

Thea Elise Roen Aas (10084)
Sandra Norgaard Poric (10033)
Mariell Pleym Ludvigsen (10018)

Provosert abort: Kvinners erfaringer med ivaretagelse, informasjon og støtte fra sykepleiere

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Mads Solberg
Mai 2024



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Thea Elise Roen Aas (10084)
Sandra Norgaard Poric (10033)
Mariell Pleyrn Ludvigsen (10018)

Provosert abort: Kvinners erfaringer med ivaretagelse, informasjon og støtte fra sykepleiere

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Mads Solberg
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Provosert abort er et tema som vekker sterke følelser og debatt, og er en virkelighet mange kvinner står overfor. Det er av interesse å utforske kvinners erfaringer rundt tilbudet om provosert abort.

Hensikt: Hensikten er å utforske erfaringene til kvinner som befinner seg i en abortsøkende situasjon.

Metode: En systematisk litteraturstudie. Studien inkluderer åtte forskningsartikler.

Resultat: Tre hovedresultat gikk igjen i forskningsartiklene. Et av hovedfunnene var ambivalens rundt beslutningen om å ta abort, hvor kvinnene i ulik grad ønsket å involvere andre samtidig som de tok en selvstendig beslutning. Det neste var kvaliteten på informasjonen, som innebærer hvordan kvinnene erfarer gitt informasjon om abortprosessen. Det siste hovedfunnet omhandler opplevelsen av ivaretagelse gjennom abortprosessen. Dette funnet viser at måten kvinnene blir møtt av sykepleiere, er avgjørende for hvordan de opplever ivaretagelsen.

Konklusjon: Kvinnenes erfaringer viser viktigheten av sykepleiers individuelle tilnærming for å skape trygghet og tillit. Deres ambivalens ved beslutningen om å ta abort, krever at sykepleiere fremmer autonomi ved å tilby støtte og informasjon, uten å involvere personlige holdninger. Realistisk informasjon og mulighet for dialog med helsepersonell, reduserer usikkerhet og øker trygghetsfølelsen. For at kvinnene skal føle seg ivare tatt må sykepleiere anerkjenne og respektere deres behov.

Abstract

Background: Provoked abortion is a theme that arouses strong emotions and debate, and is a reality many women find themselves in. It is of interest to explore women's experiences regarding the provision of provoked abortion.

Aim: The aim is to explore the experiences of women seeking an abortion.

Method: A systematic literature study. The study includes eight research articles.

Results: Three main findings recurred in the research articles. One of the key findings was ambivalence regarding the decision to have an abortion, where women to varying degrees wanted to involve others while making an independent decision. The next was the quality of information, involving how women experience the information provided about the abortion process. The last main finding concerns the experience of care throughout the abortion process. This finding shows that the way women are met by nurses, is crucial for how they experience the provided care.

Conclusion: The women's experiences highlight the importance of nurses' individual approach to create safety and trust. Their ambivalence regarding the decision to have an abortion requires nurses to promote autonomy by offering support and information, without involving personal attitudes. Realistic information and the opportunity for dialogue with healthcare personnel, reduce uncertainty and increase the feeling of safety. To make the women feel cared for, nurses must recognize and respect their needs.

Forord

Vi vil benytte denne anledning til å fremme en takk til veileder Mads Solberg for god veiledning og støtte i forbindelse med vårt arbeid med bacheloroppgaven. Vi vil også takke Marianne Kjelsvik for at hun tok seg tid til å gi oss motivasjon og inspirasjon i forbindelse med valgt tema. Det har vært en lærerik og givende prosess å arbeide med denne bacheloroppgaven.

Innhold

1	Introduksjon	10
1.1	Introduksjon og bakgrunn for tema	10
1.2	Oppgavens hensikt og problemstilling	11
1.3	Begreper og teoretiske perspektiv	11
1.4	Oppgavens oppbygging	12
2	Metode	13
2.1	Litteraturstudie som metode	13
2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
2.3	Søkestrategi	13
2.4	Kvalitetsvurdering	15
2.5	Etisk vurdering	15
2.6	Analyse	15
3	Resultat	17
3.1	Beslutningen om å ta abort	17
3.2	Informasjonskvalitet	17
3.3	Ivaretagelse skjer gjennom tre faser	19
4	Diskusjon	21
4.1	Beslutningen om å ta abort	21
4.2	Informasjonskvalitet	22
4.3	Ivaretagelse skjer gjennom tre faser	23
4.4	Styrker og svakheter i litteraturstudiet	25
4.5	Konklusjon	26
	Referanser	28
	Vedlegg	31

Antall ord: 7653

1 Introduksjon

I dette kapittelet presenteres oppgavens tema, bakgrunn for tema, hensikt og problemstilling, sentrale begrep og teoretiske perspektiv, samt oppgavens oppbygning.

1.1 Introduksjon og bakgrunn for tema

I denne bacheloroppgaven er tema provosert abort. Provosert abort er et tema som vekker sterke følelser og debatt, og er en virkelighet mange kvinner står overfor. Folkehelseinstituttets abortregister (2024) viser at det i 2023 ble sendt inn 14 012 begjæringer om svangerskapsavbrudd i Norge, hvorav 12 814 ble gjennomført. For kvinner som vurderer eller har besluttet å gjennomføre en abort, vil deres første møte med helsetjenesten ofte være sykepleiere. Sykepleier har en viktig rolle i å gi støtte, informasjon og omsorg gjennom prosessen, noe som krever tilstrekkelig kunnskap om temaet.

Jerpseth (2021, s. 159-160) definerer provosert abort som et kunstig fremprovosert svangerskapsavbrudd, som kan gjennomføres enten med legemiddelbehandling eller som et kirurgisk inngrep. Valg av behandlingsmetode avhenger av blant annet graviditetens lengde, om pasienten er første- eller flergangsgravid og hennes tilstand. Ifølge HelseNorge (2023) utføres omtrent 90% av tilfellene provosert abort medikamentelt, og er den mest brukte abortmetoden i Norge. Det er også denne metoden oppgaven baserer seg på.

Den medikamentelle abortprosessen starter med at kvinnen får progesteronhemmende legemiddel poliklinisk av sykepleier. To dager senere settes vagitorier med prostaglandin, som setter i gang abortprosessen (Jerpseth, 2021, s. 160). I forkant av en provosert abort skal pasienten undersøkes av lege for å fastslå hvor langt hun er kommet i svangerskapet. Aborten utføres dagkirurgisk inntil utgangen av 12. svangerskapsuke. Etter 12. svangerskapsuke innlegges pasienten på sykehus (Jerpseth, 2021, s. 160). HelseNorge (2023) poengterer at medikamentell abort også kan gjennomføres hjemme, forutsett at kvinnen er frisk, over 18 år og under ni uker på vei i svangerskapet.

Den norske abortloven (1975, § 2) presiserer at kvinner har et valg om de ønsker å avbryte svangerskapet, dersom valget blir tatt før utgangen av 12. svangerskapsuke. Det forekommer unntak ved tungtveiende medisinske grunner, men det vil ikke etter utgangen av uke 18 tillates et svangerskapsavbrudd dersom fosteret anses å være levedyktig. Jerpseth (2021, s. 161) beskriver at årsakene til at kvinner velger å gjennomføre en provosert abort ofte består av sosiale, økonomiske, fysiske og psykiske grunner. En studie fra 2011 beskriver kvinners opplevelser av beslutningsprosessen knyttet til provosert abort. Kvinnene rapporterer å befinne seg i en vanskelig situasjon, med følelser av fortvilelse og ensomhet knyttet til valget, samt en følelse av å bli påvirket av andres meninger (Kjelsvik & Gjengedal, 2011).

Opgavens tema ble valgt på bakgrunn av egne erfaringer fra praksis på en avdeling som utførte provosert abort. Som sykepleierstudenter opplevde vi tilbudet som rutinepreget,

og har i ettertid kjent på interesse rundt kvinnenes erfaringer rundt dette. Vi ønsket derfor å utforske temaet i lys av et pasientperspektiv, for å danne en dypere forståelse for pasienters ønsker og behov.

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å utforske erfaringene til kvinner som befinner seg i en abortsøkende situasjon, med fokus på hvordan de erfarer å bli ivaretatt av sykepleiere. Resultatet fra bacheloroppgaven kan bidra til økt innsikt og kunnskap blant fremtidige og nåværende sykepleiere. På bakgrunn av dette har vi formulert følgende problemstilling: «*Hvordan erfarer kvinner som vurderer eller gjennomfører en provosert abort å bli ivaretatt av sykepleiere?*».

1.3 Begreper og teoretiske perspektiv

Noen sentrale begreper for å forstå kvinners erfaringer med å bli ivaretatt av sykepleiere i en abortsøkende situasjon er ambivalens, tillit, empati, omsorg og ivaretagelse. Ambivalens benyttes i denne sammenheng med å ha motstridende følelser eller holdninger samtidig (Håkonsen, 2018, s. 324). Med tillit mener vi relasjonen mellom pasient og sykepleier. Tillit innebærer å være sårbar, ta risiko, gi fra seg makt og tap av kontroll til en annen part (Eide & Eide, 2021, s. 26). Eide & Eide (2017, s. 157) definerer empati som «evnen til å lytte, til å sette seg inn i en annen situasjon og til å forstå den andres følelser, tanker og reaksjoner». Omsorg kommer til uttrykk ved at sykepleier definerer pasientens behov, observerer pasienten, følger opp situasjonen og responderer på behovene (Kristoffersen et al., 2021, s. 101). Dette danner grunnlag for pasientenes følelse av ivaretagelse. Begrepet ivaretagelse i oppgavens sammenheng refererer til den omsorgen og oppmerksomheten kvinnene bør få fra sykepleiere. Det kan innebære anerkjennelse og respekt for deres behov, ønsker og verdier.

I oppgaven benyttes sykepleieteoretikerne Joyce Travelbee og Kari Martinsen, samt kommunikasjonsperspektiv fra Eide & Eide. Disse danner grunnlag for diskusjon. Travelbee (1999, s. 140-141) beskriver viktigheten av å se omsorgsmottakeren som et menneske med individuelle behov. Kvinner som vurderer eller gjennomfører en provosert abort har sin egen historie, frykt, verdier og behov som må anerkjennes og respekteres av sykepleiere. Hun beskriver videre at god sykepleieutøvelse innebærer å møte det individuelle mennesket i sin helhet for å bli kjent med pasientens situasjon, samt skille mellom egne og omsorgsmottakerens behov. Ved å anvende prinsippene som Travelbee beskriver, kan sykepleiere gi mer empatisk, respektfull og individualisert omsorg til kvinner som står i en abortsøkende situasjon. Dette kan bidra til å redusere stress og forbedre den samlede opplevelsen for pasientene. Martinsen (2003, s. 14) forbinder omsorg med å hjelpe og ta hånd om. Hun benytter begrepet «uegennyttig gjensidighet» om omsorg som omhandler å gi og sørge for andre uten å forvente noe tilbake (Martinsen 2003, s. 72-73). Dette er vesentlig for å tilby støttende og empatisk omsorg for kvinner i en abortsøkende situasjon. For å understøtte hvordan sykepleier bør tilnærme seg pasienten for å skape en relasjon basert på trygghet og tillit, blir det tatt utgangspunkt i Eide & Eide. Eide & Eide (2017, s. 155) trekker på begrepet bekræftende kommunikasjon som innebærer en aksepterende, forståelsesfull og lyttende tilnærming. De foreslår også en narrativ eller fortellende tilnærming for å utforske pasientens behov

for informasjon (Eide & Eide, 2017, s. 220). I oppgavens sammenheng vil det bety at sykepleier undersøker kvinnenes forståelse av gitt informasjon om abortprosessen. Eide & Eide gir konkrete verktøy for kommunikasjon og medmenneskelige ferdigheter, som er avgjørende for å sikre at kvinner i en abortsøkende situasjon føler seg respektert og ivaretatt. Disse teoretiske aspektene kan gi en helhetlig tilnærming til hvordan sykepleier kan støtte kvinner som vurderer eller gjennomgår en provosert abort, samt sikre at omsorgen som tilbys er empatisk, respektfull og individuelt tilpasset.

1.4 Oppgavens oppbygging

I oppgavens første del gjøres det rede for metode som tar for seg oppgavens datainnsamling. Deretter blir det redegjort for sentrale funn fra artikkelutvalget, som videre drøftes i lys av relevant teori i diskusjonsdelen. Diskusjonen vil til slutt munne ut i en konklusjon.

2 Metode

Metodekapittelet inneholder en redegjørelse av metoden og søkestrategien. Videre presenteres inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt vurderinger av kvalitet og etiske aspekter ved oppgavens inkluderte forskningsartikler.

2.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er basert på en systematisk litteraturstudie. Aveyard (2023, s. 2-4) beskriver at en litteraturstudie har en tydelig definert problemstilling som besvares ved å søke etter relevant litteratur, som deretter blir nøye vurdert og analysert gjennom en systematisk tilnærming. Videre beskrives det at den bør inneholde en problemstilling, metodedel, resultatdel og diskusjonsdel.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før oppstart av litteratursøket utarbeidet vi inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 1). Ifølge Aveyard (2023, s. 78) bidrar kriteriene til å identifisere litteratur som samsvarer med problemstillingen. Dette ga et godt utgangspunkt for videre søk og for å skille mellom relevant og irrelevant forskning.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Provosert abort i første trimester	Spontanabort
Forskning fra Norden	Forskning utenfor Norden
Studier ikke eldre enn 10 år (2013-2024)	Forskning eldre enn 10 år
Norsk, engelsk, dansk og svensk språk	Artikler på fremmedspråk
Fagfellevurderte forskningsartikler	
Artikler som følger IMRaD-struktur	
Kvalitativ og kvantitativ forskning	

Tabell 1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier for artikler identifisert gjennom systematisk søk.

2.3 Søkestrategi

Databasene Cinahl Complete og Medline benyttes ettersom de inneholder sykepleierelevant litteratur (Aveyard, 2023, s. 83). Vi tok utgangspunkt i søkeordene vedlagt i PIO-skjemaet (tabell 2). Thidemann (2023, s. 82-84) beskriver PIO som en tilpasset variant av PICO-skjema, og er et rammeverk for å bidra i arbeidet med å skape en presis og søkbar problemstilling. PIO ser på erfaringer uten å sammenligne ulike tiltak og behandlinger, og er derfor et mer passende alternativ for denne oppgaven. I skjemaet presiseres pasientgruppen vi er interessert i, hva med denne gruppen som interesserer oss og hvilke endepunkter vi ser etter. Vi har definert søkeord knyttet til problemstillingens oppdeling og lagt de inn i PIO-skjemaet.

P	Population/problem	Kvinner som vurderer eller gjennomgår en provosert abort: Induced abortion, medical abortion, surgical abortion, medical termination of pregnancy, termination of pregnancy, provoked abortion, (pregnancy trimester, first), unwanted pregnancy, abort, medikamentell abort, kvinners erfaringer, svangerskapsavbrudd, after care, follow-up care, postabortion, patient, woman, women, female, Nordic countries, Scandinavia
I	Issue	Hvordan erfarer kvinner å bli ivaretatt av sykepleiere: Experience, patient experience, attitude, feeling, view, opinion, patient perspective, patient care, nursing care, nursing, ambivalence
O	Outcome	Ivaretakelse under abortprosessen: Experience, care, patient experience, patient care, patient perspective, patient attitude, nursing care, nursing.

Tabell 2 PIO-skjema for systematisk søk

Bruk av norske søkeord ga få treff, trolig grunnet begrenset norsk litteratur innen temaet provosert abort. Vi valgte derfor å hovedsakelig benytte engelske søkeord. Vi benyttet «*avansert søk*» i databasene, som Aveyard (2023, s. 86) også anbefaler, for å begrense søket. Her får vi muligheten til å bruke boolske operatører som «AND», «OR» og «NOT». Disse tillater oss å begrense, kombinere eller utelukke søkeord. Aveyard beskriver videre at eksperter anbefaler å bruke «NOT» med forsiktighet, ettersom kombinasjonen kan utelukke mange treff. Vi valgte derfor å ikke benytte oss av det.

Innledningsvis hadde vi et bredt søk med mange søketreff (vedlegg 2). For å begrense søket ytterligere, valgte vi å avgrense til nordiske og skandinaviske land. Dette ga få treff med relevant forskning for vår problemstilling. Derfor utvidet vi søket til å omfatte studier fra England, da dette landet har relativt lik praksis innen provosert abort som Norge (National Health Service, 2020), hvilket ga bedre resultat. Søkene i database ble gjort individuelt, noe vi i ettertid bemerket ville vært hensiktsmessig å gjøre sammen for å unngå overlappende søk.

Problemstillingen var hittil begrenset til kvinner som hadde gjennomgått provosert abort. Basert på søkeresultatene var det hensiktsmessig å også inkludere kvinner som vurderte abort. Vi valgte å ekskludere studier som omhandler provosert abort i andre trimester og på grunn av fostermisdannelser, slik at studiene som skulle analyseres og sammenfattes hadde likt utgangspunkt.

Gjennom systematisk søk så vi at Cinahl Complete ga flere relevante treff enn samme søk i Medline, samt at treffene i databasene overlappet hverandre. Vi har derfor inkludert flest artikler fra førstnevnte. Det resulterte i åtte artikler relevante for vår problemstilling, hvorav seks artikler ble funnet i Cinahl Complete og en i Medline. Under arbeidet med søket ble vi også tipset om en artikkel som viste seg å være relevant for problemstillingen. Vi fant denne gjennom tittelsøk i begge databasene, men ikke ved hjelp av søkeordene. Årsaken kan være at søkeordene ikke treffer artikkelens nøkkelord, som ikke var oppgitt i artikkelen. Denne artikkelen ble derfor inkludert ved manuelt søk i

Google Scholar. I søketabellen (vedlegg 2) har vi oppgitt søkeord uten å skrive kombinerte søkestrenger. Vedlegg 3 illustrerer hvordan søket ser ut i database.

2.4 Kvalitetsvurdering

For å vurdere forskningsartiklenes relevans har vi vært kritiske i lesingen. Først skumleste vi titlene som forekom av søkene individuelt, og deretter leste vi sammendragene på artikler relevante for vår problemstilling.

Oppgaven består av syv kvalitative studier og en kvantitativ. Artiklene er nøye vurdert og kvalitetssikret ved hjelp av Helsebibliotekets (2021) sjekklister for kvalitativ og kvantitativ metode. Artiklene følger IMRaD-struktur. I tillegg har vi benyttet Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse sitt kanalregister (2024) for å kvalitetssikre tidsskriftene som artiklene er publisert i. En vitenskapelig publiseringskanal anses som godkjent dersom den er rangert som nivå 1 eller nivå 2, hvor sistnevnte er høyest rangert. Blant de inkluderte artiklene er tre rangert som nivå 1, mens de resterende fem er nivå 2.

2.5 Etisk vurdering

Alle studiene er vurdert i forhold til forskningsetikk og personvern, avhengig av reglementet i landene som studiene har blitt gjennomført. Noen av de norske studiene er godkjent av REK fordi de faller inn under helseforskningsloven (Hedqvist et al., 2016; Kjelsvik et al., 2019; Kjelsvik et al., 2022; Kjelsvik et al., 2018), mens andre studier (Røseth et al., 2022; Sommerseth et al., 2022; Aamlid et al., 2021) er vurdert av Personvernombudet for forskning (NSD/SIKT) og hjemlet i Personopplysningsloven. Studien fra Skottland ble vurdert og godkjent av Center for Population Health Sciences Ethics Committee (Purcell et al., 2017). Studiene er basert på informert samtykke.

2.6 Analyse

I følge Aveyard (2021, s. 135-136) omhandler analysearbeid å kritisk vurdere artikler, kode dataene og utvikle temaer basert på funnene. Temaene skal svare på problemstillingen. I analysearbeidet har vi tatt utgangspunkt i modellen til Evans (2002), som involverer følgende steg:

Steg 1: Samle data

I det første steget av Evans (2002, s. 25) analysemodell har vi på bakgrunn av våre inklusjons- og eksklusjonskriterier, gjennomført et systematisk litteratursøk for å finne relevant forskning til problemstillingen. Etter vi hadde lest artiklenes sammendrag, tok vi en beslutning om artiklene samsvarte med det vi ønsker å undersøke.

Steg 2: Identifiser nøkkelfunn

Videre i Evans (2002, s. 25) analysemodell identifiseres nøkkelfunn ved å lese artiklene flere ganger. Her legges det vekt på detaljer og hva studiene sier. For å holde orden på, og kategorisere våre funn opparbeidet vi et felles system hvor vi benyttet fargekoder.

Deretter diskuterte vi hver våre nøkkelfunn og sammenlignet for å komme fram til en enighet om relevante nøkkelfunn for å belyse problemstillingen i bacheloroppgaven.

Steg 3: Vurder funnene «på tvers»

Neste trinn i Evans (2002, s. 25) analysemodell omhandler å vurdere funnene på tvers ved å gjennomgå nøkkelfunnene. På denne måten fant vi likheter og ulikheter blant nøkkelfunnene som ble kategorisert i ulike hovedtema. Videre identifiserte vi undertema ut ifra dette. Til slutt kvalitetssikret vi ved å gjennomgå det hele på nytt for å identifisere eventuelle uoverensstemmelser, og for å sikre en helhetlig sammenheng. Hovedtema og påfølgende undertema presenteres nedenfor (tabell 3). Der kommer det tydelig frem hvilke studier som går igjen i de ulike temaene. Artikkelmatisene har artikkelnumrene oppført (vedlegg 1).

Hovedtema	Undertema	Artikkelnummer
Beslutningen om å ta abort	<ul style="list-style-type: none"> Ambivalens knyttet til beslutningen Involvering av andre i beslutningen 	1, 3, 4, 6, 7, 8
Informasjonskvalitet	<ul style="list-style-type: none"> Informasjon og råd i forberedelsen til abort Informasjon om smerte Informasjon om blødning 	1, 2, 3, 5, 6, 7
Ivaretagelse skjer gjennom tre faser	<ul style="list-style-type: none"> Ivaretagelse i beslutningsprosessen Ivaretagelse under aborteringen Ivaretagelse ved oppfølging 	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Tabell 3 Hoved- og undertema

Det første hovedtemaet kalte vi «Beslutningen om å ta abort» som omhandler kvinnenes tvil og ambivalente følelser i forbindelse med beslutningen om abort. Beslutningen om abort er ofte vanskelig og ensom, og kvinnene ønsket gjerne å ta et selvstendig valg, samtidig som det var ønskelig å involvere helsepersonell. Det andre hovedtemaet «Informasjonskvalitet» omhandler som temaet tilsier, kvaliteten på informasjonen kvinnene mottok. Det siste hovedtemaet «Ivaretagelse skjer gjennom tre faser» handler om møtet med helsepersonell i en abortsøkende situasjon, samt kvinnenes forventninger og erfaringer knyttet til dette.

Steg 4: Beskriv fenomenet

I siste steg av analysemodellen (Evans, 2002, s. 25) beskriver man fenomenet. Beskrivelsen bygger på de presenterte hovedtemaene, og deres tilhørende undertema. Disse blir utforsket nærmere i oppgavens resultatdel hvor vi har skrevet en analytisk tekst for hvert tema, der vi refererer til originalstudiene og belyser temaene med relevante eksempler.

3 Resultat

I dette kapitlet presenteres resultatene fra studiene med utgangspunkt i hovedtema og undertema, som står oppført i tabell 3.

3.1 Beslutningen om å ta abort

3.1.1 Ambivalens knyttet til beslutningen

Sommerseth et al. (2022) beskriver at kvinnene fortsatt var i tvil da de møtte helsetjenestene. Det beskrives derimot i Kjelsvik et al. (2019) at noen allerede hadde tatt en beslutning om å avslutte svangerskapet før abortkonsultasjonen, men ble ambivalente etter møte med helsepersonell. Det kommer frem flere årsaker til ambivalente følelser som blant annet usunt eller uavklart forhold til partner, upassende livssituasjon, for tidlig å bli mor, samt begrenset kapasitet til å ta vare på et barn (Røseth et al., 2022; Kjelsvik et al., 2019). Ambivalente følelser kunne oppstå til tross for planlagt graviditet og en gladfølelse av å bli gravid (Kjelsvik et al., 2018), samt at partner ønsket barn eller at kvinnen selv ønsket barn (Kjelsvik et al., 2019). Jobbsituasjon, boforhold og et ønske om utdanning før barn er andre faktorer (Kjelsvik et al., 2019; Kjelsvik et al., 2018). Andre beskriver at graviditetssymptomer ble uholdbart og følte ikke de var seg selv (Kjelsvik et al., 2018). I Røseth et al. (2022) kommer det frem at flere kvinner så på abort som et logisk og fornuftig valg, selv om ambivalente følelser i ulik grad var fremtredende.

3.1.2 Involvering av andre i beslutningen

Studien til Kjelsvik et al. (2019) påpeker at valget om abort er en vanskelig og ensom beslutning. De fleste kvinnene ønsket å ta et selvstendig valg, men involverte likevel sine nærmeste i beslutningsprosessen. Flere ønsket også at helsepersonell var mer involvert i deres beslutning. Kvinnene i Kjelsvik et al. (2018) ønsket også å ta et selvstendig og godt vurdert valg, men hadde samtidig et behov for å involvere andre i beslutningen.

3.2 Informasjonskvalitet

3.2.1 Informasjon og råd i forberedelsen til abort

Purcell et al. (2017) beskriver at informasjon og råd fra helsepersonell var avgjørende for at kvinnene skulle føle seg komfortable ved hjemmeabort. De fikk informasjon knyttet til hva å forvente, og rådgivning om forhold der de skulle søke hjelp. Dette resulterte i at de fleste følte seg godt informert. Informasjon gitt fra sykepleier gjorde kvinnene i stand til å vurdere progresjonen av aborten. I likhet beskriver noen kvinner i Hedqvist et al. (2016) og Aamlid et al. (2021) at informasjonen de mottok før aborten tilfredsstilte deres behov.

Studiene beskriver også utilstrekkelig informasjon i forkant av aborten (Kjelsvik et al., 2018; Aamlid et al., 2021; Sommerseth et al., 2022; Hedqvist et al., 2016; Røseth et al., 2022). Kvinnene savnet mer detaljert og individuelt tilpasset informasjon (Aamlid et al., 2021), og synes informasjonen var vanskelig å forstå (Sommerseth et al., 2022). En kvinne beskriver det slik:

«[...] I didn't get any information about what the process would be like at home. I remember that they told me that the abortion would start when I took the misoprostol medicine at home. But I was so young and immature that I didn't realize what I was going through, what I was experiencing as a childbirth. I really wasn't prepared for that at all. I was just so scared.» (Aamlid et al., 2021, s. 2).

I samme studie forteller kvinnene som fikk muligheten til å stille spørsmål i forkant av aborten, at de ikke visste hvilke spørsmål de skulle stille grunnet manglende kunnskap rundt hva som var å forvente.

3.2.2 Informasjon om smerte

Flere kvinner erfarte informasjon om smerte som mangelfull (Hedqvist et al., 2016; Sommerseth et al., 2022). Kvinnene i Aamlid et al. (2021) opplevde smertene annerledes enn forventet ut ifra gitt informasjon:

«They told me the pain would be like menstrual pain, just a bit more intense. But that was wrong! It was SO much more like childbirth. [...] I think the information about pain was misleading. [...]» (Aamlid et al., 2021, s. 3).

Aamlid et al. (2021) og Hedqvist et al. (2016) oppgir også at noen kvinner som hadde erfart en abort eller fødsel tidligere, følte seg mer forberedt på prosessen og beskrev smertene som mindre intens. I Hedqvist et al. (2016) kommer det fram at smertene for noen var verre enn forventet, mens i Sommerseth et al. (2022) opplevde de at ingen brydde seg om hvor smertepåvirket de var. En kvinne uttalte seg slik: «Jeg kommer ikke på noen andre ting som gir så sterke smerter, som man blir bedt om å håndtere hjemme alene» (Sommerseth et al., 2022, s. 9).

3.2.3 Informasjon om blødning

Hedqvist et al. (2016) beskriver at majoriteten av kvinnene fikk informasjon om blødning i forkant av abortprosessen, mens andre erfarte motsatt. Det kommer likevel fram i flere artikler at kvinnene opplevde usikkerhet rundt hva som var normal og unormal mengde blødning (Røseth et al., 2022; Purcell et al., 2017; Aamlid et al., 2021). En kvinne beskriver det på denne måten: “[...] I bled so much. I didn't think it'd be as much as that and as much clotting and stuff. [...]” (Purcell et al., 2017, s. 2004). Slik kvinnen beskriver, var opplevelsen rundt blødning avvikende fra forventningene, noe som kan skape usikkerhet knyttet til hva som er normalt.

3.3 Ivaretagelse skjer gjennom tre faser

3.3.1 Ivaretagelse i beslutningsprosessen

Kjelsvik et al. (2018) beskriver at møte med helsepersonell var viktig for de gravide kvinnene. Positive møter preget av interesse, involvering og innsikt i kvinnenes situasjon ble beskrevet som lindrende. Negative møter preget av å bli ignorert, forlatt eller møtt med usympatisk holdning økte følelsen av isolasjon og å bli overlatt til seg selv.

I studien til Sommerseth et al. (2022) beskrives opplevelser av å bli møtt med lite empati og omsorg fra helsepersonell gjennom hele abortprosessen. Kvinnene savnet å føle seg sett og respektert, og sitter igjen med en følelse av at få brydde seg om hvordan de hadde det. De samme erfaringene gjenspeiles i en annen studie der kvinnene forteller at de hadde satt pris på en mer imøtekommende og varmere tilnærming under abortkonsultasjonen (Aamlid et al., 2021). Kvinnene i Kjelsvik et al. (2019) ønsker dialog om usikkerheten sin i møte med helsepersonell, hvor en beskriver det slik:

«`I am not really decided`. I was crying, and she saw that I doubted. She realized I was not sure. The nurse explained, `You can talk to people, and you have a few days to decide`, and said `We can wait, and if you want to, you can come and get the pill on Monday morning, and if not, you will continue the pregnancy`» (s. 2139).

Denne kvinnen opplevde å bli møtt på dialog, og følte seg sett og respektert av sykepleier. Det oppgis i Aamlid et al. (2021) at selve undersøkelsen og informasjonen ble gitt og utført på en profesjonell måte, men at fagpersonene likevel ble oppfattet som kliniske og kalde. Kvinnene i Sommerseth et al. (2022) følte seg som en belastning for helsepersonell fordi de følte svangerskapet var selvforskyldt, og erfarte undersøkelsene og informasjon som rutinepreget. Her ga kvinner med tidligere pasienterfaringer uttrykk for at de ikke opplevde samme grad av omsorg og støtte under aborten, sammenlignet med tidligere erfaringer fra helsevesenet. I tillegg opplyser andre kvinner i samme studie å bli møtt med en dømmende holdning på sykehuset. En kvinne forteller:

«Ingen var ufine, men jeg opplevde heller ikke at noen ga noe ekstra for å få meg til å føle meg bedre. Men det er vanskelig for meg å si hvorvidt det var måten hun møtte meg på, eller om det var mine egne tanker om skam, og at jeg følte at jeg ikke fortjente omsorg» (Sommerseth et al., 2022, s. 6).

Som tidligere nevnt, kommer det frem i Sommerseth et al. (2022) at flere var i tvil angående abort da de møtte helsetjenesten. Her beskriver kvinnene å bli avvist ved forsøk på dialog om temaet, og de følte seg verken sett eller respektert. Likevel erfarte noen kvinner at det var fint å slippe å snakke om aborten (Røseth et al., 2022; Sommerseth et al., 2022; Kjelsvik et al., 2022; Kjelsvik et al., 2018).

Mange følte seg sårbare og hadde behov for støtte i beslutningsprosessen (Røseth et al., 2022; Kjelsvik et al., 2019; Aamlid et al., 2021; Kjelsvik et al., 2018). I følge Aamlid et al. (2021) gjorde manglende kunnskap det vanskelig å stille spørsmål. Skam over å vurdere en abort (Kjelsvik et al., 2018) og redsel for å måtte forklare beslutningen (Røseth et al., 2022), gjorde det vanskelig å spørre om hjelp. I Kjelsvik et al. (2019) synes noen det var vanskelig å ta initiativ til samtale selv, og hadde foretrukket at helsepersonell gjorde det.

3.3.2 Ivaretagelse under aborteringen

Til tross for forventninger om en trygg gjennomførelse av abort i hjemmet, erfarte flere kvinner det som ensomt, smertefullt og skremmende (Røseth et al., 2022). Kvinnene i studien til Sommerseth et al., (2022) har lignende erfaringer, og beskriver hjemmeabort som uforsvarlig og utrygt. De fulgte anbefalingen om å ikke være alene under prosedyren, men opplevde likevel begrenset støtte ettersom helsepersonell ikke var til stede. I en annen studie forteller noen kvinner at det føltes trygt hjemme, men de savnet også tilstedeværelsen av helsepersonell og følte seg usikre i prosessen (Aamlid et al., 2021). Selv om noen følte på lettelse og tilfredshet ved at de kunne kontakte sykehuset ved behov, beskriver Aamlid et al. (2021) at noen følte det var uansvarlig å fullføre aborten hjemme. Studien til Hedqvist et al. (2016) trekker frem at majoriteten av kvinnene erfarte god støtte, og flere følte seg trygge med å gjennomføre aborten hjemme. Kvinnene gir også uttrykk for helsepersonellens positive tilnærming, hvor de ble møtt på en rolig, respektfull og profesjonell måte.

Det kommer frem i flere studier at de fleste kvinnene fikk et telefonnummer de kunne benytte ved behov eller spørsmål rundt selve aborten (Hedqvist et al., 2016; Aamlid et al., 2021; Kjelsvik et al., 2022; Purcell et al., 2017). Noen benyttet seg ikke av tilbudet, men oppga at de følte seg trygge ved at dette var et alternativ (Purcell et al., 2017). I Aamlid et al. (2021) opplevde kvinnene kontakt med helsepersonell under abortprosessen som en trygghet. Dette kommer også frem i Purcell et al. (2017), spesielt der kvinnenes erfaringer var avvikende fra forventningene.

3.3.3 Ivaretagelse ved oppfølging

I Sommerseth et al. (2022) og Aamlid et al. (2021) oppgir de fleste å ikke ha fått oppfølging eller tilbud om oppfølging i etterkant av aborten: «[...]. I would have appreciated it if someone had asked me how I experienced it, and if there was anything I wanted to talk about or ask questions about. [...]» (Aamlid et al., 2021, s. 3).

Noen kvinner i Aamlid et al. (2021) takket nei til oppfølging, men satte likevel pris på tilbudet. Andre kvinner sier derimot i Røseth et al. (2022) at de ikke ønsket videre oppfølging fra helsepersonell i etterkant av aborten. Her beskriver en kvinne det slik: «The more I have to relate to it, the more I need to deliberate a choice, the more I need to realize that I've removed and rejected a child. I've killed a fetus [...]» (s. 77).

På den andre siden opplevde de som fikk oppfølging i Aamlid et al. (2021), at oppfølgingen ikke sto til forventningene fordi den i hovedsak baserte seg på fysiske undersøkelser, med lite eller ingen rom for debrifing av abortopplevelsen.

I etterkant av aborten opplever noen utfordringer med å distansere seg fra aborten. Kvinnene kom tilbake til tanker og refleksjoner om aborten, og beskrev følelser som skyld, sorg og skam eller tanker om barnet som kunne blitt (Røseth et al., 2022). Disse følelsene beskrives i flere studier (Sommerseth et al., 2022; Kjelsvik et al., 2018).

4 Diskusjon

Kapittelet tar utgangspunkt i resultatene som diskuteres opp mot faglitteratur og relevant teori. Dette blir drøftet opp mot problemstillingen: «*Hvordan erfarer kvinner som vurderer eller gjennomfører en provosert abort å bli ivaretatt av sykepleiere?*». Videre drøfter vi oppgavens styrker og svakheter, og avslutter med en konklusjon.

4.1 Beslutningen om å ta abort

Resultatene i oppgaven viser at det er ulike årsaker til kvinnes ambivalens rundt beslutningen om abort (Røseth et al., 2022; Kjelsvik et al., 2019; Kjelsvik et al., 2018). For å utøve god sykepleie er det viktig at sykepleier kjenner til årsakene til de ambivalente følelsene. Joyce Travelbee beskriver at for å bli kjent med pasientens situasjon, må man som sykepleier møte mennesket, oppfatte, respondere på og respektere det unike ved vedkommende. For å kunne gjøre dette må sykepleieren være i stand til å fokusere på den andre, og være mottakelig for pasientens meninger og behov (Travelbee, 1999, s. 140-141). På bakgrunn av dette er det viktig at sykepleiere anerkjenner kvinnene ved å møte de på en respektfull og empatisk måte.

Kjelsvik et al. (2019) beskriver at abortsøkende kvinner står i en vanskelig og ensom beslutning. De fleste kvinnene ønsket å ta et selvstendig og autonomt valg, samtidig som de ønsket at helsepersonell var mer involvert i deres beslutning. Det kommer likevel frem at noen ble ambivalente angående beslutningen etter møtet med helsepersonell. Det er viktig at sykepleiere har respekt for kvinnes autonomi, som også er et sentralt etisk prinsipp i helsevesenet (Magelssen & Pedersen, 2021, s. 19). Dette innebærer å støtte kvinnes rett til å ta informerte og selvstendige beslutninger, uten å påvirke kvinnene med sine personlige holdninger. God informasjon er med andre ord en forutsetning for autonomi. I hvor stor grad helsepersonell bør involvere seg i kvinnes beslutning, kan sees på som et etisk dilemma. Kvinnes evne til å ta et godt og selvstendig valg kan være redusert grunnet faktorer som følelsesmessig stress, press fra omgivelsene eller påvirkning fra helsepersonell. I den forstand uttrykkes det i Røseth et al. (2022) at uavklart forhold til partner og upassende livssituasjon bidrar til ambivalente følelser. I tillegg preges ambivalensen av jobbsituasjon, boforhold og ønske om utdanning (Kjelsvik et al., 2019; Kjelsvik et al., 2018). Andre beskrev at graviditetssymptomer ble uholdbart (Kjelsvik et al., 2018). Sykepleiere må derfor finne en god balanse mellom å gi nødvendig støtte og informasjon uten å gi uttrykk for egne holdninger. Travelbee (1999, s. 140) beskriver i sin teori at profesjonelle sykepleiere evner å skille mellom egne og omsorgsmottakerens ønsker og behov. Helsepersonell skal opptre verdibevisst og ikke påvirke kvinnes beslutning. Dette står beskrevet i Abortforskriften (2001, § 2), som sier at lege eller nemd ikke skal uttrykke personlige meninger når informasjon og veiledning blir gitt. Denne verdibevisstheten kan imidlertid også oppfattes som avstand eller mangel på støtte dersom sykepleiere ikke balanserer sine holdninger på en god måte. Derfor er det essensielt at sykepleiere er oppmerksomme i møte med abortsøkende kvinner for at de skal føle på støtte, anerkjennelse og respekt.

Hvordan helsepersonell håndterer møtene med abortsøkende kvinner kan ha betydelig påvirkning på kvinnenes beslutningsprosess og mentale helse. Som sykepleier bør man derfor være bevisst på egne holdninger og vurdere om man er komfortabel i slike møter. Dersom sykepleier ikke er komfortabel i møte med abortsituasjoner, og holdningene står i veien for kvinnes behandling og ivaretagelse, finnes det en reservasjonsrett. Dette betyr at man kan avstå fra å utføre eller assistere ved abort (Abortloven, 1975, § 14). En respektfull, empatisk og støttende tilnærming kan styrke kvinnenes opplevelse av autonomi, samt redusere negative følelser knyttet til beslutningen. På en annen side kan dømmende eller avvisende holdning fra helsepersonell forsterke negative følelser som skam og skyld, som videre kan gjøre beslutningsprosessen mer belastende for kvinnene. Når sykepleiere uttrykker empati og respekt, samt er bevisst på hvordan egne holdninger utstråles, kan de bidra til at kvinnene føler på trygghet og støtte i beslutningsprosessen. Det er også viktig at sykepleierne er forberedt på å håndtere egne moralske konflikter på en måte som ikke går utover kvinnenes rett til autonomi. Ved å gjøre dette, har sykepleierne et godt utgangspunkt for at kvinnene skal få positive erfaringer med å bli ivaretatt i beslutningen om abort.

4.2 Informasjonskvalitet

For at informasjonen skal ha tilstrekkelig kvalitet, må den ifølge Eide & Eide (2021, s. 218) være tilpasset pasientens behov. Pasienten skal motta, forstå og huske den nødvendige informasjonen. Dette tydeliggjøres i Purcell et al. (2017) hvor kvinnene uttrykte å være tilfredse med gitt informasjon, i likhet med noen av kvinnene i Hedqvist et al. (2016) og Aamlid et al. (2021). Som pasient har man ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 rett på informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter. Videre presiseres det i § 3-5 at informasjonen skal være tilpasset individuelle forutsetninger, og at personellet skal sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av gitt informasjon. Sykepleiere har etter Helsepersonelloven (1999, § 10) plikt til å gi informasjon til den som etter lovverket har krav på det. Det kommer frem i flere av studiene at gitt informasjon var utilstrekkelig (Kjelsvik et al., 2018; Aamlid et al., 2021; Sommersteth et al., 2022; Hedqvist et al., 2016; Røseth et al., 2022), og at kvinnene savnet individuelt tilpasset informasjon (Aamlid et al., 2021). Her kan man stille spørsmål ved om kvinnene ikke har fått oppfylt sine lovfestede rettigheter, eller om situasjonen de befinner seg i gjør at de kanskje er mindre mottakelige for informasjonen som blir gitt. Dette understreker viktigheten av at sykepleier sørger for at informasjonen blir hørt og forstått. Det er viktig å påpeke at observasjon av kroppsspråk og tonefall kan gi ytterligere informasjon om kvinnenes forståelse av gitt informasjon (Eide & Eide, 2021, s. 146-147). Ifølge Eide & Eide (2021, s. 218) må sykepleier samtidig tilpasse informasjonen, og danne seg en forståelse av hvilken informasjon kvinnene har behov for. Informasjon og veiledning er blant sykepleierens viktigste oppgaver, og god formidling av dette forutsetter at den skjer i dialog på pasientens egne premisser. Informasjon og kunnskap om abortprosessen er nødvendig for at kvinnene skal føle seg forberedt og håndtere situasjonen. Dette kan bidra til økt trygghet, mestring og en følelse av kontroll.

I resultatene kommer det frem at informasjon om blødning og smerte var mangelfull eller misvisende for flere. Kvinnene fikk opplyst hva normal mengde blødning under aborteringen var, noe som gjorde dem usikre i hva som egentlig betegnes som normalt

(Røseth et al., 2022; Purcell et al., 2017; Aamlid et al., 2021). Normalt er relativt, og kan oppfattes ulikt fra person til person. Dette tyder på at informasjonen angående blødning burde vært tydeligere formidlet, og tilpasset hver enkelt kvinne for å skape trygghet rundt gjennomføring av abort i hjemmet. De som derimot erfarte å bli godt informert av helsepersonell i forkant, var klar over hva å forvente av blødningsmengde under aborteringen (Hedqvist et al., 2016). Opplevelsen av informasjon om smerte kom også ulikt frem i resultatene, hvor flere påpeker den som mangelfull (Hedqvist et al., 2016; Sommerseth et al., 2023) eller annerledes enn forventet (Aamlid et al., 2021; Hedqvist et al., 2016). Aamlid et al. (2021) og Hedqvist et al. (2016) opplyser at kvinner som hadde erfart en abort eller fødsel tidligere var mer forberedt på prosessen. Hvordan kvinner opplever smerten av en abort kan variere, da smerte er en subjektiv opplevelse (Norsk helseinformatikk, 2023). Individuelt tilpasset informasjon er derfor viktig ettersom man har ulike behov, og kan medføre en større sannsynlighet for at flere kvinner vil føle seg ivaretatt av sykepleiere. Eide & Eide (2021, s. 220-221) foreslår en narrativ tilnærming for å undersøke hvilken informasjon pasienten har behov for. På den måten kan sykepleier spørre kvinnen hvordan hun har det, og hva hun vet om abortprosessen. Dette åpner for at kvinnene kan fortelle om sine forventninger, hva de er redde for og hva de eventuelt gruer seg til. Slik kan sykepleier oppklare misforståelser, manglende kunnskap og følelsesmessige reaksjoner, samt hva kvinnene oppfatter som viktig og uviktig.

Det er viktig at sykepleiere er forberedt i møte med kvinnene, hvilket betyr å være oppdatert på fagkunnskap når informasjon skal formidles. Dette samsvarer med de yrkesetiske retningslinjene som tilsier at sykepleier skal være faglig oppdatert (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Samtidig bør man ta hensyn til den individuelle kvinnen som skal motta informasjonen, hennes verdier og hva hun selv anser som viktig. Man kan anta at informasjonen oppleves mer fullstendig, forutsigbar og forståelig dersom sykepleier sørger for å tilpasse informasjonen. Dette kan gjøres ved å utforske eksisterende kunnskap og eventuelle kunnskapsmangler, samt ved å benytte tilpasset språk hvor medisinsk fagspråk uteblir.

4.3 Ivaretakelse skjer gjennom tre faser

Resultatene viser til at flere følte seg avvist, og opplevde manglende oppmerksomhet og respekt i møte med helsepersonell (Sommerseth et al., 2022; Aamlid et al., 2021). Slike negative møter kan påvirke kvinnene som står i en abortsøkende situasjon. Følelsen av avvising og manglende respekt kan føre til økt angst, usikkerhet og isolasjon. Det kan også føre til at kvinnene føler seg alene i sin beslutning, samt påvirke deres tillit til helsepersonell, noe som kan gjøre det vanskeligere for dem å søke hjelp. Det er derfor avgjørende at sykepleier imøtekommer disse kvinnene på en måte som gjør at de føler seg sett, akseptert og respektert, samt opplever god støtte og omsorg slik at de kan håndtere abortprosessen på en god måte. Positive møter kan bidra til økt tillit, samt økt følelse av trygghet og støtte fra helsepersonell. Kvinnene følte seg sårbare og hadde et stort behov for støtte (Røseth et al., 2022; Kjelsvik et al., 2019; Aamlid et al., 2021; Kjelsvik et al., 2018). Sårbarhet kan oppleves som en følelse av at andre har kontroll over ens liv (Stubberud, 2021, s. 27). Kvinnene som står i en situasjon der de vurderer eller gjennomfører provosert abort kan oppleve dette som utenfor sitt kontrollområde, og har derfor et behov for støtte fra helsepersonell.

Flere oppfattet helsepersonell som kalde og upersonlige (Aamlid et al., 2021), og opplevde å bli møtt med lite empati og omsorg gjennom hele abortprosessen (Sommerseth et al., 2022). I motsetning til manglende empati og omsorg vektlegger Kari Martinsens omsorgsteori at evnen til å leve seg inn i andres situasjon, er fundamentalt for å vise omsorg (Martinsen, 2003, s. 69). Evnen til å vise empati er en forutsetning for å bygge en god relasjon basert på trygghet og tillit (Eide & Eide, 2021, s. 155). Mangelfull omsorg kan føre til at kvinnene føler seg usikre, oversett og forlatt. Dette gjenspeiles i Kjelsvik et al. (2018) der kvinnene beskriver at negative møter økte følelsen av isolasjon og å bli overlatt til seg selv. Det er dermed avgjørende at man som sykepleier er imøtekommende og kommuniserer med kvinnene på en måte som skaper trygghet og tillit. Kvinnene i Sommerseth et al. (2022) opplevde ikke god kommunikasjon i møte med sykepleier. Ved forsøk på dialog om abort ble de avvist, noe som resulterte i at de ikke følte seg sett eller respektert. Eide & Eide (2021, s. 155) påpeker at bekreftende kommunikasjon er vesentlig for å skape en god relasjon. Bekreftende ferdigheter betyr at man er aksepterende, forståelsesfull og lyttende i møte med andre. Dette bidrar til å skape en åpen og støttende dialog mellom kvinnen og sykepleier, der kvinnens behov og bekymringer blir respektert. Dette poengteres i Kjelsvik et al. (2019) hvor en kvinne erfarte å bli møtt på dialog, hvilket ga en følelse av å bli sett og respektert.

Kvinnene i studien til Sommerseth et al. (2022) oppfattet undersøkelsen og informasjonen som svært rutinepreget med lite empati og omsorg. Videre viser resultatene at kvinnene har ulike behov, forventninger, erfaringer og tanker om abortprosessen (Kjelsvik et al., 2018; Aamlid et al., 2021; Kjelsvik et al., 2019; Kjelsvik et al., 2022; Hedqvist et al., 2016; Røseth et al., 2022; Purcell et al., 2017; Sommerseth et al., 2022). Travelbee (1999, s. 140) beskriver i sin teori at det er viktig å se omsorgsmottakeren som et menneske med individuelle behov. På bakgrunn av dette kan man se viktigheten av personsentrert omsorg, der sykepleiere identifiserer og tar hensyn til de enkelte kvinnenes behov gjennom støtte og oppfølging (Skaug, 2021, s. 48). I likhet understreker Martinsen (2003, s. 72-73) at sykepleier skal handle ut ifra pasientens beste i det øyeblikket sykepleie utøves. Hun bruker begrepet «uegennyttig gjensidighet» om omsorg der man gir og sørger for den andre, uten å forvente noe tilbake. For kvinner som vurderer eller gjennomfører en abort, betyr det at sykepleier yter omsorg uten å forvente noe tilbake, at kvinnene kan oppleve økt trygghet, respekt og ivaretagelse. Videre kan det redusere stress, som er viktig i en abortsøkende situasjon. For at kvinnene skal oppleve å bli ivaretatt, krever det at sykepleiere har høy faglig kompetanse, samt viser empati og respekt. Helsepersonelloven (1999, § 4) sier at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». I Molven (2019, s. 139) rettes faglig forsvarlighet hovedsakelig mot kunnskapsbaserte aktiviteter som undersøkelser, behandling og omsorgsoppgaver. For abortsøkende kvinner vil dette bety at sykepleier bør anerkjenne individet og bevare hennes autonomi ved å lytte til hennes ønsker og behov. Det innebærer en respektfull og empatisk tilnærming med kvinnen i hovedfokus.

Resultatene viser til at flere opplevde gjennomførelsen av abort i hjemmet som ensomt, smertefullt og skremmende (Røseth et al., 2022), i tillegg til uforsvarlig og utrygt (Sommerseth et al., 2022; Aamlid et al., 2021). Noen kvinner erfarer hjemmeaborten som trygg, men savnet likevel å ha helsepersonell til stede (Aamlid et al., 2021). Det å få et telefonnummer de kunne benytte ved behov under aborten var også betryggende

(Hedqvist et al., 2016; Aamlid et al., 2021; Kjelsvik et al., 2022; Purcell et al., 2017). Man kan stille spørsmål ved om forsvarlighetskravet i disse tilfellene ble ivaretatt, ettersom flere følte seg utrygge og usikre. Det kommer frem at de som er godt informert og godt forberedt føler seg trygg under aborten, i motsetning til de som føler seg utilstrekkelig informert. På bakgrunn av dette er det ikke usannsynlig at kvinnene kan føle på manglende ivaretagelse gjennom abortprosessen.

Tilbud om oppfølging bidrar til økt følelse av ivaretagelse (Aamlid et al., 2021), noe flere erfarte å ikke få (Sommerseth et al., 2022; Aamlid et al., 2021). Når kvinner føler seg støttet og ivaretatt av helsepersonell, kan det dempe følelsen av ensomhet og isolasjon som ofte følger med abort. For å kunne bearbeide aborten og følelsene rundt den, hadde kvinnene et ønske om oppfølging. Flere hadde et behov for å snakke om hva de hadde gjennomgått. Dette kan være avgjørende for deres mentale helse og velvære på lang sikt. For sykepleier vil det å ivareta kvinnen innebære å yte helhetlig omsorg, som også inkluderer oppfølging i etterkant av aborten. Dersom sykepleier ikke føler seg i stand til å ivareta kvinnenes behov for oppfølging, kan det være et alternativ å henvise de videre til personell med bredere kompetanse innenfor abort. Dette samsvarer med Helsepersonellovens (1999, § 4) krav til forsvarlighet, som sier at helsepersonell skal henvise pasienter videre dersom dette er nødvendig. Eksempelvis kan kvinnene bli tipset om Amatheia, som er en tjeneste som tilbyr oppfølging før og etter abort (Stiftelsen Amatheia, 2024). For noen vil oppfølging likevel forsterke følelser som skyld, sorg og skam, ettersom de må reflektere over barnet som kunne blitt (Røseth et al., 2022; Sommerseth et al., 2022; Kjelsvik et al., 2018). Sykepleier bør derfor være fleksibel og tilpasse oppfølging til den enkelte kvinnens ønsker og behov. En kombinasjon av empatisk, respektfull og verdibevisst tilnærming kan hjelpe kvinnene med å bearbeide aborten på en måte som er mest hensiktsmessig for deres individuelle behov. På denne måten vil kvinnene i større grad føle på å bli ivaretatt av sykepleiere.

4.4 Styrker og svakheter i litteraturstudiet

Et flertall av de inkluderte artiklene er norske studier. Dette ser vi på som en styrke ved sammenligning av studiene på tvers, da kvinnenes erfaringer har samme utgangspunkt når det gjelder lovverk og abortrutiner. Det er også inkludert en artikkel fra Sverige og en fra Skottland. Dette kan være en svakhet ettersom det må tas hensyn til lovverk og kultur sammenlignet med den norske standarden, men også en styrke ettersom oppgavens problemstilling belyses på tvers av landegrenser. National Health Service (2020) beskriver at den lovlige fristen for abort i Skottland er før 24. svangerskapsuke, noe som skiller seg fra Norges lovverk. Det samme gjør den svenske abortloven, som påpeker at man har rett til å ta abort innen svangerskapsuke 18 (Abortlag, 1974, § 1). Studiene vi har benyttet omhandler derimot kvinner i første trimester, og vil derfor ikke påvirkes av dette. Vi bemerker oss at det foregår en debatt om norsk abortlovgivning, men oss bekjent er det ingen av de foreslåtte endringene i lovverket som vil gi noen tydelige konsekvenser av sykepleieutøvelsen til pasientgruppen vi har beskrevet. I den svenske studien av Hedqvist et al. (2016), er jordmor kontaktpersonen til kvinnene, noe som kan påvirke kvinnenes opplevelse av ivaretagelse i abortprosessen.

En svakhet ved oppgaven er at flere av de inkluderte artiklene er av samme forfattere, noe som kan påvirke artiklenes innhold. Samtidig ser det ut til at flere av de inkluderte artiklene inneholder samme datasett, noe som også kan påvirke innholdet. Når flere

artikler bruker samme datasett kan det føre til gjentatte resultater og begrenset variasjon. Røseth et al. (2022), Sommerseth et al. (2022) og Aamlid et al. (2021) inneholder likt datasett. Det samme gjelder Kjelsvik et al. (2019), Kjelsvik et al. (2022) og Kjelsvik et al. (2018). Dette tydeliggjøres også i de aktuelle artiklene, som beskriver at de er en del av et større forskningsprosjekt. De har likevel ut ifra vår tolkning ulik hensikt og problemstilling. Det ble vurdert som relevant å inkludere disse artiklene med bakgrunn av begrenset forskningslitteratur om emnet, samt at forskningsartiklene er svært relevante for vår problemstilling. Ved systematisk litteratursøk ble det benyttet to databaser, hvilket kan være en mulig svakhet i oppgaven da annen relevant forskning kan være tilgjengelig i andre databaser. Likevel er begge databasene kjent innenfor medisin og helsefag som vi mener styrker oppgaven.

Et flertall av de inkluderte artiklene er på engelsk, noe som kan skape misoppfatninger eller feiltolkninger fra vår side. Samtidig vurderer vi våre engelskferdigheter som tilstrekkelig, og har til vår beste evne undersøkt ord som for oss var fremmed. Retningslinjene for omfanget av oppgaven begrenser også til en viss grad vår mulighet til å gi en grundigere utdypning av kvalitative forhold ved kvinnenes erfaringer.

4.5 Konklusjon

I denne litteraturstudien ønsket vi å belyse hvordan kvinner som vurderer eller gjennomfører en provosert abort erfarer å bli ivaretatt av sykepleiere. Flere ga uttrykk for å føle seg ivaretatt og respektert av helsepersonell. Det var samtidig mange som opplevde at informasjonen og omsorgen ikke sto til forventningene, og oppfattet helsepersonell som kliniske og upersonlige.

De abortsøkende kvinnene preges av følelser i variert grad, og deres erfaringer med helsepersonell viser viktigheten av sykepleierens tilnærming. Travelbees teori understreker behovet for å møte pasienter med respekt, empati og forståelse. Sykepleier bør anvende en individuell tilnærming tilpasset den enkelte kvinnens behov for omsorg, støtte og kunnskap for å øke følelsen av trygghet, tillit og ivaretagelse.

Kvinnenes ambivalens i abortbeslutningen viser viktigheten av sykepleiers evne til en balansert tilnærming rundt situasjonen. Ifølge Travelbee er det essensielt at sykepleiere skiller mellom egne og pasientens behov. For at kvinnen skal føle seg sett, hørt og ivaretatt, må sykepleier legge til rette for hennes autonomi. Dette ved å tilby støtte og informasjon tilpasset hennes verdier, uten å involvere personlige holdninger.

Informasjonens innhold bør baseres på abortprosessen, smerte og blødning, samt komplikasjoner og andre reaksjoner som kan forekomme. God og realistisk informasjon kan øke følelsen av trygghet. Som Eide & Eide påpeker, er det viktig at informasjonen er tilpasset pasientens individuelle behov. Tilbud om dialog med helsepersonell kan bidra til økt følelse av ivaretagelse og dempe følelsen av ensomhet. Som Martinsens omsorgsteori understreker, kan empati og «uegennyttig gjensidighet» hjelpe kvinnene med å få den omsorgen de behøver for å føle seg trygg, respektert og ivaretatt.

Antall provoserte aborter i Norge er økende. En del kvinner gjennomfører provosert abort på sykehus, og det finnes lite forskning som viser viktigheten av individuelt tilpasset omsorg i abortprosessen. Mange av publikasjonene som omhandler vår problemstilling består av samme datasett, noe som begrenser dokumentert pasienterfaringer og kan

indikere et behov for mer forskning. Vi vil også foreslå mer forskning på erfaringene om å bli ivaretatt av sykepleiere på sykehus, da vi ikke fant forskning som belyste dette fra et pasientperspektiv.

Referanser

- Aamlid, I. B., Dahl, B., & Sommerseth, E. (2021). Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 27, 100582. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582>
- Abortforskriften. (2001). *Forskrift om svangerskapsavbrudd* (FOR-2001-06-15-635). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-06-15-635>
- Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd* (LOV-2021-05-07-34). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>
- Aveyard, H. (2023). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A practical guide* (5th ed.) Open University Press
- Eide, H. & Eide, T. (2021). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (2024, 7. mars). *Abortregisteret – statistikkbank: Register over svangerskapsavbrudd*. Hentet 23. april 2023 fra <http://statistikkbank.fhi.no/abort/>
- Hedqvist, M., Brodin, L., Tydén, T., & Larsson, M. (2016). Women's experiences of having an early medical abortion at home. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 9, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.07.003>
- Helsebiblioteket (2021, 17. september). *4.1 Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- HelseNorge. (2023, 29. juni). *Abortmetoder*. <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/#medikamentell-abort>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Håkonsen, K.M. (2021). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Jerpseth, H. (2021). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 133-168). Gyldendal akademisk.
- Jørgensen, H., Qvigstad, E., Jerve, F., Melseth, E., Eskild, A., & Nielsen, C. S. (2007). Provosert abort som hjemmebehandling. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://tidsskriftet.no/2007/09/originalartikkel/provosert-abort-som-hjemmebehandling>
- Kjelsvik, M., & Gjengedal, E. (2011). First-time pregnant women's experience of the decision-making process related to completing or terminating pregnancy – a

- phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 169–175. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00807.x>
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J., Aasen, E. M., & Gjengedal, E. (2022). Viewing the image? Ultrasound examination during abortion preparations, ethical challenges. *Nursing Ethics*, 29(2), 511–522. <https://doi.org/10.1177/09697330211051009>
- 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>
- Magelssen, M., & Pedersen, R. (2021). Hva er «etikk» i helsevesenet? I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (1. utg., s. 15–27). Gyldendal Norsk Forlag.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Molven, O. (2019). *Sykepleie & jus* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- National Health Service. (2020, 24. April). *Abortion*. NHS. <https://www.nhs.uk/conditions/abortion/>
- Norsk Helseinformatikk. (2023, 21. februar). Smerte. <https://nhi.no/kroppen-var/funksjoner/smerte>
- Norsk Sykepleierforbund. (2023, mai). Yrkesetiske retningslinjer. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Purcell, C., Cameron, S., Lawton, J., Glasier, A., & Harden, J. (2017). Self-management of first trimester medical termination of pregnancy: A qualitative study of women's experiences. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(13), 2001–2008. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14690>
- Røseth, I., Sommerseth E., Lyberg, A., Sandvik, B. M., & Dahl, B. (2022). No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing. *Health Care for Women International*, 45(1), 67–85. <https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2090565>
- Skaug, E-A. (2021). Kartlegging, vurdering og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utgave, s. 44-83). Gyldendal Norsk Forlag.
- Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I., & Lyberg, A. (2022). Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. *Sykepleien Forskning*, 89883, e-89883. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883>
- Stiftelsen Amatheia. (2024). *Abort*. <https://amathea.no/abort/>

- Stubberud, D.-G (2021). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 15-47). Gyldendal Norsk Forlag.
- Sveriges riksdag. *Abortlag* (1974:595). https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595_sfs-1974-595/
- Thidemann, I-J. (2023). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: Artikkelmatriser

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Eksempel på søk i CINAHL Complete

Vedlegg 1 – Artikkelmatriser

Artikkel 1

Referanse	Røseth, I., Sommerseth, E., Lyberg, A., Sandvik, B. M., & Dahl, B. (2022). No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing. <i>Health Care for Women International</i> , 45(1), 67–85. https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2090565
Studiens hensikt/mål og evt. problem-stilling	Utforske kvinners erfaringer knyttet til å utføre medisinsk abort hjemme.
Nøkkelbegrep/Keywords	Ingen nøkkelbegrep er oppgitt i artikkelen.
Metode	En fenomenologisk studie med individuelle intervjuer av 22 kvinner som har gjennomført provosert hjemme abort i Norge.
Resultat/ konklusjon	Resultat: Studien presenterer fire hovedtemaer: (1) The logical and sensible choice – doubt beneath the surface, (2) The dubious comfort of hiding in shame, (3) Emotional distancing as a coping strategy og (4) Moving on – and revisiting the meaning of the abortion. Konklusjon: Som en mestringsstrategi tok kvinnene i denne studien avstand fra svangerskapet og aborten, både psykisk og følelsesmessig. En kald og upersonlig tilnærming fra helsepersonell kan gjøre det vanskeligere for kvinnene å håndtere de følelsesmessige aspektene ved aborten.
Kommentarer og relevans for problem-stilling	Denne artikkelen er relevant for vår problemstilling fordi den utforsker ambivalente kvinners erfaringer med å gjennomføre medisinsk abort hjemme. Videre går den inn på årsakene til ambivalens, og hvilke behov kvinnene har i møte med helsepersonell.

Artikkel 2

Referanse	Hedqvist, M., Brolin, L., Tydén, T., & Larsson, M. (2016). Women's experiences of having an early medical abortion at home. <i>Sexual & Reproductive Healthcare</i> , 9, 48–54. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.07.003
Studiens hensikt/mål og evt. problem-stilling	Vurdere kvinners erfaringer med å gjennomføre en medisinsk abort hjemme og deres oppfatning av informasjon i forkant av aborten.
Nøkkelbegrep/Keywords	Medical abortion, home abortion, information, pain, bleeding, women 's experiences.
Metode	En tverrsnittstudie med et beskrivende og komparativt design. Det ble gjennomført semistrukturerte telefonintervjuer med 119 svensk- og engelsktalende kvinner rekruttert fra et sykehus i Sverige.
Resultat/ konklusjon	Resultat: Omtrent halvparten av kvinnene blødde mer enn forventet. Noen av kvinnene opplever manglende informasjon, spesielt knyttet til blødning og smerter. Opplevelsen av smerte var individuell, og det kommer frem at kvinner som tidligere har gjennomgått abort eller fødsel opplevde aborten som mindre smertefull enn førstegangsgravide. Konklusjon: At kvinner opplever informasjon om smerte og blødning som mangelfull, tyder på et behov for forbedret informasjon på disse områdene. Kvinner uten tidligere erfaring med abort eller fødsel opplever smerter i større grad enn førstegangsgravide, noe som tilsier et behov for økt oppmerksomhet til disse kvinnene.
Kommentarer og relevans for problem-stilling	Studien er relevant for vår problemstilling fordi den omhandler kvinners erfaring av hjemmeabort og informasjonen som blir gitt i forkant.

Artikkel 3

Referanse	Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I., & Lyberg, A. (2022). Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. <i>Sykepleien Forskning</i> , 89883, e-89883. https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883
Studiens hensikt/mål og evt. problem-stilling	Belyse norske kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved gjennomføring av medikamentell abort.
Nøkkelbegrep/Keywords	Ingen nøkkelbegrep er oppgitt i artikkelen.
Metode	En kvalitativ studie med et utforskende og beskrivende design. Individuelle intervju av 24 kvinner som hadde gjennomført medisinsk hjemmeabort før slutten av 12. svangerskapsuke.
Resultat/ konklusjon	Resultat: Negative erfaringer i møte med helsepersonell er fremtredende i denne studien. Kvinnene føler seg som en ressursbelastning som ikke fortjener omsorg. Videre opplever de en rutinepreget tjeneste med ensidig fokus på fysiske aspekter fremfor en personsentrert tilnærming, samt mangel på valgfrihet, medbestemmelse og forberedthet. Konklusjon: Kvinnene erfarte et begrenset tilbud om samtaler i forbindelse med abortbeslutningen. Informasjon og tilgjengelighet samt en individuell tilnærming ved uventet forløp, var mangelfull. Videre opplevde de et møte preget av distansering og mangel på respekt, samt en følelse av ensomhet. Tilgang til personell med fordypet kunnskap om abortforløp kan styrke tjenestetilbudet og sikre faglig forsvarlighet.
Kommentarer og relevans for problem-stilling	Studien er relevant for vår problemstilling da den omhandler kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort, hvilket er tilnærmet det samme vi lurer på i vår problemstilling. Den går også inn på hvordan deltakerne erfarte helsepersonellens holdning, informasjonen de mottok og følelsen kvinnen sitter igjen med etter møte med helsepersonellet.

Artikkel 4

Referanse	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. https://doi.org/10.1177/0969733018819128
Studiens hensikt/mål og evt. problem-stilling	Utforske ambivalente abortsøkende kvinners erfaringer i deres møte med helsepersonell i Norge.
Nøkkelbegrep/Keywords	Abortion, ambivalence, decision-making, ethics of care, first trimester pregnancy, women's reproductive health
Metode	En kvalitativ studie med individuelle intervju av 13 kvinner. Studien er analysert med dialogisk narrativ analyse.
Resultat/ konklusjon	Resultat: Kvinnene ønsket å ta autonome beslutninger, men samtidig involvere helsepersonell og sine nærmeste i prosessen. Denne studien identifiserer tre narrativer av kvinnenenes erfaringer i møte med helsepersonell. Konklusjon: Selv om kvinnene anså seg autonome og ansvarlige for deres beslutning, ønsket de involvering fra helsepersonell. Helsepersonell bidro enten til å aktivere eller deaktivere kvinnenenes mulighet til å ta beslutninger i samsvar med deres verdier.
Kommentarer og relevans for problem-stilling	Studien er relevant for vår problemstilling da den undersøker møtene mellom helsepersonell og ambivalente abortsøkende kvinner.

Artikkel 5

Referanse	Aamlid, I. B., Dahl, B., & Sommerseth, E. (2021). Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study. <i>Sexual & Reproductive Healthcare</i> , 27, 100582. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582
Studiens hensikt/mål og evt. problem-stilling	Utforske kvinners erfaringer med å gjennomføre en medisinsk abort hjemme, med fokus på deres oppfatning av informasjon som ble gitt før aborten, støtten under abortprosessen og oppfølgingsprosedyrene.
Nøkkelbegrep/Keywords	Experiences, follow-up, home abortion, information, medication abortion, qualitative
Metode	En kvalitativ studie med en beskrivende og utforskende tilnærming. Intervju med 23 kvinner som gjennomførte aborten i Norge.
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: Studien tar for seg tre hovedtemaer som omhandler følgende: Hvordan følelsen av trygghet blir truet av kvinnes opplevelse av utilstrekkelig informasjon før aborten. Hvordan følelsen av støtte trues av manglende anerkjennelse fra helsepersonell, og hvordan kvinnes opplevelse av helsepersonelllets tilgjengelighet under hjemmeabort kan påvirke deres følelse av velvære.</p> <p>Konklusjon: Kvinnene opplyser om utilstrekkelig informasjon, spesielt knyttet til blødning og smerter. De opplevde videre utilstrekkelig støtte under og etter aborten, og foretrakk mer hjelp og informasjon gjennom hele prosessen. Dette kan tyde på at helsepersonell bør forbedre informasjonen, støtten og omsorgen som blir gitt.</p>
Kommentarer og relevans for problemstilling	Studien er relevant for vår problemstilling fordi den undersøker kvinners erfaringer rundt medisinsk hjemmeabort. Den tar opp kvinners erfaring av støtte, trygghet, informasjon og kontakt med helsepersonell i prosessen.

Artikkel 6

Referanse	Kjelsvik, M., Sekse, R. J., Aasen, E. M., & Gjengedal, E. (2022). Viewing the image? Ultrasound examination during abortion preparations, ethical challenges. <i>Nursing Ethics</i> , 29(2), 511–522. https://doi.org/10.1177/09697330211051009
Studiens hensikt/mål og evt. problem-stilling	Å gi en dypere forståelse av kvinners og helsepersonells erfaringer med ultralydvisning under abortforberedelse i første trimester.
Nøkkelbegrep/Keywords	Early abortion, induced abortion, pregnancy, ultrasound, women 's reproductive health, decision-making, qualitative, moral sensitivity, four principles approach, ethics for care.
Metode	En kvalitativ studie basert på dybdeintervju med 13 kvinner som vurderte abort, samt 20 helsepersonell fra norske sykehus.
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: Studien vektlegger de autonome kvinnenes beslutning angående å se ultralydbildet eller ikke. Det fremkommer at kvinnene og helsepersonell har ulike holdninger som påvirker opplevelsen av ultralydundersøkelsen.</p> <p>Konklusjon: Helsepersonell står overfor etiske utfordringer under ultralydundersøkelser før abort. Grunnlaget for dialog er ofte ikke optimalt, og kvinners autonomi er enten under press eller ikke støttet. Å møte kvinnenes behov, samt en kommunikasjonsrelatert omsorg er avgjørende.</p>
Kommentarer og relevans for problem-stilling	Studien er relevant for vår problemstilling ettersom den går i detaljene i møtene mellom kvinnene og helsepersonell ved abortforberedende ultralydundersøkelse.

Artikkel 7

Referanse	Purcell, C., Cameron, S., Lawton, J., Glasier, A., & Harden, J. (2017). Self-management of first trimester medical termination of pregnancy: A qualitative study of women's experiences. <i>BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology</i> , 124(13), 2001–2008. https://doi.org/10.1111/1471-0528.14690
Studiens hensikt/mål og evt. problem-stilling	Å utforske kvinners erfaringer med å gjennomføre en medisinsk hjemmeabort i Skottland, etter administrering av mifepriston og misoprostol på en abortklinikk.
Nøkkelbegrep/Keywords	First trimester medical/medication abortion, home self-management, qualitative research, termination of pregnancy, women's experiences.
Metode	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer av 44 kvinner.
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: Fra analysen fremkommer følgende sentrale temaer relatert til selvadministrasjon av misoprostol i klinikken: (1) årsaker til valg av selvadministrasjon hjemme, (2) tilrettelegging og forventninger til selvledelse, (3) opplevelser av å komme hjem, (4) selvlede og overvåke behandlingsprogresjon, (5) støtte under selvledelse, og (6) selvtesting av graviditet for å bekrefte fullført abort.</p> <p>Konklusjon: Deltakerne fant hovedsakelig selvadministrasjon av misoprostol og selvledelse i hjemmet som akseptabelt og/eller foretrukket, spesielt der dette ble opplevd som en felles beslutning med helsepersonell. Nødvendigheten av tilstrekkelig informasjon og støtte kommer også frem i studien.</p>
Kommentarer og relevans for problemstilling	Studien er relevant for vår problemstilling fordi den omhandler kvinners erfaringer med å gjennomføre en medisinsk hjemmeabort. Deriblant årsaker til å velge hjemmeabort, forventninger til prosessen, erfaringen av å komme hjem, samt det å utføre prosedyren selv og støtten de får ved prosedyren.

Artikkel 8

Referanse	Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Chesla, C. A., & Gjengedal, E. (2018). Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. <i>Health Care for Women International</i> , 39(7), 784–807. https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945
Studiens hensikt/mål og evt. problem-stilling	Studien tar utgangspunkt i norske kvinner som er gravid i første trimester, og som er usikker på om de skal ta abort eller ikke. Studiens hensikt er å utforske deres erfaringer med å stå i dette valget.
Nøkkelbegrep/Keywords	Ingen nøkkelbegrep er oppgitt i artikkelen.
Metode	En kvalitativ studie basert på intervju av 13 kvinner.
Resultat/ konklusjon	Bekreftelse av graviditeten betydde en ny realitet for kvinnene. De begynte å vurdere deres beredskap, og beskrev opplevelsen som en ensom reise der verdiene deres ble utfordret. En følelse av eksistensiell ensomhet dominerte beslutningsprosessen.
Kommentarer og relevans for problem-stilling	Studien er relevant for vår problemstilling fordi den utforsker årsaker og påvirkende faktorer til å ta abort. Den dekker hvordan kvinnene erfarte livet sitt når de var gravide og ambivalente.

Vedlegg 2 - Søkeshistorikk

Søkeord*	Dato	Database	Avgrensing	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Induced abortion OR termination of pregnancy AND experience OR follow-up care OR After care OR information OR patient attitudes AND women OR woman OR patient* AND (experience* OR view* OR opinion* OR perspective* OR feeling* OR meaning*).	10.04.24	Cinahl Complete	Peer reviewed, Publication date: 2013-2024, Language: Danish, Norwegian, Swedish, English	399	8	1	Hedqvist et al., 2016
Induced abortion OR termination of pregnancy AND experience OR follow-up care OR After care OR information OR patient attitudes AND women OR woman OR patient* AND (experience* OR	10.04.24	Medline	Peer reviewed, Publication date: 2013-2024, Language: Danish, Norwegian, Swedish, English	560	8	3	0

view* OR opinion* OR perspective* OR feeling* OR meaning*).							
Induced abortion OR «medical termination of pregnancy» OR abort OR «surgical abortion» AND «patient attitude» OR «patient care» AND «Nordic countries» OR Norway OR Sweden OR Finland OR Denmark OR Scandinavia	10.04.24	Cinahl Complete	Peer reviewed, Research article, Publication date: 2013- 2024, Language: Danish, Norwegian, Swedish, English.	26	8	1	0
Induced abortion OR «medical termination of pregnancy» OR abort OR «surgical abortion» AND «patient attitude» OR «patient care» AND «Nordic countries» OR Norway OR Sweden OR Finland OR	10.04.24	Medline	Peer reviewed, Publication date: 2013- 2024, Language: Danish, Norwegian, Swedish, English	31	5	2	Kjelsvik et al., 2019

Denmark OR Scandinavia							
«Abortion care» AND (attitude* OR feeling* OR emotion* AND patient OR woman OR women) AND «Nordic countries» OR Norway OR Finland OR Denmark	10.04.24	Cinahl Complete	Peer reviewed, Research article, Publication date: 2013-2024, Language: Danish, English, Norwegian, Swedish.	3	1	0	
«Abortion care» AND (attitude* OR feeling* OR emotion* AND patient OR woman OR women) AND «Nordic countries» OR Norway OR Finland OR Denmark	10.04.24	Medline	Peer reviewed, Publication date: 2013-2024, Language: Danish, English, Norwegian, Swedish.	0	0	0	0
(Patient care or nursing care) AND (abortion, induced) AND (Patient attitudes AND (Woman OR women OR female* OR patient*))	10.04.24	Cinahl Complete	Peer reviewed, Publication date: 2013-2024, Language: Danish, English, Swedish, Norwegian	177	10	4	Aamlid et al., 2021

(Patient care or nursing care) AND (abortion, induced) AND (Patient attitudes AND (Woman OR women OR female* OR patient*))	10.04.24	Medline	Peer reviewed, Publication date: 2013-2024, Language: Danish, Swedish, Norwegian, English	140	0	0	0
(Abortion, induced OR termination of pregnancy OR abortion) AND ((Nursing care OR nursing interventions) OR (patient care OR patient attitudes)) AND (Woman OR women OR female OR females OR patient*) AND (pregnancy OR unwanted pregnancy) AND (Sweden OR scandinavia OR Icelanders OR Norway OR Denmark OR iceland)	12.04.2024	Cinahl Complete	Peer reviewed, research article, Publication date: 2013-2024, Geographic subset: Continental Europe, Language: Danish, English, Norwegian, Danish, Swedish	24	4	1	0
nursing interventions) OR	12.04.2024	Medline	Peer reviewed,	25	0	0	0





















(patient care OR patient attitudes)) AND (Woman OR women OR female OR females OR patient*) AND (pregnancy OR unwanted pregnancy) AND (Sweden OR scandinavia OR Icelanders OR Norway OR Denmark OR iceland)			Publication date: 2013-2024, Language: Danish, Swedish, Norwegian, English				
(Nursing interventions OR nursing care) OR (Patient care OR patient attitudes) AND (abortion OR Abortion, induced) AND (Norway OR norwegian OR Sweden OR swedish OR Denmark OR danish OR England OR english.	12.04.224	Cinahl Complete	Research article, Publication date: 2013-2024, Language: Danish, English, Norwegian, Swedish.	15	4	1	0
(Patient care OR patient attitudes)	12.04.24	Medline	Peer reviewed,	0	0	0	0

AND (abortion OR Abortion, induced) AND (Norway OR norwegian OR Sweden OR swedish OR Denmark OR danish OR England OR english.			Publication date: 2013-2024, Language: Danish, Swedish, Norwegian, English				
Abortion AND experiences AND «Pregnancy Trimester, First»	12.04.24	Cinahl Complete	Peer reviewed, Research article, Publication date: 2013-2024, Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	52	6	3	Kjelsvik et al., 2022; Purcell et al., 2017; Kjelsvik et al., 2018
Abortion AND experiences AND «Pregnancy Trimester, First»	12.04.24	Medline	Peer reviewed, Research article, Publication date: 2013-2024, Language: Danish, English, Norwegian,	28	1	0	0

			Swedish				
Svangerskapsavbrudd OR medikamentell abort AND kvinners erfaringer	13.04.24	Cinahl Complete	Peer reviewed, Publication date: 2013-2014, Language: Norwegian, Danish, Swedish.	1	1	1	Sommerseth et al., 2022
Svangerskapsavbrudd OR medikamentell abort AND kvinners erfaringer	13.04.24	Medline	Peer reviewed, Publication date: 2013-2014, Language: Norwegian, Danish, Swedish.	0	0	0	0

*Tabell inneholder ikke informasjon om kombinerte søkestrenger i EbscoHost

Vedlegg 3 - Eksempel på søk i CINAHL Complete

<input type="checkbox"/>	S5	 S1 AND S2 AND S3	Limiters - Publication Date: 20130101-20241231; Peer Reviewed; Research Article; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	 Rerun	 View Details	 Edit
			Expanders - Apply equivalent subjects			
			Search modes - Boolean/Phrase			
<input type="checkbox"/>	S4	 S1 AND S2 AND S3	Expanders - Apply equivalent subjects	 Rerun	 View Details	 Edit
			Search modes - Boolean/Phrase			
<input type="checkbox"/>	S3	 (MH "Pregnancy Trimester, First") OR ""first trimester""	Expanders - Apply equivalent subjects	 Rerun	 View Details	 Edit
			Search modes - Boolean/Phrase			
<input type="checkbox"/>	S2	 "experiences"	Expanders - Apply equivalent subjects	 Rerun	 View Details	 Edit
			Search modes - Boolean/Phrase			
<input type="checkbox"/>	S1	 (MH "Abortion, Induced+") OR "abortion"	Expanders - Apply equivalent subjects	 Rerun	 View Details	 Edit

