

Kandidatnummer: 5151, 5278 og 5144

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Kvinner's erfaringer i møte med helsepersonell ved selvbestemt abort



**Universitetet
i Stavanger**

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 05.05.2022

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet [x]

Sammendrag

Bakgrunn

I 2021 ble det utført i underkant av 11 000 svangerskapsavbrudd i Norge, hvorav ca 95% var selvbestemte. I de fleste tilfeller er det sykepleier som er til stede for kvinnen gjennom prosessen, og har ansvar for ivaretagelsen. Behovet gjennom et abortforløp er komplekst og variert, og gjør det derfor interessant å undersøke videre hvilke opplevelser kvinnene har gjennom abortprosessen. Dette kan bidra til at vi som sykepleiere blir mer bevisst på hva kvinnene gjennomgår og hvordan imøtekomme dem gjennom hele forløpet.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke erfaringer de ulike kvinnene har i møte med helsepersonell gjennom et selvbestemt abortforløp.

Metode

Vi har benyttet en integrativ litteraturoversikt som metode for oppgaven, hvor vi har analysert fire vitenskapelige artikler. Resultatene fra de vitenskapelige artiklene, egne refleksjoner og relevant litteratur danner grunnlaget for besvarelsen.

Resultat

Resultatene viser at erfaringene kvinnene hadde i møte med helsepersonell gjennom abortforløpet påvirket deres opplevelse av ivaretagelse. Ambivalens og autonomi utpekes som utfordrende i kommunikasjonen mellom kvinnene og helsepersonell. Det trekkes frem ulike erfaringer med informasjon, støtte og smertebehandling, hvor det var en hovedvekt av negative opplevelser. Utfordringene kan møtes med kunnskap og kompetanseheving, og er nødvendig for å sikre kvalitet i ivaretagelsen av kvinner som gjennomgår selvbestemt abort.

Nøkkelord: Selvbestemt abort, hjemme abort, valgprosess, ivaretagelse, ambivalens, autonomi, smertelindring, støtte, veiledning, kommunikasjon, informasjon, psykisk påkjenning, sykepleie

Abstract

Background

In 2021, just under 11,000 abortions were performed in Norway, of which about 95% were self-determined. In most cases it is the nurse who is present for the woman throughout the process and is responsible for her care. A woman's needs through the abortion process are complex and will differ and with that being the case it is interesting to investigate further what experiences women have through the abortion process. This can help us as nurses to become more aware of what women go through and how to accommodate them throughout the process.

Objective

The purpose of the thesis is to investigate what experiences the various women have in meeting with health professionals through a self-determined abortion process.

Method

We have used an integrative literature review as a method for the thesis, where four scientific articles have been analyzed. The results from the scientific articles, our own reflections and relevant literature form the basis for the answer.

Results

The results show that the women's experiences with health personnel through the abortion process influenced their experience of care. Ambivalence and autonomy are identified as challenging in the communication between women and health professionals. Various experiences with information, support and pain treatment are highlighted, where the main emphasis was on negative experiences. The challenges can be met with knowledge, skills, and development, and are necessary to ensure quality in the care of women who undergo self-determined abortion.

Keywords: Self-determined abortion, home abortion, decision-making, care, ambivalence, autonomy, pain management, support, counselling, communication, information, psychological distress, nursing

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 PROBLEMFOMULERING.....	2
1.3 HENSIKT.....	2
2.0 TEORI	2
2.1 ABORT.....	2
2.2 JOYCE TRAVELBEE SYKEPLEIETEORI.....	3
2.3 SYKEPLEIERS ROLLE.....	4
3.0 METODE	6
3.1 HVA ER METODE?.....	6
3.2 VALG AV METODE.....	6
3.3 SØKEORD.....	6
3.4 VALG AV ARTIKLER.....	7
3.5 ANALYSE.....	9
4.0 RESULTAT	9
4.1 VALGPROSESSEN.....	10
4.1.1 <i>Ambivalens</i>	10
4.1.2 <i>Autonomi</i>	10
4.2 YTRE OG INDRE FAKTORER.....	11
4.2.1 <i>Fysiske og psykiske påkjenninger</i>	11
4.2.2 <i>Smerteopplevelse</i>	12
4.3 KVINNERS ERFARINGER I MØTE MED HELSEPERSONELL.....	13
4.3.1 <i>Veiledning og informasjon i møte med helsepersonell</i>	13
4.3.2 <i>Støtte gjennom et abortforløp</i>	14
5.0 DISKUSJON	15
5.1 METODEDISKUSJON.....	15
5.1.1 <i>Kvalitetssikring</i>	16
5.1.2 <i>Søkestrategi</i>	17

5.1.3 Søkord.....	18
5.2 RESULTATDISKUSJON	18
5.2.1 Valgprosessen.....	18
5.2.2 Autonomi.....	19
5.2.3 Kommunikasjon	20
5.2.4 Negative erfaringer.....	21
5.2.5 Positive erfaringer.....	21
5.2.6 Psykisk påkjenning og smertelindring	22
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	23
REFERANSER	25
VEDLEGG 1. SØKELOGG	27
VEDLEGG 2. LITTERATURMATRISE	28

1.0 INNLEDNING

Vår bacheloroppgave er en litteraturstudie som undersøker kvinners erfaringer av ivaretagelse i møte med helsepersonell gjennom abortprosessen. Det å bli sett og møtt med respekt er et behov hos alle mennesker, og står sentralt blant abortsøkende kvinner som kan være i en sårbar situasjon preget av usikkerhet (Jerpseth, 2016, s. 161). Som sykepleier står de yrkesetiske retningslinjene sentralt i utøvelsen for å sikre at pasientens verdighet, medbestemmelse og integritet ivaretas. «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleierforbund, 2019). De yrkesetiske retningslinjene er supplerende til lovverket, hvor helsepersonell skal utføre sitt arbeid forsvarlig, yte omsorgsfull hjelp og sikre pasientens rett til medbestemmelse. Dette er nedfelt i helsepersonelloven (1999, §4) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Interessen for valgt tema har vært gjennomgående i studieforløpet. Kvinnehelse er et tema det er behov for økt kunnskap rundt, og noe vi har opplevd det har vært lite fokus på gjennom utdanningen. I tillegg har vi gjennom praksisstudiene møtt pasienter som har gjennomgått selvbestemt abort, hvor vi har observert hvordan kvinnene påvirkes av dette i etterkant, samt deres erfaring med forløpet.

I Norge kan alle kvinner ta abort ved uønsket svangerskap før uke 12 (Abortloven, 1975, §2). I 2021 ble det utført totalt 10 841 svangerskapsavbrudd i Norge, hvorav 95,4% var selvbestemte (Folkehelseinstituttet, 2022), dermed vil en stor andel kvinner være i kontakt med helsepersonell angående denne tematikken. Norge har gode rettigheter for kvinner med hensyn til autonomi gjennom et svangerskapsavbrudd. Abortloven legger frem “fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg” (Abortloven, 1975, §2). Likevel er kvinner ofte ambivalente knyttet til avgjørelsen (Jerpseth, 2016, s. 161). Gjennom abortforløpet er det ofte sykepleier som følger opp kvinnen. Ved å avdekke ulike erfaringer kvinnene har hatt i møte med helsepersonell gjennom forløpet, kan dette hjelpe sykepleier å bli bedre rustet for å kunne ivareta kvinnenes helhetlige behov.

1.2 Problemformulering

Kvinner som gjennomgår selvbestemt abort, kan oppleve prosessen som en belastning både fysisk og psykisk. Viktigheten av å være bevisst på hvilke behov og utfordringer som kan dukke opp hos abortsøkende kvinner er sentralt i utførelsen av sykepleie. Ved mangelfull kunnskap om kvinnenes behov, kan det føre til utfordringer ved helhetlig ivaretagelse, og resultere i negative konsekvenser for hvordan kvinnene mestrer situasjonen. Vi ser dermed behov for mer fokus og kunnskap om ivaretagelse av disse kvinnene og har derfor valgt å ta utgangspunkt i pasientperspektivet, med forskningsarena på sykehus og i hjemmet. Vi ønsker for øvrig å anvende noen synspunkt fra sykepleieperspektiv for å få bredere forståelse for hva som innvirker på ivaretagelsen. Ved å undersøke dette ønsker vi å skape et bedre sykepleierfaglig kunnskapsgrunnlag for hvordan ivareta kvinner som gjennomgår selvbestemt abort.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er todelt, hvor den ene er å innhente og diskutere hvilke erfaringer kvinnene har hatt i møte med helsepersonell gjennom et selvbestemt abortforløp. Den andre delen består av å undersøke hva sykepleier kan gjøre for å bidra til at kvinnene opplever seg helhetlig ivaretatt.

2.0 TEORI

2.1 Abort

Begrepet abort innebærer et svangerskap som avsluttes før fosteret er levedyktig. Det skiller mellom to typer abort, spontan og provosert abort. Ved en spontanabort oppstår svangerskapsavbruddet av seg selv, mens en provosert abort fremkaller svangerskapsavbruddet med kunstige legemidler (NOU 1994: 22, s. 15).

Ved selvbestemt svangerskapsavbrudd før uke 12, kan kvinnen så langt det er medisinsk forsvarlig velge mellom to abortmetoder, kirurgisk og medikamentell. Ved kirurgisk abort fjernes fosteret ved en utskrapning av livmorhulen, og foregår vanligvis i narkose, men kan også gjennomføres med lokalbedøvelse i skjeden. Det er et lite inngrep, med få bivirkninger, men noen kan oppleve magesmerter og blødninger i opptil en uke. Over 90% av aborter i Norge utføres medikamentelt, og er dermed den vanligste abortmetoden. Bivirkninger kan

forekomme som kvalme, magesmerter og blødninger. Virkestoffet i tablettene gjør at livmoren trekker seg sammen og menstruasjonssmerter oppstår, spesielt i det kroppen støter ut fosteret. Det er normalt med koagler, samt sterke blødninger. Uavhengig om aborten gjennomføres på sykehuset eller hjemme, skal helsepersonellet på sykehuset informere om prosedyren og administrasjonsmåte (Helsenorge, 2020).

2.2 Joyce Travelbee sykepleieteori

Vi har valgt å ta utgangspunkt i Travelbee (1999) sin sykepleieteori, med fokus på kommunikasjonsprosessen og smerteopplevelse. Sykepleie baseres på en interaksjonsprosess som har fokus på relasjonen og utviklingen mellom pasient og sykepleier. Hun var opptatt av at mennesket er et unikt individ, som er likt men samtidig ulikt alle andre (Travelbee, 1999, s. 139-140). Travelbee definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess, hvor sykepleieren hjelper med å forebygge eller mestre erfaringene individet, en familie eller samfunnet har med sykdom og lidelse, samt bidra til å finne mening i erfaringene dersom nødvendig (Travelbee, 1999, s. 29).

Menneske-til-menneske-forholdet i sykepleiesituasjoner er et virkemiddel som er med på å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Kontakten sykepleieren skaper med pasienten kan gjøre det lettere å starte på menneske-til-menneske-forholdet. Sykepleier må da møte den syke med et ønske om å lære personen å kjenne, samt ivareta den sykes behov. Dette forholdet er ikke noe som kommer av seg selv, men må bygges opp. Dermed må sykepleier ha en visshet om hva som må gjøres, og kunne utnytte all sin kunnskap og innsikt i møte med den syke (Travelbee, 1999, s. 171-172). Videre poengterer Travelbee (1999, s. 119) at det å ha valgmuligheter i en utfordrende situasjon, vil fremme personens opplevelse av selvbestemmelse. Selv når alternativene danner et dilemma vil muligheten til å kunne velge øke følelsen av kontroll og frihet hos mennesket.

I pasient og sykepleier relasjonen står kommunikasjon svært sentralt, både ved samtale og taushet. Kommunikasjon kan ses på som en dynamisk kraft som har en dyp innvirkning på den menneskelige nærheten i sykepleiesituasjoner, og kan brukes til å trekke andre mennesker nærmere, gi hjelp, til å såre eller til å støte dem bort. De grunnleggende intensjonene til sykepleieren og hennes oppfatning av det andre mennesket vil som regel

alltid gjenspeiles i pleiesituasjoner. Det er gjennom sanseoppfatninger og kommunikasjon at den andres verdi kommer til uttrykk (Travelbee, 1999, s. 137-138).

Travelbee (1999, s. 147) legger frem at det er mulig for sykepleier og den syke å ha effektiv kommunikasjon uten et meningsfylt forhold. Ulike følelser som likegyldighet, manglende interesse og motvilje kommuniseres like effektivt som følelser rundt sympati, omtanke og interesse. Det sykepleier tenker og føler rundt den syke vil alltid kommuniseres til vedkommende, og den syke vil oppfatte hvilke intensjoner sykepleieren har. Kommunikasjon i pleiesituasjoner vil være avgjørende for om sykepleier klarer å etablere eller ødelegge relasjonen. Det som kommuniseres vil enten hjelpe eller forsterke opplevelsen av å være alene, og det er derfor viktig at sykepleier forstår meningsinnholdet pasienten formidler.

Lidelse og smerte er ensomme erfaringer å sitte med alene. Det kan være utfordrende for den syke å uttrykke sin smerteerfaring på en måte som gjør at sykepleier forstår smerten fullt ut. Vurdering av grad og intensitet av andres smerte kan derfor være en utfordring for sykepleier. En pasient som ikke oppnår tilstrekkelig smertelindring, vil ha en annen smertereaksjon enn en pasient som oppnår full smertelindring. Enkelte kan ha sterk angst for smerter allerede før smertene har inntruffet, og kan få økte smerter på grunn av reaksjonen når de inntreffer. Hvordan sykepleier reagerer på pasientens smerteopplevelse er svært viktig da dette kan være til god hjelp eller til hinder. Blir pasienten møtt med omsorg? Er sykepleier interessert i pasientens smerter? Pasienten merker fort om sykepleier tror på dem når de forteller om smertene (Travelbee, 1999, s. 112-114).

2.3 Sykepleiers rolle

Som sykepleier er det viktig å møte kvinnen som skal gjennom selvbestemt abort med støtte og respekt. Valget kan være utfordrende for kvinnen, og flere opplever å kjenne på blandede følelser som sorg, skyld, eller lettelse. Noen kjenner også på tvil knyttet til selve gjennomføringen (Jerpseth, 2016, s. 161). Sykepleier har som oppgave å informere kvinnen om prosedyren, i tillegg til å skape rom for samtale og tillit. Kvinnen bør oppmuntres til å sette ord på følelser, spesielt knyttet til egne verdier, og eventuelle dilemmaer hun kan kjenne på. Sykepleier skal ha som fokus å underbygge mestring hos kvinnen, og vise forståelse for det vonde valget (Jerpseth, 2016, s. 162).

Eide & Eide (2017, s. 17) viser at personorientert kommunikasjon omfatter å lytte til det den andre sier, men også det som uttrykkes nonverbalt. Det er dermed viktig å ha evnen til å oppfatte det som formidles indirekte gjennom kroppsspråk, stemmebruk og lignende. Ved å benytte seg av personorientert kommunikasjon, kan det bidra til opplevelsen av å bli imøtekommet, sett og forstått. Eide & Eide (2017) trekker videre frem bekreftende ferdigheter som et kommunikasjonsverktøy, som innebærer å respondere, samt formidle at en lytter, ser og forstår. Bekreftende kommunikasjon omhandler blant annet å følge verbalt, gi anerkjennelse, gjenta uttrykk, reformulere, speile følelser og sammenfatte innhold. Dette for å bekrefte at en oppfatter det pasienten uttrykker, noe som egner seg i situasjoner som er preget av usikkerhet. Det understrekes at forutsetningen for å vise forståelse og bekræftelse er evnen til empati, det å oppfatte personens tanker og følelser. Ved bekreftende kommunikasjon vil en gjennom ord formidle at en ser og forstår essensen i det som uttrykkes, og kan oppnå å motivere og skape tillit. Dette fører videre til grunnlaget for å skape en god relasjon, og kunne utforske tanker og følelser sammen. Kommunikasjonsferdigheter kan forbedres og utvikles ved hjelp av trening og simulering.

Respekt for personens integritet, frihet og rett til selvbestemmelse er sentralt i anvendelsen av bekreftende ferdigheter. Det trekkes frem utfordringer knyttet til det etiske hvor helsepersonell fort kan ende opp med å krenke pasientens selvbestemmelse og integritet. Det poengteres at det kan være vanskelig å tyde skillet mellom å ta ansvar for og ta ansvar fra en pasient (Eide & Eide, 2017, s. 156). En forutsetning for selvbestemmelse er kunnskap, da økt kunnskap vil gi pasienten følelsen av kontroll og mestring over egen situasjon. Dette kan oppnås med informasjon og veiledning, som anses å være en av de viktigste oppgavene til hjelperen innenfor kommunikasjon. Informasjon bidrar også til opplevelse av forutsigbarhet og ivaretagelse hos pasienten dersom den formidles på riktig måte. Ved gjennomføring av en informasjonssamtale må hjelperen derfor sikre at pasienten har best mulig forutsetning for å forstå budskapet. Informasjon bør bli gitt på riktig sted, tid og måte, samt hvor muligheten er liten for uroskapende momenter (Eide & Eide, 2017, s. 218-219).

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

Metode er et redskap som anvendes når det er noe man ønsker å undersøke. Metoden vil være en hjelp til å samle inn data, som vil gi oss relevant informasjon til oppgaven. Det skiller mellom to ulike metoder i forskning, kvalitativ og kvantitativ metode. Hvilken metode som blir tatt i bruk avhenger av hvilke data man ønsker å samle inn. Kvantitativ metode blir tatt i bruk når det blir gitt data som er oppført i en målbar enhet, for eksempel “inntekt i en befolkning”. Kvalitativ metode brukes ved innsamling av meninger og opplevelser som ikke kan bli tallfestet eller målt (Dalland, 2012, s. 112).

3.2 Valg av metode

Vår bacheloroppgave er en integrativ litteraturoversikt, hvor det i tillegg til den beskrivende presentasjonen av resultat, også tolkes og konkluderes for å gi en forståelse av sammenhengen mellom dataene (Friberg 2012, s. 141). Bakgrunn for valgt metode er å skape en oversiktlig og hensiktsmessig måte å arbeide og besvare vår hensikt. Ifølge Friberg (2012, s.133) kan ulik data knyttet til en problemstilling samles inn ved hjelp av å sammenligne resultater fra eksisterende vitenskapelige forskningsartikler for å belyse kunnskap om det valgte problem. Dette blir dermed betegnet som en litteraturstudie.

3.3 Søkord

Vi har benyttet oss av strukturert litteratursøk (Dalland, 2012), som resulterte i fire vitenskapelige artikler vi ønsket å ta utgangspunkt i. Vi benyttet databasene Cinahl og SweMed+, samt Oria og Sage Journals som søkemotor, hvor søkene i Cinahl resulterte i tilfredsstillende søkeresultater. I søkeprosessen anvendte vi først kun søkeordene “induced abortion”. Grunnet for bredt treff, ble søket avgrenset ved å kombinere ulike søkeord. Eksempelvis «induced abortion AND emotion*» og «induced abortion AND pain management». Søkordene resulterte i et varierende utslag med treff mellom 8-2142 artikler. Se vedlegg 1 for alle søkeordkombinasjoner som er benyttet.

3.4 Valg av artikler

Vi ønsket i hovedsak å ha kvalitativ forskning for å undersøke kvinners erfaringer og opplevelser, og eventuelt metodetriangulering (mixed methods) som er en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Vi valgte i tillegg å inkludere én aktuell kvantitativ studie. Inklusjonskriteriene vi satt var at forskningsartiklene skulle være fagfellevurderte, inneholde en klar IMRaD- struktur og være fra land som tillater selvbestemt abort. Artiklene skulle være utgitt på engelsk, norsk, svensk eller dansk da dette er språk vi behersker. Geografisk område ble begrenset til Europa, og studiene skulle ikke være eldre en 10 år. Artiklene skulle omhandle kvinner som hadde gjennomgått medikamentell eller kirurgisk selvbestemt abort, enten i hjemmet eller på sykehus, samt fokusere på kvinnens opplevelse før, under eller etter abort. Artikler vi valgte å ekskludere omhandlet spontanabort, ulovlig abort og abort på grunn av misdannelser eller sykdom hos fosteret. I tillegg ekskluderte vi artikler som omhandlet land som ikke hadde overføringspotensiale til det norske helsevesenet. Vi valgte å ikke begrense kvinnenes alder, ettersom alder for gjennomføring av abort vil variere.

Enkel oversiktstabell i metodekapittel:

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Georgsson, S. & Carlsson, T. (2019). Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients.	Smerte og smertelindring ved selvbestemt abort.	Kartlegge kvinner sin opplevelse av smerte og smertelindring ved gjennomføring av provosert abort.	Pasient.	Mixed methods med kvalitative overtoner. 185 kvinner deltok i studien. Elektronisk spørreskjema via internett.

<p>Kjelsvik, M., Sekse, T. J. R., Moi, L. A., Aasen, M. E., Nortvedt, P. & Gjengedal, E. (2019). Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers.</p>	<p>Ambivalente kvinner i møte med helsepersonell ved utførelse av abort.</p>	<p>Utforske hvordan kvinner som er usikker på valget om abort opplever møtet med helsepersonell.</p>	<p>Pasient.</p>	<p>Kvalitativ metode. 13 kvinner deltok i studien. Det ble foretatt to dybdeintervjuer med hver deltaker.</p>
<p>Makenzius, M., Tydèn, T., Darj, E. & Larsson, M. (2012). Autonomy and dependence - experiences of home abortion, contraception and prevention.</p>	<p>Erfaringer med hjemmeabort</p>	<p>Undersøke kvinner og partnere sine erfaringer og behov relatert til hjemmeabort.</p>	<p>Pasient og pårørende.</p>	<p>Intervju gjort innen 6 uker etter gjennomført abort. Intervju ble gjort gjennom fysiske møter og over telefon. 24 kvinner deltok i studien.</p>
<p>Vandamme, J., Wyverkens, E., Buysse, A., Vrancken, C. & Brondeel, R. (2013). Pre-abortion counselling from women's point of view.</p>	<p>Kvinner sitt syn på rådgivning før abort.</p>	<p>Undersøke og kartlegge kvinner sitt perspektiv og følelser rundt den obligatoriske rådgivningen før abort i Belgia.</p>	<p>Pasient.</p>	<p>Kvantitativ metode. 971 kvinner deltok i studien. Spørreundersøkelse med to spørreskjema, et like før og et like etter rådgivningen.</p>

Tabell 1.

3.5 Analyse

Friberg (2012, s. 127) beskriver analysearbeid som en bevegelse fra en helhet til å deles opp i ulike deler, for så å skape en ny helhet. Delene blir til når resultatene i studiene brytes ned, slik at funn av sentrale aspekter underbygger og har betydning med tanke på kvinner som gjennomgår selvbestemt abort. Det er den beskrivende sammenføyningen av de ulike faktorene, i denne sammenheng resultatene, som danner den nye helheten. I henhold til prosessen til Friberg (2012) leste vi gjennom de utvalgte vitenskapelige artiklene flere ganger for å få en god forståelse for helheten. Deretter studerte vi grundig resultatene hver for seg, samt oppsummerte. Videre i prosessen kartla vi de ulike hovedtrekkene i resultatene, i tillegg til å identifisere tema. Deretter sammenlignet vi de gjenstående resultatene for å finne fellestrekk og mønstre, samt hvilke av disse som underbygget vår hensikt. De aktuelle resultatene ble sortert i hoved- og underkategorier og plassert inn i en oversiktstabell, se tabell 2.

4.0 RESULTAT

Hensikten vår er å belyse hvilke erfaringer kvinnene har i møte med helsepersonell gjennom et selvbestemt abortforløp, samt hvordan sykepleier kan bidra til opplevelsen av helhetlig ivaretagelse. Våre resultater besvares gjennom 3 hovedkategorier og 6 underkategorier, se tabell 2.

Hovedkategori	Underkategori
Valgprosessen	Ambivalens Autonomi
Ytre og indre faktorer	Fysiske og psykiske påkjenninger Smertepplevelse
Kvinnens erfaringer i møte med helsepersonell	Veiledning og informasjon i møte med helsepersonell Støtte gjennom et abortforløp

Tabell 2.

4.1 Valgprosessen

4.1.1 *Ambivalens*

I tre av artiklene kommer det frem utfordringer knyttet til ambivalens (Vandamme, Wyverkens, Byusse, Vrancken & Brondeel, 2013; Kjelsvik et al., 2019; Makenzius, Tydén, Darj & Larsson, 2012). Mange kvinner opplevde ambivalens i valget om å enten beholde eller fjerne fosteret. Flere forteller at uansett utfall, følte de på en indre konflikt og hadde vanskeligheter med å gjennomføre. Kjelsvik et al. (2019, s. 2140-2141) sin studie viser at flere av kvinnene opplevde det utfordrende å ta inn over seg følelsene som oppstod i konsultasjonen hvor de ble tilbudt første pille som setter i gang abortprosessen. Sykepleier spurte noen av deltakerne om de var sikker i valget, hvor det var varierende om spørsmålet opplevdes positivt eller negativt, hvor en kvinne beskriver opplevelsen slik:

The feeling of reality came while I sat at the clinic. Because before this happened, I'd just thought, 'Do not think about it. There is only a small pea inside, and it is just cell division that is going on, with no life inside of it. It deserves nothing'. But, when I was sitting there, ready to take the pills, the healthcare person asked, 'Are you sure?', and then, I began to cry, but I did not understand why. And then, I could not do it. (Kjelsvik et al, 2019, s. 2140)

Makenzius et al. (2012, s. 570) viser til at grunnene bak kvinnens valg om å avslutte svangerskapet er både varierte og komplekse, og dermed kan skape ambivalente følelser. I likhet trekker Vandamme et al. (2013) frem at kvinnene opplevde følelser som både tristhet og lettelse. Det poengteres at Belgia har lovpålagt veiledningstime i forkant av selvbestemt abort, dette for å bidra med støtte og informasjon i valgprosessen. Det fremkommer at kvinnenes eventuelle usikkerhet knyttet til valget ble tatt opp i 81% av veiledningstimene.

4.1.2 *Autonomi*

Livssituasjon og partners meninger kommer frem i Makenzius et al. (2012, s. 571) som avgjørende for kvinnenes valg. Samt fremmer studiene til Vandamme et al. (2013) og Kjelsvik et al. (2019, s. 2142) at kvinnene syntes det var vanskelig å ta valget om abort alene, og for å komme frem til avgjørelsen hadde de snakket sammen med familie og partner. Kjelsvik et al. (2019, s. 2142) poengterer kvinnenes ønske om å være selvstendig i sin avgjørelse, men mislikte opplevelsen av å stå alene i valgprosessen. De ønsket i større grad at helsepersonell involverte seg i deres følelser rundt valget. I motsetning kommer det frem i

studien til Vandamme et al. (2013, s. 315) at mange kvinner ankom veiledningstimen med en negativ holdning, da de fleste allerede følte seg sikre i valget og anså timen som unødvendig. I etterkant satt derimot kvinnene igjen med en positiv opplevelse, og var mer trygg i sin beslutning.

Kjelsvik et al. (2019, s. 2142-2143) påpeker at helsepersonell kan møte et etisk dilemma i tilfellene der kvinnene ikke uttrykker tydelig behov for veiledning. Helsepersonell er bekymret for å komme i konflikt med autonomien til kvinnen ved å stille spørsmål rundt valget. Grensen for hva som påvirker autonomien gjør at helsepersonell beskriver det som vanskelig å adressere pasientens usikkerhet rundt abort. Samtidig påpekes det at helsepersonell må få opplæring og veiledning i dialog, samt å være sensitive i møte med kvinner som kan være ambivalente.

4.2 Ytre og indre faktorer

4.2.1 Fysiske og psykiske påkjenninger

I Georgsson & Carlsson (2019, s. 3012) beskrives smerteopplevelser til kvinner som gjennomgår selvbestemt abort, samt psykiske påkjenninger. Flere av kvinnene opplevde at de psykologiske aspektene økte den fysiske smerten, og utpekte emosjonelt ubehag som krevende. Det trekkes frem at flere opplevde den psykologiske smerten som betydelig mye verre enn tidligere traumatiske opplevelser, hvor en deltaker beskriver:

The psychological pain was the worst I have ever experienced. And, yet, I have experienced a lot (sexual abuse as a child, witnessed abuse, been a victim of threats of physical violence, had various diseases etc.). But nothing I've experienced before or after exposed me to as much psychological pain as the abortion. But I don't regret it. (Georgsson & Carlsson 2019, s. 3012)

I studien til Makenzius et al. (2012, s. 575) hvor aborten ble utført i hjemmet, uttrykker noen av deltakerne i likhet med Georgsson & Carlsson (2019, s. 3012) å ha erfart psykiske påkjenninger. Noen uttrykte at mangelfull imøtekommelse og ivaretagelse av helsepersonell lå til grunn for de psykiske påkjenningene, andre fortalte at ventetiden for å få gjennomført aborten opplevdes utfordrende. En kvinne forteller "I had to wait 2 weeks for the appointment.... I would rather have taken it (the pill) right away.... because I felt how it was growing inside me, it was mentally very demanding" (Makenzius et al., 2012, s. 574).

I motsetning vises det i både Georgsson & Carlsson (2019, s. 3012) og Makenzius et al. (2012, s. 574-575) til positive erfaringer knyttet til ivaretagelse som reduserte de fysiske- og psykiske påkjenningene. Noen kvinner forteller i Georgsson & Carlsson (2019, s. 3012) at de erfarte å bli møtt av helsepersonell med respekt, støtte og et ønske om å snakke med kvinnene om deres følelser. Dette hjalp dem med å håndtere den psykologiske smerten, noe de verdsatte høyt, samt så på som viktig. Flere av kvinnene i Makenzius et al. (2012, s. 573) forteller at det opplevdes trygt, fredfullt og gunstig å gjennomføre aborten i eget hjem, samt mindre stressende å oppholde seg hjemme enn på sykehuset under aborten.

4.2.2 Smerteopplevelse

I studien til Georgsson & Carlsson (2019, s. 3011-3012) beskrives den fysiske smerten som et sjokk, hvor flere syntes det var vanskelig å prosessere psykisk den sterke opplevelsen de hadde hatt av fysisk smerte. Flere følte seg uforberedt på hvordan de skulle håndtere den fysiske smerten. Det blir påpekt at flere av kvinnene erfarte utilstrekkelig smertebehandling, og beskrev den som mangelfull eller ineffektiv, samt at kvaliteten og oppfølgingen varierte. Det ble oppgitt at flere kun fikk tilbud om ikke-opioider, uten effekt. Det var likevel tilfeller hvor kvinner hadde fått opioider, men grunnet utilstrekkelig oppfølging fortsatt hadde store smerter. Manglende oppfølging gjennom prosessen blir beskrevet av flere, hvor en kvinne forteller om sin opplevelse:

The pain went from rather mild to intense during the hours at the hospital. But I endured through it all until the minutes when it came out (even though I was shocked over the pain). At that moment, I experienced the pain as if I was about to die. I couldn't endure it any longer. When that happened, there wasn't any staff available either and I felt left alone... (Georgsson & Carlsson, 2019, s. 3013)

I likhet forteller Makenzius et al. (2012, s. 573) om opplevelse av å ikke bli tilstrekkelig smertelindret, der kvinnene hadde hatt behov for mer smertestillende enn det de fikk med seg hjem fra sykehuset, samt erfarte at smerten var verre enn forventet. Noen av kvinnene erfarte hjemmeaborten som traumatisk på grunn av smertene og hvor mye de blødde. På en annen side beskrives positive erfaringer knyttet til smerteopplevelsen, der flere av kvinnene trakk frem fordeler ved å gjennomføre aborten hjemme. Fordelene som utpekte seg var opplevelsen av å ha kontroll over situasjonen selv og kunne ha partner til stede. Noen uttrykte at de opplevde bedre støtte og følelsesmessig ivaretagelse hjemme enn på sykehus. En kvinne

forteller om sin opplevelse av å kunne inkludere partner: “Being at home without any distractions. This was something between me and my partner, we could be in it together, without sharing it with a lot of other people we don’t know...at the hospital” (Makenzius et al., 2012, s. 572).

4.3 Kvinneres erfaringer i møte med helsepersonell

4.3.1 Veiledning og informasjon i møte med helsepersonell

I forskningen til Kjelsvik et al. (2019, s. 2136-2137) legges det frem at forberedelse før abort i det norske helsevesenet foregår på gynekologisk avdeling, der kvinnene blir tilsett av helsepersonell. Som regel er det ikke personell med kompetanse innen veiledning tilgjengelig på avdelingen, men helsepersonellet er forpliktet til å informere om hvor kvinner kan oppsøke rådgivning.

I Vandamme et al. (2013) kommer det frem at kvinnene satte stor pris på veiledning av helsepersonell i forkant av aborten, selv om de var nølende og allerede hadde en gjennomtenkt plan. Veiledningen ble tilpasset hver enkelt kvinne etter deres behov og ønsker, men abortinngrepet (89%) og den enkeltes valgprosess angående å ta abort (81%) var gjennomgående temaer hos nesten alle. Det blir lagt frem at deltakerne var fornøyde med både standardisert og tilpasset veiledning, og at den opplevdes mer hjelpsom enn kvinnene tenkte før timen. Dette vises også i studien til Kjelsvik et al. (2019, s. 2137) hvor det påpekes at kvinners veilednings- og informasjonsbehov vil variere ut ifra tidligere erfaringer. Noen vil ha behov for omfattende psykososial rådgivning, mens andre kun har behov for informasjon om inngrepet. Uansett hvilken bakgrunn kvinnen har er helsepersonellet forpliktet til å informere om hvordan en abort blir gjennomført og de medisinske effektene av prosedyren.

Makenzius et al. (2012, s. 574) viser til funn om viktigheten av adekvat informasjon, og legger frem at opplevelsene til deltakerne varierte. Flere fortalte at de ikke var bekymret eller kjente på tvil grunnet den utfyllende informasjonen de hadde mottatt på sykehuset. En deltaker forteller “They explained everything so explicitly at the hospital so there were no worries or doubts” (Makenzius et al., 2012, s. 574). I motsetning trekkes det frem at noen opplevde informasjonen som overdrevet, mens andre satt igjen med erfaringen av underdrevet informasjon. Eksempelvis opplevde noen mindre blødninger enn forespeilet, mens andre erfarte å blø mer. For flere av kvinnene hadde det skapt utrygghet i de tilfellene

hvor informasjonen avviket fra opplevelsen. En deltaker fikk inntrykk av at det kun var å ta en pille så var aborten overstått, men at det i realiteten var annerledes og opplevdes vanskelig (Makenzius et al., (2012, s. 574). Dette kan ses i likhet med Georgsson & Carlsson (2019, s. 3012) hvor noen følte seg uforberedt og ønsket bedre informasjon i forkant av prosedyren. Det ble også rapportert at kvinnene ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om hvordan abort utføres.

Kommunikasjonsferdighetene som helsepersonell må ta i bruk ved hjemmeabort kan være mer utfordrende enn ved sykehusabort. Dette grunnet at helsepersonellet må være mer fleksible og forestille seg ulike scenarier og behov som kan oppstå hos pasienten. Det vises at dette kreves i mindre grad ved gjennomføring av abort på sykehus, da helsepersonellet har større mulighet til å overvåke pasienten til enhver tid, og tilpasse pleien deretter (Makenzius et al., 2012, s. 576).

4.3.2 Støtte gjennom et abortforløp

I tre av studiene legges det frem hvordan kvinnene opplevde støtte både før og etter selvbestemt abort (Kjelsvik et al., 2019; Georgsson & Carlsson, 2019; Makenzius et al., 2012). For kvinnene var det viktig med støtte fra partner og familie, flere diskuterte også valget med helsepersonell. Møtet med helsepersonell ble i Kjelsvik et al. (2019) sin studie opplevd som varierende, hvor noen beskriver ivaretagelsen som støttende, respekterende og informativ, mens andre opplevde den kald, forlatende og negativ. En kvinne hadde planlagt sin graviditet, men ble i ettertid usikker på om dette var det rette likevel. Hun opplevde å bli møtt av helsepersonellet med respekt og vennlighet da hun skulle utføre aborten, og ble veiledet i hvor hun kunne snakke med noen før hun bestemte seg for hva hun ønsket å gjøre. En annen kvinne opplevde å ikke bli møtt i sin usikkerhet, hun forteller:

The health care provider went through what would happen and asked if I had any questions. Then, I said, 'I am sitting here, doubting and do not know what to do'. Then, the provider responded by saying, 'Yes, but here are the tablets'. And then I just thought, 'No, there's no room for anything else'.

(Kjelsvik et al., 2019, s. 2141)

Samme kvinne beskriver følelsen av å være en del av en samlebåndsproduksjon, og opplevde at helsepersonellet ønsket å få konsultasjonen fortrest mulig overstått. Videre utdypet kvinnen at hennes følelsesmessige behov opplevdes avfeid, men at ingen tvang henne til å ta valget

(Kjelsvik et al., 2019, s. 2140-2141). I studien til Georgsson & Carlsson (2019, s. 3011-3012) vises det likheter hvor flere av kvinnene beskriver å ha følt seg avfeid, alene og forlatt i prosessen. Det blir belyst at flere opplevde at helsepersonellet ikke var til stede verken før, under eller etter aborten.

Funnene i forskningen til Makenzius et al. (2012, s. 574) viser at flere hadde positive opplevelser med tanke på støtte. Flere av deltakerne hadde forventninger om at rutinene skulle imøtekomme deres behov, og uttrykte i etterkant takknemlighet og tilfredshet med tanke på hjelpen og støtten de mottok. Det trekkes frem eksempler fra både kvinner og partnere som opplevde at de ble møtt på en ikke-dømmende måte og satt igjen med en opplevelse av å bli involvert i prosessen. Det vises også til funn hvor forventningene ikke ble møtt som resulterte i økt utrygghet og skuffelse.

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

Vi ønsket å ha fokus på hvilke erfaringer kvinner som gjennomgår selvbestemt abort har i møte med helsepersonell, og hvordan sykepleier kan bidra til opplevelsen av helhetlig ivaretagelse. Det ble dermed naturlig å undersøke studier som belyser aktuelle opplevelser av god eller mangelfull ivaretagelse.

Vi har benyttet oss av en integrativ litteraturoversikt som metode for å besvare vår hensikt. En av fordelene ved å benytte denne metoden er at dataene er lett tilgjengelig, og gir muligheten til å finne relevant forskning innenfor aktuelt fagområde (Friberg, 2012). Imidlertid krever dette å ha satt seg inn i fagfeltet for å ha tilstrekkelig kunnskap til å utforme søkeord som vil gi aktuelle treff. En ulempe er at vi ikke får observere og utføre intervjuer med kvinnene selv, og kun benytter oss av eksisterende data. Dermed får vi ikke gransket tematikken utover forskningen som allerede er tilgjengelig. I og med at emneområdet vi har utforsket er komplekst, vil utvalget av kun fire vitenskapelige artikler kunne sette begrensninger for hvor omfattende vi kan besvare hensikten vår. På den andre siden vil tid og oppgavens begrensninger gjøre det utfordrende å gjennomføre analyse av flere studier.

Vi har reflektert kritisk rundt svake og sterke sider ved vår utvalgte forskning, hvor vi mener at studiene vi har valgt er gyldige og relevante for å belyse vår hensikt. Ettersom det er vi som har valgt ut aktuelle studier kan utvalget til tross for at vi har forsøkt å ha en nøytral holdning likevel blitt noe påvirket av egne synspunkt, som kan ha ført til at annen aktuell forskning er gått tapt. Under vår analyseprosess, tok vi som tidligere nevnt utgangspunkt i Fribergs analysearbeid (2012, s. 127). Denne tar for seg å dele helheten i deler for så å sortere data inn i nye grupper, slik at vi kan komme frem til en ny helhet som vi sorterte i hoved- og underkategorier.

5.1.1 Kvalitetssikring

Kildekritikk omfatter en kritisk gransking av utvalgte kilder og deretter bedømme deres informasjon og troverdighet (Dalland, 2012, s. 67). Vi har foretatt søk på forfatterne i de ulike vitenskapelige artiklene, som viste at flere hadde videreutdanninger og doktorgrader innen helsefag, inkludert flere helsefaglige publikasjoner. Dette ga oss en sikkerhet på at artiklene var holdbare. Videre kvalitetssikret vi tidsskriftene hvor studiene var publisert, der det ble sjekket pålitelighet og kvalitet i henhold til fagfelle vurdering. I tillegg forsikret vi at studiene var godkjent av etiske komiteer. Forskningen til Makenzius et al. (2012) og Georgsson og Carlsson (2019) er godkjent av The Regional Ethical Board i Uppsala, Sverige, Kjelsvik et al. (2019) sin forskning er godkjent av The Regional Committee for Medical and Health Research Ethics og Vandamme et al. (2013) har fått godkjenning av The Ethical committee of the Faculty of Psychology and Educational Sciences at the University of Ghent. For å vurdere holdbarheten gransket vi hver studie ved å gå gjennom en sjekklister (Friberg, 2012, s. 126). Denne sjekklister inneholdt 14 spørsmål som vurderer studiens kvalitet, vi opplevde at ved å besvare disse sikret vi oss en grundig kvalitetsvurdering.

Vi hadde i utgangspunktet tenkt å ta i bruk kun kvalitative studier ettersom dette ville reflektere pasientperspektivet på best mulig måte. Etter vi hadde gjennomført en del søk og utforsket hva som lå ute av studier besluttet vi å inkludere en mixed methods og en kvantitativ vitenskapelig artikkel, noe vi opplever er med på å skape en større bredde og dybde for vår oppgave. Ettersom våre utvalgte artikler er skrevet på engelsk, kan mistolkninger i oversettingen forekomme, som igjen kan ha innvirkning på vår tolkning av de ulike funnene.

Forskningen er utført i Norge, Sverige og Belgia. Vi ønsket å bruke land som har tilnærmet like abortlover og praksiser som det norske helsevesenet. Vi har i hovedsak valgt studier med forskningsarena som ville være aktuell for pasientgruppen vi ønsket å ha fokus på, valget falt dermed på gjennomførelse av selvbestemt abort på sykehus, men også i hjemmet da dette er den mest brukte metoden i Norge. Studien til Makenzius et al. (2012) tok for seg kun hjemmeabort, mens studiene til Vandamme et al. (2013), Georgsson og Carlsson (2019) og Kjelsvik et al. (2019) inkluderte forskning rundt sykehusabort. Alle våre valgte studier tar for seg hvordan kvinner som skal gjennomføre selvbestemt abort opplever å bli møtt av helsepersonell, noe som gjør studiene godt egnet for å besvare vår hensikt. Ettersom forskning er en ferskvare begrenset vi søket med 10 år, fra 2012-2022.

Informantene er kvinner i fruktbar alder over 18 år, i tillegg inkluderte studien til Makenzius et al. (2012) noen av kvinnenes partnere. Antall deltakere varierte fra 13-971 stk, hvor rekrutteringen besto av at helsepersonell inviterte kvinnene til å delta i studiene. Andre ble rekruttert gjennom forum og sosiale medier ved bruk av spørreskjema. Med de ulike studiene i betraktning, mener vi det legges frem et godt utvalg fra en stor andel av populasjonen. Eksempelvis ble det utført datainnsamling ved 6 ulike poliklinikker i studien til Kjelsvik et al. (2019) som ga et bredt resultat av hvordan helsepersonell ivaretar kvinner som gjennomfører abort, og trolig gir et realistisk bilde av likheter og ulikheter uavhengig av lokasjon. Det ble også stilt krav til at informantene måtte beherske språket til landet studiene fant sted, med unntak av Vandamme et al. (2013) hvor engelsk, i tillegg til fransk og nederlandsk var gjeldende språkkrav. Inklusjonskriteriene på språk kan ha påvirket resultatet noe, da minoriteter kan utelukkes og eventuelle andre erfaringer dermed ikke blir undersøkt, noe vi tenker kan gi et skjevt resultat.

5.1.2 Søkestrategi

Det ble i første omgang forsøkt å finne flest norske studier, grunnet lite aktuelle funn ble søket utvidet til Europa. Vi ekskluderte land utenfor Europa grunnet manglende overføringspotensiale til det norske helsevesenet. Vi ønsket å se på kvinner som hadde gjennomgått selvbestemt abort og ekskluderte dermed spontanabort, i tillegg ble studier om fostermisdannelser utelukket da disse ikke var aktuelle for å besvare vår hensikt. Ettersom spontanabort og abort ved misdannelser hos foster eliminerer i hvor stor grad valget er selvbestemt hos kvinnen, tenker vi dette kan gi ulikt utslag på opplevelsen. Når vi gjennomførte artikkelsøk benyttet vi oss av søkemotorene Oria og Sage Journals, og utførte

søk i databasene Cinahl og SweMed+. Da Cinahl ga flest treff som var relevante, ble denne tatt mest i bruk. De ulike databasene vi benyttet inneholder helse- og sykepleieforskning, og var derfor godt egnet til å besvare vår hensikt. Noen av studiene gikk igjen i flere ulike databaser og søkemotorer, noe som tyder på at innholdet er delvis det samme. Eksempelvis fant vi flere av de utvalgte studiene i databasen Cinahl, men de ble også funnet i andre benyttede databaser og søkemotorer.

5.1.3 Søkeord

I starten av søkeprosessen utførte vi prøvesøk, og forsøkte forskjellige søkeord som kunne være aktuelle for å finne ulike studier som belyste vår hensikt. Vi ble enige om spesifikke søkeord og fikk en mer strukturert søketeknikk. Søkeordkombinasjonen som ga flest tilfredsstillende resultater i form av pasientperspektiv var “induced abortion” AND “emotion”. Vi ønsket å bruke søkeord som var nøytrale, for å unngå at resultatene ble påvirket mot en bestemt retning. På en annen side kan dette ha resultert i at vi har gått glipp av andre relevante studier som kunne vært aktuelle. Ved å avgrense søkeordene slik opplevde vi at treffene ga ulike synspunkter som tok for seg flere sider av abortforløpet, likevel så vi at det ofte var overvekt av negative erfaringer. Ved ettertanke kunne vi ha inkludert søkeord som var mer ledende mot positive opplevelser da dette kunne gitt en bedre balanse mellom ulike erfaringer.

5.2 Resultatdiskusjon

Hovedfunnene viser ulike erfaringer knyttet til smertebehandling, informasjon, ambivalens og autonomi, med hovedvekt i negative opplevelser knyttet til ivaretagelse gjennom abortprosessen. Vi ønsker å diskutere disse funnene opp mot relevant teori og egne refleksjoner, samt videre begrunne hva som kan innvirke på hvordan kvinner blir ivaretatt i forbindelse med selvbestemt abort.

5.2.1 Valgprosessen

Resultatene til Vandamme et al. (2013) og Kjelsvik et al. (2019, s. 2140-2141) viser at mange kvinner opplever ambivalens, samtidig som de har et stort behov for støtte og selvbestemmelse rundt valget. Ambivalens i valgprosessen skapte en indre konflikt og usikkerhet, og gjorde det utfordrende å gjennomføre. Flere opplevde å ta tabletten som den

verste delen da det ikke ville være noe vei tilbake. I likhet belyser Makenzius et al. (2012, s. 570) at kompleksiteten ved valget kan skape ambivalente følelser. Dette kan ses i lys av Jerpseth (2016, s. 162) som fremmer viktigheten av å oppmuntre kvinnen til å sette ord på følelser gjennom samtale, samt hvilke verdier hun har for å kunne kartlegge hvilke dilemmaer hun kan føle på. Gjennom denne dialogen er det viktig at kvinnen opplever at sykepleier viser forståelse for at valget kan være utfordrende.

Deltakerne i Georgsson & Carlsson (2019, s. 3012) og Makenzius et al. (2012, s. 574) rapporterte å få utilstrekkelig informasjon i forkant av prosedyren. På den andre siden opplevde flere i Makenzius et al. (2012, s. 574) informasjonen som overdrevet, noe som skapte utrygghet. Det legges frem i pasient- og brukerrettighetsloven at pasienten skal få nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt bli informert om mulig risiko og bivirkninger (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Ved formidling av pasientinformasjon hevder Eide & Eide (2017, s. 218-219) at den bør gis på riktig sted, tid og måte, hvor kvinnen kan fokusere på informasjonen som gis, samt får anledning til å stille spørsmål. Hva det skal informeres om og hvordan den formidles vil variere hos den enkelte pasient, det er derfor nødvendig å tilpasse informasjonen etter behov. Formidling og tilpasning av informasjon krever omtanke, da pasienten skal forstå og huske nødvendig informasjon i tillegg til å oppleve seg godt ivaretatt. Om kvinnen får utilstrekkelig eller overdrevet informasjon tenker vi at opplevelsen kan avvike fra forventningene og skape usikkerhet hos kvinnen. Gis det for mye informasjon på en gang, kan det være utfordrende å få med seg alt, spesielt i situasjoner hvor man opplever stress og usikkerhet som kan føre til at informasjon blir glemt. Om det derimot under informeres kan det medføre at pasienten føler seg uforberedt ved gjennomførelse av aborten, og kan resultere i at kvinnen fratras kunnskap om valgmulighetene.

5.2.2 Autonomi

Kjelsvik et al. (2019, s. 2142) og Vandamme et al. (2013, s. 315) peker på sentrale utfordringer ved involvering fra helsepersonell gjennom abortprosessen. Det belyses viktigheten av at kvinnen får tilstrekkelig informasjon for å kunne ta en selvstendig avgjørelse. Kvinnene i Kjelsvik et al. (2019, s. 2142-2143) etterlyste større involvering fra helsepersonell, men på andre siden belyste helsepersonell å føle på et etisk dilemma da de ikke ønsket å overstyre kvinnens autonomi. Videre ses det i Vandamme et al. (2013, s. 315) at kvinnene hadde en negativ holdning til den pålagte veiledningstimen, men i etterkant

opplevde involveringen som positiv og ble tryggere i avgjørelsen. De yrkesetiske retningslinjene vektlegger at sykepleier skal respektere og fremme pasientens rett til medbestemmelse, samt gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon slik at det kan tas et selvstendig valg (Norsk sykepleierforbund, 2019). Travelbee sin (1999, s. 119) teori underbygger at selvbestemmelse i en vanskelig situasjon med ulike valgalternativ, selv når alternativene kan skape et dilemma, gir en følelse av frihet og kontroll hos mennesket. I likhet peker Eide & Eide (2017, s. 218-219) på kunnskap som bidragsytende til følelse av kontroll og mestring hos pasienten, og at kunnskap er en forutsetning for selvbestemmelse. Selv om lovverket er tydelig på retten til å motta nødvendig informasjon for å kunne ta et autonomt valg (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§3-1 og 3-2), mener vi at det i større grad burde være mulig å reflektere rundt følelsene sammen med helsepersonellet utover lovfestede krav. Ved å ha en reflekterende dialog om valgmulighetene med en nøytral part kan dette føre til at kvinnen blir mer sikker i sin beslutning, bidra til mindre ambivalens og styrke opplevelsen av medvirkning i prosessen.

5.2.3 Kommunikasjon

Makenzius et al. (2012, s. 576) presiserer at kommunikasjonsferdigheter ved hjemmeabort kan være utfordrende, da det krever fleksibilitet hos helsepersonell, og hevder at det er færre hinder ved kommunikasjon på sykehus da sykepleier er tilgjengelig og kan tilpasse pleien etter behov. I likhet med hjemmeabort vises det i Kjelsvik et al. (2019, s. 2136-2137) utfordringer ved veiledning av kvinner på sykehus, da helsepersonell vanligvis ikke har spesialisert veiledningskompetanse. Viktigheten av kommunikasjon kan ses i teorien til Travelbee (1999, s. 137-138) hvor kommunikasjon er sentralt både ved taushet og samtale. Kommunikasjonen mellom sykepleier og kvinnen kan bli sett på som en dynamisk kraft som har stor innvirkning på den menneskelige nærheten i pleiesituasjoner. Eide & Eide (2017, s. 17) presiserer at det er gjennom personorientert kommunikasjon at sykepleier må lytte aktivt, verbalt og nonverbalt. Dette handler om at sykepleier må klare å forstå det som også vises indirekte, eksempelvis kroppsspråk, ansiktsuttrykk, stemmebruk og lignende. Dette vil gi kvinnen en opplevelse av å bli sett, hørt og forstått. Jerpseth (2016, s. 134) påpeker at ved gynekologiske poliklinikker og avdelinger vil sykepleier møte kvinner som skal gjennomgå et abortforløp, enten på sykehuset eller i hjemmet. Dette tenker vi stiller krav til sykepleiers fleksibilitet, samt klare å leve seg inn i kvinnes ulike behov noe som kreves for å kunne skape god kommunikasjon uavhengig av lokasjon.

5.2.4 Negative erfaringer

Det pekes på sentrale utfordringer i Kjelsvik et al. (2019) og Georgsson & Carlsson (2019) ved ivaretagelse av kvinner i et abortforløp. For det første opplevde flere å ikke bli møtt i deres usikkerhet og følelsesmessige behov under prosessen, eksempelvis hvor en kvinne opplevde å være en del av en samlebandsproduksjon, der det ikke var rom for samtale (Kjelsvik et al., 2019, s. 2141). For det andre belyses opplevelsen av å bli forlatt under abortprosessen, noe som skapte utrygghet (Georgsson & Carlsson, 2019, s. 3012-3013). Videre vises det til et opplæringsbehov blant helsepersonell som møter kvinner i sårbare situasjoner (Kjelsvik et al., 2019, s. 2141). Viktigheten av gode kommunikasjonsferdigheter underbygges av Eide og Eide (2017, s. 155-156), hvor bekreftende kommunikasjon er spesielt egnet i situasjoner preget av usikkerhet. Dette kan benyttes som et verktøy for sykepleier for å formidle at en ser og forstår pasienten, som videre vil kunne være både tillitsskapende og grunnleggende for en god relasjon. Dette kan forstås i lys av Travelbee (1999) sin teori som viser til viktigheten av at sykepleier utnytter sin kunnskap og vet hvordan hun går frem for å bygge relasjon. I tillegg poengteres det at når relasjonen først blir brutt, vil den være vanskelig å bygge opp igjen. Usikkerheten kvinnene opplever tenker vi kan være med på å skape utfordringer for ivaretagelsen da det kan være vanskelig å uttrykke hva hun har behov for. På en annen side kan dette igjen gjøre det utfordrende for sykepleier å ivareta kvinnens ulike behov, noe som kan skape utfordringer i relasjonsbyggingen og kan oppleves som mangelfull ivaretagelse.

5.2.5 Positive erfaringer

Makenzius et al. (2012, s. 574) peker på at flere var tilfredse med støtten og hjelpen de mottok, og satt igjen med følelse av takknemlighet, samt at de ble involvert i prosessen. Det ble uttrykt at erfaringen med imøtekommelse i tillegg til den utfyllende informasjonen bidro til trygghet og god ivaretagelse. Dette kan ses i likhet med Georgsson & Carlsson (2019, s. 3012), hvor flere av kvinnene opplevde å bli møtt av helsepersonell med støtte, respekt og rom for samtale. Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø (2016, s. 23) viser til at menneskesyn og verdier vil komme til uttrykk i hvordan sykepleier samhandler og møter kvinnene. Å oppleve å bli lyttet til og møtt vil gi en opplevelse av å bli tatt på alvor og sett som menneske. Når det blir tilrettelagt for samtale med sykepleier som viser forståelse og interesse vil dette hjelpe kvinnen i å styrke sin identitetsfølelse, samt å bli respektert. Dette støtter Travelbee (1999) i sin teori om menneske-til-menneske forholdet som kjennetegnes

hovedsakelig ved at pasientens behov blir ivaretatt. Dette innebærer et ønske om å lære pasienten å kjenne og møte pasienten der de befinner seg. Interaksjonsprosessen baseres på pasient og sykepleiers relasjon og utvikling, hvor alle mennesker er unike individ, som er likt men samtidig ulikt alle andre. Ut fra funnene og teori kan dette tyde på at opplevelse av ivaretagelse, støtte og trygghet gjør at kvinnene føler seg sett, tilstrekkelig informert og opplever at helsepersonellet ønsker å hjelpe.

5.2.6 Psykisk påkjenning og smertelindring

I Georgsson & Carlsson (2019, s. 3011-3012) belyses noen sentrale utfordringer når det gjelder smerte hvor flere av kvinnene ble overrasket over den fysiske smerten aborten medførte, og opplevde utilstrekkelig smertelindring. I likhet legger Makenzius et al. (2012, s. 574) frem at flere opplevde mangelfull smertelindring, da smertene var verre en forventet. Sykepleiere har et yrkesetisk ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2019). I lys av teorien til Travelbee (1999, s. 112-114) vises det til utfordringer ved vurdering av intensitet og grad av smerte, da pasienter kan ha ulike smertereaksjoner. Hvordan pasienten opplever at sykepleier responderer på deres smertereaksjon, kan være avgjørende for den helhetlige smerteopplevelsen, da sykepleiers følelser som sympati, omsorg, interesse, likegyldighet og motvilje alltid vil kommuniseres til pasienten. Som vist i teori kan vurdering av smerter være utfordrende, da det er en subjektiv erfaring, noe vi har erfart i praksis. Eksempelvis kan to mennesker gjennomgå tilsynelatende samme type smerte, men ha ulik smerteopplevelse, noe som kan skape utfordringer for sykepleiers smertevurdering og resultere i ulik smertelindring.

Georgsson & Carlsson (2019, s. 3012) og Makenzius et al. (2012, s. 573) peker begge på at flere opplevde smertene som traumatiske, noe som førte til psykiske påkjenninger. Det beskrives at de psykiske aspektene forverret den fysiske smerteopplevelsen hos flere, hvor det emosjonelle ubehaget var utfordrende (Georgsson & Carlsson, 2019, s. 3012). Videre ses det i Makenzius et al. (2012, s. 573) at noen kvinner opplevde utilstrekkelig smertebehandling i hjemmet. I motsetning belyses det også positive erfaringer, hvor kvinnene opplevde at ivaretagelsen av helsepersonell var til god hjelp i håndteringen av den psykologiske smerten (Georgsson & Carlsson, 2019, s. 3012; Makenzius et al., 2012, s. 574-575). Travelbee (1999, s. 112-114) hevder at frykten for smerter kan resultere i angst før eventuelle smerter inntreffer, og kan dermed oppleves som mer intense. Eide og Eide (2017, s. 158) understreker at evnen til innlevelse er avgjørende for at kvinnen opplever å bli møtt

med empati. Opplevelsen av ivaretagelse mener vi er essensiell for at kvinnene sitter igjen med best mulig smerteopplevelse. Ved å ivareta dette kan helsepersonell også hindre at kvinnene opplever utrygghet i senere møter med helsevesenet.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Sykepleier har en viktig rolle og funksjon i møte og behandling av kvinner som skal gjennom en selvbestemt abort. Funnene tyder på at flere opplever mangelfull ivaretagelse og utilstrekkelig smertelindring gjennom prosessen. Gjennom våre funn har vi fått et inntrykk av ulike forbedringspotensial innenfor området. Vi har utarbeidet konkrete forslag til tiltak til hvordan de ulike funnene kan optimaliseres og forbedres i praksis. Forslagene er rettet mot hvilke tiltak sykepleier kan gjennomføre, dette grunnet at sykepleierne har et stort ansvar når det kommer til å ta vare på kvinnene gjennom en abortprosess, og dermed vil ha stor innvirkning på opplevelsen. For å øke kvaliteten på tiltakene bør det tilstrebes at samme sykepleier følger kvinnen gjennom hele forløpet der det lar seg gjøre. Dette kan gjøre det enklere å skape et tillitsforhold, samt sikre at informasjonen blir mer konsistent og sikre helhetlig ivaretagelse.

Vi foreslår følgende:

- Øke kvaliteten på relasjon- og kommunikasjonsferdigheter, slik at kvinner kan ivaretas uavhengig av behov. Teori er ikke tilstrekkelig for å kunne utvikle gode relasjon- og kommunikasjonsferdigheter, og krever dermed praktisk mengdetrening. Dette kan gjøres gjennom simuleringstrening, som vil føre til utvikling og læring.
- Kvalitetsforbedring av pasientinformasjon hvor det legges til rette for tilpasset og utfyllende informasjon ved konsultasjonen. Sykepleier sikrer at informasjonen er forstått, samt at informasjon gis både skriftlig og muntlig. Skriftlig informasjon bør inneholde oppsummering av den muntlige informasjonen, selve abortprosessen, bivirkninger, vanlige spørsmål og hvor de kan oppsøke videre veiledning ved behov.
- Utarbeide standardiserte rutiner for smertebehandling for å sikre optimal smertelindring. Sykepleierne kan ha behov for forbedrede rutiner ved smertebehandling og hvordan kartlegge og forstå kvinnenens smerteopplevelse på best mulig måte.

Det kan være hensiktsmessig med mer forskning på området da erfaringene tyder på at behovene til kvinnene ikke har blitt imøtekommet. Hva kvinner har behov for gjennom en abortprosess kunne derfor vært interessant å utforske mer. Funnene tyder også på at rutinen ved smertelindring ikke er optimale, men vi savnet data på hvilke smertekartleggingsverktøy sykepleier tar i bruk og hvilke rutiner som benyttes.

REFERANSER

Abortloven. (1975). Lov om svangerskapsavbrudd (LOV-1975-06-13-50). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1975-06-13-50>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2022, 11. mars). Fakta om abort. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>

Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.

Georgsson, S. & Carlsson, T. (2019). Pain and pain management during induced abortions: A webbased exploratory study of recollections from previous patients. *Journal of advanced nursing*, 75(11), 3006-3017. <https://doi.org/10.1111/jan.14132>

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

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5.utg, s. 133-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kjelsvik, M., Sekse, T. J. R., Moi, L. A., Aasen, M. E., Nortvedt, P. & Gjengedal, E. (2019).
Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers. *Nursing Ethics.*, 26(7-8), 2135-2146. <https://doi.org/10.1177/0969733018819128>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1: sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E. & Larsson, M. (2012). Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 569-579. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- NOU 1994: 22. (1994). *Bruk av celler og vev fra aborterte fostre*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1994-22/id139745/?ch=4>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vandamme, J., Wyverkens, E., Buysse, A., Vrancken, C. & Brondeel, R. (2013). Pre-abortion counselling from women's point of view. *Taylor & Francis Online*, 18(4) 309-318. <https://doi.org/10.3109/13625187.2013.796586>

VEDLEGG 1. SØKELOGG

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
14.03.22	<u>Cinahl</u>	<u>induced abortion AND pain management</u>	<u>Peer reviewed, 2012-2022, Europa, English.</u>	15	4	2	1
15.03.22	<u>Cinahl</u>	<u>Induced abortion AND emotion*</u>	<u>Peer reviewed, 2012-2022, Europa, English</u>	80	5	2	1
15.03.22	<u>Cinahl</u>	<u>Induced abortion AND mental health</u>	<u>Peer reviewed, 2012-2022, Europa, English</u>	45	3	0	0
15.03.22	<u>Cinahl</u>	<u>Induced abortion AND PTSD</u>	<u>Peer reviewed, 2012-2022, Europa, English</u>	14	2	2	0
28.03.22	<u>Cinahl</u>	<u>Home AND abortion AND experience</u>	<u>Peer reviewed, 2012-2022, Europa, English</u>	41	2	1	1
15.03.22	Sage Journals	<u>Induced abortion AND emotion*</u>	<u>Peer reviewed, 2012-2022, Europa, English</u>	17	0	0	0
15.03.22	<u>SweMed+</u>	<u>abort* sykepleie*</u>	<u>Peer reviewed, 2012-2022, Europa, English</u>	8	0	0	0
14.03.22	<u>Oria</u>	<u>abort* sykepleie*</u>	<u>Peer reviewed, 2012-2022, Europa, English</u>	63	3	1	1
14.03.22	<u>Cinahl</u>	<u>Induced abortion</u>	<u>Peer reviewed, 2012-2022, Europa, English</u>	2142	8	3	0

VEDLEGG 2. LITTERATURMATRISE

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Georgsson, S. & Carlsson, T. (2019). Journal of advanced nursing. Sverige.	Pain and painmanagement during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients	Kartlegge kvinner sin opplevelse av smerte og smertelindring ved gjennomføring av selvbestemt abort.	Pasient.	Mixed methods med kvalitative overtoner. En internetundersøkelse som ble publisert på forskjellige forum og sosiale medier. Hvor det ble stilt åpne spørsmål om smerter og smertelindring ved gjennomføring av provosert abort. Svarene ble analysert med induktiv kvalitativ kontekstanalyse. De kvantitative dataene ble analysert med deskriptiv og inferens statistikk ved bruk av RStudio. Kruskal - Wallis test ble brukt til å sammenligne rangeringen av evalueringen til deltakerne med de ulike typene abort.	Det var 185 deltakere i studien, av disse var 97% født i Sverige. Deltakerne måtte ha gjennomgått en provosert abort.	Abort smertene ble sammenlignet med andre smertefulle tilstander som; smertefull menstruasjon, fødsel, endometriose, magesmerter og morkakeløsning. Studien legger frem at deltakerne opplevde ineffektiv smertelindring og for lite oppfølging av helsepersonell samt fremhever viktigheten av psykisk støtte.
Kjelsvik, M., Sekse, T. J. R., Moi, L. A., Aasen, M.E., Nortvedt, P. & Gjengedal, E. (2019). Nursing Ethics. Norge.	Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers	Kartlegge kvinners møte med helsepersonell ved gjennomførelse av abort.	Pasient.	Kvalitativ metode. Det ble foretatt to dybdeintervjuer med hver deltaker. 3 av deltakerne ble bare intervjuet en gang. Det første intervjuet ble utført noen få dager etter kvinnene oppsøkte poliklinikken for forberedelse til abort. Det neste intervjuet ble gjennomført mellom 2 og 4 uker etter 12 ukers grensen. Dataene ble analysert ved å bruke "dialogical narrative analysis". Det ble identifisert tre typologier som hadde hovedpunkter i kvinnenes historier, som de 13 intervjuene kunne kategoriseres under.	13 kvinner deltok i studien. Kvinnen måtte være over 18 år og i fruktbar alder. Kunne snakke og forstå norsk. Være gravid i første trimester, og usikker på om de ønsker å avslutte svangerskapet.	I studien kommer det frem at kvinnene ønsket å ta et autonomt valg, men også å involvere partner og helsepersonell. Tre typer erfaringer presentert: den respekterte kvinnen, den identifiserte kvinnen og den forlatte kvinnen.
Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E. & Larsson, M. (2012). Scandinavian Journal of Caring Sciences, Sverige.	Autonomy and dependence - experiences of home abortion, contraception and prevention	Undersøke kvinner og partnere sine erfaringer og behov relatert til hjemmeabort. I tillegg undersøke deltakernes syn på prevensjon for å forebygge uønsket graviditet.	Pasient og pårørende.	Kvalitativ metode. Intervjuene ble utført over telefon innen 6 uker etter aborten og varte mellom 20 og 60 minutter. Intervjuene fulgte en semistrukturert intervjuguide utarbeidet av forskere, gynekologer, jordmødre og sosialarbeidere. Intervjuene ble tatt opp og transkribert. Dataene ble analysert etter Graneheim og Lundman sin innholdsanalyse.	24 kvinner og 13 menn deltok i studien. Kvinnen og partner måtte være over 18 år, forstå og snakke svensk, og gjennomgått hjemmeabort.	Forskerne fant to hovedtema som skilte seg ut i studien. Autonomi og avhengighet. De fleste deltakerne i studien hadde en positiv opplevelse av hjemmeabort og følte de hadde mer kontroll, trygghet og støtte i partner hjemme enn på sykehus. For å oppnå den positive opplevelsen var de avhengige av støtte, respekt av helsepersonell og nødvendig og riktig informasjon om prosedyren.
Vandamme, J., Wyverkens, E., Buysse, A., Vrancken, C. & Brondeel, R. (2013). The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care Belgia.	Pre - abortion counselling from women's point of view	Kartlegge kvinners syn og følelser relatert til rådgivning i forkant av abort i Flandern, Belgia.	Pasient.	Kvantitativ metode. Dataen ble innhentet gjennom observasjonsstudier som besto av to spørreskjema, et i forkant av aborten, og et like etter. All analyse ble gjennomført gjennom statistikkprogrammet SPSS.	Av 2087 som ønsket å utføre abort i de Flemmiske abortklinikken var det 917 kvinner som deltok i studien. Av disse var 86% av Belgisk bakgrunn. Deltakerne måtte snakke og forstå Nederlandsk, Fransk eller Engelsk.	Studien viser at kvinner satte stor pris på konsultasjon i forkant av aborten, selv om de var nølende og allerede hadde en gjennomtenkt plan. Kvinnene var mindre negativt innstilt og mer sikker i sitt valg etter konsultasjonen.