

10037

Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme mestring hos kvinner i etterkant av en provosert abort?

7673 ord
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Unni Karin Moksnes
Juni 2022

10037

Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme mestring hos kvinner i etterkant av en provosert abort?

7673 ord

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Unni Karin Moksnes
Juni 2022

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: I 2021 ble det gjennomført 10 841 aborter i Norge, hvorav 95,4% var selvbestemt. Selv om dette berører tusenvis av kvinner hvert år, er det lite forskning på hvilke psykologiske utfall det kan føre med seg. I overkant av 90% av abortene som gjøres i Norge, utføres medikamentelt, der kvinnene ofte blir oppfordret til å fullføre prosedyren i hjemmet. Dette gjør det vanskelig for sykepleiere å få innblikk i hvordan disse kvinnene egentlig håndterer prosedyren og situasjonen i ettertid. Som sykepleier har man en viktig rolle i å legge et godt grunnlag for mestring i tiden etter abort.

Hensikt: Oppgaven har som mål å besvare følgende problemstilling: «Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme mestring for kvinner i etterkant av en provosert abort?».

Metode: Denne studien er en litteraturstudie, basert på syv forskningsartikler.

Resultat: Studiene viste at flere kvinner opplever psykiske helseutfordringer i etterkant av en provosert abort. Tidligere psykiske helseplager var assosiert med dette. Videre kommer det også frem at mange kvinner kjenner på ambivalens tilknyttet selve valget om å ta abort, og følelser som skyld, skam og anger i etterkant. Flere av artiklene skildrer kvinnenes behov for støtte ved abort. Behovet for informasjon og veiledning blir belyst, samt tilstrekkelig ivaretagelse av psykiske, emosjonelle og åndelige behov.

Konklusjon: Sykepleieren har en viktig rolle i møte med kvinner som gjennomfører provosert abort. For å fremme mestring hos disse kvinnene kan det være hensiktsmessig å kartlegge psykisk helse i forkant, beherske personorientert kommunikasjon, ha tilstrekkelig kompetanse for å ivareta psykisk helse, samt forholde seg objektiv til situasjonen.

Nøkkelord: Provosert abort, mestring, sykepleier

Abstract

Background: In 2021, 10 841 abortions were performed in Norway, where 95,4% were induced. Even though this applies to thousands of women each year, there is currently not enough research on how this affects the mental health of these individuals. In excess of 90% of the abortions performed in Norway are medical abortions, where the women are encouraged to initiate the procedure at home. This makes it difficult for nurses to get insight and feedback on how these women cope with the procedure, and the aftermath. Nurses have a crucial task with establishing a solid foundation to master the aftermath of the abortions.

Aim: This task aims to answer following thesis-question: "How can nurses contribute to enhance coping for women after an induced abortion?".

Method: Literature study based on 7 research articles.

Results: The studies revealed that multiple women experience psychological effects after an induced abortion. Previous mental-disorders were highly associated with this. Furthermore, it shows that many women feel ambivalent towards the decision, and experience emotions like guilt, shame, and regret after the abortion. Several articles portray the women´s need for support in relation to induced abortion. The demand for information, and counselling, is enlightened, together with inadequate care for psychological-, emotional- and spiritual needs.

Conclusion: Nurses have an important role when helping women undergoing an induced abortion. To contribute to coping, it may be appropriate to identify the women´s mental health through screening, person-oriented communication, along with having sufficient competence, and an objective point-of-view.

Keywords: Induced abortion, coping, nurse

Innhold

1	Introduksjon	6
1.1	Introduksjon til tema	6
1.2	Teoretisk perspektiv/begreper.....	7
1.2.1	Provosert abort	7
1.2.2	Stress og mestring.....	7
1.2.3	Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori	8
1.2.4	Kommunikasjon.....	9
1.2.5	Sykepleierens funksjon.....	9
1.3	Formål og problemstilling	10
2	Metode.....	11
2.1.	Beskrivelse av metode	11
2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
2.3	Søkestrategi/søkehistorikk.....	11
2.4	Vurdering/ utvelgelse av artikler.....	15
2.5	Analyse- stegvis prosess med å systematisere resultater	15
3	Resultater.....	16
3.2	Tematisk inndeling av resultat.....	19
3.2.1	Psykiske reaksjoner etter abort	19
3.2.2	Ambivalens.....	20
3.2.3	Kvinnens behov for støtte	20
4	Diskusjon	22
4.1	Kvinnens individuelle behov	22
4.1.1	Tidligere psykiske helseutfordringer	22
4.1.2	Ambivalens	23
4.2	Kommunikasjon, informasjon og veiledning	24
4.3	Sykepleierens utfordringer.....	26
4.4	Metoderefleksjon.....	27
4.5	Konklusjon	28
	Referanser.....	30

Tabeller

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
Tabell 2: PICO-skjema	12
Tabell 3: Søketabell	13
Tabell 4: Analyse.....	15
Tabell 5: Artikkelmatrise	16
Tabell 6: Tematisk inndeling av resultat.....	19

1 Introduksjon

1.1 Introduksjon til tema

I 2021 ble det gjennomført 10 841 aborter i Norge hvorav 95,4 % var selvbestemt (Løkkeland-Stai, 2022). Dette viser at abort er noe som berører tusenvis av kvinner hvert år. I overkant av 90% av abortene som gjøres i Norge, utføres medikamentelt der kvinnene ofte blir oppfordret til å fullføre prosedyren i hjemmet (Helsedirektoratet, 2020). Dette gjør det vanskelig for sykepleier å få innblikk i hvordan disse kvinnene egentlig håndterer prosedyren og situasjonen i ettertid. Det er per i dag ingen rutiner for oppfølging etter en provosert abort, hverken for fysiske eller psykiske reaksjoner i ettertid (Bjørge, et al., u.å.). På Helsenorge sine nettsider, fremmer de at det kan være godt for kvinnene som gjennomfører provosert abort, å snakke med noen i etterkant (Helsedirektoratet, 2020). Dette viser at det blir kvinnen sitt eget ansvar i etterkant, ikke helsevesenet.

I Norge er det lov å utføre en provosert abort innen utgangen av uke 12. Dersom en ønsker å avslutte svangerskapet senere enn dette, behøves en gyldig grunn. I henhold til abortloven §2a-e må dette tas opp i en nemnd (Abortloven, 1975, §2). Abort er også et omdiskutert og aktuelt tema i politikken både nasjonalt, og internasjonalt, og noe folk har sterke meninger om (Lønnå & Garvik, 2021). Det viste seg blant annet våren 2014 og vinteren 2018-19, da tusenvis av demonstranter samlet seg i protest mot forslag fra regjeringen om innskrenking av retten til selvbestemt abort i Norge. I tillegg til dette, er det gjort svært lite forskning på kvinners opplevelse av de psykiske belastningene i forbindelse med en abort, spesielt i Norge. Dette temaet er også tabubelagt og knyttet til mye skam og skyldfølelse, og derfor også lite snakket om (Amathea, u.å.)

I en kronikk publisert i Aftenposten (2019), beskriver en kvinne sin opplevelse med medisinsk abort i hjemmet. Hun forteller om en traumatisk opplevelse preget av lite informasjon, forutsigbarhet og oppfølging. Kvinnen var også usikker på valget sitt, men følte seg ikke møtt i ambivalensen sin heller. ««Inngrepet» ble nærmest som et overgrep» beskriver hun opplevelsen da partneren satte inn legemiddelet i skjeden. Ellers i kronikken skildrer hun prosessen med å ta abort, hva som skjer, hvordan hun opplevde det, og at det var svært uforutsigbart. Til slutt konkluderer hun med «Den mangelfulle informasjonen som ble gitt til meg, kompliserte aborten unødvendig. Jeg ble overlatt til meg selv i en vanskelig situasjon.» Denne kronikken viser hvordan en abort oppleves både subjektivt og individuelt, og viser viktigheten av å gi riktig og god omsorg til personer som gjennomfører en provosert abort.

Noen kvinner kan ha behov for hjelp til å mestre tiden etter aborten. Som sykepleier har man et kort, men viktig møte med disse kvinnene. De kan kjenne på ulike følelser rundt aborten, og håndtere tiden i etterkant på forskjellige måter. Da vil sykepleier ha en viktig rolle i å bidra til å fremme mestring i ettertid blant annet i form av helsefremmende,

forebyggende og veiledende sykepleie. Implikasjoner for sykepleie vil drøftes underveis i oppgaven.

1.2 Teoretisk perspektiv/begreper

1.2.1 Provosert abort

Provosert abort er avbrytelse av et svangerskap, og kan skje både medikamentelt og kirurgisk. I overkant av 90% av abortene som utføres i Norge i dag skjer medikamentelt. (Løkkeland-Stai, 2022). I henhold til abortloven §5, skal begjæring om svangerskapsavbrudd fremsettes fremfor en lege (Abortloven, 1976, §5). Begjæring om avbrudd etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan også fremsettes fremfor en nemnd. Denne paragrafen viser også det lovfestede kravet som stilles i forhold til informasjon og veiledning dersom kvinnen har behov for det. I tillegg er det lovfestet at kvinnen fritt kan velge abortmetode, og kan henvende seg direkte til sykehuset hun ønsker, uten annen henvisning (Helsedirektoratet, 2019).

Aborten starter ved at kvinnen får en tablett som skal tas peroralt, på gynekologisk poliklinikk (Helsedirektoratet, 2020). Virkestoffet i tablettene gjør at livmoren ikke lenger reagerer på hormonet progesteron, og dermed blir den videre utviklingen av graviditeten stanset. Ved medikamentell abort på sykehuset, blir en skrevet inn på poliklinikk to døgn etter den første tablettene er tatt. Enten kvinnen selv eller sykepleier setter noen tabletter inn i skjeden, og deretter gis det smertestillende tabletter. Virkestoffene i tablettene gjør at livmoren trekker seg sammen og innholdet støtes ut. Det er vanlig at det tar 4-6 timer fra tablettene blir satt inn, til aborten er fullført.

Friske kvinner over 18 år kan velge å fullføre aborten hjemme dersom svangerskapet har vart mindre enn 9 uker (Helsedirektoratet, 2020). Da får kvinnen med seg tablettene som skal settes inn i skjeden på morgenen to dager etter den første tablettene er tatt på sykehuset. I 2017 ble 88% av abortene gjennomført med medikamentell metode, hvorav 80 prosent valgte å fullføre prosedyren i hjemmet (Eriksen, 2019). Nedfelt i Abortloven §3 (1976) står det også spesifisert: «Inngrep etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan bare utføres i sykehus. Inngrep som utføres før utgangen av tolvte svangerskapsuke, kan også utføres i annen institusjon som statsforvalteren har godkjent».

Kirurgisk abort utføres vanligvis i narkose, men kan også bli utført ved hjelp av lokal bedøvelse i skjeden (Helsedirektoratet, 2020). Legene gjør en utskrapning gjennom livmorhalsen via skjeden. Selve inngrepet varer omtrent 10 minutter. Deretter vil en bli observert i avdelingen 1-2 timer før hjemreise. Kvinner som ikke har født barn før, får en forberedende medikamentell behandling samme morgen som inngrepet skal skje for å myke opp og utvide livmorhalsen.

1.2.2 Stress og mestring

Med psykologisk stress menes «psykologisk stress oppstår når en person opplever at omgivelsenes krav og forventninger overstiger egen kapasitet.» (Norsk helseinformatikk,

2019). Lazarus og Folkman definerer psykologisk stress som «et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare» (Lazarus & Folkman, 1984, s.21, referert i Kristoffersen, 2016, s.247). Dette viser en dynamisk forståelse av stress der de ser på misforholdet mellom kravene i situasjonen og individets ressurser. Stress oppstår derfor i et samspill mellom individets opplevde ressurser og miljøets forventninger (Samdal, et al., 2017). Lazarus og Folkman understreker også at psykologisk stress er en subjektiv opplevelse, og vil variere fra person til person (Kristoffersen, 2016). Jo mer sentrale behov eller verdier som er truet, jo sterkere blir opplevelsen av stress.

Videre definerer Lazarus og Folkman mestring som «kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å mestre spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser» (Lazarus & Folkman, 1984 s.141 referert i Kristoffersen, 2016, s.247). Her bruker Lazarus og Folkman betegnelsen mestring om ulike typer atferd, psykiske prosesser som personen benytter for å fjerne, overvinne, redusere ytre eller indre påkjenninger eller tolerere krav som oppstår i situasjoner der personens ressurser settes på prøve. Slike mestringsstrategier er altså personlige og kan være mer eller mindre hensiktsmessige med tanke på ivaretagelse av egen helse (Eide & Eide, 2017). Teoretikerne skiller hovedsakelig mellom to hovedtyper av strategier for å mestre situasjoner som oppleves som stressende, emosjons- og problemorientert mestring.

Problemorientert mestring omfatter ulike typer aktive og direkte strategier for å løse et problem eller håndtere en vanskelig situasjon (Eide & Eide, 2017). Ved bruk av problemorienterte strategier forholder personen seg aktivt og direkte til det situasjonen eller problemet gjelder, for eksempel ved å søke informasjon fra ulike kilder før han bestemmer seg for et handlingsalternativ. Denne mestringsstilen velges stort sett når personen selv føler den har gode sjanser for å mestre situasjonen (Kristoffersen, 2016). Problemorientert mestring omfatter også følelsesmessig bearbeiding av problematiske situasjoner som ikke kan forandres.

Emosjonelt orientert mestring omfatter strategier som ønsker å endre opplevelsen av en situasjon framfor å endre selve situasjonen (Eide & Eide, 2017). Dette er en lite hensiktsmessig mestringsstil, men det er en stil sykepleiere ofte møter. Dette kan i noen tilfeller betraktes som forsøk på å unngå, unnvike eller flykte fra ubehag eller problemer. Dette kan skje på flere måter: ved å late som stressoren ikke fins, prøve å benekte, omdefinere eller bortforklare, bagatellisere alvoret i situasjonen, holde de følelsene som situasjonen truer med å vekke for seg selv, unngå å oppsøke noen som kan konfrontere oss med stressoren, eller aktivt grave oss ned i arbeid for å holde stressoren på avstand (Kristoffersen, 2016).

1.2.3 Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori

Patricia Benner og Judith Wrubel ser på forholdet mellom stress og mestring (Kirkevold, 2005). De hevder at stress er opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Opplevelsen av stress oppstår når et menneske opplever at det som er av

betydning, står i fare for å bli tatt fra dem. Mestring er det man gjør med dette bruddet. De sier at mestring ikke kan måles mot objektive kriterier for god eller dårlig mestring. En persons mestring må vurderes ut fra vedkommendes egne forståelse, vurdering og mulighet. Videre hevder de at helsefremmende tiltak må ta utgangspunkt i en persons opplevde situasjon, hva som er viktig for vedkommende, og hvilke mestringmuligheter han eller hun har. De mener også at det er omsorg i betydningen «bry seg om noe», som skaper muligheter for et menneske og gir opphav til meningsfulle måter å mestre en situasjon på.

I følge Benner og Wrubel sin teori, er sykepleiernes overordnede mål å hjelpe og styrke den andre til å bli hva han eller hun ønsker å være, det vil si hjelpe personen til å leve ut sine spesielle anliggender, også i situasjoner der sykdom, tap og lidelse er til stede (Kirkevold, 2005). De hevder videre at måten sykepleier kan bidra til mestring er først og fremst å være aktivt til stede og få en dyp forståelse av hvordan pasienten opplever situasjonen. De sier også at sykepleierens opphav er å støtte pasienten og skape mening i situasjonen. Dette kan gjøres ved å være med å tolke de vesentlige aspektene ved situasjonen. Blant annet hva ukjente og uforståelige symptomer betyr, hva de ulike undersøkelsene og behandlingene innebærer og hvordan sykdommens utvikling ventes å bli.

1.2.4 Kommunikasjon

En viktig kommunikatív oppgave sykepleiere har, er å hjelpe personer til å mestre sin situasjon bedre (Eide & Eide, 2017). Sykepleieres kommunikasjon kan bidra vesentlig til å vekke positive følelser, som trygghet, tillit, håp og mening. Kanskje det bare er oppmuntrende ord, et anerkjennende nikk, et vennlig smil eller en myk berøring som skal til.

Personorientert kommunikasjon som er faglig fundert, viser god profesjonell kommunikasjon (Eide & Eide, 2017). At den er personorientert vil si at man ikke ser mottakeren utelukkende som pasient, men som en hel person, med iboende ressurser og muligheter, egne verdier og prioriteringer og individuelle ønsker og mål når det gjelder egen helse og livssituasjon. Personorientert kommunikasjon innebærer å forholde seg åpent og anerkjennende til den andre som en unik person, noe som forutsetter at man er oppmerksomt til stede og lytter aktivt både til det den andre sier verbalt, og det som kommer til uttrykk nonverbalt. Kunsten består blant annet av å oppdage og gripe det gylne øyeblikket når den andre, direkte eller indirekte, uttrykker noe som er vesentlig og viktig for en selv.

1.2.5 Sykepleierens funksjon

Som sykepleier har man en rekke funksjoner. De som er relevant å belyse i denne oppgaven er den helsefremmende, forebyggende, og den informerende og veiledende funksjonen.

Den helsefremmende funksjonen går ut på å kartlegge pasientens ressurser for å oppnå mestring (Kristoffersen, et al., 2016). Det handler om å hjelpe pasientene med å få økt

kontroll over og forbedre sin egen helse gjennom å utvikle personlig kompetanse og ferdigheter. Helsefremming handler altså om å ivareta og styrke de ressursene og potensialet som fremmer helse og velvære, i personen selv og omgivelsene rundt. Den helsefremmende funksjonen er aktuell å vektlegge uavhengig av mottakerens helse eller sykdomssituasjon.

Den forebyggende funksjonen rettes både mot friske mennesker, mot personer som er særlig utsatt for helsesvikt, og mot mennesker som er utsatt for komplikasjoner av ulike årsaker (Kristoffersen, et al., 2016). I relasjon til provosert abort, er det i hovedsak primærforebyggende tiltak som er viktig å belyse. Det har som mål å forhindre helsesvikt hos friske og utsatte personer og grupper. Dette er tiltak for å opprettholde god helse og funksjon, samt identifisere eller fjerne risikofaktorer som potensielt kan føre til sykdom. Sekundærforebygging sikter mot å identifisere helsesvikt eller økt risiko for helsesvikt på et tidlig stadium, og deretter sette inn tiltak for å hindre utvikling av helsesvikt og eventuell sykdom. Dette kan være å informere og forberede pasientene grundig før prøver og undersøkelser

Sist har vi undervisning og veiledning som funksjon for sykepleien (Kristoffersen, et al., 2016). Dette handler om å bidra til læring, utvikling og mestring. Sykepleierens ansvar for undervisning og veiledning er rettet mot pasienter og pårørende. Overfor pasienter og pårørende er denne delen av sykepleierfunksjonen knyttet til å bidra til å møte behovet for kunnskap og forståelse som er nødvendig for å ivareta egen helse (Kristoffersen, et al., 2016). Undervisning og veiledning til medarbeidere og studenter er også en del av sykepleierens veiledende funksjon. Denne sikter mot å heve kvaliteten på tjenestetilbudet til pasientene ved at kunnskapsnivået heves, utøvelsen av ferdigheter forbedres, og ved at den kritiske refleksjonen over ens egen utøvelse fremmes

1.3 Formål og problemstilling

Formålet med denne oppgaven er å øke fokuset på det psykiske aspektet ved provosert abort. Som beskrevet i innledningen, tar tusenvis av kvinner provosert abort hvert år. Derfor er det viktig å belyse denne tematikken. Det er viktig som sykepleier å sørge for at ikke bare de fysiske behovene til pasientene er ivaretatt, men også det emosjonelle og psykiske.

For å kartlegge hva sykepleier kan gjøre for å bidra til å fremme mestring for kvinnene i etterkant av en abort, er det nødvendig å sette seg inn i kvinnenes situasjon, og kartlegge behovet for sykepleie. Dermed velger jeg i denne oppgaven å i hovedsak gå ut ifra et pasientperspektiv. Samtidig er jeg interessert i å få et innblikk i hva sykepleieres opplevelse av abortomsorgen er, så da vil det også være hensiktsmessig å inkludere studier som tar utgangspunkt i sykepleierperspektiv. Dette viser fler sider av det mye omdiskuterte temaet, samtidig som det gir fler nyanser til drøfting og bidrar til å besvare min problemstilling som er:

Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme mestring hos kvinner i etterkant av en provosert abort?

2 Metode

2.1. Beskrivelse av metode

I denne oppgaven er litteraturstudium benyttet som metode. Forsberg og Wengström (2008), beskriver en litteraturstudie som en utførelse av strukturerte søk, kritisk granskning og samling av litteratur innenfor et valgt tema eller problemområde. En systematisk litteraturstudie består av en samling av data fra tidligere gjennomførte empiriske studier. Litteraturen utgjør informasjonskilden og presenterte data bygger på vitenskapelige tidsskrifter eller andre vitenskapelige rapporter.

I denne oppgaven inkluderes 7 artikler. Den består av én oversiktsartikkel, kvalitative studier, kvantitative studier, og noen kombinerte. Fremgangsmåte og søk vil bli presentert videre i kapitlet.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

På grunn av lite forskning på dette området har søkene vært relativt brede. Artiklene ble begrenset til skandinavisk og engelsk språk, samt innenfor 10 år gammel litteratur. På grunn av abortloven i Norge, er søkene begrenset til abort i første trimester, i tillegg til at det kun er inkludert artikler som tar for seg provosert abort. For å få et helhetlig innblikk, er det ønskelig å finne litteratur fra både sykepleier- og pasientperspektiv. Designet på artiklene, inkluderer kvalitativ, kvantitativ og oversiktsartikler, for å få best mulig innblikk i tematikken og bredde på feltet.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Norsk, dansk, svensk, engelsk	Provosert abort av medisinske grunner
Publiseringsår 2012-2022	Spontanabort
Abort i første trimester	Utenfor Europa
IMRAD- struktur	
Fagfelleurdert forskning	
Provosert abort	
Kvalitative/kvantitative/review	
Pasient- og sykepleierperspektiv	

2.3 Søkestrategi/søkehistorikk

For å finne relevant litteratur ble NTNU sin fagside for medisin og helse brukt for å finne aktuelle forskningsdatabaser (NTNU, u.å.). Databasene Medline, PubMed og Cinahl, endte opp med å bli brukt for å finne litteratur til oppgaven.

Først ble Mesh brukt for å finne passende søkeord, deriblant fagord på engelsk som jeg brukte for å få systematiserte søk (Mesh, u.å.). Deretter satte jeg disse søkeordene inn i et PICO-skjema presentert under. Dette for å strukturere søkene.

Tabell 2: PICO-skjema

		Søkeord:
P	Kvinner som gjennomfører provosert abort.	Abortion, induced Abort Scandinavian
I	Erfaringer med provosert abort Psykisk belastning ved provosert abort.	Mental health Psykisk helse Stress, psychological Experiences
C		
O	Hvordan mestrer kvinner provosert abort?	Coping Nurses

Først ble det gjort søk i databasen Cinahl der søkeordene «Abortion, induced» og «Mental health» ble brukt. Ved å kombinere disse med AND, endte det med 186 treff. På grunn av mange treff, ble det først lest gjennom alle overskrifter, deretter sammendraget av de aktuelle. Da ble antallet begrenset betydelig, og endte til slutt opp med én artikkel som ble inkludert i oppgaven. Siden min oppgave også skal ta for seg abortomsorg fra et sykepleieperspektiv, ble ordet «Nurse» inkludert i et nytt søk i Cinahl, men dette ga ingen relevante funn.

Videre i PubMed ga det 67 treff da søkeordene «Induced abortion» og «Coping» ble inkludert. Her var målet å finne artikler som tok for seg hvordan kvinner mestrer provosert abort. Av disse 67 treffene, ble tre relevante artikler valgt ut. Disse inkluderte både pasient- og sykepleieperspektiv, noe som var relevant for min oppgave.

Videre for å finne ytterligere litteratur, ble databasen Medline brukt. Der ble først de tidligere søkeordene «Abortion, induced» og «Coping» brukt, samt at jeg inkluderte «Stress, psychological». Dette resulterte i 4 treff etter jeg avgrenset søket til publiseringsår tidligst 2012, men dette ga ingen relevante funn. Deretter ble «nurses» inkludert i søket, mens «Stress, psychological», ble valgt bort. Dette resulterte i 7 treff, hvorav én artikkel ble aktuell. Videre på grunn av lite funn av skandinavisk forskning i de tidligere søkene, ble «Scandinavian and northern countries» inkludert, i tillegg til de søkeordene som allerede var tatt i bruk i Medline. I tillegg til det ble «Experiences» med i søket, for å finne artikler som skildret kvinnenenes opplevelser gjennom en provosert abort. Da bestod søket av: «Abortion, induced» AND «Experiences» AND Scandinavia and northern countries». Det resulterte i 54 treff, der 2 artikler ble vurdert som relevante for min oppgave.

Under er søkene som ble gjort presentert i en søketabell.

Tabell 3: Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	07.04. 2022	S1	(MH "Abortion, induced") OR "Abortion, induced"		11 391	
	07.04. 2022	S2	"Mental health"		167 941	
	07.04. 2022	S3	S1 AND S2		186	1 A
	07.04. 2022	S4	(MH "Nurses") OR "Nurse"		300 581	
	07.04. 2022	S5	S1 AND S2 AND S4			
Pubmed	22.04. 2022	S1	(MH "Abortion, Induced") OR "Induced abortion"	10 år	8 616	
	22.04. 2022	S2	"Coping"	10 år	68 089	
	22.04. 2022	S3	S1 AND S2	10 år	67	3 B, C, D
Medline	29.04. 2022	S1	(MH "Abortion, induced") OR "Abortion, induced"		42565	
	29.04. 2022	S2	"Coping"		64783	
	29.04. 2022	S3	(MH "Stress, psychological") OR "Psychological stress"		14684 0	
	29.04. 2022	S4	S1 AND S2 AND S3	2012-2022	4	
	29.04. 2022	S5	(MH "Nurses") OR "Nurse"			
	29.04. 2022	S6	S1 AND S2 and S5		7	1 E

	29.04. 2022	S7	"Experiences"		241 412	
	29.04. 2022	S8	(MH "Scandinavia and northern countries") OR "Scandinavia"		218 171	
	29.04. 2022	S9	S1 AND S7 AND S8	2012-2022	54	2 F, G

Valgte artikler:

A: 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)

B: van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., de Graaf, R., van Nijnatten, C. H., & Vollebergh, W. A. (2015). The impact of psychiatric history on women's pre-and postabortion experiences. *Contraception*, 92(3), 246-253. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.05.003>

C: Pereira, J., Pires, R., & Canavarro, M. C. (2017). Psychosocial adjustment after induced abortion and its explanatory factors among adolescent and adult women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(2), 119-136. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1276281>

D: Mauri, P. A., & Squillace, F. (2017). The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(3), 227-232. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1318846>

E: Gallagher, K., Porock, D., & Edgley, A. (2010). The concept of 'nursing' in the abortion services. *Journal of advanced nursing*, 66(4), 849-857. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05213.x>

F: Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2013). Autonomy and dependence—experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(3), 569-579. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x>

G: 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>

2.4 Vurdering/ utvelgelse av artikler

For å sikre at den valgte litteraturen oppfyller kravene for å inkluderes i litteraturstudie, ble sjekklister for kvalitative, kvantitative og oversiktsartikler brukt (Helsebiblioteket, 2016). Norges senter for forskningsdata ble også benyttet for å kontrollere om valgte artikler er fra fagfelleverderte tidsskrifter (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.). I denne oppgaven inkluderes fem artikler med nivå 1, og to artikler med nivå 2.

Forskningen i de inkluderte artiklene, baserer seg hovedsakelig på en kvalitativ metode. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2020). Dette viser sykepleiere og pasienter sine opplevelser i forbindelse med abort, og det gir et innblikk i deres subjektive opplevelse. Det ble også inkludert kvantitative studier i oppgaven. De kvantitative metodene har den fordel at de gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2020).

2.5 Analyse- stegvis prosess med å systematisere resultater

Etter å ha foretatt systematiske søk, samt utvelgelse av artikler, er neste steg å vurdere og analysere forskningen en har funnet (Forsberg & Wengström, 2008). For å systematisere resultatene anvendes Evans modell (2002), som presenteres i tabell under.

Tabell 4: Analyse

Steg 1: Innsamling av data	Steg 2: Identifisering av hovedfunn	Steg 3: Sortering av hovedfunn	Steg 4: Presentering av hovedfunn
<ul style="list-style-type: none">- Datainnsamling er presentert i kapittelet om søkestrategi og søkehistorikk.- Artiklene innfridde kriterier og krav for relevant litteratur- Artiklene er listet opp under artikkelmatrise etter bokstavene A-G.	<ul style="list-style-type: none">- Hovedfunn ble markert underveis mens artiklene ble lest.- Dette ble brukt til å til slutt sammenfatte artiklenes hovedfunn som var relevante for min problemstilling.	<ul style="list-style-type: none">- Hovedfunn på tvers av artiklene ble sortert og delt inn i undertemaer presentert i tabell i resultatkapittelet under.	<ul style="list-style-type: none">- Beskrivelse av funnene fra litteraturen, vil bli presentert senere i oppgaven i kapittel 3, resultater.

3 Resultater

I denne litteraturstudien ble 7 forskningsartikler brukt, hvorav en var oversiktsartikkel. Disse er presentert i en artikkelmatrise under. Studiene viste at det er en sammenheng mellom dårligere psykisk helse i forbindelse med provosert abort, og man får et innblikk i kvinnenes opplevelser rundt å gjennomføre provosert abort. To av artiklene er sett fra sykepleieperspektiv, mens resten er fra pasientperspektiv. Dette bidrar til at en får innblikk i tematikken fra ulike sider.

Tabell 5: Artikkelmatrise

Referanser	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans
<p>Petersen, et al., (2018).</p> <p>Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review.</p> <p><i>JBI Evidence Synthesis</i></p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke opplevelsen til skandinaviske kvinner i forbindelse med abort, før, under og etter.</p>	<p>Svensk oversiktsartikkel. Basert på 6 studier luket ut etter inklusjons- og eksklusjonskriterier.</p>	<p>Unge kvinner som gjennomfører provosert abort, kjenner på blandede følelser i beslutningsprosessen. Kvinne uttrykker at de emosjonelle og eksistensielle behov ikke blir ivaretatt av helsepersonell. I etterkant er kvinnene ambivalente. Lettelse, tap, skyld og anger er følelser som går igjen.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant fordi den viser skandinaviske kvinners opplevelse rundt en abort. Den adresserer ambivalens og manglende ivaretagelse av psykisk helse både før, under og etter aborten.</p>
<p>van Ditzhuijzen, et al., (2015).</p> <p>The impact of psychiatric history on women's pre- and postabortion experiences.</p> <p><i>Contraception</i></p>	<p>Hensikten med denne studien var å se i hvilken grad tidligere psykisk sykdom påvirker beslutninger før aborten og evnen til å mestre tiden etter en abort.</p>	<p>Nederlandsk studie. Kvalitativ studie i form av fysiske strukturerte intervjuer der kvinnene ble kartlagt etter tidligere psykiske helseutfordringer, eller ikke. Senere ble kvantitativ metode med spørreskjema brukt for å samle</p>	<p>Kvinner med en tidligere psykiske helseutfordringer, var mer sannsynlig å rapportere mer ambivalens, kjenne på en høyere belastning av svangerskapet og aborten, og flere negative følelser i etterkant av aborten. De skåret også lavere på mestringstro og høyere på</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi den viser at tidligere historie med psykisk sykdom kan disponere for dårligere håndtering av en abort, og lede til dårligere mental helse i tiden etter. Viser behovet for hjelp til å fremme mestring.</p>

		inn data, og satt inn i en regresjonsanalyse.	emosjonsorientert mestring.	
<p>Pereira, et al., (2017).</p> <p>Psychosocial adjustment after induced abortion and its explanatory factors among adolescent and adult women.</p> <p><i>Journal of Reproductive and Infant Psychology</i></p>	<p>Hensikten med studien er å sammenligne depressive symptomer og livskvalitet blant unge voksne (<20 år) og voksne kvinner som har hatt en abort.</p>	<p>Studie fra Portugal. Kvantitativ tverrsnittstudie der 177 ungdommer (<20 år) og 95 voksne kvinner som gjennomgikk en abort ble rekruttert. Data på individuelle, sosiale, relasjonelle og beslutningskarakteristikker, samt depressive symptomer ble samlet inn gjennom et selvrapporteringsverktøy i form av et spørreskjema.</p>	<p>Både hos de unge kvinnene, og de voksne, var misnøye med beslutningen om å ta abort relatert til depressive symptomer. Unge opplevde i tillegg at å bli presset til å ta abort, også ga depressive symptomer og dårligere livskvalitet. Resultatene viste at unge kvinner ikke er i større risiko for å oppleve negative psykiske utfall, enn voksne kvinner.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi den viser at uansett alder, preger en provosert abort den psykiske helsen til kvinner. Den belyser det faktum at provosert abort kan føre til depressive symptomer i etterkant.</p>
<p>Mauri & Squillace, (2017).</p> <p>The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study.</p> <p><i>The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care.</i></p>	<p>Hensikten med studien var å få innsikt i opplevelsen til jordmødre og sykepleiere som jobber ved abortklinikker i Italia.</p>	<p>Italiensk studie der de har brukt kvalitativ metode med semi-strukturerte intervjuer, og analyse. 22 sykepleiere og 2 jordmødre ble intervjuet.</p>	<p>Fire temaer kom frem gjennom analysene: (a) mestre omsorg for kvinner som gjennomgår et svangerskapsavbrudd; (b) forbedre profesjonell opplæring; (c) å tilnærme seg arbeid på en mekanistisk måte som et verktøy til å overvinne vanskeligheter; (4) å utføre medisinske aborter; (d) fortelle om en opplevelse.</p> <p>Både sykepleiere og jordmødre foreslo</p>	<p>Denne artikkelen er relevant fordi den viser sykepleiernes perspektiv i abortomsorgen. Dette er viktig for å forstå bedre hvordan de opplever kvinners psykiske helse i forbindelse med en abort, og hvordan man som sykepleier kan ivareta den bedre.</p>

			strategier som kan forbedre omsorgstilbudet: samarbeid mellom primær- og tertiæromsorg, kontinuerlig veiledning, tverrfaglig samarbeid, og å holde seg oppdatert på nye farmasøytiske produkter.	
Gallagher, et al., (2010) The concept of 'nursing' in the abortion services. <i>Journal of advanced nursing.</i>	Hensikten med studien var å få innblikk i oppfatningen til sykepleiere som jobber i abortomsorgen. Dette gir et profesjonelt perspektiv som gir en annen side til debatten om abortomsorg.	Studie fra Storbritannia. Kvalitativ studie med semi-strukturerte intervjuer. 9 sykepleiere fra tre ulike abortklinikker i Storbritannia ble intervjuet. Dataen ble tolket og delt inn i tematiske underkategorier som skildrer sykepleieres mønstre, konsepter og holdninger.	To temaer: «holdninger til..» og «Mestre ...», ble identifisert. Videre ble det identifisert 11 undertema, som ble delt inn etter globalt tema, organisatorisk tema, og grunnleggende tema. Det kom frem hvordan intervjuobjektene mestret ulike aspekter ved jobben sin, og deres holdninger til abort.	Denne artikkelen er relevant fordi den skildrer utfordringer sykepleiere kan ha ved å utføre provosert abort, samt være til stede for kvinnen.
Makenzius, et al., (2013). Autonomy and dependence-experiences of home abortion, contraception and prevention.	Hensikten med studien var å utforske kvinner og menn sine opplevelser og behov relatert til en medisinsk abort i hjemmet, samt kartlegge tankene rundt prevensjon og forebygge uønsket graviditet.	Svensk kvalitativ studie, der 24 kvinner som hadde opplevd provosert abort, og 13 menn som hadde vært til stede ved en hjemmeabort, ble intervjuet.	To temaer ble belyst - autonomi og avhengighet. Viktigheten av selvbestemmelse i forhold til valget og omgivelsene rundt aborten. Avhengigheten av helsepersonell og forventningene om støtte i forbindelse med prosedyren ble belyst.	Denne studien er relevant for min oppgave fordi den skildrer hvordan skandinaviske kvinner opplever en hjemme abort. Den tar for seg temaer som autonomi og avhengighet. I artikkelen listes også implikasjoner for sykepleie opp, og de tar for seg

				viktigheten av informasjon, personrettet omsorg.
<p>Kjelsvik, et al., (2019).</p> <p>Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers.</p> <p><i>Nursing ethics.</i></p>	<p>Hensikten med studien var å utforske ambivalente abortsøkende kvinners erfaringer av møtet med sykepleier.</p>	<p>Norsk kvalitativ studie, med intervjuer med 13 kvinner i alderen 18-36 år som var usikre beslutningen om å ta abort. Resultatene ble analysert med dialogisk narrativ analyse.</p>	<p>Ambivalente gravide kvinner ønsket å ta selvstendige beslutninger, samtidig som de ønsket å involvere nærmeste parter og sykepleier i prosessen.</p> <p>Tre typer fortellinger av ambivalente kvinner i møte med sykepleier ble identifisert: de respekterte kvinnene, de identifiserte kvinnene og de forlatte kvinnene. Disse skildret ulike opplevelser i møte med sykepleiere i abortomsorgen.</p>	<p>Denne studien var relevant for min oppgave fordi det er norsk forskning. Den tar også for seg ambivalensen mange kvinner kjenner på ved en slik beslutning. Den viser tydelig behovet til kvinnene ved en abort, og ulike erfaringer i å bli møtt i ambivalensen de har.</p>

3.2 Tematisk inndeling av resultat

Tabell 6: Tematisk inndeling av resultat

Tema	Artikkel
Psykiske reaksjoner etter abort	A, B, C
Ambivalens	A, B, E, G
Kvinner behov	A, D, F, G

3.2.1 Psykiske reaksjoner etter abort

Flere av studiene inkludert i denne oppgaven, viser at abort kan gi psykiske reaksjoner for kvinnen (Petersen, et al., 2018; van Ditzhuijzen et al., 2015; Pereira, et al., 2017). I disse kommer det frem at abort kan føre til depresjon eller depressive symptomer, skyldfølelse, skam og psykologisk stress for kvinner. I studien til Pereira med kolleger (2017), kommer det frem at ungdommer som opplevde å bli presset til å ta beslutningen om abort, var relatert til depressive symptomer. I samme viste det seg at voksne kvinner som opplevde misnøye relatert til beslutningen også hadde depressive symptomer.

Tidligere psykiske helseutfordringer var assosiert med negative følelser etter abort (van Ditzhuijzen, et al., 2015). Kvinner med tidligere psykiske helseutfordringer, skåret blant annet lavere på mestringstro. Denne gruppen ble også knyttet opp mot emosjonelt orientert mestring i form av unngåelse, for å håndtere følelsene i ettertid. Denne gruppen oppfattet også den uønskede graviditeten som en byrde i større grad, enn kvinnene uten tidligere psykiske helseutfordringer.

3.2.2 Ambivalens

I et flertall av artiklene kommer det frem at kvinner er usikre i forkant av en abort (Petersen., et al., 2017; van Ditzhuijzen, et al., 2015; Gallagher, et al., 2010; Kjelsvik, et al., 2019). Opplevelsen av blandede følelser, samt følelsen av skyld og skam både i tiden før, og etter en abort er svært vanlig. I studien til Petersen med kolleger, kommer det frem at flere av kvinnene kjente på en overveldende glede og lykke over den oppdagede graviditeten og sin egen fertilitet, men denne følelsen var kombinert med skyld og skam over å ha lite kunnskap om egen kropp og menstruasjonssyklus, samt svikten i bruk av prevensjonsmidler (Petersen, et al., 2018). Blant kvinner med historie med psykiske helseutfordringer, ble det rapportert et høyere tall på de som kjente på følelsen av tvil i forkant av aborten (van Ditzhuijzen, et al., 2015).

Ambivalens, skyld og skam er også svært vanlig i etterkant av en abort. Mange av kvinnene uttrykte en lettelse over at det er blitt gjort, men samtidig følelsen av tap, skyldfølelse og anger. (Petersen, et al., 2018; Gallagher, et al., 2010) Flere av kvinnene var fornøyde med beslutningen, mens mange også hadde eksistensielle refleksjoner om fremtiden, det tapte barnet og på søk etter mening og moral som en konsekvens av abort (Petersen, et al., 2018).

3.2.3 Kvinners behov for støtte

Et flertall av artiklene skildrer kvinnens behov for støtte ved en provosert abort (Petersen, et al., 2018; Mauri & Squillace, 2017; Makenzius, et al., 2013; Kjelsvik, et al., 2019). Flere av disse studiene belyser blant annet behovet kvinnene har for informasjon og veiledning (Makenzius, et al., 2013; Mauri, & Squillace, 2017). Det kommer også frem i flere artikler at pasientene føler at sykepleiere kun ivaretar de fysiske behovene, ikke de emosjonelle og psykiske (Petersen, et al., 2018; Mauri & Squillace 2017). Noen kvinner fortalte også at de synes det var dårlig oppfølging i ettertid, og de følte seg derfor overlatt til seg selv (Makenzius, et al., 2013).

Det kom også frem i flere artikler at sykepleiere ikke strakk til for å ivareta de psykiske og emosjonelle behovene til kvinnene (Mauri & Squillace, 2017; Makenzius, et al., 2013; Kjelsvik, et al., 2019). Disse viste at de ikke følte seg kompetente nok i møte med kvinner som skulle utføre provosert abort.

Et par av artiklene skildrer viktigheten av at hele prosessen bygger på kvinnens autonomi, samtidig trekkes avhengigheten av sykepleierne frem. Dette i form av behovet

for informasjon og veiledning, men også i forhold til respekt og empati (Makenzius, et al., 2013; Kjelsvik, et al., 2019).

4 Diskusjon

4.1 Kvinners individuelle behov

4.1.1 Tidligere psykiske helseutfordringer

Provosert abort kan gi psykiske helseutfordringer i etterkant (van Ditzhuizen et al., 2015). En disponerende faktor for dette, er allerede eksisterende psykiske helseutfordringer hos kvinnen. I dag er det ingen rutiner for å kartlegge kvinners psykiske helse i forkant av en abort i norske sykehus (Bjørge, et al., u.å.). Dette kan føre til at kvinnene med et dårligere utgangspunkt for mestring, ikke får tilpasset oppfølging og nok støtte. Dermed kan det være hensiktsmessig å skreddersy retningslinjene i abortomsorgen til hver kvinnes individuelle behov (Makenzius, et al., 2013).

I nederlandske studien til van Ditzhuijzen med kolleger (2015), ser de på hvordan tidligere psykiske helseutfordringer påvirker abortprosessen. Der kommer det frem at i gruppen med tidligere psykiske helseplager, var det mer tvil i forbindelse med selve beslutningen om å ta abort. Samtidig viser det seg også at dette var nært knyttet til negative følelser i etterkant av aborten. Lazarus og Folkman hevder at psykologisk stress er en subjektiv opplevelse, noe som viser viktigheten av å tilpasse omsorgen til hver enkelt kvinne og hennes opplevelse av psykologisk stress (Kristoffersen, 2016).

De kvinnene som opplevde høyere grad av psykiske utfall etter aborten, rapporterte også om mer bruk av emosjonelt orientert mestring og lavere mestringsstro (van Ditzhuijzen, et al., 2015). Denne mestringsstilen er beskrevet som lite hensiktsmessig, og kan til og med bidra til å forverre den psykiske helsen, samt gi lavere grad av mestring (Eide & Eide, 2017). Den subjektive opplevelsen av muligheten til å lykkes er sentral når det gjelder valg av mestringsstrategi. Det kan være mer hensiktsmessig for kvinnene som gjennomfører en provosert abort, å ha en problemorientert mestringsstil fordi dette gir mer følelsesmessig bearbeiding av følelser relatert til selve aborten, og følelsen av tap av fosteret. Også det å søke og å kunne ta imot emosjonell støtte når en trenger det, kan være en del av problemorientert mestringsstil, noe som også vil være hensiktsmessig for kvinnene som opplever psykiske helseutfordringer i ettertid. Benner og Wrubel hevder at mestring setter personens ressurser på prøve, noe som igjen underbygger viktigheten av å tilpasse støtten individuelt etter kvinnens behov, utgangspunkt og ressurser (Kirkevold, 2005).

Det å kartlegge pasientens ressurser i forkant av aborten for å se ressursene og utgangspunktet, kan være hensiktsmessig for mestringen i etterkant (Kristoffersen, et al., 2016). Dette kan begrunnes ved å se på helsefremming som funksjon for sykepleie. Det går ut på å kartlegge pasientens ressurser for å oppnå mestring. Benner og Wrubler hevder også at helsefremmende tiltak bør ta utgangspunkt i en persons opplevde situasjon, hva som er viktig for vedkommende og hvilke mestringsmuligheter som finnes (Kirkevold, 2005). Å kartlegge kvinnen i forkant av aborten, kan også ha en

sekundærforebyggende funksjon i møte med de som har tidligere psykiske helseutfordringer. Å kartlegge den psykiske helsen i forkant vil være en form for sekundærforebyggende tiltak, der psykiske lidelser identifiseres, og dermed kan mer tilrettelagt sykepleie gis. Videre kan dette hindre videre utvikling av disse psykiske lidelsene i etterkant av aborten. Studien til Pereira med fler (2017), støtter dette og viser at implementering av kartlegging av kvinnene vil være et nyttig verktøy i forkant av provosert abort.

Dessuten er det viktig med kartlegging av kvinnenes ressurser i forbindelse med abort i hjemmet. Makenzius (2013), belyser viktigheten av kvinnens utgangspunkt og ressurser for hjemmeabort. Sykepleier må gjøre en vurdering om kvinnen er en kandidat til å gjennomføre en abort i hjemmet, der ikke bare medisinske kriterier skal vektlegges. Dette for å forebygge for helsesvikt, samt fremme mestring. Hvis det er store mangler i evnen til å ta vare på seg selv, som ikke sykepleier kan kompensere for, må alternative strategier for omsorg foreslås. For eksempel medisinsk abort på sykehus eller kirurgisk abort.

4.1.2 Ambivalens

Flertallet av studiene viser at mange kvinner som gjennomfører en provosert abort kjenner på en ambivalens tilknyttet valget (Petersen, et al., 2017; van Ditzhuijzen, et al., 2015; Gallagher, et al., 2010; Kjelsvik, et al., 2019). Mange er usikre, kjenner på blandede følelser, samtidig med mye skam og skyld tilknyttet beslutningen. Studien til Kjelsvik med kolleger (2019) viser godt de ulike måtene ambivalente kvinner kan bli møtt av sykepleiere i abortomsorgen i Norge. I denne artikkelen fremstiller den ene historien, en ambivalent kvinne som bestilte konsultasjon på sykehuset i håp om å bli mer sikker på hva som var riktig å gjøre. Sykepleieren spurte om hun var helt sikker, og kvinnen følte seg sett og følte det var rom for å snakke om tvilen. En annen kvinne som var usikker på valget, ble også spurt om hun var sikker. Hun endte opp med å ikke klare å gjennomføre, og fikk informasjon om at hun kunne komme tilbake en annen dag dersom hun kjente seg mer sikker da. Kvinnen ønsket å få samtale og prate om denne tvilen, men det var det ikke rom for. Samtidig ble hun sett i tvilen hun hadde, og rådet til å tenke litt mer. En siste kvinne uttrykte sin usikkerhet i form av verbal kommunikasjon, men også gråt. Sykepleieren var imidlertid ikke åpen for samtale, men ga tablettene i hånden til kvinnen umiddelbart istedenfor. Pasienten forventet en samtale om ambivalensen. Dette viser også at fler kvinner ønsker å få rom til å prate om tvilen, og følelsene de kjenner på. Det er et vanskelig valg, og det er viktig at denne tvilen får plass og blir anerkjent. Videre i studien til Kjelsvik, et al., (2019), kommer det frem at flere av kvinnene heller ville foretrukket en spontanabort for å slippe å ta selve beslutningen. Dette forteller noe om hvor vanskelig denne beslutningen er for kvinner, og det store behovet for støtte fra sykepleier.

Når det gjelder å anerkjenne og adressere ambivalens, er det en hårfin balanse mellom å se og støtte, men imidlertid ikke påvirke kvinnen (Kjelsvik, et al., 2019). Studien diskuterer også det vanskelige forholdet mellom å involvere seg uten å påvirke kvinnens autonomi. Sykepleiere uttrykker at det er vanskelig å avdekke usikkerhet uten å påvirke beslutningen om å ta abort. De er usikre på om de i det hele tatt skal spørre om

kvinnene kjenner seg helt sikre på valget, eller om det påvirker autonomien. Tvert imot viser det seg i studien at kvinnene satte pris på dette og synes det er riktig av sykepleier å stille slike spørsmål. Kvinnene som opplevde at ambivalensen ble fanget opp, følte seg mer ivaretatt og sett som individer.

Som sykepleier, vil bidrag til å fremme mestring alltid innebære å skulle forholde seg til negative følelser, som angst, sorg og depresjon (Eide & Eide, 2017). Med andre ord, forventes det at sykepleieren møter kvinnene i deres tanker og følelser, fremfor å unngå tema, og er forberedt på å måtte forholde seg til disse negative følelsene. For å gi bedre omsorg til kvinner som kjenner på ambivalens tilknyttet valget sitt, er personorientert kommunikasjon viktig for å skape trygghet og tillit. Det å være oppmerksom og se det som kommer til uttrykk både verbalt og non-verbalt er viktige aspekter ved personorientert kommunikasjon. Ved å anerkjenne ambivalensen og følelsene kvinnen har rundt beslutningen, vil sykepleier få en dypere forståelse av hvordan kvinnen opplever situasjonen. Ifølge teorien til Benner og Wrubel, gir det bedre forutsetninger for å kunne gi omsorg, og fremme mestring (Kirkevold, 2005). Sykepleierens funksjon i møte med en ambivalent pasient vil blant annet være å gi tilstrekkelig informasjon og veiledning, noe som også kan være helsefremmende og forebyggende (Kristoffersen, et al., 2016). Dette vil være viktig for at kvinnen skal få kunnskap og ferdigheter til å ta den beste beslutningen for seg fundert i kunnskap og forutsigbarhet. Dette vil også fremme autonomi og kontroll, og stryke kvinnens ressurser til å oppnå mestring.

Det kommer også frem i en rekke studier at de fleste kvinner kjenner på en lettelse etter provosert abort (Petersen, et al., 2017; Kjelsvik, et al., 2019; Pereira, et al., 2017; van Ditzhuijzen, et al., 2015). Kvinnene har som oftest oppsøkt abort på eget initiativ, og ønsker å avslutte svangerskapet av en grunn. På en annen side er det også kvinner som kjenner på følelser som skam, skyld og anger (Kjelsvik, et al., 2019; Gallagher, et al., 2010). I studien til Kjelsvik med kolleger (2019), trekkes det frem at ved å gi pasienten ansvaret, følger skyldfølelsen med. Det at temaet er tabubelagt bidrar til at kvinnene kan føle skyld og skam for valget de har tatt. (Opsahl, 2013). Det kan derfor være vanskelig for kvinnene å snakke om følelsene de har rundt valget og hvordan de har det i ettertid. De vil kanskje heller benytte en emosjonelt orientert mestringsstil, noe som også kan bidra til at de er mindre mottakelige for samtale og å bearbeide følelsene. I studien til Gallagher et al., (2010), kommer det også frem at sykepleiere også har inntrykk av at kvinnene som kommer for å gjennomføre abort kjenner på akkurat disse følelsene:

«They feel that they should be ashamed, or guilty, for seeking a termination, cause its something that´s quite a taboo subject, you don´t talk about it.. a lot of them are very confused when they come here- they feel as though they shouldn´t be asking things sometimes, because they´re here to have a termination.»
(Gallagher et al., 2010, s.851)

4.2 Kommunikasjon, informasjon og veiledning

Utilstrekkelig informasjon og veiledning kan gi et dårligere utgangspunkt for mestring hos kvinner som gjennomfører provosert abort (Makenzius, et al., 2013). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleie står det: «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta

selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.» (NSF, u.å.). Dette aktualiserer oppgaven om å gi informasjon og veiledning- også ved provosert abort. I henhold til abortloven står det også spesifisert at kvinner har krav på informasjon og veiledning (Abortloven, 1976, §2). I studien til Petersen med kolleger (2018), belyses usikkerheten og engstelsen kvinner kan kjenne på i forkant av prosedyren. De vet ikke hva som venter, hverken den fysiske eller psykiske påvirkningen. For at sykepleier skal bidra til å fremme mestring, bør kommunikativ kompetanse være til stede. Pasientene behøver informasjon om hele prosessen med å ta en abort, hvis ikke kan det føre til usikkerhet og uforutsigbarhet.

I studien til Gallagher med kolleger (2010), belyser de kommunikasjon i møte med kvinner som oppsøker abort. Sykepleiere beskriver at de tilpasset språket når de skulle diskutere prosedyren med kvinnene. Noen av intervjuobjektene unngikk å kalle fosteret for en baby, for å prøve å unngå å fremme vonde følelser hos kvinnen. De prøvde aktivt gjennom kommunikasjon å vise av kvinnene ikke hadde noe å skamme seg over ved å velge å ta abort. På en annen side viser noen av studiene manglende kommunikasjon: «It's too quiet. They give a tablet and it's done" (Mauri & Squillace, 2017, s. 230). Dette gir dårlig grunnlag for opplevelsen av selve inngrepet, samtidig som det gir dårlig utgangspunkt for mestring og vanskeliggjør en allerede vanskelig situasjon.

Flere av studiene inkludert i oppgaven, belyser viktigheten av en informativ beslutningsprosess for å forebygge plager i etterkant av aborten (Makenzius, et al., 2013; Pereira, et al., 2017). I Portugal er det blant annet lovfestet at man skal ha en veiledningstime i forkant av aborten (Pereira, et al., 2017). I den svenske studien til Makenzius med kolleger (2013), konkluderte de med at adekvat informasjon i forkant av aborten var essensielt for å få en så god opplevelse som mulig. Noen av kvinnene var tilfreds med informasjonen de fikk, der noen også følte de fikk overdrevet informasjon. På en annen side, var det andre som ikke følte de fikk tilstrekkelig informasjon. Dette viser at behovet for informasjon også kan variere ut ifra kvinnens utgangspunkt for aborten. Det å nyansere informasjonen, og gi tilpasset informasjon vil være viktig. Dette underbygges også i studien til Pereira med kolleger (2017), der de mente at en som sykepleier må tilrettelegge informasjonen til kvinnenes individuelle behov.

Spesielt i forbindelse med abort i hjemmet, er det viktig å sikre at kvinnene har tilstrekkelig med informasjon, ferdigheter og forutsetninger til å gjennomføre abort i hjemmet uten helsepersonell til stede (Makenzius, et al., 2013). Dette også for å sikre et godt utgangspunkt for mestring i ettertid. Her kommer sykepleierens veiledende funksjon frem ved å forberede kvinnene og gi de tilstrekkelig informasjon og ferdigheter til å gjennomføre aborten på egenhånd. Det at kvinnene har kontroll over situasjonen, og er selvstendig kan være positivt for mestringen, men dersom ikke ressursene er der, kan det derimot gi dårligere forutsetninger. Abort i hjemmet kan utfordre kommunikasjonsferdighetene i form av veiledning og informasjon til sykepleiere. Dette i større grad enn en provosert abort gjennomført på sykehus: Personale må forutse ulike scenarier for å dekke alle mulige hendelser eller behov kvinnene måtte ha. I kontrast til dette, dersom aborten gjennomføres på sykehus, har sykepleier mulighet for å

kontinuerlig tilpasse pleien etter det aktuelle behovet til kvinnen, etter hvert som de også følger hele prosessen av aborten underveis.

Angående kommunikasjon, informasjon og veiledning, vil sykepleier ha en primærforebyggende og helsefremmende funksjon ved å forhindre helsesvikt hos friske og utsatte personer (Kristoffersen, et al., 2016). En viktig oppgave blir å finne ut hvordan en kan være i forkant og imøtekomme kvinnenes behov for informasjon og veiledning i forbindelse med abort. Det å forberede kvinnene på at prosedyren også kan være psykisk belastende kan være viktig for den videre mestringen. Ifølge teorien til Benner og Wrubel kan kommunikasjon i form av informasjon og veiledning bidra til å fremme mestring (Kirkevold, 2005). Det at kvinnene ser situasjonen som forutsigbar, og de har fått tilstrekkelig med informasjon om hva som venter i prosessen, vil gi kontroll i situasjonen.

4.3 Sykepleierens utfordringer

For at sykepleier skal bidra til å fremme mestring for kvinner i etterkant av en provosert abort, forutsetter det blant annet at det foreligger tilstrekkelig kompetanse. Flere studier peker på det faktum av at de fysiske behovene er ivaretatt, men det psykiske, emosjonelle og åndelige blir nedprioritert (Petersen, et al., 2018; Mauri & Squillace, 2017). Disse studiene viser også at manglende kompetanse er grunn for at sykepleiere ikke klarer å ivareta den psykiske helsen til kvinner som gjennomfører provosert abort. Sykepleierne uttrykker at det er lite undervisning om hvordan ivareta det emosjonelle og eksistensielle aspektet hos kvinnen som gjennomfører abort. I en fagartikkel i sykepleien, beskrev sykepleiere konsultasjonene med de ambivalente kvinnene som en krevende balansegang preget av tidspress og manglende samtalekompetanse (Opsahl, 2013). Sykepleiere trenger opplæring og veiledning slik at den abortsøkende kvinnens behov for samtale om valget og ambivalensen blir møtt.

Sykepleiere kan også la sine egne personlige holdninger påvirke og hindre de i å ha en objektiv rolle i møtet med kvinner som utfører provosert abort (Mauri & Sequillace, 2017). Det kommer også frem at flere sykepleiere synes det er utfordrende å være til stede for kvinnene som ønsker å gjennomføre en abort, spesielt dersom de er i tvil om beslutningen. I studien til Gallagher (2010), stilles det spørsmål blant helsepersonell rettet mot sykepleie i seg selv og hvordan det hører hjemme i abortomsorgen. Sykepleiere og jordmødre synes det strider imot de grunnleggende prinsippene av hva sykepleie går ut på.

I studien til Makenzius med fler (2013), kommer det frem at kvinner og menn forventet at rutiner skulle imøtekomme deres behov, og de forventet vennlig, respektfull og empatisk behandling fra sykepleierne. Et omsorgsfullt medmenneskelig forhold skaper muligheter for å bry seg om den andre og ha tillit til han eller henne, som gir gode forutsetninger for å yte og motta hjelp (Kristoffersen, 2016). En god relasjon er også avgjørende for kommunikasjonen, og opplevelsen. Relasjonen er med på å legge grunnlag for mestringen i etterkant av aborten (Eide, & Eide, 2017). En god relasjon kan bidra til å gi kvinnene økt mestring. Selv om sykepleiere skal ha en objektiv rolle, viser studien til Makenzius et al., (2013), at noen av kvinnene følte at valget av abortmetode

hadde blitt styrt i en viss grad av helsepersonell. Kvinnen i studien fikk beskjed om at 90% gjorde hjemme, derfor følte det ikke som et selvstendig valg om hvilken metode som skulle benyttes.

Det å assistere kvinner i gjennomføringen av en abort, er en kompleks opplevelse, og flere av sykepleiere sier at de ville unngått det hvis det var mulig (Mauri & Sequillace, 2017). Videre nevnes det at helsepersonell som bidrar i utføringen av aborten, er i mindre moralsk konflikt dersom kvinnen er helt sikker på valget sitt. Sykepleierne forteller også at de kjenner på frustrasjon, sinne og hjelpeløshet når de møter tematikk om unge kvinner som tar «lettere» på situasjonen, samt de som kommer gjentatte ganger for å utføre abort. De uttrykker også glede dersom kvinnen bestemte seg for å beholde barnet. Dette viser at sykepleiere ikke alltid har en objektiv tilnærming. Dette kan påvirke relasjonen til kvinnen, og i verste fall bidra til at belastende følelser som skyld og skam blir fremtredende. Videre kommer det frem at sykepleiere brukte likegyldighet som verktøy for å distansere seg fra- og håndtere det å jobbe med abort. De sa at de ikke tenkte eller reflekterte over hva de gjorde, men utførte oppgavene på en mekanisk måte. Dette kan påvirke sykepleien som utøves, og kvinnenes opplevelse gjennom hele abortprosessen. Det å forholde seg objektivt til situasjonen, og ha en empatisk fremtreden, vil være viktig for å bidra til å fremme mestring.

Alle sykepleierne som var intervjuet i studien til både Gallagher (2010), og Mauri (2017), var enige om at de trenger psykologisk støtte for å kunne være bedre til stede for kvinnene som skal foreta seg en provosert abort. Noen ba spesifikt om veiledning og undervisning i å gi emosjonell støtte. Det kom også frem et ønske om mer diskusjon og refleksjon innad i sektoren med noen som står i samme situasjon, både for å heve kompetansenivået, men også få ventilert egne tanker og følelser i et trygt miljø. Dette blir med på å tilrettelegge bedre for å ivareta den psykiske helsen til kvinnene ved aborten, som igjen kan bidra til økt mestring.

4.4 Metoderefleksjon

På grunn av lite forskning på området, har jeg brukt litteratur for å belyse problemet og behovet. For å svare på problemstillingen om hvordan sykepleier kan bidra til å fremme mestring hos kvinner i etterkant av en provosert abort, har jeg brukt noen studier, og mest teori. En kronikk fra Aftenposten ble inkludert i innledningen for å aktualisere temaet. Dette viser en subjektiv fremstilling av tema, der en ikke vet om kronikkforfatteren er pålitelig. På en annen side har det også blitt drøftet i oppgaven at abort tross alt er en subjektiv opplevelse, og det er store forskjeller i hvordan prosedyren og tiden etter håndteres. I tillegg ble den publisert av Aftenposten, som anses å være en presentabel avis, ble denne inkludert for å aktualisere tema i innledningen.

På grunn av lite forskning på tema, ble det ikke gjort store avgrensninger i søkene. Det var også utfordrende å finne litteratur som oppfylte inklusjon- og eksklusjonskriteriene for publiseringsårstall. Derfor ble det inkludert en artikkel fra 2009. Dette kan være en svakhet fordi den kan være utdatert, men basert på tematikken og andre funn, ble denne allikevel vurdert som relevant. På en annen side er de resterende seks studiene, fra 2012

og senere. Det var også utfordrende å kun inkludere studier som tar for seg abort i første trimester, da abortlovene i land i Europa er forskjellige. I Nederland og Storbritannia kan man utføre provosert abort inntil uke 24 (Gouvernement of the Netherlands, u.å.; MSI, reproductive choices, u.å.). I Italia, er regelen 90 dager (Spinelli & Grandolfo, 2001), mens i Portugal er den 10 uker (Wikipedia, 2022), og Sverige 18 uker (Rohman, 2019). Dette kan også være en svakhet i studien på grunn av forskjell i hvordan abort oppleves, ut ifra hvor langt ut i svangerskapet en er. Det ble allikevel vurdert som relevant å inkludere disse artiklene på bakgrunn av at behovet for å oppnå mestring i etterkant, er like mye til stede for disse kvinnene.

I en studie som er inkludert, intervjues både jordmødre og sykepleiere. Siden det jordmødre er utenfor sykepleiers kompetansenivå, kunne dette vært mindre representativt. Denne studien ble allikevel inkludert, da 22 av 24 deltakere var sykepleiere. En annen svakhet ved oppgaven var den begrensede informasjonen angående statistikk for antall medikamentelle aborter som gjennomføres i hjemmet. Eneste som ble funnet, var en artikkel fra NRK. Denne ble allikevel vurdert til å inkluderes på bakgrunn av at NRK er statlig eid, og dermed ble det tolket som en pålitelig kilde.

En styrke er at alle inkluderte studier i denne oppgaven er fra Europa. Dette gjør resultatene overførbare til Norge med tanke på blant annet kultur og verdier. På en annen side, kan det være religiøse forskjeller som viser at mestring rundt abort kan variere. For eksempel så er Italia et katolsk land (Mauri & Squillace, 2017), og dette kan være med på å påvirke kvinnene i beslutninger og i etterkant på en annen måte.

4.5 Konklusjon

Som sykepleier har man kun et kort møte med kvinner som gjennomfører en provosert abort. I denne oppgaven er det forsøkt å finne svar på hvordan sykepleier kan bidra til å fremme mestring hos kvinner i etterkant av en provosert abort. Resultater fra forskningen viser at provosert abort kan føre til psykiske plager og lav mestringstro i ettertid. Dette viser viktigheten av at sykepleier bør ha fokus på å fremme mestring i etterkant av en provosert abort

Det kommer frem i oppgaven at det kan være hensiktsmessig å kartlegge kvinners psykiske helse i forkant av provosert abort for å bidra til økt mestring i ettertid. Dette for å kartlegge kvinnens utgangspunkt og ressurser, spesielt fordi kvinnene med tidligere psykiske helseutfordringer opplevde mer psykiske plager i ettertid. Dette styrkes også gjennom Lazarus & Folkmann, og Benner & Wrubel sine teorier om stress og mestring, samt når en ser på sykepleierens helsefremmende- og forebyggende funksjon.

Det kommer også frem i studiene at tilstrekkelig og tilpasset informasjon er viktig for at kvinnene mestrer tiden etter abort. Behovet for informasjon og veiledning er også stort ved hjemmeabort, da sykepleier ikke er til stede under prosedyren. Rom for at kvinnene får dele følelser og tanker rundt beslutningen og prosedyren, samt forutsigbarhet er også

viktig for å ikke forverre en situasjon som er vanskelig nok i utgangspunktet. Det er viktig at sykepleier behersker prinsippene rundt personorientert kommunikasjon i møte med disse kvinnene.

Som belyst i oppgaven, kan sykepleieres personlige holdninger disponere negativt for mestring. Mange sykepleiere synes det er vanskelig å adressere ambivalens, uten å påvirke autonomien til kvinnen, og de kjenner på manglende kompetanse for å ivareta det psykiske aspektet ved en abort. Sykepleiere uttrykker et ønske om økt kompetanse, og mulighet for å reflektere og diskutere med andre på avdeling for å ivareta behovene til kvinnen. Det kommer også frem i en rekke studier at sykepleiere kan ha personlige holdninger som påvirker omsorgen de gir. Dette kan også disponere dårligere for mestring.

Oppgaven belyser viktigheten av at sykepleier bidrar til å fremme mestring i etterkant av en provosert abort. Dette belyses ved å se på de psykiske utfallene en abort kan gi, samt hvordan kvinner håndterer disse. Gjennom helsefremmende, forebyggende og veiledende funksjon, kan sykepleier bidra til økt mestring for kvinnene i etterkant av abort. Det kommer frem at en problemorientert mestringsstil er mest hensiktsmessig for å oppnå mestring. Ved hjelp av resultater fra studiene, samt teorier relevant for sykepleie, vises det at kartlegging av tidligere psykisk helse, å møte kvinners ambivalens, kommunikative ferdigheter, økt kompetanse, samt et objektivt perspektiv, er elementer som viser hvordan sykepleier kan bidra til å fremme mestring for kvinner etter en provosert abort.

Referanser

Amathea, (u.å.) *Har du tatt selvbestemt abort?*. Hentet den 27.05.2022 fra:
<https://amathea.no/abort/har-du-tatt-selvbestemt-abort/>

Abortloven. (1976) *Lov om svangerskapsavbrudd* (LOV-1975-06-13-50). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>

Aftenposten (2019, 10.11) *Hjemmeabort: Effektivt og skånsomt for hvem? Kvinne (30)*
<https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/mRxEq/hjemmeabort-effektivt-og-skaansomt-for-hvem-kvinne-30>

Bjørge, L., Hermanrud, M. S., Løkkeland, M., Oppegaard, K. S, (u.å.) *Provosert abort*. Den norske legeforening. Hentet 26.05.2022 fra:
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/provosert-abort/>

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

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (u.å.). *Register over vitenskapeligepubliseringskanaler*. Kanalregister. Hentet 25.05.2022 fra:
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>»

Eide, H. & Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utgave) Gyldendal.

Eriksen, I., (2019) *En «helt» vanlig abort*. NRK. Hentet 28.05.2022 fra:
[https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/xl/en-helt- vanlig -abort-1.14445549?fbclid=IwAR3P6NfaJV2x9Jbf7AOkUTHfF2jQUfC2tJv1g8INH2vrWMOyeJ-7k_Rxgls](https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/xl/en-helt-vanlig- abort-1.14445549?fbclid=IwAR3P6NfaJV2x9Jbf7AOkUTHfF2jQUfC2tJv1g8INH2vrWMOyeJ-7k_Rxgls)

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

Forsberg, C., Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier* (2. utgave) Natur och kultur.

Gallagher, K., Porock, D., & Edgley, A. (2010). The concept of 'nursing' in the abortion services. *Journal of advanced nursing*, 66(4), 849-857.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05213.x>

Gouvernement of the Netherlands (u.å), Hentet 25.05.2022 fra:
<https://www.government.nl/topics/abortion>

Helsebiblioteket (2016, 03.06) *Sjekklistor*. Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet (2020) *Abortmetoder*. Helsenorge:
<https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/>

Helsedirektoratet, (2019, 20.12) *Abort (svangerskapsavbrudd) – veileder til forskrift*
Hentet 28.05.2022 fra: <https://lovdata.no/static/ROO/is-2019-9001.pdf>

Kirkevold, M. (2005) *Sykepleieteorier* (2. utgave) Gyldendal.

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>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt F., Skaug, E., Grimsbø, G. H., (2016) Hva er sykepleie?: Sykepleie- fag og funksjoner. Grimsbø, G. H (Red.) (s. 16-27) *Grunnleggende sykepleie: Fag og funksjoner* (Bind 1, 3. utgave). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., (2016) Stress og mestring. Grimsbø, G. H (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (s. 237-186) (Bind 3, 3. utgave) Gyldendal Akademisk.

Løkkeland-Stai, M. (2022, 11.03) *Fakta om abort*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>

Lønnå, E., Garvik, O. (2021, 05.05) *Abortkampen*. Store norske leksikon. Hentet fra: <https://snl.no/abortkampen>

Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2013). Autonomy and dependence-experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(3), 569-579. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x>

Mauri, P. A., & Squillace, F. (2017). The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(3), 227-232. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1318846>

Mesh (u.å.) hentet 25.05.2022 fra: <https://mesh.uia.no/>

MSI, United Kingdom, reproductive choices. (u.å.) *Abortion and your rights*. MIS choices: <https://www.msichoice.org.uk/abortion-services/abortion-and-your-rights/>

Norsk helseinformatikk (2019, 20.05) *Psykologisk stress og sykdom*. NHI: <https://nhi.no/psykisk-helse/psykiske-lidelser/stress-og-sykdom/?page=2>

Norsk sykepleieforbund, NSF (u.å.) *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 26.05.2022 fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

NTNU (u.å.) *Databaser/Artikler*. Fagside for medisin og helse. Hentet 25.05.2022 fra: <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/>

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

Pereira, J., Pires, R., & Canavarro, M. C. (2017). Psychosocial adjustment after induced abortion and its explanatory factors among adolescent and adult women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(2), 119-136 <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1276281>

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

Rohman, K., (2019, 08.09) *Abortlagen*. 1177 Vårdguiden: <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/lagar-i-varden/abortlagen/>

Samdal, O., Wold, B., Harris, A., Torsheim, T., (2017) *Stress og mestring*. Helsedirektoratet: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf

Spinelli, A., Grandolfo, M., (2001) *Abortion in Italy*. Bollettino Epidemiologico Nazionale: https://www.epicentro.iss.it/ben/2001/aprile/1_en

van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., de Graaf, R., van Nijnatten, C. H., & Vollebergh, W. A. (2015). The impact of psychiatric history on women's pre-and postabortion experiences. *Contraception*, 92(3), 246-253.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.05.003>

Wikipedia. (2022) Abortion in Portugal. I *Wikipedia*. Hentet 25.05 fra: https://en.wikipedia.org/wiki/Abortion_in_Portugal

