

**BSYBAC\_6**  
**Bacheloroppgave i Sykepleie**



Universitetet  
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet  
Bachelor i Sykepleie

*[Stavanger, 03.01.23]*

**Kvinnerens opplevelse med provosert abort**

*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## **Sammendrag**

### *Bakgrunn*

Før abortloven trådte i kraft i 1975 var det ulovlig å ta abort. Siden den tid har temaet vært svært tabubelagt og er stadig oppe som tema i både politikken og i media. Kvinner som av ulike grunner ønsker å utføre en provosert abort skal bli møtt med respekt og omsorg av sykepleieren.

### *Hensikt*

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke erfaringer kvinner sitter igjen med etter en provosert abort og hvordan vi som helsepersonell kan bidra til å fremme kvinners opplevelse av empati, informasjon og oppfølging under prosessen.

### *Metode*

I denne oppgaven er det blitt benyttet en integrativ litteraturoversikt. Vi har tatt utgangspunkt i fem vitenskapelige forskningsartikler, annen relevant litteratur og egne refleksjoner. Det er brukt kvalitative forskningsartikler i denne oppgaven.

### *Resultat*

Resultatene i flere artikler viser at kvinnene opplevde manglende informasjon i forhold til smerter, blødning og selve abortprosessen. De viste også en mangel på og behov for oppfølging, empati, støtte og respekt fra helsepersonell.

### *Nøkkelord:*

Provosert abort, oppfølging, kvinners erfaring, sykepleier, smerter, blødning, empati, omsorg, kommunikasjon, tiltak.

INNHold

<b>1.0 INNLEDNING.....</b>	<b>5</b>
1.2 PROBLEMFOrMULERING.....	6
1.3 HENSIKT.....	6
1.4 BEGREPSAVKLARING.....	6
1.4.1 VAGITORIER.....	6
1.4.2 PROSTAGLANDIN.....	6
1.4.3 PROGESTERON.....	6
1.4.2 EMBRYO.....	7
<b>2.0 TEORI.....</b>	<b>7</b>
2.1 PROvosERT ABORT.....	7
2.2 LOVREGULERING.....	7
2.3 PERSONORIENTERT KOMMUNIKASJON.....	8
2.3.1 PEPLAU OG SYKEPLEIERENS ROLLE I RELASJON TIL PASIENTEN.....	8
2.3.2 TRAVELBEE OG PASIENTEN SOM UNIKT INDIVID.....	9
<b>3.0 METODE.....</b>	<b>10</b>
3.1 HVA ER METODE.....	11
3.2 OPPGAVENS TILNÆRMING – INTEGRATIV LITTERATUR.....	11
3.3 SØKEPROSESSEN.....	12
3.3.1 VALG AV SØKESTRATEGI.....	12
3.3.2 VALG AV DATABASER.....	13
3.3.3 VALG AV SØKEORD.....	13
3.3.4 VALG AV ARTIKLER.....	13
3.4 ANALYSE.....	14
<b>4.0 RESULTAT - INNLEDNING.....</b>	<b>16</b>
4.1 KVINNENES BEHOV FOR TILPASSET INFORMASJON.....	16
4.2 OPPLEVELSEN AV MANGEL PÅ EMPATI OG RESPEKT.....	19
4.3 VIKTIGHETEN AV OPPFØLGING.....	21

**5.0 DISKUSJON..... 22**

5.1 METODEDISKUSJON ..... 22

5.1.1 STUDIENS OPPRINNELSE OG ARENA..... 22

5.1.2 FORSKERNES BAKGRUNN..... 23

5.1.3 STUDIENS DELTAKERE..... 23

5.1.4 KVALITATIV TILNÆRMING..... 23

5.2 RESULTATDISKUSJON ..... 24

**6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS ..... 27**

**LITTERATUR..... 30**

**Vedlegg**

Vedlegg 1. Søkelogg

Vedlegg 2. Litteraturmarise

## 1.0 Innledning

For sykepleier er det en essensiell oppgave å ivareta pasientens grunnleggende behov, også i forbindelse med en abort. Dette er et tabubelagt tema, noe som kan gjøre kvinnene ekstra sårbare. Abortloven trådte i kraft i Norge i 1975. Før dette hadde man ingen abortlov i Norge og aborter ble utført ulovlig. Abortloven har vært mye omdiskutert i Norge og mange har sterke meninger om dette temaet. I enkelte land og kulturer er abort ulovlig og kan til og med være straffbart. Kvinners beslutning om å ta abort kan henge sammen med psykiske, fysiske, sosiale og/eller økonomiske forhold. Det er ofte en sammensatt årsak og beslutningen kommer i mange tilfeller med usikkerhet (Jerpseth, 2020, s. 159).

Pasient og brukerrettighetsloven skal sikre alle lik tilgang på tjenester av god kvalitet. “Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.” (Abortloven, 1975, § 1-1.) Dette gir pasientene lik rett til omsorg. Forskning viser at graden av omsorg og prioritet kan påvirkes av hvilken sykdom eller tilstand pasienten har (Album & Westin, 2008, s.182-188). Dette skal vi se nærmere på i denne oppgaven.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Provosert abort er et relevant tema i dag, som har vært mye omdiskutert i media den siste tiden. To av oss har i forbindelse med praksisperiode fått tilegnet oss kunnskap og erfaringer med kvinner som opplever provosert abort. Dette ga oss et inntrykk av rutiner med mangel på omsorg, empati, kommunikasjon og informasjon til kvinnene i denne sårbare situasjonen. Artikkelen til Lindström, Wulff, Dahlgren & Lalos (2011, s.542-548) forteller fra et sykepleieperspektiv at de opplever jobben som paradoksal og frustrerende men også utfordrende og givende. Likevel følte de mangel på pågående veiledning og kontinuerlig profesjonell utvikling innenfor rollen som sykepleier på en abortklinikk (Lindström et al., 2011, s.542). Vi ønsker derfor å tilegne oss kunnskap om hvilke opplevelser kvinner har og hvordan vi som helsepersonell kan møte kvinner som skal eller har utført provosert abort.

## 1.2 Problemformulering

Sykepleierens oppgave ved en abort kan variere ut ifra situasjon og årsak til aborten. Generelt er støtte av kvinnens beslutning og ivaretagelse av de grunnleggende behov som velvære, sirkulasjon og det psykososiale en viktig del. I tillegg til dette kommer datainnsamling, informasjon og veiledning (Jerpseth, 2020, s. 161-162). Vi sitter som nevnt igjen med et inntrykk av at det kan være mangel på omsorg, informasjon og oppfølging av kvinner som gjennomgår en provosert abort. Vi ønsker å se nærmere på hva kvinnene selv har erfart for å kunne kartlegge hva som kan forbedres. I arbeidet med denne oppgaven opplevde vi at det var lite nyere forskning på kvinners opplevelse av provosert abort, selv om det et aktuelt tema som er mye omtalt på ulike plattformer.

## 1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke erfaringer kvinner sitter igjen med etter en provosert abort og hvordan vi som helsepersonell kan bidra til å fremme kvinners opplevelse av empati, informasjon og oppfølging under prosessen. For å belyse denne hensikten tar vi utgangspunkt i kvinners erfaringer.

## 1.4 Begrepsavklaring

### 1.4.1 Vagitorier

Vagitorier er vaginale stikkpiller som virker lokalt. En legemiddelform som inneholder ett eller flere legemidler som innføres i skjeden (Vennerød, 2019).

### 1.4.2 Prostaglandin

Prostaglandin er en gruppe umettede fettsyrer med hormonlignende effekter. Disse brukes i dag ved å sette i gang fødsel eller fremkalle en abort etter tolvte uke (Kierulf, 2022).

### 1.4.3 Progesteron

Progesteron: Et steroidhormon som dannes i morkaken og eggstokkene hos kvinner (Berg, 2022).

#### 1.4.2 Embryo

Embryo: Betegnelse på et foster i svangerskapet i tidlig stadium (Nesheim, 2021).

## 2.0 Teori

I denne delen skal vi ta for oss hva en provosert abort er, hvordan den gjøres medisinsk og hvilken lovregulering som gjelder ved en medisinsk abort. Videre skal vi ta for oss to teorier fra Peplau og Travelbee som belyser viktigheten av relasjonsorientert sykepleie som er relevant i møte med kvinner som skal gjennomføre en abort.

### 2.1 Provosert abort

En provosert abort gjøres for å avslutte en graviditet ved å tømme livmoren. Behandlingen starter med en undersøkelse for å stadfeste hvor mange uker den gravide er på vei. Ut i fra lengden på svangerskapet, kvinnens tilstand og om hun er førstegang eller flere gangs gravid bestemmes metoden for aborten. Provosert abort gjøres enten med legemiddelbehandling eller ved et kirurgisk inngrep. Medisinsk abort er den mest vanlige og utføres frem til 10-12 svangerskapsuke. Kvinnene kommer da inn på poliklinikk og mottar legemiddel som inneholder progesteron hemmende middel. To dager senere skal det settes inn vagitorier som inneholder prostaglandin. Etter at denne er satt inn er det viktig at kvinnen blir liggende i en time for at vagitorien ikke skal skli ut, men hun kan ellers fungere som normalt. Vagitoriens hensikt er å mykne opp og utvide livmorhalsen samtidig som den vil kontrahere livmoren. Dette vil sette abortprosessen i gang og i løpet av noen timer til ett døgn vil fosteret og morkaken bli støtt ut. Kvinnene får selv velge om de vil foreta aborten hjemme eller på sykehuset. Smertestillende blir gitt som forebyggende og kan tas ved behov (Jerpseth, 2020, s. 160).

### 2.2 Lovregulering

Samfunnet skal strebe etter å gi barn best mulig rammer for en trygg oppvekst. I dette inngår samfunnets ansvar for etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper knyttet til samlivsspørsmål og muligheten for familieplanlegging. Dette er med på å gi en

ansvarsbevissthet som kan redusere antall svangerskapsavbrudd (Lov om svangerskapsavbrudd, 2021, § 1).

Ifølge lov om svangerskapsavbrudd har kvinner som opplever at svangerskapet gir alvorlige vansker rett på rådgiving for å komme frem til en avgjørelse, samt informasjon og veiledning på aktuelle tilbud. Kvinnen har rett på selvbestemt abort frem til 12. svangerskapsuke. Etter 12. uke må kvinnen søke om å få innvilget abort. Her gjøres det en vurdering av kvinnens samlede situasjon og tilfredsheten vedrørende omsorg overfor barnet. Hvordan kvinnen selv opplever situasjonen er tungtveiende. Lengden på svangerskapet er også en viktig faktor i avgjørelsen (Lov om svangerskapsavbrudd, 2021, § 2).

## 2.3 Personorientert kommunikasjon

God profesjonell kommunikasjon er personorientert og faglig fundert. Personorientert kommunikasjon vil si at en ikke ser mennesket utelukkende som bruker eller pasient, men som et helhetlig menneske med iboende muligheter og ressurser, egne verdier og behov, og individuelle mål og ønsker når det gjelder egen livssituasjon og helse (Eide & Eide, 2016, s.16). I dette kapitlet skal vi ta for oss relasjonsorienterte sykepleieteorier som bidrar til å belyse hvorfor personorientert kommunikasjon er viktig i møte med pasienten.

### 2.3.1 Peplau og sykepleierens rolle i relasjon til pasienten

Hildegard Peplau sitt hovedarbeid *Interpersonal relations in nursing* (1952) har fokus på relasjonen mellom pasient og sykepleier. På en analyserende måte fant hun frem til nyere tenkning om helsefremming og personorientering i sykepleien. Peplau skiller mellom fire overlappende faser i relasjonen mellom sykepleier og pasient: Orienteringsfasen, identifiseringsfasen, utforskningsfasen og løsningsfasen (Eide & Eide, 2016, s.360).

Orienteringsfasen er der pasient og sykepleier møter hverandre for første gang og analyserer situasjonen. Behovet til pasienten klargjøres og identifiseres, og ut fra dette utvikles det en relevant sykepleiediagnose. Her understreker Peplau viktigheten av sykepleierens selvrefleksjon i forsøket på å forstå egne reaksjoner i forholdet til pasienten (Eide & Eide,



2016, s. 360). Identifiseringsfasen består av gjensidig klargjøring av forventninger og forestillinger, etter at problemet er definert. På bakgrunn av funn utvikles det en tilrettelagt sykepleieplan for å møte pasientens behov. I utforskningsfasen hjelper sykepleieren pasienten til å utforske følelser, tanker og forestillinger om den bakenforliggende årsaken til å pasienten oppsøkte hjelp. Den siste fasen kalles løsningsfasen. Her avtar identifikasjonen med støttepersonen samtidig som at styrken til å stå alene økes. Disse resultatene kan bare oppnås når pasienten har fått den nødvendige kontakten og psykologiske støtten gjennom de andre fasene. Hvor vellykket denne fasen blir, er avhengig av i hvor stor grad de forutgående fasene er håndtert (Eide & Eide, 2016, s. 360).

### 2.3.2 Travelbee og pasienten som unikt individ

Joyce Travelbees viktigste arbeid var *Interpersonal aspects of nursing* i 1966. I likhet med Peplau, så hun relasjonen innen personlig kommunikasjon mellom pasient og sykepleier som terapeutisk. Ifølge Travelbee kan sykepleierens oppgave kort oppsummeres slik; å anerkjenne pasienten som et uerstattelig og unikt individ, å utvikle et menneske-til-menneske- forhold til pasienten, å møte behovene til pårørende, pasienten eller andre involverte og slik oppfylle sykepleiers hensikt (Eide & Eide, 2016, s. 364-367).

Ifølge Travelbee er kommunikasjonen et middel til å bygge menneske-til-menneske-forholdet, som igjen er middelet til å fremme sykepleiers formål. I hennes perspektiv er dette også en prosess som går gjennom flere stadier. Sykepleier-pasient-forholdet omhandler fem faser; det innledende møte, fremvekst av identiteter, empati, sympati, gjensidig forståelse og kontakt (Eide & Eide, 2016, s. 364-367).

Det innledende møte - når en sykepleier møter en pasient for første gang, vil hun vurdere, observere og trekke slutninger om pasienten, slik pasienten også vil gjøre med sykepleieren. Denne første fasen vil være berørt av begge førsteinntrykk og tidligere erfaringer i samme situasjoner. Sykepleierens oppgave vil være å se pasienten som et enkelt individ og kommunisere sin egen opplevelse som sykepleier (Eide & Eide, 2016, s. 367). Dette medbringer å sette til side alle antakelser om hvordan pasienten skal eller burde være.

Fremvekst av identiteter - den andre fasen starter når den første er avsluttet på en vellykket måte. Her begynner pasienten og sykepleieren å skape et bånd til hverandre. De starter å oppfatte hverandre mindre som representanter for deres roller enn som unike individer. Deres egne identiteter som personer begynner å synes. Målet for sykepleieren er å bli bevisst på hvordan hun erkjenner pasienten, og i hvilken grad hun er i stand til å akseptere den andre som en unik person, separert fra en selv og se bort fra stereotype rolleforventninger (Eide & Eide, 2016, s. 367).

Empati - i den tredje fasen er sykepleierens utfordring å stille seg empatisk til pasienten. Travelbee beskriver empati som evnen til å ta del i, gå inn i og forstå, et annet menneskets psykologiske tilstand. Empati er nødvendig for å kunne forstå og forutsi pasientens reaksjoner. Sykepleieren bør tilstrebe å bli reflektert over sine egne verdivurderinger av pasienten, og hvordan hun vil forstå dem. Sympati - den fjerde fasen består av overgangen fra empati til sympati (Eide & Eide, 2016, s. 367-368). I sykepleiesituasjonen definerte Travelbee sympati som en innstilling eller holdningen, en måte å tenke og føle på som kommuniseres til pasienten, en holdning av interesse og dyp personlig omtanke. Dette innebærer et ønske om å hjelpe pasienten - ikke fordi dette er en forventning en har til sykepleieren, men fordi hun ser pasienten som en person. Empati og sympati er nødvendige forutsetninger i sykepleien, men ikke tilfredsstillende nok. For Travelbee handlet det også om handling og fag. Gjensidig forståelse og kontakt - siste fasen beskrev Joyce Travelbee som en mangefasettert og dynamisk prosess basert på gjensidig tillit, en prosess som oppleves som meningsfull og viktig for begge parter. Gjennom de fire tidligere fasene har forholdet mellom pasient og sykepleier utviklet seg mot gjensidig kontakt og forståelse. Dette medfører realiseringen av menneske-til-menneske-forholdet som hun så som et grunnlag for å oppfylle sykepleiens formål (Eide & Eide, 2016, s. 367-368).

### **3.0 Metode**

Denne delen tar for seg hva metode er, og hvilke ulike metoder som er tatt i bruk i denne oppgaven. Videre vil dette kapittelet gå nærmere inn på hvordan søkeprosessen, valg av databaser og analyseprosessen har foregått.

### 3.1 Hva er metode

Metode er måten man går frem på for å skaffe seg ny kunnskap, løse et problem eller kontrollere data. Man velger den metoden som tilsynelatende vil gi best resultater og som vil bygge opp problemstillingen på en faglig god måte. Dalland siterer Vilhelm Aubert: “En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert, sitert i Dalland, 2017, s. 111). Hvilke data som på best måte vil belyse et problem avgjør hvilken metode som skal brukes. Man skiller da mellom kvalitativ og kvantitativ metode (Dalland, 2017, s. 111).

Ved å bruke en kvantitativ tilnærming finner man data som er målbar i form av tall. Det er en systematisk metode hvor det er faste svaralternativer og resultatet er ofte et gjennomsnitt eller det som er representativt for fellesskapet. Forskeren henter ut en liten andel informasjon fra mange undersøkelseskilder. Kvalitativ tilnærming samler i motsetning mye informasjon fra færre kilder. Hensikten er å belyse meninger og erfaringer rundt et tema som ikke kan måles med tall. Metoden går i dybden og avdekker helhet eller sammenheng ved å blant annet bruke fleksible svaralternativer og se problemet innenfra. Forskeren innhenter data i direkte kontakt med sitt undersøkelses felt, dette gjør en ikke ved kvantitativ tilnærming (Dalland, 2017, s. 112-113).

### 3.2 Oppgavens tilnærming – integrativ litteratur

Litteraturoversikt skaper oversikt over kunnskapsinnhold fra et bestemt område av interesse eller kartlegger et problem innen et kompetanseområde. Det kan være en generell eller integrativ metode, begge krever en strukturert tilnæringsmåte slik at man får en oversikt over hva som skal studeres. Det krever at man tar stilling til resultatet, men også hvilke metoder og teoretiske utgangspunkt som skal brukes (Friberg, 2012, s. 141-143). I denne oppgaven har vi valgt en integrativ litteraturoversikt. En integrativ oversikt handler om å identifisere underliggende mønster fra datainnsamlingen og forstå hvordan de utvalgte dataene henger sammen, likheter og ulikheter. Resultatet blir en rød tråd, hvor man illustrerer hvordan det hele henger sammen.

### 3.3 Søkeprosessen

#### 3.3.1 Valg av søkestrategi

I denne oppgaven er det brukt inklusjonskriterier, som innebærer å utforme kriterier som begrenser søket (Dalland, 2017, s. 70-71). For å forsikre oss at forskningsartiklene er relevante i dag, begrenset vi søket med et tidsspenn på 10 år. Søket er begrenset videre til engelskspråklige peer reviewed artikler, da det var mangel på norskspråklige funn. Det er ønskelig at forskningsfunnene i denne oppgaven er aktuelle for det norske helsevesenet, derfor er det lagt vekt på data fra land med helsevesen som er sammenlignbart med Norges. Vi begrenset derfor søket til skandinaviske land. Ved å sette begrensninger på tidsspenn, geografisk område, språk og faglig nivå ble det gjort funn som sannsynligvis vil være overførbare til det norske helsevesenet i dag. Det viste seg å være mye forskning fra USA, men vi ekskludere denne da abortloven og annet lovverk vil variere fra hvordan det er i Norge.

Oppgaven tar utgangspunkt i en litteraturoversikt over fem forskningsartikler med en kvalitativ tilnærming. En av artiklene som er brukt i denne oppgaven hadde en blanding av kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Vi valgte da å bare bruke den kvalitative delen da det var mest ideelt i henhold til hensikten. Kvalitativ tilnærming vil gi en dypere og mer detaljert forståelse av kvinnes opplevelser (Dalland, 2017, s. 113).

Våre inklusjonskriterier:

- Ikke eldre enn 10 år
- Peer reviewed
- Engelskspråklig
- Skandinaviske land
- IMRaD-struktur

### 3.3.2 Valg av databaser

For å finne studier som sammenfaller med vår hensikt brukte vi databaser som har relevans for sykepleiefaget. Vi brukte Cinahl som inneholder sykepleiefaglig forskningslitteratur som primærdatabase. Databasene fant vi fram til gjennom Universitetet i Stavanger sitt nettbaserte bibliotek. I søkeprosessen ble det og gjort søk i andre relevante databaser som SveMed + og Idunn. Selv med ulike søkestrategier fant vi ingen relevante funn her. Disse databasene ble derfor ikke med i den videre datainnsamlingen.

### 3.3.3 Valg av søkeord

For å finne artikler som svarer til hensikten brukte vi søkeordene “induced abortion”, “experiences or perceptions or attitudes or views or feelings or qualitative or perspective” , “follow up”, “home” “Scandinavia, or Norway, or Sweden, or Denmark or Finland or Iceland”.

Det var mange artikler sett fra jordmor og sykepleiers perspektiv, men ved å bruke søkeordet “woman” sammen med “experiences or perceptions or attitudes or views or feelings or qualitative or perspective” rettet vi resultatene mot kvinners erfaringer.

Vi brukte litteratursøk med trunkering og boolske operatorer. I søk med trunkering brukte vi “\*” for å få opp søk fra samme ord med ulike endinger. Ved å skrive “woman\*” vil man også få opp artikler som inneholder både woman og women. Boolske operatorer brukes når man vil benytte seg av mer enn ett søkeord og brukes for å si hvilken tilknytning de ulike søkeordene skal ha til hverandre. Vi brukte “AND” som kobler sammen to søkeord og “OR” som vi har brukt mellom synonymer for å gi et større treff (Östlund, 2015, s. 69). Se vedlegg 1.

### 3.3.4 Valg av artikler

Ifølge Dalland (2017, s. 73) er det å se på gyldighet, holdbarhet og hvorvidt artiklene har relevans for vår hensikt en essensiell del av valget. Forskningsartiklene skulle være fagfellevurdert, som vil si at den er vurdert av en vitenskapelig redaktør og to andre fremtredende forskere på området. Dette er med på å styrke artikkelens troverdighet

(Segesten, 21, s. 50). Forskningsartiklene skulle følge en tydelig IMRaD-struktur. IMRaD er en oppbygning som består av innledning, metode, resultat og diskusjon.

Selv om vi avgrenset søket vårt i databasene til skandinaviske land fikk vi opp artikler som omhandlet kvinner fra andre verdensdeler. Mange av artiklene fokuserte blant annet på flyktninger og migranter. Vi valgte å se bort ifra disse artiklene da det er tydelige forskjeller fra norsk helsevesen, lovverk og kultur. Det var også flere artikler som inneholdt mannens perspektiv og følelser rundt abortprosessen, disse ble ekskludert da hensikten vår omhandler kvinnenens opplevelser. Flere artikler var kvantitative samtidig som kvalitativ, da tok vi i bruk den kvalitative delen da vi har fokus på hva kvinnene sier selv om sine opplevelser om abort. Vi har valgt å bruke en artikkel som er fra 2004. Da det er lite ny forskning som belyser hensikten i oppgaven, det at lover og prosedyrer ikke er mye endret de siste årene fant vi denne relevant. Se vedlegg 2.

### 3.4 Analyse

Analyseprosessen kan man se på som “en rörelse vari det ingår ett bekantgörande, ett egentligt analyserande till delar samt slutlingen en ny helhet” (Friberg, sitert i Dahlborg-Lyckhage, 2015, s. 168). Gjennom analyseprosessen ble Fribergs metode brukt. Vi startet analysen med å lese nøye gjennom forskningsresultatene for å kunne sette oss inn i materialet og se helheten i artiklene. Videre satte vi opp en tabell for å kunne sammenligne og få oversikt over likheter og ulikheter i artiklene. Ut ifra dette kom vi frem til hovedtema og undertema som vi ønsker å bruke for å skape en ny helhet i denne oppgaven. Disse er fremstilt i tabellen under og er nærmere utdypet i resultatdelen.

**Tabell 1 – Oversikt over hovedkategorier og underkategorier:**

Hovedkategori	Underkategori
<b>Kvinnens behov for tilpasset informasjon</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behov for personlig tilpasset informasjon</li><li>• Smerter, blødning</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ønske om tilstedeværelse av helsepersonell</li></ul>
<b>Opplevelsen av mangel på empati og respekt</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kaldhjertet, uprofesjonell</li><li>• Manglende psykisk støtte</li><li>• Manglende omsorg</li><li>• Sårbar og blottlagt</li></ul>
<b>Viktigheten av oppfølging</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lange ventetider</li><li>• Ønske om oppfølging hjemme</li><li>• Oppfølging i etterkant</li><li>• Debrifing</li></ul>

## 4.0 Resultat

### 4.1 Kvinnenes behov for tilpasset informasjon

Kvinnene understreker i flere av studiene viktigheten av detaljert informasjon og hvilken rolle denne informasjonen hadde for hvordan de opplevde hele abortprosessen. Kvinnene i Georgsson, Kreutmeyer, Sundqvist & Carlsson (2019, s. 387) sin studie forteller at den forberedende informasjonen ikke reflekterte hvordan de opplevde selve aborten. Der belyses det at kvinnene opplevde vag eller mangel på forberedende informasjon også om tiden etter aborten, noe som førte til usikkerhet. Utilstrekkelig informasjon var gitt om fysisk smerte og smertelindring, sammentrekninger, vaginalblødning, generell anestesi, administrering av vaginal piller, mulige bivirkninger og komplikasjoner, deling av rom med andre kvinner, synet av rester fra fosteret, hva en kunne forvente av emosjonelle reaksjoner og hvor en kunne få psykisk støtte, betale for aborten og prevensjonsmidler (Georgsson et al., 2019, s. 385-387).

Dette kommer også frem i Aamlid, Dahl & Sommerseth (2021, s. 2) sin artikkel. Her beskrev enkelte av de 23 kvinnene informasjonen de mottok som utilstrekkelig og at de savnet personlig tilpasset informasjon. En av kvinnene understreket at hun gjerne ønsket at helsepersonalet spurte henne hva hun visste om prosedyren, slik at de kunne få en oversikt over hvilken informasjon hun trengte og på hvilket nivå. Selv om de fleste deltakerne fikk tilbud om å stille spørsmål visste de ikke hva de lurte på fordi de manglet kunnskap (Aamlid et al., 2021, s. 1-6).

En av deltakerne beskriver mangelen på informasjon slik:

*The way that I remember it is that I didn't get any information. I didn't get any information about what the process would be like at home. I remember 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 experienced as a childbirth. I really wasn't prepared for that at all. I was just so scared. (Aamlid et al., 2021, s. 2)*



I både Hedqvist, M., Brolin, L., Tydén, T. & Larsson, M. (2016, s. 48-54) og Aamlid et al. (2021, s. 2-6) forteller kvinnene at de mottok utilstrekkelig informasjon angående smertestillende og lindring. Noen av deltakerne nevner for eksempel at de fikk informasjon om smertestillende de fikk med seg hjem, men var usikre på dose og mengde (Aamlid et al., 2021, s. 3). Enkelte av deltakerne kommenterte at smertene var verre enn de hadde forventet og at de ville hatt bedre informasjon om dette og hva de skulle gjøre når smertelindringen fra klinikken ikke var tilstrekkelig (Hedqvist et al., 2016, s. 51). Noen av kvinnene i Georgsson et al. (2019, s. 387) følte også at den fysiske smerten var verre enn forventet selv etter informasjon fra helsepersonell. Smerten hadde blitt feilaktig sammenliknet med menstruasjonsmerter og de ble fortalt at de skulle få tilstrekkelig med smertestillende, noe de i etterkant ikke fikk tilbud om.

En av kvinnene beskriver det på følgende måte:

*The physician who informed me about the abortion told me that it was possible to receive enough morphine so that the abortion would pretty much be painless. That was not correct according to the midwives who took care of me. They told me that it was only possible to receive a small dose to relieve the pain. (Georgsson et al., 2019, s. 387)*

Kvinnene opplevde også mangelfull eller misvisende informasjon om blødning. En av de 23 kvinnene i Aamlid et al. (2021, s. 3) ble fortalt av helsepersonellet at blødningene kunne sammenlignes med menstruell blødning som varte i omtrent to uker, men da hun fortsatte å blø etter disse ukene ble hun bekymret. En av deltakerne fikk ingen informasjon om hva slags blødning hun kunne forvente, hun blødde i tre måneder. Etter fire og seks uker kontaktet hun sykehuset som fortalte henne at blødningsprosessen var normal. En annen kvinne fikk med seg en informasjonsbrosjyre hvor det sto at hun måtte kontakte sykehuset dersom hun blødde ut mer enn seks bind, men hun syntes det var vanskelig å forstå hva de mente med seks bind, samt når og om hun eventuelt gikk over grensen (Aamlid et al., 2021, s. 3).

Noen av kvinnene i Aamlid et al. (2021, s. 3) forteller om at de fikk informasjon om hvilke blødninger som var forventet, men at det ikke ble forklart på en slik måte at de forsto eller følte seg forberedt på hva som skulle skje. I et intervju forteller en kvinne at hun ikke kan si at hun ikke fikk noe informasjon, men at hun ikke husket hva de sa. Når hun var hjemme visste hun ikke hva hun kunne forvente eller hva som var normalt. Hun konkluderte med at hun ikke kunne si hvorvidt de informerte henne eller ikke, men at informasjonen ikke ble formidlet med nok detaljer slik at hun forsto og husket det når hun gjennomgikk aborten hjemme (Aamlid et al., 2021, s. 3).

Noen av deltakerne reflekterte rundt om tilstedeværelsen av en profesjonell hadde påvirket opplevelsen av smerte og de tror at de kunne klart å håndtere smertene bedre, samt fått de til å føle seg mer komfortable og trygge i den sårbare situasjonen. De nevnte viktigheten av å ha partner, venner og familie til stede, men ikke like viktig som en fagperson med kunnskap til å fortelle at alt er bra (Aamlid et al., 2021, s. 3-4).

Tre av kvinnene i Hedqvist et al. (2016, s. 51) uttrykte at de hadde likt å vite hvordan fjerningen av embryoet skulle foregå;

*It was very hard when a big lump came out when I was in the shower. I had not understood that it would be so obvious when the embryo came, had a shock. Felt like pushing. Did not know what to do with the lump, would have wanted information before about how it can be and what to do with the embryo. The pain, you can take, the hard part was to see the embryo. (Hedqvist et al., 2016, s. 51)*

Noen av kvinnene forteller at de ikke fikk nok informasjon om andre metoder, og noen av dem hadde etterlyst informasjon selv, før oppsatt time med lege eller jordmor. Andre deltakere hadde også sagt at de hadde foretrukket å bli tilbudt å ha aborten på klinikken, selv om de allerede hadde valgt å fullføre den hjemme (Hedqvist et al., 2016, s. 52). Kvinnene beskrev også mangelen på informasjon rundt valget om å ta kirurgisk eller medisinsk abort. Noen prøvde å stille spørsmål om dette, men følte de ikke fikk svar på dem. Andre følte at det var for mange helsepersonell involvert, at det var mangel på skriftlig informasjon og anbefalinger for passende nettsider, og at helsepersonellet hadde et feil fokus når det ble gitt informasjon (Georgsson et al., 2019, s. 385).

En av kvinnene ble rådet til å ta den første abortpillen på slutten av uken, men senere oppmuntret av et annet helsepersonell å gjøre det motsatte. En annen kvinne ble fortalt at hun skulle ha en intrauterin kobbergjenstand satt inn under kirurgisk abort, men fant ut mye senere at det ikke var blitt gjort. En tredje kvinne ble informert om at aborten skulle være over raskt, men fant ut at det faktisk tok mye lengre tid (Georgsson et al., 2019, s. 387). En kvinne i undersøkelsen til Makenzius et al. (2013) forteller det slikt: “It sounded like you just took the pills and then it would be over... it turned out to be harder than that.”(Makenzius et al., 2013, s. 574)

På den annen side var det også kvinner som var fornøyde. En deltaker nevner at hun i forkant av undersøkelsen hadde lest seg opp, da det var viktig for henne å føle seg forberedt. Hun oppgir at det da var lettere å ta til seg det som ble sagt og å prosessere informasjonen. Hun trodde også at det å ha kunnskap om temaet gjorde det lettere for henne å stille kliniske spørsmål (Aamlid et al., 2021, s. 3).

#### 4.2 Opplevelsen av mangel på empati og respekt

I flere av artiklene kommer det frem at kvinnene opplever mangel på støtte, empati og respekt. Gjennomgående oppleves helsepersonell som kalde. Studien til Georgsson et al. (2019, s. 380-389) som hadde til hensikt å utforske bekymringer og frykt hos kvinner relatert til provosert abort, viser at mer enn en tredjedel av kvinnene opplevde overraskende dårlig profesjonell hjelp og støtte fra helsepersonell. Kvinnene satt igjen med følelsen av at helsepersonell ikke brydde seg (Georgsson et al., 2019, s. 385). Deltakerne følte at personellet var kaldhjertet, ufølsomme og uprofesjonelle. Enkelte fant selve undersøkelsen opprørende, mens andre beskrev manglende psykisk støtte. Kvinnene beskrev følelsen av å bli blottlagt under abortprosessen og oppførselen til helsepersonellet var ikke imøtekommende i deres sårbare situasjon. Noen av kvinnene opplevde nedsettende og upassende kommentarer fra helsepersonell. En av kvinnene beskrev denne situasjonen:

*She [the gynecologist] made personal and negative comments about my age, relationship status and educational level, and made me feel embarrassed for being there. I was too shocked to be able to protest. Among other things, she said that statistics say that those who have had an abortion at a young age do not go on to study at university. (Georgsson et al., 2019, s. 385)*

Deltakerne i studien til Aamlid et al. (2021, s. 3) belyste også sykepleiernes manglende omsorg. Noen av kvinnene følte på sårbarhet, skam, skyld, uro og ensomhet. De ga uttrykk for at opplevelsen var klinisk og kald. De savnet anerkjennelse og støtte i beslutningen de hadde tatt. En av kvinnene forklarte det på denne måten:

*For example, she could have said: "Personally, I'm glad we have the right to choose abortion. I don't think there's anything wrong with taking the decision you've taken." If she'd said that, I think it would have helped me, at least it would have made me feel supported and acknowledged. (Aamlid et al., 2021, s. 3)*

I studien til Alèx & Hammarström (2004, s. 163) blir kvinnens opplevelse relatert til helsepersonellet beskrevet både positivt og negativt. En av deltakerne hadde blødd rikelig i sengen siden hun ikke turte å gå på toalettet. Hun var redd for å besvime og opplevde at sykepleieren irettesatte kvinnen.

I artikkelen Hedqvist et al. (2016, s. 52) kommer det frem at kvinner som ikke var fornøyde med tilnærmingen ofte beskrev dette i tilknytning til en spesifikk situasjon. To av disse kvinnene forteller at de hadde blitt vist ultralydbildene i undersøkelsen, som de helst ville unngå å være vitne til. Tre kvinner nevner tilstedeværelse av en student under undersøkelsen, noe de ikke hadde hatt muligheten til å diskutere eller avslå på forhånd. En kvinne forteller det slik: "During the ultrasound scan at the clinic, a student was present without anyone asking me if it was okay. It did not feel good at all, but I did not dare to say anything about it." (Hedqvist et al., 2016, s. 52).

### 4.3 Viktigheten av oppfølging

I flere av studiene følte kvinner at oppfølgingen ikke var god nok. Kvinner i undersøkelsene til Hedqvist et al. (2016, s. 52) og Makenzius, Tyden, Darj & Larsson (2013, s. 571-575) erfarte lang ventetid før de fikk tildelt time eller for å komme i kontakt med helsepersonell på telefon. Dette opplevdes særlig krevende da de visste at fosteret vokste for hver dag som gikk, samtidig som mange gikk med intense smerter og oppsøkte rådgivning eller hjelp.

I artikkelen til Aamlid et al. (2021, s. 3) nevnte de fleste at de hadde følt seg tryggere hvis det var en kliniker som fulgte dem opp når de kom hjem. Slik kunne klinikerens forsikre dem om at det som skjedde var normalt og besvare eventuelle spørsmål og bekymringer. To av kvinnene forklarer det slik:

*My experience was mixed. I felt safe at home because of the safe environment, but at the same time I felt insecure because I missed the presence of a clinician. Someone who understood what was going on, who I could ask questions, and who could help me evaluate the situation. In my experience, it was hard being without professional help. (Aamlid et al., 2021, s. 3)*

*There should be someone qualified present, like a doctor, or a midwife or a nurse. Someone who knows what they're doing, who can reassure you that everything is okay, and that everything will be okay. I believe that's the most important thing. That you shouldn't handle this alone. I wouldn't want that for anyone. (Aamlid et al., 2021, s. 4)*

Etter aborten var det flere av deltakerne som ikke fikk tilbud om oppfølgingskonsultasjon og andre hadde ingen kontakt med sykehuset utenom konsultasjonstimen. De kvinnene som fikk tilbud om oppfølging, hadde noe delte meninger. Enkelte opplevde oppfølgingstimen som en fysisk undersøkelse (Aamlid et al., 2021, s. 3). Kvinnene hadde et sterkt behov for å debriefe og dele tanker rundt hendelsen, men følte at oppfølgingskonsultasjonen hadde lite eller ikke rom for dette. En av kvinnene tok kontakt med sin gynekolog og fant det veldig hjelpsomt å

snakke med ham om hendelsen i ettertid. Det var også noen kvinner som fikk tilbud om oppfølging, men som takket nei. De understreker at de likevel satt pris på tilbudet. Det konkluderes med at kvinnene ønsket oppfølging med fokus på psykisk helse, i tillegg til den fysiske undersøkelsen (Aamlid et al., 2021, s. 3).

I artikkelen til Makenzius et al. (2013, s. 576) ble veiledning og informasjon om prevensjon i etterkant av aborten etterlyst, samtidig som de mente at helsevesenet ikke arbeidet nok for å forhindre uønsket fremtidig graviditet.

## **5.0 Diskusjon**

Diskusjonsdelen består av to deler, første del er en metodediskusjon hvor vi drøfter kildekritikk, hvilke metoder vi har anvendt og artiklenes relevans og gyldighet.

Avslutningsvis kommer resultatdiskusjonen hvor vi drøfter funnene i lys av teori og oppgavens hensikt.

### **5.1 Metodediskusjon**

#### **5.1.1 Studiens opprinnelse og arena**

Studiene i denne oppgaven er utført i Sverige eller Norge. Det fantes ingen relevante artikler fra andre skandinaviske land. Skandinavia har et nokså likt helsevesen, med gode tilbud om helsehjelp og høyt utdannet helsepersonell. Oppgaven antas derfor å være relevant og representativ for det norske helsevesenet. Vi ønsket i utgangspunktet å se på kvinners opplevelser knyttet til abort i hjemmet, men grunnet lite forskningsartikler på området valgte vi å utvide arenaen til både hjemme og på sykehus. I artiklene kom det fram at kvinnene hadde mye av de samme opplevelsene på de ulike arenaene og vi bestemte oss derfor for å benytte dem begge for å belyse vår hensikt.

### 5.1.2 Forskernes bakgrunn

For å kunne vurdere artiklenes troverdighet og gyldighet ble forfatterne bakgrunn undersøkt og vektlagt. Alle forfatterne hadde en helsefaglig bakgrunn og bestod av sykepleiere, jordmødre, gynekologer og professorer. Noen av forfatterne hadde i tillegg relevant forskerkompetanse med en master eller doktorgrad. Ca. halvparten av forfatterne jobber på Uppsala University, Sweden.

### 5.1.3 Studienes deltakere

Deltakerne var alle kvinner som hadde gjennomgått en provosert abort. I studien til Makenzius et al. (2013, s. 570) var det både kvinner og menn som ble intervjuet. Her utelot vi mannens perspektiv og valgte bare ut kvinnens opplevelser for å holde oss til hensikten i oppgaven. Kvinnene i studien var i alderen 15-49 år.

Forskerne fra tre av artiklene samlet deltakerne sine ved at helsepersonell på sykehus eller helsesentre delte ut brosjyrer og informasjon til kvinner som hadde gjennomgått en medikamentell abort i hjemmet før 12. uke. I Aamlid et al. (2020, s. 2) sin artikkel fremgår det at forskerne publiserte informasjon om studien på hjemmesiden til universitetet i sørøst Norge og på Facebook for å rekruttere deltakere.

### 5.1.4 Kvalitativ tilnærming

Kvalitativ forskning legger vekt på meninger og opplevelser som ikke måles i tall. Sammenlignet med kvantitativ forskning går kvalitativ forskning mer i dybden og gir en dypere forståelse og helhet. I denne oppgaven der hensikten er å se på kvinnenenes opplevelser etter provosert abort fant vi kvalitativ forskning mest hensiktsmessig. Vi ønsket å gå i dybden på kvinnenenes opplevelser, følelser og erfaringer knyttet til aborten. I alle artiklene er det foretatt intervjuer av deltakerne, foruten studien til Georgsson et al. (2019, s. 381) der det er gjort en nettbasert undersøkelse med åpne spørsmål.

Et av kjennetegnene til en kvalitativ metode er at det er få deltagere med i studiene. I artikkelen til Georgsson et al. (2019, s. 382) er det med 185 kvinner og i studien Hedqvist et

al. (2016, s. 49) er det med 119 kvinnelige deltakere. Forskerne karakteriserte studiene som kvalitative med strukturerte intervjuer over telefon med åpne spørsmål. Når det er flere deltakere med, øker funnenes generaliserbarhet, og det er mer sannsynlig at de vil være representative for en normalbefolkning.

I studien til Georgsson et al. (2019) ble sosiale medier og diskusjonsforum brukt. Swedish Association for Sexuality Education (RFSU) publiserte en link til undersøkelsen på deres Facebook side. SurveyMonkey, et nettbasert verktøy for anonym undersøkelse, var brukt til å innhente data. Dette er vi kritisk til da det er vanskelig å vite hvem som svarer og hvor mange ganger. Likevel kan det være fordeler, da de som har hatt en dårlig opplevelse kan bli motivert til å svare og til å dele sine erfaringer. Kvantitativ forskning går mer i bredden og får frem det som er felles for en større gruppe mennesker. Ved å bruke kvalitativ forskning får vi ikke et like stort innblikk i det gjennomsnittlige.

## 5.2 Resultatdiskusjon

I denne integrative studien fant vi ut at kvinnene opplevde mangel på støtte, empati, respekt og spesielt oppfølging og informasjon. I alle artiklene er utilstrekkelig informasjon før prosedyren et sentralt tema. Flere av kvinnene er enige om at informasjonen i større grad bør være mer personlig tilpasset og detaljert. Som pasient er man i en anstrengende posisjon og det er ikke sikkert en er i stand til å verken forstå eller huske det som blir fortalt. Som nevnt i resultatkapittelet mente noen av kvinnene at hvis sykepleieren innledningsvis spurte hva slags kunnskaper pasienten hadde fra før, ville det være enklere å kartlegge kunnskapsmangler, samt hvilket nivå informasjonen må formidles på. Samtidig mente en del av kvinnene at det var vanskelig å stille spørsmål, når de fikk tilbud om dette, på grunn av manglende kunnskap om hva som var normalt og ikke (Aamlid et al., 2021, s. 2-4).

For å få opplevelsen av god livskvalitet er informasjon en viktig faktor og forutsetning i helsevesenet. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har pasientene rett til nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand, helsehjelpens innhold og rett til informasjon om bivirkninger og virkninger av behandlingen (Haugstlett, 2009, s. 44-47). Helsepersonell



skal sikre seg at betydningen og innhold av informasjonen er forstått og informasjonen skal være justert pasientens individuelle læreforutsetninger. Som sykepleier har en også et veilednings- og undervisningsansvar. Det er ulike definisjoner på undervisning, fra den situasjonsbestemte og intuitive til den planlagte og systematiserte undervisningen. Undervisningen kjennetegnes ved at sykepleierne styrer kommunikasjonen fordi de har et bestemt mål; å formidle informasjon til pasientene. Essensen i all form for utveksling av informasjon er kommunikasjon og samhandling mellom sykepleier og pasient. En forutsetning for at informasjonen nyttiggjøres er pasientens mottakelighet. Det vil være en viktig forutsetning at en tilnærmer seg kunnskaper om hva en skal ta hensyn til og hvordan læring skjer, når en skal informere mennesker som er syke (Haugstlett, 2009, s. 44-47).

For å klare å tilpasse og formidle informasjon er det viktig at sykepleieren kartlegger hva pasienten trenger av informasjon, samle den, identifisere og planlegge mål, dette kan gjerne skje i samhandling med pasienten. Informasjonen som gis må oppleves relevant for pasienten slik at de husker det og hvis mulig bør viktig informasjon gis digitalt eller skriftlig i etterkant (Eide & Eide, 2016, s. 218-219). Lange ventetider, fraværende oppfølging under og etter prosessen ble her nevnt. Noen av kvinnene hadde et sterkt behov for å snakke om tanker og følelser etter aborten mens andre ikke hadde det (Aamlid et al., 2021, s. 2-3). Dette viser at kvinner har ulike behov og opplevelser knyttet til provosert abort.

Flere av studiene hadde funn som tyder på at noen av kvinnene ikke ble møtt med empati og respekt. I artikkelen til Georgsson et al. (2019, s. 385) satt noen av kvinnene igjen med følelsen av at helsepersonellet ikke brydde seg om dem. Som sykepleier er det å møte kvinner som skal gjennomgå en abort med forståelse og respekt en viktig del (Jerpseth, 2020, s. 160). Det at flere av kvinnene opplevde mangel på respekt og empati er oppsiktsvekkende da dette er en så essensiell og sentral del av sykepleiers verdigrunnlag. Omsorg, empati og respekt er med på å skape tillit, gir følelsen av å bli ivaretatt og sett. Det er viktig for relasjonen mellom sykepleier og pasient (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 90).

Travelbees modell for utvikling i forhold mellom sykepleier og pasient tar opp hvor viktig empati og sympati er i møte med pasienten. Travelbee beskriver det å være empatisk som å

kunne gå inn i, ta del i eller forstå hvordan pasienten har det. Dette innebærer ikke å føle eller tenke det samme som pasienten, men å kunne dele og samtidig stå utenfor. Sympati gis ved dyp forståelse og interesse (Eide & Eide, 2018, s. 367-368). “Sympathy is warmth, kindness, a transient type of compassion, a caring quality experienced on a feeling level and communicated to another” (Eide & Eide, sitert i Travelbee 2018, s. 367-368).

Gjennom forskning har det vist seg at pasienter ikke bare har forventninger om profesjonell og kompetent helsehjelp, men også om å bli møtt med empati, respekt og omsorg (Lillemoen, 2013, s. 47). Når pasienten opplever at sykepleieren ikke bryr seg om hvordan de har det kan det gi en følelse av manglende ivaretagelse av pasientens verdighet. Pasienten forventer at sykepleier skal ha samtaler med dem om det som er aktuelt og samtidig vise en interesse. Ved å vise omtanke kan man hindre uetiske handlinger som uhøflighet og krenkelse, samt fremme det å se hver enkelt pasient som et eget individ (Lillemoen, 2013, s. 47).

Utforskningsfasen til Peplau handler om sykepleierens støttende rolle i møte med pasienten og hvordan sykepleieren bidrar til å utforske pasientens tanker og følelser, særlig rundt hvorfor pasienten oppsøkte hjelp. Sammen jobber de mot at pasienten selv skal kunne ta helsefremmende valg (Eide & Eide, 2018, s. 360). I Aamlid et al. (2021, s. 3) mener en kvinne at sykepleieren kunne vist støtte og anerkjennelse ved å si at hun ikke syntes valget hun gjorde var feil.

En kan stille spørsmål om ulike tilstander påvirker hvilken behandling man får. Dette har vi derfor valgt å se nærmere på. I en norsk studie av Album & Westin (2008, s. 182-188) undersøkes det hvorvidt det er en rangorden av sykdom i det norske helsevesenet. Resultatdelen viser at hjerteinfarkt, leukemi og hjernesvulst var blant de høyest rangerte, og fibromyalgi og angstnevrose var blant de laveste. Innenfor spesialiteter var nevrokirurgi og thoraxkirurgi høyest, og geriatri og dermatovenerologi lavest rangert. Deres tolkning av funnene er at sykdommer og spesialiteter assosiert med teknologisk sofistikerte, umiddelbare og invasive prosedyrer i vitale organer lokalisert i øvre del av kroppen resulterte i høy rangerings-score. Spesielt der den typiske pasienten er ung eller middelaldrende. På den andre siden ble det gitt lav rangerings-score til sykdommer og spesialiteter relatert til kroniske

forhold lokalisert i nedre del av kroppen eller ved ingen spesiell lokalisasjon. Særlig gjaldt dette ved mindre synlige behandlingsprosedyrer og med eldre pasienter. Album et al. (2008, s. 182-188) konkluderer med at det fins en rangorden for sykdommer ut fra deres data.

I studien til Homer, Tod, Thompson, Allmark & Goyder (2015, s. 1-10) har de undersøkt hvilke opplevelser og forventninger pasienter satt igjen med etter en fedmeoperasjon. Det kommer frem i artikkelen at flere pasienter opplevde helsepersonellet som dømmende over deres vekt og at de følte på en mangel på forståelse. Dette resulterte i at de følte seg stadig mer ubetydelig for helsepersonellet de søkte støtte av. Dette viser at flere pasientgrupper behandles annerledes av helsepersonell ut ifra hvilken sykdom de har, noe som kan sees igjen i Album et al. (2008, s. 182-188) sin studie om en tydelig rangorden i helsevesenet (Homer et al., 2015, s. 1-10).

Disse studiene belyser vår hensikt og oppfatning om kvinnes opplevelse av hvordan de blir behandlet under en provosert abort. I flere funn fra studiene kommer det frem at kvinnene kjente mangel på oppfølging, informasjon, empati og støtte. Dette kan sees i sammenheng med Album et al. (2008, s. 182-188) sine funn om at enkelte sykdommer og tilstander rangeres med høyere prioritet enn andre. Da spesielt hjerte- og hjerne-sykdommer, til fordel for sykdom i kjønnsregionene og nedre del av kroppen.

## **6.0 Anvendelse i praksis**

Sykepleieren har en viktig funksjon med å opptre imøtekommende og å skape trygge relasjoner med pasientene. Som sykepleier er det viktig at man er innforstått med at mennesker tenker og lever på forskjellige måter, slik at man kan gi helhetlig sykepleie tilpasset den enkelte. Når kvinnen har tatt valget om å utføre abort skal sykepleieren møte kvinnen med forståelse og respekt for valget. Dersom kvinnen er i tvil kan man, hvis det er mulig med tanke på 12-ukers grensen, råde kvinnen til å dra hjem og tenke mer på avgjørelsen. Det er viktig å holde seg faglig oppdatert om prosedyrer og kunnskaper, samt tilstrebe kompetanseheving for å sikre et arbeid som er faglig forsvarlig. Dette krever et tett tverrfaglig samarbeid med ledelsen og andre aktører, og bidrar til å forebygge pleielidelse.

Hensikten med forslagene er å belyse viktigheten av tilstedeværelse og omsorg i møte med kvinnen, og samtidig sikre god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. På denne måten mener vi at pasientene vil bli møtt med respekt og at sykepleieren er bedre rustet til å møte kvinner som skal ta abort.

For å sikre at tiltak blir utført er det viktig å innarbeide gode rutiner i avdelingen. Dette bidrar til at pasienter får tilbud om likeverdige helsetjenester, og at helsepersonell kan lete frem og forholde seg til den samme informasjonen.

Om vi skal oppsummere og sammenfatte tiltak på bakgrunn av funnene fra artiklene er dette punkter vi ønsker å trekke frem:

- Det anbefales faste rutiner for oppfølging av kvinnen etter inngrepet der det tilbys oppfølgingstime. Her kan kvinnen stille eventuelle spørsmål, og veiledning i bruk av prevensjon kan formidles.
- Tilstrebe at det er samme sykepleier som deltar på konsultasjonen, eventuelle undersøkelser og lignende som følger opp etter aborten. Slik kan en skape trygghet og et tillitsforhold hvor en lettere kan ha gode samtaler. Ved at kvinnen får snakke om hendelsen, og følelsene rundt den, forebygges langvarige plager etter inngrepet (Jerpseth, 2020, s. 162). Tilstrekkelig med sykepleiebemanning på jobb til enhver tid er viktig for å sikre at sykepleieren har god nok tid med hver enkel pasient, og at det er rom for lengre samtaler enn planlagt.
- Det kan være nyttig å sende ut informasjon i forkant av timen for å forberede pasienten. Skrivet bør inneholde generell informasjon om prosedyren og spørsmål rettet til pasient, slik som: "Er det noe du trenger å forberede for å få mest mulig ut av timen?". Slik kan pasienten forberede spørsmål til møtet, samtidig som kunnskapshull

lettere blir avdekket. Da kan det være nyttig at det henvises til aktuell litteratur i skrivet. Slik kan pasienten oppfatte og aktivt ta i bruk informasjonen, for eksempel ved å drøfte sammen med et familiemedlem. Skrivet bør også inneholde en liste med vanlige spørsmål knyttet til behandlingen. Dette kan være spørsmål og punkter knyttet til symptomer, behandling, bivirkninger, forløp, sykehusopphold, pasientens behov og bekymringer eller forventninger til samtalen. Listen kan sendes til sykepleier som forbereder seg ved å lese denne før møtet. Under møtet vil pasienten og sykepleieren få mulighet til å stille spørsmål og oppklare eventuelle uklarheter.

- Vi tror det vil være nyttig med undervisning på arbeidsplassen om hvordan helsepersonell kan formidle informasjon på en god måte, samtidig hvordan bekrefte at informasjonen er mottatt og forstått av pasienten. Slik kan en øke kunnskap og sikre faglig forsvarlighet i møtet med pasienten.

## Litteratur

Aamlid, B. I., 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*, 2021 (vol. 27) 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582>

Abortloven. (1975). Lov om svangerskapsavbrudd. (LOV-1975-06-13-50) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50?q=abortloven>

Album, D. & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 2008 (vol.66), 182-188. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.003>

Alèx, L. & Hammarström, A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion– a feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2004 (vol.18.), 160-168. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/j.1471-6712.2004.00257.x>

Dahlborg-Lyckhage, E. (2012). Att analysera berättelser (narrativer): Arbetsgång. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. utg. 5, s.161-172). Studentlitteratur, Lund.

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg.). Oslo: Gyldendal.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. utg. 5, s.133-143). Studentlitteratur, Lund.

- Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E. & Carlsson, T. (2019). Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study. *The European journal of contraception & reproductive health care*, 2019 (vol.24. no.5.), 380-389.  
<https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1647334>
- Haugstlett, J. (2009) Hva informerer vi om - og hvordan gjøres det? *Sykepleien* 2009 (12). 44-47. <https://10.4220/sykepleiens.2002.0036>
- Hedqvist, M., Brodin, L., Tydén, T. & Larsson, M. (2016). Womens experiences of having an early medical abortion at home. *Sexual and reproductive Healthcare*, 2016 (vol.9.), 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.07.003>
- Helsedirektoratet. (2018, 1.januar). § 3-2 Pasientens og brukerens rett til informasjon. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon/pasientens-og-brukerens-rett-til-informasjon>
- Homer, C.V., Tod A.M., Thompson A.R., Allmark, P. & Goyder, E. (2016) Expectations and patients' experiences of obesity prior to bariatric surgery: a qualitative study. *BMJ Open*, 2016. 1-10. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009389>
- Jerpseth H. (2020). *Sykepleie ved gynekologiske sykdommer: Sykepleiefaglige utfordringer*. I D. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., 2, s. 134-168). Oslo: Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling: Grunnleggende for omsorg. G. H., Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie-fag og funksjon* (3. utg., 1, 89-138). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lillemoen, L. (2013). Verdier og verdispørsmål i sykepleie. E. Skærbæk & L. Lillemoen (red.) *Verdi og verdighet: etikk i praksis*. (s.39-58) Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Lindström, M., Wulff, M., Dahlgren, L. & Lalos, A. (2011). Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynecologists and midwives/nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2011 (vol.25, no.3.), 542-548.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00862.x>

Makenzius, M., Tyden T., Darj E. & Larsson M. (2013) Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2013 (vol. 27), 570-575. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999.) Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Segesten, K. (2017). Andvändbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. utg. 5, s.49-58). Studentlitteratur, Lund.

Östlund, L. (2012). Informationsökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. utg. 5, s.57-79). Studentlitteratur, Lund.



**Vedlegg 1: søkelogg**

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
24.10.22	Cinahl	“Induced abortion and women's mental health” AND “experiences or perceptions or attitudes or views or feelings or qualitative or perspective” AND “Scandinavia, or Norway, or Sweden, or Denmark or Finland or Iceland”	Publiseringsdato: 2012-2022  Peer reviewed  Geografi: Europa	57	4	3	3
05.11.22	Cinahl	“Induced abortion AND womens experiences AND follow-up AND home”	Publiseringsdato: 2012-2022  Peer reviewed	3	3	1	1
22.11.22	Cinahl	“Induced abortion AND information AND womens experiences AND Europe”	Publiseringsdato: 2012-2022  Peer reviewed	13417	10	1	1
22.11.22	Cinahl	“Experience” AND “home abortion” AND “women*”	Publiseringsdato: 2012-2022  Peer reviewed	21	5	3	3

**Vedlegg 2: Litteraturmatrise**

Artikkel 1	
Forfatter(e)	Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E. & Carlsson, T.
Årstill	2019
Tidsskrift	The European journal of contraception & reproductive health care
Land	Sverige
Artikkeltittel	Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study
Hensikten med studien	Utforske bekymringer, frykt og forberedelse relatert til innhentede opplevelser fra kvinner som har gjennomgått en provosert abort.
Perspektiv	Pasient
Metode og analyse	Kvalitativ studie som omhandler en nettbasert spørreundersøkelse av 185 svenske kvinner. Kvinnene besvarte åpne spørsmål og ga en retrospektiv selvrapportert rangering angående bekymringer, frykt, forberedelse og tilfredshet om informasjonen fra helsepersonell og internett, relatert til deres abort. Studien inneholder tre temaer; bekymringer og frykt, uforventede situasjoner og komplikasjoner grunnet lite forberedelser, utilstrekkelig og lav-kvalitets informasjon resultert i usikkerhet rundt abort prosessen.

Utvalg	185 kvinner som har gjennomgått en provosert abort
Resultater	Belyser kvinnenens bekymringer og frykt innenfor abortprosessen, fysiske reaksjoner og psykiske aspekter. Aborten ble forbundet med uforventede situasjoner, inkludert abortprosessen, dårlig støtte og behandling av helsepersonell, bivirkninger og komplikasjoner. Kvinnene opplevde mangel på forberedende informasjon, som førte til usikkerhet grunnet utilstrekkelig informasjon. Flere av dem etterlyste informasjon på nett, men de opplevde vanskeligheter med å finne gode nok kilder. Kvinnene opplevde også at informasjonen før aborten ikke kunne reflekteres med selve opplevelsen rundt provosert abort.

Artikkel 2	
Forfatter(e)	Hedqvist, M., Brolin, L., Tydén, T. & Larsson, M.
Årstall	2016
Tidsskrift	Sexual and reproductive Healthcare
Land	Sverige
Artikkeltittel	Womens experiences of having an early medical abortion at home
Hensikten med studien	Vurdere kvinners opplevelser av en tidlig medisinsk abort hjemme og undersøke deres oppfatninger om informasjonen som ble gitt før aborten.
Perspektiv	Pasient

Metode og analyse	En kvalitativ og kvantitativ undersøkelse. Telefonintervjuer av 119 kvinner, dette innebar flest multiple choice spørsmål, men også noen åpne spørsmål. Med fokus på kvalitativ tilnærming resulterte dette i fem undertemaer; hvorvidt kvinnene var fornøyde med gjennomføringen av prosessen, opplevelser med gitt informasjon, hvordan de oppleves å bli behandlet, tilgjengelighet og oppfølging, og smerter/smertelindring.
Utvalg	119 kvinner
Resultater	Nesten halvparten av kvinnene opplevde blødningen som mer enn forventet og en fjerdedel blødde over mer enn fire uker. En tredjedel uttrykker mangel på informasjon, spesielt om blødning og smerter. Opplevelsen av smerter varierte mellom kvinnene. Kvinner som tidligere hadde gjennomført en abort og kvinner som tidligere hadde vært gjennom fødsel, opplevde aborten som mindre smertefull enn de som gjennomgikk abort for første gang.

Artikkel 3	
Forfatter(e)	Makenzius, M., Tyden T., Darj E. & Larsson M.
Årstall	2013
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences
Land	Sverige
Artikkeltittel	Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention
Hensikten	Utforske kvinner og menns opplevelse og behov relatert til abort i hjemmet

med studien	samtidig utforske syn på prevensjon og forebygging av uønskede graviditeter.
Perspektiv	Pasient
Metode og analyse	Kvalitative intervju av 24 kvinner og 13 menn som hadde opplevd en abort i hjemmet.
Utvalg	24 kvinner og 13 menn
Resultater	Det ble identifisert to overordnede temaer: Autonomi som omhandler valget av å gjøre en abort og valg av abortmetode. Det å være hjemme gjorde det privat og gav en følelse av kontroll. Det var positivt i form av at de fritt kunne uttrykke og dele følelser. De var motiverte for å unngå senere aborter og så på det som et individuelt ansvar. På en annen side var prevensjonsmiddelets oppfølginger skjeldene. Selvstendighet ble knytt opp mot ønsket om å bli behandlet med empati og respekt av helsepersonell og motta adekvat informasjon. I forhindringen av en uønsket graviditet var økonomi, bedre kommunikasjon/læring and prevensjon sett på som viktige faktorer.

Artikkel 4	
Forfatter(e)	Aamlid, B., I., Dahl, B. & Sommerseth, E.
Årstall	2021
Tidsskrift	Sexual & Reproductive Healthcare
Land	Norge

Artikkeltittel	Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study
Hensikten med studien	Å undersøke kvinners erfaringer under en medikamentell abort i hjemmet i forhold til deres oppfatninger av gitt informasjon før aborten, støtten gjennom prosessen og oppfølgingsprosedyrer.
Perspektiv	Pasient
Metode og analyse	Kvalitativ studie basert på intervju av 23 kvinner. Systematisk tekstkondensering ble brukt for data analyse.
Utvalg	23 kvinner
Resultater	I artikkelen ble det identifisert tre temaer. Det første belyser hvordan kvinnene opplevde informasjonen gitt før aborten, var utilstrekkelig og hvordan det påvirket deres følelse av trygghet. Det andre temaet handlet om at kvinnene følte at de manglet bekreftelse fra helsepersonell og hvordan dette påvirket deres følelse av støtte. Siste tema omhandler i hvilken grad kvinnene hadde tilgang til profesjonell hjelp og veiledning i hjemmet, både under og etter aborten i hjemmet, samt hvordan dette påvirket deres følelse av velvære.

Artikkel 5	
Forfatter(e)	Alèx, L. & Hammarström, A.

Årstall	2004
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences
Land	Sverige
Artikkeltittel	Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective
Hensikten med studien	Analysere kvinners opplevelser av provosert abort fra et feministisk perspektiv.
Perspektiv	Pasient
Metode og analyse	Fem kvinner mellom 19-33 ble intervjuet 1 måned etter deres abort. Intervjuene ble analysert etter en tematisk innholdsanalyse.
Utvalg	5 kvinner
Resultater	Tre temaer som omhandlet opplevelser knyttet til bestemmelsesprosessen, opplevelser knyttet til aborten og opplevelser etter aborten. Erfaringer fra barndommen som splittede familier, økonomiske problemer, være for ung og et usikkert forhold med partner, påvirket kvinnens valg om å ta abort. Et ambivalent forhold rundt aborten var sterkt uttrykt hos kvinnene i prosessen. På tross av positive holdninger for abort generelt, hadde kvinnene en negativ holdning mot deres egen abort. De beskrev at de mottok mest støtte fra deres mødre og venner under bestemmelse av valget, minst fra deres partner. Etter aborten følte kvinnene på modenhet og erfaring. En konklusjon fra studien er

Kandidatnummer: 1517 & 1539 & 1746

	<p>at sykepleierne og jordmødre bør være mer klar over kvinners komplekse opplevelse av abort, for å støtte og styrke kvinner som søker abort.</p>
--	--