

Kandidatnummer : 1879 og 1880

BSYBAC

Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleiernes rolle i ivaretagelsen av kvinner som gjennomfører provosert abort



**Universitetet
i Stavanger**

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 21.12.2023

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

Sammendrag

Bakgrunn : Provosert abort er et mye omdiskutert tema, ofte omgitt av tabu og stigma. Det er stadig dagsaktuelt og forblir kontroversielt. Kvinner som velger å gjennomgå en provosert abort kan støte på utfordringer med å åpent diskutere det, og flere opplever psykiske belastninger i etterkant. I lys av dette er det dermed viktig at kvinner som gjennomfører provosert abort får nødvendig støtte og blir godt ivaretatt.

Hensikt : Hensikten med litteraturstudien var å systematisk undersøke og belyse viktigheten av hvordan sykepleier kan sørge for god og helhetlig ivaretagelse av kvinner som gjennomgår provosert abort. I den forbindelse ønsket vi å avdekke funn som kunne bidra til å forbedre abortomsorgen, med håp om å styrke praksis og forbedre kvinnenes opplevelse av omsorg under abortprosessen.

Metode : Denne bacheloroppgaven anvender integrativ litteraturoversikt som metode. Litteraturstudien sammenfatter relevante fag- og forskningsartikler, samt aktuell pensumlitteratur for å diskutere og besvare oppgavens hensikt. Studien er basert på 4 forskningsartikler.

Resultater : Kvinnene i studiene beskrev utilstrekkelig informasjon, mangelfull omsorg, og dårlig oppfølging i forbindelse med abortprosessen. Det kom frem at skyldfølelse, ambivalente følelser og skam, i stor grad skyldes stigmatisering og dømmende holdninger blant sykepleiere. Funnene understreker et behov for anerkjennelse, støtte, empati og omsorg blant kvinner som gjennomfører provosert abort.

Nøkkelord : Provosert abort, ivaretagelse, omsorg, sykepleier, kvinners erfaringer, oppfølging, informasjon

Innhold :

1 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Problemformulering.....	4
1.3 Oppgavens hensikt.....	5
2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag	6
2.1 Hva er provosert abort?.....	6
2.1.1 Abortloven.....	6
2.1.2 Årsaker til abort.....	7
2.2 Sykepleierens rolle i abortprosessen.....	7
2.3 Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	9
3 Metode	11
3.1 Hva er metode?.....	11
3.2 Søkestrategi.....	12
3.3 Valg av artikler.....	13
3.4 Analyse.....	15
4 Resultater	16
4.1 Informasjon.....	16
4.1.1 Behov for individuell, tilrettelagt informasjon.....	16
4.2 Mangelfull omsorg.....	17
4.2.1 Behov for anerkjennelse, støtte, empati og forståelse.....	17
4.3 Oppfølging.....	19
4.3.1 Behov for bedre oppfølging.....	19
4.3.2 Tilstedeværelse av sykepleiere.....	20
5 Diskusjon	21
5.1 Metodediskusjon.....	21
5.1.1 Drøfting av anvendt metode og egen gjennomføring.....	21
5.1.2 Kildekritikk av artiklene.....	23
5.2 Resultatdiskusjon.....	24
6 Implikasjoner for praksis	29
7 Referanser	31
Vedlegg 1 - Søkelogg	34
Vedlegg 2 - Litteratormatrise	36

Antall ord ; 7810

1 Innledning

Det var 11 967 avbrutte svangerskap i Norge i 2022. (Løkeland-stai, 2023). Til tross for betydelig fremskritt i samfunnsutviklingen og lovregulering, er oppfølgingen av kvinner etter provosert abort relativt mangelfull.

De fleste kvinner som velger å gjennomføre en provosert abort ønsker av én eller flere grunner ikke å gjennomføre svangerskapet, og kan kjenne på ambivalente følelser knyttet til dette. Det er et mye omdiskutert, samfunnsengasjerende tema, som fremdeles er tabubelagt. Kvinner som velger å gjennomføre provosert abort kan dermed oppleve utfordringer med å dele tanker og erfaringer knyttet til beslutningen (Opsahl, 2013, s. 65).

Et stort antall kvinner kan også oppleve psykiske reaksjoner etter aborten i form av skyldfølelse, angst, depresjon og sorg (Opsahl, 2013). For enkelte kvinner er beslutningen om abort kompleks, og det kan oppstå et behov for støtte og omsorg fra sykepleiere. Sykepleiere har også en betydelig rolle i å sikre omfattende omsorg for kvinner som gjennomgår provosert abort. Det er avgjørende at sykepleieren klarer å ivareta kvinnens velvære og trygghet i en situasjon som oppleves sårbar.

Gjennom denne oppgaven vektlegger vi kvinnens perspektiv, for å sette oss inn i hvordan abortomsorgen kan forbedres. Vi fokuserer på sykepleierens rolle under prosessen til tross for at det er flere typer helsepersonell som vil være innblandet i en abortprosess.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Abort er et mye omdiskutert tema som vi finner interessant. Det er et tema som for mange fortsatt kan være tabu, skape diskusjon eller vekke dårlige følelser. Det er interessant å skulle se på ivaretagelsen av kvinner som går gjennom provosert abort da omsorgen eller forståelsen for disse kvinnene fort kan forsvinne i skyggen av kvinner som opplever spontanabort.

1.2 Problemformulering

Dette er et problem fordi det i stor grad kan gå utover kvinnens psykiske helse. Kvinner som går gjennom provosert abort står også i fare for forhøyet risiko for ulike psykiske lidelser. Det kan også medføre ambivalente følelser i form av skyldfølelse og skam.

Provosert abort er et forholdsvis begrenset tema i sykepleierutdanningen, med begrensede muligheter for praksiserfaring. Gjennom arbeidet med denne oppgaven søker vi å utvide og tilegne oss ny kunnskap om dette komplekse temaet.

Kandidatnummer : 1879 og 1880

Oppgaven vil belyse sykepleiernes behov for økt kompetanse og bevissthet omkring emnet. Ny kunnskap vil kunne bidra til bedre omsorgsyttelse og helhetlig ivaretagelse av kvinner som gjennomfører en provosert abort, og bidra til å forebygge de potensielle belastningene kvinnen kan oppleve i etterkant.

1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å systematisk undersøke og belyse hvordan sykepleiere kan sørge for god og helhetlig ivaretagelse av kvinner som gjennomgår provosert abort.

Gjennom en kritisk analyse av relevante forskningsartikler, litteratur og teoretiske perspektiver, ønsker vi å utvide vår faglige kompetanse og tilegne oss en dypere forståelse av temaet. Vårt mål er å avdekke funn som kan bidra til forbedringer i abortomsorgen, med håp om å styrke praksis og forbedre kvinnenens opplevelse av omsorg under denne sensitive prosessen.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Hva er provosert abort

Provosert abort innebærer at kvinnen tar en selvstendig avgjørelse om å avbryte svangerskapet. Lovverket tilsier at svangerskapsavbrudd kan gjennomføres så lenge det skjer før utgangen av uke 12 i svangerskapet. (Abortloven, 1975).

Provosert abort kan enten gjennomføres medikamentelt eller kirurgisk. Valget av hvilken metode som blir tatt i bruk avhenger av kvinnens helsetilstand, lengden på svangerskapet og pasientens egne ønsker. (Norsk helseinformatikk, 2023).

Kirurgisk abort foregår enten med lokalbedøvelse eller i narkose. Dette inngrepet kan kun foretas inntil tolvte svangerskapsuke. Ved kirurgisk abort vil legen utvide livmorhalsen, og føre inn et rør i livmoren hvor han fjerner fosteret og morkaken. Inngrepet er kortvarig og det er vanligvis få bivirkninger eller komplikasjoner i ettertid (Norsk helseinformatikk, 2023).

Ved medikamentell abort skal man ta to tabletter. Aborten innledes ved at du får den første tablett, Mifepristone, på sykehuset. Legemidlet påvirker livmoren, og gjør at graviditeten stopper opp. Etter at tablett er tatt, drar man hjem. Enkelte kan oppleve å bli kvalm, få blødninger eller magesmerter de neste dagene. Etter 2 døgn skal den andre tablett tas, Misoprostol, som skal fullføre aborten. Virkestoffene i tablettene fører til at livmoren trekker seg sammen, og man kan oppleve sterke menstruasjonssmerter. Det vil bli gitt smertestillende medisiner ved behov. Det er vanlig at selve abortprosessen tar mellom 4-6 timer fra tablettene tas til man aborterer (Helsenorge, 2023).

2.1.1 Abortloven

Lov om svangerskapsavbrudd ble vedtatt i 1975 som regulerer kvinners rett til å gjennomføre abort. Først i 1978 ble selvbestemt abort vedtatt. Dette gav kvinnen rett til å kunne avgjøre om hun ønsket å avbryte svangerskapet eller ikke. Loven regulerer hvilke rettigheter og plikter kvinnen har i forbindelse med gjennomførelse av aborten. I forbindelse med inngrepet har kvinnen rett på informasjon om hvordan aborten gjennomføres, og om mulige komplikasjoner som kan oppstå i ettertid. Retten til å utføre abort gjelder til utgangen av 12. svangerskapsuke. Ved svangerskapsavbrudd etter tolvte uke er tilgangene til abort mer begrenset, og kvinnen må selv skrive en begrunnelse på hvorfor hun ønsker å utføre aborten.

Avgjørelsen vil da bli bestemt av en abortnemnd bestående av to leger (Norsk helseinformatikk, 2023).

I følge Abortloven (1975) §1 skal samfunnet sørge for at alle mennesker får nødvendig veiledning, seksualundervisning og kunnskap om ulike samlivsspørsmål for å skape en ansvarsbevisst holdning for at antall svangerskapsavbrudd blir lavest mulig (Abortloven, 1975, §1).

2.1.2 Årsaker til provosert abort

Menneskeverd.no er Norges største livsvernorganisasjon. De jobber aktivt for å styrke vernet om menneskelivet fra befruktning, til livets slutt. De skriver at det er gjort lite forskning på årsaker til at kvinner tar abort. De henvender til en studie gjort av psykiater Anne Nordal Broen (2006), hvor det kommer frem at den viktigste årsaken til abort var at det ville bli vanskeligere å fortsette med utdanning og jobb ved å beholde barnet.

Der kommer det også frem at press fra barnefar og andre nære personer er en viktig årsak. Den tredje viktigste grunnen til at kvinnene tok abort var økonomi (Menneskeverd.no, 2015). Grunnlaget for at kvinner velger provosert abort er individuelt og årsakene kan i mange tilfeller være sammensatte. Det kan være både psykiske, fysiske, sosiale eller økonomiske grunner (Jerpseth, H., 2017, s. 159).

2.2 Sykepleierens rolle i abortprosessen

Når en kvinne først har bestemt seg for å gjennomføre abort vil sykepleiere kunne møte kvinnen ved dagkiruriske- eller gynekologiske avdelinger, og sykepleier må da støtte kvinnen i valget (Jerpseth, 2017, s. 161). Sykepleiere skal respektere kvinnens valg, og møte enhver kvinne med respekt. Dersom kvinnen uttrykker usikkerhet i forhold til valget kan man innenfor 12-ukers grensen, råde henne til å gå hjem og tenke over valget.

Etter et abortinngrep skal sykepleiere observere pasientens sirkulasjon og respirasjon de neste timene. (Jerpseth, 2017, s. 161). Sykepleier skal også observere blødninger ved å inspisere pasientens bind. Mengde blod, utseende, koagler og eventuelle rester av svangerskapet observeres for å forebygge eventuelle infeksjoner (Jerpseth, 2017, s. 162).

Etter gjennomført provosert abort er det viktig at kvinnens grunnleggende behov ivaretas.

Hennes opplevelse av velvære er sentralt. Det kan være behov for smertelindring både i for- og etterkant av inngrepet, og skal administreres etter legens forordning (Jerpseth, 2017, s. 162). Ved medikamentell abort administrer sykepleier legemidler og sørger for smertelindring. Ved pågående blødninger kan sykepleiere også være nødt til å administrere forordnet intravenøs væskebehandling eller blodtransfusjon (Jerpseth, 2017, s. 162).

For å ivareta kvinnens psykososiale behov er det viktig å informere om det som skal skje. Dersom det er mulig er det en fordel om samme sykepleier kan ta imot pasienten, følge til undersøkelse og følge opp i tiden etterpå. Dette kan være et tillitskapende tiltak og gjøre det lettere å nå inn med tilstrekkelig informasjon hos pasienten (Jerpseth, 2017, s. 162). Sykepleier må ta seg tid til å lytte til pasienten og eventuell partner, opptil flere ganger. Sykepleier må oppfordre og oppmuntre til å sette ord på tanker, følelser og eventuelle dilemma de står ovenfor.

Ved utskrivelse skal kvinnen informeres om eventuelle tegn på infeksjon, og at hun kan kontakte sykehuset dersom dette oppstår. Hun skal også informeres om at blødningen vil være avtagende og at det ikke er anbefalt å bruke tampong, ha samleie, bade eller gjennomføre hard fysisk aktivitet i ca 2 uker etter inngrepet. Kvinnen bør også informeres om at hun vil kunne oppleve å gå gjennom en sorgprosess i etterkant av aborten (Jerpseth, 2017, s. 162). Sykepleiere må ha kunnskap og evne til å legge forholdene til rette, slik at sorgarbeidet er i gang når kvinnen skrives ut fra sykehuset (Jerpseth, 2017, s. 162).

Sykepleier kan oppfordre til å ta kontakt med den gratis helsetjenesten Amatheia. Amatheia er en del av «Fellesmodellen» som sikrer et helhetlig og likeverdig tilbud til kvinner som er/var gravide, og deres partner. I det daglige samarbeider Amatheia tett med kommunehelsetjenesten, fastlegene og sykehusene og supplerer helsevesenet med sin spisskompetanse og landsdekkende funksjon. Amatheia er den eneste landsdekkende helsetjenesten som tilbyr oppfølging før og etter abort. De har som mål å skape et trygt rom der kvinner åpent kan dele sine tanker og reaksjoner knyttet til aborten (Amatheia, u.å.).

2.3 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen er en norsk sykepleier og professor. Hun er også “en av de mest framtreddende og kjente omsorgsfilosofer i skandinavisk sykepleieforskning.” (Gripsrud, 2003). Ifølge Martinsen er det tre viktige dimensjoner i omsorgsbegrepet. Hun belyser at omsorg er et relasjonelt, moralsk og praktisk begrep (Martinsen, 2005, s. 135).

Omsorgens relasjonelle side består av en relasjon mellom minst to individer, hvor den ene er forpliktet til å yte hjelp i samsvar med vedkommendes behov og situasjon. For å finne ut hva den andre trenger, er det nødvendig at sykepleiere engasjerer seg og viser interesse for pasienten. Sykepleier må forsøke å sette seg inn i pasientens situasjon, skape en slags forståelse, og på denne måten finne ut hvilke behov pasienten har (Kristoffersen, 2014, s. 254). Martinsen er opptatt av tydingen i sykepleien. Dette innebærer at sykepleier uttrykker det inntrykket en får av pasienten. Sykepleierens inntrykk kan uttrykkes gjennom sansene, kroppsspråket eller verbalt. Ved at sykepleier er åpen for sansingen og inntrykkene i møte med pasienten, kan sykepleieren motta og tolke inntrykkene pasienten gir. I denne prosessen må sykepleiere ta i bruk sitt faglige skjønn. Sykepleierens inntrykk av pasienten som mottas gjennom sansene, blir dermed omformet til et uttrykk, enten i form av en holdning, en handling, et godt grep eller noen beroligende ord (Kristoffersen, 2014, s. 255).

Martinsen viser til en grunnleggende moral som eksisterer i livet vi lever, og at moralen bor i de menneskelige relasjonene hvor mennesker er forbundet med hverandre i nestekjærlighet (Austgard, 2012, s. 18-19). Martinsen sier at moralen er overordnet og viser seg i måten arbeidet vårt utføres på (Martinsen, 2005, s. 134).

Ifølge Martinsens har moralen to sider : spontanitet og norm. Moralens jordsmonn er den spontane moralen, som lever i nestekjærlighet. Martinsen sier at et møte med pasient alltid er et møte med den spontane moralen. Hun påpeker at norm- moralen ikke er moralens utgangspunkt, men at dette kommer sekundært. Norm moralen viser til prinsipper og regler som finnes i samfunnet. (Austgard, 2003, s. 36 & 39). I god sykepleie spiller den spontane moralen og norm-moralen på lag. I noen situasjoner har man behov for å møte pasienten spontant uten baktanker, og i enkelte tilfeller kreves det grundige faglige vurderinger for å avgjøre den riktige handlingen (Kristoffersen, 2014, s. 257).

Kandidatnummer : 1879 og 1880

Martinsen påpeker at den spontane moralen, den universelle kjærligheten ikke trenger å begrunnes. Men at det er situasjonen vi handler i som skal begrunnes fordi kjærligheten i konkrete situasjoner er knyttet til våre handlinger. Sykepleiere må med all sin faglige forståelse, sin fantasi og erfaring forsøke å tyde hvordan hun kan handle til det beste for pasienten. (Austgard, 2003, s. 36)

Martinsen understreker at omsorg er mer enn bare en grunnholdning, det er også praktisk handling. Hjelpen begrunnes ut fra tilstanden til den hjelpetrengende, og de konkrete handlingene utvikles basert på den situasjonen vedkommende befinner seg i. Ut fra egne erfaringer kan en gjenkjenne ulike situasjoner, og på denne måten være i stand til å se og forstå pasienten ut fra deres gitte situasjon. Martinsen fremhever betydningen av omsorgen som ytes skal tilrettelegges på en måte slik at pasienten opplever anerkjennelse, i tillegg må hendelser rundt pasienten, samt det som pasienten ser og hører, formidles på en måte som gjør at pasienten forstår (Kristoffersen, 2014, s. 255-256).

Sykepleiesituasjoner er komplekse og sammensatte og det kreves faglig kunnskap og innsikt for å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie . Martinsen poengterer at det å være profesjonell ikke står i motsetning til det å være personlig, involvert eller vise følelser (Austgard, 2012, s. 20)

3 Metode

I dette kapitlet skal vi forklare hva metode er og presentere hvilken metode vi har tatt i bruk for å svare på oppgaven. Deretter vil vi beskrive fremgangsmåten vår for litteratursøket, hvilke søkeord som har blitt benyttet og valg av forskningsartikler. I tillegg til dette skal det foretas en analyse av funnene fra forskningsartiklene.

3.1 Hva er metode?

Metode er et middel for å tilegne seg ny kunnskap om et spesifikt tema. Den hjelper oss med innhenting av ny informasjon som trengs for å gjennomføre en undersøkelse. Metoden forteller oss hvordan vi kan fremskaffe kunnskap og hvordan vi kan etterprøve i hvilken grad ulike påstander er sanne eller gyldige (Dalland, 2020, s. 53-54).

Vi skiller mellom kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitativ metode baserer seg på målbare data som for eksempel tall, gjerne kalt for “harde data”. Denne metoden går mer i bredden, har ofte mange informanter og det er som regel vanlig å ta i bruk spørreskjemaer som har faste svaralternativer (Dalland, 2020, s. 54-55). Kvalitativ metode har som hensikt å innhente informasjon om mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måles, ofte kalt “myke data”. Kjennetegn ved denne metode er at den går mer i dybden og innhenting av datamateriale skjer via intervjuer og observasjoner. Ved kvalitativ metode prøver man å skape en slags forståelse av et spesifikt tema (Dalland, 2020, s. 54-55).

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave, hvor metoden som anvendes er integrativ litteraturoversikt etter den svenske sykepleieforskeren Febe Fribergs modell (2018). En integrativ litteraturoversikt kjennetegnes ved at man innhenter allerede eksisterende forskning omkring det aktuelle temaet, analyserer artiklene og deretter sammenstiller funnene for å finne en rød tråd og skape en ny helhet (Friberg, 2018, s. 150).

Forskningen er blitt funnet gjennom et strukturert søk i helsefaglige databaser, og deretter har vi gjort et kritisk og grundig utvalg av den relevante litteraturen som vi har valgt å ta i bruk.

3.2 Søkestrategi

I søkestrategien benyttet vi ulike databaser innen sykepleie- og helsevitenskapelig forskning for å identifisere relevante artikler som kunne besvare oppgavens hensikt. Pubmed og Medline ble valgt som hoved databaser for å gjennomføre et systematisk søk etter relevant forskning knyttet til oppgavens tema. Etter abstrakt lesing gjennom ulike forskningsartikler, fant vi frem til 4 studier som vi ønsket å bruke i oppgaven.

Vi valgte søkeord som var konkret knyttet opp mot hensikten for oppgaven. Søkeordene vi benyttet oss av var “Induced abortion”, «medication abortion», “abortion care”, “information”, “women’s experiences”, “support”, “medical abortion”, “mental health” og “needs”. Søkeordene ble brukt i forskjellige kombinasjoner med “AND” for å sette dem sammen.

Videre i litteratursøket benyttet vi oss av inklusjons- og eksklusjonskriterier for å avgrense mengden litteratur som er blitt inkludert i oppgaven (se tabell 1, “inklusions- og eksklusjonskriterier”).

Tabell 1 - Inklusions- og eksklusjonskriterier

<u>Inklusjonskriterier</u>	<u>Eksklusjonskriterier</u>
Provosert abort	Spontanabort
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Forskning publisert i løpet av de siste 10 år	Forskning eldre enn 10 år
Kvalitative og kvantitative studier	
Pasientperspektiv	
IMRaD struktur	

3.3 Valg av artikler

Valg av artikler vi tok i bruk ble basert på våre inklusjons- og eksklusjonskriterier slik at treffene ble begrenset til de artiklene som kunne være mest relevant.

Artiklene vi endte opp med å velge inneholdt forskning vi kunne bruke for å belyse hensikten med oppgaven. Vi brukte både kvalitativ og kvantitativ tilnærming i oppgaven, med hovedfokus på kvalitativ forskning da dette hadde mest relevans for vår oppgave.

Vi valgte artikler som i hovedsak fokuserte på pasientperspektivet, for å finne frem til ulike kvinners egne erfaringer og opplevelser ved gjennomførelse av provosert abort.

Tabell 2 - Oversiktstabell over utvalgte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E. & Carlsson T. (2019) Abortion-related worries, fears and preparedness : a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study	Kvinner erfaringer med informasjon, støtte, omsorg og ivaretagelse ved gjennomførelse av provosert abort	Utforske bekymringer, frykt og beredskap knyttet til opplevelsen av provosert abort	Pasient	Kvalitativ innholdsanalyse og beskrivende statistikk. Nettbasert studie - en undersøkelse med åpne spørsmål hvor 185 kvinner deltok.
Aamlid, I. B., Dahl, B., & Sommerseth, E. (2021) Women's experiences with information before medication abortion at home, support	Kvinner erfaringer med informasjon, oppfølging og støtte ved medisinsk abort i hjemmet	Undersøke hvilke erfaringer kvinner hadde knyttet til informasjonen, støtten og oppfølgingen de fikk før og underveis ved medisinsk abort i hjemmet	Pasient	Kvalitativ studie. Individuelle intervjuer med 23 kvinner

during the process and follow-up procedures - A qualitative study.				
Hedqvist, M., Brodin, L., Tydén, T. & Larsson, M. (2016) Women`s experiences of having an early medical abortion at home	Kvinneres erfaringer av tidlig medisinsk abort i hjemmet	Undersøke og vurdere kvinnens opplevelser av en tidlig medisinsk abort i hjemmet og deres oppfatninger om informasjonen som blir gitt i forkant av aborten	Pasient	Kvalitativ og kvantitativ studie med telefonintervjuer av 119 kvinner
Røseth, I., Sommerseth, E., Lyberg, A., Sandvik, B. M., & Dahl, B. (2022) No one needs to know! Medical abortion : Secrecy, shame, and emotional distancing	Kvinneres erfaringer knyttet til medisinsk abort hjemme	Studien undersøker norske kvinners erfaringer med følelsesmessig mestring knyttet til gjennomførelse av medisinsk abort i hjemmet	Pasient	Kvalitativ studie, individuelle intervjuer med 22 kvinner

3.4 Analyse

Analysen vi skal foreta av resultatene fra de utvalgte forskningsartiklene tar utgangspunkt i Friberg (2018) sin analysemodell, som gav oss god struktur i prosessen.

Vi startet analysearbeidet ved å lese grundig gjennom resultatene fra artiklene for å sikre at vi fikk en god forståelse av innholdet. Forskningsartiklene ble lest flere ganger for å kunne forstå helheten. Deretter laget vi en oversiktstabell som inneholdt tema, hensikt, perspektiv og metode for å gi oss en bedre oversikt over de valgte artiklene, (se tabell 2, “oversiktstabell over utvalgte artikler”). Videre identifiserte vi likheter og forskjeller ved artiklene i forhold til hensikt, metode og resultater som kunne støtte opp hensikten med vår oppgave (Friberg, 2018, s. 148-150).

Til slutt ble det foretatt en datareduksjon hvor de kategoriene fra artiklenes resultater som vi fant sentrale for å besvare vår hensikt ble tatt med i oppgaven, som blir presentert i tabell 3 - Hoved- og underkategorier.

Analysearbeidet resulterte i 3 hovedkategorier og 4 underkategorier som var mest relevante, og som danner grunnlaget for presentasjonen av resultatene i oppgaven. Kategoriene blir presentert hver for seg, for å så samles sammen til en ny helhet i diskusjonskapitlet i oppgaven.

Tabell 3 - Hoved- og underkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier
Informasjon	Behov for individuell, tilrettelagt informasjon
Mangelfull omsorg	Behov for anerkjennelse, støtte, empati og forståelse
Oppfølging	Behov for bedre oppfølging Tilstedeværelse av sykepleiere

4 Resultater

4.1 Informasjon

Det fremkommer i samtlige studier at informasjonen kvinnene mottar ikke er tilstrekkelig for å sikre følelse av en trygg abortprosess (Georgsson et al., 2019; Aamlid et al., 2022; Hedqvist et al., 2016).

4.1.1 Behov for individuell, tilrettelagt informasjon

Georgsson et al. (2019) fremhever at et sentralt aspekt ved abortomsorgen omhandler kvinners behov for klar og detaljert informasjon i forkant av aborten. På denne måten blir kvinnen mer forberedt på prosedyren, og passende informasjon vil kunne bidra til å redusere psykiske plager og følelsesmessig stress hos kvinnen relatert til abortprosedyren (Georgsson et al., 2019, s. 380).

I studien til Aamlid et al. (2021) beskriver flere av kvinnene at informasjonen omkring abortprosessen burde være mer detaljert og personlig overfor den enkelte kvinnen. De opplevde at informasjonen de mottok var utilstrekkelig, som førte til at flere kvinner følte seg uforberedt på hendelser som oppstod i etterkant av aborten. Kvinnene var både usikre på hvor mye blødning eller smerte de kunne forvente i forbindelse med aborten. Dette medførte at flere av kvinnene følte seg redde og bekymret da de opplevde mer blødning etter aborten enn det de var forberedt på, i tillegg til at kvinnene var overrasket over smertenivået de opplevde. Enkelte av kvinnene i studien reflekterte over tilstedeværelsen av sykepleiere, og om dette hadde påvirket deres opplevelse av smerte. Kvinnene trodde at de hadde klart å håndtere smerten bedre dersom en profesjonell hadde vært til stede under prosessen, samt at de hadde følt seg mer komfortable i situasjonen.

En av kvinnene i studien beskriver hennes følelse av mangel på informasjon slik :

“The way 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 was going to go 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).

Det kommer også frem i studien til Hedqvist et al. (2016) at en tredjedel av kvinnene var ikke fornøyd med informasjonen de fikk på ulike områder slik som smerte, blødninger, selve abortprosessen og muligheten til å kunne treffe en rådgiver. Flere av deltakerne i studien fortalte at smertene de opplevde var verre enn hva de hadde forventet. Kvinnene ga uttrykk for at de hadde satt pris på å få bedre informasjon om dette, og eventuelt hva de kunne gjøre når smertelindringen de fikk fra klinikken ikke var tilstrekkelig nok. Noen av kvinnene beskrev at de opplevde sterke smerter i dager eller uker i etterkant av aborten, og uttrykte et ønske om å kunne få noe sterkere form for smertelindring som de kunne ta dersom det var behov. Noen av kvinnene hadde også foretrukket å få tilbud om å gjennomføre aborten på klinikken, selv om de hadde bestemt seg for å utføre det i hjemmet (Hedqvist et al. 2016).

I studien til Georgsson et al. (2019) viste det seg at flere av kvinnene opplevde bekymringer og frykt i forkant av aborten. Flere følte seg dårlig forberedt på prosedyren som et resultat av mangelfull utilstrekkelig informasjon, som igjen førte til usikkerhet hos kvinnene. Dette medførte at flere av kvinnene i studien tok i bruk internett som en informasjonskilde, men hadde vanskeligheter med å finne frem til nettsider av god kvalitet. Noe som videre kunne innebære at kvinnen kunne komme over feilinformasjon, eller kilder som ikke var pålitelige. Kvinnene uttalte dermed et behov for en pålitelig nettbasert informasjonskilde utviklet av det nasjonale helsevesenet. Kvinnene ønsket at denne kilden skulle inneholde nødvendig informasjon av god kvalitet omkring provosert abort, hvor de i tillegg hadde mulighet til å stille spørsmål til sykepleiere.

4.2 Mangelfull omsorg

Samtlige av studiene belyser sykepleierens manglende omsorg overfor kvinnen, hvor flere av kvinnene opplevde mangel på forståelse, anerkjennelse, støtte og empati overfor situasjonen (Georgsson et al., 2019; Røseth et al., 2022 ; Aamlid et al., 2022).

4.2.1 Behov for anerkjennelse, støtte, empati og forståelse

Studien til Georgsson et al. (2019) viser til at mer enn én tredjedel av kvinnene ikke var tilfreds med kvaliteten på abortomsorgen. Kvinnene opplevde mangelfull behandling og støtte fra sykepleiere, og sykepleieres atferd indikerte mangel på omsorg eller interesse for kvinnenes situasjon. Flere av kvinnene hadde en oppfatning om at sykepleierne var uprofesjonelle, ufølsomme, og at deres oppførsel ikke var tilstrekkelig imøtekommende i den sårbare situasjonen kvinnene befant seg i. Opplevelsen av en dømmende holdning fra

helsepersonell gjorde at flere kvinner følte seg lite respektert og utsatt for beskyldninger, og dette igjen medførte en følelse av skam. Flere av kvinnene i studien rapporterte at sykepleiere neglisjerte deres behov både under og etter abortprosessen, inkludert mangel på tilbud om psykososial støtte.

I studien til Røseth et al. (2022) fremkommer det at kvinnene kjente på invasive følelser av skam og skyld knyttet til opplevelsen av å ha vært uansvarlig. De forteller at å ta abort hjemme skjermet dem fra andres opplevde fordømmelse, samtidig som det assosieres med en subjektiv opplevelse av straff for utilsiktet graviditet. En fremtredende observasjon var at kvinnene følte seg uvillige til å søke helsehjelp eller nødvendig omsorg, da frykt for fordømmelse forsterket skammen knyttet til å ha satt seg selv i denne situasjonen. For disse kvinnene ble abortprosessen karakterisert som en ensom, smertefull og skremmende opplevelse.

I studien til Aamlid et al. (2021) beskriver flere av kvinnene at de hadde ønsket en mer imøtekommende tilnærming av sykepleiere ved abortkonsultasjonen. Kvinnene opplevde sykepleieres fremtoning som klinisk og distansert, noe som bidro til en følelse av isolasjon og økte skamfølelser knyttet til deres situasjon. Flere uttrykte et ønske om at sykepleierne skulle anerkjenne deres valg og tilby støtte i den sårbare situasjonen. De etterlyste en mer empatisk tilnærming som kunne redusere opplevelsen av isolasjon og stigmatisering knyttet til abortprosessen.

En av kvinnene i studien til Aamlid et al., (2021) beskriver hvordan hennes mangel på forståelse og anerkjennelse fra sykepleierne påvirket hennes følelse av støtte i beslutningen. Kvinnen uttrykket :

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 been supported and acknowledged” (Aamlid et al, 2021, s. 3.

4.3 Oppfølging

I samtlige av de refererte studiene formidler kvinnene sine erfaringer knyttet til oppfølgingen under og etter abortprosessen, og en betydelig andel av dem etterlater et ønske om forbedret oppfølgingstilbud og økt tilgjengelighet av sykepleiere (Aamlid et al., 2022; Hedqvist et al., 2016; Røseth et al., 2022;).

4.3.1 Behov for bedre oppfølging

I studien til Hedqvist et al. (2016) opplevde kvinnene lang ventetid før de fikk konsultasjon ved klinikken, og det tok betydelig tid før de fikk kontakt med helsepersonell over telefon. Spesifikt rapporterte en deltakende kvinne om en ventetid på over 30 minutter mens hun slet med intense smerter under abortprosessen før hun ble kontaktet av helsepersonell.

Aamlid et al. (2022) dokumenterer i sin studie at flere kvinner ikke ble tilbudt en oppfølgingskonsultasjon, og etter konsultasjonen før aborten hadde de ingen videre kontakt med sykehuset. Kvinnene mottok kun informasjon om å utføre en graviditetstest fire uker etter aborten. Mange av kvinnene opplevde ulike følelsesmessige aspekter ved aborten som de ønsket å bearbeide i etterkant. Det fremkom et ønske om en oppfølgingskonsultasjon i ukene etter prosedyren, hvor fokuset skulle være rettet mot både den fysiske og psykiske helsen til kvinnen. Det beskrives også i studien at kvinnene fikk et telefonnummer de kunne ringe ved behov dersom de skulle ha noen spørsmål angående aborten. Flere av kvinnene uttrykte vanskeligheter med å kontakte sykehuset, dels fordi de ikke visste nøyaktig hva de skulle spørre om, og dels fordi de ikke ønsket å belaste sykepleiere unødvendig. Enkelte av kvinnene ytret at de foretrakk at sykehuset initierte kontakt fremfor at de selv måtte ta initiativet.

I studien til Røseth et al. (2022) gir derimot flere av kvinnene uttrykk for at de ønsket å komme seg fortest mulig over hendelsen, uten noen form for oppfølging fra helsepersonell eller noen andre. For disse kvinnene betydde det å gå videre å unngå å tenke på eller prate om aborten. En av kvinnene i studien forteller :

“The more I have to relate to it, the more I need to make a deliberate choice, the more I need to realize that I've removed and rejected a child. I've killed a fetus...I didn't really want to accept what I'd done. The simpler this process was, the less fuss there

was around it, the less I needed to relate to it and internalize it” (Røseth et al., 2022, s. 11)

De fleste kvinnene i denne studien opplevde ingen anger etter å ha gjennomført aborten. Men det kommer imidlertid frem at de fleste av kvinnene hadde følelsesmessige reaksjoner måneder eller år i etterkant av prosedyren. Flere av kvinnene kjente på konfronterende følelser av sorg, skyld og skam, og tanker om barnet som kunne ha vært der (Røseth et al., 2022)

4.3.2 Tilstedeværelse av sykepleiere

Selv om kvinnene i studien til Aamlid et al. (2022) følte seg trygge hjemme under aborten, uttrykte noen av kvinnene et savn etter tilstedeværelsen av helsepersonell, noe som bidro til en følelse av usikkerhet i prosessen. En av kvinnene forteller :

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 without professional help (Aamlid et al., 2021, s. 3)

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Drøfting av anvendt metode og egen gjennomførsel

I denne oppgaven tok vi i bruk metoden integrativ litteraturoversikt, hvor vi har valgt å inkludere 4 forskningsartikler som var relevante for oppgaven. En sterk side ved å arbeide med denne metoden er at man lager en grundig og systematisk oversikt over det aktuelle temaet og gjennomgår artiklenes resultater nøye, for deretter å drøfte dem i sammenheng med relevant fagteori (Friberg, 2018, s. 150). Vi mener at integrativ litteraturoversikt som metode har vært tilstrekkelig for å besvare vår problemformulering, og at de utvalgte forskningsartiklene har vært relevante for å besvare hensikten med oppgaven.

Oppgavens hensikt var å systematisk undersøke og belyse hvordan sykepleiere kan sørge for god og helhetlig ivaretagelse av kvinner som gjennomgår provosert abort.

Vi ønsket å rette fokuset mot pasientperspektivet i denne oppgaven, og dette har også vært med på å avgrense oppgaven. Vi valgte derfor å ha hovedfokus på kvalitativ forskning ved valg av artikler da dette hadde mest relevans for å besvare oppgaven. Flere av studiene tok i bruk intervjuer for å innhente data, og det kan i noen tilfeller bringe med seg mulige feilkilder. Dette dreier seg om hvorvidt kvinnen tolker spørsmålene riktig, eller om den som intervjuer oppfatter kvinnens svar på riktig måte (Dalland, 2020, s. 54-55).

Vi mener likevel at oppgavens hensikt ikke kan belyses kvantitativt ved bruk av tall og statistikker i like stor grad som en kvalitativ tilnærming, hvor informasjonen innhentes fra pasienters egne synspunkter og erfaringer. Vi mener at sykepleiers subjektive erfaringer ikke var like relevant for å besvare oppgaven, og valgte derfor å ekskludere dette.

En svak side ved å bruke kvalitativ tilnærming er at materiale hentes fra individuelle meninger og opplevelser (Dalland, 2020, s.54-55). Det gjør som nevnt at resultatene er subjektive, og det eksisterer dermed ingen universell fasit. Dette gjør derfor at funnene ikke kan generaliseres til å gjelde alle kvinner. Likevel er disse funnene essensielle for oppgaven, da de gir innsikt i ulike kvinners personlige opplevelser og erfaringer knyttet til provosert abort.

Vi oppfatter den anvendte metoden passende for oppgaven, ettersom det har gitt oss muligheten til å gå i dybden på temaet vi ønsket å undersøke. Vi har fått muligheten til å få innsikt i kvinners personlige erfaringer og opplevelser knyttet til abortprosessen gjennom individuelle intervjuer, og undersøkelser som er blitt foretatt i artiklene. Opplysningene fra studiene har bidratt til at vi har fått en dypere forståelse av tematikken, økt kunnskap omkring kvinners erfaringer ved en provosert abort, og gitt oss en verdifull innsikt i deres subjektive opplevelser.

Prosessen med å velge ut relevante artikler for oppgaven vår, vurderer vi til å ha både sterke og svake sider. Vi ønsket å forholde oss til fagfellevurderte artikler og forskning som var publisert i løpet av de siste 10 årene. Dette anser vi som en sterk side ved utvelgelsen av artikler. På denne måten begrenset vi oss til nyere forskning som gjerne er mer relevant. En svak side ved å kun begrense seg til forskning fra de siste 10 årene er at vi blant annet fant flere gode artikler som var publisert før 2013. Dette gjorde at vi kan ha gått glipp av forskning som kunne vært relevant å ta i bruk for å besvare oppgaven. At vi har valgt et begrenset antall artikler kan også ha ført til at vi kun valgte forskning som støtter våre egne synspunkter rundt valgt tema (Friberg, 2017, s. 143).

Det er også svake og sterke sider ved å ta i bruk artikler på andre språk enn norsk. På den ene siden kan det være en styrke da det er et større utvalg av artikler skrevet på engelsk. Og man vil derfor få flere valgmuligheter. Dette gjør også at forskningen kan være til nytte hos mennesker i flere land. En svak side ved å ta i bruk engelske artikler er at det må gjennomføres en oversettelsesprosess. Det er da muligheter for at informasjon kan gå tapt eller misoppfattes.

Søk etter forskningsartikler ble hovedsakelig gjort i databasene Pubmed og Medline. En sterk side ved å ta i bruk flere databaser for å utføre et strukturert søk etter forskning, er at det gav oss et bredere utvalg av artikler som kunne være relevante. Dette er databaser vi har blitt introdusert for gjennom universitetets bibliotek, som har et tydelig helsefaglig fokus. Etter å ha reflektert over både sterke og svake sider ved de utvalgte artiklene i oppgaven, mener vi at deres relevans for oppgaven er av stor grad.

5.1.2 Kildekritikk av artiklene

For å vurdere artiklenes validitet, undersøkte vi forskernes faglige bakgrunn og deres kompetanse i forhold til det aktuelle temaet. Samtlige av forskerne hadde helsefaglig bakgrunn som enten sykepleier, barnesykepleier, jordmor, helsesøster og psykiatrisk sykepleier. Dette vurderer vi til å styrke troverdigheten hos forskerne, sett i lys av oppgavens hensikt. Noe som derimot kan være en svakhet med høy faglig kompetanse er at forskerne er farget av fagfeltet. Dette kan gjøre at de har egne meninger eller oppfatninger før de gjennomfører forskningen, som kan påvirke resultatene.

Enkelte av forfatterne hadde en master- eller doktorgrad i aktuell forskerkompetanse, og jobbet som professor eller førsteamanuensis. *Samtlige av studiene har også mottatt godkjenning av ulike etiske komitéer.* Når vi har diskutert både positive og negative sider med høy faglig kompetanse blant forskerne, vil vi vurdere det til å gi stor grad av troverdighet.

I de utvalgte artiklene (Georgsson et al., 2019; Aamlid et al., 2022; Hedqvist et al., 2016; Røseth et al., 2022) foregikk studiene i Norge og Sverige, hvor forskningsarenaen enten var i hjemmet eller på sykehus. Ved å ta i bruk studier fra både Norge og Sverige kan funnene fra artiklene antas å være representative for det norske helsevesenet. Ved å ekskludere forskning gjort i andre land enn i Norden, minimerer vi avvik ved for eksempel retningslinjer og lovverk. Studiene vi har brukt i oppgaven har også flere fellestrekk i funnene vi kom frem til gjennom analysen, som øker troverdigheten av resultatene.

Deltakerne i studiene vi har analysert var alle kvinner som hadde gjennomgått en provosert abort, enten medikamentell eller kirurgisk (Georgsson et al., 2019; Aamlid et al., 2022; Hedqvist et al., 2016; Røseth et al., 2022).

I studien til Georgsson et al. (2019) ble det tatt i bruk sosiale medier og diskusjonsforum. Det ble publisert en link til undersøkelsen på Swedish Association for Sexuality Education sin Facebook side. SurveyMonkey, som er et nettbasert verktøy for anonym undersøkelse, ble brukt for innhenting av data. Å bruke sosiale medier og plattformer kan vurderes til å ha både svake og sterke sider. På den ene siden har sosiale medier stor dekning og man når ut til et stort antall av befolkningen. Det kan være positivt ved at man lett kan få tak i deltakere til gjennomføringen av forskningen. På den andre siden kan det være negativt at man når ut til

et større antall kvinner som befinner seg i en sårbar situasjon. Og at det er “lett” å begi seg ut i noe man ser gjennom sosiale medier, fordi man tror det skjer bak en skjerm.

Det kan også være at man på denne måten når ut til kvinner som deltar på bakgrunn av feil intensjoner. Eksempelvis kvinner som takker “ja”, med baktanke om fortjeneste.

I studien til Hedqvist et al. (2016) ble deltakerne rekruttert hos en klinikk ved Universitetssykehuset i Sverige. Alle kvinnene som var engelsk eller svensktalende som hadde opplevd å gjennomgå en tidlig medisinsk abort i hjemmet ble spurt om å delta i studien.

Deltakerne i studiene til Aamlid et al. (2021) og Røseth et al. (2022) ble rekruttert via informasjon som ble publisert om studien på hjemmesiden til Universitetet i Sørøst- Norge, og på Facebook. Det ble både gitt muntlig og skriftlig informasjon til kvinnene om studien før intervjuene ble foretatt. Dette anser vi som positivt, da dobbel informasjon kan sørge for at kvinnene faktisk er klar over hva de går med på. Et av inklusjonskriteriene for disse studiene var at kvinnene måtte ha gjennomført en medikamentell abort i hjemmet før 12 uke i svangerskapet. Det ble gjennomført individuelle intervjuer av 23 kvinner og 22 kvinner i alderen 24-45 år. Ved å gjennomføre individuelle intervjuer får kvinnene muligheten til å dele fritt om sine tanker og erfaringer anonymt, noe som kan fremme ærlige og sårbare meninger. Dette kan også være med på å gi en dypere forståelse av deres personlige opplevelser og følelser omkring abortopplevelsen (Dalland, 2020, s. 54-55).

Det ble informert om at studien var frivillig og at kvinnene hadde muligheten til å trekke seg fra studien på hvilket som helst tidspunkt, og at dataene de hadde bidratt med da ville bli slettet (Aamlid et al. 2022; Røseth et al. 2022; Hedqvist et al. 2016).

5.2 Resultatdiskusjon

I denne delen av diskusjonskapitlet vil artiklenes hovedfunn bli drøftet i lys av eksisterende litteratur og egne refleksjoner. Hensikten med denne oppgaven har vært å systematisk utforske og belyse viktigheten av hvordan sykepleiere kan sørge for god og helhetlig ivaretagelse av kvinner som gjennomgår provosert abort.

En gjennomgående tematikk i samtlige studier (Georgsson et al., 2019; Aamlid et al., 2022; Hedqvist et al., 2016) er knyttet til manglende informasjon gitt til kvinner før en provosert abort. Utilstrekkelig informasjon kan resultere i at kvinner føler seg dårlig forberedt, usikre

og skaper en følelse av utrygghet før prosessen. Utilstrekkelig forberedende informasjon kan også føre til at kvinnene risikerer å bli utsatt for uventede hendelser under og etter aborten (Georgsson et al. 2019). Enten knyttet til selve abortprosessen, dårlig helsefaglig behandling og støtte, eller bivirkninger og komplikasjoner (Georgsson et al., 2019, s. 388). Denne vurderingen understreker viktigheten av at sykepleiere er forpliktet til å tilby tilstrekkelig og individuelt tilrettelagt informasjon. Dette kan potensielt bidra til økt trygghet og opplevd ivaretagelse fra sykepleiere. Informasjon spiller også en vesentlig rolle for å styrke brukertilfredshet, redusere stress knyttet til den aktuelle situasjonen, og er en forutsetning for at kvinnene aktivt kan delta i egen behandling og sykepleie (Nortvedt, 2016, s. 139).

Hvis kvinnen ikke mottar tilstrekkelig informasjon, kan de oppleve at deres autonomi og rett til informasjon blir krenket. Mangelen på individuelt tilpasset støtte og informasjon kan også føre til en opplevelse av overtramp, der kvinnene kan føle seg presset eller tilsidesatt i en prosess som i utgangspunktet krever sensitivitet og respekt.

I tråd med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-2, har pasienter rett til nødvendig informasjon for å oppnå innsikt i innholdet av den helsehjelpen de mottar, inkludert informasjon om potensielle risikoer og bivirkninger. Videre presiseres det i lovens §3-5 at informasjonen skal tilpasses mottakerens forutsetninger, inkludert alder, modenhet og erfaring, med sikring av full forståelse. Gjennom arbeidet vårt med denne oppgaven har vi sett at dette ikke overholdes.

Dette betyr jo i utgangspunktet at sykepleierne ikke overholder det de er lovpålagt? Mangelen på støtte og tilgjengelighet, samt utilstrekkelig informasjon, kan tolkes som mangelfull omsorg, der kvinnene ikke opplever den nødvendige støtten og omsorgen fra sykepleiere.

Dette kan også potensielt føre til en opplevelse av krenkelse, hvor kvinnene ikke føler seg tilstrekkelig ivaretatt.

Resultatene fra studiene (Georgsson et al., 2019; Aamlid et al., 2022; Hedqvist et al., 2016; Røseth et al., 2022) indikerer en utilfredsstillende interaksjon mellom sykepleiere og kvinnene, preget av uprofesjonell og dømmende atferd, samt manglende informasjon før prosedyren. Vi mener at disse funnene indikerer behovet for bedre opplæring av sykepleiere, og styrket kompetanse omkring sykepleierens informasjons- og kommunikasjonsferdigheter i

abortomsorgen. Kommunikasjonsevner er avgjørende for å etablere tillit og skape en positiv relasjon mellom sykepleier og pasient. Kari Martinsen hevder at tillit er fundamentalt i sykepleierens omsorg. Hun peker på tillit som et etisk og interaktivt fenomen, med stor betydning i et pleieforhold (Martinsen, 2005, s. 136). Ved å etablere tillit skaper sykepleier et mer åpent kommunikasjonsmiljø med pasienten, noe som kan bidra til å øke kvinnens følelse av trygghet og gjør det lettere for kvinnen å dele sine tanker og følelser knyttet til abortprosessen.

Vi har også undret over hva som er minstestandard når det kommer til å sikre tiltrekkelig ivaretagelse av kvinnene som gjennomfører abort. Vi tenker at det kunne vært aktuelt å ha ulike fagdager, simuleringer eller refleksjonsgrupper hvor sykepleiere kan øve på, og dele erfaringer med hverandre. Dette vil potensielt bidra til å skape et trygt arbeids- og læringsmiljø.

I flere av de analyserte studiene (Georgsson et al., 2019; Røseth et al., 2022; Aamlid et al., 2021) kom det frem at kvinnene ikke opplevde å bli møtt med anerkjennelse og forståelse overfor den gitte situasjonen, i tillegg til lite støtte fra sykepleiere. Kvinnene opplevde negativ holdning og betraktet seg som en belastning for helsetjenesten. Deres ønske om å bli sett og respektert ble ikke imøtekommet, og mangelen på bekreftelse førte til følelser av skam og skyld. Vi har forstått at kvinner som søker provosert abort befinner seg i en spesielt sårbar situasjon, og vi tenker det kreves at sykepleiere bør vise økt varsomhet.

Dette innebærer respekt og støtte for kvinnens situasjon, det er sentralt for å opprettholde en positiv relasjon. Funnene understreker behovet for omsorg av høy kvalitet, basert på empati, støtte og forståelse for kvinnens sårbare situasjon. Funnene i studiene har i tillegg fått oss til å undre over hvorvidt man er sikret å lære denne form for interaksjon ved sykepleierstudiet? Kari Martinsens omsorgsteori er relevant i denne konteksten, da den legger vekt på empati, møtet mellom mennesker og betydningen av å anerkjenne den andres subjektive opplevelse. Martinsen fokuserer på det nære og mellommenneskelige aspektet ved omsorg, noe som kan være særlig relevant i omsorgen for kvinner som gjennomgår provosert abort (Austgard, 2012). Martinsen legger vekt på at omsorg i høyeste grad er en praktisk handling. Sykepleier må være i stand til å se og forstå kvinnen ut fra deres sårbare situasjon, og dermed sørge for kvinnen på en omsorgsfull og hensiktsmessig måte. Ved å for eksempel gi medisiner som kan lindre kvinnens smerter og ubehag under aborten, og foreta observasjoner av kvinnen i

forhold til smerte og blødninger (Kristoffersen, 2014, s. 256). Dette vil da sikre ivaretagelse av den praktiske dimensjonen ved Martinsens omsorgsteori.

Basert på funnene i studien til Aamlid et al. (2021) anbefales det at sykepleiere er mer tilgjengelige for kvinnen under abort prosessen. Ut fra resultatene kom det frem at kvinnene ga uttrykk for bekymring over å stå alene i prosessen, og mente at det var uansvarlig av sykepleiere å la kvinnen være alene hjemme med intense smerter. Kvinnene uttalte at tilstedeværelsen av sykepleiere ville ha bidratt til en økt følelse av komfort i en ellers sårbar situasjon. En forbedring av støtten og tilgjengeligheten fra sykepleiere kan potensielt redusere betydelig stress og angst hos kvinnene, og skape en tryggere og mer positiv helseopplevelse.

Resultatene viser ulike mestringsstrategier for å komme seg gjennom abortprosessen, og det er et varierende behov for samtale. Noen kvinner kan oppleve utfordringer med å dele sine abortopplevelser med familie og nære venner grunnet tabu og skam knyttet til abort. Vi ser at dette kan føre til et behov for samtaler med sykepleiere, hvor kvinnen åpent kan uttrykke sine følelser og erfaringer rundt aborten. På den ene siden kommer det til uttrykk i studien til Aamlid et al. (2021) at flere av kvinnene hadde satt pris på å få tilbud om en oppfølgingssamtale i etterkant av aborten hvor de da kunne fått muligheten til å bearbeide opplevelsen.

På den andre siden, i studien til Røseth et al. (2022) kom det imidlertid frem at de fleste av kvinnene ønsket å gå videre med livet, og helst ville tenke minst mulig på aborten. Etter at kvinnene hadde tatt beslutningen om å avslutte svangerskapet, ønsket de aller fleste å bare få det overstått. Majoriteten av kvinnene viste liten interesse for oppfølging og ønsket ikke å prate om sine erfaringer med sykepleiere.

At enkelte av kvinnene var motvillige til å prate om deres tanker og følelser omkring aborten, kan ha vært en strategi for å beskytte dem selv mot den emosjonelle smerten rundt selve prosessen. Å åpne opp om erfaringene ved aborten kan gjøre opplevelsen mer virkelig og dermed mer smertefull for kvinnen. Denne tilnærmingen kan også være en forsvarsmekanisme for å unngå å erkjenne konsekvensene av abortbeslutningen, inkludert avbruddet av et potensielt liv (Røseth et al. 2022).

I slike situasjoner står sykepleiere i en særskilt posisjon til å få kvinnen i samtale. Og vi tenker at kommunikasjonsevne kan være av avgjørende betydning. Sykepleier vil kanskje få kvinnen til å åpne seg dersom man klarer å anerkjenne kvinnens følelser, være sensitiv og

møte henne med respekt. Vi tenker at sykepleiere også bør, eller kan, være den som vurderer om det er nødvendigheter for annen psykososial støtte. Å skulle gi individuelt tilpasset omsorg vil også kreve at man tar seg tid og leser situasjonen.

En utfordring som fremkommer med tanke på oppfølging er imidlertid at mange kvinner ikke blir tilstrekkelig informert om tilgjengelige oppfølgingstilbud etter aborten. Manglende klarhet om tilgjengelig støttetjenester kan føre til at flere kvinner ikke er klar over hvor de kan henvende seg ved behov, og noen kan oppleve ekstra belastning ved å måtte søke etter nødvendig oppfølging på egen hånd. Dette øker også risikoen for at kvinner tar til seg feilinformasjon.

Det er derfor essensielt å forbedre informasjonen om tilgjengelige oppfølgingstjenester for å sikre at kvinner har kunnskap om støttetjenester etter aborten. Dette vil potensielt bidra til å fremme god langsiktig fysisk og mental helse. Vi mener at sykepleiere i dag bør få bedre undervisning om abort som tema, og også bedre informasjon om hvilke tjenester og tilbud som er aktuelt. Dette for å sikre at sykepleiere er i stand til å sørge for tilstrekkelig ivaretagelse av kvinner som gjennomfører en provosert abort.

Vi mener at Amatheia, som den eneste landsdekkende helsetjenesten i forbindelse med abort, bør få mer fokus. Her kan kvinner henvende seg både før og etter en abort, og dette burde informeres om tidlig i abortprosessen (Amatheia, u.å).

6 Implikasjoner for praksis

I dette kapitlet presenteres noen forslag til tiltak som er formulert på bakgrunn av analyserte artikkelfunn, relevant teori og personlige perspektiver. Formålet med denne oppgaven var å utforske og belyse betydningen av hvordan sykepleiere kan sikre god og helhetlig ivaretagelse av kvinner som gjennomgår provosert abort, med intensjon om å avdekke funn som potensielt kan forbedre abortomsorgen.

De foreslåtte tiltakene er konkrete og tar sikte på å forbedre omsorgsytelsen og sikre helhetlig ivaretagelse av kvinnen. Vår forhåpning er at disse tiltakene kan bidra til å forebygge og/eller redusere potensielle belastninger som kvinner kan oppleve i etterkant av aborten.

Forslagene våre er som følger ;

- For å forbedre sykepleiers kompetanse innen abortomsorgen kan organisering av fagdager eller internundervisning om provosert abort øke sykepleiernes kunnskap og dermed forbedre omsorgsytelsen. Det kan være hensiktsmessig å styrke sykepleiernes evne til sensitiv kommunikasjon, fordomsfri praksis og en empatisk tilnærming. Dette kan være med på å forme en støttende og respektfull atmosfære blant sykepleierne som tar i mot kvinner i klinikk.
- Det bør fokuseres på individualisering av omsorg ved abortprosessen. Et viktig tiltak er å sørge for at kvinnen faktisk mottar tilstrekkelig informasjon om selve prosessen, forventede symptomer, eventuelle komplikasjoner en kan oppleve i etterkant, og hvilke tilgjengelige oppfølgingstjenester som finnes.
- Vi mener at den landsdekkende helsetjenesten, Amatheia, bør få større fokus både i sykepleierstudiet og ved pasientmøter i klinikk. Dette kan eksempelvis skje ved at sykepleierstudenter får tilstrekkelig informasjon om Amatheia ved undervisning. Videre kan sykepleiere ha som praksis å informere kvinner om helsetilbudet, og vise til nettsiden.
- Et tiltak er å etablere tydeligere retningslinjer for psykososial støtte.
- Tilby støtte- og oppfølgingssamtaler eller samtalerapi som tar hensyn til kvinnens individuelle behov.
- Et tydeligere system som sørger for at kvinnen får det de har krav på. For å gi kvinnen forutsigbarhet kan det være et tiltak å planlegge en oppfølgingssamtale allerede før de

drar hjem. Dette vil kunne skape en følelse av å bli sett, og kjenne at den psykisk og fysiske helsen blir ivaretatt.

- Gjennom bruk av refleksjonsgrupper kan sykepleiere dele sine erfaringer, reflektere over varierte pasientsituasjoner og dra nytte av kollegaers innsikt. Dette kan bidra til en kontinuerlig forbedring av abortomsorgen, slik at sykepleiere bedre kan ivareta og støtte kvinner som gjennomgår provosert abort.

7 Referanser

Aamlid, I, B., Dahl, B., & Sommerseth, E. (2021). Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures - A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 27, 100582, 1-6. DOI : 10.1016/j.srhc.2020.100582

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

Amathea. (u.å.) *Selvbestemt abort*. <https://amathea.no/tjenester/etter-abort/selvbestemt-abort/>

Austgard, K. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis*. (2.utg). Cappelen forlag AS.

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

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags for uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3.utg., s. 141-151). Lund : Studentlitteratur AB.

Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E. & Carlsson, E. (2019). Abortion-related worries , fears and preparedness : a Swedish web-based exploratory and retrospective qualitative study. *The European journal of contraception & reproductive health care*, 24(5), 380-389. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1647334>

Gripsrud, S. (2003). Omsorgsfilosof i kamphumor. *Forskning.no*. <https://forskning.no/sykepleie-historie-partner/omsorgsfilosof-i-kamphumor/1063205>

Hedqvist, M., Brodin, L., Tydén, T. & Larsson, M. (2016). Women's experiences of having an early medical abortion at home. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 9, 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.07.003>

Kandidatnummer : 1879 og 1880

Helsenorge. (2023, 29. juni). *Abortmetoder*. Hentet 27. november fra <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/>

Jerpseth, H. (2017). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer: Sykepleie ved abort. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (5.utg., s. 133-168). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kerns, J., Cheeks, M., Cassidy, A., Pearlson, G. & Mengesha, B. (2022). Abortion Stigma and Its Relationship with Grief, Post-traumatic Stress, and Mental Health-Related Quality of Life After Abortion for Fetal Anomalies. *Women's Health Reports*, 3(1), 385-394. <https://doi.org/10.1089/whr.2021.0027>

Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie : Sykepleie med hovedvekt på omsorg. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. -A Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1 : Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg., s. 207-270). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Løkeland-Stai, M. (2023). Aborttall for Norge. *Folkehelseinstituttet*. <https://www.fhi.no/op/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet, og evidensen*. Akribe.

Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe.

Menneskeverd. (2015). *Fakta om abort*. Hentet 2. november fra https://www.menneskeverd.no/wp-content/uploads/2015/08/temaark_abort.pdf

Norsk helseinformatikk. (2023, 4 .september). *Abortloven*. Hentet 24. oktober 2023 fra <https://nhi.no/familie/seksualitet-og-prevensjon/sex/abortloven/>

Norsk helseinformatikk. (2023, 4. september). *Kirurgisk abort*. Hentet 24. oktober 2023 fra <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/kirurgisk-abort/>

Norsk helseinformatikk. (2023, 31. august). *Medikamentell abort*. Hentet 24. oktober 2023 fra <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/medikamentell-abort/>

Kandidatnummer : 1879 og 1880

Norsk helseinformatikk. (2023, 4. september). *Til deg som vurderer abort*. Hentet 2. november fra

<https://nhi.no/familie/seksualitet-og-prevensjon/sex/til-deg-som-vurderer-abort/>

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke : en innføring i sykepleierens etikk*. (2. utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Opsahl, A. M. D. (2013). Får angst og depresjon etter abort. *Sykepleien.no*, 101(8), 64-66.

<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0074>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Røseth, I., Sommerseth, E., Lyberg, A., Sandvik, B. M., & Dahl, B. (2022). No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing. *Health care for Women International*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2090565>

Vedlegg 1 : Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
27/10	Pubmed	Induced abortion AND women's experiences AND needs	År 2013-2023 Fagfelle vurdert, kvinner	120	4	3	0
29/10	Pubmed	Induced abortion AND information AND womens experiences	År 2013-2023 Fagfelle vurdert	291	6	2	2
29/10	Medline	Induced abortion AND women's experiences	År 2013-2023 Geografi : Norge, Sverige & Danmark.	20	3	2	0
29/10	Medline	Abortion care AND induced abortion AND womens experiences	År 2013-2023 Geografi : Europa, Norge og Sverige	14	5	2	0
8/11	Pubmed	Mental health after induced abortion	År 2013-2023	85	3	1	0

8/11	Pubmed	Followup after induced abortion	År 2013-2023 Kvinner	295	2	1	0
8/11	Pubmed	Medical abortion and mental health	År 2013-2023	324	5	2	0
8/11	Pubmed	Medical abortion AND womens experiences AND information	År 2013-2023	259	4	2	1
9/11	Pubmed	Medical abortion AND abortion care AND womens experiences	År 2013-2023	503	6	2	1

Vedlegg 2 : Litteratormatrise

Forfattere Årstall Tidsskrift Land	Artikkel tittel	Hensikten med studien	Perspe ktiv	Metode og analyse	Utvalg/populasjo n	Hovedfunn/res ultater
<p>Forfattere : Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E. & Carlsson T. Årstall : 2019 Tidsskrift : <i>The European journal of contraception & reproductive health care</i> Land : Sverige</p>	<p>Abortion-rel ated worries, fears and preparednes s : s Swedish Web-based exploratory and retrospectiv e qualitative study</p>	<p>Utforske bekymring er, frykt og beredskap knyttet til opplevelse n av provosert abort</p>	Pasient	<p>Kvalitativ innholdsan alyse og beskrivend e statistikk. Nettbasert studie - en undersøkel se med åpne spørsmål hvor 185 kvinner deltok.</p>	185 kvinner	<p>Kvinner opplevde bekymring og frykt i forbindelse med aborten. Aborten var assosiert med uventede hendelser, dårlig helsefaglig behandling og utilstrekkelig informasjon.</p>
<p>Forfattere : Aamlid, I. B., Dahl, B., & Sommersteth, E. Årstall : 2021 Tidsskrift : <i>Sexual & Reproductive Healthcare</i> Land : Norge</p>	<p>Women´s experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures - A qualitative study.</p>	<p>Undersøke hvilke erfaringer kvinner hadde knyttet til informasjo nen og oppfølging en de fikk før og underveis ved medisinsk abort i hjemmet</p>	Pasient	<p>Kvalitativ studie med individuell e intervjuer av 23 kvinner. Intervju med 3 åpne spørsmål, kvinnene ble også oppfordret til å dele erfaringer underveis. Dataenebl e analysert ved å bruke</p>	23 norske kvinner	<p>3 hovedtema ble identifisert fra analysen : Kvinnene opplevde informasjonen som utilstrekkelig, noe som påvirket følelsen av trygghet. Manglende anerkjennelse fra helsepersonell og hvordan dette påvirket følelsen av</p>

				systematis k tekstkonde nsering		støtte. Oppfølging og tilgang til helsepersonell under og etter hjemmeaborten og hvordan dette påvirket følelsen av velvære.
Forfattere : Hedqvist, M., Brolin, L., Tyden, T. & Larsson, M. Årstall : 2016 Tidsskrift : Sexual & Reproductive Healthcare Land : Sverige	Women´s experiences of having an early medical abortion at home	Vurdere kvinneres opplevelse r av tidlig medisinsk abort i hjemmet og undersøke deres oppfatning er om informasjo nen som ble gitt i forkant av aborten	Pasient	Kvalitativ og kvantitativ undersøkelse. Telefonint ervjuer av 119 kvinner.	119 kvinner	En tredjedel av kvinnene opplevde mangelfull og utilstrekkelig informasjon i forkant av prosessen. Halvparten av kvinnene hadde tidligere tatt abort eller gjennomgått en fødsel og resultatene viste at disse opplevde smertene som mindre intense enn de kvinnene som tok abort for første gang.
Forfattere : Røseth, I., Sommerseth, E., Lyberg, A., Sandvik, B. M., & Dahl, B.	No one needs to know! Medical abortion: Secrecy,	Kvinneres erfaringer knyttet til medisinsk abort i hjemmet	Pasient	Kvalitativ studie med individuelle intervjuer av 22	22 kvinner	Kvinnene i denne studien avsluttet svangerskapet da det var et logisk og

<p><i>Årstall</i> : 2022 <i>Tidsskrift</i> : Health care for Women International <i>Land</i> : Norge</p>	<p>shame, and emotional distancing</p>			<p>kvinner med 3 åpne spørsmål</p>		<p>fornuftig valg for deres nåværende livssituasjon. De kjente likevel på ambivalens, skyld og skam. Følelsesmessig distansering viste seg å være en gjentakende</p>
---	--	--	--	---	--	---