

Kandidatnummer: 10099

## **Abortomsorg til kvinner ved provosert abort**

- Hvordan kan sykepleiere møte og ivareta kvinnene?

Litteraturbachelor  
Antall ord: 7697

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2022



Kandidatnummer: 10099

## **Abortomsorg til kvinner ved provosert abort**

- Hvordan kan sykepleiere møte og ivareta kvinnene?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7697

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 et dagsaktuelt og omstridt tema som fremdeles er tabubelagt og stigmatisert, og er mye diskutert i samfunnet. Følelser som skyld, angst, skam og depresjon forekommer hos flere kvinner som gjennomfører abort. Sykepleiere har ulike oppgaver i møte med kvinnene på sykehus som skal utføre medikamentell eller kirurgisk abort. Ikke alle kvinner føler seg ivaretatt av sykepleiere og helsepersonell, og kjenner på ambivalens og følelsen av å bli dømt.

**Hensikt:** Belyse hva sykepleiere kan gjøre for å best mulig møte og ivareta kvinnene som kommer på avdelingen for å ta abort, slik at kvinnens verdier, selvrespekt og psykiske helse forblir intakt.

**Metode:** Litteraturstudie basert på åtte utvalgte forskningsartikler. Tilleggsinformasjon er innhentet fra fagbøker, teorier og sykepleieres erfaringer.

**Resultat:** Kvinnenes ønske om bedre omsorg og å bli sett av sykepleiere var gjennomgående i flere studier. Sykepleiere benytter ulike metoder i tilnærmingen til samtale med kvinnene. For de fleste kvinnene var stigmatisering og frykt for å bli dømt av andre gjennomgående. Felles for de fleste kvinnene var ønske om støtte, og mulighet til samtale med sykepleierne.

**Konklusjon:** Sykepleiere møter kvinner med ulike behov i abortomsorgen, og har flere oppgaver som skal gjennomføres etter tidsskjema. Sykepleiere bør gi informasjon til kvinnen. Kvinner som er ambivalente bør få muligheten til å prate med noen, og informeres om muligheten for betenkningstid i henhold til 12-ukersgrensen. Sykepleiere bør fremtre med en ikke-dømmende holdning, og forsøke å se hver enkeltes behov for sykepleie.

Nøkkelord: Provosert abort, ambivalens, ivaretagelse, omsorg, sykepleie









# Innholdsfortegnelse

1.	Introduksjon .....	1
1.1	Introduksjon til tema og bakgrunn for problemstilling .....	1
1.2	Teori .....	2
1.2.1	Begrepsavklaringer .....	2
1.2.2	Medikamentell og kirurgisk abort .....	3
1.2.3	Vanlige psykiske reaksjoner i forbindelse med provosert abort .....	3
1.2.4	Sykepleierens funksjon og rolle .....	3
1.2.5	Kari Martinsens omsorgsteori .....	4
1.3	Formål og problemstilling .....	5
1.4	Avgrensninger .....	5
2.	Metode .....	6
2.1	Litteraturstudium som metode .....	6
2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	6
2.3	Sykepleieres erfaringer .....	6
2.4	Søkestrategi .....	6
2.5	Vurdering .....	10
2.6	Analyse .....	11
3.	Resultater .....	12
3.1	Presentasjon av resultater .....	17
3.1.1	Kvinnens opplevelse av ambivalens og sykepleiers erfaringer i møte med kvinnene .....	17
3.1.2	Provosert abort sin påvirkning på psykisk helse .....	18
3.1.3	Kvinnens erfaringer med abort og abortomsorg .....	18
3.1.4	Provosert abort og opplevelse av stigma .....	19
4.	Diskusjon .....	20
4.1	Betydning av sykepleieres holdninger i møte med pasienter .....	20
4.2	God abortomsorg til kvinner ut fra varierte behov .....	22
4.3	Sykepleieres erfaringer i møte med kvinner som skal utføre abort .....	24
4.4	Styrker og svakheter .....	25
4.5	Konklusjon .....	25
	Referanseliste .....	27
	Vedlegg .....	30

# Tabeller

Tabell 2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	6
Tabell 2.2 Søketablell.....	8
Tabell 2.3 Håndsök.....	10
Tabell 2.4 Analyse.....	11
Tabell 3.1 Artikkelmatrise.....	12



# 1. Introduksjon

I dette kapitlet introduseres tema med begrepsavklaringer og sentral teori blir presentert. Videre kommer presentasjon av problemstilling og formål med oppgaven, samt problemets relevans for sykepleie.

## 1.1 Introduksjon til tema og bakgrunn for problemstilling

Abort er fremdeles et dagsaktuelt og omstridt tema som blir tatt opp i debatter, i politikken og i media. Forslag om å endre abortloven har gjentatte ganger vært et emne, med ulike meninger som har skapt diskusjoner i samfunnet. Før Norge fikk innvilget egen abortlov i 1975, ble det gjennomført utrygge og ulovlige aborter, som kunne gi varige skader hos kvinnen eller medføre fatale konsekvenser. Siste registrerte kvinne som omkom etter utførelse av illegal abort i Norge var i 1967 (Jerpseth, 2017, s. 159). Abort i Norge har gått fra å tidligere være straffbart for kvinnen og vedkommende som utførte aborten, til å bli lovlig, som er i underkant av 50 år siden (Austveg, 2006, s. 123).

Lov om svangerskapsavbrudd ble først opprettet i Norge i 1975. Kvinner har siden 1978 hatt retten til selvbestemt abort etter abortforskriften (Abortforskriften, 1978, §3). Før uke 12 kan kvinnen selv bestemme om det er ønskelig med abort, etter uke 12 må en nemd bestående av to leger avgjøre om kvinnen får innvilget abort eller ikke (Abortloven, 1975, §7). Begrunnelse for at abort kan gjennomføres etter uke 12 er nedfelt i Abortloven §2. Årsaker er dersom svangerskapet kan påvirke kvinnens fysiske eller psykiske helse, medfører vanskelig livssituasjon, medfører fare for utvikling av alvorlig sykdom hos barnet eller graviditet under forhold i straffeloven (Abortloven, 1975, §2).

I Norge ble det utført 11081 aborter i 2020, derav 10573 (95,4%) var selvbestemte aborter (Folkehelseinstituttet, 2021). Årsaker til hvorfor kvinnene ønsker abort kan være komplekst og sammensatt av psykiske, fysiske, økonomiske og sosiale faktorer (Jerpseth, 2017, s. 159). Selve beslutningen ved å møte på sykehus kan være preget av ambivalens, der det er mange faktorer som påvirker hvorfor kvinnen kjenner seg usikker på beslutningen (Amathea, u.å). Provosert abort er fremdeles et tabubelagt og stigmatisert tema i samfunnet. Følelser som skyld, angst, skam og depresjon forekommer hos kvinner som gjennomfører provosert abort (Opsahl, 2013, s. 65).

Sykepleiere møter kvinner i ulike aldre på gynekologiske avdelinger ved sykehus, som skal gjennomføre abort. Sykepleierens oppgaver etter abort innebærer ivaretagelse av pasientenes grunnleggende behov, som å observere smerter, blødninger, psykiske reaksjoner og tegn til komplikasjoner (Jerpseth, 2017, s. 160). De møter pasientene før, under og etter aborten. Sykepleiere har en aktiv rolle i møtet med kvinner som skal ta kirurgisk- eller medikamentell abort. (Jerpseth, 2017, s. 160).

## 1.2 Teori

### 1.2.1 Begrepsavklaringer

**Provosert abort:** Selvbestemt avslutning av svangerskap med medikamentell eller kirurgisk metode med hensikt å forhindre fødsel (Nesheim, 2021).

**Tabu:** Defineres som en forestilling om at noe ikke må nevnes, et forbud begrunnet i moral og ikke i loven (Bertelsen, 2021).

**Depresjon:** Tilstand med kjennetegn som nedsatt stemningsleie, mindre energi, gledeløshet, følelse av skyld, dårlig samvittighet, forstyrrelser i søvn og økt tretthet (NHI, 2022).

**Angst:** Tilstand der det mest fremtredende symptomet er irrasjonell frykt. Angst kan være ubestemt uten en tydelig årsak til symptomene, eller knyttet til en bestemt situasjon eller et objekt (Helsenorge, 2018).

**Ambivalens:** «Ambivalent» defineres som blandede holdninger eller følelser for noe eller noen, eller at noe/noen er usikker eller i tvil (Nilstun, 2022).

**Tillit:** I denne kontekst menes tillit mellom pasient og sykepleier. Gjensidig tillit mellom helsepersonell og pasient innebærer en grad av tapt kontroll, der begge partene stoler på hverandre til en viss grad i møtet med det ukjente (Eide & Eide, 2019, s. 26). Pasienten er sårbar, og har en viss tillit til at sykepleieren ønsker hen godt (Alvsvåg & Martinsen, 2018).

**Trygghet:** Sammen skaper ofte trygghet og tillit en god relasjon mellom mennesker. Det å kjenne på en egen trygghet kan være å tørre, kjenne sine svakheter og å mestre (Kristoffersen et al., 2016b, s. 146). Psykologisk trygghet omhandler det å føle seg sikker på at en kan prate og stille spørsmål blant andre uten frykt for å få negative reaksjoner (Sagberg, 2020).

**Omsorg:** Defineres på flere måter, som å hjelpe, å vise omtanke og å ta vare på. Kan også fremstå i situasjoner der en bekymrer seg for noen (Martinsen, 2003, s. 67). Sykepleierens omsorg for pasienter er et profesjonelt område der sykepleieren har fagkunnskaper til å kunne handle ut ifra empati, etikk, gitte lover for utøvelse av sykepleie og pasientens situasjon (Kristoffersen et al, 2016a, s. 93-94).

**Stigma:** Stigma eller stigmatisering er definert som å karakterisere noen som noe negativt som en årsak av et kjennetegn. Stigma gjør mennesker tydelig annerledes fra andre (Forebygging, 2010). I denne sammenheng vil kjennetegnet være abort, og blir omtalt for kvinner som gjennomfører abort.

### 1.2.2 Medikamentell og kirurgisk abort

Provosert abort utføres enten medikamentelt eller kirurgisk. Medikamentelt svangerskapsavbrudd blir oftere utført enn kirurgisk (Wyller, 2019, s. 781). Ved medikamentell abort får pasienten medisiner første dag på sykehuset og kan videre ta medisiner hjemmefra den tredje dagen. Abort kan utføres medikamentelt til omkring uke 9 (Helsedirektoratet, 2016). Medikamentet gis av sykepleier og inneholder et middel som hemmer progesteronet og klargjør livmoren til å støte ut fosteret (Jerpseth, 2017, s. 160). Selve aborten foregår på den tredje dagen i løpet av noen timer. Kvinnen opplever smerter og sterk blødning, der blødningen minker i løpet av noen uker. Ved kirurgisk abort blir fosteret fjernet ved aspirasjon med vakuum fra livmoren. Blødninger forekommer også etter dette, men varigheten er noe kortere enn ved medikamentell abort. Kvinnen setter selv to tabletter inn i skjeden i forkant, og aborten gjennomføres med narkose (Emetodebok for seksuell helse, u.å.). Det kan forekomme komplikasjoner i etterkant av en abort, som pågående blødning, smerter, infeksjon og påvirkning av psykisk helse (Helsedirektoratet, 2016). Kvinnene oppholder seg på sykehuset vanligvis kun den dagen de gjennomfører medikamentell abort, men også i noen tilfeller til dagen etterpå. Ved kirurgisk abort er kvinnen på avdelingen omtrent en til to timer etter inngrepet for observasjon (Helsenorge, 2020).

### 1.2.3 Vanlige psykiske reaksjoner i forbindelse med provosert abort

Angst og depresjon kan forekomme i etterkant av provosert abort, og kan være mer konstant og vare lengre enn hos kvinner som gjennomgår spontanabort (Austveg, 2006, s. 128). I tillegg er det mer vanlig å føle på skyld og skam hos kvinner som gjennomfører provosert abort. Både grunnet at det er et tabubelagt tema, men også som et resultat av å føle en trang til å danne unnskyldninger. Kvinner danner unnskyldninger for hvorfor de gjennomfører abort, noe som er en belastning i tillegg til andre følelser de måtte kjenne på (Opsahl, 2013, s. 64-65). Helsepersonell i møte med disse pasientene skal kunne gi informasjon og veiledning, og trenger derfor kompetanse på området (Jerpseth, 2017, s. 162).

Ved gjennomføring av abort er mange i tvil, og føler på et press, selv om flertallet ikke angreir i etterkant (Austveg, 2006, s. 129). Flere kvinner som skal ta abort er usikre i sin avgjørelse når de møter opp til den første timen. Ambivalensen innebærer om de skal gjennomføre aborten eller fullføre svangerskapet, der de ofte har holdt disse tankene for seg selv. Selv om de er på et sted i livet der de selv ikke føler de kan bære frem et barn, er følelser om at valget kan være feil fremtreden (Meland, 2019). Ulike årsaker til hvorfor kvinnen ønsker å utføre aborten kan også ha en innvirkende effekt på ambivalensen (Jerpseth, 2017, s. 159).

### 1.2.4 Sykepleierens funksjon og rolle

Psykiske reaksjoner på valget om å ta abort forekommer, da kvinnene synes valget er vanskelig. Sykepleiere har i oppgave å være støttende ovenfor kvinnen når hun skal foreta et endelig valg. Sykepleieren må vise forståelse, og fremtre på en måte som viser respekt

ovenfor kvinnens valg (Jerpseth, 2017, s. 161-162). Bjørk & Breievne (2018, s. 26) omtaler ulike utfordringer sykepleiere kan oppleve i møte pasienter, som balansegangen mellom å være involvert og overinvolvert. Sykepleiers involvering i pasientsituasjonen er assosiert med å kjenne seg verdsatt, mens overinvolvering kan medføre en uklar grense i møte med pasienten.

Det er mange områder innen kommunikasjon som utspiller seg i en sykepleiers hverdag. Personorientert kommunikasjon, evne til å lytte aktivt, bidra til mestringsfølelse og evne til empatiske ferdigheter. Det er ulike fallgruver innen sykepleie som er viktig å prøve å unngå. Noen fallgruver kan være å fortelle hva pasienten bør eller skal gjøre, eller ha en overpositiv holdning som ikke samstemmer med pasientens situasjon (Eide & Eide, 2019, s. 65-67).

Sykepleiere har i oppgave å sørge for ivaretagelse av pasientenes velvære, i form av smertelindring før og etter inngrepet. Ivaretagelse av grunnleggende behov, informasjon og veiledning er også en sykepleiers oppgave. Dersom det er moderat blødning, kan kvinnene ha behov for blodtransfusjon og intravenøs væske. Sykepleiere har en viktig rolle som informasjonsgivere for å gjøre pasientene forberedt på hva som skal skje. Før utskrivelsen må nødvendig informasjon gis angående tegn til infeksjon, kontaktpersoner, vanlige komplikasjoner og vanlige psykiske reaksjoner i etterkant (Jerpseth, 2017, s. 161-162).

### 1.2.5 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen er en sentral person innen sykepleieteori, og et syn innen hennes teori om hva sykepleie er, er forholdet mellom pasienten og sykepleieren. Det er et asymmetrisk forhold, der den ene parten har et faglig forhold og ansvar til å hjelpe, mens den andre mottar hjelp og har ingen forpliktelser overfor sykepleieren (Kristoffersen et al., 2016a, s. 97). Det er et forhold mellom pasienten og pleieren, det er den som gir omsorg og den som får omsorg. Martinsen mener omsorgens vesentlige kvaliteter består av tre punkter; omsorg som sosial relasjon, forståelse for andre mennesker og erfaringer for forståelse, og omsorg som holdning for å akseptere en annens situasjon (Martinsen, 2003, s. 71). Omsorgen sykepleieren gir til pasientene innebærer engasjement, faglige vurderinger, forståelse og skjønn (Kristoffersen et al, 2016b, s. 27).

Begrepet omsorg kan ifølge Martinsen deles opp i tre aspekter, rasjonell-, praktisk- og moralsk omsorg. Den rasjonelle omsorgen innebærer at mennesker er avhengig av hverandre, der det å være selvstendig går sammen med det å være avhengig (Martinsen, 2003, s. 14). Omsorg som et praktisk begrep defineres av Martinsen som å ta del i andre menneskers lidelse, eksempelvis ved å hjelpe noen som har skadet seg. På denne måten utøver en omsorg uten å forvente å få noe tilbake, som igjen gjenspeiler rollen til en sykepleier (Martinsen, 2003, s. 16). Et moralsk begrep for omsorg er et punkt som må læres. Det er noe som har stamme fra vår egen livsførsel, hvordan en fremstår i selve relasjonen (Martinsen, 2003, s. 17). Moralsk omsorg læres gjennom erfaringer, skjønn og vurderinger en tilegner seg i livet, noe som resulterer i en kompetanse til å vurdere og handle ut ifra mer enn regler (Martinsen, 2003, s. 49).



Ut fra erfaring har jeg fått noe kunnskap om disse tilstandene [...], jeg kan selvsagt ikke oppleve smerten og kvalmen som pasienten har, fordi jeg ikke er den andre. Men jeg kan likevel gjenkjenne situasjonen og forstå pasienten ut fra mine erfaringer fra liknende situasjoner og lindre hans smerte og kvalme. (Martinsen, 2003, s. 76).

### 1.3 Formål og problemstilling

Formålet er å undersøke hvordan sykepleiere ved gynekologisk avdeling kan best mulig ivareta kvinners helse ved provosert abort. Oppgaven kan bidra med å belyse sykepleieres holdninger og væremåte ovenfor den aktuelle pasientgruppen. Dette for å redusere pasientenes negative konsekvenser av abort og redusere stigma og tabu rundt temaet provosert abort. Problemstillingen er som følger:

«Hvordan kan sykepleiere møte og ivareta kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus?»

### 1.4 Avgrensninger

Jeg har foretatt noen avgrensninger da det ikke er mulig å belyse og finne svar på alle områder i like stor grad innenfor provosert abort og abortomsorg i denne litteraturstudien.

Oppgaven vil omhandle provosert abort gjennomført på sykehus, og utelukker dermed abort utført hjemme og abort av andre årsaker enn kvinnens egen bestemmelse. Kun provosert abort innen uke 12 i svangerskapet vektlegges, slik at senaborter ikke blir omtalt. Hovedfokuset vil være sykepleierens rolle i ivaretagelse av pasientgruppen. Det vil ikke bli gått mye inn i dybden på psykisk helse, da dette er et stort område som krever mer tid, og som vil overgå gitte begrensninger for antall ord.

## 2. Metode

### 2.1 Litteraturstudium som metode

Opgaven har litteraturstudium som metode, som innebærer at kunnskapen er innhentet fra eksisterende fag, teorier og forskning (Dalland, 2018, s. 207). Fagkunnskapen er samlet ved bruk av systematiske søk i ulike databaser, fagbøker, kritisk analyse av valgte artikler og avgrensninger for valg av litteratur og forskning.

### 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene omhandler de stilte kravene til forskningsartikler inkludert i oppgaven.

**Tabell 2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Provosert abort (medikamentell eller kirurgisk)	Abort av andre årsaker (medisinske årsaker, spontanabort)
Abort på sykehus	Hjemmeaborter
Språk: engelsk, norsk eller skandinavisk	
Overførbarhet til norsk helsevesen	
Årstall 2012-2022	
Fagfellevurdert	
Kvantitativ, kvalitativ eller review	
IMRAD-struktur	

### 2.3 Sykepleieres erfaringer

I tillegg er det i oppgaven inkludert erfaringer fra sykepleiere i abortomsorgen, innhentet fra uformelle samtaler i jobbsammenheng. Dette er inkludert for å sammenlikne deres erfaringer med forskningsartiklene, da jeg ikke har erfaringer fra feltet selv.

### 2.4 Søkestrategi

I søket etter forskningsartikler som er relevante, søkte jeg i databaser funnet gjennom NTNU sin side om databaser for medisin og helse (NTNU Universitetsbiblioteket, u.å.). Jeg brukte Medline, CINAHL og Oria for å søke etter forskningsartikler. Medline er relevant da databasen omfatter medisin og helsevitenskap, CINAHL er spesielt relevant

da den har et sykepleiefaglig fokus. Oria inneholder alle fagområder (NTNU, u.å). Oppslagsverket MeSH ble brukt for å finne de riktige søkeordene på engelsk, men noen søkeord er selvskreivet. Alle søkene ble gjennomført ved å bruke avansert søk. Jeg benyttet kombinasjoner av ulike søkeord, samt samme søkeord i ulike databaser for å finne ulike forskningsartikler.

Første søk ble gjennomført på Medline, med søkeord; «Induced abortion», «depression» og «mental health». Disse tre søkeordene kombinert med OR ga flerfoldige treff, men ga 73 treff ved bruk av kombinasjonen AND. Overskrifter fra de ulike artiklene ble lest, der abstraktet til to artikler ble lest og én av de ble funnet relevant for problemstillingen og temaet for litteraturstudien. Videre ble det søkt med nye søkeord «nurs\*», «health care/delivery of health care» i tillegg til «induced abortion». Disse søkene ble kombinert med AND, årstall og «review», men ga over 900 treff. Derfor leste jeg kun overskrifter, og leste gjennom én artikkel der overskriften var relevant.

I databasen CINAHL ble disse tre søkeordene kombinert med AND; «abortion induced», «mental health» og «stigma». Søket ga 13 treff og 12 treff etter avgrenset årstall fra 2012-2022. Overskriftene til alle artiklene ble lest, og to abstrakter lest etter overskriftens relevans for litteraturstudien. Kun én av abstraktene i forskningsstudien passet til temaet og problemstillingen, og ble dermed valgt. Videre ble søkeordene «abortion OR abortion induced», «depression», «anxiety» og «abortion care» kombinert i ett søk. Dette ga et resultat på fem artikler fra 2012-2022. Tre abstrakter ble lest etter relevans fra overskrift og kun én forskningsartikkel valgt etter relevans.

Flest forskningsartiklene fant jeg i databasen Oria. Databasen har en annen metode for avansert søk, som kan være noe mer tungvint enn ved søk i de overnevnte databasene. Likevel ble det funnet flere relevante forskningsartikler i databasen. Jeg brukte tidligere søkerord, i tillegg til «anxiety», «depression», «health care» og «abort» i ulike kombinasjoner. Det første søket med ulike kombinasjoner av søkeord ga nesten 2000 treff. Av den grunn ble kun overskrifter lest, og abstraktet til den mest relevante artikkelen, som er skandinavisk, ble valgt. Det neste søket ga over 3000 treff, og kun fire treff ved avgrensning til norsk språk. To av artiklene ble utelukket grunnet overskriften, en artikkel ble utelukket grunnet abstraktet og kun én artikkel ble valgt og lest. Artikkelen er svært relevant for denne litteraturstudien da den har en kvalitativ metode som belyser de intervjuede kvinnenes egen opplevelse i møte med sykepleiere. Den tredje artikkelen funnet på CINAHL ble funnet ved bruk av tidligere søkeord, samt tillegg av to nøkkelord «Abortion experience» og «patient care». Søket resulterte i ti artikler ved kombinasjonen AND, og endte med sju artikler ved årstall 2012-2022. Overskriftene til alle artiklene ble lest, og tre abstrakter. Kun én av artiklene viste seg å være relevant for problemstillingen, da forskningsartikkelen omhandler kvinnenes erfaringer og preferanser ved omsorg under abort.

I ORIA ble de samme søkeordene brukt i ulik kombinasjon. Det første søket ga over 1000 treff, og dermed ble noen overskrifter lest og valgt ut for å så lese abstraktet. En artikkel ble valgt her. Det neste søket ga kun fire treff, der to artikler ikke var relevante. Jeg leste alle abstraktene, og kun én artikkel var relevant.

Jeg gjennomførte referanselistene til de mest relevante artiklene i søk etter andre forskningsartikler. I referanselisten til Kjelsvik et al. (2019) ble artikkelen til Gould et al.

(2012) funnet. Her er det derfor ikke benyttet en database for søk, eller søkeord som har resultert i funnet, slik at dette kategoriseres som et håndsøk.

**Tabell 2.2 Søketablell**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	01.04.22 Eller 25.04	S1.	(MH «Induced abortion»)		43081	
		S2.	(MH «Depression»)		453169	
		S3.	(MH «Mental health»)		234397	
		S4.	S1,S2 OR S3		685176	
		S5.	S1, S2 AND S3		73	
		S6.		År 2012-2022	73	1(A)
	28.04.22	S1.	(MH «Abortion induced»)		42563	
		S2.	(MH «Ambivalence»)		3624	
		S3.	(MH «Support»)		10554794	
		S4.	S1, S2 AND S3	2012-2022	47	1(B)
Cinahl		S1.	(MH "Abortion induced")		11952	
		S2.	(MH "Mental health")		170262	
		S3.	(MH "Stigma")		26988	
		S4.	S1, S2 AND S3		13	
		S5.	S4.	2012-2022	12	1(C)
	29.04.22	S1.	«Abortion» OR (MH «Abortion, Induced+»)		21563	
		S2.	(MH "Depression+") OR "Depression"		193531	
		S3.	(MH"Anxiety+") OR "Anxiety"		116210	
		S4.	"Abortion care"		861	
		S5.	S1 AND S2 AND S3 AND S4		5	
		S6.	S5.	2012-2022	5	1(D)

	29.04.22	S1.	(MH "Abortion induced+") OR "abortion induced)		11770	
		S2.	"Abortion experience"		61	
		S3.	(MH "Patient Care+") OR "patient care"		888691	
		S4.	S1 AND S2 AND S3		10	
		S5.	S4.	2012-2022	7	1(E)
Oria	25.04.22	S1.	(«Induced abortion»)		95991	
		S2.	(«Mental health»)		3094282	
		S3.	("Anxiety")		2336593	
		S4.	S1, S2 AND S3		4191	
		S5.	S4.	2012-2022	2573	
		S6.	S5.	Fagfelleverdert Språk: norsk & engelsk	1974	1(F)
Oria	01.04.22	S1.	("Induced abortion")		41721	
		S2.	("Induced abortion") OR ("Nurse")		4960091	
		S3.	S1. OR S2 OR ("Health care")		4960755	
		S4.	S1, S2 AND S3	2012-2022	3463	
		S5.	S4.	Fagfelleverdert	3144	
		S6.	S5.	Språk: engelsk	3132	
		S7.	S5.	Språk: norsk	4	1(G)

#### Inkluderte artikler:

- A. Jacob et al. (2019). Relationship between induced abortion and the incidence of depression, anxiety disorder, adjustment disorder, and somatoform disorder in Germany. *Journal of Psychiatric Research*, 114, 75-79.
- B. Kjelsvik et al. (2018). Walking on a tightrope- Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 4192-4202.
- C. Steinberg et al. (2016). Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. *Social Science & Medicine*, 150, 67-75
- 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), 1-12.

- E. Altshuler et al. (2017). A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. *Social Science & Medicine* (1982), 191, 109-116.
- F. Lundell et al. (2013). Posttraumatic stress among women after induced abortion: A Swedish multi-centre cohort study. *BMC Women's Health*, 13(1), 52-52
- G. Kjelsvik et al. (2019). Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2135-2146

### Tabell 2.3 Håndsök

- H. Gould et al. (2012). Patient Education and Emotional Support Practices in Abortion Care Facilities in the United States. *Women's Health Issues*, 22(4), e359-e364.

## 2.5 Vurdering

De valgte artiklene ble lest igjennom, der noen var gjennomgående mer relevante enn andre for temaet og problemstillingen. Sjekklisten fra NTNU Universitetsbibliotek for valg av artikler ble brukt. Det ble vurdert om artiklene var fagfelleverderte, benyttet IMRAD-struktur, hadde god oversikt over metodene som er benyttet og hadde referanseliste (NTNU Universitetsbiblioteket, u.å).

Under søkeprosessen ble to artikler ekskludert og fjernet da de ikke var relevante likevel, og den ene var en review som inneholdt den ene forskningsartikkelen. En artikkel er en tysk studie, og er tatt med da Tyskland sitt helsevesen er relativt likt det norske (Schneider et al., 2021, s. 5). Tre forskningsartikler er fra USA, der helsevesenet skiller seg fra Norge ved at de ligger nederst på rangeringen over gode helsevesen (Vedlegg 1.) (Schneider et al, 2021, s. 2). Jeg har likevel valgt å ta med disse forskningsartiklene, grunnet relativ likhet med de andre forskningsartiklene etter sammenlikning. Den ene artikkelen tar for seg kvinnes synsvinkel på abortomsorg, den andre omhandler kvinnes opplevelse av stigma og den tredje fremstiller helsepersonells erfaringer ved abort.

Fire av forskningsartiklene baserer seg på en kvantitativ metode, der undersøkelsene har metoder som går i bredden med mange deltakere. Noen av artiklene har spørreskjema med flere alternativer, og i tillegg innhentet informasjon fra analyser. Tre av forskningsartiklene benytter en kvalitativ metode, med kvinnes personlige syn. Her er det gått mer i dybden, og intervjuene har foregått person- til person eller via telefonsamtale. Her er det stilt mer åpne spørsmål som gir et narrativt resultat fra deltakerne. En forskningsartikkel har en kombinert metode, med både kvantitativ og kvalitativ intervjuform (Dalland, 2018, s. 53).

## 2.6 Analyse

Analysen er basert ut fra punkt i Evans (2002) sin metode for analyse, som består av fire steg.

**Tabell 2.4 Analyse**

<b>1. Samle utvalgte studier</b>	I det første punktet har jeg funnet og samlet forskningsartikler i ulike databaser som skal inkluderes i litteraturstudien (Evans, 2002). Måten dette er gjort på er beskrevet i punkt 2.3 søkestrategi.
<b>2. Identifisere nøkkelord</b>	I steg nummer to har jeg lest igjennom valgte artikler for å finne gjennomgående nøkkelord og få en forståelse om hva hver studie handler om (Evans, 2002).
<b>3. Relatere temaene mellom studiene</b>	Tredje steg tar for seg identifisering av temaene i artiklene. Jeg undersøkte alle artikler for å finne like temaer, samt identifisere forskjellene. Jeg gjennomgikk undertemaene og temaene for videre tolkning (Evans, 2002).
<b>4. Beskrive fenomenene</b>	Resultatet av analyseringen ble 4 hovedtemaer: Kvinnens opplevelse av ambivalens og sykepleiers erfaring i møte med kvinnene, provosert abort og påvirkning av psykisk helse, kvinners erfaringer med abort og abortomsorg, provosert abort og stigma.

### 3. Resultater

Det er inkludert totalt åtte forskningsartikler, som blir videre presentert i tabell 3.1 Artikkelmatrise. Videre presenteres resultatene fra de inkluderte forskningsartiklene.

**Tabell 3.1 Artikkelmatrise**

<b>Referanse</b>	<b>A)</b> Jacob, L., Kostev, K., Gerhard, C. & Kalder, Matthias. (2019). Relationship between induced abortion and the incidence of depression, anxiety disorder, adjustment disorder and somatoform disorder in Germany. <i>Journal of Psychiatric Research</i> , 114, s.75-79. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.04.022">https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.04.022</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten er å finne sammenhengen mellom provosert abort og forekomsten av angst, depresjon, tilpasningsforstyrrelser og kroppslige symptomer i Tyskland.
<b>Metode</b>	Tysk studie. Basert på en retrospektiv kvantitativ kohortstudie med over 35000 kvinner som har gjennomført provosert abort fra januar 2007 til desember 2016. Studien inneholder innsamlet data om diagnoser, og inneholder ulike inklusjonskriterier. Aldersgruppen inkludert i studien er fra 12år og til 45 år. For sammenlikning av resultatet er kvinner ved gjennomgått fødsel i samme tidsperiode inkludert.
<b>Resultat</b>	Forskningen resulterte i et funn av at depresjon, angst, tilpasningsforstyrrelser og kroppslige somatoforme symptomer er assosiert med provosert abort, og var mer fremtreden enn hos kvinner som gjennomførte fødsel.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Relevansen er at forskning om psykisk helse og provosert abort er relevant for hvordan sykepleiere kan bidra til å ivareta kvinnene som gjennomfører provosert abort. Dette er en studie fra Tyskland, et land hvor helsetjenesten ikke er så ulik fra Norge.
<b>Referanse</b>	<b>B)</b> Kjelsvik, M., Tveit, R, J, S., Moi, A, L., Aasen, E, M. & Gjengedal, E. (2018). Walking on a tightrope- Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 27(21-22), 4192-4202. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.14612">https://doi.org/10.1111/jocn.14612</a>



<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten er å undersøke helsepersonells erfaringer knyttet til møtet med kvinners ambivalens ved å gjennomføre provosert abort eller fullføre svangerskapet.
<b>Metode</b>	Norsk studie. Benytter en kvalitativ forskningsmetode med en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Inkludert i studien er 19 registrerte sykepleiere og 1 medisinsk lege intervjuet ved 4 distrikts- og lokalsykehus. Alle med erfaring fra en gynekologisk avdeling.
<b>Resultat</b>	Resultatet viste at sykepleierne og legen følte et ansvar for pasientenes velvære ved provosert abort. Det er en balansegang mellom å håndtere, pleie og være involvert i kvinnens ambivalens uten å være en faktor som kan påvirke kvinnens beslutning. En risiko for helsepersonell er å selv bli konfrontert med sine egne verdier og sårbarhet.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Funnene i studien aktualiserer spørsmål om hvilken informasjon som skal gis til pasientene, samt om å snakke med pasienten om hennes følelser rundt temaet i forkant av aborten.  Studien er relevant, da den gir et helsepersonells perspektiv på møtet med kvinner som skal gjennomføre provosert abort.
<b>Referanse</b>	<b>C)</b> Steinberg, J, R., Tschann, J, M., Furgerson, D. & Harper, C, C (2016). Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. <i>Social Science &amp; Medicine</i> , 150, 67-75. <a href="https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.007">https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.007</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Undersøker sammenhengen mellom psykisk helse, stigma og barndom og tiden før abort. I tillegg nevner de i artikkelen at det meste av forskningen på området innebærer depresjon og angst etter abort, der denne artikkelen vil ta for seg forekomst før selve aborten er gjennomført.
<b>Metode</b>	Kvantitativ tverrsnittstudie fra USA. 353 kvinner over 18 år som skulle utføre provosert abort ved tre helsesentre mellom juli 2012 og februar 2013, deltok i studien. Datasamlingen er innhentet fra spørreskjema og multivariable analyser.
<b>Resultat</b>	Forskningen resulterte i et funn av at motgang i både barndom og hos partner påvirker psykisk helse negativt, og ga et abortstigma. Forskningsstudien konkluderer med at å ta opp

	stigma blant kvinner som skal gjennomføre provosert abort kan senke psykiske plager.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Abortstigma er relevant for problemstillingen da det er et område som sykepleier må være bevisst i ivaretagelsen av pasientgruppen.
<b>Referanse</b>	<b>D)</b> Lundell, I, W., Öhman, S, G., Sundström, I, P., Högberg, U., Sydsjö, G. & Skoog, 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 &amp; Reproductive Health Care.</i> , 20(3), 1-12. <a href="https://doi.org/10.3109/13625187.2014.1002032">https://doi.org/10.3109/13625187.2014.1002032</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med forskningen er å undersøke erfarte mangler i abortomsorgen hos kvinner som gjennomgår abort.
<b>Metode</b>	Svensk studie. En multisenter kohortstudie fra september 2009 til juni 2010 ved poliklinikker på gynekologiske avdelinger ved 6 offentlige sykehus i Sverige. Kvinnene som var inkludert i studien ønsket abort før slutten av uke 12 i svangerskapet. 1514 kvinner deltok i studien.
<b>Resultat</b>	16% av deltakerne i studien mente abortomsorgen var mangelfull, og 22% syntes medikamentell abort var svært smertefull. Kvinner som hadde PTSD/PTSS opplevde abortomsorgen som mangelfull og ved rapporter om mangelfull støtte, behandling med respekt, privatliv, mulighet til å hvile og smertelindring skilte denne gruppen kvinner seg fra friske kvinner.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Denne forskningsstudien er relevant da den kan bidra til å undersøke hvordan sykepleiere kan ivareta kvinner som skal gjennomføre provosert abort. Studien inneholder informasjon fra andre studier om kvinners opplevelse av helsepersonells holdninger.
<b>Referanse</b>	<b>E)</b> Altshuler, A, L., Ojanen-Goldsmith, A., Blumenthal, P, D. & Freedman, L R. (2017). A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. <i>Social Science &amp; Medicine (1982)</i> , 191, 109-116. <a href="https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.010">https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.010</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med studien var å undersøke hva kvinner som gjennomfører abort trenger for å få en god opplevelse, sammenliknet med erfaringer fra fødsel.

<b>Metode</b>	Studie fra USA. En kvalitativ forskningsmetode med semistrukturerte intensive intervju av 20 kvinner fra april til desember 2014, med en alder på 18-49 år. Inklusjonskriteriene var at kvinnene måtte ha gjennomgått abort i løpet av de siste 5 årene, fullført et svangerskap og ikke være gravid under undersøkelsen. Intervjuene ble gjennomført på telefon eller person til person, med åpne spørsmål som gjør intervjuet narrativt.
<b>Resultat</b>	Kvinnenes preferanser ved abort skilte seg på tre ulike måter fra erfaringer ved fødsel. De verdsatte å bli bekreftet som moralske beslutningstakere, velge selv hvilken grad av tilstedeværelse de ønsket under aborten og ønsket å få diskret omsorg for å unngå å bli dømt av andre for valget om å ta abort.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Ved at helsepersonell har en samtale med kvinnene om hvordan abort kan være både fysisk og psykisk kan være en invitasjon for at kvinnen kan åpne seg om sine tanker og bekymringer rundt temaet, som kan gi helsepersonell et innsyn i deres opplevelse og bidra til å sørge for tilstrekkelig informasjon og en bedre opplevelse.
<b>Referanse</b>	<b>F)</b> Lundell, I, W., Öhman, S, G., Helström, F, Ö, L., Högber, U., Nyberg, S., Sundström, P, I., Sydsjö, G., Östlund, I. & Skoog, S, A. (2013). Posttraumatic stress among women after induced abortion: A Swedish multi-centre cohort study. <i>BMC Women's Health</i> , 13(1), 52-52. <a href="https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-52">https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-52</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med forskningsstudien var å finne forekomsten av PTSD og PTSS før provosert abort og 3-6 måneder etter og undersøke og beskrive hva som karakteriserer kvinnene som utvikler dette.
<b>Metode</b>	Svensk studie. Et multisenter kohortstudie fra 6 avdelinger for gynekologi i Sverige. 1457 kvinner var kvalifisert for denne studien, der 76 kvinner ikke ble inkludert. Ved oppfølging etter 3 måneder og 6 måneder var det flere kvinner som ikke fullførte undersøkelsen.
<b>Resultat</b>	Prevalensen av PTSD og PTSS før aborten var større enn ved 3 måneder og 6 måneder etter. De som droppet ut ved de neste undersøkelsene var ofte yngre og mindre utdannede og hadde høyere forekomst av depressive symptomer, angst, PTSD og PTSS. I løpet av undersøkelsesperioden hadde 57 kvinner traumatiske opplevelser, der 11 av de

	utviklet PTSD eller PTSS i sammenheng med utført abort.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Få kvinner i studien utviklet PTSD eller PTSS. De som utviklet dette gjorde det grunnet traumatiske opplevelser som ikke var relatert til provosert abort. Forskningsstudien belyser viktigheten av helsepersonells støtte til kvinner som skal gjennomføre provosert abort.
<b>Referanse</b>	<b>G)</b> 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. <a href="https://doi.org/10.1177/0969733018819128">https://doi.org/10.1177/0969733018819128</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med forskningsstudien var å finne kvinner med ambivalens ved provosert abort sine erfaringer i møte med helsepersonell.
<b>Metode</b>	Norsk studie. Kvalitativ forskningsmetode med individuelle intervju av 13 deltakere og narrative analyser.
<b>Resultat</b>	Forskningen resulterte i et funn av tre typer fortellinger fra kvinnenes opplevelse. Det resulterte i en type der kvinnen følte seg respektert og hørt av sykepleieren, en som følte seg sett men ikke gitt mulighet til å ha en dialog om ambivalensen. I siste situasjon ble kvinnen hverken hørt eller sett angående sin ambivalens rundt valget.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Sykepleiere møter kvinner som skal utføre provosert abort både før, under og etter aborten. Artikkelen er relevant for hvordan sykepleiere kan bedre møte disse, da ambivalens rundt valget er et faktum.
<b>Referanse</b>	<b>H)</b> Gould, H., Perrucci, A., Barar, R., Sinkford, D, BA. & Foster, D, G. (2012). Patient Education and Emotional Support Practices in Abortion Care Facilities in the United States. <i>Women's Health Issues</i> , 22(4), e359-e364. <a href="https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.04.003">https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.04.003</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b>	Hensikten med forskningsartikkelen er å undersøke hvordan pasientopplæring og emosjonell støtte gis og praktiseres ved abortklinikker.
<b>Metode</b>	Studie fra USA. Forskningsstudien benytter en kombinert metode, med intervju av ansatte over telefon ved 27 ulike abortklinikker. Undersøkelsen foregikk fra desember 2010 til juli 2011. Intervjuene inneholder både kvantitative

	spørsmål med svaralternativer og åpne kvalitative spørsmål til deltakerne.
<b>Resultat</b>	De fleste abortklinikkerne informerte om at de gir pasientene informasjon om prosedyrene, vurderer kvinnens sikkerhet rundt abortbeslutningen og vurderer deres følelser og gir emosjonell støtte. Flere av deltakerne omtale abortklinikkerne som pasientsentrerte, støttende og ikke dømmende.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Forskningsartikkelen tar for seg helsepersonells erfaringer med abortomsorg ved abortklinikker. Helsepersonellet anbefalte ambivalente kvinner å bruke litt lengre tid på å bestemme seg

## 3.1 Presentasjon av resultater

### 3.1.1 Kvinners opplevelse av ambivalens og sykepleiers erfaringer i møte med kvinnene

Studien fra Kjelsvik et al. (2019) viste at kvinnene følte på et stort ansvar og ambivalens ved valget om å gjennomføre abort eller fullføre svangerskapet. De ønsket at sykepleiere kunne være mer involverte i situasjonen. Tre undergrupper ble valgt, der den ene gruppen ble fullt respektert og sett og hørt av sykepleieren. Den andre følte seg sett og hørt, men fikk ikke mulighet til å ytre sitt ønske om samtale, og den siste gruppen ble beskrevet som oversett og ikke hørt. Alle kvinnene følte på ambivalens rundt å ta abort, og ønsket å snakke mer om dette for å komme til en beslutning. Den andre studien fra Kjelsvik et al. (2018) tok for seg helsepersonells syn ved ivaretagelse av ambivalente kvinner. Studien resulterte i et ønske om å være oppmerksom for ambivalens og behandle kvinnene med respekt. Sykepleierne følte seg ansvarlig for pasientenes velvære. Samtidig er dette en balansegang, mellom å yte omsorg og hjelp uten å influere kvinnenes endelige valg. Å oppdage tegn til underliggende ambivalens var viktig for sykepleierne, og undersøke om hun var klar for abort og eventuelt finne årsaken til ambivalensen, men tidsrammen var kort. Dersom kvinnen ønsket mer betenkningstid ble det ikke satt opp ny time for abort, men dokumentene ble holdt på vent til eventuelt kvinnen ønsket å bestille ny time.

Også i artikkelen til Gould et al. (2012) blir sykepleieres erfaringer ved abort undersøkt. Erfaringer fra ulike sykepleiere viste at de fleste stilte pasientene spørsmål for å undersøke om de var i tvil om avgjørelsen, og hadde behov for samtale. Kjelsvik et al. (2018) viser at sykepleierne benyttet ulike metoder for å finne ut om kvinnen var i tvil om valget, enten ved å stille spørsmål direkte eller ved å være mer forsiktig. Resultatene varierte, der direkte spørsmål kunne gi et konkret svar, men også gjøre kvinnen ambivalent. Å fremtre forsiktig, kunne resultere i at de ambivalente kvinnene ikke ble oppdaget under klargjøring for abort. Like funn ble gjort hos Gould et al. (2012) der

forsiktig tilnærmingen kunne resultere i mistanke om at sykepleierne ønsket å påvirke valget, eller at det ikke var ønskelig med samtale rundt temaet.

I disse artiklene er det funn som kan ses i sammenheng. Pasientene ønsket at sykepleierne kunne være mer deltakende i situasjonen, og ønsket samtale om usikkerheten. Sykepleierne følte et ansvar for kvinnenes fremtidige velvære, men understreket balansen mellom abortomsorg uten å påvirke bestemmelsen, og at ikke alle kvinner ønsker samtale eller er usikre.

### 3.1.2 Provosert abort sin påvirkning på psykisk helse

Lundell et al. (2013) fant ingen direkte sammenheng mellom provosert abort og økt risiko for PTSD. Det kunne tenkes at det var en sammenheng mellom kvinnenes vurderinger og opplevelser om abort, og risiko for utvikling av PTSD. Noen få fikk PTSD i etterkant, men som ikke var relatert til aborten. Risikofaktorer assosiert med provosert abort var usikkerhet om valget var riktig, dårlig sosial støtte, partnervold og ung alder.

Studien til Steinberg et al. (2016) viste at det var en sammenheng mellom provosert abort og depresjon, angst og stress-symptomer. Kvinner som ikke hadde en partner å snakke med om viktige ting relatert til aborten, opplevde mer negative psykiske symptomer. Jacob et al. (2019) gjorde funn av depresjon innen 10 år etter endt provosert abort hos 6,7% av kvinnene, 3,4% opplevde en angstlidelse, 6,2% hadde tilpasningsforstyrrelser og 19,3% hadde somatoform lidelse. Resultatene viste at psykiske lidelser var noe høyere etter provosert abort enn ved fødsel. Forskningsartikkelen konkluderer med at det å gi informasjon til kvinnene om mulig påvirkning av psykisk helse burde gjøres før aborten. Alsthuler et al. (2017) nevner også at informasjon om hvordan abort kan påvirke psykisk helse, er noe som kan gi helsepersonell et innsyn i kvinnens følelser og tanker. Videre ble det funnet at selv om kvinnene følte de hadde gyldig grunn for abort, var det fremdeles tanker om at abort ikke samstemte med å være en god person.

### 3.1.3 Kvinners erfaringer med abort og abortomsorg

Alsthuler et al. (2017) omtaler at kvinner slet med tanken på å ta abort, selv om årsaken til-og valget var bestemt. De tenkte på det i etterkant, med følelser av tristhet. Funnene viste frem ulike scenarioer fra flere kvinner om deres opplevelse av abort. En kvinne følte seg dømt av legen og følte alt var feil. Mens en annen kvinne følte seg godt ivaretatt og fikk en støttende samtale som gjorde abortopplevelsen positiv. I studien til Kjelsvik et al. (2019) ble også møtet mellom pasientene og helsepersonell undersøkt, som også ga liknende resultater som nevnt tidligere. Lundell et al. (2015) fant at kvinner med PTSD hadde større sannsynlighet for å være misfornøyd med abortomsorgen. Ved å gi kvinnene mulighet til å ta med partner eller en annen nær person, få være alene, ha privatliv og få tid til å hvile, kunne abortomsorgen bedres. Dersom sykepleiere hadde en pasientfokusert holdning, kunne dette medføre opplevelse av å bli tatt godt vare på. Alsthuler et al. (2017) fant ut at kvinnene ønsket å bli sett på som moralske beslutningstakere ved abortvalget, være med i bestemmelsen om hvilken grad de ønsket å delta i aborten og motta abortomsorg diskret for å unngå bedømmelse av andre. En av

kvinnene hadde en moralsk konflikt angående valget om å ta abort, og ønsket at helsepersonellet kunne oppdaget dette og vært støttende. I Kjelsvik et al. (2019) hadde kvinnen som følte seg sett og respektert av sykepleieren, en bedre opplevelse enn den som ikke følte seg ivaretatt ved oppmøte for abort.

### 3.1.4 Provosert abort og opplevelse av stigma

Resultater fra Altshuler et al. (2017) viste at det var økt stigma blant kvinner som gjennomførte provosert abort. Steinberg et al. (2016) viste at økt abortstigma også var knyttet til økte symptomer av depresjon, angst og stress.

Altshuler et al. (2017) fant ut at kvinnene dømte seg selv, var bekymret for å bli dømt av andre og samfunnet. Undersøkelsen viste frykten for å bli dømt, og fra en kvinnes perspektiv understrekes følelsen av å bli dømt av helsepersonell. Dette medførte at kvinnen følte at valget var galt. En annen kvinne hadde liknende opplevelse, men følte seg ivaretatt av helsepersonellet som medførte en positiv opplevelse. Frykten for å bli dømt av andre resulterte i et ønske om at behandlingen skulle være diskret. Steinberg et al. (2016) viste at 37,4% av kvinnene trodde de ville bli sett ned på av andre for abortvalget.

Altshuler et al. (2017) konkluderer med at en samtale mellom helsepersonell og kvinnene om hva abort innebærer psykisk og følelsesmessig er essensielt. Dette kan gi helsepersonell et innsyn til kvinnens følelse om situasjonen, og gi dem en forståelse for hvordan de skal gi henne informasjon. Steinberg et al. (2016) konkluderer også med at dersom helsepersonell hjelper kvinnene å føle på mindre stigma, kan dette redusere depressive symptomer, angst og stress i forkant av aborten. I tillegg konkluderer de med at abortstigma har en påvirkning på den psykiske helsen i etterkant av aborten. Et annet resultat er at abortstigma påvirker den psykiske helsen i så stor grad, at det kan mulig medføre at kvinnen ikke gjennomfører aborten likevel.

## 4. Diskusjon

I dette kapitlet vil funn og resultat fra de aktuelle forskningsartiklene, teori, faglitteratur og erfaringer bli drøftet i henhold til problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleiere møte og ivareta kvinner som skal gjennomføre provosert abort på sykehus?»

Virkningen for sykepleiefaglig relevans vil bli belyst og kildekritikk til valgte forskningsartikler. Avslutningsvis kommer en konklusjon for å belyse sentrale punkter som skal besvare problemstillingen.

### 4.1 Betydning av sykepleieres holdninger i møte med pasienter

Når kvinner ankommer gynekologisk avdeling kjenner de ofte på skyldfølelse, skam, usikkerhet og stress rundt valget (Opsahl, 2013, s. 64-65). Sykepleiere utøver oppgaver ved abort, som omhandler ivaretagelse av kvinnens grunnleggende behov, støttende holdninger til valget, forståelse, respekt, informasjon og veiledning (Jerpseth, 2017, s. 160-161). Kvinner har ulike forventninger til sykepleiere, som å bli behandlet på en omsorgsfull måte og få mulighet til å snakke om tankene relatert til aborten (Kjelsvik et al., 2019, s. 2141). Når sykepleiere er tilstedeværende og støttende i møte med kvinner i den endelige bestemmelsesprosessen, kan dette mulig bidra til å eliminere det følte presset fra nære kontakter og stigmatisering. Dersom kvinnene føler et ytre press, kan sykepleierens støttende holdning medføre at kvinnen får åpnet seg og pratet om sine tanker, noe som kanskje ikke alltid er mulig med nærmeste pårørende grunnet ulike holdninger til abort (Kjelsvik et al., 2019, s. 2142).

Psykiske reaksjoner før og i etterkant av abort, som angst, depresjon, skam og skyld er mer fremtredende og langvarige hos kvinner som utfører provosert abort enn ved spontanabort (Opsahl, 2013, s. 66). Abortstigma kan også påvirke kvinners psykiske helse i forkant av abort (Steinberg et al., 2016, s. 74). Sykepleierens interaksjon med pasienten er avgjørende for opplevelsen av ivaretagelse. På en side kan sykepleierens interaksjon med pasienten bidra til å redusere abortstigma, som kan redusere risikoen for psykiske plager i etterkant (Steinberg et al., 2016, s. 73-74). Sykepleieren skal være støttende og forståelsesfull i kvinnens valg (Jerpseth, 2017, s. 161). Slik kan det tenkes at stigmaet reduseres, dersom sykepleieren normaliserer abort og prater med kvinnen. Imidlertid kan abortstigmaet vedvare og medføre usikkerhet hos kvinnen. Ved usikkerhet rundt valget, kan det være ønskelig for kvinnen å prate med sykepleieren (Kjelsvik et al., 2019, s. 2141). I samtale med sykepleiere på sykehus, informerer de om at de møter flere kvinner som er usikre i valget, og som har ulike behov for samtale. Likevel kan det tenkes at dersom sykepleieren ikke evner å møte pasientens behov for dialog, blir kvinnen etterlatt med sine tanker for seg selv (Kjelsvik et al., 2019, s. 2141). Videre omtaler Kjelsvik et al. (2019) blant annet en kvinnes erfaring om å bli etterlatt til seg



selv. Ambivalensen rundt valget kan oppleves som en stor byrde, der hun ønsker å velge det riktige. Kvinnen forklarte sykepleieren ambivalensen rundt valget, og fikk i respons «ja, men her er tablettene» (Kjelsvik et al., 2019, s. 2141). I stedet for responsen kvinnen fikk, kunne sykepleieren forsøkt å ha en dialog om ambivalensen og informert kvinnen om selvbestemmelsesretten til uke 12 og spurt om det var ønskelig med mer bestemmelsestid (Stubberud et al., 2017, s. 161). Slik kan kvinnen føle seg sett og hørt, noe som kan være en lettelse i en stressende situasjon (Kjelsvik et al., 2019, s. 2139).

Ambivalens rundt abort kan være et resultat av flere faktorer, som graviditet på uønsket tidspunkt, bekymringer for fremtiden og stigmatisering fra samfunnet på grunn av holdninger til abort (Altshuler et al., 2017, s. 111). Dersom kvinnen ikke får mulighet til å prate om usikkerheten, kan det tenkes at stigmaet vedvarer. Videre kan opplevelsen av abortstigma mulig medføre at kvinnen derfor velger å ikke gjennomføre aborten likevel, i frykt for å bli sett ned på av andre (Altshuler et al., 2017, s. 71-74).

Kjelsvik et al. (2019) belyser ambivalens og ulike pasienterfaringer i møte med sykepleiere. På den ene siden erfarte en pasient å bli godt ivaretatt av sykepleieren. Kvinnen var ambivalent om valget, og fikk beskjed fra sykepleieren om muligheten til å dra hjem og tenke mer på valget og eventuelt komme tilbake. Sykepleierens holdning ble oppfattet som positiv, og kvinnen følte seg sett og respektert (Kjelsvik et al., 2019, s. 2140). Etter en uformell samtale med sykepleiere på sykehus, understøtter de en slik holdning i møte med ambivalente kvinner. Dersom kvinnene fremstår tydelig ambivalente, og informerer om dette til sykepleierne på avdelingen, har de ulike tiltak klare. De kan gi kvinnen mulighet til å dra hjem og tenke mer på det og legge papirene i en «usikker» bunke. Videre er også et alternativ å informere kvinnene om støttefunksjoner som Amatheia ved ønske om noen å prate med.

Selv om dette er en holdning det lett kan tenkes en sykepleier bør ha i abortrelatert arbeid, er det imidlertid ikke alltid slik. Som tidligere nevnt, ble den ene kvinnen oversett og nærmest ignorert av sykepleieren. Hos en annen kvinne ble ikke ønsket om dialog oppfattet av sykepleieren (Kjelsvik et al., 2019, s. 2140). I flere av forskningsartiklene nevnes kvinners opplevde mangler i abortomsorgen, derav de ovennevnte. På denne måten kan det tenkes at dette påvirker kvinnenes syn på sykepleierrollen til noe negativt. Kvinnenes forventning til sykepleierrollen og sykepleierens oppgaver står derfor i kontrast med oppfatningen (Kristoffersen et al., 2016a, s. 217). Martinsen (2003) omtaler sentraler punkter i omsorgen, blant annet viktigheten av sykepleierens forståelse av pasientens situasjon. En måte sykepleier kan gjøre kvinnenes opplevelse av situasjonen bedre, er ved å gjøre den til noe trygt og ikke ukjent. Dette kan muliggjøres ved å la kvinnen delta i dialogen om hva abort innebærer, der sykepleier tilpasser seg etter kvinnens kunnskap om og bakgrunn innen abort (Martinsen, 2003, s. 76).

Å bli møtt med forståelse fra sykepleiere og anerkjennelse om at abort er en moralsk konflikt, medfører en positiv opplevelse av situasjonen (Altshuler et al., 2017, s. 112). Dette kan mulig medføre at kvinnene føler seg ivaretatt og respektert i sin beslutningsprosess i en omfattende situasjon, noe som igjen kan være en lettelse (Kjelsvik et al., 2019, s. 2139). Informasjon om inngrepet og komplikasjoner som kan forekomme i etterkant, er en sykepleiers oppgave (Jerpseth, 2017, s. 162). I tillegg til informasjon kan en samtale om aborten og valget innlede til en åpenhet der kvinnen kan fortelle om sine tanker og følelser rundt aborten. Dette kan videre gi sykepleieren en pekepinn på hva kvinnen trenger av nødvendig informasjon og støtte, og tilby dette (Altshuler et al., 2017, s. 115). Likevel kan det forekomme andre reaksjoner fra kvinnen

ved en slik tilnærming. Ikke alle kvinner er usikre på valget sitt, slik at denne typen tilnærming mulig fremstår som et forsøk på å snakke kvinnen fra valget (Gould et al., 2012, s. 363).

Når det gjelder anerkjennelse av abort som et vanskelig valg, kan sykepleieres holdning være avgjørende for kvinnens opplevelse av ivaretagelse. Først og fremst bør sykepleieren vise bekræftelse av at abort ikke er galt, ved å normalisere. Dette kan resultere i at kvinnen føler seg ivaretatt og moralen blir understøttet. Ved å ikke anerkjenne kvinnens valg og moralske konflikt relatert til abort, derimot fremstå med en negativ holdning, kan kvinnen føle seg dømt, behandlet som et objekt og avhumanisert (Altshuler et al., 2017, s. 112). I tillegg er negative holdninger fra sykepleiere, ikke adekvat smertelindring og lite informasjon om prosedyren, assosiert med negativ opplevelse av abortomsorgen (Lundell et al, 2015, s. 216-219). Ved å møte pasientene med en pasientorientert holdning og støtte, kan det tenkes at kvinnene opplever bedre ivaretagelse (Lundell et al, 2015, s. 220). Å gjøre kommunikasjonens fokus personorientert, fokuserende på pasienten, kan gi sykepleieren mulighet til å lytte og forsøke å forstå hva som er viktig for kvinnen (Eide & Eide, 2019, s. 28). Det kan videre tenkes at ved en slik fremtreden, kan sykepleieren ut ifra kvinnens behov, utøve tiltak for å fremme ivaretagelse av kvinnens grunnleggende behov for støtte, informasjon og smertelindring (Stubberud et al., 2017, s. 161-162).

## 4.2 God abortomsorg til kvinner ut fra varierte behov

Sykepleiere møter ulike kvinner i ulike alder med forskjellige behov ved abortklinikker på gynekologiske avdelinger. Psykiske reaksjoner i forkant og under abort er ofte sammensatte, og opptrer ulikt hos hver enkelt. Å danne et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier er essensielt for å kunne kommunisere godt (Jerpseth, 2017, s. 162). Provosert abort kan oppleves som et stressende valg som videre kan lede til nedstemthet, symptomer på depresjon og angst (Jacob et al., 2019, s. 77-78). Et spørsmål som kan stilles, er om sykepleiere kan bidra til å motvirke mulige psykiske plager. For det første er en sykepleiers oppgave å ivareta pasientens grunnleggende behov, derav psykiske behov. For å kunne ivareta kvinnens psykiske behov, er det viktig at sykepleieren samtaler med henne rundt følelsene hun kjenner på. Videre kan et tillitsforhold skapes ved å ta imot kvinnen og følge henne under hele forløpet (Jerpseth, 2017, s. 162). For det andre kan informasjon til kvinnen om mulige psykiske reaksjoner som kan oppstå, mulig gjøre kvinnen mer forberedt (Jacob et al., 2019, s. 78). Videre kan det tenkes at stigmatiseringen fra samfunnet rundt, gjør at kvinnene føler på skam og skyld. Steinberg et al. (2016) understreker en tydelig sammenheng mellom stigma, depresjon, angst og stress i forbindelse med abort. Dersom sykepleieren har en dialog med kvinnen og informerer og normaliserer abort, kan kvinnen føle på mindre stigma og skam.

Forholdet mellom sykepleier og pasient kan anses som asymmetrisk. Sykepleieren sitter på en makt, der hen er giveren av helsehjelp og pasienten er mottaker (Eide & Eide, 2019, s. 26). Martinsen omtaler også dette omsorgsforholdet som ujevnt, der sykepleieren sitter med makten og et stort omsorgsansvar (Kristoffersen et al., 2016a, s. 97). Den moralske omsorgen er noe en lærer gjennom eget skjønn og erfaringer fra livet

som gjør at en kan gjøre vurderinger og handlinger som ikke er kun regelbasert (Martinsen, 2003, s. 49). Som tidligere nevnt reagerer kvinner ulikt på valget om- og utførelsen av provosert abort. Det kan tenkes at personorientert tilnærming til kvinnene for å identifisere deres behov, kan fremme ivaretagelsen av omsorg. For det første nevner Gould et al. (2012) viktigheten av å støtte kvinnen og være aktive lyttere til kvinnens meninger og følelser. Det kan videre tenkes at ved å ha en slik tilnærming og en ikke dømmende holdning, kan også abortstigmaet reduseres (Gould et al., 2012, s. 363). Ved denne tilnærmingen får pasienten delta i samtalen, der mulig en del av makten flyttes over til henne. Med andre ord er det pasienten som har svarene på sine følelser og tanker, noe som mulig kan gjøre situasjonen tryggere (Martinsen, 2003, s. 76).

Videre omtaler Lundell et al. (2015) pasienters erfaringer med mangler i abortomsorgen. Flere kvinner i studien opplevde abortomsorgen og støtten som mangelfull, spesielt yngre kvinner. Det kan tenkes at mangelfull omsorg er et resultat av sykepleiere ikke har sett eller spurt om pasientenes psykiske behov, behov for smertelindring og informasjon (Lundell et al, 2015, s. 219-220). Dette kan være et resultat av sykepleierens manglende oppfatning av kvinnens behov og av kvinnen som ambivalent, og dermed ikke gir ønsket støtte og informasjon. Samtidig kan også sykepleierens forsøk på å være tilbakeholden og ikke påvirke valget, oppfattes negativt hos kvinnen (Kjelsvik et al., 2018, s. 4196). Kjelsvik et al. (2018) omtaler sykepleierens rolle som krevende, med å være tilbakeholden, men samtidig involvert, og i tillegg sette av tid til samtaler da tidsskjemaet kan bli forsinket. Dette kan mulig løses ved å stille direkte spørsmål til kvinnen, og la henne informere om sine behov. Gould et al. (2012) omtaler at sykepleieren må være lyttende og støttende, og prøve å se alle kvinnenes ulike behov og handle deretter.

Imidlertid er det ikke slik at alle sykepleiere evner eller føler et ansvar til å undersøke og konversere med kvinner om følelsene i forbindelse med provosert abort. Gould et al. (2012) nevner at noen sykepleiere ikke føler slike samtaler og spørsmål er en sykepleieroppgave, men en rådgivers oppgave. Videre i studien ble sykepleieres opplevde erfaring med vanskeligheten av å ikke være dømmende i møtet med kvinnene beskrevet. En del av sykepleierne opplevde sin egen mening om abort, og en ikke-dømmende holdning som krevende. Det kan derimot tenkes at dersom sykepleiere får mulighet til å snakke med andre om sine tanker og opplevelser, kan opptreden ovenfor pasientene bedres (Gould et al., 2012, s. 362). Kjelsvik et al. (2018) omtaler viktigheten av sykepleieres mulighet til samtale og rådgivning etter konsultasjoner med pasienter. Det bør derfor være mulighet for sykepleiere å prate om situasjoner som har vært vanskelige i etterkant av pasientkontakt.

Når det gjelder abortstigma, er dette noe som kan medføre økte psykiske plager i forkant av abort. (Steinberg et al., 2016, s. 74). Videre viser studien til Steinberg et al. (2016) at psykiske symptomer ofte er større før abort enn etter. Abortstigmaet er med på å påvirke hvordan kvinnen opplever aborten og stresset det medfører (Steinberg et al., 2016, s. 68). Når det gjelder sykepleierens rolle kan det tenkes at en støttende part å prate med kan være avgjørende for reduksjon av stigmatiseringen og psykiske symptomer som oppstår (Steinberg et al., 2016, s. 69-74). En vanskelig situasjon med et vanskelig valg kan kjennes utrygt og ukjent for kvinnen. Dersom sykepleieren har en støttende holdning, ved å være til stede, kan tryggingen gjøre kvinnen klar for å ta et valg selv om det er krevende. Det kan dermed tenkes at tankene om å bli dømt av andre

nære eller i samfunnet minker, ved å gjøre situasjonen så trygg som mulig (Kristoffersen et al., 2016b, s. 387).

### 4.3 Sykepleieres erfaringer i møte med kvinner som skal utføre abort

Sykepleiere ved gynekologiske avdelinger har ulike oppgaver relatert til abort og abortomsorg. Det å skulle være til stede og støttende ved abort kan gi visse utfordringer til sykepleieren, der det er en balanse mellom å være involvert uten å påvirke kvinnens valg (Kjelsvik et al., 2018, s. 4200). Studiene til Kjelsvik et al. (2018) og Gould et al. (2012) omhandler abortomsorg fra et sykepleiefaglig perspektiv og de ulike utfordringene sykepleiere møter.

I møte med kvinnene i avdelingen kan sykepleiere forsøke å identifisere om kvinnen er ambivalent til valget. I studien til Kjelsvik et al. (2018) følte sykepleierne et ansvar for å kartlegge dette. Kvinnen må være sikker da det ikke er en vei tilbake når aborten er igangsatt. Sykepleiere benytter ulike metoder for å undersøke om kvinnen er usikker, ved å observere om kroppsspråket stemmer med språket og ved å stille direkte spørsmål. På den ene siden kan direkte spørsmål om valget resultere i at kvinnen åpner seg og får pratet om sine tanker. Men på den andre siden kan det også medføre at en sikker kvinne blir usikker og føler seg dømt og stiller seg spørsmål om valget er galt (Kjelsvik et al., 2018, s. 4196). En utfordring er hvordan sykepleieren skal være involvert, men ikke overinvolvert, og ikke påvirke kvinnens valg (Bjørk & Breievne, 2018, s. 26). Sykepleiere har en faglig grense som bestemmes av lover og retningslinjer, og skal ikke påvirke valget eller bestemme hva som er best for kvinnen, da dette er kvinnens valg (Kristoffersen et al., 2016a, s. 16). Motsatt kan møtet med pasientene påvirke sykepleierens egne verdier og sårbarheter da de blir personlig involvert (Kjelsvik et al., 2018, s. 4195-4198). Kjelsvik et al. (2018) beskriver sykepleierens erfaringer om at tanker og følelser de opplevde ikke kunne prioriteres grunnet tidspress, og dermed fikk de prate om det med kollegaer i etterkant av pasientmøtet.

I tillegg har sykepleierne egne oppgaver og et tidsskjema som skal følges, samt pasienter med ulike behov. Kjelsvik et al. (2019) understreker kvinnenes ønske om at sykepleierne viste omsorg og tok del i beslutningsprosessen, noe som imidlertid ikke møter sykepleierens nøytralitet som gjelder kvinnens bestemmelse. Først og fremst kan det tenkes at kvinnene krever mer tid enn sykepleierne har til rådighet. Tiden for hver konsultasjon med pasientene er begrenset (Kjelsvik et al., 2019, s. 4196). For det andre kan det mulig være vanskelig å identifisere og spørre hver kvinne om hun er sikker på valget. Sykepleiere tilnærmer seg kvinner ulikt i samtalen om aborten, med direkte spørsmål om hun er sikker på avgjørelsen eller en mer tilbakeholden åpen kommunikasjonsmetode (Kjelsvik et al., 2018, s. 4198-4199). Åpne og direkte spørsmål kan medføre et konkret svar, men det kan også gjøre kvinnen mer usikker (Gould et al., 2012, s. 3639). Derimot å være mer tilbakeholden i dialogen med kvinnene, kan gi kvinnene mulighet til å velge selv hva hun ønsker å dele og prate om (Kjelsvik et al., 2018, s. 4196). Likevel er ikke dette en fasit da det også mulig kan medføre at ambivalensen hos pasienten blir oversett (Kjelsvik et al., 2018, s. 4198). Måten sykepleiere velger å tilnærme seg kvinnene i en dialog baserer seg på tidligere erfaringer. Kjelsvik et al. (2019) beskriver tilretteleggingen av tilnærming som en evne

sykepleiere ønsker å utvikle, der dette ikke er noe som er lovgitt eller følger bestemte retningslinjer. Dette er sammenliknbart med Kari Martinsens aspekt på moralsk omsorg. Sykepleiere må utvikle tilnæringsmetoden til hver enkelt kvinne, noe som utvikles gjennom erfaringer og skjønn fra tidligere erfaringer (Martinsen, 2003, s. 49). Tilnærmingen i samtalen med kvinnen bør derfor baseres på tidligere erfaringer og et skjønn i hvordan sykepleieren skal fremtre til den aktuelle kvinnen etter hennes behov. Sykepleierens omsorg til kvinnene bør være basert på at det skal være for det beste for dem, som kan gjøres ved å inkludere deres meninger og behov for å yte best mulig helsehjelp (Kristoffersen et al., 2016b, s. 57-59). Videre kan situasjonen kvinnene er i være svært vanskelig og påvirket av stigma fra samfunnet rundt (Steinberg et al., 2016, s. 73). I frykten for å bli dømt av andre ved å utføre abort, bør sykepleieren informere om normaliteten ved å ta abort slik at det ufarliggjør temaet (Austveg, 2006, s. 129).

#### 4.4. Styrker og svakheter

Forskningsartiklene som er brukt i denne litteraturstudien er basert på både kvalitativ og kvantitativ forskning. Styrker ved å innhente kunnskap fra to ulike metoder er muligheten til å både få med sykepleieres og pasienters fortalte erfaringer. Samtidig gir undersøkelser fra et større mangfold tilleggsopplysninger som kan ses i sammenheng med informasjon fra ikke-målbare resultater (Dalland, 2018, 52). Selv om det både er brukt kvalitativ og kvalitativ forskning, er det hovedsakelig lagt vekt på den kvalitative tilnærmingen for å finne ulike erfaringer relatert til provosert abort. De kvantitative studiene er brukt for å sammenlikne og gi en mer utfyllende beskrivelse på de kvalitative resultatene.

En svakhet i søk av artikler var at det ene søket ga mange resultater, som resulterte i at ikke alle overskriftene ble lest, som kan bety at en mer egnet artikkel ble oversett. Forskningsartiklene skulle ha en overførbarhet til norsk helsevesen, der det ble sett etter skandinaviske artikler. Under søket var det ikke mye skandinavisk forskning som passet til temaet og problemstillingen, og det ble valgt to norske, to svenske og en tysk studie. Tre studier fra USA ble valgt, noe som kan være en svakhet for litteraturstudien grunnet ulikt helsevesen. Likevel var disse tre studiene relevante for problemstillingen og har en viss overførbarhet til abortomsorgen i Norge, da de omhandler sykepleieres erfaringer i abortomsorg, pasienters behov ved abort og sammenheng mellom psykisk helse og abort.

#### 4.5 Konklusjon

Sykepleiere møter kvinner med ulike behov i abortomsorgen, og har et tidsskjema som må følges i interaksjonen. Hvordan sykepleiere kan møte og ivareta kvinner som skal gjennomføre abort, er belyst i oppgaven.

Flere kvinner er preget av ambivalens, og ønsker aktiv deltakelse og moralske drøftinger fra sykepleiere i beslutningsprosessen, noe som strider imot sykepleieres retningslinjer om å ikke påvirke bestemmelsen. Sykepleiere bør informere kvinnen om at dette er et valg hun må ta selv, og at sykepleieren ikke kan bestemme. Dersom kvinnen er tydelig ambivalent bør sykepleieren gi kvinnen mulighet til å dra hjem og tenke på avgjørelsen

dersom det er mulig i forhold til tiden, og informere om samtale tjenester. Sykepleiere bør gjøre situasjonen trygg og informere om fysiske og psykiske komplikasjoner og reaksjoner i etterkant av abort, samt samtale om følelser knyttet til aborten. Dette kan gjøre kvinnen forberedt på hva som kan komme, noe som kan redusere psykiske plager i etterkant. Støtte og tilstedeværelse er essensielt for å redusere ytre press, stigma og skam. Dette øker muligheten for dialog, som også kan avklare om kvinnen er ambivalent til valget.

Mangelfull omsorg kan komme av at sykepleierne ikke har sett eller spurt om kvinnenes behov. En ikke-dømmende holdning er vesentlig for å redusere skam og stigma. Sykepleiere bør møte kvinnene med erfaringsbaserte holdninger, for å se hver enkeltes behov og utøver omsorg deretter. Sykepleiere opplever også pasientsituasjoner i abortomsorgen som vanskelig, og det bør derfor være en mulighet for sykepleiere å få rådgivning og samtale i etterkant for seg selv, som kan forbedre sykepleien.

## Referanseliste

- Abortforskriften. (1978) *Forskrift om svangerskapsavbrudd*. (FOR-1978-12-01-2). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-06-15-635?q=abort>
- Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd*. (LOV-2021-05-07-34). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50/%C2%A712#%C2%A712>
- Altshuler, A, L., Ojanen-Goldsmith, A., Blumenthal, P, D. & Freedman, L R. (2017). A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. *Social Science & Medicine* (1982), 191, 109-116.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.010>
- Alvsvåg, H. & Martinsen, K, M. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 4(3), 215-222. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03>
- Amathea. (u.å.) *Er gravid og usikker*. <https://www.amathea.no/er-gravid-og-usikker>
- Austveg, B. (2006). *Kvinnens helse på spill*. Universitetsforlaget.
- Bertelsen, B, E. (2021, 15. september) *Tabu*. Store norske leksikon. <https://snl.no/tabu>
- Bjørk, I, T. & Breievne, G. (2018). Kropp og velvære. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov*. (3.utg. s. 13-41). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- eMetodebok for seksuell helse. (u.å). *Selvbestemt abort*.  
<https://www.emetodebok.no/kapittel/menstruasjon-blodningsforstyrrelser-svangerskap-og-abort/selvbestemt-abort/>
- Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of preprocessed data. *The Australian Journal of Advanced Nursing: a Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation.*, 20(2).  
<https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2021, 11. mars). *Register over svangerskapsavbrot (Abortregisteret)*  
<http://statistikkbank.fhi.no/abort/>
- Forebygging (2010, 30. mars). *Stigmatisering*. Kunnskapsbase og publiseringskanal for folkehelse- og rusforebyggende arbeid. <https://www.forebygging.no/Ordbok/Q-A/Stigmatisering/>

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

Helsedirektoratet (2016, 11. februar) *Provosert abort (W83 Abort fremkalt)*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/diagnosespesifikke-anbefalinger-for-sykmelding/svangerskap-fodsels-og-familieplanlegging-w/abort-provosert-w83-abort-fremkalt#referere>

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

Helsenorge. (2018, 13. april). *Angstlidelser*.  
<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/angst-og-angstlidelser/>

Jacob, L., Kostev, K., Gerhard, C. & Kalder, Matthias. (2019). Relationship between induced abortion and the incidence of depression, anxiety disorder, adjustment disorder and somatoform disorder in Germany. *Journal of Psychiatric Research*, 114, s.75-79.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.04.022>

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

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>

Kjelsvik, M., Tveit, R, J, S., Moi, A, L., Aasen, E, M. & Gjengedal, E. (2018). 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>

Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G,H (red.). (2016a). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie- fag og funksjon*. (3.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G, H (red.). (2016b). *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lundell, I, W., Öhman, S, G., Helström, F, Ö,L., Högber, U., Nyberg, S., Sundström, P, I., Sydsjö, G., Östlund, I. & Skoog, S, A. (2013). Posttraumatic stress among women after induced abortion: A Swedish multi-centre cohort study. *BMC Women's Health*, 13(1), 52-52. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-52>

Lundell, I, W., Öhman, S, G., Sundström, I, P., Högberg, U., Sydsjö, G. & Skoog, 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), 1-12.  
<https://doi.org/10.3109/13625187.2014.1002032>

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2.utg). Universitetsforlaget.

Meland, S, I. (2019, 20. Februar). *Abort eller ikke- alene om vanskelig valg*. Gemini, forskningsnytt fra NTNU og Sintef. <https://gemini.no/2019/02/abort-eller-ikke-alene-om-vanskelig-valg/>

Nesheim, B-J. (2021, 4. februar). *Abort*. Store medisinske leksikon.  
<https://sml.snl.no/abort>

NHI. (2022, 10. februar). *Depresjon, en oversikt*. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt/?page=1>

Nilstun, C. (2022, 16. februar). *Ambivalent*. Store norske leksikon.  
<https://snl.no/ambivalent>

NTNU. (u.å.). *Finne kilder*. <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Finne+kilder#section-Finne+kilder-Hvordan+v%C3%A6re+kildekritisk?>

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

Opsahl, A, M, D. (2013, 25. juni). *Får angst og depresjon etter abort*. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 8, 64-66. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0074>

Sagberg, I. (2020, 21. oktober). *Psykologisk trygghet*. Store Norske Leksikon.  
[https://snl.no/psykologisk\\_trygghet](https://snl.no/psykologisk_trygghet)

Schneider, E, C., Shah, A., Doty, M, M., Tikkanen, R., Fields, K. & Williams II, R, D. (2021). *Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. Commonwealth Fund.  
[https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider\\_Mirror\\_Mirror\\_2021.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf)

Steinberg, J, R., Tschann, J, M., Furgerson, D. & Harper, C, C (2016). Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. *Social Science & Medicine*, 150, 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.007>

Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (2017). *Klinisk sykepleie: 2* (5.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wyller, V, B, B. (2019). *Syk: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (4.utg). CAPPELEN DAMM AS.

## Vedlegg

### Vedlegg 1

**Exhibit 1. Health Care System Performance Rankings**

	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
<b>OVERALL RANKING</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>11</b>
Access to Care	8	9	7	3	1	5	2	6	10	4	11
Care Process	6	4	10	9	3	1	8	11	7	5	2
Administrative Efficiency	2	7	6	9	8	3	1	5	10	4	11
Equity	1	10	7	2	5	9	8	6	3	4	11
Health Care Outcomes	1	10	6	7	4	8	2	5	3	9	11





