



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 372

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 11387

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 55

Andre medlemmer i gruppen: 374

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Provosert abort – *et ensomt valg*

Induced abortion – *a lonely choice*

Kandidatnummer

372 og 374

Sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

22. mai 2020

“Ved terminen drømmer jeg at du blir født, en byrde glir fra meg, jeg våkner en morgen og føler meg lett, oppstemt, nesten takknemlig, så fikk jeg likevel et barn.

Vakker var du også, og jeg leter etter navn.

Jeg håper at drømmen blir et vendepunkt i sorgen.

Min selvbestemte abort, min selvbestemte sorg.

Hva som hadde skjedd hvis jeg hadde latt livet gå sin gang, får jeg aldri vite.

En svimlende ny mulighet, dette at vi kan hindre livet i å gå sin gang. Jeg var nok ikke moden for det, jeg skalv visst med fingeren på avtrekkeren, jeg er en stakkar til å ta liv selv når det er lov, men jeg gjorde det, jeg brukte muligheten loven ga, andre hadde greid det, så hvorfor ikke jeg?

De fleste som klarer det, klarer det en gang og aldri mer.

Kvinnens svakhet er verdens styrke, sies det.

Er det svakhet som får oss til å føde barn?

Jeg leter etter navn til et barn jeg aldri fikk, drømmen var så virkelig, men nå glir den fra meg, den drømmen som skulle snu sorgen, den var bare en drøm.

Hvor finner jeg en virkelighet jeg kan leve med?”

(Larsen, 1989, s. 44)

Abstract

Title:

Induced abortion – *a lonely choice*

Background: There were performed around 12 000 induced abortions in Norway in 2019. Although an abortion is defined as safe in Norway, we find that the woman's mental health is not sufficiently safeguarded. We therefore want to take a closer look at this problem, since this is a taboo topic that's not emphasized during the nursing education.

Problem: How can nurses safeguard woman's mental health before, during and after an induced abortion before the end of the 12th week of pregnancy?

Method: The study is a systematic literature study, where we have used curriculum literature, academic literature and research. We have included both qualitative and quantitative research articles. The applied databases that we have used are Medline, PubMed, SveMed+ and Sykepleien.no. In addition to this we have focused on the legislation, as well as the nursing theorists Joyce Travelbee and Kari Martinsen.

Result & Conclusion: Based on our research, we found that women had ambivalent reactions both before, during and after the abortion. The women express a desire to be heard and understood by the nurse in their decision. At the same time as they wanted to retain their own values and autonomy. We see an increased incidence of mental illness among the women, such as anxiety and depression, on behalf of unprocessed emotions of shame and guilt after the procedure. In order for a nurse to safeguard the woman's mental health both before, during and after an induced abortion, it is important that the nurse provides good holistic care without affecting the choice. To conclude with, based on research as well as our own reflections, it is necessary with an increased dialogic competence and coping strategies for nurses working with abortion-seeking women.

Keywords: Nursing care, induced abortion, medical abortion, mental health, mental reaction

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	6
2.0	TEORI	7
2.1	LOVVERK	7
2.1.1	<i>Abortloven</i>	7
2.1.2	<i>Pasient- og brukerrettighetsloven</i>	7
2.1.3	<i>Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie</i>	8
2.2	SVANGERSKAPSAVBRUDD	8
2.2.1	<i>Provosert abort</i>	8
2.2.2	<i>Medikamentell abort</i>	9
2.2.3	<i>Kirurgisk abort</i>	9
2.3	SYKEPLEIERS ROLLE	10
2.3.1	<i>Kommunikasjon og informasjon</i>	10
2.3.2	<i>Psykisk helse</i>	11
2.3.3	<i>Reaksjon etter abort</i>	12
2.4	FRA ET SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV	12
2.4.1	<i>Et menneske-til-menneske-forhold</i>	12
2.4.2	<i>Omsorg til den abortsøkende kvinnen</i>	13
3.0	METODE	14
3.1	LITTERATURSTUDIUM SOM METODE.....	14
3.2	INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	14
3.3	SØK OG SØKEHISTORIKK.....	15
3.4	ANALYSE	17
3.5	SYNTESE	17
3.6	KRITIKK.....	17
3.6.1	<i>Kildekritikk</i>	17
3.6.2	<i>Metodekritikk</i>	19
3.6.3	<i>Etiske overveielser</i>	19
4.0	RESULTAT	20
4.1	ARTIKKEL 1 «WALKING ON A TIGHTROPE – CARING FOR AMBIVALENT WOMEN CONSIDERING ABORTIONS IN THE FIRST TRIMESTER»	20
4.2	ARTIKKEL 2.....	21

«WOMEN’S EXPERIENCES WHEN UNSURE ABOUT WHETHER OR NOT TO HAVE AN ABORTION IN THE FIRST TRIMESTER»	21
4.3 ARTIKKEL 3 «BEYOND AUTONOMY AND CARE: EXPERIENCES OF AMBIVALENT ABORTION SEEKERS»	22
4.4 ARTIKKEL 4 «WOMEN AND MEN’S SATISFACTION WITH CARE RELATED TO INDUCED ABORTION».....	23
4.5 ARTIKKEL 5 «SCANDINAVIAN WOMEN’S EXPERIENCES WITH ABORTIONS ON REQUEST: A SYSTEMATIC REVIEW».....	24
4.6 ARTIKKEL 6.....	25
«THE COURSE OF MENTAL HEALTH AFTER MISCARRIAGE AND INDUCED ABORTION: A LONGITUDINAL, FIVE-YEAR FOLLOW-UP STUDY»	25
4.7 ARTIKKEL 7.....	26
«THE EXPERIENCE OF ITALIAN NURSES AND MIDWIVES IN THE TERMINATION OF PREGNANCY: A QUALITATIVE STUDY»	26
5.0 DISKUSJON.....	28
5.1 SYKEPLEIE TIL DEN ABORTSØKENDE KVINNEN.....	28
5.1.1 Kommunikasjon og informasjon.....	31
5.1.2 Holdninger.....	32
5.2 PÅRØRENDES ROLLE, SAMT ANDRE INDRE OG YTRE FAKTORER	34
5.3 PSYKISKE REAKSJONER OG OPPFØLGING.....	37
6.0 KONKLUSJON.....	40
7.0 REFERANSELISTE	41
VEDLEGG.....	45
VEDLEGG 1: MESH-ORD.....	45
VEDLEGG 2: SØKEMATRISE S. 1-2.....	46
VEDLEGG 3: FLYTDIAGRAM	48
VEDLEGG 4: LITTERATURMATRISE S. 1-7	49
FIGURER OG TABELLER	
Figur 1: Den didaktiske relasjonsmodellen.....	11
Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	15
Tabell 2: PICO.....	15

11 387 ord uten innholdsfortegnelse, tabeller, figurer, andre vedlegg, referanser i tekst og referanseliste. Totalt i denne oppgaven er det 15 199 ord og tegn.

1.0 Innledning

Abort er en avbrytelse av et svangerskap. Begrepet deles inn i spontanabort og provosert abort (Syse, 1993, s. 19). Lov om svangerskapsavbrudd § 1 (1976) inneholder at kvinnen selv skal kunne ta avgjørelsen på grunnlag av nøytral informasjon, samt få «etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging (...)» (Abortloven, 1976).

Kampen om kvinners rett til å bestemme over egen kropp i Norge har vært utfordrende, og historien viser til kvinner som ble utsatt for dødsstraff etter en gjennomført abort. I 1913 gikk Katti Anker Møller, en forkjemper for kvinners rettigheter, hardt ut mot strafferammene. Det er på bakgrunn av hennes kamp at vi i dag har selvbestemt abort før utgang av 12. svangerskapsuke (Hagtvedt & Holan, 2019, s. 255-256). Etter at den endelige abortloven trådte i kraft i 1976, har det blitt iverksatt en rekke politiske og samfunnsmessige tiltak for å forebygge uønskede svangerskap. Blant annet har kvinner i dag rett på gratis prevensjon, samt tilgang til kondomer og reseptfri nødprevensjon (Hagtvedt & Holan, 2019, s. 257).

På verdensbasis blir det gjennomført i snitt 56 millioner selvbestemte aborter årlig, og av disse er ca. 25 millioner definert som livsfarlige. Det innebærer at abortene utføres uten kvalifisert helsepersonell, og med metoder som bruk av strikkepinner, kleshengere og liknende (World Health Organization, 2019). I 2019 ble det utført i underkant av 12 000 trygge aborter i Norge, noe som er 5,4% færre enn i 2018 (Folkehelseinstituttet, 2020). Selv om en provosert abort i Norge karakteriseres som trygg, ser vi at kvinners psykiske helse i tiden etter er utsatt. Vi mener derfor at det er nødvendig at sykepleier fokuserer mer på kvinnens psykiske helse før, under og etter en provosert abort.

I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på provosert abort og den abortsøkende kvinnens psykiske helse. Årsaken til dette er at temaet fremstår tabubelagt blant mange kvinner, samtidig som det er et aktuelt tema i dagens samfunn. Abort er ikke en del av pensum og undervisningen for sykepleieutdanningen den dag i dag, og ved å skrive denne oppgaven ønsker vi å øke kunnskapen om tema blant fremtidige og nåværende sykepleiere.

Problemstillingen vi sitter igjen med er: «*Hvordan kan sykepleier ivareta kvinnens psykiske helse før, under og etter en provosert abort, før utgang av 12. svangerskapsuke?*»

2.0 Teori

2.1 Lovverk

2.1.1 Abortloven

Lov om svangerskapsavbrudd, også kalt abortloven, omhandler Norges regelverk om abort. Loven trådte i kraft i 1976, men lovverket blir stadig diskutert, og siste endring av abortloven var senest i 2019 (Abortloven, 1976). Loven er vedtatt for å sikre kvinners rettigheter.

Abortloven (1976, § 2) sier følgende:

Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg. Finner kvinnen (...) at hun likevel ikke kan gjennomføre svangerskapet, tar hun selv den endelige avgjørelse om svangerskapsavbrudd såfremt inngrepet kan skje før utgangen av tolvte svangerskapsuke og tungtveiende medisinske grunner ikke taler mot det.

Paragrafen lovfester at enhver kvinne som ønsker å gjennomføre en provosert abort før utgang av 12. svangerskapsuke har rett til å avgjøre dette på selvstendig grunnlag. Før svangerskapsuke tolv vil hensynet til kvinnens selvbestemmelsesrett veie høyest (Syse, 1993, s. 67). Dersom kvinnen er over den juridiske grensen er det ulike indikasjoner som må oppfylles dersom hun skal få utføre en provosert abort. Det vil da være en abortnemnd som avgjør om de lovbestemte vilkårene er oppfylt i kvinnens svangerskap, og om hun dermed får medhold eller ikke. Indikasjoner for legale svangerskapsinngrep etter uke tolv vil være: helsemessige årsaker, sosiale årsaker, arvemessige årsaker, etiske årsaker og alvorlige mentale avvik i kvinnens psykiske helse (Syse, 1993, s. 67).

2.1.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

Formålet med pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1) er «å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten». Loven sørger for at kvinnen som står ovenfor valget om provosert abort har rett til god informasjon og medvirkning. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) tar hensyn til kvinnen ved å gi henne rett til å bestemme valg av behandlingsmetode. Videre sikrer loven at den abortsøkende kvinnen har rett på pleie både før og etter inngrepet, selv om

sykepleier av samvittighetsgrunner velger å reservere seg fra å utføre eller assistere under selve inngrepet (Knutstad, 2019, s. 820).

2.1.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie

Sykepleieren har et viktig yrkesetisk ansvar i samfunnet, og de yrkesetiske retningslinjene skal presisere problemstillinger sykepleieren stilles ovenfor. Det er relevant å trekke frem punkt 2 *Sykepleieren og pasienten*. Dette punktet fastslår at sykepleieren skal «ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket.» (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

2.2 Svangerskapsavbrudd

Svangerskapsavbrudd er en avbrytelse av et svangerskap, som enten er kunstig eller naturlig fremkalt. Ved kunstig fremkalt abort, også kalt provosert abort, vil svangerskapet bli avbrutt gjennom et kirurgisk eller medisinsk inngrep. Ved en naturlig abort, også kalt spontanabort, vil kroppen støte bort fosterutviklingen grunnet avvik hos foster eller mor (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 424).

2.2.1 Provosert abort

Provosert abort innebærer at kvinnen selv velger å avslutte svangerskapet. Alle kvinner med et uønsket svangerskap kan søke om å få utført en provosert abort. I den norske abortloven har kvinnen rett til å avslutte svangerskapet før utgang av 12. svangerskapsuke (Abortloven, 1976, § 2).

For å få gjennomført en provosert abort kan kvinnen selv velge om hun ønsker å kontakte fastlege, helsesykepleier eller sykehuset direkte. På den første timen på sykehuset blir kvinnen undersøkt med innvendig ultralyd for å fastsette hvilken svangerskapsuke hun er i (Sex og samfunn, 2015). I tillegg til undersøkelse, får alle abortsøkende kvinner samtale med sykepleier eller lege ved sykehuset. Her blir det gitt informasjon om omfang og eventuelle konsekvenser av inngrepet (Hagtvedt & Holan, 2019, s. 256-257). Det finnes to metoder for å utføre en provosert abort, og det er fritt behandlingsvalg.

2.2.2 Medikamentell abort

Medikamentell abort er den vanligste selvbestemte abortmetoden i Norge. Kvinnen kan velge å utføre medikamentell abort hjemme, dersom kriteriene for hjemmeabort oppfylles.

Kriteriene for hjemmeabort er at kvinnen ikke er over 9. svangerskapsuke, samt må være over 18 år. Hjemmeabort vil heller ikke være aktuelt ved kommunikasjonsproblemer, alvorlig sykdom eller dersom kvinnen er alene hjemme under behandlingen (Sex og samfunn, 2015).

Skal kvinnen utføre medikamentell abort på sykehuset får hun den første pillen med antiprogesteron under konsultasjonstimen. Antiprogesteron tablettene gjør at livmoren frastøter seg det graviditetsbevarende hormonet progesteron. På denne måten vil ikke kroppen lengre reagere på hormonet, og utviklingen av graviditeten stanser (Hagtvedt & Holan, 2019, s. 270). Deretter får kvinnen beskjed om å komme tilbake til sykehuset to dager senere for å fullføre prosessen. Kvinnen vil da få smertestillende og kvalmestillende medikamenter, før de fire prostaglandin tablettene føres inn i skjeden. Dette vil fremprovosere kontraksjoner av livmoren og gi påfølgende blødning. Denne prosedyren tar vanligvis fire til seks timer, og vil avslutte svangerskapet (Hagtvedt & Holan, 2019, s. 270). Mange kvinner opplever smerter som kan minne om kraftig menstruasjon, i tillegg til blødning. Når de største blødningene og den verste smerten er over kan kvinnen dra hjem. Det er også normalt at kvinnen vil ha menstruasjonslignende smerter, samt småblødninger eller blodig utflod de første to ukene etter inngrepet. Fire uker etter gjennomført abort må kvinnen ta en graviditetstest for å forsikre seg om at aborten har vært vellykket. Medikamentell abort anses som mer skånsom for kroppen, og det er en lavere infeksjonsrisiko enn ved kirurgisk abort (Hagtvedt & Holan, 2019, s. 270).

2.2.3 Kirurgisk abort

Kirurgisk abort anbefales særlig til kvinner med astma, binyrebarksvikt eller eldre storrøykere (Berg, 2011). Inngrepet foregår i kortvarig narkose, og fosteret fjernes med utskraping gjennom livmorhalsen via skjeden. Det er ingen rutinemessig kontroll etter gjennomført kirurgisk abort, med mindre det oppstår komplikasjoner som feber, økende smerter, samt økende og rikelig med blødninger (Helsedirektoratet, 2017).

2.3 Sykepleiers rolle

Sykepleiefaget bygger på at en skal ha respekt for enkeltmenneskets liv og verdighet. Som sykepleier skal en vise omsorg og barmhjertighet ovenfor pasienten, i tillegg til å ha respekt for menneskerettighetene (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Evnen til å vise omsorg og trygghet ovenfor den abortsøkende kvinnen, samt ha god kunnskap om faget, vil være en forutsetning for hvordan kvinnens psykiske helse ivaretas.

2.3.1 Kommunikasjon og informasjon

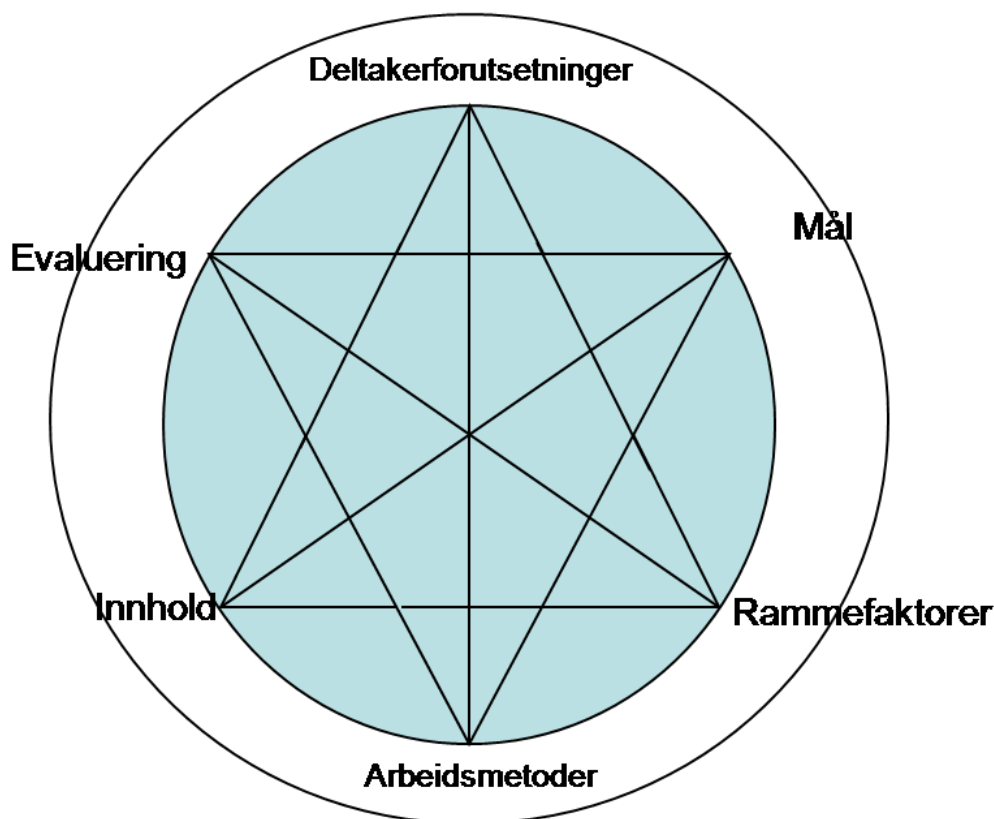
Som sykepleier vil en møte sårbare mennesker i en rekke ulike situasjoner. For å kunne samhandle på en god måte er det viktig at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er tilstrekkelig og tilpasset hver enkelt kvinne. Kommunikasjon blir definert som et middel til å formidle, dele ideer og informasjon fra en person til en annen (Eide & Eide, 2017, s. 17).

I henhold til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleier og pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2), har kvinnen rett på tilstrekkelig informasjon rundt inngrepet. Den tilstrekkelige informasjonen som blir gitt skal være nøytral, slik at kvinnen kan ta et selvstendig valg på bakgrunn av egne ønsker og behov. Informasjonen bør omfatte de ulike alternativene hun har til abort, hvordan inngrepet utføres og hvilke risikoer og bivirkninger som kan oppstå, samt hvilke støtteordninger hun kan kontakte (Knutstad, 2019, s. 820-821).

Sykepleier skal informere om at underlivsblødninger er normalt, og kan vare i én til tre uker etter inngrepet. I tillegg skal kvinnen ha informasjon om bivirkninger som for eksempel bakterielle infeksjoner. Ved feber, illeluktende utflod, uttalte blødninger eller sterke smerter skal kvinnen ha fått informasjon om å kontakte lege (Hagtvedt & Holan, 2019, s. 270). Videre skal kvinnen informeres om at fravær av menstruasjon de første fire til seks ukene er normalt, og at første menstruasjon etter inngrepet vanligvis er kraftigere enn det kvinnen er vant til (Knutstad, 2019, s. 820-821).

For at sykepleier skal gi tilstrekkelig, nøytral og tilpasset informasjon til hver enkelt kvinne, er den didaktiske relasjonsmodellen av Hiim og Hippe (1998, s. 39) et godt verktøy og hjelpemiddel. Modellen bygger på Bjørndal og Lieberg sin didaktiske relasjonstenking, og sykepleier kan bruke modellen i samtalen og i informasjonsformidlingen til den abortsøkende kvinnen. Sykepleier starter med å kartlegge forutsetninger for kvinnen, hvilke mål samtalen

skal ha og hvilke rammefaktorer som vil ha en påvirkningskraft. Ut ifra dette kan sykepleier utarbeide en egnet arbeidsmetode og innhold for samtalen. Modellen presiserer også at evaluering etter samtalen er nødvendig for å vurdere nytteverdien av den.



Figur 1. Den didaktiske relasjonsmodellen, 2018. Gjengitt med tillatelse fra Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse

2.3.2 Psykisk helse

En sentral og viktig oppgave i arbeidet med den abortsøkende kvinnen er å fremme god helse. Verdens Helseorganisasjon definerer god helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og svakelighet (World Health Organization, 1948). For at kvinnen skal kunne opprettholde en god helse er det nødvendig med balanse mellom det fysiske og psykiske aspekt. God psykisk helse innebærer at kvinnen klarer å takle en normal mengde stress, vedlikeholde sosiale relasjoner, leve et selvstendig liv og ordne opp i sine følelsesmessige problemer eller konflikter (Gjøsund & Huseby, 2011, s. 49).

2.3.3 Reaksjon etter abort

Et svangerskapsavbrudd kan oppleves som en stor påkjenning (Cullberg, 2007, s. 116). Det å skulle gjennomføre en provosert abort kan for mange kvinner være en ny situasjon de ikke har stått overfor tidligere. En slik situasjon innebærer en psykologisk utfordring, da det vil være naturlig at kvinnen kan kjenne på følelsesmessige reaksjoner etter et svangerskapsavbrudd (Sex og samfunn, 2015). Dette kan være alt fra lettelse til sorg og tap, eller en følelse av ambivalens rundt valget.

Svangerskapsavbrudd vil for noen kvinner passere ubemerket, mens for andre kan det oppleves som en psykisk krise. Gustin (2016, s. 214) hevder at «En krise oppstår når tidligere lærdom ikke er nok til at en klarer å forstå og mestre situasjon som har oppstått.». Krise blir delt inn i fire faser, der alle fasene kan ramme kvinnen ulikt ut ifra hennes tidligere erfaringer og mestringsstrategier. De fire krisefasene er sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Cullberg, 2007, s. 129). En ubearbeidet psykisk krise kan gå over til en depresjon dersom kvinnen ikke får mobilisert følelsesuttrykket sitt. For at kvinnen skal få bearbeidet sorgen og den psykiske krisen er det essensielt at sykepleier som snakker med kvinnen om tapet, fremtrer rolig og imøtekommende (Hummelvoll, 2012, s. 197).

2.4 Fra et sykepleieteoretisk perspektiv

Joyce Travelbee har utarbeidet en interaksjonsteori som belyser et menneske-til-menneske-forhold. Hennes sykepleietenkning rettes mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, 2016, s. 28). Kari Martinsen sin omsorgsteori bygger på en mer moderne sykepleietenkning, da hun stiller seg kritisk til en tradisjonell teoretisering av sykepleiefaget. Det sentrale i hennes teori er at omsorg er sykepleierens kjerne (Kristoffersen et al., 2016, s. 53).

2.4.1 Et menneske-til-menneske-forhold

Travelbee sin interaksjonsteori bygger på at sykepleier skal etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette utvikles gjennom ulike faser; det innledende møte, fremvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse, samt gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2011, s. 186). For å utvikle et menneske-til-menneske-forhold må sykepleier gi personsentrert sykepleie til mennesket som står ovenfor lidelse, sykdom eller tap (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Travelbee trekker også frem at sykepleier må bruke seg selv terapeutisk i sin

tilnærming. Det er da viktig at sykepleieren bruker sin egen personlighet på en bevisst måte, samt har selvinnsikt og selvforståelse (Kristoffersen et al., 2016, s. 35).

Travelbee (2011, s. 29) definerer sykepleie som «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene». Det kommer tydelig frem i teorien hennes at alle individer er unike og enestående. Det er derfor viktig å ta i betraktning at to individer som står overfor samme situasjon, vil reagere ulikt og unikt (Travelbee, 2011, s. 57).

2.4.2 Omsorg til den abortsøkende kvinnen

Kari Martinsen mener at helhetlig omsorg er et grunnleggende behov som oppstår gjennom en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Hun mener at sykepleiers rolle er å vise respekt og verdighet for hvert enkelt menneske, samt fremme god omsorg (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Omsorg er et mål i seg selv, og omsorgen anvendes gjennom et gjensidig samspill mellom sykepleier og pasient. Martinsen mener at alle mennesker er avhengig av hverandre, og dette samspillet kommer til syne når kvinnen er i en situasjon der hun har behov for hjelp og støtte. For at sykepleier skal gi en helhetlig omsorg må en ha et personlig engasjement, samt innlevelse, moralsk skjønn og en faglig vurdering av situasjonen (Kristoffersen et al., 2016, s. 26).

3.0 Metode

I denne delen presenteres metode som litteraturstudium, samt fremgangsmåte. Metode er avgjørende for å kunne hente inn relevant informasjon og kunnskap angående tematikken vi har valgt (Dalland, 2017, s. 51).

3.1 Litteraturstudium som metode

I vår oppgave har vi valgt å besvare problemstillingen ved hjelp av en litteraturstudie, der kunnskap fra skriftlige kilder systematiseres (Thidemann, 2019, s. 79). Det innebærer at vi har samlet inn allerede eksisterende litteratur, for så å vurdere den kritisk. Ved en systematisk litteraturoversikt får vi en vurdering og oppsummering av relevant forskning og eksisterende kunnskap, som svarer på den aktuelle problemstillingen.

I litteraturstudien valgte vi å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. Fem av syv artikler tar utgangspunkt i kvalitativ forskning. Dette er en forskningsmetode som omhandler å finne de dype tankene og opplevelsene som en ikke kan måle eller føre statistikk over. Kvantitativ metode er basert på målbare enheter i form av tall, tabeller og data, noe som gir oss et gjennomsnitt eller en statistikk fra en gruppe (Dalland, 2017, s. 52).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før oppstart av litteratursøket ble det satt inklusjon- og eksklusjonskriterier for å skille ut artikler og fagstoff som ikke ville være relevant for valgt problemstilling. Dette ga oss et utgangspunkt for videre søk og arbeid.

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier. Av Pedersen & Strømsnes, 2019

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Provosert abort hos kvinner utført før utgang av 12. svangerskapsuke	Provosert abort utført etter 12. svangerskapsuke
Medikamentell abort på sykehus	Kirurgisk abort
Sykepleiers erfaring til beslutningsprosess og gjennomførelse	Spontanabort
Kvinnens psykiske helse	Abort i hjemmet

Artikler med engelsk eller skandinavisk språk	Artikler på fremmedspråk
Kvalitativ og kvantitativ forskning	Forskning utenfor Europa
Forskning som er gjort de siste 15 årene	Forskning eldre enn 15 år

3.3 Søk og søkehistorikk

I denne litteraturstudien har vi som mål å finne pensumlitteratur og forskningsartikler som er relevant for vår problemstilling, og som gir oss ny kunnskap om valgt tema. Vi oppdaget dog at svært få av pensumbøkene inneholdt relevant fagstoff omkring kvinnehelse og abort. På bakgrunn av dette valgte vi derfor å trekke inn pensumlitteratur som omhandlet generell sykepleie i form av psykisk helse, kommunikasjon og sykepleieteori.

For å systematisere søkeord, samt utføre et presist litteratursøk i de ulike databasene, ble PICO benyttet (Thidemann, 2019, s. 86).

Tabell 2. PICO. Av Pedersen & Strømsnes, 2019

P (patient, problem)	I (intervention)	C (comparison)	O (outcome)
Gravide kvinner før utgang av 12. svangerskapsuke, som skal utføre medisinsk abort på sykehus	Sykepleier skaper trygghet og omsorg rundt beslutningsprosessen og utførelse av valget		Kvinnen skal ha en opplevelse av trygghet og omsorg i tiden etter gjennomført provosert abort, samt redusere psykisk uhelse i ettertid

I tillegg har vi brukt MeSH-ord som et hjelpemiddel til vårt litteratursøk (vedlegg 1). MeSH er et standardisert emneordsystem, slik at en kan velge emneord/søkeord og kombinasjoner av disse til å utføre søk i de ulike databasene. Ved å bruke de spesifikke emneordene vil en kunne få opp artikler av relevans (Thidemann, 2019, s. 87). Eksempler på MeSH-ord vi har benyttet er *induced abortion*, *nursing care* og *mental health*. Ved å ta i bruk MeSH-ordene både på norsk og engelsk, samt i varierende kombinasjoner, fant vi fort ut av de mest relevante databasene for å svare på vår problemstilling var PubMed, Medline, SveMed+ og Sykepleien.no.

I databasene ble det satt avgrensninger ut ifra inklusjon- og eksklusjonskriteriene (tabell 1). Ut ifra eksklusjonskriteriene leste vi raskt over titler for å vurdere relevans, for så å lese sammendrag på artikler vi mente var av interesse. Sammendrag som samsvarte med problemstillingen ble lest i fulltekst, samt vurdert og kvalitetssikret gjennom *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* sin sjekkliste (Thidemann, 2019, s. 89) og sjekklisten til Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Søkeprosessen er systematisert i en søkematrise (vedlegg 2), og vi har deretter utarbeidet et flytdiagram som gir en oversikt over prosessen (vedlegg 3).

For å vurdere de ulike forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven brukte vi IMRaD-strukturen. Vitenskapelige artikler og andre forskningsartikler er vanligvis godt organisert og har en tydelig struktur. I alle våre forskningsartikler kan en se at forfatterne har brukt IMRaD-strukturen, noe som gjør det enklere for leseren å finne relevant informasjon. Strukturen starter med en innledning som beskriver hovedhensikten med studien, deretter en oppsummering av metode som er benyttet, for så å ta for seg hovedresultatene, etterfulgt av en diskusjon av resultatet. Artikkelen avsluttes så med en kort konklusjon (Thidemann, 2019, s. 31).

Vi har inkludert en systematisk oversiktsartikkel, da dette gir en oppsummering av flere relevante artikler fra Skandinavia, som tar for seg fagfeltet rundt provosert abort. I en systematisk oversiktsartikkel re-analyseres alle aktuelle studier, og en oppsummerer og sammenstiller resultatene fra studiene. Systematiske oversiktsartikler inneholder en tolkning av andres studier. Det er strenge kvalitets- og utvalgs-kriterier for å utarbeide en oversiktsartikkel. Forfatteren må gjøre rede for hvor og hvordan det er søkt for å finne primærstudiene som er inkludert, hvilke databaser det er søkt i og hvilke søkestrategier som er benyttet i de ulike databasene (Thidemann, 2019, s. 71).

Syn artikler ble så inkludert og systematisert i en litteraturmatrise (vedlegg 4). I litteraturmatrisen delte vi hver artikkel opp i fem deler og satt de inn i en oversiktlig matrise. På denne måten fikk vi en oversikt over referanse, hensikt, metode, utvalg, resultat og relevans for oppgaven (Thidemann, 2019, s. 90).

3.4 Analyse

En analyse går ut på å granske innholdet i teksten, samt tolke og forsøke å forstå den (Thidemann, 2019, s. 91). Vi startet analysen vår med å printe ut alle de inkluderte artiklene, for så å lese gjennom de opp til flere ganger. Dette for å sikre at de ble kritisk vurdert og reflektert av oss begge. Etter å ha lest tekstene flere ganger ble det enklere å forstå innholdet i sin helhet og få tak i detaljer som skilte seg ut i hver artikkel. Videre skrev vi et sammendrag til de inkluderte artikkelen, slik at vi kunne sammenligne disse opp mot hverandre. Deretter benyttet vi oss av fargekoder, for å dele opp hovedtemaene i hver artikkel. Ved å benytte fargekoder så vi lettere likheter og forskjeller innenfor de ulike temaene, og på den måten kunne vi vurdere ulike synsvinkler. Dette fant vi ut var den beste måten å systematisere de ulike artiklene og problemstillingene på, for videre arbeid med resultat- og diskusjonsdel.

3.5 Syntese

En syntese handler i korte trekk om å vise evne til å skape en ny sammenhengende helhet av valgt tekstmaterialet (Thidemann, 2019, s. 57). For å utarbeide en syntese til oppgave har vi sett på de inkluderte artiklene, og deretter sett på hva som er aktuelt i forhold til vår valgte problemstilling. Problemstillingen vår er som tidligere presentert: «*Hvordan kan sykepleier ivareta kvinnens psykiske helse før, under og etter en provosert abort, før utgang av 12. svangerskapsuke?*». Vi har gjennom arbeidet med de inkluderte artiklene utarbeidet et nytt logisk oppsett, hvor vi har kommet frem til tre underoverskrifter ut ifra artiklenes relevante informasjon. De tre hovedtemaene er sykepleie til den abortsøkende kvinnen, pårørendes rolle, samt andre indre og ytre faktorer, og psykiske reaksjoner og oppfølging.

3.6 Kritikk

3.6.1 Kildekritikk

Det å bruke kildekritikk innebærer å vurdere og kritisere den litteraturen vi har funnet. På denne måten vil leseren få de refleksjonene vi har gjort oss om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2017, s. 158). Som tidligere nevnt fant vi svært lite pensumlitteratur angående tematikken rundt abort og kvinnehelse. Vi har derfor tatt for oss annen faglitteratur for å få en bredere kunnskap. Vi ser

på denne litteraturen som pålitelige kilder, da dette er fagbøker som er funnet på biblioteket ved Høgskolen på Vestlandet.

Ved hjelp av ulike sjekklister som IMRaD-strukturen (Thidemann, 2019, s. 69-71), sjekklisten til *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (Thidemann, 2019, s. 89) og sjekklisten til Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016), har vi konkludert med at de inkluderte forskningsartiklene er av gyldig litteratur og har relevans for vår problemstilling. Når vi startet å søke etter relevant litteratur fikk vi svært mange resultater, noe som gjenspeiles i vår søkematrise (vedlegg 2). En god del av litteraturen vi fikk, ble fort utelukket da de ikke oppfylte kriteriene vi hadde satt. Vi startet med å inkludere artikler som var nyere enn ti år. Da vi ønsket mer forskning rundt psykisk helse hos den abortsøkende kvinnen, valgte vi å utvide kriteriet fra ti år til femten. Dette førte til at vi inkluderte en forskningsartikkel fra 2005 da denne var av stor interesse. I tillegg har denne artikkelen tatt for seg kvinner som har opplevd en spontanabort for å kunne sammenligne deres erfaringer opp mot kvinner som gjennomgikk en provosert abort. Selv om vi hadde satt spontanabort som et eksklusjonskriterium, valgte vi likevel å inkludere denne artikkelen på bakgrunn av funnenes relevans for vår oppgave.

Som tidligere nevnt har vi også inkludert en systematisk oversiktsartikkel. En systematisk oversiktsartikkel er sekundærlitteratur som kan gi utfordringer, da teksten er bearbeidet og presentert av en annen forfatter. Vi må stille oss kritiske til dette da teksten både kan være oversatt og fortolket før vi leser den, samt at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2017, s. 158).

En annen svakhet i oppgaven er at vi har benyttet oss av tre forskningsartikler av samme forfatter, noe som kan prege innholdet i de inkluderte artiklene. Likevel så vi det aktuelt å inkludere alle tre, da de belyser en tematikk fra ulike perspektiv. Vi har også valgt å inkludere en italiensk forskningsartikkel, noe vi ser på som både en svakhet og styrke. Det kan være en svakhet ved at vi må ta hensyn til at kultur, religion og lovverk er ulikt sammenlignet med skandinaviske land. Samtidig kan dette være en styrke ved at det belyser sykepleiers holdninger og handlinger til abort fra et europeisk perspektiv. Til sammen har vi inkludert seks skandinaviske artikler, noe vi ser på som en styrke da vi har forholdsvis like retningslinjer til abort, samt helsepolitikk og kvinnesyn.

3.6.2 Metodekritikk

Gjennom litteraturstudien har vi foretatt en kontinuerlig vurdering og evaluering av egen fremgangsmåte. Dette ble gjort for å påpeke sterke og svake sider ved eget arbeid og det ferdigstilte resultatet. Vi har valgt å benytte oss av Thidemann sin sjekkliste (2019, s. 120) som tar for seg innhold, struktur, språk og rettskriving. Dette for å ivareta kriteriene som er satt for et litteraturstudium, og for å være kritisk til egen oppgave. For eksempel tok kriteriene opp at temaet skal være relevant for sykepleiestudiet, samt at oppgaven skal være strukturert (Thidemann, 2019, s. 120-122).

3.6.3 Etiske overveielser

Ifølge Thidemann (2019, s. 12) skal en empirisk oppgave ha et innhold som er etisk gjennomtenkt, og som er utført på en forsvarlig måte. Det er i tillegg viktig at det kommer klart frem at resultatet ikke er bygd på egne meninger, men har relevant teori som er hentet fra litteraturstudier som er forsket på og som er kvalitetssikret (Thidemann, 2019, s. 12). Vi fokuserte på å følge Høgskolen på Vestlandet sine retningslinjer ved bruk av kilder, og sikret oss at inkluderte artikler er godkjent i en forskningsetisk komité (Dalland, 2017, s. 238).

4.0 Resultat

Problemstillingen vi tar utgangspunkt i når vi ser på de ulike forskningsartiklene er:

«Hvordan kan sykepleier ivareta kvinnens psykiske helse før, under og etter en provosert abort, før utgang av 12. svangerskapsuke?»

4.1 Artikkel 1

«Walking on a tightrope – caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester»

Forfatter: Marianne Kjelsvik, Ragnhild J. Tveit Sekse, Asgjerd Litleré Moi, Elin M. Aasen & Eva Gjengedal

Publisert: 03. juli 2018

Dette er en kvalitativ studie som er utført i Norge. Studien forsker på sykepleiers erfaring i møte med kvinner som har ambivalente følelser knyttet til valget om å avslutte eller fortsette svangerskapet. Gjennom tre fokusgruppeintervjuer fikk en innsikt i hvordan sykepleierne opplevde møtet med kvinnene, samt tanker og følelser de opplevde i dette arbeidet. Studien inkluderer 19 sykepleiere og 1 lege, der alle har jobbet ved en gynekologisk enhet i mer enn 3 måneder.

Resultatet viste at sykepleierne følte seg ansvarlig for kvinnene. Dette krevde at de måtte involvere seg i kvinnens tanker og følelser, uten å skulle påvirke hennes avgjørelse. Kvinnene sykepleierne møtte på ble beskrevet som sårbare, lett påvirkelige og ambivalente mot avgjørelsen. Sykepleierne opplevde både sin egen og kvinnenes situasjon som belastende, spesielt da det var kort tid mellom hver konsultasjon og tidsfristen før utgang av 12. svangerskapsuke måtte overholdes. Deltakerne ønsket at alle kvinner skulle ha en følelse av å bli behandlet med respekt og verdighet, samt å ikke føle at de var på et rullebånd. De beskrev også overleveringen av medisiner som deres ansvar. Dersom sykepleierne følte at kvinnen nølte med å ta medisinen, ønsket de å finne ut hva som var årsaken til usikkerheten og om prosessen var for krevende. Likevel beskrev sykepleierne viktigheten av å beholde en nøytral stemme for at kvinnen skulle bevare sin autonomi.

Studien konkluderte med at sykepleierne i ulik grad ble personlig involvert i møte med de ambivalente kvinnene. De følte seg ansvarlig for å gi kvinnen omsorg og støtte uten å påvirke valget. Ferdigheter og kompetanse i å håndtere de emosjonelle og moralske utfordringene manglet hos sykepleierne. Behov for debrifing og mulighet for å motta rådgiving etter kompliserte konsultasjoner var ønskelig hos alle deltakerne, og forskningen konkluderte med at dette tiltaket ville redusere emosjonell og fysisk tretthet hos sykepleieren.

4.2 Artikkel 2

«Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester»

Forfatter: Marianne Kjelsvik, Ragnhild J. Tveit Sekse, Asgjerd Litleré Moi, Elin M. Aasen, Catherine A. Chesla & Eva Gjengedal

Publisert: 18. mai 2018

Dette er en kvalitativ studie som er utført i Norge. Studien tar for seg erfaringene ambivalente kvinner har i forhold til beslutningsprosessen relatert til om de skal avslutte eller fortsette svangerskapet. Gjennom to dybdeintervjuer med hver kvinne får en innsikt i de kroppslige og emosjonelle opplevelsene kvinnene opplever i veien mot en avgjørelse. Det første dybdeintervjuet blir utført da kvinnene var mellom 6-12. svangerskapsuke, mens det andre intervjuet tok sted 1-4 uker etter den endelige avgjørelsen om å avslutte eller fullføre svangerskapet var tatt.

Resultatet var at kvinnene hadde blandede følelser rundt graviditeten. De opplevde kombinerte følelser som lykke, overraskelse, sjokk, fortvilelse og skyldfølelse. Kvinnene beskriver beslutningsprosessen som en belastende tid, og valget tok hensyn til deres motstridende etiske prinsipper og verdier. Verdien av autonomi var dominerende, men de etiske prinsippene som å beskytte fosteret, respektere partnerens synspunkt, overholde samfunnets normer og den juridiske fristen på 12. svangerskapsuke ble beskrevet som en stor påkjenning. Det å opprettholde den juridiske grensen utfordret kvinnenes autonomi, og de aller fleste kvinnene ville heller ha foretrukket å gjennomgå en spontanabort.

Alle beskrev valget som en ensom reise og frykten for å bli dømt. Det å bli ignorert, forlatt eller møtt med en usympatisk holdning fra sykepleieren økte følelsen av ensomhet. Kvinnene

uttrykte et behov for å snakke med nær familie eller venner for å lette på følelsen av ensomhet, samt vurdere tilgjengeligheten for støtte. Alle kvinnene valgte å involvere mannen som de var blitt gravid med, og hans holdning og rolle hadde stor betydning.

Studien konkluderte med at en omsorgsfull sykepleier skapte mulighet for en tillitsfull samtale om kvinnens ambivalente følelser angående avgjørelsen. I kontrast til dette gjorde en avvisende holdning fra sykepleier at kvinnen som fremdeles var usikker på valget, ikke valgte å involvere de i sin tvil. Videre konkluderte studien med at det var nødvendig å gi rom for refleksjon for den ambivalente kvinnen, slik at en kan redusere ensomheten rundt valget. Sykepleieren bør være åpen og bevisst på kvinnens følelser, og anerkjenne kvinnens indre konflikter.

4.3 Artikkel 3

«Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers»

Forfatter: Marianne Kjelsvik, Ragnhild J. Tveit Sekse, Asgjerd Litleré Moi, Elin M. Aasen, Per Nortvedt & Eva Gjengedal

Publisert: 10. januar 2019

Dette er en kvalitativ studie som er utført i Norge. Studien tar for seg den ambivalente kvinnen og hennes opplevelse i møte med sykepleier under konsultasjonen i beslutningsprosessen. Gjennom dybdeintervjuer med hver kvinne får en innsikt i erfaringer kvinnene har i møte med sykepleier. Videre ble det identifisert tre typologier som gjenspeilet likheter og variasjoner i alle de 13 kvinners opplevelser.

Resultatet beskrev hva som sto på spill for kvinnene da de møtte sykepleieren på sykehus og måtte ta stilling til om graviditeten skulle avsluttes eller ikke. Noen kvinner indikerte at de følte seg ambivalente når de først ankom sykehuset. Andre hadde i motsetning et mål om at de skulle avslutte svangerskapet når de ankom, men ble ambivalente først under selve konsultasjonen. Alle kvinnene beskrev et behov for å luften usikkerheten deres, og at dette ble oppfylt av sykepleieren i varierende grad.

«Den respekterte kvinnen» følte seg møtt av sykepleier og satte pris på at de viste interesse for og dedikasjon til henne. Kvinnene i denne typologien hadde alle en opplevelse av å bli

behandlet med respekt og anerkjennelse gitt situasjonens kompleksitet. Kvinnene i typologien «den identifiserte kvinnen» følte at sykepleier gav henne mer tid til å tenke, men at behovet for dialog rundt usikkerheten kvinnen kjente på, ikke ble tatt høyder for. Kvinnene ønsket at de skulle få muligheten til å snakke om sin tvil, og ikke bare bli sendt hjem for å tenke alene. «De forlatte kvinnene» følte de fikk tid til å snakke om ambivalensen sin og mer tid til å tenke, men når de ankom sykehuset for å avslutte svangerskapet fikk de ingen respons på signalene sine om usikkerhet i det avgjørende øyeblikket. Kvinnene forventet at sykepleier skulle snakke med de om valget av en abort, men fikk derimot følelsen av å være på en produksjonslinje – forlatt og overlatt til seg selv, uten muligheten for dialog.

Studien konkluderte med at beslutningsprosessen for de ambivalente kvinnene var sammensatt. Kvinnene beskrev et ønske om at sykepleier skulle involvere seg i beslutningsprosessen deres, selv om de så på seg selv som autonome og ansvarlige for avgjørelsen de skulle ta. Funnene i studien indikerer at sykepleiere som ivaretar kvinner som vurderer abort, må trenes og veiledes i dialogisk kompetanse. Det kommer også frem at mer forskning er nødvendig for å utvikle treningsprogrammer og retningslinjer for sykepleiere i møte med den ambivalente kvinnen.

4.4 Artikkel 4

«Women and men's satisfaction with care related to induced abortion»

Forfatter: Marlene Makenzius, Tanja Tydén, Elisabeth Derja & Margareta Larsson

Publisert: 03. juli 2012

Dette er en kvantitativ studie fra Sverige. Studien er en tverrsnittundersøkelse hvor 798 kvinner og 590 mannlige partnere som skulle avslutte svangerskapet, gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse. Resultatet av studien var at 52% av kvinnene og 51% av de mannlige partnerne beskrev valget om abort som lett. Videre svarte 39% av kvinnene og 36% av mennene at de følte avgjørelsen om abort hadde vært et vanskelig valg. Tilbudet om forhåndsrådgiving med sikte på å diskutere avgjørelsen om abort eller andre relevante aspekter ble akseptert av 31% av kvinnene og 26% av mennene. Det var variasjon rundt nyttegraden av forhåndskonsultasjonen. Graden av involvering og engasjement hos mennene både før, under og etter beslutningsprosessen var også varierende.

Kvinnene og mennene i undersøkelsen var generelt fornøyd med abortomsorgen, men ulike forskjeller ble trukket frem. Tenåringsjentene i alderen 14-19 år var mer fornøyd med hjelp og støtte som ble gitt av sykepleierne enn kvinner i alderen 20-48 år. Likevel opplevde tenåringsjentene det vanskeligere å oppsøke klinikken enn de eldre kvinnene. Kvinnene som var i et stabilt forhold var mindre fornøyd med den helhetlige omsorgen enn de uten partner. De kvinnene som opplevde mangelfull informasjon om abortprosedyren rapporterte også om mer smerter enn kvinnene som følte de hadde fått tilstrekkelig informasjon på forhånd.

Totalt sett oppgav 344 kvinner og 52 menn at de var takknemlige og fornøyde med omsorgen og måten de hadde blitt behandlet på av sykepleierne. 67 kvinner og 28 menn var derimot misfornøyd med omsorgen de hadde fått i prosessen. Riktig informasjon om abortprosedyren til menn ble assosiert med tilfredshet av omsorgen som ble gitt.

Studien konkluderte med at kvaliteten på veiledningen gitt av sykepleier og empatien som ble vist, var den viktigste faktoren for å oppnå en høy grad av tilfredshet med hensyn til omsorg, både hos kvinner og menn. De fleste kvinner og halvparten av mennene var fornøyd med oppmerksomheten de hadde fått i forhold til aborten som skulle gjennomføres, noe som er grunn til forbedring.

4.5 Artikkel 5

«Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review»

Forfatter: Mille Nyboe Petersen, Christina Jessen-Winge & Anna Christine Meinertz Møbjerg

Publisert: Juli 2018

Dette er en kvalitativ studie fra Sverige, som tar for seg kvinners opplevelse før, under og etter en provosert abort. I denne systematiske oversiktsartikkelen ble det tatt utgangspunkt i seks studier, med totalt 80 deltakere. 24 forskningsfunn ble tatt ut av de seks studiene, og funnene ble så samlet inn i seks kategorier basert på likheter. Ut fra disse ble det utarbeidet tre funn: erfaringer før, under og etter en provosert abort.

Resultatet av studien var at skandinaviske kvinner som skulle gjennomføre en provosert abort, opplevde konfliktfylte følelser rundt svangerskapet. Avgjørelsen om å ta abort ble påvirket av både foreldre og venninner, men den mannlige partneren ble beskrevet som å ha mest

påvirkningskraft i valget hun skulle ta. Under abortprosedyren opplevde kvinnene angst relatert til både den fysiske opplevelsen og de psykologiske følelsene rundt tapet av fosteret. Sykepleiers tilnærming til kvinners fysiske behov ble beskrevet som god og profesjonell, men de opplevde liten eller ingen oppmerksomhet rundt de emosjonelle og eksistensielle behovene. Etter en utført provosert abort opplevde de fleste kvinnene ambivalens. De var lettet over at graviditeten var avsluttet, samtidig som de hadde en følelse av tap.

Studien trekker frem at det er behov for å hjelpe kvinner i å forhindre uønskede graviditeter og dermed aborter. For å kunne hjelpe med å ta et informativt valg om å avslutte eller fortsette en graviditet, bør kvinner bli tilbudt profesjonell støtte. Dette for å hjelpe dem med deres økonomiske, praktiske og eksistensielle bekymringer under beslutningsprosessen. Konklusjonen i denne studien er at kvinner som oppsøker sykepleier eller annet helsepersonell for å utføre en provosert abort, opplever skyld over sin egen uoppmerksomhet rundt menstruasjonssyklus og dårlig kunnskap om egen kropp.

4.6 Artikkel 6

«The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study»

Forfatter: Anne Nordal Broen, Torbjørn Moum, Anne Sejersted Bødtker & Øiving Ekeberg

Publisert: 12. desember 2005

Dette er en kvantitativ studie som er utført i Norge. Studien tar for seg kvinners psykiske reaksjoner etter gjennomført spontan- eller provosert abort. Deltakerne ble intervjuet ti dager, seks måneder, to år og fem år etter gjennomført abort. I intervjuet fylte kvinnen ut en to-delt psykologisk traumetest som målte angst og depresjon, samt følelser knyttet til aborthendelsen i hver intervjurunde. Det var totalt 120 kvinner som deltok, der 40 av kvinnene hadde spontanabort og 80 av kvinnene tok provosert abort. Før intervjurunden startet ble alle kvinnenes psykiske helse undersøkt.

Resultat av studien var at 47,5% av kvinnene som gjennomgikk en spontanabort hadde høy skår på enten én eller begge delene av traumetesten, som målte angst og depresjon, ved intervjurunde 1. Ved intervjurunde 4 hadde 2,6% av kvinnene fremdeles høy skår. Av de kvinnene som utførte en provosert abort var det 30% som skåret høyt på én eller begge delene

ved traumetesten, som målte angst og depresjon, ved intervjurunde 1. Ytterlige 20% av kvinnene hadde ved intervjurunde 4 fremdeles høy skår.

For å kartlegge kvinnenes følelser tilknyttet aborthendelsen ble «Impact of Event Scale» brukt. Testen var to-delt, der første del besto av hvilke grad kvinnen hadde av påtrengende minner, flashbacks, vonde drømmer og sterke følelser til aborthendelsen. Den andre delen omhandlet grad av forsøk på å unngå minner om aborten. Resultatet ved de påtrengende minnene var at kvinnene med spontanabort hadde sterkest utslag kort tid etter aborten, men i denne abortgruppen sank gjennomsnittet mye i løpet av det første halvåret. Resultatet ved unngåelse viste at kvinner med spontanabort skåret lavt gjennom alle intervjurundene. I gruppen med provosert abort var gjennomsnittsskårene betydelig høyere ved alle intervjutidspunktene, både ved påtrengende minner og unngåelse. Gjennomsnittet holdt seg nesten uforandret gjennom de fem årene undersøkelsen varte hos kvinnene som valgte å avslutte svangerskapet.

Studien konkluderte med at kvinnene som gjennomgikk spontanabort reagere kraftig kort tid etter aborten, men etter seks måneder var deres psykiske tilstand nærmest normalisert. Kvinnene som gjennomgikk provosert abort reagerte ikke fullt så sterkt rett etter aborten, men hadde mer langvarige psykiske plager. De som gjennomgikk provosert abort hadde samtidig forhøyet gjennomsnittlig angst- og depresjonsskår ved alle fire intervjurundene, sammenlignet med kvinner i normalbefolkningen. Deltakerne som tok provosert abort opplevde følelse av lettelse, samtidig som de følte på skam og skyld.

4.7 Artikkel 7

«The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study»

Forfatter: Paola Agnese Mauri & Francesca Squillace

Publisert: 02. mai 2017

Dette er en kvalitativ studie som er utført i Italia. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer på 24 sykepleiere, der alle hadde arbeidet i aborttjenesten i mer enn et år.

Resultatene fra intervjuene ble delt inn i fem hovedtemaer; hvordan gi omsorg til kvinner som

gjennomgår svangerskapsavbrudd, forbedre faglig opplæring, arbeide på en mekanisk måte for å overvinne vanskeligheter, utføre medisinsk abort og fortelle en opplevelse.

Resultatet av studien var at kulturelle og språklige forskjeller mellom sykepleier og kvinner som gjennomgikk svangerskapsavbruddet, påvirket omsorgen som ble gitt. Blant annet kunne sykepleierne kjenne på frustrasjon, sinne og hjelpeløshet når de møtte på kvinner som brukte provosert abort som prevensjon og tok lett på beslutningen. Deltakerne trekker også frem at grunnet mangel på informasjon fra primæromsorgen angående kvinnen, var det vanskelig å gi en helhetlig omsorg til den abortsøkende kvinnen. Sykepleierne beskrev en rekke følelsesmessige reaksjoner knyttet til abortutførelsen. De trekker også frem at medisinsk abort var personlig enklere å utføre enn kirurgisk, da dette vekket emosjonelle følelser.

Studien konkluderte med at aborttjenesten trenger å forbedre den profesjonelle opplæringen til sykepleierne, da alle deltakerne var enige om at de trengte psykologisk støtte. På denne måten kan sykepleierne øke den emosjonell støtte til kvinnene, samt unngå at personalet blir for mekaniske i sin tilnærming. I tillegg konkluderer studien med at sykepleierne har behov for mer undervisning i å gi rådgivning til denne pasientgruppen.

5.0 Diskusjon

Vi har valgt å dele diskusjonsdelen inn i tema som vil omhandle den abortsøkende kvinnen og hvordan yte sykepleie til denne pasientgruppen. Her vil vi diskutere og reflektere over forskning og litteratur, samt trekke inn teori om grunnleggende sykepleie og sykepleieteoretikere. Vi velger også her å presentere vår problemstilling: «*Hvordan kan sykepleier ivareta kvinnens psykiske helse før, under og etter en provosert abort, før utgang av 12. svangerskapsuke?*»

5.1 Sykepleie til den abortsøkende kvinnen

Som sykepleier er det nødvendig at en ivaretar og skaper trygge rammer for den abortsøkende kvinnen på sykehus. Ifølge yrkesetiske retningslinjer har sykepleier plikt til å gi helhetlig omsorg til alle pasienter, noe som innebærer fysisk, psykisk, sosial og åndelig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2011). I likhet med de yrkesetiske retningslinjene som peker på helhetlig omsorg i behandling av pasienter, kan vi se at Kari Martinsen sin omsorgsteori samsvarer med dette. Martinsen hever at «Omsorg er både måten sykepleieren møter pasienten på, og måten sykepleieren handler på. Omsorg er et mål i seg selv» (Kristoffersen et al., 2016, s. 58). Hun ser altså på omsorg som et grunnleggende behov for å yte god sykepleie.

I møte med den abortsøkende kvinnen ser vi det essensielt at sykepleier yter helhetlig omsorg, da beslutningsprosessen og utførelsen av selve svangerskapsavbruddet virker inn på de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspektene i kvinnens liv. Vi kan se at ved det fysiske aspektet beskriver kvinnen et fysisk ubehag til selve inngrepet, hvor blant annet smerte blir trukket frem. Det psykiske aspektet kan ses gjennom ambivalens både før, under og etter beslutningsprosessen. I tillegg kommer det sosiale og åndelige aspektet til uttrykk ved at kvinnen beskriver påvirkninger fra ulike indre og ytre faktorer. Dette innebærer blant annet sosiale normer og regler, tanker til familie og partner, samt egne verdier og tanken om å avslutte et potensielt liv. Flertallet av artiklene konkluderer med at den abortsøkende kvinnen føler på et bredt spekter av følelsesmessig ambivalens gjennom hele beslutningsprosessen, samtidig som flere kvinner trekker frem at deler av den helhetlig omsorgen ikke blir ivaretatt tilstrekkelig (Broen, Moum, Bødtker, & Ekeberg, 2005, s. 13); (Kjelsvik M. , et al., 2019, s. 2144); (Kjelsvik M. , Sekse, Moi, Aasen, & Gjengedal, 2018a, s. 4200); (Kjelsvik M. , et al.,

2018b, s. 804); (Makenzius, Tydén, Darj, & Larsson, 2012, s. 268); (Petersen, Jessen-Winge, & Møbjerg, 2018, s. 1547).

I artikkelen av Kjelsvik et al., (2018a, s. 4198-4199) settes det et lys på at sykepleier har et ønske om å yte god omsorg og respekt, men begrenser den helhetlige omsorgen da de er redd for å påvirke kvinnens autonomi. Dette tenker vi kan komme av at sykepleier ønsker at kvinnen skal ta et selvstendig valg, samtidig som de ønsker å følge de yrkesetiske retningslinjene og loven om selvbestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4-1). På bakgrunn av utdanning og faglig kunnskap, kan det tenkes at vi som sykepleiere er redd for at kvinnen skal ha en rolleforventning til oss. En slik rolleforventning bygger på samfunnets normer og forventninger om at sykepleier skal komme med et konkret svar om hva kvinnen skal gjøre. Dette kan føre til at kvinnen lettere påvirkes dersom sykepleier involverer seg uten å ha god nok dialogisk kompetanse. I tillegg kommer det frem i artikkelen av Kjelsvik et al., (2018a, s. 4197) at den helhetlige omsorgen også påvirkes av at sykepleier ikke har god nok dialogisk kompetanse om hvordan de skal forholde seg til den abortsøkende kvinnen.

Det ble tatt opp av sykepleierne i artikkelen av Kjelsvik et al., (2019, s. 2144) og Mauri & Squillace (2017, s. 229) at dersom de skal ivareta den abortsøkende kvinnen på best mulig måte, er det nødvendig med høyere dialogisk kompetanse. Dette er noe vi mener kan forbedres ved bruk av den didaktiske relasjonsmodellen (figur 1). Modellen kan brukes til å skape en strukturert samtale, og den gir sykepleier en god mal i samtalen med kvinnen. Modellen er et godt kartleggingsverktøy, og vil kunne hjelpe sykepleier og kvinnen til å synliggjøre hennes livssituasjon i form av motivasjon, ressurser, påvirkning og vurdering av samtalen i ettertid (Hiim & Hippe, 1998, s. 39).

Vi tenker at ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen kan sykepleier hjelpe kvinnen til å reflektere og bevisstgjøre de ambivalente følelsene og tankene knyttet til situasjonen hun står ovenfor. Ambivalens er en kjent følelse hos kvinner som står i beslutningsprosessen. I Kjelsvik et al., (2018b, s. 791); (2019) kommer det frem at kvinnene opplever motstridende følelser som blant annet lykke, overraskelse, sjokk, fortvilelse og skyldfølelse. Vi har resonert oss fram til at ved å synliggjøre kvinnens egne meninger og hjelpe henne til å bearbeide de ambivalente følelsene, kan en fremme god psykisk helse. På denne måten kan sykepleier bidra til å redusere den psykiske uhelsen som kan oppstå i tiden etter beslutningen.

Sykepleier vil møte kvinner med ulike opplevelser, erfaringer og meninger til abort, og vi skal møte alle med respekt og forståelse. Dette er også noe som gjenspeiler seg i hvordan kvinnene ønsker å bli møtt og ivaretatt av sykepleier (Kjelsvik et al., 2019, s. 2141); (Kjelsvik et al., 2018a, s. 4196); (Kjelsvik et al., 2018b, s. 795); (Makenzius et al., 2012, s. 266); (Petersen et al., 2018, s. 1544). I møte med den abortsøkende kvinnen har sykepleier et lovverk å forholde seg til. Lovverket beskriver at kvinnen skal få nøytral og tilstrekkelig informasjon, slik at hun kan ta det endelige valget ut ifra egne verdier (Abortloven, 1976). Samtidig som sykepleier skal holde en nøytral stemme, ser vi i artikkel av Kjelsvik et al., (2019, s. 2143) at sykepleierne ønsker å engasjere seg slik at kvinnen ikke føler seg forlatt og oversett. Dette mener vi kan by på utfordringer da retten til selvbestemmelse og kvinners ønske om at sykepleier skal involvere seg mer i valget, er motstridende.

For å unngå at kvinnene skal føle seg forlatt og oversett, samtidig som sykepleier skal overholde lovverket og de yrkesetiske retningslinjer, ser vi et behov for felles retningslinjer i møtet med den abortsøkende kvinnen. Dette er også noe Kjelsvik et al., (2019, s. 2144) trekker frem i sin konklusjon. Ved å utvikle treningsprogrammer og retningslinjer for sykepleiere som møter den abortsøkende og ambivalente kvinnen, kan en kvalitetssikre omsorgen som blir gitt (Kjelsvik et al., 2019, s. 2144). Vi mener at ved å forbedre den profesjonelle opplæringen som blir gitt på sykepleierutdanningen, vil en kunne gi bedre emosjonell støtte til kvinnen. Samtidig kan vi unngå at sykepleier blir for mekaniske i sin tilnærming.

En metode som kan være relevant å benytte er simuleringstrening i utdanningen, samt i yrkeslivet. Vi ser at simulering allerede blir brukt mye i sykepleierutdanningen for at studenten skal reflektere og bli bevisst på hvordan en kan løse ulike situasjoner som kan oppstå i yrkeslivet. Simulering er en form for læring, og ved å gå inn i en slik lærings situasjon kan dette gi studenter og sykepleiere viktige verktøy de kan bruke i en reell situasjon. Ved å innføre dette i sykepleierutdanningen, samt ha jevnlig simuleringstrening i yrkeslivet, vil vi bli mer rustet til å møte mennesker med ambivalente følelser. I tillegg vil en bli mer bevisst på sin egen tilnærming og holdning i møte med denne pasientgruppen, noe vi mener er nødvendig for å kvalitetssikre omsorgen.

5.1.1 Kommunikasjon og informasjon

Travelbee beskriver hvert enkelt individ som unikt og enestående (Kristoffersen et al., 2016, s. 28-29). Det er da naturlig at hver enkelt kvinne reagerer annerledes enn andre kvinner i samme situasjon. På bakgrunn av dette tenker vi at sykepleier må ta hensyn til hvordan de tilnærmer seg hver enkelt kvinne. Vi mener at tilnærmingen og kommunikasjonen til den ambivalente og abortsøkende kvinnen bør bære preg av empati og forståelse. Dette er en forutsetning for at kvinnen skal føle seg ivaretatt og trygg. Dersom sykepleier viser evne til empati vil de kunne oppfatte hva kvinnen tenker og føler, og dermed vise at de har forstått og sett det sentrale i kvinnens opplevelse. Det er essensielt at sykepleier er bevisst på at opplevelsen av at noen lytter, lever seg inn i og viser empati, styrker selvfølelsen og er et psykologisk behov for kvinnen (Eide & Eide, 2017, s. 155).

Gjennom empati og forståelse mener vi at sykepleier har en bedre forutsetning for å etablere et menneske-til-menneske-forhold til kvinnen. I et slikt forhold vil kommunikasjon mellom sykepleier og kvinnen være nødvendig for å yte god helhetlig omsorg. Makenzius et al., (2012, s. 268) konkluderte i sin studie med at kvaliteten på informasjon som ble gitt av sykepleier og empatien som ble vist, var den viktigste faktoren for å oppnå en høy grad av tilfredshet med hensyn til omsorg. Vi vet av erfaring at god profesjonell kommunikasjon er en forutsetning for å oppnå dette. For at sykepleier skal etablere et menneske-til-menneske-forhold, må vi anerkjenne pasientens perspektiv, forstå den psykososiale kontekst og veilede kvinnen til å utøve selvbestemmelse, samt ta kontroll over egen situasjon (Eide & Eide, 2017, s. 17).

Vi tenker at for å kunne etablere en god relasjon og kommunikasjon med kvinnen, er det avgjørende at sykepleieren lytter aktivt til hva kvinnen har å si, kommer med innspill, stiller oppfølgingsspørsmål og er undrende ved ambivalente følelser. På denne måten tenker vi det er økt sjanse for at kvinnen reflekterer, og blir kjent med egne følelser og holdninger til å avslutte svangerskapet eller ikke. Dette kan føre til at kvinnen klarer å skille mellom sine egne tanker og ytre faktorer. I tillegg er det viktig at sykepleier er klar over sin non-verbale respons. Dette kan gi kvinnen en økt opplevelse av å bli sett, hørt og forstått. Non-verbal kommunikasjon forsterkes blant annet gjennom å ha blikkontakt, et godt kroppsspråk og ansiktsuttrykk, samt speiling av kvinnens følelser under samtalen (Eide & Eide, 2017, s. 22).

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) står det at «pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger». Dette betyr at vi som sykepleiere er lovpålagt å informere kvinnen om provosert abort, samt mulige risikoer og bivirkninger som kan forekomme etter et svangerskapsavbrudd. Videre skal vi sikre at informasjonen som er gitt er forstått, samt formidlet ut ifra kvinnens alder, forutsetninger, erfaringer, tidligere kunnskap og kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). I artikkel av Makenzius et al., (2012, s. 267) kommer det frem at kvinner som opplever mangelfull informasjon rundt abortprosedyren, kjente på mer smerter enn kvinner som følte de hadde fått tilstrekkelig informasjon. Dette viser viktigheten av at sykepleier må forsikrer seg om at informasjonen er gitt og forstått. Vi vurderer derfor at det å ha mangelfull informasjon om selve prosedyren kan være skremmende for enkelte kvinner, da voldsomme blødninger og smerter kan være en bivirkning. Dersom kvinnen ikke har fått god nok informasjon om dette på forhånd, er det lett å tro det er noe galt og en kan få mistillit til sykepleier ved senere anledninger. God informasjon vil i motsetning føre til at kvinnen kan få en opplevelse av trygghet i form av kontroll, forutsigbarhet og mestring av situasjonen.

5.1.2 Holdninger

Innenfor sykepleierprofesjonen forventes det at sykepleiers holdninger har visse fellestrekk, som er karakteristiske for profesjonen. Fellestrekkene bygger på sykepleiers verdier (Gustin, 2016, s. 311). I artikkelen av Kjelsvik et al., (2018a, s. 4196) og Mauri & Squillace (2017, s. 230) blir det beskrevet at sykepleier opplevde å kjenne på egne følelser og reaksjoner rundt kvinnens valg om svangerskapsavbrudd. Videre ble det trukket frem at sykepleierne opplevde både sin egen og kvinnenens situasjon som belastende. Likevel var det viktig for dem at kvinnene hadde en følelse av å bli behandlet med respekt og verdighet, uavhengig av personlige følelser (Kjelsvik M. , et al., 2019). Vi sier oss enig i resultatet som kommer frem i artikkelen av Kjelsvik et al., (2018a); (2019). Som menneske har vi alle ulike meninger, holdninger og tanker, men når vi trer inn i rollen som sykepleier skal lovverket og de yrkesetiske retningslinjene overveie våre personlige interesser.

De yrkesetiske retningslinjene spiller en sentral rolle i arbeidet med den abortsøkende kvinnen. Det står skrevet at sykepleier skal «fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er

forstått» (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Vi sier oss enig i de yrkesetiske retningslinjene om at sykepleier skal sørge for at kvinnen får tilstrekkelig informasjon på en profesjonell måte. Dette innebærer at sykepleier stiller seg nøytral til kvinnens tanker og følelser, samtidig som en skal sørge for at kvinnen har nok kunnskap og råd til å ta et selvstendig valg ut ifra egne verdier. Det kommer frem i Kjelsvik et al., (2019, s. 2143) at dette kan by på utfordringer da en rekke av kvinnene hadde en forventning om at sykepleier skulle involvere seg mer i beslutningsprosessen enn det som ble gjort. Som tidligere nevnt tenker vi at sykepleier distanserer seg fra dette da de er redd for å påvirke kvinnens autonomi, samt å vise utilstrekkelig dialogisk kompetanse i samtale med kvinnen.

En felles holdning sykepleierne beskrev var at kvinnene skulle ha en følelse av å bli behandlet med respekt og verdighet (Kjelsvik et al., 2018a, s. 4196). Det er sentralt at sykepleiers holdninger og væremåte bør bestå av sympati. Travelbee (2011, s. 200) forteller at gjennom sympati kan sykepleier forstå og dele kvinnens fortvilelse. På denne måten slipper kvinnen å bære byrden rundt svangerskapsavbruddet alene. Ved å vise sympati er det økt sjans for at kvinnen opplever at sykepleier bryr seg om henne, noe som virker positivt inn både fysisk og psykisk (Travelbee, 2011, s. 201). Dette er noe som viser hvor stor påvirkningskraft sykepleier kan ha, og vi mener derfor det er essensielt å belyse viktigheten av å overholde de yrkesetiske retningslinjene.

Martinsen sier at omsorg bygger på en relasjon mellom sykepleier og pasient (Kristoffersen et al., 2016, s. 55). Av erfaring vet vi hvor nødvendig det er at sykepleier engasjere seg i, og vise interesse for pasientens liv og følelser. Skal vi sette oss inn i pasientens situasjon er det vesentlig at vi utelukker egne holdninger og fordommer. Dette kan gi sykepleier en bedre innsikt i pasientens egen verden og forståelsen av den. Relasjonen mellom sykepleier og pasient viste store variasjoner (Kjelsvik M. , et al., 2019); (Mauri & Squillace, 2017, s. 230). Kjelsvik et al., (2019, s. 2144) beskriver et bredt følelsesspekter blant kvinnene. Noen av kvinnene har en opplevelse av å føle seg forstått og hørt, mens andre kjente på følelsen av å bli forlatt. Dette samsvarer med opplevelser vi sitter igjen med etter praksis, hvor det å bli ignorert, forlatt eller møtt med en usympatisk holdning fra sykepleier øker følelsen av å bli stående på egenhånd.

Manglende kompetanse på det sårbare temaet førte til at et flertall av sykepleierne opplevde arbeidet med kvinnene som utfordrende. Et resultat av dette var at noen av sykepleierne ikke

gikk nok inn i kvinnes situasjon, i frykt for å bli personlig involvert (Kjelsvik et al., 2018a, s. 4197). Kvinnene beskrev derfor sykepleiers tilnærming som mekanisk, med lite eller ingen oppmerksomhet rundt de emosjonelle og eksistensielle behovene (Petersen et al., 2018, s. 1544). Vi tenker dette er et resultat av for lite psykologisk støtte til sykepleierne som arbeider med en slik problematikk. Mauri & Squillace (2017, s. 229-230) synliggjør hvor nødvendig dette er i deres forskning, da sykepleierne i studien beskriver en rekke følelsesmessige reaksjoner knyttet til abortutførelsen. I tillegg trekker Kjelsvik et al., (2018a, s. 4200) frem at ferdigheter og kompetanse i å håndtere de emosjonelle og moralske utfordringene manglet hos sykepleieren. Emosjonell og fysisk tretthet hos sykepleierne ble et resultat av mangelfull rådgiving og debriefing etter kompliserte konsultasjoner (Kjelsvik et al., 2018a, s. 4200). Vi argumenterer derfor for at dersom den psykologiske støtten til sykepleierne økes, vil også den emosjonelle og fysiske trettheten reduseres. Dette kan gjøres ved at det settes større fokus på at sykepleierne skal ha ukentlige personalmøter, der det er rom for å luften egne tanker og refleksjoner rundt kompliserte konsultasjoner.

5.2 Pårørendes rolle, samt andre indre og ytre faktorer

Joyce Travelbee trekker frem at den abortsøkende kvinnen vil bære preg av den kulturen og samfunnet hun kjenner til gjennom sosialisering (Kristoffersen et al., 2016, s. 29). Kulturen og samfunnet vil ha betydning for kvinnens oppfatning og håndtering av situasjonen, og vil dermed virke inn på selve beslutningsprosessen. Dette er noe vi ser går igjen i et flertall av artiklene, hvor det var viktig for kvinnen å inkludere familie og venner i beslutningsprosessen (Kjelsvik et al., 2018b, s. 792-793); (Petersen, Jessen-Winge, & Møbjerg, 2018, s. 1543). Sett bort fra kvinnens partner var det viktig for henne å involvere et begrenset antall nær familie eller venner som hun stolte på (Kjelsvik et al., 2018b, s. 793-794). Vi forstår det slik at kvinnene ønsker å ta selvstendige valg, samtidig som det er viktig for dem å ha noen å betro seg til. Dette må vi som sykepleiere legge til rette for, samt støtte under beslutningsprosessen. Samtidig må vi også huske på at bekreftelse og støtte fra kvinnens nærmeste kan true hennes autonomi.

En sentral person flere kvinner hadde ønske om å involvere i beslutningsprosessen var moren deres. Til tross for dette opplevde flere av kvinnene en økt belastning ved at noen av mødrene hadde sterke holdninger og meninger rundt provosert abort, mens andre hadde tidligere uttrykt et høyt ønske om å bli bestemødre (Kjelsvik et al., 2018b, s. 794). Vi tenker at det

derfor er viktig at sykepleier er bevisst på at pårørendes holdninger og tanker rundt svangerskapet har stor innflytelse på kvinnens beslutning. Sykepleiers oppgave vil derfor være å holde en nøytral stemme og være tilgjengelig for kvinnen slik at hun får luftet egne tanker uavhengig av pårørendes påvirkninger.

Mannens holdninger hadde stor betydning for alle kvinnene, og tilgjengeligheten av støtten de ville få fra mannen ble vurdert før beslutningen ble tatt (Kjelsvik et al., 2018b, s. 795). Selv om den mannlige partneren ble sett på som den viktigste støttespilleren, var graden av involvering og engasjement varierende (Petersen et al., 2018, s. 1543-1544). Forskning gjort av Makenzius et al., (2012, s. 266) viste til at kvinner som var i faste forhold hadde en dårligere opplevelse av den helhetlige omsorgen og støtten som ble gitt av sykepleier. Vi tenker dette trolig er grunnet mangelfull informasjon og inkludering av mannens tanker og følelser rundt situasjonen, som igjen har påvirket kvinnens tanker og meninger. Som sykepleier må vi også ta hensyn til kvinnens partner, da han er en viktig og sentral person i kvinnens liv og beslutningsprosess. Det at sykepleier inviterer til dialog rundt familieplanlegging kan lette på belastningen rundt valget, og gi rom for ny refleksjon. Ved å invitere til en slik samtale kan sykepleier samtidig få en indikasjon på mannens konkrete tanker og holdninger, og på denne måten hjelpe kvinnen til å skille mellom egne og partners holdninger til beslutningen.

Det er lovpålagt av kvinnen skal få informasjon om familieplanlegging (Abortloven, 1976, § 1), og som sykepleier skal en sørge for at kvinnen har fått tilstrekkelig informasjon. Dersom kvinnen ønsker å inkludere den mannlige partneren i beslutningsprosessen, er det essensielt at også han får tilbud om å delta på familieplanleggingen. Petersen et al., (2018, s. 1547) trekker frem at familieplanlegging innebærer at kvinnen, og eventuelt partner, får informasjon og støtte rundt det økonomiske, samt de praktiske og eksistensielle bekymringene som kan påvirke beslutningen. I Norge har vi ulike støtteordninger som kvinnen kan henvises til for videre støtte dersom hun ønsker og har behov for dette. Støtteordningene hjelper også kvinnen dersom hun velger å ha ansvaret alene for barnet (NAV, 2020). Dette for at kvinnen skal kunne ta et selvstendig valg, uavhengig av økonomiske og praktiske bekymringer.

Det er ikke bare kvinnens familie, venner og partner som er med på å påvirke valget om å gjennomføre en provosert abort eller ikke. Hyppig bruk av sosiale medier hvor privatpersoner deler det "perfekte" familieliv, vil prege vår generasjon av abortsøkende kvinner og deres

beslutningsprosess. Gjennom bilder og tekst kan den abortsøkende kvinnen få en forestilling om hvordan det “perfekte” familielivet skal se ut, hvor et stabilt samliv, økonomi og bolig skal være etablert for å kunne ta hånd om et barn. I artikkelen av Kjelsvik et al., (2018b, s. 801) var frykten for å bli dømt blant kvinnene fremtredende. Redselen som kvinnene beskrev tenker vi kan komme av at hennes nåværende virkelighet ikke samsvarer med samfunnets normer om et A4-familieliv. Det kommer tydelig frem at kvinnens beslutningsprosess bar preg av et ønske om å tilfredsstille samfunnets normer (Kjelsvik et al., 2018b, s. 801), for å dermed unngå stigmatisering og negative fordommer fra omverden. Vi kan tenke oss frem til at den abortsøkende kvinnen allerede har en idé om hvordan hun ønsker at svangerskapet skal være. Når dette ikke tilsvarer realiteten tenker vi at dette vil være en risikofaktor for utvikling av ambivalens og psykisk uhelse, samt true kvinnens selvbilde. Tar vi dette i betraktning er det essensielt at sykepleier er bevisst på at slike ytre faktorer vil prege kvinnens beslutningsprosess. Dette er noe som en må ta stilling til under konsultasjonstimen.

Abortloven (1976) i Norge er også en viktig ytre faktor som vil påvirke kvinnens beslutningsprosess. Kjelsvik et al., (2018a, s. 4196); (2018b, s. 792) belyser at den juridiske grensen på å utføre en provosert abort er en belastende faktor for kvinnen. Dette på bakgrunn av at graviditeten ofte ble oppdaget når kvinnen var flere uker på vei, i tillegg til at noen kvinner tok i bruk forsvarsmekanismen fortrenging når svangerskapet ble oppdaget (Kjelsvik et al., 2018b, s. 792). Som sykepleier må vi hjelpe kvinnen til å mestre situasjonen hun står ovenfor, da den juridiske grensen må opprettholdes. Ved fortrenging må sykepleier støtte og realitetsorientere kvinnen, slik at en unngår at hun må ta stilling til graviditeten og det eventuelle svangerskapsavbruddet kort tid før utgangen av den juridiske grensen.

Forskning gjort av Kjelsvik et al., (2018b, s. 796-797) viser at kvinnenenes valg bar preg av hensyn til hennes etiske prinsipper, som å beskytte fosteret, respektere partners synspunkt og å overholde samfunnets normer. Det å skulle forholde seg til så mange ulike faktorer kan lett skape forvirring og ambivalens hos kvinnen (Kjelsvik et al., 2018b, s. 797-798). Det er viktig at vi som sykepleier lar kvinnen reflektere over slike tanker, og hjelper henne med å sortere ut hennes egne meninger. Det å snakke sammen med en nøytral person vil være med på å lette følelsen av ambivalens. Dette er et viktig helsefremmende arbeid, da kvinnen lettere kan ta et valg som passer hennes livssituasjon ved å reflektere sammen med en nøytral person. Vi resonnerer oss frem til at det å skulle ta et valg som ikke støtter opp under egne verdier vil resultere i økt risiko for psykisk uhelse.

5.3 Psykiske reaksjoner og oppfølging

Det å skulle ta et valg om å avslutte et svangerskap eller ikke vil for mange kvinner oppleves som et tungt og vanskelig valg. Livet utviklet seg plutselig i en retning en ikke hadde planlagt, og dersom en velger å avslutte svangerskapet kan dette føre til at kvinnen grubler over tapte muligheter (Gustin, 2016, s. 213). Studien av Petersen et al., (2018, s. 1546) beskriver kvinnenes opplevelse rundt avgjørelsen som konfliktfylt. Forskningen viser at et flertall av kvinnene opplevde ambivalens i etterkant av aborten, hvor de kjente på følelser som tap og usikkerhet på om de hadde tatt det riktige valget (Petersen et al., 2018, s. 1546). Vi mener det er avgjørende at sykepleier tar tak i slike følelser hos kvinnen, slik at en kan hindre videre utvikling av psykiske reaksjoner og plager. Det er også essensielt at vi som sykepleier forsikrer kvinnen om at det er naturlig å kjenne på ambivalente og tunge følelser, og at det er nødvendig å arbeide seg gjennom disse. Situasjonen kvinnen står overfor kan være tung å bære alene. Selv om svangerskapsavbruddet er noe kvinnen selv har valgt, kan kvinnen uavhengig av dette oppleve å utvikle krise- og sorgreaksjoner gjennom hele prosessen (Gustin, 2016, s. 255).

Studien som er utarbeidet av Broen et al., (2005, s. 13) konkluderte med at kvinner som gjennomgikk en provosert abort hadde langvarige psykiske plager sammenlignet med kvinner som gjennomgikk en spontanabort. Psykiske reaksjoner som angst, depresjon og sterke følelser som skam og skyld ble en fellesnevner for disse kvinnene. Ytterligere 20% av de som gjennomgikk en provosert abort oppga å kjenne på psykiske plager opp mot fem år etter inngrepet (Broen et al., 2005, s. 10). Vi mener at sykepleier må kartlegge hvordan den abortsøkende kvinnen har det psykisk, og hvor de ligger i krisefasen, slik at vi kan møte henne på best mulig måte. For å gjøre dette er det viktig å skape en god relasjon med kvinnen. Et viktig verktøy i relasjonsbyggingen vil være å oppnå god kommunikasjon mellom sykepleier og kvinnen (Hummelvoll, 2012, s. 420). Dette innebærer aktiv lytting, gjensidig respekt og tillit, og det å se kvinnen som et unikt menneske. Ved å bruke god kommunikasjon kan vi hjelpe kvinnene som gjennomgår en krise til å forstå og forholde seg til situasjonen på en hensiktsmessig måte.

Eide og Eide (2017, s. 49) skriver at en krise kan oppstå hos et menneske som gjennomgår tap eller store livsendringer. Ifølge Travelbee er opplevelsen av tap en felles menneskelig erfaring, mens opplevelsen av tapet vil være personlig (Travelbee, 2011, s. 127). Ved å utføre

en provosert abort fjerner man et potensielt foster, og kvinner i flere av studiene beskriver følelser som tap og sorg (Kjelsvik M. , et al., 2019); (Petersen, Jessen-Winge, & Møbjerg, 2018, s. 1544). Som sykepleier er våre overordnede mål og hensikter å hjelpe kvinnen til å mestre erfaringene som følge av en krise (Travelbee, 2011, s. 173). For å nå dette målet tenker vi det er viktig som sykepleier å ha kunnskap om krisereaksjoner- og håndtering, samtidig som vi må kunne skape en god relasjon slik at kvinnen lettere kan luften tanker og følelser. Krise- og sorgreaksjoner er naturlige å kjenne på når en står ovenfor noe tidligere lærdom ikke vil hjelpe deg til å mestre. Hos enkelte kvinner kan slike reaksjoner gi lidelse, samt utvikle seg til helseproblemer (Gustin, 2016, s. 214). Noen kvinner kan i tillegg oppleve at det å tenke tilbake på valget og følelsene en kjente på under beslutningsprosessen, vil være mer overveldende enn selve inngrepet.

Broen et al., (2005, s. 6) trekker frem at kvinnene etter provosert abort hadde langvarige og nesten uforandrede verdier på unngåelses-delen i traume-testen i løpet av de fem årene studien varte. Med andre ord nektet disse kvinnene seg selv å tenke på, snakke om eller å ha følelser i forhold til aborten (Broen et al., 2005, s. 10). Ved å undertrykke slike følelser er risikoen for å utvikle psykiske plager betraktelig høyere, og bearbeidelsen av hendelsen blir forsinket og vanskeliggjort (Gustin, 2016, s. 214). Som sykepleier må vi på bakgrunn av dette følge kvinnen godt opp under hele beslutningsprosessen, slik at hun ikke vil tenke tilbake på valget og inngrepet som noe traumatisk. Dette viser oss også viktigheten av at det er kvinnen selv som skal ta avgjørelsen om svangerskapsavbrudd eller ikke. Resultatet fra artikkelen av Broen et al., (2005) fokusere på at sykepleier må ha bredere kompetanse rundt de psykiske reaksjonene som kan forekomme hos denne pasientgruppen, samt dialogisk kompetanse. Noe vi sier oss enig i da økt kompetanse kan være med på å redusere psykisk uhelse.

Sykepleier sin rolle i krisearbeidet med den abortsøkende kvinnen er omfattende og komplekst, og krever at sykepleier har evne til empati og selvinnsikt. Slike egenskaper er ikke medfødt, og må utvikles gjennom utdanning og livserfaring (Cullberg, 2007, s. 146). Krisearbeidet skal ikke handle om å gi tilbake det kvinnen allerede har tapt, og en skal ikke bidra til å fornekte den smertefulle virkeligheten hun står ovenfor (Cullberg, 2007, s. 143). Vi mener at arbeidet bør bære preg av å støtte kvinnen i møte med virkeligheten, samt motvirke bruken av forsvarsmekanismer. På denne måten kan vi som sykepleier hjelpe kvinnene til å gi uttrykk for følelser, som skam, skyld, sorg og smerte over inngrepet. I tillegg er det viktig at vi gir rom for å sørge, selv om inngrepet er selvbestemt. Ved at sykepleier viser forståelse for at

kvinnen reagerer slik hun gjør, kan dette gi kvinnen følelse av aksept og ufarliggjøre hennes psykiske reaksjon (Cullberg, 2007, s. 143). Som tidligere nevnt er den psykologiske støtten ofte en utfordring for sykepleier, da en ikke ønsker å bli for personlig involvert (Kjelsvik et al., 2018a, s. 4197); (Mauri & Squillace, 2017, s. 230). Skal sykepleiers empatiske evne og selvinnsikt øke, kan som nevnt tidligere, simuleringstrening under utdanning og i yrkeslivet være relevant. Dette for å få økt kunnskap om hvordan en skal håndtere og kommunisere med den kriserammede kvinnen.

Ved at sykepleier hjelper kvinnen i å finne mestringsstrategier for å redusere følelsen av angst- og depresjons i tiden etter inngrepet, kan vi redusere risikoen for langvarig psykisk lidelse. Da Broen et. al., (2005, s. 10) trekker frem at hele 20% av kvinnene oppgir å føle på angst og depresjon fem år etter gjennomført provosert abort, ser vi at sykepleiere har behov for mer kunnskap rundt mestringsstrategier hos denne pasientgruppen. For at kvinnen skal kunne mestre sin angst må sykepleier hjelpe henne til å utvikle en større evne til å leve med følelsen. Det vil da være aktuelt at sykepleier hjelper kvinnen til å forstå angsten hun kjenner på, og at benektelse ikke vil være en form for mestring. Videre må også sykepleier kartlegge kvinnens grad av sorg og depresjon, da en skiller mellom disse (Hummelvoll, 2012, s. 194). Det er naturlig å tenke at den abortsøkende kvinnen trer inn i en sorgprosess etter inngrepet. Ubearbeidet sorg vil kunne føre til at kvinnen utvikler en depresjon, og ved en depresjon er kvinnen preget av skyldfølelse og selvbepreidelse (Hummelvoll, 2012, s. 194). Det er viktig at sykepleier møter den abortsøkende kvinnens sorg, samt lytter og er tilstede for henne.

På en gynekologisk avdeling på sykehus vet vi av erfaring at dagene er svært travle, noe som kan påvirke omsorgen som blir gitt til kvinnene. Forskning gjort av Kjelsvik et al., (2018a, s. 4196); (2018b, s. 796) viser til kvinner som beskriver følelsen av å være på et rullebånd og bli glemt i en travel hverdag. Ut ifra dette mener vi at sykepleierne som arbeider med denne gruppen kvinner skal ha kunnskap om ulike organisasjoner, som for eksempel Amatheia. Her kan kvinnene som har behov for videre oppfølging og psykologisk støtte bli henvist (Amatheia, u.å). Ved god oppfølging og rom for å ta opp følelser og tanker i ettertid, vil sjansen for utvikling at psykisk uhelse reduseres. For noen kvinner kan behovet for en samtale rundt tanker og følelser være udekket i tiden etter inngrepet (Knutstad, 2019, s. 821). Ved at kvinnen får satt ord på slike følelser kan følelsens intensitet reduseres og risikoen for videre utvikling av psykiske reaksjoner minimaliseres (Hummelvoll, 2012, s. 208).

6.0 Konklusjon

Problemstillingen for oppgaven vår er: *«Hvordan kan sykepleier ivareta kvinnens psykiske helse før, under og etter en provosert abort, før utgang av 12. svangerskapsuke?»*

Valget om å utføre abort kan for mange oppleves som et ensomt og vanskelig valg. Den abortsøkende kvinnen kjenner ofte på ambivalens og oppgir at valget vekker følelser som skam og skyld. Som sykepleier er det nødvendig å yte helhetlig omsorg, da beslutningsprosessen og selve svangerskapsavbruddet virker inn på de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjonene i kvinnens liv. Dersom sykepleier ikke gir kvinnen den helhetlige omsorgen hun behøver, kan tilnærmingen og relasjonen mellom sykepleier og kvinnen oppleves som kald og mekanisk. Vi konkluderer med at dette kommer av at sykepleier er redd for å påvirke kvinnens autonomi, samtidig som de har et ønske om å ivareta respekt og verdighet for den abortsøkende kvinnen og lovverket.

En kvinne som skal utføre en provosert abort kan få høre mange ulike meninger om valget hun skal ta, og noen vil oppleve at valget blir presset på dem. Det er derfor viktig at sykepleier som møter den abortsøkende kvinnen er klar over at det kan være mange underliggende årsaker til valget. I møte med en kvinne som skal utføre en provosert abort er det avgjørende å legge fra seg holdninger og fordommer, slik at en kan møte kvinnen med likeverd og respekt, uavhengig av personlige følelser.

Som vi har sett gjennom litteratur og forskning har kvinner etter provosert abort økt risiko for å utvikle en psykisk uhelse i tiden etter. Som sykepleier må en ta seg god tid til å snakke med kvinnen om valget hun skal ta, eller allerede har tatt. Videre er det viktig at en sykepleier kartlegger hvordan den abortsøkende kvinnen opplever situasjonen gjennom hele beslutningsprosessen, for å forutse om videre oppfølging er nødvendig. Sykepleier må derfor kjenne til de ulike krisereaksjonene og fasene slik at en kan kartlegge hvilke kvinner som står i risiko for å utvikle en psykisk uhelse. Det vil være nødvendig at sykepleier tilegner seg ulike mestringsstrategier som vil være aktuelt for kvinnen å kjenne til, samt tar i bruk den didaktiske relasjonsmodellen når en skal kartlegge kvinnen. Vi konkluderer med at dette må settes større fokus på i både utdanning og yrkesliv.

7.0 Referanseliste

- Abortloven. (1976). *Lov om svangerskapsavbrudd (LOV-2019-06-21-44)*. Hentet fra lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>
- Amathea. (u.å). *Avbryte svangerskap*. Hentet fra Amathea.no: <https://www.amathea.no/graviditet-og-abort/avbryte-svangerskap>
- Berg, A. H. (2011, februar 14.). *Svangerskapsavbrudd - spontan, medisinsk og kirurgisk*. Hentet fra Helsebiblioteket.no: https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/svangerskapsavbrudd-spontan-medisinsk-og-kirurgisk?fbclid=IwAR25gdU4QhfGAHahsbI7m9M8_t1vYRFySXjm6MYJ7ZJqNyKDwm_GQQSjjOQ
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., & Ekeberg, Ø. (2005, desember 12.). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine, Vol. 3 (18)*, ss. 1-14, <https://doi:10.1186/1741-7015-3-18>.
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2020, mars). *Rapport om svangerskapsavbrot 2019. Register over svangerskapsavbrot (Abortregisteret)*. Hentet fra FHI.no: <https://www.fhi.no/publ/2020/rapport-om-svangerskapsavbrot--2019/>
- Gjøsund, P., & Huseby, R. (2011). *Psykologi 2: Mennesket i gruppe og samfunn* (1. utg.). Cappelen Damm.

Gustin, L. W. (2016). *Psykologi for sykepleiere*. Fagbokforlaget.

Hagtvedt, M. L., & Holan, S. (2019). *Det nye livet: svangerskap, fødel og barseltid* (3. utg.).
Bergen: Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. (2016, juni 03.). *Sjekklist*er. Hentet fra Helsebiblioteket.no:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>

Helsedirektoret. (2017, mai 30.). *Abortmetoder*. Hentet fra helsenorge.no:
<https://helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder>

Hiim, H., & Hippe, E. (1998). *Læring gjennom opplevelse, forståelse og handling: en
studiebok i didaktikk* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlag.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kjelsvik, M., Sekse, R. J., Moi, A. L., Aasen, E. M., & Gjengedal, E. (2018a, juli 03.).
Walking on a tightrope - Caring for ambivalent women considering abortions in the
first trimester. *Journal of Clinical Nursing, Vol. 27*, ss. 4192-4202.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14612>.

Kjelsvik, M., Sekse, R. J., Moi, A. L., Aasen, E. M., Chesla, C. A., & Gjengedal, E. (2018b,
mai 18.). Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion
in the first trimester. *Health Care for Women International, Vol. 39:7*, ss. 784-807.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945>.

Kjelsvik, M., Sekse, R. J., Moi, A. L., Aasen, E. M., Nortvedt, P., & Gjengedal, E. (2019,
januar 10.). Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers.
Nursing Ethics, Vol. 26(7-8), ss. 2135-2146.
<https://doi.org/10.1177/0969733018819128>.

Knutstad, U. (2019). *Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm.

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, B. K. (1989). *Du er likevel til: brev til et barn som ikke ble født*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2012, juli 03.). Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, Vol. 17 (4)*, ss. 260-269, <https://doi.org/10.3109/13625187.2012.688149>.
- Mauri, P. A., & Squillace, F. (2017, mai 02.). The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, Vol. 22:3*, ss. 227-232. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1318846>.
- Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (2018, desember 06.). *Didaktisk relasjonsmodell*. Hentet fra mestring.no: <https://mestring.no/helsepedagogikk/pedagogisk-tilnaerming/didaktisk-relasjonsmodell/>
- NAV. (2020, februar 27.). *Alene med barn*. Hentet fra [nav.no](https://www.nav.no): <https://www.nav.no/no/person/familie/enslig-mor-eller-far/alene-med-barn-hva-na%CC%8A/alene-med-barn#chapter-1>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [nsf.no](https://www.nsf.no): <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2019-06-21-43)*. Hentet fra lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Petersen, M. N., Jessen-Winge, C., & Møbjerg, A. M. (2018). Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *The Joanna Briggs Institute, Vol. 16(7)*, ss. 1537-1563. <https://10.11124/JBISRIR-2017-003344>.

Sex og samfunn. (2015, november 18.). *Abort*. Hentet fra Sex og samfunn:
<https://www.sexogsamfunn.no/abort/>

Syse, A. (1993). *Abortloven - juss og verdier*. Oslo: Gyldendal .

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

World Health Organization. (1948). *Constitution*. Hentet fra WHO:
<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

World Health Organization. (2019, juni 26.). *Preventing unsafe abortion*. Hentet fra WHO:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

Ørn, S., & Bach-Gansmo, E. (2016). *Sykdom og behandling* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg

Vedlegg 1: MeSH-ord

MeSH-ord <ul style="list-style-type: none">• Women• Induced abortion• Nursing• Medical abortion	MeSH-ord <ul style="list-style-type: none">• Abortion• Nursing care• Mental health	MeSH-ord <ul style="list-style-type: none">• Safety• Experience• Mental reaction
--	--	--

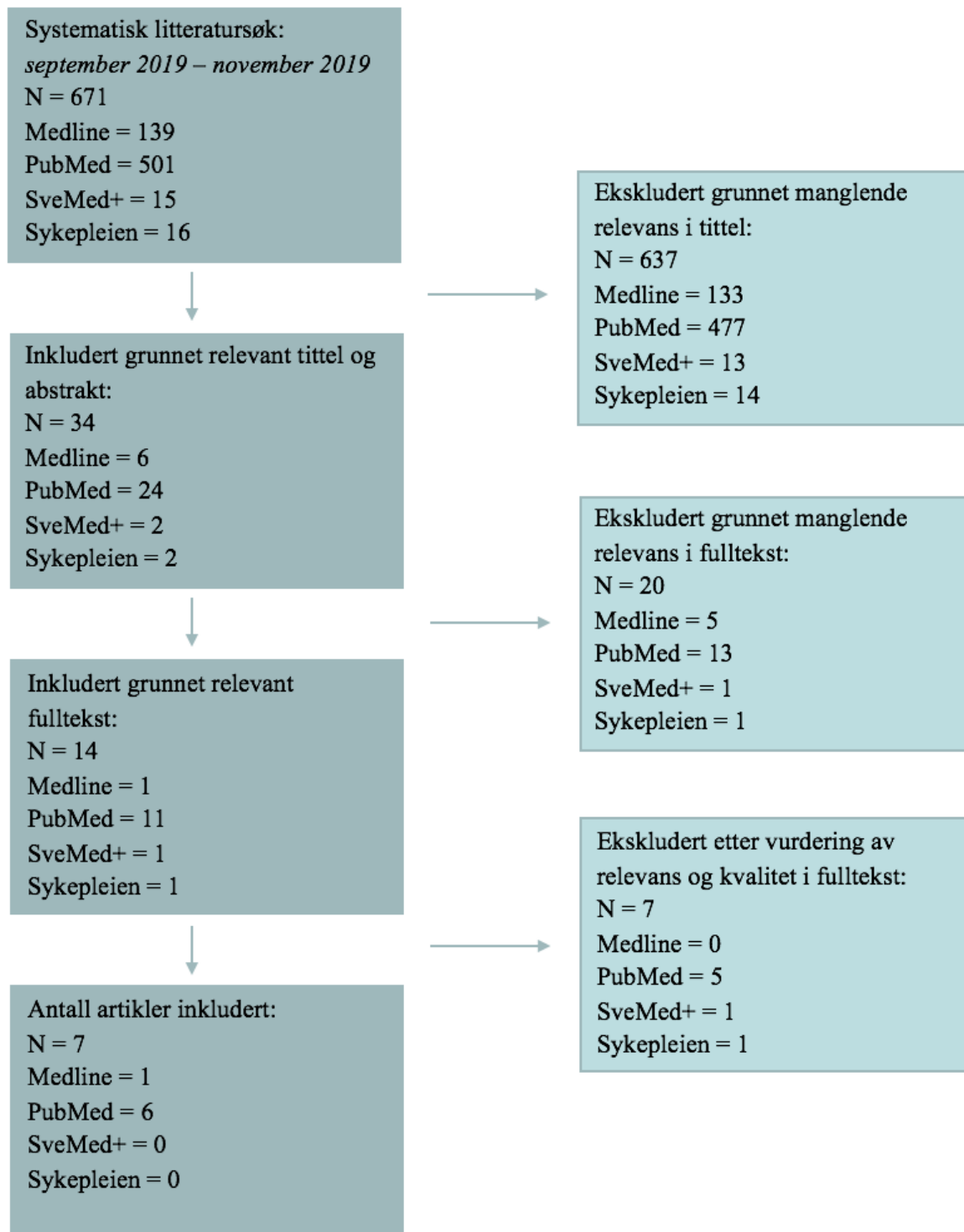
Vedlegg 2: Søkematrise

s. 1-2

Database	Dato	Søkeord	Kriterier	Antall treff	Antall sammendrag lest	Antall leste artikler	Inkluderte artikler
Medline	30/9-19	Induced abortion* AND nursing care*		6	1	0	0
PubMed	30/9-19	Induced abortion AND nursing care	2009-2019, 19+, women, engelsk-språklig	117	5	1	0
PubMed	30/9-19	Induced abortion AND experience AND nursing	2009-2019, 19+, engelsk-språklig	25	2	0	0
PubMed	30/9-19	Induced abortion AND nursing AND Norway	2009-2019, women, 19+, engelsk-språklig	9	3	2	1
Sykepleien	11/10-19	Abort	2009-2019 Fag, forskning	16	2	1	0
Medline	11/10-19	Abortion* AND mental health* AND experience*	2009-2019	105	3	0	0
Medline	11/10-19	Ambivalent* AND abortion*	2009-2019	28	2	1	1
PubMed	11/10-19	Women AND care related AND induced abortion	2009-2019, English, 13+	163	5	2	1

PubMed	11/10-19	Nurse AND termination of pregnancy	2009-2019, English, 19+	103	3	2	1
PubMed	11/10-19	First trimester AND Abortion AND Norway	2009-2019, English, 19+	10	2	1	1
PubMed	11/10-19	Women AND abortion AND Scandinavian	2009-2019	10	3	2	1
PubMed	11/10-19	Mental health AND women AND induced abortion AND Norway		4	1	1	1
SveMed+	11/10-19	Induced abortion AND experiences		15	2	1	0

Vedlegg 3: Flytdiagram



Vedlegg 4: Litteraturmatrise

s. 1-7

Referanse (tittel, år, forfattere, land, DOI.)	Hensikt	Metode og utvalg	Resultat	Relevans for oppgaven
<p><u>Artikkel 1</u></p> <p><i>Walking on a tightrope – caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester.</i></p> <p>Publiseringsår: 2018</p> <p>Forfattere: Marianne Kjelsvik, Ragnhild J. Tveit Sekse, Asgjerd Litleré Moi, Elin M. Aasen og Eva Gjengedal</p> <p>Land: Norge</p> <p>DOI: 10.1111/jocn.14612</p>	<p>Hensikten med studien er å få informasjon om erfaringer fra helsepersonell som møter gravide kvinner i første trimester, som er ambivalente til avgjørelsen om å fortsette eller avslutte svangerskapet.</p>	<p><u>Metode:</u> Kvalitativ design med en fenomenologisk hermeneutisk analyse. Fokusgruppeintervjuer med deltakerne ble gjennomført.</p> <p><u>Utvalg:</u> 19 sykepleiere og 1 lege. Deltakerne var alle kvinner mellom 24-60 år som jobbet i en gynekologisk enhet fra 3 mnd. til 33 år.</p>	<p>Helsepersonellet beskrev en ansvarsfølelse for kvinnen. Sykepleierne uttrykket viktigheten av å være oppmerksom i møte med de ambivalente kvinnene, og å bli involvert i kvinnens potensielle usikkerhet uten å påvirke avgjørelsen. Kompetanse i å håndtere de emosjonelle og moralske utfordringene helsepersonellet møtte var mangelfull, noe som betydde en risiko for å bli berørt og overveldet.</p>	<p>Belyser hvordan sykepleierne kan bli bedre på å ivareta en kvinne som skal utføre en provosert abort. I tillegg sette lys på hvordan sykepleierne opplever denne situasjonen.</p> <p>IMRaD-struktur</p>

<p><u>Artikkel 2</u> <i>Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester</i></p> <p><u>Publiseringsår:</u> 2018</p> <p><u>Forfattere:</u> Marianne Kjelsvik, Ragnhild J. Tveit Sekse, Asgjerd Litleré Moi, Elin M. Aasen, Catherine A. Chesla & Eva Gjengedal</p> <p><u>Land:</u> Norge</p> <p><u>DOI:</u> 10.1080/07399332. 2018.1465945</p>	<p><u>Hensikten</u> med studien er å øke kunnskapen om kvinners ambivalens i forhold til beslutningsprosessen rundt valget om å utføre en provosert abort eller ikke.</p>	<p><u>Metode:</u> Kvalitativt design med en fenomenologisk tilnærming. Dybdeintervjuer med de utvalgte kvinnene før og etter avgjørelsen om svangerskapsavbrudd i første trimester.</p> <p><u>Utvalg:</u> 10 gravide kvinner mellom 18 og 36 år. Kvinnene måtte være ambivalente, norsktalende, over 18 år, og i første trimester for å inkluderes i studien.</p>	<p>Kvinnene beskrev en kombinasjon av motstridende følelser i forhold til at de var blitt gravide. Beslutningsprosessen var basert på etiske prinsipper og verdier, der autonomi var dominerende. Kvinnenes støtte ble også tatt i vurdering.</p>	<p>Belyser kvinner tanker rundt beslutningsprosessen til en provosert abort, og hvor belastende dette kan være både før og etter. Det kommer også frem hvordan sykepleiere skal møte kvinnene i denne situasjonen.</p> <p>IMRaD-struktur</p>
--	---	---	---	--

<p><u>Artikkel 3</u> <i>Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers</i></p> <p><u>Publiseringsår:</u> 2019</p> <p><u>Forfattere:</u> Marianne Kjelsvik, Ragnhild J. Tveit Sekse, Asgjerd Litleré Moi, Elin M. Aasen, Per Nortvedt og Eva Gjengedal</p> <p><u>Land:</u> Norge</p> <p><u>DOI:</u> 10.1177/0969733018819128</p>	<p>Hensikten med studien er å øke kunnskapen om opplevelsen til ambivalente gravide kvinner og deres forventinger i møte med sykepleiere ved gynekologisk avdeling.</p>	<p><u>Metode:</u> Kvalitativt design med en narrativ tilnærming. Dybdeintervjuer med de utvalgte kvinnene få dager etter at hver kvinne hadde vært på poliklinikken for å forberede seg på en abort.</p> <p><u>Utvalg:</u> 13 kvinner i alderen 18 til 36 år som var gravide i deres første trimester og som var ambivalente til valget om å avslutte eller fortsette graviditeten.</p>	<p>Kvinnene beskrev et vanskelig ansvar om å måtte velge om de skulle avslutte eller fortsette svangerskapet. Selv om de anså seg selv som autonome og ansvarlige for den endelige avgjørelsen, beskrev alle en form for tillit og håp om at helsepersonell de møtte ville involvere seg i situasjonen deres.</p>	<p>Belyser den ambivalente kvinnens opplevelse i møte med sykepleier under konsultasjon i beslutningsprosessen</p> <p>IMRaD-struktur</p>
---	---	---	---	--

<p><u>Artikkel 4</u> <i>Women and men's satisfaction with care related to induced abortion</i></p> <p><u>Publiseringsår:</u> 2012</p> <p><u>Forfattere:</u> Marlene Makenzius, Tanja Tydén, Elisabeth Darj & Margareta Larsson</p> <p><u>Land:</u> Sverige</p> <p><u>DOI:</u> 10.3109/13625187.2012.688149</p>	<p><u>Hensikten</u> med studien er å undersøke tilfredsheten med abortomsorgen blant kvinner og deres mannlige partnere.</p>	<p><u>Metode:</u> En kvantitativ studie med tverrsnittsundersøkelse. To ulike spørreskjema er ble benyttet, avhengig av kjønn.</p> <p><u>Utvalg:</u> 798 svenske abortsøkende kvinner og 590 mannlige partnere. Kvinnene var knyttet til 13 forskjellige klinikker i Sverige.</p>	<p>74% av kvinnene som deltok, og 52% av de mannlige partnerne var fornøyd med omsorgen de hadde fått. For kvinnene ble god omsorg assosiert med å bli behandlet bra av helsepersonell, få tilstrekkelig smertelindring, tilstrekkelig informasjon, prevensjonsrådgiving og enkel tilgang til klinikken via telefon. For mennene var det viktig å bli behandlet godt av helsepersonellet og få tilstrekkelig informasjon om abortprosedyren.</p>	<p>Belyser hvordan svenske kvinner og partner opplever å bli ivaretatt ved en provosert abort. Artikkelen viser hva sykepleier gjør bra, og hva som kan forbedres i møte med den abortsøkende kvinnen.</p> <p>IMRaD-struktur</p>
--	--	---	--	--

<p>Artikkel 5 <i>Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review</i></p> <p>Publiseringsår: 2018</p> <p>Forfattere: Mille Nyboe Petersen, Christina Jessen-Winge & Anna Christine Meinertz Møbjerg</p> <p>Land: Danmark</p> <p>DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-003344</p>	<p>Hensikten med denne studien er å undersøke opplevelsene til skandinaviske kvinner, før, under og etter en provosert abort.</p>	<p>Metode: En kvalitativ systematisk litteraturstudie som tar utgangspunkt i seks ulike studier fra Sverige.</p> <p>Utvalg: Totalt 80 kvinnelige deltakere, der seks deltakere deltok i to av de seks studiene. Kvinnene var mellom 14-24 år.</p>	<p>Kvinnene i studien opplevde både glede og skam over graviditeten, og følte seg ambivalent til beslutningsprosessen. De fleste kvinner beskrev helsepersonellens tilnærming til deres fysiske behov som gode og profesjonelle, men at det var liten eller ingen fokus på deres emosjonelle og eksistensielle behov.</p>	<p>Belyser kvinnens erfaringer før, under og etter en provosert abort hvor helsepersonell også spiller en sentral rolle.</p> <p>IMRaD-struktur</p>
---	--	---	--	---

<p><u>Artikkel 6</u> <i>The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study</i></p> <p><u>Publiseringsår:</u> 2005</p> <p><u>Forfattere:</u> Anne Nordal Broen, Torbjørn Moum, Anne Sejersted Bødtker & Øivind Ekeberg</p> <p><u>Land:</u> Norge</p> <p><u>DOI:</u> 10.1186/1741-7015-3-18</p>	<p><u>Hensikten</u> med denne studien er å undersøke om kvinner som tar provosert abort er mer utsatt for å utvikle psykiske reaksjoner sammenlignet med kvinner som har hatt en spontanabort.</p>	<p><u>Metode:</u> En kvantitativ studie med en todelt psykologisk traumetest, samt fire intervju-runder over en periode på ti dager og fem år. Traumetesten målte angst og depresjon, og følelser knyttet til hendelsen.</p> <p><u>Utvalg:</u> Totalt 120 kvinner, der 40 hadde en spontanabort og 80 gjennomgikk provosert abort i alderen 18-45 år. Totalt fullførte 109 kvinner.</p>	<p>Kvinner som gjennomgikk spontanabort reagerte kraftig kort tid etter aborten, mens etter seks måneder var deres psykiske tilstand normalisert. Kvinner som provosert abort reagerte ikke fullt så sterkt rett etter aborten, men hadde mer langvarige psykiske plager.</p>	<p>Belyser at kvinners psykiske helse på et langsiktig plan er dårligere etter en utført provosert abort fremfor en spontanabort.</p> <p>IMRaD-struktur</p>
--	--	---	---	---

<p><u>Artikkel 7</u></p> <p><i>The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study</i></p> <p><u>Publiseringsår:</u> 2017</p> <p><u>Forfattere:</u> Paola Agnese Mauri & Francesca Squillace</p> <p><u>Land:</u> Italia</p> <p><u>DOI:</u> 10.1080/13625187.2017.1318846</p>	<p><u>Hensikten</u></p> <p>med studien var å se på sykepleiernes erfaring med utførelse av provosert abort</p>	<p><u>Metode:</u></p> <p>Kvalitativt design med en fenomenologisk tilnærming. Det ble utført semi-strukturerte intervjuer.</p> <p><u>Utvalg:</u> 22 sykepleiere og to jordmødre i alder 25-59 år, som har arbeidet med abort i mer enn et år.</p>	<p>Det var mange ulike faktorer som spilte inn i hvordan sykepleieren ga omsorg til den abortsøkende kvinnen.</p>	<p><u>Belyser</u></p> <p>sykepleiernes erfaring rundt å utføre en provosert abort, og hvilke følelser og holdninger som kommer til syne.</p> <p>IMRaD-struktur</p>
---	--	---	---	--