenese er *Sence of coherence*, eller *Opplevelse av sammenheng* (OAS). OAS som fenomen består av de tre dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Haugan & Rannestad, 2018), og alle de tre dimensjonene fungerer i et gjensidig samspill. Hvordan pasienten opplever virkeligheten i form av begripelighet, håndterbarhet og mening, utgjør til sammen OAS og bidrar til grad av mestring, helse og velvære hos pasienten. Mening trekkes frem som den viktigste dimensjonen, fordi den innebærer følelser og motivasjon og kan derfor regnes som drivkraften i livet (Langeland, 2018). Helsefremmende sykepleie bør derfor strebe etter å støtte disse dimensjonene (Haugan & Rannestad, 2018).

Et annet viktig begrep i Antonovskys salutogenese er *motstandsressurser*. Dette er personlige og kollektive motstandsressurser som kan fremme mestring av spenning i krevende situasjoner. OAS og motstandsressursene fungerer i et gjensidig samspill. Hvis pasientens motstandsressurser styrkes, vil også OAS øke og pasientenes mestringsevne bli sterkere. Økt mestringsevne kan videre gjøre pasienten i bedre stand til å ta i bruk motstandsressursene sine (Langeland, 2018).

Antonovsky (1979) definerte motstandsressurser som «*enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning*» (Antonovsky, 1979, sitert i Langeland, 2018). Antonovsky identifiserte følgende 9 hovedområder for motstandsressurser: (1) Sosial støtte; (2) egoidentitet; (3) mestringsstrategier (4) kunnskap og intelligens; (5) kultur, (6) kontinuitet, oversikt og kontroll; (7) religion og verdier; (8) fysiske og biokjemiske motstandsressurser; og (9) materielle verdier. Antonovsky trekker frem sosial støtte og egoidentitet som de viktigste motstandsressursene (Langeland, 2018).

(1) *Sosial støtte* innebærer intime og emosjonelle bånd. Pasienter med nære bånd til andre har større evne til å løse spenning, og ofte er vissheten om tilgjengelig sosial støtte nok til å utgjøre en effektiv motstandsressurs. (2) *Egoidentitet* er en emosjonell ressurs og handler om pasientens opplevelse av seg selv. (3) *Mestringsstrategier* er pasientens «verktøy» for å håndtere situasjonen. (4) *Kunnskap og intelligens* er pasientens kognitive ressurser. Kunnskap kan gi økt innsikt og bidra til mer bevisste valg. Bevisste valg og handlinger kan videre øke opplevelsen av mestring og styrke pasientens identitet. (5) *Kultur* er det som gir hvert enkelt menneske en plass i verden. (6) *Kontinuitet, oversikt og kontroll* bestemmes av kulturen og samfunnet som pasienten er en del av. (7) *Religion og verdier* er motstandsressurser som gir retning og mening i

livet. (8) *Fysiske og biokjemiske motstandsressurser* kan være god fysikk, et sterkt immunsystem, o.l. Eksempler på (9) *materielle verdier* er ernæring, penger og bolig (Langeland, 2018).

1.2.3. Travelbee og sykepleieprosessen

Ifølge sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (2001) er det sykepleierens funksjon å hjelpe mennesker med å mestre og utholde sykdom og lidelse, når dette oppstår. Sykepleieprosessen, det vil si alt som sykepleieren gjør for og sammen med pasienten, er et verktøy som har til hensyn å hjelpe pasienten med å mestre og utholde disse erfaringene.

Sykepleieprosessen består av flere overlappende steg: Observasjon, tolkning, beslutningstaking, handling og vurdering av handlingene. Disse punktene anses som grunnleggende ferdigheter hos sykepleiere (Travelbee, 2001).

Observasjon er et middel som kan brukes for å bli kjent med pasienten som individ og første skritt på veien til å etablere et menneske-til-menneske-forhold. I dette steget utfører sykepleier en målrettet datasamling, ved å bruke sanseorganene og se, høre, lukte og føle. Et annet viktig aspekt ved observasjon er opplevelsen av den andre. Opplevelsen av den andre innebærer å fokusere på pasientens situasjon og omgivelser som en helhetlig kontekst, og at man ser hele mennesket og vedkommendes unike situasjon (Travelbee, 2001).

Tolkning innebærer at sykepleier tolker de observasjonene som har blitt gjort. Observasjon av at en pasient rynker på brynene kan for eksempel være en indikasjon på både smerte, bekymring, og depresjon. For å sikre at sykepleier tolker en observasjon riktig er det derfor viktig at hun søker om bekreftelse fra pasienten på at antakelsen er riktig, dersom dette er mulig (Travelbee, 2001).

Beslutningstaking betyr at sykepleier beslutter hvilke tiltak (sykepleiehandlinger) som er hensiktsmessige å sette inn, basert på tolkning av observasjonene og pasientens foreliggende behov (Travelbee, 2001)

Handling er å utføre de sykepleiehandlingene som sykepleier har kommet frem til i de foregående stegene (Travelbee, 2001).

Vurdering av handlingene innebærer at sykepleier vurderer kvaliteten eller effektiviteten på sykepleiehandlingene som har blitt utført. Vurderingen handler om hvordan bestemte mål for omsorgen skal nås, og evalueringskriteriet er i hvilken grad disse målene er nådd (Travelbee, 2001).

1.3. Formål og problemstilling

Forskning indikerer at en liten andel kvinner opplever psykiske helseutfordringer etter abort. Alle selvbestemte aborter i Norge starter med en abortkonsultasjon ved en gynekologisk avdeling, og denne konsultasjonen er en unik mulighet til å fremme kvinners psykiske helse etter abort, uten at det utløser behov for flere ressurser.

Hensikten med denne litteraturstudien blir derfor å undersøke hvordan sykepleiere, gjennom støtte og veiledning i forberedende abortsamtaler og undersøkelser, kan bidra til å styrke og bevare helse hos kvinner som vurderer å ta abort. På bakgrunn av dette undersøkes følgende problemstilling: *Hvordan kan sykepleier fremme helse i abortkonsultasjoner hos kvinner som vurderer selvbestemt abort?*

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Denne oppgaven er utformet som en allmenn litteraturstudie. En allmenn litteraturstudie kan også omtales som en forskningsoversikt, og den skal beskrive og analysere et utvalg av studier innenfor et kunnskapsområde, men ikke nødvendigvis på en systematisk måte (Forsberg & Wengström, 2015).

Proessen startet med å velge tema og gå gjennom aktuell faglitteratur på feltet, for å avdekke utfordringer som kunne belyses i oppgaven. Det ble også utført tilfeldige søk på forskningslitteratur, for å undersøke om faglitteratur og forskning belyste de samme utfordringene. Søkeresultatene indikerte at det var utarbeidet mye kunnskap om medisinske aspekter ved abort, men at det var utført færre studier om ivaretagelse av kvinners psykososiale behov før, under og etter abort. Oversiktsartikkelen til Reardon (2018) viste videre at forskere var sterkt splittet og uenige om de psykiske ettervirkningene av abort. På bakgrunn av dette ønsket jeg å undersøke om det var mulig å skape ny kunnskap i skjæringspunktet mellom abort og kvinners psykiske helse, og problemstillingen ble utarbeidet.

2.2. Søkestrategi

Før litteratursøket startet ble det laget PICO-skjema for å dele opp problemstillingen og strukturere aktuelle søkeord på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al., 2012). Skjemaet er presentert i tabell 1. Felt *C - Comparison* ble ikke fylt ut, da problemstillingen ikke innebærer sammenligning av grupper.

Tabell 1 PICO-skjema

P – Patient/problem	I – Intervention	C – Comparison	O – Outcome
Kvinner som vurderer å ta selvbestemt abort	Sykepleie under samtale og undersøkelse før selvbestemt abort		Å fremme helse før, under og etter selvbestemt abort
Induced abortion OR pre-abortion OR abortion on request	Support OR counselling OR guidance OR care		Well-being OR coping OR quality of life
	Nurse OR nursing OR nurse-patient-relationship		Health promotion

Databasene som ble brukt til litteratursøk var Cinahl, PubMed og PsychINFO. Cinahl ble valgt fordi den dekker sykepleiefaget, PubMed fordi den er tilknyttet Medline, verdens største database innen medisin, sykepleie, m.m., og PsychINFO fordi den kan belyse det psykologiske aspektet ved problemstillingen (Nortvedt et al., 2012). Søketablellen er presentert i tabell 2.

Det første litteratursøket ble utført i Cinahl, og det ble gjort ett søk for hver boks i PICO-skjemaet. Deretter ble søkene kombinert systematisk. Abort (S1) og sykepleie (S2) ble

inkludert i alle søkene, da dette er essensielt i problemstillingen. Søkene gav et lite antall treff, men ingen relevante artikler ble funnet. En stor andel av artiklene hadde overskrifter som dreide seg om abort og sykepleie, men undersøkte hovedsakelig sykepleiers belastning ved arbeid med abort. Dette er ikke relevant for problemstillingen, og det ble derfor besluttet å gjøre videre søk bredere ved å fjerne sykepleie fra søkene.

Videre søk ble gjort i alle de tre valgte databasene, med ulike kombinasjoner av søkeordene i PICO-skjemaet. I tillegg ble følgende søkeord lagt til i enkelte søk: *decision**, *ambivalen**, *women's experience* AND need**. Bakgrunnen for at *decision** og *ambivalen** ble valgt, var for å se om det var mulig å finne forskning som kunne belyse ambivalens som risikofaktor for psykiske helseutfordringer etter abort. Bakgrunnen for at *women's experience* AND need** ble valgt, var at mange forskningsartikler om abort handlet om helsepersonells opplevelser og følelser rundt abort, så dette var et forsøk på å finne kunnskap som kunne belyse kvinnenenes perspektiv.

Tabell 2 Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	03.05.2021	S1	(MH "Abortion, Induced+") OR (MH "Attitude to Abortion") OR "induced abortion OR pre-abortion OR abortion on request"		11 274	
		S2	"nurs*"		971 457	
		S3	(MH "Health Promotion+") OR "health promotion"		73 089	
		S4	(MH "Counseling+") OR (MH "Support, Psychosocial+") OR "support OR counselling OR guidance OR care" OR (MH "Decision Support Techniques+") OR (MH "Gynecologic Care") OR (MH "Nursing Care+")		448334	
		S5	MH "Psychological Well-being") OR (MH "Quality of Life+") OR "well-being OR coping OR quality of life" OR (MH "Wellness") OR (MH "Coping+")		189 628	

		S6	S1 AND S2 AND S3	Full Text 2010-2021 Peer Reviewed Danish/English/ Norwegian/ Swedish	1	0
		S7	S1 AND S2 AND S4	Full Text 2010-2021 Peer Reviewed Danish/English/ Norwegian/ Swedish	6	0
		S8	S1 AND S2 AND S5	Full Text 2010-2021 Peer Reviewed Danish/English/ Norwegian/ Swedish	45	0
Cinahl	04.05.2021	S1	(MH "Attitude to Abortion") OR (MH "Abortion, Induced+") OR "abortion"		20 140	
		S2	«decision*» OR (MH «Decision Making+») OR (MH "Autonomy+») OR (MH "Decision Support Techniques+»)		257 229	
		S3	S1 AND S2		1 946	
		S4	«ambivalen*»		3 542	
		S5	S3 AND S4		31	
		S6		2010-2021 Peer reviewed	18	3 (A, B, C)
Cinahl	06.05.2021	S1	(MH "Abortion, Induced+") OR "abortion"		20 143	
		S2	(MH "Psychological Well-Being") OR "well-being" OR (MH "Quality of Life+») OR (MH "Wellness")		186 941	

		S3	(MH "Support, Psychosocial+") OR "support"		437 022	
		S4	(MH «Counseling+») OR «counsel*»		88 735	
		S5	«guidance»		62 685	
		S6	«emotional support»		5 183	
		S7	(MH «Decision Support Techniques+») OR (MH "Decision Making+") OR "decision*"		242 861	
		S8	S3+S4+S5+S6+S7		738 480	
		S9	S1+S2+S8	2010-2021 Peer Reviewed Danish/English/Norwegian/Swedish	78	1 (D)
PsychINFO	04.05.2021	S1	Induced abortion.mp. or exp Induced Abortion/		2 274	
		S2	Exp Coping Style/or coping.mp. or exp Coping Behavior/ or exp "Stress and Coping Measures"/		85 348	
		S3	S1 AND S2		80	
		S4	Exp Nurses/ or exp Nursing/ or exp Health Care Services/ or nurs*.mp.		283 306	
		S5	S3 AND S4	2010-2021 Peer reviewed	7	1 (E)

PubMed	13.05.2021	S1	(pre-abortion OR induced abortion OR pregnancy termination) AND coping*	Free full text Journal article 10 years Danish/English/ Norwegian/ Swedish	16	0
PubMed	13.05.2021	S1	(pre-abortion OR induced abortion OR pregnancy termination) AND women's experience* AND need*	Free full text Journal article 10 years Danish/English/ Norwegian/ Swedish	179	2 (F, G)
Hånd søkt	April 2021					2 (H, I)

Inkluderte artikler:

- A. Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers. (2019). *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2135-2146. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733018819128>.
- B. Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. (2018). *JBIS Evidence Synthesis*, 16(7), 1537-1563. DOI: <http://dx.doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003344>.
- C. Walking on a tightrope – Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. (2018). *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 4192-4202. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14612>.
- D. Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study. (2020). *Sexual & Reproductive Healthcare*, 27, 100582. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582>.
- E. Informing abortion counseling: An examination of evidence-based practices used in emotional care for other stigmatized and sensitive health issues. (2010). *Patient Education and Counseling*, 81(3), 415-421. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.026>.
- F. Do women seeking termination of pregnancy need pre-abortion counselling? (2015). *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41(3), 181-185. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101161>.
- G. A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. (2017). *Social Science & Medicine*, 191, 109-116. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.010>.
- H. Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study. (2019). *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24(5), 380-389. DOI: <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1647334>.

- I. Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. (2018). *Health Care for Women International*, 39(7), 784-807. DOI: <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945>.

2.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det er utført mye forskning om abort (tabell 2), men abortlovgivningens restriktivitet og tilgang til medisinsk trygge aborter varierer fra land til land (Nesheim, 2015). En forutsetning for å inkludere studier var derfor at de har blitt utført i områder som har tilsvarende abortlovgivning og tilgang til trygg abort, som Norge.

Abort er et vidt begrep, og for å svare på problemstillingen ble kun artikler som omhandlet provosert og selvbestemt abort inkludert. I tillegg måtte artiklene hovedsakelig undersøke kvinnes perspektiv, og de måtte inneholde funn som var relevante for sykepleie i forberedelsene til abort. Artikler som undersøkte sykepleierperspektivet ble kun inkludert dersom de inneholdt funn som belyste problemstillingen.

For å sikre god kvalitet og oppdatert forskning på de utvalgte artiklene, ble kun fagfelleurderte artikler fra de siste 10 årene inkludert (Dalland, 2012). Av praktiske årsaker var det en forutsetning at artiklene var tilgjengelige i fulltekst og skrevet på engelsk eller skandinavisk språk.

2.4. Utvelgelse av artikler

Utvelgelse av artikler startet med å gjennomgå overskriftene på artikler som kom opp i søkeresultatene. Artikler som så ut til å ha relevans for problemstillingen ble plukket ut, og sammendragene til disse artiklene ble lest. Noen av artiklene viste seg å ikke ha relevans, for eksempel på grunn innhold som ikke var overførbart til norske forhold, eller fordi de ikke belyste kvinners perspektiv i abort.

To håndskrevne artikler ble også inkludert i oppgaven, fordi de er relevante for problemstillingen. Artikkel H ble funnet i den innledende fasen av oppgaven, gjennom tilfeldige litteratursøk. Artikkel I ble funnet ved gjennomlesing av kildelisten til artikkel C. Artikkel I og A benytter samme datamateriale og har noen felles forfattere, men har ulik tilnærming til analyse, og det ble derfor vurdert at de begge kan bidra med unike perspektiver for å belyse problemstillingen. I kapittel 3 og 4 er det tatt hensyn til at disse to studiene benytter samme datamateriale.

2.5. Analyse

I litteratursøket ble det valgt ut 6 primærstudier, 1 oversiktsartikkel og 1 utforskende studie. Kvalitative studier utgjorde størsteparten av datamaterialet, og artiklene ble derfor analysert, tematisert og bearbeidet i henhold til de fire fasene som Evans (2002) foreslår i sin artikkel om syntese av kvalitative data; (1) Å samle data, (2) identifisere nøkkelfunn, (3) oppdage tema på tvers av studiene og (4) beskrive fenomenet (Evans, 2002). Evans (2002) anbefaler videre at nøkkelfunn fra hver enkelt artikkel bør samles i ett dokument, for så å gruppere og kategorisere disse i områder med likheter. I denne litteraturstudien ble dette gjennomført ved å trekke ut tekst med nøkkelfunn fra hver av de inkluderte forskningsartiklene. Deretter ble alle funnene markert med ulike farger, ut ifra hvilke områder/fenomen de omhandlet. Videre ble det opprettet et nytt dokument

(vedlegg kan fremlegges ved forespørsel), hvor det ble laget tabeller som oppsummerer funnene for hvert enkelt tema (fargekode) som ble identifisert. I tabellene knyttes også hvert funn til sin respektive artikkel, for å lettere kunne avdekke likheter og ulikheter.

3. Resultater

3.1. Artikkelmatrise

Totalt 9 fagfellevurderte forskningsartikler ble inkludert i denne litteraturstudien. Artiklene er kort presentert i tabell 3. Studiene viste at spesielt to tema skilte seg ut: Kvinners ambivalens i beslutning om abort og kvinners autonomi i beslutningsprosessen.

Tabell 3 Artikkelmatrise

Tittel	Hensikt	Metode og utvalg	Resultat	Kommentar
A) Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers (Kjelsvik et al., 2019)	Å utforske opplevelsene til abortsøkende kvinner med ambivalente følelser til egen abort.	Kvalitativ metode. Norsk studie. Intervju av 13 kvinner (18-36 år), gravide i første trimester, før og etter abortbeslutning. Tematisk analyse av dialogisk narrativ.	Kvinnene ønsket å ta autonome avgjørelser, men involverte likevel helsepersonell i avgjørelsen. Helsepersonells håndtering av ambivalens ble delt i 3 tema: 1. Den respekterte kvinnen. 2. Den identifiserte kvinnen. 3. Den forlatte kvinnen.	Kvinnene søkte omsorg og støtte fra helsepersonell fordi abortvalget opplevdes tøft, ensomt, komplekst og moralsk utfordrende.
B) Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review (Petersen et al., 2018)	Å undersøke skandinaviske kvinners opplevelse av selvbestemt abort, samt selvrappørterte psykososiale og psykiske ettervirkninger etter aborten.	Systematisk oversikt. 6 kvalitative studier fra Sverige, med til sammen 80 deltakere, ble inkludert. Kvalitativ metasyntese av data.	De fleste kvinnene opplevde ambivalente følelser både før og etter abort, men anså abort som et åpenbart valg av praktiske og eksistensielle årsaker. De var også engstelig for både den fysiske og	Helsepersonells tilnærming til kvinnenens fysiske behov er beskrevet som god og profesjonell, men med lite eller ingen fokus på emosjonelle og eksistensielle behov. Funnene antyder at det bør tilrettelegges for at helsepersonell kan yte abortpleie

			psykiske belastningen en abort kunne medføre.	som møter kvinners fysiske, psykiske og eksistensielle behov.
C) Walking on a tightrope – Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester (Kjelsvik et al., 2018b)	Å utforske helsepersonells møter med kvinner som er usikre på om de skal ta selvbestemt abort, med mål om å forbedre helsepersonells forståelse og kompetanse.	Kvalitativ metode med hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Norsk studie. Fokusgrupper med 19 autoriserte sykepleiere og 1 lege, med erfaring fra gynekologisk arbeid. Fenomenologisk dataanalyse.	Helsepersonell føler seg ansvarlig for kvinners velvære i abortsituasjon og prøver å balansere pleie og støtte, uten å påvirke kvinnenes beslutning. I denne prosessen utfordres egne verdier og sårbarhet hos helsepersonell.	Helsepersonell ønsket å imøtekomme kvinners behov for samtale, men tiden satte begrensninger. Abortprosessen ble satt på pause hos kvinner som viste usikkerhet.
D) Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study (Aamlid et al., 2020)	Å utforske kvinners opplevelse av medikamentell hjemmeabort med hensyn til informasjon i forkant av aborten, støtte gjennom prosessen og oppfølgingsprosedyrer.	Kvalitativ metode. Norsk studie. Intervju av 23 kvinner som tidligere har gjennomført medikamentell hjemmeabort. Systematisk tekst-kondensering av data.	3 tema ble identifisert: 1. Mangelfull informasjon før abort påvirket følelsen av trygghet. 2. Manglende anerkjennelse fra helsepersonell påvirket opplevelsen av støtte. 3. Opplevd tilgang til helsepersonell under og etter aborten påvirket følelsen av velvære.	Realistisk og tilpasset informasjon før abort kan medføre økt trygghet i abortsituasjon. Kvinnene opplevde helsepersonell som profesjonell, men savnet mer varme, støtte og anerkjennelse av abortvalget. De fleste kvinnene ønsket en oppfølgingstime med fokus på både mental og fysisk helse i etterkant av aborten.
E) Informing abortion counseling: An examination of evidence-based practices used	Å trekke frem eksempler på kunnskapsbasert veiledning fra andre stigmatiserte og sensitive	Utforskende studie med kvalitativ sammenligning av et utvalg praksiser.	Det ble utarbeidet 4 tema relevant for abort-veiledning:	Øvelser som øker helsepersonells selvinnsikt, beslutningshjelpemidler, aktiv pasientmedvirkning og adressering av

<p>in emotional care for other stigmatized and sensitive health issues (Upadhyay et al., 2010)</p>	<p>helseområder, som kan være overførbare til abortveiledning.</p>	<p>Studie utført i USA. Systematisk sammenlignende metode ble brukt ved artikkelutvelgelse.</p> <p>N = ikke oppgitt.</p> <p>Funn ble syntetisert og analysert for å finne evidensbaserte implikasjoner for abortveiledning.</p>	<p>1. Etablering av en støttende relasjon mellom pasient og helsearbeider. 2. Bistand i beslutningsprosessen. 3. Tilbud om ekstra støtte. 4. Adressering av stigma.</p>	<p>stigma er noen tiltak som foreslås for å forbedre emosjonell pleie og veiledning i abortrådgivning.</p> <p>Effekten av foreslåtte tiltak i denne studien krever formell evaluering og forskning.</p>
<p>F) Do women seeking termination of pregnancy need pre-abortion counselling? (Baron et al., 2015)</p>	<p>Å undersøke hvor mange kvinner som oppsøkte veilednings-tilbud før abort, og hvilken nytte kvinnene hadde av veiledning.</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Studie fra Storbritannia. 201 kvinner svarte på spørreskjema i forkant av abort.</p> <p>Spørreskjemaene ble kodet, og Fishers eksakte test ble benyttet for å undersøke statistisk signifikans på funnene.</p>	<p>Få kvinner benyttet seg av veiledning før abort, fordi de var sikre på sin beslutning og ikke trengte ekstra støtte.</p> <p>Helsepersonell bør kjenne til risikofaktorer for dårlig psykisk helse etter abort, slik at disse kvinnene får ekstra veiledning.</p>	<p>Over halvparten av kvinnene som oppsøkte abortveiledning følte at det bidro til å ta en beslutning, selv om de var tilfredse med opplevelsen. Dette indikerer at veiledning er viktigere for opplevelsen av støtte og trøst, enn som bidrag i beslutningsprosessen.</p>
<p>G) A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care (Altshuler et al., 2017)</p>	<p>Å undersøke hvordan en god, klinisk abortopplevelse kan fremmes.</p> <p>Studien sammenligner kvinners erfaring fra abort og fødsel, for å avdekke likheter og forskjeller i kvinners behov under disse to opplevelsene.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Studie fra USA. Semistrukturerte intervju av 20 kvinner med både abort- og fødsels erfaring. Åpne spørsmål og vurderingsskala ble brukt.</p> <p>Komparativ analyse av data.</p>	<p>3 preferanser skilte seg ut i abortpleie:</p> <p>1. Å bli anerkjent av helsepersonell som moralsk beslutnings-taker.</p> <p>2. Å kunne påvirke smertelindring og abortmetode.</p>	<p>De fleste kvinnene beskrev abortprosessen som god, så lenge psykisk velvære ble ivaretatt.</p> <p>Etisk godkjenning av studien er ikke nevnt i artikkelen.</p>

			3. Å motta diskret pleie for å unngå fordømmelse fra andre.	
H) Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study (Georgsson et al., 2019)	Å utforske kvinners erindring av abort med hensyn til bekymring, frykt, forberedthet og tilfredshet med informasjon.	Retrospektiv studie med kombinert kvalitativ og kvantitativ metode. Svensk studie. Semistrukturert spørreskjema, besvart av 185 kvinner med tidligere utført abort. Kvalitativ innholdsanalyse og deskriptiv statistikk.	Det er behov for bedre informasjon, forberedelse og støtte av kvinner som søker om abort. Utilstrekkelig eller upresis informasjon i forkant av abort øker risikoen for at kvinner opplever uventede hendelser under og etter abort.	I forkant av abortprosessen fryktet mange kvinner anger, psykisk belastning og fordømmelse fra helsepersonell. Mer enn 1/3 opplevde uventet dårlig støtte fra helsepersonell. Utilstrekkelig og upresis informasjon fra helsepersonell skapte økt usikkerhet og psykisk belastning.
I) Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester (Kjelsvik et al., 2018a)	Å utforske erfaringene til abortsøkende kvinner med ambivalente følelser til egen abort, og vurdere hvordan denne opplevelsen påvirker deres livsverden.	Kvalitativ metode. Norsk studie. Intervju av 13 kvinner (18-36 år), gravide i første trimester, før og etter abortbeslutning. Fenomenologisk dataanalyse.	Det ble utarbeidet 3 tema: 1. Å konfrontere seg selv om man er klar for barn. 2. Abort – En ensom reise. 3. Verdier i bevegelse.	Individuell emosjonell støtte fra helsepersonell kan hjelpe kvinner med å ta en beslutning i abortspørsmålet i tråd med sine egne verdier, og det kan øke deres velvære.

3.2. Presentasjon av resultater

3.2.1. Ambivalens i abortbeslutning

3.2.1.1. Kvinnenes føroverveielser

I studien til Kjelsvik et al. (2018a) kom det frem at kvinnene brukte lang tid på å overveie abortvalget. Den lange beslutningstiden indikerer beslutningens betydning for kvinnene og kan forklare hvorfor noen oppsøkte sykehuset på et senere tidspunkt i svangerskapet (uke 9-12), fortsatt usikre på valget. Helsepersonell bør derfor være ekstra oppmerksomme på kvinner som søker om selvbestemt abort i 9. til 12. svangerskapsuke (Kjelsvik et al., 2018a).

Denne studien viste også at kvinnenes motstridende følelser til abortvalget kom frem ved at de tok kroppslige forhåndsregler for å beskytte fosteret, samtidig som de forberedte seg til abort (Kjelsvik et al., 2018a).

I studien til Kjelsvik et al. (2019), hvor de samme kvinnene deltok, kom det frem at kvinners ambivalens i abortbeslutning oppstår på ulike tidspunkt; Noen antydte at de allerede tvilte på avgjørelsen da de kom til sykehuset. Andre dro til sykehuset med et klart mål om å ta abort, men begynte å betvile valget i løpet av abortkonsultasjonen (Kjelsvik et al., 2019).

3.2.1.2. Abortkonsultasjon

I studien til Kjelsvik et al. (2018a) opplevde noen av kvinnene at det var vanskelig å åpne seg for helsepersonell, og de tolket helsepersonells kroppsspråk for å vurdere om det var plass til å diskutere sine motstridende følelser. En vennlig og omsorgsfull kroppsholdning åpnet for at kvinnene turte å ta opp temaet. Kvinner som opplevde avvisende kroppsspråk valgte å ikke involvere helsepersonell i sin tvil. Dette førte til en følelse av ensomhet hos disse kvinnene (Kjelsvik et al., 2018a).

I oversiktsartikkelen til Petersen et al. (2018) ble helsepersonells ivaretagelse av kvinnenes fysiske behov beskrevet som god og profesjonell, men med lite eller ingen fokus på deres emosjonelle eller eksistensielle behov. Dette var problematisk for de fleste kvinnene, men et mindretall satte pris på helsepersonells nøytrale holdning. Også mange av kvinnene i studien til Aamlid et al. (2020) opplevde helsepersonell som profesjonelle, men kalde. Kvinnene slet med skyldfølelse og følte seg ensomme, og de ønsket støtte og anerkjennelse fra helsepersonell for valget de hadde tatt.

Helsepersonell skilte mellom åpen og underliggende usikkerhet hos kvinner under abortkonsultasjon. Den åpne usikkerheten var lett å avdekke, fordi kvinnene snakket åpent om sin tvil til å ta abort. Å avdekke underliggende usikkerhet krevde imidlertid større oppmerksomhet og følsomhet fra helsepersonell, både for hva kvinnene sa og hvordan de framstod. Når kvinners utsagn og kroppsspråk ikke samsvarte ble helsepersonell ekstra oppmerksomme. Ukomfortabel fremtoning, unnvikende holdning, dempet stemmebruk, tårer i øynene eller unnvikende øyekontakt ble beskrevet som tegn som krevde oppfølging (Kjelsvik et al., 2018b).

Helsepersonell fulgte opp uttrykk for usikkerhet ved å spørre direkte eller indirekte spørsmål. De var bevisste på at enkelte kvinner ikke ønsker å dele tvil, og at direkte spørsmål derfor kunne bidra til skam eller økt usikkerhet. Noen sykepleiere valgte derfor å avdekke usikkerhet indirekte ved å spørre om kvinnen hadde spørsmål eller behov for mer informasjon. Andre stilte direkte spørsmål, men forsøkte å fremstå vennlige og ikke forhørende (Kjelsvik et al., 2018b).

I studien til Kjelsvik et al. (2018b) oppfattet helsepersonell både sin egen og kvinnenes situasjon som stressende, og det var begrenset tid til å snakke om kvinners komplekse følelser og livssituasjon. De hadde begrenset tid til hver abortkonsultasjon, og konsultasjonen ble vanligvis avsluttet med å overrekke de abortinitierende medikamentene. Helsepersonell møtte også kvinner med så kompliserte omstendigheter, at de anså situasjonen for komplisert til å bli behandlet på poliklinikken, både på grunn av manglende kompetanse og tid. I disse tilfellene henviste de kvinnene til sosionomtjenesten ved sykehuset eller til profesjonelle rådgivere ved en nasjonal veiledningstjeneste (Kjelsvik et al., 2018b).

Moral og verdier: Altshuler et al. (2017) oppdaget i sin studie at en del kvinner opplevde moralsk konflikt i beslutningsprosessen. Noen kvinner følte at de hadde gyldige grunner til å ta abort, men opplevde likevel at abortvalget stod i konflikt med det å være en god person. Flere av kvinnene vurderte hva som var minst moralsk problematisk; Å ta abort, eller å bringe et barn til verden som ville vokse opp under krevende forhold. Enkelte kvinner ytret et savn etter støtte fra helsepersonell under abortkonsultasjonen, og et behov for at helsepersonell identifiserte og anerkjente de moralske verdiene som lå til grunn for abortvalget. Andre kvinner opplevde samspillet med helsepersonell som verdifullt, og de følte seg respektert og støttet når helsepersonell anerkjente dem som moralske beslutningstakere (Altshuler et al., 2017, s. 112).

I studien til Kjelsvik et al., (2019) uttrykte også kvinnene moralsk konflikt i beslutningsprosessen. De satte pris på å selv kunne ta en beslutning, men opplevde samtidig ansvaret som krevende. Studien trekker frem at det å gi kvinnene valget, også gir dem ansvaret og skyldfølelsen, og at valget derfor kan anses som en eksistensiell byrde (Kjelsvik et al., 2019).

I en systematisk oversiktsartikkel rapporterte kvinner motstridende følelser, som glede, skam og skyldfølelse, rundt abortopplevelsen. Kvinnene satte pris på retten til selvbestemt abort, men opplevde valget som vanskelig. Selv om flertallet av kvinnene var fornøyde med sin beslutning, rapporterte flere om eksistensielle refleksjoner rundt fremtiden, det tapte barnet og søk etter mening og moral. Et mindretall av kvinnene angret på beslutningen (Petersen et al., 2018). Uforenelige verdier kan kollidere i abortspørsmål, og opplevelsen av ambivalens blir både logisk og forståelig (Kero & Lalos, 2000, sitert i Petersen et al., 2018).

Tabu, stigma og det ensomme valget: I studien til Kjelsvik et al., (2018a) fortalte de fleste kvinnene at de holdt svangerskapet hemmelig, med unntak av noen få tiltrødde. I denne studien kom det også frem at kvinnene var ekstra følsomme for helsepersonells holdning til dem. De forventet å bli møtt med respekt og motta god pleie, men var samtidig redd for å oppleve kritikk og fordømmelse. For noen kvinner stod følelsen av skam for å ha blitt uønsket gravid i veien for å be om veiledning fra helsepersonell. Helsepersonell som møtte kvinnene med en nedlatende eller uengasjert holdning, økte kvinnenes følelse av ensomhet i valget. Kvinner som møtte helsepersonell som interesserte seg og involverte seg i den enkelte kvinnes situasjon lindret kvinnenes engstelse. Noen kvinner fortalte at de visste at helsepersonell ikke kunne løse problemene deres, men at de kunne bidra til at kvinnene følte seg møtt med en ikke-dømmende, åpen og omsorgsfull holdning (Kjelsvik et al., 2018a).

Også noen av kvinnene i studien til Georgsson et al. (2019) var redde for å oppleve fordømmelse og manglende respekt fra helsepersonell. De var redde for at helsepersonell skulle uttrykke sine personlige meninger om abort og stille spørsmål til abortens legitimitet.

3.2.1.3. Ultralydundersøkelse

I studien til Kjelsvik et al. (2018a) kom det frem at erkjennelse av fosteret ble tydeligere for kvinner da de kom til poliklinikken, og spesielt under ultralydundersøkelsen. De fleste fikk ikke se ultralydbildet, og dette førte til lettelse hos noen kvinner og skuffelse hos andre (Kjelsvik et al., 2018). I en annen studie ble kvinnene uventet vist ultralydbilde av fosteret, og opplevelsen ble beskrevet som «ukomfortabel» og «ren tortur» (Georgsson et al., 2019).

Kjelsvik et al. (2018b) avdekket at helsepersonell vanligvis avsto usikre kvinners ønske om å se ultralydbildet. Å beskytte kvinnene fra bildet ble vurdert som en omsorgsfull handling, og helsepersonell fryktet at bildet kunne påvirke kvinnene og komplisere beslutningen.

3.2.1.4. Nå eller aldri – Inntak av abortmedikamenter

I en kvalitativ studie av Kjelsvik et al. (2018a) beskrev mange kvinner opplevelsen av å få de initierende abortmedikamentene i hånden og måtte ta en endelig og irreversibel beslutning, som det verste øyeblikket i abortkonsultasjonen. De syntes det var vanskelig å se for seg fremtidige konsekvenser av valget og var usikre på om de ville angre. Noen kvinner valgte i dette øyeblikket å ikke gjennomføre aborten (Kjelsvik et al., 2018a). Ifølge Petersen et al. (2018) uttrykte noen kvinner sterke følelser for fosteret i øyeblikket medisinen ble tatt, og eksistensielle følelser som sorg, behov for forsoning og et ønske om tilgivelse fra fosteret ble trigget, til tross for at de hadde tatt beslutningen.

I en annen kvalitativ studie av Kjelsvik et al. (2018b) fortalte helsepersonell at kvinners usikkerhet ofte ble oppdaget ved overlevering av medisiner på slutten av konsultasjonen. Å oppdage og behandle ambivalensen ble uttrykt som en kortvarig mulighet – «*Nå eller aldri*» (van Manen, 2017, sitert i Kjelsvik et al., 2018b). Sykepleiere beskrev overlevering av medisinen som sitt ansvar, og hver kvinne ble nøye vurdert. De forsikret seg om at kvinnen var informert om valget, forstod den definitive effekten av medikamentene og om kvinnen var klar for å starte aborten. Sykepleierne opplevde det som sin etiske plikt til å trekke tilbake medisinen dersom en kvinne utviste usikkerhet eller nølte med å svelge medikamentene (Kjelsvik et al., 2018b).

3.2.2. Kvinners autonomi i abortbeslutning

Et gjentakende funn i studien til Kjelsvik et al. (2019) var at kvinnene hadde et klart ønske om å ta autonome beslutninger i abortvalget. Samtidig ble beslutningsprosessen beskrevet som kompleks og vanskelig, og kvinnene ønsket å bli møtt av helsepersonell med en omsorgsfull og engasjert holdning. Ved å stille spørsmål som avdekket ambivalens, lytte og gi kvinnene mulighet til å ta noen dager betenkningstid, bidro helsepersonell til at flere av kvinnene følte seg respektert og møtt. Noen kvinner var imidlertid ikke i stand til å uttrykke sitt behov for å diskutere ambivalens, og skulle ønske at helsepersonell hadde åpnet opp for mer dialog om beslutningen. I noen tilfeller ignorerte helsepersonell kvinnes tvil, og dette førte til at kvinnene følte seg avvist i stedet for autonome. Studien indikerer at en omsorgsfull holdning fra helsepersonell kan skape rom for refleksjon og dialog (Kjelsvik et al., 2019).

I studien til Kjelsvik et al. (2018b) kommuniserte helsepersonell ved gynekologiske poliklinikker enighet om at det var kvinnes selvstendige ansvar for å ta en abortbeslutning. De fortalte at de tok en nøye vurdering av alle kvinner som kom for å ta selvbestemt abort, og kvinnene ble beskrevet som sårbare, lett påvirkbare og potensielt ambivalente til beslutningen. Helsepersonell følte et ansvar for å avdekke potensiell usikkerhet, selv om de så på kvinnene som selvstendige individ med rett til å ta beslutningen selv. Dette ansvaret bygget på det irreversible utfallet av abort og begrenset tid til å ta en beslutning (Kjelsvik et al., 2018b).

Upadhyay et al. (2010) foreslår at helsepersonell bør støtte opp under beslutningen som kvinnene tar, for å gjøre dem i bedre stand til å leve med valget.

En annen studie indikerer at veiledning før abort har større betydning som støtte og trøst til kvinner som vurderer abort, enn å bidra til beslutningsprosessen. De fleste kvinnene i studien ønsket ingen veiledning, fordi de allerede var sikre på sin beslutning. Av kvinnene som valgte å motta veiledning, følte kun litt over halvparten at tiltaket bidro i beslutningsprosessen. Studien anbefaler at helsepersonell som jobber med abort setter seg inn i risikofaktorer som kan føre til psykiske ettervirkninger hos kvinner etter abort, slik at disse kan få ekstra tilbud om veiledning (Baron et al., 2015).

4. Diskusjon

4.1. Identifisering av ambivalens

En forutsetning for at sykepleiere skal kunne håndtere kvinners ambivalens i abortbeslutning, og fremme helse, er at de er i stand til å identifisere ambivalens.

Studiene viste at ambivalens kunne oppstå både før og under abortkonsultasjon (Kjelsvik et al., 2019) og komme til uttrykk i flere ulike former. Kvinners motstridende følelser før abortkonsultasjonen kunne vise seg i form av at kvinnene tok kroppslige forhåndsregler for å beskytte fosteret, samtidig som de forberedte seg til abort (Kjelsvik et al., 2018a).

Flere av de ambivalente kvinnene brukte lang tid på å overveie abortvalget før de søkte om abort. Dette kan være en indikasjon på hvor mye den endelige beslutningen betyr for kvinnene og forklare hvorfor noen oppsøkte sykehuset sent (uke 9-12), fortsatt usikre på valget. Man kan derfor tenke seg at kvinner som søker om selvbestemt abort i 9. til 12. svangerskapsuke har en høyere forekomst av ambivalens. Helsepersonell anbefales derfor å være ekstra oppmerksomme på disse kvinnene (Kjelsvik et al., 2018a).

Noen kvinner opplevde at det var vanskelig å åpne seg for helsepersonell om sin ambivalens, og de tolket helsepersonells kroppsspråk for å vurdere om det var plass til å diskutere sine motstridende følelser. En vennlig og omsorgsfull kroppsholdning hos helsepersonell åpnet for at kvinnene turte å ta opp temaet. Kvinner som opplevde et avvisende kroppsspråk, valgte derimot å ikke involvere helsepersonell i sin tvil. Dette førte til en følelse av ensomhet hos disse kvinnene (Kjelsvik et al. (2018a).

Helsepersonell skilte mellom åpen og underliggende usikkerhet hos kvinner i abortkonsultasjoner. Den åpne usikkerheten var lett å avdekke, fordi kvinnene snakket åpent om sin tvil til å ta abort. Å avdekke underliggende usikkerhet krevde imidlertid større oppmerksomhet og følsomhet fra helsepersonell, både for hva kvinnene sa og hvordan de framstod. Når kvinners utsagn og kroppsspråk ikke samsvarte ble helsepersonell ekstra oppmerksomme og undersøkte saken nærmere. Ukomfortabel fremtoning, unnvikende holdning, dempet stemmebruk, tårer i øynene eller unnvikende øyekontakt ble beskrevet som tegn som krevde oppfølging (Kjelsvik et al., 2018b).

Helsepersonell fulgte opp slike uttrykk for usikkerhet ved å spørre direkte eller indirekte spørsmål. De var bevisste på at enkelte kvinner ikke ønsket å dele en potensiell usikkerhet, og at direkte spørsmål kunne bidra til skam eller mer tvil. Noen sykepleiere valgte derfor en indirekte tilnærming ved å spørre om kvinnene hadde spørsmål eller behov for mer informasjon. Andre stilte direkte spørsmål, men la vekt på en vennlig holdning og tonefall (Kjelsvik et al., 2018b).

Hos noen kvinner oppstod ambivalens først i slutten av abortkonsultasjonen, i øyeblikket da de skulle ta de abortinitierende medikamentene. I studien til Kjelsvik et al. (2018a) beskrev flere kvinner opplevelsen av å få medikamentene i hånden og måtte ta en endelig og irreversibel beslutning, som det verste øyeblikket i abortkonsultasjonen. De syntes det var vanskelig å se for seg fremtidige konsekvenser av valget og var usikre på

om de ville angre. Noen av kvinnene valgte i dette øyeblikket å ikke gjennomføre aborten Kjelsvik et al. (2018a).

4.1.1. Implikasjoner for sykepleie

Disse funnene indikerer at ambivalens kan oppstå på alle tidspunkt i løpet av en abortkonsultasjon, og at sykepleieres handlingsrom for å avdekke ambivalens er kort. Det er derfor viktig at sykepleiere kjenner til og er oppmerksomme på direkte eller indirekte tegn til usikkerhet, gjennom hele konsultasjonen.

Sykepleieprosessen kan være til god hjelp for å avdekke ambivalens. Ved å gjøre gode observasjoner og tolkninger, kan tegn på usikkerhet tre frem; Sykepleier kan *observere* kvinnens kroppsspråk og *tolke* om kroppsspråket samsvarer med det kvinnen sier; Sykepleier kan *lytte* til det kvinnen forteller, og søke bekreftelse fra kvinnen på om hun har forstått budskapet riktig. Gode observasjoner og tolkninger legger grunnlaget for sykepleiers videre handlinger, og de er derfor avgjørende for å kunne hjelpe kvinnen med å mestre situasjonen (Travelbee, 2001).

Samtidig er det viktig at sykepleier er bevisst på egen fremtoning og kommunikasjon. Funnene viser at en vennlig og omsorgsfull kroppsholdning hos sykepleier kan tenkes å bidra til at kvinner åpner seg lettere om sin usikkerhet. Funnene tyder også på at sykepleiere som skal utforske potensiell ambivalens bør stille spørsmål på en slik måte at kvinnen ikke opplever skam eller økt usikkerhet. Dette er også i tråd med Abortloven (1975, §2) og Abortforskriften (2001, §2) som sier at kvinnen selv skal ta den endelige beslutningen om abort, og at informasjon og veiledning skal gis på en objektiv måte og uten at sykepleier gir uttrykk for sine personlige vurderinger.

4.2. Håndtering av ambivalens

4.2.1. Kvinners behov i abortbeslutning

Tabu, stigma og ensomhet: I studien til Kjelsvik et al., (2018a) rapporterte de fleste kvinnene at de holdt svangerskapet hemmelig, med unntak av noen få tiltrodde. Dette førte i mange tilfeller til at kvinnene ble ekstra følsomme for helsepersonells holdning til dem. De forventet å bli møtt med respekt og motta god pleie, men var samtidig redde for å oppleve kritikk og fordømmelse. For noen kvinner stod følelsen av skam for å ha blitt uønsket gravid i veien for å be om veiledning fra helsepersonell. Studien antydte at en nedlatende eller uengasjert holdning fra helsepersonell, økte kvinnes følelse av ensomhet i valget. Helsepersonell som interesserte seg og involverte seg i den enkelte kvinnes situasjon, kunne derimot lindret kvinnes engstelse. En ikke-dømmende, åpen og omsorgsfull holdning ble beskrevet som viktig (Kjelsvik et al., 2018a).

Redsel for å oppleve fordømmelse og manglende respekt fra helsepersonell ble også uttrykt i studien til Georgsson et al. (2019). Noen kvinner engstet seg for at helsepersonell skulle uttrykke sine personlige meninger og stille abortens legitimitet. Flere kvinner følte seg sårbare og utsatt under abortkonsultasjonen, og ble møtt på en måte som fikk dem til å føle seg lite respektert, klandret og avhørt. Andre kvinner opplevde å bli møtt med medfølelse og empati (Georgsson et al., 2019). I studien til Aamlid et al. (2020) opplevde mange kvinner helsepersonell som profesjonelle, men kalde. Kvinnene slet med skyldfølelse og ensomhet, og de ønsket at helsepersonell hadde vist mer støtte og anerkjennelse av valget de hadde tatt. Upadhyay et al. (2010) antyder

at helsepersonell som støtter opp under kvinners beslutning, gjør dem i bedre stand til å leve med valget.

Disse funnene viser at mange kvinner som vurderer å ta abort opplever manglende sosial støtte, både privat og i møtet med helsepersonell. Antonovsky (1979) trekker frem sosial støtte som en av de viktigste motstandsressursene for å mestre spenning i krevende situasjoner, og helsepersonell bør derfor utforske hvilke muligheter kvinnene har for sosial støtte (Langeland, 2018).

Moral og verdier: Altshuler et al. (2017) oppdaget at flere kvinner opplevde moralsk konflikt i beslutningsprosessen. Noen kvinner følte at de hadde gyldige grunner til å ta abort, men opplevde likevel at abortvalget stod i konflikt med det å være en god person. Flere av kvinnene overveide hva som var minst moralsk problematisk; Å ta abort, eller å bringe et barn til verden som ville vokse opp under krevende forhold. Enkelte kvinner ytret savn etter støtte fra helsepersonell, og et behov for at helsepersonell identifiserte og anerkjente de moralske verdiene som lå til grunn for abortvalget. Andre kvinner opplevde samspillet med helsepersonell som verdifullt og følte seg respektert og støttet når helsepersonell anerkjente dem som moralske beslutningstakere (Altshuler et al., 2017). Uttalelser som "...you're not doing anything wrong... You're not a bad person" ble verdsatt (Altshuler et al., 2017, s. 112).

I studien til Kjelsvik et al., (2019) uttrykte også kvinnene moralsk konflikt i beslutningsprosessen. De satte pris på å selv kunne ta en beslutning, men opplevde samtidig ansvaret som krevende (Kjelsvik et al., 2019). Studien hevder at å gi kvinnene valget, også gir dem ansvaret og skyldfølelsen, og at valget derfor kan anses som en eksistensiell byrde (Mol, 2008, sitert i Kjelsvik et al., 2019).

I en systematisk oversiktsartikkel rapporterte kvinner motstridende følelser, som glede, skam og skyldfølelse, rundt abortopplevelsen. Kvinnene satte pris på retten til selvbestemt abort, men opplevde valget som vanskelig. Selv om flertallet av kvinnene var fornøyd med sin beslutning, rapporterte flere om eksistensielle refleksjoner rundt fremtiden, det tapte barnet og søk etter mening og moral. Et mindretall av kvinnene angret på beslutningen (Petersen et al., 2018). Uforenelige verdier kan kollidere i abortspørsmål, og opplevelsen av ambivalens blir både logisk og forståelig (Kero & Lalos, 2000, sitert i Petersen et al., 2018).

Disse funnene viser at flere kvinner opplevde abortvalget som moralsk krevende, og for noen stod valget i konflikt med det å være en god person. En slik opplevelse kan tenkes å svekke kvinnenens egoidentitet, som trekkes frem som en av de viktigste motstandsressursene som kan fremme helse (Langeland, 2018). Altshuler et al., 2017 trekker imidlertid frem eksempler på uttalelser fra helsepersonell som bidro til at kvinnene følte seg anerkjent som moralske beslutningstakere. En slik respektfull og støttende kommunikasjon kan derfor tenkes å styrke kvinnenens egoidentitet og fremme helse.

Abortkonsultasjonen som arene for dialog: Ved å stille spørsmål som avdekket ambivalens, lytte og gi kvinnene mulighet til å ta noen dager betenkningstid, bidro helsepersonell til at flere av kvinne følte seg respektert og møtt. Noen kvinner var imidlertid ikke i stand til å uttrykke sitt behov for å diskutere ambivalens, og skulle ønske at helsepersonell hadde åpnet opp for mer dialog om beslutningen. Studien indikerer at

en omsorgsfull holdning fra helsepersonell kan skape rom for refleksjon og dialog (Kjelsvik et al., 2019).

I oversiktsartikkelen til Petersen et al. (2018) ble helsepersonells ivaretagelse av kvinnes fysiske behov i forbindelse med abort beskrevet som god og profesjonell, men med lite eller ingen fokus på deres emosjonelle eller eksistensielle behov. Dette var problematisk for de fleste kvinnene, men et mindretall satte pris på helsepersonells nøytrale holdning.

En annen studie indikerer at veiledning før abort spiller en viktigere rolle som støtte og trøst til kvinner som vurderer abort, enn å bidra til beslutningsprosessen. De fleste kvinnene i studien ønsket ingen veiledning, fordi de allerede var sikre på sin beslutning. Av kvinnene som valgte å motta veiledning, følte kun litt over halvparten at tiltaket bidro i beslutningsprosessen. Studien anbefaler at helsepersonell som jobber med abort setter seg inn i risikofaktorer som kan føre til psykiske ettervirkninger hos kvinner etter abort, slik at disse kan få ekstra tilbud om veiledning (Baron et al., 2015).

I studien til Kjelsvik et al. (2018b) oppfattet helsepersonell både sin egen og kvinnes situasjon som stressende, og det var begrenset tid til å snakke om kvinners komplekse følelser og livssituasjon. Det var satt av begrenset tid til hver abortkonsultasjon, og helsepersonell ble strukket mellom ønsket om å snakke med kvinnene og ikke forsinke timeplanen. Noen ganger møtte de kvinner med så kompliserte omstendigheter, at de anså situasjonen for komplisert til å bli behandlet på poliklinikken, både på grunn av tid og manglende kompetanse. I disse tilfellene henviste de kvinnene til sosionomtjenesten ved sykehuset eller til profesjonelle rådgivere ved en nasjonal veiledningstjeneste. Upadhyay et al. (2010) foreslår også henvisning til andre veiledningstilbud som et tiltak for ambivalente kvinner, med mål om å ivareta kvinnes psykiske helse.

Disse funnene viser at tiden i en abortkonsultasjon er knapp, men at sykepleiere kan gi kvinner ekstra betenkningstid eller henvise dem til veiledningstilbud dersom de har behov for dette. Funnene er også i tråd med Abortforskriften (2001, §2) som gir kvinner rett til å motta tilbud om ekstra informasjon og veiledning, ved behov. For ambivalente kvinner med kompliserte omstendigheter kan en tenke seg at et forsterket veiledningstilbud kan styrke motstandsressursen *kunnskap og intelligens* og bidra til økt innsikt og et mer bevisst valg. Ifølge Antonovsky (1979) kan bevisste valg videre øke opplevelsen av mestring og styrke pasientens identitet (Langeland, 2018).

Nå eller aldri: Ett øyeblikk i abortkonsultasjoner som beskrives som ekstra betydningsfullt i flere studier, var igangsetting av aborten. Helsepersonell i studien til Kjelsvik et al. (2018b) fortalte at kvinners usikkerhet ofte ble oppdaget ved overlevering av medikamenter på slutten av konsultasjonen. Å oppdage og behandle ambivalens ble uttrykt som en kortvarig mulighet som de måtte ta tak i, «nå eller aldri» (van Manen, 2017, sitert i Kjelsvik et al., 2018b). Sykepleiere beskrev overlevering av medisiner som sitt ansvar, og hver kvinne ble nøye vurdert. De forsikret seg om at kvinnen var informert om valget, forstod den definitive effekten av medikamentene og at kvinnen var klar for å starte aborten (Kjelsvik et al., 2018b).

Ifølge Petersen et al. (2018) uttrykte noen kvinner sterke følelser for fosteret i øyeblikket medikamentene ble tatt, og eksistensielle følelser som sorg, behov for forsoning og et ønske om tilgivelse fra fosteret ble trigget, til tross for at de hadde tatt beslutningen.

Kvinnene opplevde helsepersonell som profesjonelle, men savnet ivaretagelse av emosjonelle og eksistensielle behov (Petersen et al., 2018).

4.2.2. Bevaring av kvinners autonomi

Et gjentakende funn i studien til Kjelsvik et al. (2019) var at kvinnene hadde et klart ønske om å ta autonome beslutninger i abortvalget. Samtidig ble beslutningsprosessen beskrevet som kompleks og vanskelig, og kvinnene ønsket å bli møtt av helsepersonell med en omsorgsfull holdning hvor helsepersonell engasjerte seg i beslutningsprosessen (Kjelsvik et al., 2019). I tilfeller hvor helsepersonell ignorerte kvinnenes tvil, følte kvinnene seg avvist i stedet for autonome.

Helsepersonell som deltok i studien til Kjelsvik et al. (2018b) beskrev også at det var kvinnenes selvstendige ansvar å ta en abortbeslutning. Likevel følte de ansvar for å avdekke usikkerhet, og funnene viste at helsepersonell i flere situasjoner tok beslutninger på vegne av kvinnene. De beskrev det for eksempel som sin etiske plikt å holde tilbake de abortinitierende medikamentene dersom kvinner utviste usikkerhet eller nølte med å svelge medisinen. Begrunnelsen var det irreversible utfallet av abort og begrenset tid til å ta en beslutning. I slike og andre tilfeller hvor de oppdaget tvil, gav de kvinnene mulighet til mer betenkningstid, ved å legge abortdokumentene i en «venteskuff». Kvinnene kunne da, innenfor den juridisk tidsbegrensede rammen, komme tilbake til sykehuset på eget initiativ dersom de ønsket å fullføre aborten (Kjelsvik et al., 2018b).

I andre situasjoner kunne helsepersonell velge å avslå kvinners ønske om å se ultralydbildet, dersom de oppfattet av kvinnen var usikker på beslutningen. De fryktet at bildet kunne påvirke kvinnen og komplisere beslutningen. Hos noen kvinner førte dette til lettelse, mens andre ble skuffet (Kjelsvik et al., 2018b). I studien til Georgsson et al. (2019) ble flere kvinner uventet vist ultralydbilde av fosteret, og opplevelsen ble beskrevet som «ukomfortabel» og «ren tortur» (Georgsson et al., 2019). Disse to studiene beskriver to ulike måter å håndtere ultralydsituasjonen på, men felles for dem begge er at helsepersonell tok beslutningen på vegne av kvinnen, og en kan spørre seg om kvinnenes autonomi ble ivaretatt.

4.2.3. Implikasjoner for sykepleie

Funnene i kapittel 4.2.1 og 4.2.2 viser at kvinner som vurderer å ta abort er en sårbar gruppe. Flere av kvinnene tar abortbeslutningen i ensomhet og preges av moralsk konflikt og bekymringer knyttet til tabu og stigma rundt abort. Et gjentakende funn er derfor at kvinnene har stort behov for å bli møtt av sykepleiere med respekt, omsorg og en ikke-dømmende holdning.

Abortkonsultasjonen er også en mulighet for sykepleiere til å fremme kvinnenes helse, gjennom styrking av motstandsressurser, som beskrevet i Antonovskys salutogenese (Langeland, 2018). Funnene antyder at disse kvinnene kan ha nytte av sykepleie som kan styrke motstandsressursene *sosial støtte*, *egoidentitet* og *kunnskap og intelligens*. *Sosial støtte* kan for eksempel styrkes ved å undersøke om kvinnene har noen å betro seg til, eller henvise dem til rådgivere som kan gi profesjonell støtte. *Egoidentitet* kan styrkes ved å anerkjenne kvinnene som moralske beslutningstakere og kommunisere forståelse for beslutningen. *Kunnskap og intelligens* kan styrkes ved å møte kvinnenes behov for støtte og veiledning, eller ved å henvise kvinnene til profesjonell veiledning ved behov. Ifølge Antonovsky (1979) vil en styrking av motstandsressurser fremme mestring

i kvinnes krevende situasjon og øke deres opplevelse av sammenheng. Dette bidrar til å styrke og bevare kvinnes helse (Haugan & Rannestad, 2018; Langeland, 2018).

Ved å benytte sykepleieprosessen, som beskrevet i kapittel 4.1.1, kan sykepleiere basert på observasjonene og tolkningene som blir gjort, sette inn tilpassede og nødvendige sykepleiehandlinger til hver enkelt kvinne, slik at de mestrer situasjonen. Kvinnes sårbarhet krever også at sykepleiere i sin observasjon, ser hele mennesket og hennes unike situasjon.

De samlede funnene viser at sykepleiere som jobber med abort bør ha gode kommunikasjonsevner, og at balansegangen mellom å avdekke ambivalens og samtidig være nøytral og ivareta kvinnes autonomi, er krevende.

4.3. Styrker og svakheter

En styrke ved denne litteraturstudien er at 6 av 9 inkluderte studier er utført i Skandinavia de siste 5 årene. Dette bidrar til gyldig og relevant kunnskap. Tre av de norske studiene er imidlertid utført av flere av de samme forfatterne, og to av disse har benyttet samme datamateriale, men med ulik tilnærming til analyse. Dette kan bidra til et mindre nyansert resultat.

En svakhet ved studien er at den dreier seg om et tema som det er vanskelig å forske på. Dette førte til at søkeprosessen ble noe usystematisk, og de fleste artiklene var kvalitative og/eller retrospektive studier. Retrospektive studier bygger på minnet av opplevelser, og funnene kan derfor være påvirket av kvinnes hukommelse. Kvalitative data kan være vanskelig å tolke og kan påvirke resultatet, men samtidig gir de kvalitative studiene også god innsikt i kvinnes opplevelser og kan derfor anses som en styrke.

En annen svakhet er at studien kun undersøker et lite utvalg med tiltak som kan tenkes å fremme helse hos kvinner som vurderer å ta abort. Gjennom analyse av inkluderte studier ble det også oppdaget at medbestemmelse i valg av abortmetode og adekvat informasjon om selve abortprosedyren kan ha betydning for kvinners mestring av situasjonen. På grunn av oppgavens omfang ble disse funnene ekskludert.

4.4. Konklusjon

Denne litteraturstudien undersøker hvordan sykepleiere, gjennom støtte og veiledning i forberedende abortsamtaler og undersøkelser, kan bidra til å fremme helse hos kvinner som vurderer å ta abort. Resultatene viser at mange gravide kvinner opplever ambivalente følelser til å ta abort, og at tvil kan oppstå både før og under abortkonsultasjon. For noen kvinner kan usikkerheten oppstå så sent som i øyeblikket aborten skal igangsettes, og enkelte kvinner trekker abortsøknaden i dette øyeblikket. De ambivalente følelsene kan vise seg i mange former, og sykepleiere ved gynekologiske poliklinikker må balansere omsorgsfull støtte med bevaring av kvinnes autonomi og rett til å ta en selvstendig beslutning. Det er satt av begrenset tid til abortkonsultasjonene, og abort er en irreversibel beslutning. Sykepleiere har derfor en kortvarig mulighet til å identifisere og håndtere ambivalens hos kvinner som vurderer å ta abort – Det er nå eller aldri.

Litteraturstudien identifiserer 3 motstandsressurser fra Antonovskys teori om salutogenese, som ser ut til å være berørt hos kvinner som vurderer å ta abort: *Sosial*

støtte, egoidentitet og kunnskap og intelligens. I abortkonsultasjonen har sykepleiere en unik mulighet til å styrke disse motstandsressursene, slik at kvinnene kan oppleve økt mestringsfølelse og styrket helse.

Egoidentitet kan tenkes å være en spesielt viktig motstandsressurs. Mange av kvinnene rapporterer om moralsk konflikt og en ensom og stigmatisert beslutningsprosess. Funnene viser at kvinner følte seg respektert og støttet når helsepersonell anerkjente dem som moralske beslutningstakere, og en kan derfor tenke seg at kommunikasjon og handlinger som anerkjenner kvinnenens moralske konflikt kan bidra til å styrke deres egoidentitet og på denne måten fremme helse.

Referanser

- Aamlid, I. B., Dahl, B. & Sommerseth, E. (2020). Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 27, 100582. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582>.
- Abortforskriften. (2001). *Forskrift om svangerskapsavbrudd* (FOR-2001-06-15-635). Lovdata. Hentet 26. mai 2021 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-06-15-635?q=abortforskriften>.
- Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd* (LOV-1975-06-13-50). Lovdata. Hentet 26. mai 2021 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>.
- Altshuler, A. L., Ojanen-Goldsmith, A., Blumenthal, P. D. & Freedman, L. R. (2017). A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. *Social Science & Medicine*, 191, 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.010>.
- Baron, C., Cameron, S. & Johnstone, A. (2015). Do women seeking termination of pregnancy need pre-abortion counselling? *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41(3), 181-185. <http://dx.doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101161>.
- Bjørge, L., Hermanrud, M. S., Løkeland, M. & Oppegaard, K. S. (2021). *Provosert abort*. Norsk gynekologisk forening, Veileder i gynekologi (2021). Hentet 10. mai fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/provosert-abort/>.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26. Hentet 22. mai 2021 fra <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur & Kultur.
- Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E. & 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*, 24(5), 380-389. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1647334>.
- Hanger, M. R. (2018, 22. september). *Hva gjør leger og sykepleiere når kvinner er usikre på om de skal ta abort?* Forskning.no. Hentet 3. juni fra <https://forskning.no/svangerskap-sykepleie-medisinske-metoder/hva-gjor-leger-og-sykepleiere-nar-kvinner-er-usikre-pa-om-de-skal-ta-abort/1240762>.
- Haugan, G. & Rannestad, T. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis* (2. utg., s. 135-156). Vigmostad & Bjørke AS.

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. Hentet 26. mai 2021 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 133-168). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Chesla, C. A. & Gjengedal, E. (2018a). Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. *Health Care for Women International*, 39(7), 784-807. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945>.
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M. & Gjengedal, E. (2018b). Walking on a tightrope – Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 4192-4202. <https://doi.org/10.1111/jocn.14612>.
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Nortvedt, P. & Gjengedal, E. (2019). Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2135-2146. <https://doi.org/10.1177%2F0969733018819128>.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 83-133). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langeland, E. (2018). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis* (2. utg., s. 157-178). Vigmostad & Bjørke AS.
- Larsen, T. B. (2018). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis* (2. utg., s. 37-49). Vigmostad & Bjørke AS.
- Løkeland-Stai, M. (2020, 11. mars). *Fakta om abort (med 2020-tal)*. Folkehelseinstituttet. Hentet 26. mai 2021 fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>.
- Løkeland-Stai, M., Akerkar, R. R., Juliusson, P. B., Jonasson, Ø. A., Halvorsen, G. S., Askeland, O. M., Hornæs, M. T., Faugstad, L. A. & Heiberg-Andersen, R. (2021). *Rapport om svangerskapsavbrot 2020, Register over svangerskapsavbrot (Abortregisteret)*. Folkehelseinstituttet. Hentet 26. mai 2021 fra <https://www.fhi.no/publ/2021/rapport-om-svangerskapsavbrot--2020--register-over-svangerskapsavbrot-abort/>.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F. & West, C. (2008). *Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion*. American Psychological Association. Hentet 8. juni 2021 fra <https://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>.
- Malt, U. (2018, 17. desember). Ambivalens. I J. I. Røssberg (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet 7. juni 2021 fra <https://sml.snl.no/ambivalens>.
- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2018). Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis* (2. utg., s. 14-36). Vigmostad & Bjørke AS.

- Nesheim, B-I. (2015). Provosert abort. I J. M. Maltau, K. Molne & B-I. Nesheim (Red.), *Obstetrikk og gynekologi* (3. utg., s. 319-322). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk Helseinformatikk. (2020, 24. juni). *Medikamentell abort*. Hentet 2. juni 2021 fra <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/medikamentell-abort/>.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 26. mai 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Cappelen Damm AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. Hentet 26. mai 2021 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>.
- Petersen, M. N., Jessen-Winge, C. & Møbjerg, A. C. M. (2018). Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation*, 16(7), 1537-1563. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003344>.
- Reardon, D. C. (2018). The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Medicine*, 6, 1-38. <https://doi.org/10.1177%2F2050312118807624>.
- Sex og samfunn. (2021, 11. februar). *Abort*. Hentet 6. mai 2021 fra <https://sexogsamfunn.no/abort/#>.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Upadhyay, U. D., Cockrill, K. & Freedman, L. R. (2010). Informing abortion counselling: An examination of evidence-based practices used in emotional care for other stigmatized and sensitive health issues. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 415-421. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.026>.
- Wyller, V. B. (2014). *Syk 2* (3. utg.). Cappelen Damm AS.

