

10042

Personsentrert omsorg for kvinner som gjennomfører provosert abort.

Kan personsentrert omsorg fremme helse?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7436

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

10042

Personsentrert omsorg for kvinner som gjennomfører provosert abort.

Kan personsentrert omsorg fremme helse?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7436

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Abort er fortsatt et omdiskutert og tabubelagt tema. Dette kan forklare hvorfor kvinner opplever vanskelige og motridende følelser tilknyttet abort. Medisinsk abort har medført at sykepleiere har mer ansvar for abortprosedyren. Imidlertid er det krevende å ivareta kvinnens behov, ettersom at det er store variasjoner. I tillegg mangler det gode sykepleietiltak som forbedrer kvinnens opplevelse under aborten.

Hensikt: Belyse hvordan sykepleiere kan forbedre kvinnens helse under gjennomføring av provosert abort. I lys av variasjonene og utfordringene med å ivareta god omsorg skal oppgaven fokusere på effekten av personsentrert omsorg.

Metode: Systematisk litteraturstudium basert på ni forskningsartikler.

Resultat: Varierende reaksjoner og behov var et gjennomgående tema i flere av studiene. Studien avdekket at kvinnene har behov for mer emosjonell støtte fra sykepleiere. Imidlertid ble det også belyst at flere kvinner er fornøyd med omsorgen. I tillegg avdekket studiene at ambivalente og sårbare kvinner har behov for mer støtte. Samtidig belyste flere studier at informasjonen fra sykepleiere var mangelfull. Kvinnene som fikk tilfredsstillende informasjon opplevde mer mestring.

Konklusjon: Behovet for personsentrert omsorg støttes av de varierende og individuelle opplevelsene. Studien avdekker at emosjonell støtte og informasjon kan redusere vonde følelser og stress. Imidlertid er det krevende for sykepleiere å ivareta kvinnens individuelle behov. Dette skyldes variasjoner og tidspress, samt at usikkerhet og negative følelser kan påvirke sykepleierens helse.

Nøkkelord: Provosert abort, Personsentrert omsorg, Helse

Abstract

Background: Induced abortion can be controversial and taboo. This could explain why induced abortion provokes strong and contradictory emotions. Because of medical abortion, nurses have more responsibility for women during an abortion. However, the needs that women experience before abortion vary significantly. In addition, research shows that there is limited evidence for non-medical interventions as a means to improve women's satisfaction with abortion care. Therefore it may be difficult for nurses to meet the individual's needs and improve the quality of care.

Purpose: Explore how nurses can improve women's health during an induced abortion. In light of the variations and limited interventions, this thesis is going to describe the effect of person-centered care.

Method: Systematic literary study based on nine research articles.

Findings: Different needs among women was a theme in several of the studies. The studies revealed that some women wanted more existential support, while others were satisfied. Additionally, ambivalent and vulnerable women needed more support from nurses. Moreover, many women experienced lack of information in regard to expected challenges in the procedure. Adequate information can facilitate for better coping among patients.

Conclusion: The need for person-centered care is supported by the variations of individual experiences. Many of the studies highlighted that emotional support and information can reduce negative feelings and stress. However, it is difficult to meet the individual's needs. This is because of variations, time pressure, and that difficult feelings and ambivalence can affect the health of nurses.

Keyword: Induced abortion, Person-centered care, Health

Innhold

1.	Introduksjon	7
1.1.	Innledning til tema.....	7
1.2.	Teori.....	8
1.2.1.	Møte med sykepleieren	8
1.2.2.	Joyce Travelbee sykepleieteori	8
1.2.3.	Personsentrert omsorg.....	8
1.2.4.	Helse.....	9
1.2.5.	Stress og sårbarhet	9
1.3.	Formål og problemstilling.....	10
2.	Metode.....	11
2.1.	Beskrivelse av metode.....	11
2.2.	Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	11
2.3.	Søkestrategi	12
2.4.	Søketabell	13
2.5.	Vurdering av artikler	15
2.6.	Analyse	15
3.	Resultater.....	17
3.1.	Artikkelmatrise.....	17
3.2.	Tematisk resultat.....	21
3.2.1.	Sårbarhet og usikkerhet.....	21
3.2.2.	Psykiske behov	21
3.2.3.	Behov for informasjon	22
4.	Diskusjon	23
4.1.	Ivareta usikkerhet og sårbarhet.....	23
4.1.1.	Ivareta usikkerhet.....	23
4.1.2.	Ivareta sårbarhet.....	24
4.2.	Identifisere og ivareta psykiske behov	25
4.2.1.	Identifisere psykiske behov	25
4.2.2.	Ivareta psykiske behov	26
4.3.	Ivareta informasjon	27
4.4.	Metoderefleksjon	29
4.5.	Konklusjon.....	31
	Referanser	32
	Vedlegg	37

Tabeller

Tabell 1. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	11
Tabell 2. Pico-skjema	12
Tabell 3. Søketabell.....	13
Tabell 4. Evans Analysemodell	16
Tabell 5. Artikkelmatrise	17

1. Introduksjon

1.1. Innledning til tema

Frem til midten av 1800-tallet var det dødsstraff i Norge for å gjennomføre abort. Av den grunn utførte kvinner brutale metoder for å fjerne fosteret. I mange år kjempet kvinner for provosert abort, og i 1978 fikk de innfridd ønsket sitt. Abortsaken er fortsatt en pågående debatt hvor det har vært store demonstrasjoner i 2014 og 2018 (Lønnå et al., 2021). På verdensbasis gjennomføres det ca. 43,8 millioner aborter årlig, hvor 21,6 millioner er utrygge (Løkeland-Stai, 2022). Det eksisterer fortsatt konservative holdninger til abort i vestlige land som USA og Polen (Amnesty, 2021 & Amnesty, 2022). Retten på provosert abort i USA kan være truet, ettersom at det spekuleres i annullering av loven Roe v. Wade (Cai et al., 2022). På grunn av sprikende praksiser og holdninger ønsker jeg primært å inkludere forskning fra Skandinavia.

I dag kan norske kvinner ta provosert abort frem til uke 12. Deretter må søknaden om abort behandles av en nemd. Hvis kvinnen føler at abort er en krevende beslutning har hun krav på råd og veiledning (abortloven, 1976, §2). Det ble utført 10 841 aborter i 2021, hvor 95,4% var provosert. Totalt av alle provoserte aborter er 95,3% utført med medikamentell prosedyre, og 84,5% utført før uke 9. I Sverige kan kvinnen ta provosert abort frem til uke 18 (Løkeland-Stai, 2022). Medikamentell abort er den vanligste abortmetoden. Av den grunn har sykepleiere mye ansvar for abortprosedyren (Hernæs, 2015). Jeg ønsker derfor å fremheve provosert abort som utføres med medisinsk prosedyre på sykehuset.

Abort er fortsatt tabubelagt og flere synes at det er krevende å snakke om. Videre kan abort oppleves som en stressende og vanskelig hendelse. Informasjon og normalisering av reaksjonene kan forberede kvinnen, samt hjelpe henne med å mestre situasjonen (Opsahl, 2013). Derimot belyser forskning at kvinnens behov varierer. Samtidig mangler det gode sykepleietiltak som fremmer kvinnens opplevelse av velvære og støtte under aborten. Av den grunn kan det være behov for personsentrert sykepleie for å forbedre omsorgen (Wang et al., 2020). Imidlertid er det tidskrevende å ivareta personsentrert omsorg og det kan begrense muligheten (Orvik, 2015).

1.2. Teori

1.2.1. Møte med sykepleieren

Kvinnen møter sykepleieren på gynekologisk avdeling hvor hun mottar medikamentet mifegyne. Medikamentet starter abortprosessen og valget blir endelig. Etter to døgn fortsetter behandlingen på gynekologisk sengepost. Sykepleieren skal informere om at det er vanlig å ha sterke menstruasjonssmerter og kraftige blødninger. For å gjennomføre aborten må kvinnen ta fire tabletter med cytotec i skjeden. Underveis kan sykepleieren gi smertestillende ved behov (St. Olavs hospital, 2020). Det er viktig med god smertelindring, ettersom at langvarig smertestimulering kan resultere i at individet får smerter som ikke tilsvarer graden av smertestimulering (Danielsen et al., 2016). Videre er mange kvinner ambivalente til valget. I tillegg kan opplevelsen av aborten variere. Sykepleieren bør respektere og støtte kvinnens beslutning og situasjon. Det kan være nødvendig med en trygg dialog, da det kan bidra til å identifisere bekymringer (Jerpseth, 2016).

1.2.2. Joyce Travelbee sykepleieteori

Joyce Travelbee sin sykepleieteori fremmer et individualistisk fokus. Hun er kritisk til generalisering og forkaster bruken av navnet sykepleier og pasient. Travelbee påstår at lidelse og sykdom er både et fellestrekk og personlig fenomen. Dette begrunner hun med at alle opplever sykdom, men framveksten av lidelse er personlig og avhengig av sterke inntrykk hos individet. Travelbee påstår at en menneske-til-menneske-relasjon er nødvendig for å identifisere og ivareta individets behov. Dette forholdet opprettes gjennom flere interaksjonsfaser og det er det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt (Kirkevold, 1998).

Det innledende møtet preges av stereotyper og rolleforventninger. Deretter blir sykepleieren og pasienten bedre kjent. Sykepleieren får derfor økt forståelse for pasientens opplevelse av lidelse. Denne forståelsen kan medføre at sykepleieren utvikler empati (Kirkevold, 1998). Travelbee hevder at empati er avhengig av at mennesker deler likheter og erfaringer. Kjennskap til pasienten som et unikt individ kan resultere i at sykepleieren utvikler sympati. Travelbee beskriver sympati som et oppriktig ønske om å hjelpe. En slik holdning kommuniserer at sykepleieren bryr seg (Travelbee, 1964). Dette kan bidra til å lette byrden til den syke, da individet får hjelp og støtte til å håndtere en krevende situasjon. Den siste fasen er gjensidig forståelse og kontakt. Gjennom interaksjonsfasene får sykepleieren mulighet til å bruke seg selv terapeutisk. Omsorgen blir terapeutisk hvis den stimulerer til en forandring som lindrer individets plager (Kirkevold, 1998).

Travelbee vektlegger betydningen av nonverbal og verbal kommunikasjon for å danne en menneske-til-menneske-relasjon. Det skyldes at det er nødvendig for å bli kjent med pasienten og ivareta eventuelle behov. Travelbee påstår også at kommunikasjon kan forbedre pasientens opplevelse av ensomhet (Kirkevold, 1998).

1.2.3. Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er et sammensatt konsept med flere ulike komponenter. Forskning belyser at flere av komponentene er like på tvers av studier og kan derfor

brukes som en veileder for personsentrert omsorg. Disse komponentene er etablering av terapeutisk relasjon, delt makt og ansvar, å bli kjent med personen, Empowerment, tillit og respekt og kommunikasjon. Studien identifiserer at etablering av en terapeutisk relasjon er vesentlig for å ivareta personsentrert omsorg. Med personsentrert omsorg kan sykepleieren avdekke pasientens bakgrunnskunnskaper, ønsker og behov. En viktig forutsetning er at sykepleieren respekterer pasientens verdier og preferanser (Sharma et al., 2016).

Ifølge NSF's yrkesretningslinjer er kommunikasjon og informasjon viktige sykepleieoppgaver (NSF, 2019). Personorientert kommunikasjon er sentralt for å skape en terapeutisk relasjon (Sharma et al., 2016). Dette kan gjøres med aktiv lytting og en åpen og anerkjennende kroppsholdning. Det motsatte kan være inkongruent kommunikasjon som er at det verbale språket ikke understøtter det nonverbale (Eide et al., 2017). Sykepleieren bør kommuniserer tydelig med pasienten. Det er også sentralt at sykepleieren er bevisst sitt nonverbale språk som for eksempel kroppsspråk, øyekontakt og atferd. Imidlertid er det også viktig at sykepleieren styrker og motiverer pasienten til å ta autonome og velbegrunnede beslutninger om egen helse (Sharma et al., 2016).

1.2.4. Helse

«Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (World health organization, 2022). Den norske oversettelsen beskriver også at helse oppnås ved fravær fra lidelse (Regjeringen, 2014). Det har blitt foreslått at definisjonen skal endres til hvordan individet klarer å tilpasse seg og håndtere situasjonen i lys av sine fysiske, psykiske og sosiale behov (Huber et al., 2011). Per Fugelli identifiserer tre folkelig kjennetegn på helse, og det er helhet, pragmatisme og individualisme (Fugelli et al., 2001).

Travelbee definerer helse som et subjektivt begrep, og påstår at individet lager sin egen forståelse av begrepet. Dette begrunner hun med at alle mennesker er unike og derfor opplever og håndterer mennesker sykdom ulikt. For å fremme helse er det nødvendig med en menneske-til-menneske-relasjon, da en slik relasjon kan lindre individets plager (Kirkevold, 1998).

1.2.5. Stress og sårbarhet

Stress kan defineres som møtet med fysiske og psykiske belastninger (Håkonsen, 2014). Lazarus og Folkmans beskriver at det er individets opplevelse av situasjonen som er utgangspunktet for stressreaksjonen. Det skyldes at graden av stress øker i tråd med betydningen av verdier og behov (Kristoffersen et al, 2016). Individet kan derfor oppleve varierende grad av stress, påkjenning og belastning (Håkonsen, 2014).

Kontroll av varighet, forutsigbarhet, kognitiv evaluering og sosiale støttefaktorer kan påvirke opplevelsen av stress. Forutsigbarhet kan ivaretas gjennom tydelig pasientinformasjon (Håkonsen, 2014). Videre kan også mestringsevne og personlighet påvirke stress og hvordan individet møter motgang (Kristoffersen et al., 2016). I tillegg kan sorg, ensomhet og mistriivsel påvirke hvordan individet håndterer stress (Håkonsen, 2014).

Sårbarhet for psykisk sykdom kan skyldes genetiske og miljømessige risikofaktorer (FHI, 2019). Antall risikofaktorer individet er utsatt for øker sannsynligheten for psykisk sykdom (FHI, 2016). PTSD er et eksempel på en psykisk lidelse, og denne lidelsen innebærer at individet har en forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse (Bugge, 2018). Konstante og langvarige stressreaksjoner kan medføre at individet blir utmattet og sårbar (Kristoffersen et al., 2016).

1.3. Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven er todelt. Først skal jeg undersøke om, og hvordan personsentrert omsorg kan være fordelaktig for kvinner som gjennomfører abort. Teori belyser at personsentrert omsorg kan forbedre pasienttilfredsheten (Sharma et al., 2016). Av den grunn skal jeg også undersøke om personsentrert omsorg kan fremme helse for kvinner som gjennomfører provosert abort.

Min problemstilling er «Hvordan kan personsentrert omsorg fremme helse til kvinner som gjennomfører abort»?

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Litteraturstudium som metode baserer seg på et systematisk og kritisk litteratursøk hvor studiene vurderes og analyseres. Deretter presenteres de valgte studiene for å belyse problemstillingen og temaet (Dalland, 2020). I metodekapittelet skal jeg presentere fremgangsmåten og studiene.

I startprosessen søkte jeg mye i Oria og Google scholar. Jeg gjorde dette for å samle inn en oversikt, og for å avdekke om det var publisert tilstrekkelig forskning. Etter hvert kontaktet jeg sykepleiere som jobbet med abort. Dette ble gjort for å kartlegge sykepleierens abortansvar i Norge, og for å kunne sammenligne forskning med praksis. Av den grunn har jeg to ressursamtaler. Ressurssamtale 1 er med Amatheia. Den andre ressurssamtalen er med en sykepleier som jobber ved en gynekologisk sengepost på et sykehus i Norge. Begge har skrevet under på et samtykkeskjema som jeg kan ettersende ved behov. Skjemaet som er brukt er lagt ved som vedlegg.

Jeg brukte kunnskapen til å lage inklusjonskriterier, eksklusjonskriterier og et Pico-Skjema. For å finne emneord og gode søkeord brukte jeg nettsiden Mesh, søkeordene er presentert i Pico-skjemaet. Kategorien C i Pico-skjemaet ble ikke fylt ut. Dette skyldes at det gjelder sammenligning av grupper og det er ikke relevant for problemstillingen.

2.2. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Tabell 1. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Medisinsk abort på sykehuset før uke 12	Spontanabort
Provosert abort	Kirurgisk abort
Abortkonsultasjoner på poliklinikk	Hjemmeabort
Abort på gynekologisk sengepost	Abort på grunn av medisinske årsaker
Forskning fra 2012-2022	Abort etter uke 12
Forskning som er skrevet på engelsk	
Fagfellevurdert forskningsartikler	
IMRAD struktur på teksten	
Forskning som er gjennomført i land med lignende kultur som Norge, helst forskning fra Skandinavia.	

2.3. Søkestrategi

Tabell 2. Pico-skjema

P	I	C	O
Pasient	Tiltak		Effekt
Kvinner som gjennomfører provosert abort	Personsentrert sykepleie før og under gjennomføring av abort		At kvinnen opplever forbedret helse før og under gjennomføring av abort
Induced abortion OR medical abortion OR abortion on request	Nurse* OR obstetrics and gynecology department, hospital OR OB-GYN nurse practitioners OR health services OR Scandinavian and Nordic countries OR Norway		Women's health OR Mental health OR Anxiety OR Depression
	Patient satisfaction OR women experience OR information OR individuation OR patient-centered care		

Jeg utførte flere søk i vitenskapelige databaser, som Medline, Cinahl, Pumed og PsychINFO. Majoriteten av studiene ble funnet i Medline og Cinahl, mens en studie ble funnet i Pubmed. Jeg utførte ett søk uten funn i PsychINFO. Det er flere søkeord fra Pico-skjemaet som ikke ble brukt i de endelige søkene. Søkeordet «person-centered care» er ikke et emneord, og ble derfor ikke brukt. Jeg ekskluderte også søkeordene «Individuation» og «Patient-centered care» fra de endelige søkene. Årsaken var at «Individuation» og «Patient-centered care» resulterte i gamle studier fra primært Kenya. Søkeordet «nurs*» ble heller ikke brukt, da det begrenset søket til hvordan sykepleiere opplevde abortomsorgen. I tillegg eliminerte søkeordet studier som brukte betegnelsen «kliniker» og «helsepersonell» istedenfor «sykepleier».

Jeg utførte to søk i Medline, og det første inkluderte søkeordene «Obstetrics and gynecology department, hospital», «Scandinavian and Nordic countrys», «abortion induced», «womens health», «anxiety» og «depression», og søkeordene ble kombinert med OR/AND. Målet med søket var å finne studier som belyste hvordan kvinner opplever abortomsorgen og effekten på helse. Søket resulterte i 17 studier etter tidsavgrensningen 2012-2022. Totalt leste jeg overskriftene til alle studiene og åtte abstrakter før jeg endte med fem studier. Det andre søket benyttet søkeordene «womens health», «induced abortion» og «Scandinavian and Nordic countries». Hensikten var å vurdere alle studiene fra Skandinavia, og derfor ble søkeordet «Scandinavian and Nordic countries» kombinert med AND. Søket resulterte i kun 18 studier før tidsbegrensning, og derfor ble årstallet begrenset til 2010-2022. Det resulterte i ti funn hvor alle overskriftene ble lest. Totalt var seks av de relevante, men fire var allerede inkludert fra forrige søk. Jeg leste derfor abstraktene til to studier før jeg endte med en.

Ett av søkene ble utført i Cinahl. Søkeordet «Obstetrics and gynecology department, hospital» var ikke emneord i Cinahl og ble derfor erstattet med alternativet «OB-GYN nurse practitioners». Hensikten med søket var å eliminere studier som forsket på langtids effekten blant kvinner som har utført provosert abort. Søkeordene «anxiety» og «depression» ble derfor ekskludert, og søkeordet «womens health» ble inkludert med AND. Søket resulterte i fem studier. Studiene fra Cinahl er ikke automatisk fagfelle vurdert slik som studiene fra Medline. Etter at jeg trykket på kun fagfelle vurdert studier resulterte søket i fire artikler. På grunn av begrenset utvalg ble søket avgrenset til tidsperioden 2010-2022. Totalt endte søket opp med en studie, hvor abstrakte ble lest før jeg valgte studien. Avslutningsvis utførte jeg et søk i Pubmed. Hensikten var å kartlegge norske kvinners opplevelse og tilfredshet med informasjon. Derfor brukte jeg søkeordene «induced abortion», «Information» og «Norway». Jeg brukte først søkeordet «Scandinavia and Nordic countries» uten hell, og derfor erstattet jeg søkeordet med «Norway». Totalt resulterte søket i 23 studier etter en avgrensning av tidsperioden 2012-2022. Jeg leste alle overskriftene og fem var relevante, mens en av de var inkludert fra tidligere søk. Av den grunn leste jeg fire abstrakter før en ble valgt. Etter utvelgelse av relevante studier vurderte jeg referanselisten. Det medførte at jeg valgte å inkludere studien til Baron et al. (2015) som jeg fant i referanselisten til Kjelsvik et al. (2019).

2.4.Søketabell

Tabell 3. Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord MH: Emneord «» Nøkkelord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	05.04.2022	S1	MH Obstetrics and gynecology department, Hospital OR "Obstetrics and gynecology department, Hospital"		2762	
		S2	MH Scandinavian and Nordic Countries OR "Scandinavian and Nordic countries"		215935	
		S3	S1 OR S2		218501	
		S4	MH Abortion Induced OR «Induced abortion»		42496	
		S5	MH women's health OR «women's health»		45905	
		S6	MH Anxiety OR «anxiety»		279251	
		S7	MH Depression OR «depression»		454175	
		S8	S5 OR S6 OR S7		656114	
		S9	S3 AND S4 AND S8		41	
				2012-2022	17	5 (A, C, D, E, I)
Cinahl	09.04.2022	S1	MH Abortion, Induced OR "induced abortion"		11960	

		S2	MH women's health OR «women's health»		44590	
		S3	MH Scandinavia OR «Scandinavia»		78647	
		S4	MH OB-GYN nurse practitioners OR "OB-GYN nurse practitioners"		59	
		S5	S3 OR S4		78749	
		S6	S1 AND S2 AND S5		5	
				Peer Reviewed	4	
				2010-2022	1	
						1 (F)
Håndsök			Referanseliste		1	1 (G)
Medline	12.04.2022	S1	MH Scandinavian and Nordic countries OR "Scandinavian and Nordic countries"		219481	
		S2	MH women's health OR «women's health»		45905	
		S3	MH Abortion Induced OR «induced abortion»		42508	
		S4	S1 AND S2 AND S3		18	
				2010-2022	10	1 (B)
Pubmed	12.04.2022	S1	(«Induced abortion»		32417	
		S2	(«Norway»)		176224	
		S3	(«Information»)		1648715	
		S4	S1 AND S2 AND S3		49	
		S5		2012-2022	23	1 (H)

A: Kjelsvik et al., 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>

B: Stålhandske et al., 2011. Women's existential experiences within Swedish abortion care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(1), 35-41.

<https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.545457>

C: Georgsson et al., 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>

D: Lundell et al., 2015. How women perceive abortion care: A study focusing on healthy women and those with mental and posttraumatic stress. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 20(3), 211-222. <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.1002032>

E: Kjelsvik et al., 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>

F: Kjelsvik et al., 2019. Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers. *Nursing ethics*, 26(7-8), 2135-2146. <https://doi.org/10.1177/0969733018819128>

G: Baron et al., 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>

H: Aamlid et al., 2021. 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, <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582>

I: Petersen et al., 2018. Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBI Evidence synthesis*, 16(7), 1537-1563. [10.11124/JBISRIR-2017-003344](https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003344)

2.5. Vurdering av artikler

Norsk senter for forskningsdata ble brukt for å kvalitetssikre studiene. Denne nettsiden vurderer vitenskapelige og fagfelle-vurderte tidsskrifter til nivå 1 og 2, hvor 2 er det beste. Seks av studiene mine er publisert i tidsskrifter som er vurdert til 1, mens de resterende tre er vurdert til 2 (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.). Deretter brukte jeg sjekklister for kvalitativ studie og oversiktsartikler for å kvalitetssikre studiene (helsebibloteket, 2016b). I tillegg vurderte jeg studiene opp mot inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Utefra disse kriteriene vurderte jeg først om forskningsartikkelen benyttet relevante studier eller et relevant utvalg av deltakere. Deretter vurderte jeg studiets formål og om resultatet var tydelig. I tillegg analyserte jeg om resultatet samsvarte med studiens problemstilling og min egen (helsebibloteket, 2016b).

2.6. Analyse

Totalt resulterte søkene i ni studier. Av de ni studiene var åtte primærstudier hvor seks benyttet kvalitativ metode og to benyttet kvantitativ metode. Av de to studiene som benyttet kvantitativ metode var en av de en kohort studie. Kvalitativ metode brukes for å samle meninger og erfaringer. Målet med datainnsamlingen er blant annet å få frem dybden, helheten og det særegne. Motsatt bruker kvantitativ metode mange undersøkelsesenheter og målet er å samle inn representative fellestrekk (Dalland, 2020). Kohortstudier sammenligner syke og friske mennesker med mål om å avdekke årsaker og risikofaktorer for sykdom (Stoltenberg, 2020). Den siste studien er en systematisk

oversiktsartikkel. Systematiske oversiktsartikler bruker flere utvalgte primærstudier innenfor et spesifikt emne. Hensikten er å samle inn en oversikt på feltet og se sammenhenger på tvers av studier (Helsebibloteket, 2016a).

For å belyse hvordan jeg samlet datamaterialet fra de 9 forskningsartiklene benyttet jeg Evans analysemodell (Evans, 2002). Fremgangsmåten er presentert i en tabell for at det skal være oversiktlig.

Tabell 4. Evans Analysemodell

Evans Analysemodell	
Trinn 1: Datasamling	Denne fremgangsmåten er utdypet både i søketabellen og redegjørelsen for søkestrategien.
Trinn 2: Identifisering av de viktigste funnene	Jeg leste hver artikkel detaljert og noterte de viktigste funnene, samt relevansen for min problemstilling i en tabell.
Trinn 3: Sammenligne de viktigste temaene med andre studier, for å vurdere likhet og ulikhet	<p>Jeg skrev først en detaljert matrise hvor jeg kategoriserte funnene i fire ulike temaer. Disse temaene var ambivalens og sårbarhet, fysiske og psykiske behov, informasjon og sykepleierens erfaringer og utfordringer.</p> <p>Deretter lagde jeg en tabell for de fire temaene og noterte hvilke studier som belyste aspekter innenfor hvert tema. Jeg hadde to kolonner for hvert tema. Den ene var for studier som belyste en negativ opplevelse, og den andre kolonnen var for studier som viste det motsatte. Dette gjorde jeg for å tydeliggjøre variasjonene.</p> <p>Kategoriseringen gjorde det enklere å sammenligne hovedfunnene og relevansen for problemstillingen. Dette er presentert i resultatkapittelet. Avslutningsvis lagde jeg en kortfattet og presis matrise, og den vises i tabell 5.</p>
Trinn 4: Beskrive temaene og kategoriserer de i hovedtemaer og sub-temaer	Studiene identifiserte varierende følelser, erfaringer og forventninger til abort. I tillegg belyser studiene årsaker til hvorfor god abortomsorg kan være krevende å ivareta for sykepleiere. Av den grunn ønsker jeg å rette søkelys på disse variasjonene, ettersom at jeg opplever at det er relevant for å underbygge behovet for personsentrert sykepleie. Jeg har valgt å kategorisere disse variasjonene i tre undergrupper for å gi en oversiktlig presentasjon av funnene, og det er sårbarhet og usikkerhet, psykiske behov og informasjon.

3. Resultater

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 5. Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Kommentar
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. <i>Health Care for Women International</i> , 39(7), 784-807. https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945	Undersøke hvordan ambivalente kvinner opplever abortomsorgen.	Kvalitativ metode med dybdeintervjuer. Intervjuene var før og etter kvinnen tok et valg. Totalt deltok 13 kvinner i studien. Inklusjonskriteriene var gravid i første trimester, usikker på å ta abort, eldre enn 18 år og norsktalende. Deltakerne ble rekruttert fra gynekologiske poliklinikker fra seks ulike byer i Norge.	Studien belyste tre hovedfunn: Varierende og motstridende følelser som skam, anger og lettelse. Ambivalente kvinner kan være sensitive i møte med helsepersonell Kvinnene opplevde beslutningsprosessen som ensom.	Forklarer kvinnens behov og ønsker i møte med sykepleiere. Identifiserer også at møte med sykepleieren kan påvirke kvinnens psykiske helse.
Stålhandske, M. L., Ekstrand, M., Tyden, T. (2011). Women's existential experiences within Swedish abortion care. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology</i> , 32(1), 35-41. https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.545457	Undersøke kvinners erfaring med abortomsorgen. Undersøke kvinnens behov, og vurdere om disse behovene blir ivaretatt.	Kvalitativ metode med individuelle dybdeintervjuer og et spørreskjema som ble utført ansikt-til-ansikt. Spørreskjemaet ble brukt som en mal for dybdeintervjuet. Totalt deltok 24 kvinner fra Sverige. Inklusjonskriteriene var tidligere erfaring med abort og svensktalende. Tiden fra aborten til intervjuet varierte fra 1 måned til 10 år.	Studien belyste tre ulike hovedfunn: Svensk abortomsorg kan oppleves nøytral, rasjonell og effektiv. Emosjonelle behov blir ikke alltid ivaretatt. Behovet for emosjonell støtte varierer blant abortssøkerne.	Identifiserer variasjoner i kvinnens behov. Dette belyser et behov for personsentrert omsorg.
Georgsson, S., Krautmeyer, S.,	Undersøke hvordan	Nettbasert undersøkelse hvor deltakerne ble	Studien avdekket tre hovedfunn.	Identifiserer variasjoner i

<p>Sundqvist, E. & 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>, 24(5), 380-389.</p> <p>https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1647334</p>	<p>kvinner som har gjennomført abort opplever abortomsorgen.</p>	<p>rekruttert fra offentlige diskusjonsforum og sosiale medier. Det ble benyttet kvalitativ metode.</p> <p>Deltakeren svarte på fem åpne spørsmål om opplevelsen av abort og abortomsorgen.</p> <p>Studien ble gjennomført i Sverige og det var 185 kvinner som deltok. Over halvparten av deltakerne hadde utført abort for fem år siden, da de deltok i studiet.</p>	<p>Svensk abortomsorg kan oppleves kaldhjertet og ufølsom. 1/3 av kvinnene opplevde lite støtte og dårlig behandling</p> <p>Flere av kvinnene opplevde abort som en mer traumatisk situasjon enn forventet.</p> <p>Mange opplevde at de fikk dårlig informasjon fra helsepersonell.</p>	<p>hvordan kvinner opplever abortomsorgen.</p> <p>Studien belyser også hvordan informasjon kan forbedre abortomsorgen, og at det er et behov for personorientert informasjon.</p>
<p>Lundell, I. W., Ohman, S. G., Poromaa, I. S., Hogberg, U., Sydsjø, G. & Svanberg, A. S. (2015). How women perceive abortion care: A study focusing on healthy women and those with mental and posttraumatic stress. <i>The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care</i>, 20(3), 211-222.</p> <p>https://doi.org/10.3109/13625187.2014.1002032</p>	<p>Undersøke hvordan friske kvinner opplever abortomsorgen sammenlignet med kvinner med psykisk stress, angst og/eller depressive symptomer.</p>	<p>Kohortstudie med tre ulike spørreskjemaer. Det ene ble besvart på venterommet før kvinnen tok abort. De andre ble besvart tre og seks måneder etter aborten</p> <p>PTSD, angst og depressive symptomer ble kartlagt med bruk av screeningsverktøy for de spesielle diagnosene. Smerteintensiteten ble kartlagt med bruk av VAS smerteskjema.</p> <p>Studien ble utført på seks ulike gynekologiske avdelinger i Sverige. Totalt deltok 1514 kvinner. For å delta i forskningen måtte kvinnen ønske abort før uke 12 og beherske svensk.</p>	<p>Studien avdekket tre hovedelementer.</p> <p>16% av deltakerne opplevde abortomsorgen som mangelfull.</p> <p>22% opplevde intens smerte under medisinsk abort.</p> <p>Kvinner med PTSD opplevde oftere abortomsorgen som mangelfull sammenlignet med friske kvinner. Kvinner med angst og/eller depresjon uttrykte ikke økt misnøye med abortomsorgen sammenlignet med friske kvinner.</p>	<p>Studien er relevant av to grunner. For det første belyses tiltak for å forbedre abortomsorgen og ivareta kvinnens psykiske behov.</p> <p>For det andre belyser studien variasjoner, og dermed et behov for individualisert omsorg.</p>
<p>Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M. & Gjengedal, E. (2018b). Walking on</p>	<p>Undersøke helsepersonells erfaringer</p>	<p>Kvalitativ metode med tre fokusgruppeintervjuer på 6-8 deltakere.</p>	<p>Studien avdekket tre hovedfunn.</p> <p>Helsepersonell opplevde at de hadde et ansvar</p>	<p>Sykepleiere syns det er krevende å involvere seg i</p>

<p>a tightrope – caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. <i>Journal of clinical nursing</i>, 27(21-22), 4192-4202.</p> <p>https://doi.org/10.1111/jocn.14612</p>	<p>med ambivalente kvinner som søker abort.</p>	<p>Deltakerne ble rekruttert fra fire ulike gynekologiske poliklinikker og avdelinger i Norge.</p> <p>Deltakerne ble motivert til å reflektere og diskutere erfaringer med andre deltakere. Deltakerne hadde erfaring med ambivalente kvinner. Totalt deltok 19 sykepleiere og en lege.</p>	<p>for å gi god omsorg og avdekke kvinnens usikkerhet.</p> <p>Helsepersonell synes det var utfordrende å inkludere seg i kvinnens beslutning.</p> <p>Helsepersonell har behov for rådgivning og debrifing for å forbedre abortomsorgen.</p>	<p>usikkerheten . I tillegg synes de det er krevende å tilpasse omsorgen til individet. Dette kan forklare manglene og utfordret personsentrert omsorg.</p>
<p>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. <i>Nursing ethics</i>, 26(7-8), 2135-2146.</p> <p>https://doi.org/10.1177/0969733018819128</p>	<p>Undersøke hvordan ambivalente kvinner opplever abortomsorgen.</p>	<p>Kvalitativ metode med individuelle intervjuer før og etter kvinnen tok den endelige avgjørelsen.</p> <p>Totalt deltok 13 kvinner i alderen 18-36, fra seks ulike poliklinikker i Norge.</p> <p>Inklusjonskriteriene var gravid i første trimester, eldre enn 18 år, ambivalent til svangerskapet og norsktalende.</p>	<p>Studien avdekket tre hovedfunn.</p> <p>Kvinnen ønsker å ta en selvstendig avgjørelse, men har behov for å snakke om det.</p> <p>Usikkerhet ble identifisert, men ikke ivaretatt av sykepleieren.</p> <p>Kvinnen opplevde å bli avvist hvis sykepleieren ikke ivaretok usikkerheten. Det motsatte resulterte i refleksjoner og økt forståelse for handlingsalternativene.</p>	<p>Denne studien belyser at det er et behov for omsorg og veiledning for usikre kvinner, og at denne ivaretagelsen er viktig for opplevelsen av psykisk velvære.</p>
<p>Baron, C., Cameron, S. & Johnstone, A. (2015). Do women seeking termination of pregnancy need pre-abortion counselling?. <i>Journal of Family planning and reproductive health care</i>, 41(3), 181-185.</p> <p>http://dx.doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101161</p>	<p>Undersøke antall kvinner som bruker rådgivningstjeneste før de velger å ta abort.</p> <p>Kartlegge hva kvinnene</p>	<p>Studien benyttet kvantitativ metode med spørreskjemaer.</p> <p>Spørreskjemaet ble delt ut til 264 kvinner, men kun 201 returnerte skjemaet.</p> <p>Skjemaet ble gitt til kvinner som ønsket abort ved to ulike abortenheter i England.</p>	<p>Studien avdekket tre hovedfunn:</p> <p>18% brukte tjenesten, og majoriteten var fornøyde.</p> <p>Mange av kvinnene opplevde at tjenesten var unødvendig.</p> <p>22% av kvinnene viste ikke at tjenesten eksisterte.</p>	<p>Identifisere ulike behov og erfaringer med abortrådgivning. Dette understreker et behov for personsentrert omsorg.</p>

	synes om tjenesten.			
Aamlid, I. B., Dahl, B. & Sommerseth, E. (2021). Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study. <i>Sexual & Reproductive Healthcare</i> , 27, https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582	Utforske kvinners erfaring med hjemmeabort. Avdekke om informasjonen, søtten og oppfølgingen dekker kvinnens behov.	Kvalitativ metode med individuelle intervjuer. 23 kvinner fra Norge deltok. De ble rekruttert gjennom nettsiden til Universitetet i Sørøst-Norge og Facebook. For å være med måtte kvinnen ha utført medisinsk hjemmeabort før uke 12. Blant noen av deltakere var det 10 år mellom aborten og intervjuet.	Studien avdekket tre ulike temaer. Flere opplevde at informasjonen var utilstrekkelig, og at den ikke samsvarte med deres faktiske opplevelse. Dette truet opplevelsen av trygghet. Flere opplevde manglende annerkjennelse fra helsepersonell, noe som påvirket opplevelsen av støtte. Kvinnene opplevde at helsepersonell var relativt utilgjengelige, og det påvirket opplevelsen av velvære.	Studien belyser at god abortomsorg er viktig for å fremme helse. Studien belyser også et behov for detaljert og personlig informasjon.
Petersen, M. N., Jessen-Winge, C. & Møbjerg, A. C. M. (2018). Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. <i>JBISIR</i> , 16(7), 1537-1563. 10.1112/JBISIR-2017-003344	Undersøke hvordan skandinaviske kvinner opplever abort.	Systematisk oversiktsartikkel. Søket benyttet en tre-trinn søkestrategi. Søket var begrenset til tidsperioden 1973-2016. Totalt ga søket ni funn, men kun seks ble brukt. Inklusjonskriteriene var at kvinnen måtte være 15 år eller eldre, bosatt i Skandinavia og utført medisinsk/kirurgisk provosert abort på sykehuset.	Kvinnene ble identifisert med å ha lite kunnskap om egen menstruasjonssyklus. Kvinnene opplevde motstridende følelser i beslutningsprosessen, og flere var ambivalente etter aborten. Flertallet opplevde at smertene var verre enn forventet. Helsepersonell ble beskrevet som flinke og profesjonell, men ikke støttende og omsorgsfulle.	Studien belyser ulike reaksjoner, opplevelser og utfordringer med abort. I tillegg belyses positive og negative sider med abortomsorgen.

3.2. Tematisk resultat

3.2.1. Sårbarhet og usikkerhet

Studiene til Kjelsvik belyste at mange kvinner var ambivalente til å ta abort. Denne usikkerheten kan resultere i at kvinnene har behov for mer støtte og veiledning fra sykepleiere (Kjelsvik et al., 2019; Kjelsvik et al., 2018a; Kjelsvik et al., 2018b). I tillegg belyste Kjelsvik et al. (2018a) at ambivalente kvinner var ekstra sensitive på sykepleierens kroppsholdninger og nonverbale språk. Videre belyste Lundell et al. (2015) at sårbarhet økte behovet for støtte og omsorg. Studien avdekket også at kvinner med PTSD var oftere misfornøyd med omsorgen sammenlignet med friske kvinner.

Kjelsvik et al. (2018a) og Petersen et al. (2018) avdekket at abortsøkerne kjente på motstridende følelser både før og etter aborten, som for eksempel glede, fortvilelse, selvbekredning og lettelse. Studien til Kjelsvik et al. (2018a) inkluderte kun kvinner som var usikre på å ta abort, mens studien til Petersen inkluderte alle kvinner med abort erfaring. Av den grunn belyser studien til Petersen et al. (2018) at kvinner som har bestemt seg fortsatt kan oppleve motstridende følelser i beslutningsprosessen og i ettertid.

Tre studier avdekket at mange kvinner var ensomme i beslutningsprosessen. Kvinnene fra studien til Georgsson et al. (2019) opplevde ensomhet, da abort ble erfart som en traumatisk livssituasjon. Videre belyste Kjelsvik et al. (2018a) at årsaken var at kvinnene delte lite med andre i frykt for stigma og påvirkning. Studien belyste også at ensomheten ble påvirket av sykepleierens holdninger og atferd. Kjelsvik et al. (2018b) belyste lignende resultater. Studien avdekket at sykepleiere opplevde at de hadde et ansvar for å avdekke usikkerheten, ettersom at de erfarte at mange kvinner opplevde beslutningsprosessen som ensom.

Kjelsvik et al. (2019) belyste betydningen av å identifisere og tilby veiledning til usikre kvinne. Videre belyste Kjelsvik et al. (2018a) og Kjelsvik et al. (2018b) at veiledning og refleksjon rundt valget kunne forbedre kvinnens velvære. Studien til Baron et al. (2015) identifiserte varierende erfaringer. Noen kvinner erfarte at tjenesten medførte en enklere beslutningsprosess. Andre kvinner var sikre angående valget om abort, og opplevde derfor at tjenesten var unødvendig. Selv om det var store variasjoner, var majoriteten av kvinnene fornøyd med tjenesten.

3.2.2. Psykiske behov

Fire studier avdekket at kvinnene hadde varierende behov for emosjonell støtte. I tillegg belyste studiene at dette behovet ble ivaretatt fra sykepleiere i varierende grad. Studien til Stålhandske et al. (2011) belyste at flere kvinner opplevde at sykepleiere var nøytrale, rasjonelle og effektive. Noen kvinner var fornøyd med denne tilnærmingen, mens andre hadde behov for mer støtte. Georgsson et al. (2019) belyste også variasjoner i opplevelsen av omsorg. En tredjedel av deltakerne opplevde dårlig behandling og lite støtte. På den andre siden var flere av kvinnene fornøyd med omsorgen. Videre avdekket studien til Lundell et al. (2015) at 16% av deltakerne opplevde abortomsorgen som mangelfull. Opplevelsen av profesjonalitet, men mangel på omsorg og støtte ble også beskrevet i studien til Petersen et al. (2018) og Aamild et al. (2021). Petersen et al. (2018) belyser også at abortomsorgen har mer fokus på de fysiske behovene enn de psykiske

Majoriteten av studiene belyser et behov for at sykepleierne ivaretar kvinnens individuelle behov (Kjelsvik et al. 2018a; Georgsson et al., 2019, Stålhandske et al., 2011; Lundell et al., 2015; Amild et al., 2021). Videre belyser Kjelsvik et al. (2019) og Petersen et al., (2018) at sykepleierne har behov for opplæring i hvordan de skal ivareta kvinnens individuelle behov. I tillegg identifiserer studien til Kjelsvik et al. (2018b) årsaker til hvorfor det er krevende med individualisert omsorg.

3.2.3.Behov for informasjon

Fire studier avdekket at kvinnene opplevde utilstrekkelig og misvisende informasjon om de fysiske bivirkningene fra aborten (Georgsson et al., 2019; Petersen et al., 2018; Aamild et al., 2021; Lundell et al., 2015). Georgsson et al. (2019) og Aamild et al. (2021) belyste at kvinnens erfaring med informasjon varierte, og at det påvirket tilfredsheten med omsorgen. Lundell et al. (2015) belyste at 22% av deltakerne opplevde intens smerte under medisinsk abort. Videre avdekket studien at kvinner med PTSD opplevde oftere utilstrekkelig smertelindring enn friske kvinner. Denne forskjellen gjaldt ikke når man sammenlignet friske kvinner med kvinner med angst og/eller depressive symptomer. Videre avdekket studien til Georgsson et al. (2019) at mange kvinner søkte på nettet for å finne informasjon om abort. Flere av kvinnene erfarte at det var krevende å finne informasjon av god kvalitet. Studien til Kjelsvik et al. (2018a) avdekket også at kvinnene søkte etter informasjon på nettet, da de ønsket å holde tema hemmelig. Kvinnene ble skuffet over informasjonen de fant.

4. Diskusjon

For å forbedre opplevelsen av abort kan det være behov for personsentrert omsorg. Dette underbygges med at det er store variasjoner i hvordan kvinnene opplever å ta abort, og hvordan omsorg de trenger fra sykepleiere. I diskusjonen skal jeg drøfte de empiriske funnene med teorien. Dette skal jeg gjøre for å besvare min problemstilling som er:

«Hvordan kan personsentrert omsorg fremme helse til kvinner som gjennomfører abort?»

4.1. Ivareta usikkerhet og sårbarhet

4.1.1. Ivareta usikkerhet

Mange kvinner ønsket å dele ambivalensen med sykepleierne (Kjelsvik et al., 2018a). Dette kan støttes av studien til Stålhandske et al. (2011) som belyste at kvinnene hadde et behov for å diskutere valget. Imidlertid var det mange av kvinnene som ikke turte å dele usikkerheten og følelsene med sykepleieren (Kjelsvik et al., 2018a). Dette kan forklares med at noen av kvinnene opplevde abort som skamfullt og sårbart. Av den grunn var de redde for å bli møtt med dømmende og kritiske holdninger hvis de delte følelsene sine med sykepleieren (Kjelsvik et al., 2018a). Dette kan begrunne behovet for personsentrert omsorg, ettersom at det innebærer respekt for individets verdier, preferanser og behov (Sharma et al., 2016). I tillegg kan personsentrert kommunikasjon medføre at sykepleieren oppdager individets følelser. Dette kan forklares med at sykepleieren observerer individets nonverbale tegn noe som kan avsløre skjulte følelser (Eide et al., 2017). Dette kan støttes av Travelbee som presiserer at nonverbal kommunikasjon er nødvendig for å identifisere individets behov (Kirkevold, 1998). Kan det derfor tenkes at personsentrert kommunikasjon er nødvendig for å avdekke kvinnens usikkerhet? Studien til Kjelsvik et al. (2018b) belyste at en ansikt-til-ansikt-relasjon og økt oppmerksomhet på kvinnens kroppsholdning var sentralt for å avdekke usikkerhet. Dette resulterte i at sykepleieren oppdaget om kvinnens kroppsholdning var inkongruent, noe som kunne avsløre ambivalens.

Videre avdekket studien til Kjelsvik et al. (2018a) at imøtekommende og omsorgsfulle kroppsholdninger var en forutsetning for at kvinnen valgte å dele usikkerheten. Dette kan understreke behovet for personsentrert kommunikasjon. Med personsentrert kommunikasjon viser sykepleieren en imøtekommende holdning. En slik holdning kan vise interesse og et ønske om å hjelpe (Eide et al., 2017). Det er viktig at kvinnen klarer å dele følelsene sine, da det kan hindre langvarige plager (Jerpseth, 2016). Imidlertid opplevde flere sykepleiere at direkte spørsmål om usikkerheten kunne oppleves truende og resultere i skam. I tillegg opplevde sykepleiere at det kunne forsterke kvinnens usikkerhet (Kjelsvik et al., 2018b). Men er det virkelig slik at direkte spørsmål om usikkerhet kan forverre kvinnens opplevelse av aborten? Studien til Stålhandske et al. (2011) og Kjelsvik et al., (2018a) belyste at noen av kvinnene ønsket at sykepleieren skulle stille direkte spørsmål om valget. Videre belyste Baron et al. (2015) at mange

kvinner opplevde at abortveiledning resulterte i støtte og trygghet. Samtidig belyste studien til Kjelsvik et al. (2018b) at direkte spørsmål støttet kvinnens velvære hvis sykepleieren hadde en åpen kroppsholdning. Ifølge definisjonen fra WHO er velvære sentralt for oppnåelse av helse (World health organization, 2022). Av den grunn kan det tenkes at direkte spørsmål om usikkerhet kan fremme helse.

Imidlertid opplevde flere kvinner at sykepleieren var avvisende og ikke støttet usikkerhet. Dette resulterte i en følelse av ensomhet (Kjelsvik et al., 2019). Ensomhet kan redusere individets motstandskraft, noe som kan øke stress (Håkonsen, 2014). Til tross for dette kan en menneske-til-menneske-relasjon forbedre individets opplevelse av ensomhet (Kirkeveld, 1998). Videre kan en holdning som tar utgangspunkt i individets situasjon resultere i trygghet og tillitt. Samlet kan det styrke relasjonen (Eide et al., 2017). Dette kan ses i sammenheng med at en støttende sykepleier som er interessert og forståelsesfull kan bidra til å redusere kvinnens lidelse (Kjelsvik et al., 2018a). Ifølge WHO sin definisjon er fravær av lidelse sentralt for god helse (Regjeringen, 2014).

Avvisende holdninger kan ses i sammenheng med at sykepleieren ikke ønsker eller har mulighet til å hjelpe (Eide et al., 2017). Dette kan støttes av Kjelsvik et al. (2018b) som avdekket at sykepleiere synes det var krevende å støtte kvinnens usikkerhet. Det skyldes at sykepleieren var redd for å påvirke kvinnens valg. Dette kan også støttes av Kjelsvik et al. (2019) som belyste at sykepleiere hadde en mindre støttende og inkluderende holdning for å sikre kvinnens autonome valg. Samtidig belyste studien til Kjelsvik et al. (2018a) at kvinnene ønsket å ta et selvbestemt valg, og at det var en forutsetning for at kvinnen opplevde styrke etter valget. Et selvbestemt valg er sentralt for å ivareta personsentrert omsorg (Sharma et al., 2016). Kan det derfor tenkes at behovet for et autonomt valg kan forsvare avvisende holdninger? Individets valg skal også være velbegrunnet. Det kan kreve støtte og praktisk ekspertise fra sykepleieren (Sharma et al., 2016). Behovet for hjelp kan også begrunnes med sykepleierens yrkesretningslinje 2,5, som forklarer at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å ta et selvbestemt valg (NSF, 2019). I tillegg har usikre kvinner rett på råd og veiledning (abortloven, 1976, §2).

Men kan et velbegrunnet valg forbedre helsen til kvinner som gjennomfører abort? Kjelsvik et al. (2019) avdekket at en imøtekommende og åpen holdning resulterte i dialog og refleksjon. Dette medførte at kvinnene fikk en bredere forståelse for sine handlingsalternativer. Samlet resulterte det i en enklere beslutningsprosess hvor kvinnene klarte å ta et valg i tråd med egne verdier. I tillegg belyste studien til Kjelsvik et al. (2018a) at kvinner som tok et valg i tråd med egne verdier opplevde styrke. Samlet kan dette fremme mestring og helse, da et valg i tråd med egne verdier kan forebygge en stressreaksjon. (Kristoffersen et al., 2016).

4.1.2. Ivareta sårbarhet

Studien til Baron et al. (2015) og Lundel et al. (2015) belyste et behov for å identifisere sårbare kvinner for å tilpasse veiledningen og omsorgen til deres behov. Dette kan begrunnes med at sårbarhet kan svekke individets stressmestring (FHI, 2019). Imidlertid kan effektiv mestringsevne, positivitet og lav sårbarhet resultere i det motsatte (Kristoffersen et al., 2016, s. 252). Videre understreker Lundel et al., (2015) behovet for å identifisere sårbarhet. Studien viser at kvinner med PTSD har økt behov for støtte, respekt og privatliv for å være fornøyd med omsorgen. Kan det bety at kvinner med PTSD er mer sårbare for negative bivirkninger av abort? Dette kan forklares med at en traumatisk livshendelse øker risikoen for sårbarhet og psykisk lidelse (FHI, 2019). Studien avdekket også at kvinner med PTSD er oftere misfornøyd med smertelindringen

sammenlignet med friske kvinner. Kan det bety at det er en sammenheng mellom tidligere kriser og smerter? Dette kan forklares med at tidligere smertestimuli kan påvirke eller forverre opplevelsen av nye smerter (Danielsen et al., 2016). Videre kan en traumatisk livshendelse inkludere fysiske smerter (Bugge, 2018). Samlet belyser teori og forskning at kvinner kan ha ulike behov på grunn av sårbarhet.

Imidlertid belyste Lundel et al. (2015) at det kan være utfordrende å identifisere sårbarhet. Det skyldes individuelle variasjoner og tidspres. Til tross for dette belyser studien at spørsmål om sosial støtte, mestringsstrategier og tidligere psykisk helse kan avdekke sårbarhet (Lundel et al., 2015). Dette kan støttes av teori som beskriver at kartlegging av genetiske og miljømessige risikofaktorer er nødvendig for å avdekke sårbarhet og risiko for psykisk sykdom (FHI, 2019). Imidlertid er det viktig at sykepleieren respekterer kvinnens integritet for å unngå at slike spørsmål oppleves invaderende, respektløse og stigmatiserende (Lundel et al., 2015). Dette kan begrunnes med at respekt for individets verdier, preferanser og behov er en forutsetning for personsentrert omsorg (Sharma et al., 2016).

Men kan støtte resultere i bedre helse for sårbare kvinner? Støtte kan resultere i forbedret psykisk helse og redusere helseskadelige virkninger ved en belastning (FHI, 2019). Imidlertid belyser Studien til Lundel et al. (2015) at personsentrerte holdninger er en forutsetning for at kvinnene opplever støtte, respekt og god omsorg. I tillegg er det viktig at støtten er tilpasset kvinnens forutsetninger for mestring (Jerpseth, 2016). Dersom støtten ikke tar utgangspunkt i individets mulighet for mestring kan risikoen for sårbarhet og psykisk sykdom øke (FHI, 2016). Dette kan begrunnes med at mangel på individualistisk fokus kan medføre at individet blir umotivert og pessimistisk, og dermed håndterer situasjonen dårligere (Eide et al., 2017). Et individualistisk fokus kan derfor være en forutsetning for å fremme helse. Dette kan forsvares med at Per Fugelli vektlegger et individualistisk fokus som veien til å oppnå god helse. Årsaken er at opplevelsen av sykdom og betydning av god helse er ulikt fra individ til individ (Fugelli et al., 2001).

4.2. Identifisere og ivareta psykiske behov

4.2.1. Identifisere psykiske behov

«An unexpected pregnancy could challenge a women's plans for her future, her worldview and identity. Unresolved, issues such as these, can trouble women for a long time» (Stålhandske et al., 2011, s. 39). Dette sitatet belyser at abort kan true kvinnens psykiske helse og det er nødvendig at kvinnen bearbeider følelsene sine. Teori belyser at kvinner som gjennomfører abort har behov for emosjonell støtte, ettersom at abort kan være utfordrende (Jerpseth, 2016). Imidlertid belyser mange studier at behovet for emosjonell støtte ikke blir ivaretatt (Stålhandske et al., 2011; Georgsson et al., 2019; Aamild et al., 2021; Petersen et al., 2018). Mangelfull omsorg uten hensyn til individets behov kan svekke relasjonen og tilliten. Det skyldes at individet ikke føler seg sett og forstått (Eide et al., 2017). I tillegg kan det svekke den psykiske helsen, da individet ikke får hjelp og støtte til å mestre situasjonen (Huber et al., 2011).

Til tross for dette rapporterte også mange av kvinnene at de var fornøyde med behandlingen og opplevde sykepleierne som empatiske og omsorgsfulle (Georgsson et al., 2019). Positive reaksjoner ble også belyst i studien til Stålhandske et al. (2011).

Studien identifiserte tilfredshet med mangel på emosjonell støtte. Årsaken var at kvinnene opplevde situasjonen som uproblematisk eller ønsket å håndtere situasjonen og følelsene selv. Dette kan begrunnes med at omfanget av stressreaksjonen er tilknyttet verdier og grunnleggende behov (Kristoffersen et al., 2016). Kan det derfor tenkes at de positive reaksjonene skyldes at abort ikke truer kvinnens verdier? Stressreaksjonen kan bli redusert hvis situasjonen ikke truer individets viktigste verdier (Kristoffersen et al., 2016). Tilfredshet med omsorg kan også ses i sammenheng med at positive følelser er lettere for sykepleiere å håndtere (Eide et al., 2017). Samlet har jeg belyst at det eksisterer variasjoner i opplevelsen av abortomsorgen, men hvorfor er det slik?

Kjelsvik et al. (2018b) avdekket at sykepleierens erfaring med abort påvirket atferden og omsorgen. I tillegg avdekket studien til Kjelsvik et al. (2018b) og Petersen et al. (2018) at sykepleierne har behov for mer kompetanse og veiledning for å ivareta kvinnens individuelle og emosjonelle behov. I tillegg kan sykepleieren og pasienten ha ulike verdier, idealer og personlighet. Slike variasjoner kan medføre at de ikke forstår hverandre, noe som kan skape utfordringer med å identifisere kvinnens behov (Eide et al., 2017). Av den grunn kan det tenkes at variasjonene og manglene i omsorgen skyldes erfaring, kunnskap og personlighet. Imidlertid avdekket også studien til Kjelsvik et al. (2018b) at flere sykepleiere opplevde at sterk involvering i kvinnens utfordring påvirket egen psykisk helse. Studien avdekket også at dette kunne medføre at sykepleieren ikke klarte å bidra til følelsesmessig mestring av kvinnens eksistensielle behov. Dette kan ses i sammenheng med at en sympatisk tilnærming kan påføre sykepleieren smerte og negative følelser. Spesielt hvis sykepleieren opplever at hun ikke har mulighet til å hjelpe individet med stresset (Travelbee, 1964).

4.2.2. Ivareta psykiske behov

Sympatiske holdninger kan være nødvendig for at individet føler seg ivaretatt (Kirkevold, 1998). Studien til Stålhandske et al. (2011) identifiserte at sykepleieren må kartlegge kvinnens behov for å kunne ivareta behovet. Videre belyser studien at det er nødvendig for å kunne hjelpe kvinnen med å håndtere aborten. En slik metode kan sammenlignes med Travelbee sin menneske-til-menneske-relasjon. I følge Travelbee er en slik relasjon nødvendig for å identifisere hvordan individet opplever situasjonen. I tillegg er denne kunnskapen viktig for å ivareta de nødvendige behovene. Imidlertid er det nødvendig med empati for at sykepleieren kan forstå individet og gi genuin støtte. Til tross for dette belyser Travelbee at empati krever at sykepleieren og individet har like erfaringer (Kirkevold, 1998). Dette kan også begrunnes med at troen på at sykepleiere kan vite hva individet tenker og føler er en illusjon. En slik holdning kan også oppleves som respektløs ettersom at det tyder på manglende forståelse for det unike individet (Eide et al., 2017). Ut ifra dette kan det tenkes at sykepleieren ikke klarer å ha empati med kvinnen med mindre hun har egne erfaringer med abort eller uønsket graviditet.

Men er det virkelig slik at sykepleieren ikke kan ivareta empatisk støtte til kvinnen uten lignende erfaringer? Travelbee belyser at sykepleieren kan utvikle sympati for pasienten uavhengig av like erfaringer (Kirkevold, 1998). Imidlertid krever sympati at sykepleieren ser pasienten som en person og at sykepleieren klarer å bruke seg selv terapeutisk. Til tross for dette kan sympati medføre at sykepleieren ikke klarer å ivareta individets behov. Dette skyldes en mulig overidentifisering som gjør at sykepleieren blir nødt til å ivareta egne behov istedenfor pasientens behov. Imidlertid er det mer ødeleggende for pasienten at sykepleieren ikke viser sympati (Travelbee, 1964). Behovet for sympati

belyser Travelbee med dette sitatet: «Sympathy means that she cares. And in and through that caring, she can give what we call emotional support, can sustain another human being in his time of crisis” (Travelbee, 1964, s. 71). Dette sitatet understreker at sympati kan ivareta individets emosjonelle behov og hjelpe individet med å håndtere situasjonen. Men kan ivaretagelsen av emosjonelle behov fremme helse til kvinner som gjennomfører abort?

Studien til Stålhandske et al. (2011) belyste at emosjonell støtte medførte at kvinnen håndterte situasjonen bedre. Ut ifra den moderne definisjonen av helse kan håndtering av situasjonen fremme helse (Huber et al., 2011). WHO sin definisjon av god helse krever fullstendig velvære (World health organization, 2022). Fullstendig velvære kan være krevende å oppnå ettersom at det beskriver en tilstand uten fysisk, psykisk eller sosialt ubehag. Ut ifra definisjonen hevder mange at nesten ingen kan oppnå god helse, ettersom at fysisk eller psykisk ubehag er vanlig (Huber et al., 2011). Imidlertid beskriver Fugelli at helsebegrepet er pragmatisk noe som vil si at helse vurderes ut ifra alder, sykdomsbyrde og sosial situasjon. Individet kan derfor oppleve god helse med lidelse og sykdom. Årsaken kan være at individet har andre ting å glede seg over eller at individet er tilpasningsdyktig (Fugelli, 2001). Abort kan som sagt oppleves som en traumatisk og stressende hendelse (Jerpseth, 2016). I lys av et pragmatisk helsebegrep kan det være at kvinnen opplever god helse selv om hun opplever aborten som krevende.

Empirisk forskning og teori har belyst at personsentrert omsorg er fordelaktig for kvinner som gjennomfører abort. Imidlertid belyser Kjelsvik et al. (2018b) at det er krevende for sykepleierne å ivareta personsentrert omsorg. Det skyldes at sykepleieren møter mange pasienter hver dag med ulike dilemmaer, verdier og personlighet. Variasjonene kan også medføre at det er krevende å ivareta god omsorg (Wang et al., 2020). Utfordringen kan ses i sammenheng med det mangler en standarddefinisjon for personsentrert omsorg. Ettersom at det kan være krevende å definere noe som er individualisert. Standarddefinisjon kan resultere i veiledere for hvordan omsorgen skal utføres, noe som kan medføre at personsentrert omsorg blir enklere å ivareta (Sharma et al., 2016).

Imidlertid krever også personsentrert omsorg tid og handlingsrom (Orvik, 2015). Mangel på tid i abortomsorgen ble belyst i ressurssamtale med Amatheia. Sykepleieren fortalte at mange av kvinnene hadde behov for samtale, men at de opplevde at det ikke var tid til det. Denne mangelen forklares også i studien til Kjelsvik et al. (2018b). Studien belyste at sykepleiere synes det er krevende å balansere kvinnens behov for samtale med kravet om å ikke bruke mer tid enn planlagt. Imidlertid påstår Travelbee at begrenset tid ikke forsvarer mangelfull omtanke og sympatiske holdninger. Hun stiller spørsmål med hva som driver sykepleierens handlinger hvis den ikke baseres på sympati og genuine bekymringer. Videre påstår Travelbee at alle kan oppnå en menneske-til-menneske-relasjon hvis de prioriterer det. Av den grunn legger Travelbee ansvaret på sykepleieren og påstår at det er opp til dem (Travelbee, 1964, s. 71). Dette ansvaret kan være vanskelig å imøtekomme etter dagens krav om effektivitet og standardiserte pasientforløp (Orvik, 2015).

4.3. Ivareta informasjon

En viktig sykepleieoppgave er å informere om de fysiske og psykiske aspektene ved en abort (St. Olavs hospital, 2020). Dette bekrefter også sykepleieren fra ressurssamtale 1.

Studien til Georgsson et al. (2019) belyste at majoriteten av kvinnene var middels fornøyd med informasjonen de fikk fra sykepleierne. I tillegg belyste studien til Aamild et al. (2021) at noen av kvinnene var fornøyd med informasjonen. De oppga at tilfredsstillende informasjon medførte at de mestret abort prosessen. Dette kan ses i sammenheng med at informasjonen kan medføre at individet mestrer og behersker situasjonen (Kristoffersen et al., 2016). I tillegg kan informasjon ivareta forutsigbarhet som kan redusere psykisk stress (Håkonsen, 2014). Til tross for dette var flere av kvinne misfornøyd med informasjonen (Georgsson et al., 2019; Aamild et al., 2021). Studien til Georgsson et al. (2019) belyste at mange var redde og stresset før og under aborten. Det skyldtes at de ikke følte seg forberedt. En annen studie avdekket at flere av kvinnene var stresset flere måneder etter aborten. Det skyldes frykt for komplikasjoner, ettersom at omfanget av blødningen ikke samstemte med informasjonen (Aamild et al., 2021). Økt stress og frykt kan begrunnes med at usikkerhet kan true individets opplevelse av trygghet, og utfordre evnen til å forberede seg (Kristoffersen et al., 2016).

Studien til Aamild et al. (2021) avdekket at kvinnene ønsket mer detaljert informasjon om hva de kunne forvente under aborten. Imidlertid belyser også studien at detaljert informasjon er tidskrevende. Kjelsvik et al. (2018b) begrunner utfordringen med at det er store variasjoner i omfanget av blødning, smerter og psykiske behov. Dette medfører at det krevende å tilpasse informasjonen til kvinnens behov. Disse variasjonene kan også forklare hvorfor noen sykepleiere ikke fortalte de verste bivirkningene. Årsaken var at de ville beskytte kvinnene for unødvendige bekymringer. Til tross for dette kan mye informasjon også oppleves belastende og resultere i at individet glemmer informasjon (Eide et al., 2017).

I studien til Aamild et al. (2021) beskrev en kvinne at hun hadde glemt informasjonen om blødningen. Årsaken var enten at sykepleieren ikke hadde fortalt henne om blødningen, eller at kvinnen ikke husket eller klarte å forstå informasjonen. Dette kan forklares med at stress kan utfordre evnen til å forstå og huske informasjon (Eide et al., 2017). Abort kan som sagt oppleves som en stressende hendelse (Opsahl, 2013). For å sikre forståelig informasjon bør sykepleieren tilpasse språket til pasienten. Dette kan gjøres ved å unngå medisinske begreper, samt tilpasse tonen og tempoet. Samlet kan en slik tilpasning sikre forståelse og at individet blir forberedt på situasjonen (Sharma et al., 2016).

Det kan også være hensiktsmessig at sykepleieren spør individet hva hun lurer på. Imidlertid krever det at pasienten har en oversikt over situasjonen og aktuelle spørsmål (Eide et al., 2017). Studien til Aamild et al. (2021) avslørte at kvinnene ikke alltid har denne oversikten, og derfor er det krevende å stille spørsmål. Imidlertid belyste studien til Aamild et al. (2021) at kvinnene som hadde forberedt seg før abortkonsultasjonen var mer fornøyd med informasjonen. Disse kvinnene opplevde at forberedelser forenklet informasjonen fra sykepleierne. Samtidig opplevde de at det var enklere å stille relevante spørsmål som besvarte deres bekymringer og usikkerheter. Til tross for fordelene med å søke på nettet belyste studien til Georgsson et al. (2021) at flere av kvinnene opplevde at informasjonen fra nettet var mangelfull og resulterte i flere bekymringer. Bekymringer kan øke opplevelsen av stress (Håkonsen, 2014). I lys av WHO sin definisjon av helse kan det derfor tenkes at bekymringer kan redusere individets psykiske velvære (World health organization, 2022). Men hvordan kan sykepleieren ivareta tilstrekkelig informasjon som forbereder kvinnen?

Studien til Aamild et al. (2021) belyser at det er nødvendig at sykepleieren avdekker kvinnens bakgrunnskunnskap om abort for å forstå kvinnens behov for informasjon. Med personsentrert omsorg kan sykepleierne avdekke individets bekymringer, behov og bakgrunnskunnskaper (Sharma et al., 2016). Tilpasset og nødvendig informasjon kan forberede kvinnen (Amild et al., 2021). Kan dette bety at personsentrert kommunikasjon er nødvendig for å avdekke og ivareta kvinnens informasjonsbehov? Travelbee begrunner dette med at mangler på individualistisk sykepleie kan resultere i kommunikasjonsbrudd (Kirkevold, 1998).

4.4. Metoderefleksjon

En svakhet med metoden er at den mangler studier som forsker på sammenhengen mellom personsentrert abortomsorg og helse. Imidlertid er det begrenset utvalg av studier som viser dette, samt andre sykepleietiltak som kan fremme helse. Derfor brukte jeg forskning for å avdekke behovet, og teori for å belyse hvordan ivaretagelse av behovet gjennom personsentrert omsorg kan fremme helse. Av den grunn består diskusjonen av selvstendige koblinger mellom forskning og teori for å belyse effekten. Dette kan være en svakhet, ettersom at det gir rom for egne tolkninger som kan stride med realiteten. Derimot kan mangelen i forskning forsvare min fremgangsmåte. En annen svakhet er at jeg ikke fant en standarddefinisjon av personsentrert omsorg. Imidlertid vil jeg påstå at det ikke eksisterer. Påstanden er basert på en rekke forskningsartikler. Likevel brukte jeg en forskningsartikkel som mal, da den virket oppdatert og troverdig. I tillegg brukte jeg teori for å forsvare fremgangsmåten og effekten av personsentrert omsorg. For å vurdere hvordan personsentrert omsorg kan fremme helse brukte jeg flere definisjoner av helsebegrepet. Dette kan være en styrke ettersom at det belyser flere aspekter av et stort begrep. Imidlertid gir det rom for tolkninger og nyanser som ikke beskrives i standarddefinisjonen.

For å belyse kvinnens erfaring med abort er kvalitativ metode hensiktsmessig. Av den grunn var kvalitativ metode utgangspunktet for datainnsamlingen (Dalland, 2020). Til tross for dette brukte jeg en oversiktsartikkel og to kvantitative studier. Årsaken var at disse studiene ga en representativ oversikt og statistikk for opplevelsen av smerter og omsorg. Imidlertid er studien til Stålhandske et al. (2011) en del av oversiktsartikkelen. Dette kan forsvares med at resultatene fra oversiktsartikkelen er brukt og ikke resultatene fra primærstudiene. Av den grunn var resultatene ulike og derfor valgte jeg å bruke begge studiene.

En svakhet er at jeg valgte tre studier som strider med inklusjonskriteriene. Den ene er publisert for 11 år siden, og det kan bety at funnene er utdatert. Likevel opplevde jeg at studien var relevant. Det skyldes at resultatene ble bekreftet i ressurssamtalene og i de andre studiene. Imidlertid er årstall også en styrke ved oppgaven, da de resterende studiene er fra 2015 eller yngre. En annen styrke er at studiene jeg valgte kan ha stor overføringsverdi til norske kvinner. Det skyldes at jeg valgte fire studier fra Sverige og fire fra Norge. Imidlertid har Sverige mer liberal abortlov enn Norge, da svenske kvinner kan ta provosert abort frem til uke 18 (Løkeland-Stai, 2022). Denne forskjellen kan påvirke funnene. En annen svakhet er at jeg valgte en studie fra England. Imidlertid har England en liberal abortpraksis, da det er lov med provosert abort frem til uke 24 (Ørstavik, 2021). Av den grunn kan funnene fra studien være relevante.

Den tredje studien belyste erfaringer med medisinsk hjemmeabort, og dette er en svakhet. Årsaken er at hjemmeabort er annerledes enn sykehusabort, noe som kan påvirke funnene (Amild et al. 2021). Imidlertid opplevde jeg fortsatt at studien var relevant. Det skyldes at studien identifiserte erfaringer med abortkonsultasjonen og informasjon i forkant av aborten. Disse funnene kan også gjelde kvinner som utfører abort på sykehuset. Videre er studien fra Norge og fra 2021. Det betyr at studien er oppdatert og har sterk overførbarhet.

En styrke og svakhet med søkene er at de viste lignende funn. Det kan styrke validiteten, samtidig som det kan bety at sentrale artikler ikke ble funnet. Videre forklarer det hvorfor jeg valgte flest artikler på første søk. En svakhet og styrke er også at jeg ikke har egne erfaringer med abort fra praksis. Det kan begrense min forståelse for tema. Imidlertid kan oppgaven være mer objektiv, da egne erfaringer er en mangelfull og subjektiv kilde sammenlignet med primærforskning (Dalland, 2020). Mangel på egne erfaringer medførte at jeg inkluderte to ressursamtaler. Sykepleierne fra ressursamtalene har flere år med erfaring, samtidig som deres opplevelse samsvarer med forskning. Dette styrker deres troverdighet.

4.5. Konklusjon

Personsentrert kommunikasjon er viktig for å avdekke og ivareta usikkerhet. Dette kan resultere i at kvinnen tar et velbegrunnet valg som kan fremme helse. Videre kan personsentrert omsorg være viktig for å identifisere sårbarhet. Dette kan medføre at kvinnens behov blir ivaretatt, noe som kan fremme helse.

Abort kan oppleves som en stressende livshendelse og det kan resultere i et emosjonelt behov. Studiene avdekket at dette behovet varierer blant kvinnene. Av den grunn kan personsentrert omsorg være nødvendig for å identifisere og ivareta de ulike behovene. En menneske-til-menneske-relasjon kan også medføre at kvinnen mestrer aborten bedre, noe som kan fremme helse. Videre ble det også identifisert at mangelfull informasjon kan resultere i økt psykisk stress, mens det motsatte kan fremme mestring og helse. Personsentrert informasjon kan være nødvendig for at kvinnen mottar nødvendig informasjon som hun klarer å forstå og huske.

Personsentrert omsorg kan være utfordrende å ivareta i praksis. Forskning forklarer det med tre ulike årsaker. For det første er det krevende å ivareta personsentrert omsorg når de fysiske og psykiske behovene varierer. For det andre opplever noen sykepleiere at sterk involvering i kvinnens situasjon kan påvirke egne følelser, og frata kvinnens autonome valg. For det tredje krever personsentrert omsorg tid, noe som kan være utfordrende å ivareta etter dagens krav om effektivitet. I tillegg mangler det en standarddefinisjon for personsentrert omsorg. Dette kan medføre at det er utfordrende for sykepleiere å vite hvordan de skal ivareta omsorgen. Flere av studiene belyser derfor et behov for veiledning og kunnskap slik at sykepleierne kan ivareta kvinnens individuelle behov. Til tross for utfordringer med personsentrert omsorg er det viktig at retten til provosert abort ikke tas for gitt. I lys av dagsaktuelle hendelser om abortstriden i USA kan det være at retten på provosert abort i vestlige land er mer truet enn forventet.

Referanser

Aamlid, I. B., Dahl, B. & Sommerseth, E. (2021). 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, <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582>

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

Amnesty. (2022, 29. mars). *3 år i fengsel for å forsvare trygg abort*. Hentet 19. april 2022 fra <https://amnesty.no/aksjon/3-ar-i-fengsel-forsvare-trygg-abort>

Amnesty. (2021, 18. november). *USA må stanse de strenge abortlovene*. <https://amnesty.no/aksjon/usa-abortlover>

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>

Bugge, P. (2018). *Angstlidelser*. Aarre, T. F. (Red.). *Psykiatri for helsefag* (2.utg., s. 163-198). Fagbokforlaget

Cai, W., Johnston, T., McCann, A. & Walker, A. S. (2022, 7. Mai). *Half of U.S. Women Risk Losing Abortion Access Without Roe*. The New York Times. <https://www.nytimes.com/interactive/2022/05/07/us/abortion-access-roe-v-wade.html>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). *Sykepleie ved smerter*. Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 381-423). Gyldendal Akademisk

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. *Kanalregister*. Hentet 18. april 2022 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Gyldendal

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 20(2), s. 22-26. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2016, 14. april). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. <https://www.fhi.no/publ/eldre/psykiske-lidelser-i-norge-et-folkeh/>

Folkehelseinstituttet. (2019, 02. desember). *Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser*. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/risiko--og-beskyttelsesfaktorer-for/>

Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse – slik folk ser det. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 121, 3600-3604. <https://tidsskriftet.no/2001/12/tema-helse-og-kultur/helse-slik-folk-ser-det>

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>

Hernæs, N. (2015, 08. juni). *Tidligere abort med piller*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2015/06/tidligere-abort-med-piller>

Helsebibloteket. (2016a, 03. juni). *Systematisk oversikt*. <https://www.helsebibloteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>

Helsebibloteket. (2016b, 03. juni). *Sjekklistor*. <https://www.helsebibloteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg.) Gyldendal

Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie, Bind 2*. (5.utg., s. 133-165). Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2.utg.). Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (5.utg., s. 237-286). Gyldendal akademisk

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/10.1177/0969733018819128>

Lundell, I. W., Ohman, S. G., Poromaa, I. S., Hogberg, U., Sydsjø, G. & Svanberg, A. S. (2015). How women perceive abortion care: A study focusing on healthy women and those with mental and posttraumatic stress. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 20(3), 211-222. <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.1002032>

Løkeland-Stai, M. (2022, 11. mars). *Fakta om abort (med 2021-tal)*. Folke helse instituttet. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>

Lønnå, E & Garvik, L. (2021, 5. mai). *Abortkampen*. Store norske leksikon. <https://snl.no/abortkampen>

NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 29.04.2022 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Opsahl, A. M. D. (2013, 26. Juni). *Får angst og depresjon etter abort*. *Sykepleien*, 101(8), 64-66. [10.4220/sykepleiens.2013.0074](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0074)

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Cappelen Damm Akademisk

Petersen, M. N., Jessen-Winge, C. & Møbjerg, A. C. M. (2018). Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBI Evidence synthesis*, 16(7), 1537-1563. [10.11124/JBISRIR-2017-003344](https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003344)

Regjeringen. (2014, 16. desember). *Verdens helseorganisasjon*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>

Sharma, T., Bamford, M. & Dodman, D. (2016). Person-centred care: an overview of reviews. *Contemporary nurse*, 51(2-3), 107-120. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1150192>

St. Olavs Hospital. (2020, 20. september). *Abort Gynekologisk avdeling*. <https://stolav.no/behandlinger/abort#les-mer-om-medikamentell-abort-pa-sykehuset>

Stoltenberg. C. (2020, 25. november). *Kohortstudie – epidemiologi*. Store norske leksikon. <https://snl.no/kohortstudie-epidemiologi>

Stålhandske, M. L., Ekstrand, M., Tyden, T. (2011). Women's existential experiences within Swedish abortion care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(1), 35-41. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.545457>

Travelbee, J. (1964, januar). What's wrong with sympathy? *Lippincott Williams & Wilkins*, 64(1), 68-71). <http://www.jstor.org/stable/3452776>

Wang, N., Allen, J., Gamble, J. & Creedy, D. K. (2020). Nonpharmacological interventions to improve the psychological well-being of women accessing abortion services and their satisfaction with care: A systematic review. *Nursing & Health Sciences*, 22(4), 854-867. <https://doi.org/10.1111/nhs.12779>

World health organization. (2022). *Constitution*.
<https://www.who.int/about/governance/constitution>

Ørstavik, R. (2021, 7. september). Tallenes aborttale. *Tidsskrift for den norske legeforening*. doi: 10.4045/tidsskr.21.0436

Vedlegg



NTNU, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

INFORMERT SAMTYKKE I FORBINDELSE MED RESSURSSAMTALE

Samtalens innhold skal brukes i forbindelse med bacheloroppgave i sykepleie, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Ressurspersonen

- er kjent med at samtalen er frivillig og at vedkommende når som helst kan trekke seg fra å delta
- velger selv grad av anonymitet
- kan be om å få lese det skriftlige materialet før det benyttes i oppgaven

Samtalen

- tas ikke opp som lydopptak underveis
- vil bli gjengitt som fortalt, uten endring eller tilføyelse i innholdet

Ved behov for kontakt med bachelorstudent etter samtalen kan ressursperson henvende seg til

Navn:

Mailadresse:

Mobil:

Jeg bekrefter med dette at jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon som nevnt over og samtykker i å være ressursperson i forbindelse med en bachelor-oppgave i sykepleie.

Navn

Dato

