



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKS390-O-2023-VÅR2-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	01-06-2023 00:00 CEST	Termin:	2023 VÅR2
Sluttdato:	15-06-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKS390 1 O 2023 VÅR2		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	211
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7646
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven 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

Tilpasset abortomsorg-

personsentrert tilnærming i sykepleie ved
medikamentell abort

Adapted abortion care-

person-centred approach in nursing care for medical
abortion

Kandidatnummer: 211

SYKS390- Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap, HVL Stord

15.06.2023



**TILPASSET ABORTOMSORG-
PERSONSENTRERT TILNÆRMING I SYKEPLEIE VED
MEDIKAMENTELL ABORT**

Bacheloroppgave i sykepleie
Høgskolen på Vestlandet, Stord
Kull 2020

Innleveringsdato: 15.06.2023

Antall sider: 27

Antall ord: 7646

Sammendrag

Tittel: Tilpasset abortomsorg- personsentrert tilnærming i sykepleie ved medikamentell abort

Bakgrunn: 11967 kvinner tok abort i 2022, hvor 95,1% av tilfellene var selvbestemte. I kirurgisk praksis, på gynekologisk avdeling møtte jeg kvinner som utførte medikamentell abort. Tidspresset på avdelingen utfordret sykepleiers ivaretagelse av kvinnens behov, og en personsentrert tilnærming ble nedprioritert.

Problemstilling: Hvordan kan en personsentrert tilnærming i sykepleie øke omsorgen ved medikamentell abort på sykehus?

Hensikt: Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan en personsentrert tilnærming i sykepleie kan øke omsorgen for kvinner og deres opplevelse av abortprosessen.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, hvor problemstillingen drøftes ut fra relevant forskning, faglitteratur, lovverk, retningslinjer, sykepleieteori og egen erfaring.

Resultater: Uønskede graviditeter kan føre til skam, skyld og usikkerhet hos kvinner hvor tilgangen til informasjon fra helsepersonell med gode kommunikasjonsferdigheter er essensiell. En personsentrert tilnærming med forståelse og støtte fører til samtale og refleksjon, og øker kvinnens omsorgsopplevelse. En personsentrert tilnærming er avgjørende og tar hensyn til kvinnens individuelle behov. Det er behov for mer forskning på personsentrert tilnærming under abortprosessen, da det er begrenset med studier.

Konklusjon: For å likestille omsorgshjelpen til kvinnens emosjonelle-, psykososiale- og fysiske behov er en personsentrert tilnærming avgjørende. Sykepleiers kommunikasjon, holdninger og non-verbale signal er viktig i relasjonsbygging. For å fremme kvinnens perspektiv, øke hennes mestringsmekanismer, velvære og autonomi kan en bruke aktiv lytting, parafrasering og veiledning. En personsentrert tilnærming er avgjørende for å forbedre abortomsorgen og møte kvinnens individuelle behov.

Nøkkelord: Medikamentell abort, svangerskap, sykepleie, helsehjelp, personsentrert omsorg, kvinnehelse

Summary

Title: Adapted abortion care- person-centred approach in nursing care for medical abortion

Background: 11967 women had an abortion in 2022, where 95,1% were self-determined. In surgical practice, gynecology department, I met women who underwent medical abortions. The time pressure in the ward challenged the nursing care for the woman's needs, and a person-centred approach was not prioritized.

Research question: How can a person-centred approach in nursing improve care for medical abortion in hospital?

Purpose: The purpose is to investigate how a person-centred approach in nursing can increase care for women and their experience of the abortionprocess.

Method: This is a literature study, where the issue is discussed based on research, literature, legislation, guidelines, nursing-theory and own experience.

Results: Unwanted pregnancies can lead to shame, guilt and insecurity where access to information from nurses with good communication skills is essential. Person-centred approach with understanding and support leads to conversation and reflection, and increases the woman's experience of care. A person-centred approach is essential for the woman's individual needs. There is a need for more research on person-centred approach during the abortionprocess, as there are limited studies.

Conclusion: To equate care of woman's emotional, psychosocial and physical needs, a person-centred approach is essential. Nurse's communication, attitudes and non-verbal signals are important in relationbuilding. To promote the women's perspective, increase copingmechanisms, well-being and autonomy, active listening, paraphrasing and guidance is important. Person-centred approach is essential to improve abortioncare and women's individual needs.

Keywords: Medical abortion, pregnancy, nursing, healthcare, person-centred care, women's health

Innholdsliste

1 Innledning	1
1.1 Introduksjon	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans	1
1.3 Hensikt og mål med oppgaven.....	1
1.4 Historikk	1
1.5 Problemstilling.....	1
1.6 Avgrensing	2
1.7 Begrepsforklaring.....	2
2 Teori.....	3
2.1 Personsentrert omsorg	3
2.2 Joyce Travelbees sykepleieteori.....	5
2.3 Medikamentell abort	5
2.4 Klinisk kommunikasjon	7
3 Metode	9
3.1 Litteraturstudie	9
3.2 Søkeprosess	9
3.3 Metodekritikk.....	13
3.4 Kildekritikk	13
3.5 Kritisk vurdering av artikkelens kvalitet.....	13
3. 6 Forskningsetiske hensyn	16

3.7 Analyse.....	17
4 Funn.....	18
4.1 Kvinnehelse og opplevelsen av abort.....	18
4.2 Kunnskap og holdninger	19
4.3 Kommunikasjon.....	19
4.4 Personsentrert tilnærming og omsorg	20
4.5 Stigma og fordommer	21
4.6 Psykososial omsorg og støtte	21
4.6.1 Watsons omsorgsmodell.....	21
5 Drøfting	23
5.1 Kommunikasjon som fremmer en personsentrert tilnærming.....	23
5.2 Kunnskap og holdninger som fremmer en personsentrert tilnærming.....	24
5.3 Sykepleiers tilnærming i møte med emosjonelle behov	25
6 Konklusjon.....	27
Referanser	28
Vedlegg 1: PICO-skjema	31
Vedlegg 2: Systematisk søk i databaser.....	32
Vedlegg 3: Artikkelmatiser av inkluderte artikler.....	35
Vedlegg 4: Sjekkliste for vurdering av kvalitative studier	55
Vedlegg 5: Sjekkliste for oversiktsartikler.....	63

Tabeller:

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
Tabell 2: Enkel oversikt over systematisk søk i databaser	12
Tabell 3: Manuelt søk i tidsskriftet Sykepleien forskning	12
Tabell 4: Inkluderte artikler	14
Tabell 5: Aveyards tematiske analysemodell	17

*Døden bur i meg no
Kjem ut ein dråpe om gongen
Ei daglig påminning om at du ikkje finst
Blodig slim på dopapiret
I staden for små spark inni meg
Eg dreg på meg strømpebuksa
Ein vid kjole som skjuler
Unødvendige endringer
(Bonsaksen, 2022, s. 24)*

1 Innledning

1.1 Introduksjon

Abortloven i Norge kom i 1975 og ga kvinner lovgitt frihet i valget om abort. Loven skulle endres frem til 1978 hvor det endelige utfallet resulterte i lovfestet abort frem til 12 svangerskapsuke, samt lovgitt abort ved svangerskapsuke 18 under visse kriterier (Abortloven, 1975, §2). Tema om abort er dagsaktuelt, og det kryr av ulike meninger og holdninger til temaet. Medikamentell utførelse er den vanligste i Norge i dag. Metoden ble innført i 1998 og siden år 2008 er de fleste selvbestemte aborter utført medikamentelt (Folkehelseinstituttet, 2023). I 2022 ble 11967 svangerskapsavbrudd utført i Norge (Folkehelseinstituttet, 2023). Av dem var 95,1% selvbestemte, hvor 94,8% ble utført medikamentelt (Folkehelseinstituttet, 2023).

1.2 Bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans

Interessen min for gravide kvinner og abort kom til i kirurgisk praksis på gynekologisk avdeling. Praksisen ga meg et innblikk i sykdommer og lidelser kvinner kan erfare i løpet av livet. Erfaringene ga meg et stort hjerte for kvinnehelse, samt et ønske om å øke kunnskapen rundt temaet. Jeg fikk møte sårbare kvinner som ønsket medikamentell abort. I en hektisk hverdag kunne det bli lite tid til å møte kvinnenenes behov. Jeg satt igjen med spørsmål om sykepleiers rolle for å ivareta kvinner som skal abortere. I denne oppgaven skal jeg sette søkelys på sykepleiers rolle for kvinner som velger selvbestemt abort. Klarer vi å se det store bilde og fange kvinnenenes behov for personsentrert omsorg i en hektisk hverdag?

1.3 Hensikt og mål med oppgaven

I denne oppgaven ønsker jeg å øke perspektiver og kunnskap om ivaretagelse av kvinner som skal gjennomføre medikamentell abort. For å utforske temaet anvendes en litteraturstudie som metode. Ved bruk av abortloven, NSF sine yrkesetiske retningslinjer, forskning, litteratur og egne erfaringer fra praksis, skal jeg drøfte meg frem til nyttige resultater innen fagfeltet. Med denne oppgaven ønsker jeg å finne svar på hvordan sykepleiere kan anvende en personsentrert tilnærming til kvinner som utfører medikamentell abort på sykehuset. Selv om kvinner kan støtte seg på abortloven, vil de trenge en støttende og hjelpende hånd gjennom prosessen.

1.4 Historikk

Uplanlagte svangerskap har eksistert gjennom kvinners historie og vil alltid være et dagsaktuelt tema. Norske kvinner fikk stemmerett i landet i 1913 og i det samme året startet kvinneforkjemperen Katti Anker Møller legaliseringskampen for selvbestemt abort i landet. Hennes hovedfokus var at svangerskapsavbrudd burde være en privatsak og dersom abort skulle vedvare som ulovlig tvang for kvinner ville det utføres i et høyt antall til tross for medfølgende straff, samt store helseskadelige konsekvenser for kvinnene (Bjørnfeldt, 2018). Kvinner fikk abortloven i 1975 som ga tilgang til abort og som innebar «sosiale kriterier». På kvinnedagen 8. mars i 1978 marsjerte flere av landets kvinner og menn med skilter og slagord «aldri mer strikkepinner» som et symbol for illegale aborter som krenket og skadet kvinners liv. Forslag om fri abort ble vedtatt i stortinget i 1978 med kun en stemme i flertall, hvor kvinner kunne utføre lovbestemt abort til utgangen av 12 svangerskapsuke. Loven tredde i kraft i 1979 (Bjørnfeldt, 2018).

For å få en dypere forståelse av hvordan illegal abort kunne erfares, og selve aborten i seg selv, har jeg lest selvbiografien til Annie Ernaux, ved navn «Hendelsen». Den skildrer forfatterens egne erfaring og rystende opplevelse av sin illegale abort i Frankrike i 1963. Biografien gir innblikk i de utfordrende symptomene på graviditeten og den mentale belastningen av å skulle utføre en abort. Ernaux (2020, s. 17) begrunner motivasjonen bak biografien slik:

Det er nettopp fordi abort ikke lenger er forbudt, at jeg kan- hvis jeg holder det kollektive aspektet og de dominerende og nødvendigvis forenklede formuleringene fra syttiårenes kamp, «et angrep mot kvinner» osv., unna- gå denne uforglemmelige hendelsen, i sin rene virkelighet, i møte.

1.5 Problemstilling

Hvordan kan en personsentrert tilnærming i sykepleie øke omsorg ved medikamentell abort på sykehus?

1.6 Avgrensning

Kvinner kan velge å utføre medikamentell abort i hjemmet eller på sykehus. I oppgaven vektlegges medikamentell abort på sykehus, da en ikke utøver hjemmesykepleie for kvinner som velger abort i hjemmet. En likhet for hjemme- og sykehusabort er at kvinnene må ha en konsultasjon på forhånd to dager før selve aborten settes i gang. Oppgaven avgrenses til kvinner som velger abort før utgangen av 12 svangerskapsuke etter abortloven. Oppgaven avgrenses til 16 års alderen, da barn under 16 år i Norge må ha samtykke av foreldre til å utføre abort. Jeg dekker ikke hele spekteret til en personsentrert tilnærming da det blir for vidt. En personsentrert tilnærming skal omhandle menneskets behov som kan være alt fra åndelige, eksistensielle, psykososiale, fysiske osv. I denne oppgaven ligger den personsentrerte tilnærmingen tett opp mot psykososiale behov og Joyce Travelbee sitt menneske-til-menneske-forhold.

1.7 Begrepsforklaring

Personsentrert tilnærming: Utøve omsorg med en tilnærming som møter kvinnen med respekt på hennes premisser og egne oppfatninger. Ved å møte hennes psykiske tilstand og utøve personsentrert omsorg etter hennes behov (Heyn, 2022, s. 138).

Søren Kierkegaards sitat om hjelpekunst (funnet i tidsskrift), forklarer tilnærmingen: «Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må en først og fremst passe på å finne ham der hvor han er, og begynne der» (Pedersen, 2007).

Medikamentell abort: Prosedyren starter med å få en peroral tablett poliklinisk som stanser den videre utviklingen av graviditeten. Etter inntaket er abortprosessen i gang og en skal fullføre aborten etter to døgn på sykehus eller i hjemmet. For å kunne gjennomføre prosessen hjemme må en være over 18 år, ha en voksen hjemme, være frisk samt at svangerskapet har vart under 9 uker. Etter to døgn møter en på dagavdeling hvor kvinnen eller sykepleier fører tabletter inn vaginalt, samt får smertestillende. Legemiddelet gjør at livmoren trekker seg sammen og en vil abortere etter 4-6 timer (Helsenorge, 2020).

2 Teori

I dette kapittelet blir sentrale føringer og forkunnskap presentert. Innledningsvis vil min teoretiske referanseramme introduseres, med Brendan McCormack sin teori om personsentrert omsorg og Travelbee sin omsorgsteori. Videre tar jeg for meg medikamentell abort og klinisk kommunikasjon.

2.1 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg går ut på å behandle mennesker som unike individer, respektere dem som person, vise forståelse, bygge en gjensidig tillit og skape en terapeutisk relasjon.

Begrepet personsentrert omsorg bunner i definisjonen av ordet «person» som sentrum og målet for omsorgen som skal utøves. Mennesker er bestående av følelser, tanker, emosjoner og ønsker som er essensielle komponenter av å være en person. De nevnte komponentene resulterer i enkeltindividers individuelle personlighet. McCormack & McCance (2016, s. 15) beskriver personlighet som en indre stemme som veileder oss som person og som er et fundament som danner oss som menneske. Denne stemmen veileder oss og navigerer oss via våre følelser, ønsker, verdier og motiver og er helt essensielle for vår personlighet. Den indre stemmen gir en forbindelse med vår «menneskelighet», med indre perspektiver som påvirker oss og veileder hvert enkeltindivid (McCormack & McCance, 2016, s. 15).

Før vi går over til personsentrert omsorg i sin helhet, vil jeg definere termen «personsentrert» for å gi en bedre forståelse av omsorgen. «Personsentrert» som faktor, bygger på respekt, tillit og anerkjennelse via andre enkeltindivider og er et konsept skapt av sosialisme. Betydningen av «personsentrert» avhenger av at andre individer anerkjenner ens status som person og for å oppnå dette må en ha en relasjon med andre. McCormack & McCance bygger videre på ideen om en «personsentrert praksis» med fire sentrale væremåter: å være i en relasjon, å være i en sosial verden, å være til stede og å være i seg selv eller å være seg selv (2016, s. 17).

Sykepleiere må være bevisst over sitt ståsted som «person» og hvordan deres verdier kan påvirke helsehjelpen. Dette forsterker delt avgjørelsesgrunnlag og hvordan en avgjørelse må «forhandles» mellom helseutøveren og den som mottar helsehjelp. En kan kalle dette for en «forhandlet autonomi» i omsorgsrelasjoner (McCormack & McCance, 2016, s. 20).

For å kunne utøve en personsentrert praksis må en kjenne til personen bak sykdommen, og dens menneskelige verdier og egne tanker. Dette fokuset vil gi sykepleier en kjemi og forbindelse med den menneskelige kjernen som vil påvirke utfallet av omsorgshjelpen. McCormack & McCance (2016, s. 20), definerer personsentrert praksis slik:

En tilnærming til praksis etablert gjennom å fostre sunne forhold mellom omsorgshjelpen, mottakere av omsorg og andre som er betydningsfulle for dem i livet. Det underbygger av verdiene om respekt for andre, rett til selvbestemmelse, gjensidig respekt og forståelse. Det etableres av kultur som innebærer myndiggjøring og som fostrer kontinuerlig tilnærming til en utviklende praksis.

Kroppslige reaksjoner kan fortelle mye om hvordan en person har det eller erfarer en situasjon. For å få en bedre forståelse av personsentrert omsorg er det viktig å sette søkelys på kroppslig respekt og arbeid i en sykepleiepraksis. Betydningen av filosofien er at fysisk helsehjelp forbinder sykepleier med kvinnen og blir det praktiserende vinduet inn til kvinnen og å lære henne å kjenne (McCormack & McCance, 2016, s. 22). Sykepleier må bevare kvinnens autentiske seg og hennes selvbestemmelsesrett. Dersom selvbestemmelsen nedprioriteres eller ignoreres, vil en sette behovene for kvinnen istedenfor at hun uttrykker dem selv. Dette kalles defekt omsorg da en blir dominant ovenfor kvinnen som tar imot helsehjelp og hun blir avhengig av sykepleiers avgjørelser og bestemmelser. I en fri relasjon med gjensidig respekt og forståelse, vil kvinnen oppnå mestringsmekanismer som gjør henne uavhengig. Mestringsmekanismene går ut på å lære kvinnen å kjenne etter hva hun trenger for å utvikle styrke under abortprosessen (McCormack & McCance, 2016, s. 22).

Lærdommen om personsentrert omsorg som tilnærming har gitt meg ny kunnskap om autentisitet, som omhandler at alle har et medfødt potensial. Som enkeltindivider lærer vi å utøve vårt medfødte potensial gjennom sosialisering, men grunnet ulike variabler og faktorer kan en hindres i å realisere sitt fulle potensial. Noen kvinner vil trenge helsehjelp for å veiledes til å oppnå maksimalt potensial. Tilnærmingen krever at den profesjonelle utøver har forståelse og respekt for kvinnen en møter og har et ønske om å lære henne å kjenne. For å hjelpe et menneske med å oppnå fullt potensiale, må en bevare deres autentisitet slik at deres handlingskraft og autonomi blir styrket (McCormack & McCance, 2016, s. 22).

2.2 Joyce Travelbees sykepleieteori

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee mener at alle mennesker er uerstattelige og unike individer. Hennes menneskesyn reflekterer over fellesmenneskelige opplevelser, som unngåelige og en del av livet og vår eksistens (Kristoffersen, N. J., 2016a, s. 29). Hennes veiledende og individualiserte filosofi vil hjelpe meg å bevare den røde tråden om en personsentrert tilnærming.

Sykepleiere vil møte kvinner som kan oppleve valget om abort som et stort tap, og fokuset til den profesjonelle bør være å hjelpe kvinnen med å finne en mening i prosessen. Et menneske-til-menneske-forhold er et sentralt begrep i Travelbees sykepleietenkning, og er avgjørende for en personsentrert tilnærming. Et mål for sykepleieren bør være å etablere et terapeutisk forhold til kvinner som velger abort. Dette kan innebære å aktivt lytte til kvinnens bekymringer og gi følelsesmessig støtte gjennom prosessen. Dersom sykepleier utøver personsentrert og hjelper kvinnen med å oppnå følelsen av å bli ivaretatt og respektert kan det styrke den terapeutiske relasjonen og forbedre helhetsopplevelsen hennes. Det kan foreligge en utfordring for den profesjonelle å se bort ifra egne fordommer, samt å se kvinnen for hvem hun er i det innledende møtet (Kristoffersen, N. J., 2016a, s. 33). Ved å gi forståelse for den psykiske tilstanden en annen person er i der og da, kan en utøve empatisk (Kristoffersen, N. J., 2016a, s. 33).

Ut ifra kvinnens perspektiv kan sykepleier utøve helsehjelp med det faktum at hver abort er en subjektiv erfaring. En bør stille åpne spørsmål og lytte til for å få en bedre forståelse av kvinnens individuelle behov. Om sykepleieren har empati og forståelse vil en oppnå nærhet. Den empatiske forståelsen vil gi viktig informasjon om kvinnens indre og ytre opplevelse av aborten og gi sykepleier en ide om hvordan å gi omsorg med en personsentrert tilnærming (Kristoffersen, N. J., 2016a, s. 33).

2.3 Medikamentell abort

Abort betyr å avbryte svangerskapet, ved å tømme livmoren med enten hjelp av legemidler eller ved et kirurgisk inngrep. Ordet abort kommer av det latinske ordet «abortus», som avledes av ordet «aborior» som betyr å «føde for tidlig, eller begynne på uheldigvis» (Nesheim, B.-I., 2022). Det kan foreligge sammensatte årsaker til valget om abort og ofte vil kvinnene kjenne på ambivalens. Hovedgrunnen til abort kan være preget av psykiske, fysiske, økonomiske eller psykososiale grunner.

Før en setter i gang abortprosessen må kvinnen undersøkes av en lege for å fastslå hvor langt hun er kommet i graviditeten. I Norge er farmakologisk behandling, kalt medisinsk abort, den vanligste formen. Medisinsk abort kan utføres dagkirurgisk inntil utgangen av 10-12 svangerskapsuke, eller kvinnen kan velge å utføre aborten i sitt eget hjem (Jerpseth, 2016, s. 160).

Den medisinske aborten som prosess, starter med at kvinnen møter opp på poliklinisk time hos sykepleier og skal i utgangspunktet ha bestemt seg for å gjennomføre prosessen. Etter prosedyren får en tildelt et legemiddel som inneholder et progesteronhemmende middel som heter mifepriston. To døgn senere skal det settes inn legemidler av typen vagitorier med prostaglandin (misoprostol) inn i skjeden. Legemidlene vil forberede cervix ved å myke den opp og starte en dilateringsprosess. Vagitoriene setter også i gang uterusmuskulaturen til å kontrahere slik at fosteret vil støtes ut som en fødsel (Jerpseth, 2016, s. 160). Etter at vagitoriene er satt inn, må en ligge i ro i en time slik at ikke tablettene sklir ut da stoffet tas opp av slimhinnene. Utenom den tiden kan kvinnen være oppe som hun ønsker under abortprosessen. I løpet av noen timer og opp til et døgn vil fosteret og placenta støtes ut. Det gis smertestillende etter behov både profylaktisk og gjennom forløpet (Jerpseth, 2016, s. 160).

Ved medikamentell abort vil kvinnene oppleve moderate til sterke smerter når fosteret støtes nedover og ut av fødselskanalen. Dette er fordi vagitorier med prostaglandin virker inn på muskulaturen i mage og tarmkanalen som kan føre til kvalme, avføringstrang, oppkast, og sterke smerter (Jerpseth, 2016, s. 160). Opplevelsen av smerter er alltid subjektivt, og en skal gi smertelindring ut ifra hennes behov og rekvirering fra lege. Det oppstår en blødning ved aborten, som beskrives som ved en vanlig menstruasjon (Jerpseth, 2016, 160). Det er viktig å gi god informasjon om forløpet som trykker og gir kunnskap og om hva som er normalen. Sykepleier skal observere kvinnens bind underveis i aborten, og se etter koageler, eventuelle rester a svangerskapet og observere vaginale blødninger og dens mengde og utseende (Jerpseth, 2016, s. 162). Dersom det foreligger unormale funn skal legen kontaktes og sykepleier skal observere og kartlegge vitalia og diurese for å følge med på om det foreligger utvikling av hypovolemi eller hypovolemisk sjokk (Jerpseth, 2016, s. 162). Ved pågående blødning vurderes det intravenøs væskebehandling og blodtransfusjon (Jerpseth, 2016, s. 162). Sykepleier må også ta ansvar for administrering av immunglobulin dersom kvinnen er Rh (D)-negativ innen 72 timer etter inngrepet (Jerpseth, 2016, s. 162).

Sykepleiere må være bevisste over psykiske reaksjoner som kan dukke opp. Det er vist at

mange kvinner som velger provosert abort, sliter med valget og opplever et blandet følelsesaspekter av både skam, angst og lettelse. Flere vil også erfare symptomer på angst og depresjon i ettertid av aborten (Jerpseth, 2016, s. 161). Sykepleier skal støtte kvinnene i de medisinske valgene en har rett til å ta. Vi er lovpålagt å følge NSF sine yrkesetiske retningslinjer. Yrkesetiske retningslinje 2 pålegger sykepleiere å ivareta den enkelte pasient sin verdighet, integritet samt retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Pasientens rett til å være medbestemmende og ikke bli krenket skal også bevares (NSF, 2019). Dersom kvinnen er usikker på valget sitt i det hun møter opp på sykehuset, kan sykepleieren anbefale henne å reise hjem og ta seg tid til å tenke over valget dersom det er før utgangen av 12 svangerskapsuke (Jerpseth, 2016, s. 161).

2.4 Klinisk kommunikasjon

Kvinner kan få psykiske plager i etterkant av provosert abort dersom de velger å ikke snakke om prosessen. Grunnen til dette er at noen kvinner kan fornekte følelser eller opplevelser rundt aborten, som kan utløse psykiske reaksjoner som er vanskelig å håndtere alene. Sykepleier må gripe den profesjonelle rollen og ta ansvar for å etablere en relasjon, slik at hun opplever tillit, åpner seg opp og deler følelsene sine (Heyn, 2022, s. 18).

Sykepleier kan bruke kommunikasjonsferdigheter som innebærer aktiv lytting. Målet ved aktiv lytting er å fremme mottakerens følelser, bekymringer, symptombeskrivelser og eksistensielle tanker. Aktiv lytting er en viktig ferdighet da flere ikke alltid er tydelige i sine beskrivelser av symptomer eller bekymringer (Heyn, 2022, s. 20). Ferdigheten går ut på å fange opp kvinnens hint av bekymringer, og videre stille utdypende spørsmål som gir henne muligheten å uttrykke seg mer direkte. På den måten kan sykepleier bevise sin tid og interesse ovenfor henne (Heyn, 2022, s. 21).

Ved å danne en relasjon, fremme tillit og aktivt lytte (som ved bruk av parafrasering) vil sykepleier tilegne seg en forståelse for den andres reaksjoner og følelser i abortprosessen. Dette medfører at sykepleier setter seg inn i kvinnens situasjon og viser evne til empati. For å evne empatisk kommunikasjon må sykepleier gi kvinnen hovedrollen i situasjonen og gi full oppmerksomhet til henne. I en abortprosess kan sykepleier uttrykke seg empatisk ved å eksempelvis si «jeg forstår at dette ikke kan være lett for deg». Etter den empatiske uttalelsen bør sykepleier gi rom for stillhet og gi kvinnen muligheten til å ta ordet for å bevare

oppmerksomheten på henne. I stillheten er det viktig at sykepleier er oppmerksom over sin non-verbale kommunikasjon da en også kan vise empati med kroppsspråk ved å gi støttende berøringer eller eksempelvis å ha hodet på skakke (Heyn, 2022, s. 24). Non-verbal kommunikasjon betyr å overføre et budskap uten bruk av ord. Det vises gjennom kroppsspråk som via blikk, gester, berøringer, kroppsbevegelser og ansiktsuttrykk eller utfra måten sykepleier gjennomfører sine tjenester på. Det kan også være via lyder som å gråte eller skrike (Travelbee, 1999/2021, s. 138).

3 Metode

Det er den systematiske fremgangsmåten en benytter for å innhente informasjon og kunnskap om en valgt problemstilling som kalles metode. Metodebeskrivelsen skal være presis, slik at andre kan etterprøve fremgangsmåten og finne samme litteratur. Resultatene en finner utfra metoden, vil hjelpe å svare på problemstillingen jeg har valgt.

3.1 Litteraturstudie

Jeg ønsker å svare på problemstillingen ved bruk av litteraturstudie som metode. En konkret beskrivelse av metoden er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. En må systematisk samle inn relevant litteratur, gå kritisk gjennom den og drøfte innholdet til et endelig resultat (Thidemann, 2015, s. 77).

Jeg må sette meg inn i metodene som benyttes i de vitenskapelige artiklene jeg finner. En bruker data som er innhentet av andre, dette kalles sekundærdata. Kunnskapen fra sekundærdata finnes i databaser, tidsskrifter, bøker osv. Det er viktig at jeg analyserer funnene og beskriver om forfatterne tar i bruk kvantitativ eller kvalitativ metode. En kvantitativ metodetilnærming viser det vi kan regne ut med våre logiske sanser. Kvantitative data er ofte objektive data og det en kan kalle eksakt faktakunnskap (Thidemann, 2015, s. 75). En kvalitativ metodetilnærming er en humanvitenskapelig og forstående tilnærming. Målet med metoden er å innhente menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, tanker osv (Thidemann, 2015, s. 76).

3.2 Søkeprosess

I min søkeprosess, startet jeg med å foreta manuelt søk i tidsskriftet Sykepleien Forskning. Tidsskriftet dekker løpende helsenyheter relevante for sykepleiere og er en relevant litteraturliste for oppgaven min. En finner også fagfelleurderte forskningsartikler med vitenskapelig nivå 1-tidsskrift. I tidsskriftet kan en søke på enkeltord og avgrense søket til «forskning». I mitt manuelle søk brukte jeg ordene «medikamentell abort» og fikk opp to forskningsartikler. Som et innledende søk i Sykepleien Forskning, med to svært relevante forskningsartikler, ser jeg relevansen og behovet for å skrive om medikamentell abort. Artiklene har hjulpet meg med å finne relevante søkeord som jeg videre vil benytte i mitt systematiske søk. De opplyser om mangelen på kommunikasjon mellom kvinnen som velger

abort og helsepersonellet, samt en følelse av skam. Etter mine praksiserfaringer seg jeg behovet for økt kunnskap om sykepleiers evne til å anvende en personsentrert tilnærming. Nedenfor vises inklusjons- og eksklusjonskriterier for artikkelfunnene mine.

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Kriterier	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Deltagere og kontekst	<p>Studier som omhandler sykepleiere sine erfaringer med medikamentell abort og møte med kvinner som velger medikamentell abort</p> <p>Studier som omhandler kvinner sine opplevelser i møte med helsetjenestetilbudet og omsorg ved medikamentell abort</p> <p>Studier som ser på behandlingspraksis ved medikamentell abort</p> <p>Deltagere: Kvalifiserte sykepleiere samt gravide kvinner fra 16 år og oppover.</p>	<p>Studier som spesifikt omhandler og setter søkelys på andre yrkesgrupper enn sykepleiere.</p> <p>Studier som omhandler abort ved kirurgisk metode eller andre metoder enn medikamentell abort.</p>
Metode	<p>Artikler med metode kvantitativ, kvalitativ eller av mix metode.</p> <p>Følger IMRaD-struktur.</p>	
Språk	Engelsk eller norsk-språklig	Språk som ikke er engelsk eller norsk språklig.

Publikasjonstype	Fagfelleverderte artikler	Ikke- fagfelleverderte artikler
Publikasjons år	Artikler publisert innenfor tidsrammen 2015-2023	

Etter anbefalinger fra Høgskolen på Vestlandet, har jeg valgt databaser for sykepleierstudenter. Ut ifra valgt problemstilling og krav til databasens brukervennlighet har jeg tatt for meg to databaser ved navn Cinahl og Medline Ovid. Cinahl er en bibliografisk database som inneholder referanser til engelskspråklig litteratur om sykepleie og tilgrensende fag. Medline Ovid er den fremste referansedatabasen innen medisin og har sykepleiefaglig innhold. En annen anbefaling fra Høgskolen på Vestlandet er å bruke terminologibasen MeSH («Medical Subject Headings») som oversetter norske søkeord til engelsk søkeord og resulterer i standardiserte emneord sortert i systemene til databasene som benytter seg av MeSH. Medline Ovid benytter seg av MeSH samt emneordene i Cinahl som bygger til dels på MeSH. Thidemann (2015, s. 86) definerer emneord som standardiserte ord for tema og begrep som valgt database benytter seg av. En har også tekstord (fritekst) som en finner i artiklenes tittel eller forfatterens sammendrag og kan eksempelvis være et tekstordsøk i Google (Thidemann, 2015, s. 87).

Via MeSH fra norsk til engelsk fant jeg gode emneord til litteratursøkene mine. Jeg brukte terminologibasen til å oversette ordene «abort» samt «pasientsentrert sykepleie» og fikk opp emneordene «abortion, induced» og «Patient-centred care». For å strukturere søket mitt tok jeg i bruk et PICO-skjema for å strukturere søke i databasen ved å organisere ordene etter tema utfra problemstilling. Ønsker å henviser til tabellen jeg har laget med en fullstendig oversikt over søkeordene mine via PICO-skjema i Vedlegg 1.

I søkeprosessen har jeg tatt i bruk IMRaD-prinsippet for å kunne inkludere artikkelfunnene etter relevans. Relevante artikkelfunn ble lest, vurdert og gjennomgått basert på tittel og sammendrag som fulgte IMRaD-struktur (Introduksjon, metode, resultat og diskusjon) (Thidemann, 2015 s. 30). Artikler som ikke fulgte strukturen, ble ekskludert. Her er et innblikk i mine to systematiske søk vist i en enkel tabell. For fullstendig oversikt henviser jeg til Vedlegg 2: Systematisk søk i databaser.

Tabell 2: Enkel oversikt over systematisk søk i databaser

Databaser/ Dato	Søkeord	Avgrensninger	Funn	Inkluderte artikler
Cinahl/ 08.05.23	Abortion, induced OR Medical abortion OR Termination of pregnancy AND Nursing OR Nursing care AND Patient centered care OR care	Dato: 2015- 2023 Fagfelleverdert artikkel	85 treff, artikkel nr. 1, nr. 6, nr. 18, nr. 21 og nr. 31	1. (A) Carson et al., 2022 18. (B) Mauri & Squillace, 2017 21. (C) Akturk & Erci, 2019 31. (D) Mainey et al., 2020
Medline Ovid 09.05.23	Abortion, induced AND Scandinavian women	Dato 2015-2023 Fagfelleverdert artikkel	1 treff, artikkel nummer 1	(E) Petersen et al., 2018

Tabell 3: Manuelt søk i tidsskriftet Sykepleien forskning

Tidsskrift/Dato	Søkeord	Avgrensning	Funn	Inkluderte artikler
Sykepleien Forskning/ 13.05.23	Medikamentell abort	Forskning	2 artikler	1. (F) Askeland et al., 2023 2. (G) Sommerseth et al., 2022

3.3 Metodekritikk

En velger ut litteratur og forskning som en selv tar til vurdering i en litteraturstudie. Selvstendigheten i forskningsvalget kan være en svakhet da en velger artikler etter ønsket resultat. Oppgavens problemstilling gjør det naturlig å sette hovedfokuset på kvalitative studier, selv om noen av artiklene er av andre metoder for å tilegne en større forståelse. Kvalitativ metode har til hensikt å øke kunnskap om menneskelige forhold som opplevelser, erfaringer, meninger og holdninger. Det er en humanvitenskapelig og forstående metodetilnærming (Thidemann, 2015, s. 76).

3.4 Kildekritikk

Thidemann (2015, s. 26) beskriver kildekritikk som en metode hvor en foretar kritiske vurderinger for å vurdere relevans, begrensninger og kvalifikasjonen i den informasjonen en samler inn. Kritisk vurdering viser at en forstår kunnskapen en bruker i oppgaven for å komme frem til egne konklusjoner basert på kvalifiserte argument (Thidemann, 2015, s. 26). Via søket avgrenses det til kun fagfelleverdert forskning, som vil si at uavhengige eksperter innen fagfeltet har kritisk vurdert artiklene før de publiseres (Kildekompasset, u.å). Ved å ha avgrensninger i det systematiske søket, som fagfellevurderinger fra eksperter, kvalitetsikrer enn forskningsfunnene. Inkluderte artikler er vurdert etter om de er relevante i forhold til problemstillingen. Primære og sekundære kilder er benyttet i denne litteraturstudien etter praktiske og bibliografiske begrensninger.

3.5 Kritisk vurdering av artikkelens kvalitet

Litteraturstudiens artikler er publiserte i tidsskrifter som primært deler fagfelleverderte artikler og er dermed vurdert som relevante da dette er et krav som må oppfylles. Thidemann (2019) anbefaler å kvalitetssikre artikkelen utfra om de følger IMRaD-strukturen, samt at en må ha tilstrekkelig kunnskap om de ulike forskningsmetodene forfattere tar i bruk. Når en har lest gjennom artiklene og vurdert dem som relevante utfra valgt problemstilling, vurderes hver enkelt artikkel ut ifra helsebibliotekets sjekklister for vitenskapelige forskningsartikler. Helsebibliotekets sjekklister fungerer som et pedagogisk verktøy for å kritisk kunne vurdere vitenskapelige artikler (Thidemann, 2015, s.91). For sjekklister anvendt til å kritisk vurdere valgte artikler, henvises det til vedlegg 4 og 5.

Nedenfor vises en kort oversikt over inkluderte artikler, for utdypende artikkelmatriser se vedlegg 3.

Tabell 4: Inkluderte artikler

Forfattere/år	Tittel og tidsskrift	Metode/deltakere	Relevans
(A) Carson et al., 2022	Nurse practitioners on the “leading edge” of medication abortion care: A feminist qualitative approach <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Kvalitativ metode- fortolkende beskrivende (med integrert feministisk teori): fokusgruppeintervju 43 deltakere Canada	Artikkelens relevans innebærer sykepleiepraksis og omsorgsrolle ved medikamentell abort, samt hvilken avgjørende rolle sykepleiere har til å utvide sikker og lovlig tilgang til aborttjenester. Artikkelen utforsker sykepleieres opplevelse av å utøve medikamentell abort og utfordringer til lovverk samt fordommer om abort.
(B) Mauri & Squillace, 2017	The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study <i>The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care</i>	Kvalitativ metode: Kvalitativt intervju 24 deltakere Italia	Artikkelen er relevant fordi den fremmer sykepleiere sin opplevelse av å utøve omsorg til kvinner som skal avslutte svangerskap. Studien fremmer utfordringer som stigma, restriksjoner og mangel på ressurser. Den belyser viktigheten av arbeidsmiljø, veiledning og kunnskap i abortomsorgen.
(C) Arturk & Erci, 2019	The Effect of Watson’s Care Model on Anxiety, Depression, and Stress in Turkish Women <i>SAGE</i>	Kvasieeksperimentel I metode 52 deltagere i eksperimentgruppe og 53 deltagere i kontrollgruppe	Eksperimentet viser til sykepleieteoretikeren Jean Watsons omsorgsmodell og er relevant for sykepleiers relasjonelle holdning ovenfor kvinner som skal gjennomgå medikamentell abort.

		Tyrkia	Modellen baserer seg på en individualistisk tilnærming hvor enkeltindividet blir behandlet som unikt. Artikkelen fokuserer på mennesket "bak aborten" og om utøvelse av modellen kan øke omsorgen til kvinners psykiske helse under medikamentell abort.
(D) Mainey et al., 2020	The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: a scoping review <i>Journal of clinical nursing</i>	Oversiktsartikkel: Systematisk litteraturgjennomgang (følger PRISMA sjekkliste) 74 studier	En får en god oversikt over lovverk om abort i ulike land og hvilken effekt dette har på sykepleiere/jordmødre. Artikkelen nevner eksempler på sykepleierrolle fra ulike land. Studien belyser en terapeutisk relasjon, viktigheten av kunnskapsformidling mellom sykepleier og kvinnen og psykososiale faktorer.
(E) Petersen et al., 2018	Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review <i>JBI database System Rev Implement Rep.</i>	Oversiktsartikkel: systematisk litteraturgjennomgang 6 studier og 24 forskningsfunn Norge, Sverige og Danmark (kun studier fra Sverige inkludert)	Oversiktsartikkelen informerer om skandinaviske kvinners opplevelse av abort i møte med helsevesenet. En blir opplyst om årsaker til at kvinner velger abort og behovet for informasjon, veiledning og støtte av helsetjenesten.
(F) Askeland et al., 2023	«Ikke bare rent blod.» Kvinners bruk av metaforer om medikamentell abort <i>Sykepleien Forskning</i>	Sekundær analyse av en kvalitativ studie med intervju av 24 deltakere	Analyserer kvinners metaforer om medikamentell abort og beskriver deres opplevelser av prosessen. Artikkelen belyser kvinnehelse og

		Norge	deres følelsesspekter gjennom prosessen i møte med helsevesenet.
(G) Sommerseth et al., 2022	Kvinnerens erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort <i>Sykepleien Forskning</i>	Kvalitativ metode: kvalitative intervju 24 deltakere Norge	Belyser kvinners opplevelse med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. Den gir informasjon om kvinnenes opplevelse av helsehjelpen, kvaliteten på omsorgen, tilgang til informasjon og støtte samt opplevelsen av aborten. Artikkelen utforsker forbedringspotensialet i helsetjenestetilbudet i Norge.

3. 6 Forskningsetiske hensyn

Akademisk frihet har en stor plass i dagens forskningsverden. Dette setter store krav til at en kan stole på forskerne, og derfor er etikk i forskningen helt essensiell. Troverdigheten i forskningen avhenger av at forskerne følger de etiske prinsippene for forskning som er fastsatt i normsystemet for forskning. Etikdens formål skal bevisstgjøre forskerne og samfunnet generelt om problemstillinger knyttet til forskning, dens prosess og resultat. Forskningsetikk belyser etiske aspekt ved utøvelse av forskningsarbeid (Prop. 158 L (2015-2016), s. 13).

De generelle forskningsetiske retningslinjene ble utarbeidet av De nasjonale forskningsetiske komiteene i 2014. Retningslinjene bygger på prinsipp som integritet, rettferdighet og respekt. Formålet med forskningsetikk er å bidra til å gi forskeren frihet i valg av tema, metode, gjennomføring og publisering av resultater så lenge den følger forskningsetiske normer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Dette er forankret i forskningsetikkloven i §1 som pålegger at forskning i offentlig og privat regi forholder seg til normene (Forskningsetikkloven, 2017, § 1).

For å kvalitetssikre vitenskapelige artikler, er det hensiktsmessig å kartlegge om artiklene inkluderer etiske overveielser i undersøkelsene de foretar seg. Dersom artiklene inkluderer

etiske overveielser og reflekterer rundt etikken i deres fremgangsmåte og prosess kan en kvalitetssikre forskningen. Kapittelet om etiske overveielser bør inkludere forskningsetiske retningslinjer som at alle informanter/personer som deltar behandles med respekt, at forskningen har gode konsekvenser, at prosjektet blir rettferdig utformet og utført og at forskerne selv opptrer ansvarlig, ærlig og åpent ovenfor offentlighet og kollega (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019).

3. 7 Analyse

Analysen av artikkelfunnene ved å tolke og granske teksten gir en forståelse av funnene og om det kan bidra i besvarelsen av problemstillingen. Dette er en del av tekstlesingen, hvor en kritisk leser og analyserer materialet for å oppnå en forståelse av innholdet (Thidemann, 2015, s. 92). Ved bruk av Aveyards tematiske analysemodell har jeg tatt i bruk fargekoder koblet opp til ulike tema som er relevante i artikkelfunnene for å besvare valgt problemstilling. De vitenskapelige artiklene er printet ut og markert i med fargetusj etter tematisert fargekode. Deretter føres fargekodene inn i en tabell, med tilkoblet tema og artiklene som inneholder de ulike fargekodene.

Tabell 5: Aveyards tematiske analysemodell

Fargekode	Tema	Artikkel
Lilla	Kvinnehelse og opplevelsen av abort	A, B, C, E, F, G
Grønn	Kunnskap og holdninger	A, B, D, E, F, G
Gul	Kommunikasjon	B, C, D, G
Rosa	Personsentrert tilnærming og omsorg	A, D, G
Rød	Stigma og fordommer	A, B, G
Marineblå	Psykososial omsorg og støtte	A, C, E, G

4 Funn

I dette kapitlet presenteres sammenfatningen av funn som ble indentifisert ved bruk av Aveyards tematiske analysemodell som du finner i kapittel 3, tabell 5. Vedlagte funn skal jeg ta med meg inn i kapitlet om drøfting, for å besvare problemstillingen. Argumentasjon og kvalitetsvurdering av valgte artikler finnes i vedlegg 3.

4.1 Kvinnehelse og opplevelsen av abort

Flere studier trekker oppmerksomheten mot forsømmelsen av seksuell og reproduktiv helseopplæring, spesielt når det gjelder abortomsorg (Carson et al., 2022, s. 694). Unge skandinaviske kvinner mangler kunnskap om fruktbarhet og menstruasjonssyklus (Petersen et al., 2018, s. 1543), samt at de føler et ansvar alene for å bruke prevensjon, og opplever skam og skyld ved uønskede graviditeter og prevensjonssvikt (Peterson et al., 2018, s. 1543). Tilgang til informasjon om kvinnehelse og tilnærmingen helsepersonell har i veiledningen er avgjørende for positive utfall.

Under aborten beskriver kvinner den fysisk krevende og utmattende prosessen når fosteret støtes ut, med ulike beskrivelser av intens smerte, inkludert smerter som kommer som bølger og en følelse av flere menstruasjoner samtidig (Askeland et al., 2023, s. 7). Opplevelsen sammenlignes med fødsel, og det nevnes en opplevelse av å være dyrisk under prosessen. Det blir brukt metaforer for atferden, som inkluderer hyl, som rautende kuer (Askeland et al., 2023, s. 8).

Etter medikamentell abort opplever flere lettelse og renselse, samt skam og skyld. Ved flere tilfeller deles ikke abortopplevelsen, på grunn av frykt for fordømmelse (Askeland et al., 2023, s. 8). Kvinner fraråder andre å gjennomgå medikamentell abort i hjemmet grunnet manglende forberedelse på prosessen og vissheten om hvor smertefullt det var (Sommerseth et al., 2022, s. 8). Opplevelsen av hjemme abort vekker følelsen av sårbarhet og utrygghet (Sommerseth et al., 2022, s. 8). Det er avgjørende for kvinners velvære å ha profesjonell helsehjelp under medikamentell abort.

4.2 Kunnskap og holdninger

Sykepleiere rapporterer om manglende opplæring i abortomsorgen under sin sykepleierutdanning. Dette fører til at flere praktiserende sykepleiere mangler essensiell kunnskap om abort (Carson et al., 2022, s. 690). Opplæring og kunnskap fremheves som viktig fra et helsekompetanse-perspektiv, gitt at halvparten av sykepleiers pasienter er kvinner som kan bli gravide (Carson et al., 2022, 694). Funnene understreker behovet for mer kunnskap om veiledning før abort for å fremme kvinnens forståelse av selve prosedyren og hvordan en støtter henne som har gjennomgått abort (Mainey et al., 2020, s. 1520). Det er behov for økt informasjon og veiledning på forhånd, da flere kvinner rapporterer at informasjonen de mottok var vanskelig å forstå (Sommerseth et al., 2022, s. 8). Kvinnen beskriver følelsen av å stå alene i prosessen, usikkerhet og mangel på kontakt med fagpersoner. De savner forståelse for prosessen, omsorg og ivaretagelse når de opplever sterke smerter og følelsen av frykt (Sommerseth et al., 2022, s. 8).

Studiene viser at sykepleiere har en mekanisk tilnærming for å beskytte seg selv emosjonelt. Automatiseringen av prosedyren hjelper dem å håndtere egne meninger og holdninger til abort, men de er enige om at profesjonelle som dem selv ikke bør jobbe på denne måten (Mauri & Squillance, 2017, s. 230). De fleste som har gjennomgått abort rapporterer at helsepersonellens tilnærming er profesjonell og god når det gjelder fysiske behov, men at det er lite eller ingen søkelys på deres emosjonelle behov (Petersen et al., 2018, s. 1544). Noen opplever å bli ivaretatt som et helhetsmenneske og møtt på en støtende måte (Askeland et al., 2023, s. 5). Andre opplever å bli møtt med lite forståelse og beskriver tilnærmingen til helsepersonellet med metaforen «kulde» (Askeland et al., 2023, s. 6).

4.3 Kommunikasjon

Sykepleiere har ansvaret for å veilede og støtte kvinner som velger medikamentell abort, samt informere og følge vedkommende gjennom prosessen (Mauri & Squillance, 2017, s. 230). Ved medikamentell abort på sykehus, har sykepleier ansvar for å følge opp abortprosessen, at fosteret støtes ut og kvinnen føler seg ivaretatt (Mauri & Squillance, 2017, s. 230)

Engelske gynekologer og sykepleiere benytter ikke-dømmende kommunikasjon ved abort. Kommunikasjonsstrategien kan ære utfordrende når sykepleiere møter kvinner som har gjennomgått abort flere ganger, eller etter fertilitetsbehandling (Mainey et al., 2020, s. 1520).

I Canada fokuserer abortomsorgen på å etablere et terapeutisk forhold med tydelige faglige grenser (Mainey et al., 2020, s. 1520). Norske sykepleiere håndterer ambivalens ved å bruke terapeutisk kommunikasjon og intuisjon for å hjelpe dem gjennom valgprosessen (Mainey et al., 2020, s. 1520).

Gode kommunikasjonsferdigheter er avgjørende for å anvende en personsentrert tilnærming. Uten disse ferdighetene kan ikke sykepleier møte kvinnens behov for å bli sett, hørt og ivaretatt på en adekvat måte (Sommerseth et al., 2022, s. 10). Kvinner opplever ofte mangelfull informasjon og opplever sterke smerter og større blødninger enn forventet under medikamentell abort (Sommerseth et al., 2022, s. 10).

4.4 Personsentrert tilnærming og omsorg

Ved bruk av medikamentell abort kan sykepleier ha mer tid til kvinnen og hennes omsorgsbehov. For å øke personsentrert omsorg må en ha dannet en relasjon hvor en har gitt god informasjon og gitt kvinnen rom for å stille spørsmål (Carson et al., 2022, s. 693). Kvinner beskriver sykepleiere som verdifulle i abortomsorg og deres emosjonelle velvære (Carson et al., 2022, s. 693). Britiske sykepleiere og gynekologer beskriver den psykososiale omsorgen som den viktigste rollen i abortomsorgen (Mainey et al., 2020, s.1520).

For å utøve personsentrert omsorg, må sykepleiere utøve abortomsorg tilpasset kvinnens behov og deres mestringsnivå til å håndtere sorg, tap og lidelse ved abortprosessen (Mainey et al., 2020, s. 1520). Mainey et al., fremmer et behov for økt forskning og søkelys på personsentrert omsorg, da få artikler forsker på dette (2020, s. 1522). En annen studie fremmer at helsepersonellet setter søkelys på fysiske forhold, undersøkelser og standardiserte prosedyrer enn personsentrert omsorg (Sommerseth et al., 2022, s. 9). Personsentrert omsorg omhandler myndiggjøring, respekt og likeverd som ivaretar kvinnens individuelle behov, noe som er avgjørende for en kvinnes helse som vurderer å gjennomføre abort (Sommerseth et al., 2022, s. 9).

4.5 Stigma og fordommer

Studiene viser at stigma rundt abort påvirker integreringen og implementeringen av abortomsorgen i helsetjenestene i Canada. Stigmatiseringen oppstår blant helsepersonell (Carson et al., 2022, s. 691). Flere kvinner forteller at aborten ikke er noe de ønsker å prate med sine nære om da det kan være tabubelagt (Sommerseth et al., 2022, s. 7).

Til tross for at flere helsepersonell prøver å normalisere abortomsorg som en annen helsetjenestene, er det fortsatt knyttet stigmatisering. Helsepersonellet forteller om stigma i intervjuene og de verdifulle vurderinger og forventninger som relateres til kjønn (Carson et al., 2022, s. 692). Stigmatiseringen som belyses i funnene, vil hindre helsepersonell å utøve med en personsentrert tilnærming. Tillit fra kvinnen er viktig for å gi personsentrert omsorg, men stigma kan hindre dette (Carson et al., 2022, s. 693).

4.6 Psykososial omsorg og støtte

Flere opplever manglende rom for samtale med helsepersoneller når de står ovenfor valget om abort. Kvinner føler seg underlegne og har vanskeligheter med å uttrykke sine behov, da sykepleieren fremmer det som de mener er best for dem (Sommerseth et al., 2022, s. 6). Selv om noen er ambivalente og usikre i abortvalget, føler ikke kvinnene at det er rom for å snakke om det (Sommerseth et al., 2022, s. 6). Et møte med et forståelsesfullt og støttende helsevesen kan legge til rette for samtale og refleksjon rundt valget, og gi trygghet til å ta det valget som er riktig for henne (Sommerseth et al., 2022, s. 6). Dette vil være med å styrke personsentrert omsorg. Det er også etter behov å ha en oppfølgingssamtale etter aborten om hvordan kvinnene har det i ettertid (Sommerseth et al., 2022, s. 7).

4.6.1 Watsons omsorgsmodell

En studie ble gjennomført for å undersøke effekten av Watsons omsorgsmodell på depresjons-, stress- og angstnivå hos kvinner som gjennomgikk medikamentell abort. Studien involverte en eksperimentgruppe og en kontrollgruppe, hvor begge gruppene gjennomgikk en pretest før aborten og en posttest etter aborten for å vurdere nivåene av depresjon, stress og angst. Resultatene viste ingen forskjell mellom gruppene under pretesten, men det var forskjeller etter den medikamentelle aborten under posttesten (Akturk & Erci, 2019, s. 131).

Ekspérimentgruppen fikk tre hjemmebesøk etter aborten, basert på Watsons omsorgsmodell, som satte søkelys på individualisert omsorg, gjensidig tillit og respekt, mestringsstrategier, veiledning og styrking av nettverket deres (Arkturk & Erci, 2019, s. 130).

Implementeringen av omsorgsmodellen styrket kvinnenenes selvstendighet og mestringsverktøy for å håndtere negative følelser og tanker (Arkturk & Erci, 2019, s. 130). Kvinnene fikk utlevert informasjon på forhånd om hvordan omsorgen skulle praktiseres underveis i prosessen. Informasjonen innebar hvilke komplikasjoner de kunne erfare under abortprosessen som kramper, blødningsfare, brystproblematikk og emosjonelle reaksjoner (som frykt, angst, skyld etc) og hvordan Watsons omsorgsmodell kunne dempe nevnte komplikasjoner.

Kontrollgruppen som ikke mottok abortomsorg basert på Watsons modell, viste betydelige høyere nivåer av depresjon, stress og angst enn ekspertimentgruppen. Resultatene indikerer at omsorg gitt ved bruk av Watsons omsorgsmodell reduserte depresjons-, stress- og angstnivå hos kvinner etter medikamentell abort (Arkturk & Erci, 2019, s. 131).

Arkturk & Erci viser til kartleggings skjemaet de tok i bruk for å anvende Watsonsomsorgsmodell. De fulgte DAS-42 Scale som viser til depresjons-, stress- og angstnivå vurdert utfra mild, moderat, alvorlig og svært alvorlig. De ulike nivåene blir fremstilt i artikkelens resultatdel og analysen viser tydelig at ekspertimentgruppen har betydelig lavere nivå av både depresjon, stress og angst etter posttesten sammenlignet med kontrollgruppen.

5 Drøfting

I dette kapittelet vil problemstillingen min drøftes ut ifra tidligere teori, forskningsfunn samt med bruk av egne erfaringer.

5.1 Kommunikasjon som fremmer en personsentrert tilnærming

Egen erfaring fra kirurgisk praksis på gynekologisk avdeling, viste hvor essensiell kommunikasjon er i sykepleie. Kommunikasjon høres og tydes i det stille, kroppslige ytringer, følelser av alle slag, en hånd på skulderen for støtte eller et kaldt blikk. Det er menneskets samspill, og det oppstår til enhver tid når mennesker er sammen. Non-verbal kommunikasjon ytrer følelser eller meninger ved bruk av kroppslige former eller blikk og verbal kommunikasjon ytres ved uttalelser som mottaker tolker (Travelbee, 1999/2021, s. 138). I praksis erfarte jeg at sykepleien som ble kommunisert, dannet et grunnlag for å etablere en relasjon. Sykepleiers forutinntatte holdninger vises i kroppsspråk og signaliseres til kvinnen og avgjør relasjonen, som igjen har innvirkning på abortomsorgen.

For å oppnå en personsentrert tilnærming, kan en anvende Travelbees menneske-til-menneske-forhold som et mål i sykepleien (Travelbee, 1999/2021, s. 142). Forholdet, eller relasjonen, skaper tillit og omsorg ved å ta ansvar, veilede, støtte og informere om abortprosessen (Mauri & Squillance, 2017, s. 230). Via det praktiserende vinduet, hvor en når inn til kvinnen, må sykepleier være var sitt kroppsspråk da holdninger alltid vil kommuniseres. Kvinnen som pasient, vil alltid oppfatte hvilken grad sykepleieren faktisk ønsker å hjelpe henne (Travelbee, 1999/2021, s. 147). Kommunikasjon kan fremme en personsentrert tilnærming, og styrke mestring i opplevelsen av abort.

For å fremme en personsentrert tilnærming kan sykepleier sette seg inn i kvinnens perspektiv. Ved å sette vekk sitt eget «selv», og sette søkelyset interaksjonen, kan en styrke behandlingsutfallet (Travelbee, 1999/2021, s. 153). Ved å aktivt lytte, kan en bruke parafrasering som teknikk. Parafrasering, også kalt omformulering, er effektiv for å vise at en er interessert. Et eksempel kan være om kvinnen sier «valget om abort var ikke så enkelt som jeg trodde»; kan sykepleier parafrasere ved å si «jeg hører at valget ikke har vært enkelt, hvordan føler du deg?». Det gir sykepleier muligheten til å forsikre seg om at en har forstått informasjonen og gir rom til at hun kan utrykke seg dypere. Kvinnen får muligheten til å styre

samtalen videre, og velge om hun skal dele mer utdypende informasjon (Heyn, 2022, s. 21). Menneske-til-menneske-forholdet vil videre styrkes ved at sykepleier gir god informasjon om medikamentell abort og forløpet, for å øke trygghet og omsorgsopplevelse (Sommerseth et al., 2022, s. 10).

5.2 Kunnskap og holdninger som fremmer en personsentrert tilnærming

Sykepleie som profesjon innebærer å praktisere faglig, etisk og ansvarlig, en må følge lovverk knyttet til tjenesten og ta ansvar for egne handlinger og vurderinger (NSF, 2019). Sykepleier skal respektere enkeltmennesket og dens iboende verdi. Det er viktig at sykepleier kjenner seg selv og sine grenser for å utøve profesjonell og kvalitetssikker praksis. Sykepleiere som enkeltmennesker kan ha et etisk dilemma med medikamentell abort og generelt provosert abort av ulike årsaker, som for eksempel religion. I Norge har vi reservasjonsrett til å unnlate å delta i abortinngrepet dersom helsepersonellet erfarer samvittighetskonflikter med prosedyren (Austveg, 2017, s. 104). I abortloven lovfestes det at organisering skal ta hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved provosert abort (Abortloven, 1975, §14).

Det er viktig at sykepleier er profesjonell og motivert i utøvelsen av sykepleie uavhengig av ens personlige overbevisninger. Ved å respektere kvinnens autonomi, selvbestemmelsesrett og reproduktive helse, vil sykepleiers etiske ansvar og støtte, øke kvaliteten på omsorgen og en personsentrert tilnærming. For å kvalitetssikre sykepleien og pasientsikkerheten ved abort, bør sykepleiere være bevisst sine egne holdninger, stigma og utfordringer ved utøvelsen. Dersom en av samvittighetsgrunner ikke kan støtte abortinngrepet, bør sykepleier anvende reservasjonsretten for å skåne kvinnen mot en tilnærming uten støtte. Helsepersonell har rett til fritak ved medikamentell abort, ved assistering, utføring av avbruddet samt rekvirering eller ordinerer av medikamenter i forbindelse med svangerskapsavbruddet. Fritaket gjelder også om kvinnen inntar medikamentene sine selv (Helsedirektoratet, 2019).

Før en kvinne treffer det endelige valget, skal hun tilbys informasjon, veiledning og råd i samråd med abortloven (Abortloven, 1975, § 2). Sykepleier har en veiledende rolle som skal bygge på barmhjertighet og omsorg med respekt for mennesket. Ved åpne holdninger vil sykepleien innebære en yrkesetisk forsvarlig utøvelse og personsentrert tilnærming (Carson et al., 2022, s. 693). Ved å praktisere yrkesetisk, kan sykepleier fremme kvinnens autonomi og

avgjørelsesgrunnlag, ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at hun har forstått informasjonen (NSF, 2019).

Alle enkeltmennesker har egne tanker, ønsker, drømmer, meninger og refleksjoner. Vi er alle forskjellige og har ulike perspektiver. Det gir oss et behov for å handle i samsvar med egen samvittighet, ønsker og behov i de ulike situasjonene en erfarer gjennom livet. For å fremme kvinnens mestring i avgjørelsen, vil en profesjonell og objektiv holdning med en personsentrert tilnærming støtte henne i abortprosessen. Ved å tørre å utforske kvinnens refleksjoner og opplevelse av aborten kan en støtte henne i det som er vanskelig. En kan gjøre en positiv endring og være en unik støtte i en vanskelig tid. Flere opplever abort som et tabubelagt tema hvor noen ikke får støtte i sin nære omkrets, da er sykepleiers støtte helt essensiell (Sommerseth et al., 2022, s. 7). For å optimalisere støtten som sykepleier er det viktig å tørre å gå inn i abortprosessen som materie, og ha sårbare samtaler, som å snakke om sorg, lidelse eller lettelse over aborten.

5.3 Sykepleiers tilnærming i møte med emosjonelle behov

I 2016 tok 13169 kvinner abort i Norge (Austveg, 2017, s. 127). Hver enkelt kvinne hadde individuelle grunner og måter å håndtere abortprosessen sin på. Noen ser på avgjørelsen som enkel og følger sin intuisjon, mens andre kan oppleve store utfordringer med valget. Kvinnens individuelle valg er riktig så lenge det er til hennes beste. For å holde seg objektiv til kvinnens perspektiv kan sykepleier nullstille seg til hvert enkelt møte. Hvert tilfelle er unikt, og hver har egne grunner og utfordringer. Abortomsorgen må tilpasses ønsker og mestringsevne knyttet til følelsesmessige reaksjoner under prosessen. Reaksjoner kan være alt fra lettelse, angst, sorg eller ambivalens (Mainey et al., 2020, s. 1520). Ved å forholde seg objektiv og profesjonell, kan en støtte kvinnen i følelsene hun opplever i aborten. En kan normalisere følelsen av lettelse, som noen føler etter fullført abort. Samtidig har en motsetninger hvor noen opplever anger eller føler sorg, og trenger samtale og støtte i den vanskelige situasjonen. Gode ord som kan lette på den tunge byrden, vise forståelse for sorgen og gi en trygg hånd på skulderen kan øke omsorgen. Ved å være en støttespiller og tørre stå sammen med kvinnen i den utfordrende situasjonen, vil en ivareta hennes emosjonelle behov.

I praksis erfarte jeg at det var lite tid til kvinnene og at fysiske behov ble prioritert først. Det vil alltid forekomme individuelle forskjeller i sykepleieres iboende empati og omsorgsevne. Et felles mål for sykepleiere bør være å sette av tid til å være der for kvinnen. Helsepersonell

er profesjonelle på å dekke fysiske behov, og med tidsbegrensning prioriteres ikke alltid emosjonelle behov (Petersen et al., 2018, s. 1544). For å fremme en personsentrert tilnærming må det etableres en god relasjon, hvor sykepleier tar seg tid til å se kvinnen og gi henne informasjon om prosessen (Carson et al., 2022, s. 693). Ved å være bevisst sykepleierrollen og dens påvirkningskraft, kan en anvende en personsentrert tilnærming med empati og støtte. Dette vil skape rom for samtale og gi henne muligheten og tid til å uttrykke seg. Samtidig får en mulighet til å tilby oppfølgingsamtale etter aborten (Sommerseth et al., 2022, s. 7). En tanke videre til abortomsorgen kan være rutine på å ha en frivillig telefonsamtale med sykepleier i kort tid etter aborten. Dersom kvinnen ønsker dette, kunne en avtale å ringes etter hjemreise for oppfølging og kartlegging av emosjonell status og hjelpebehov.

Ved å utøve personsentrert, tilegne seg en kjemi med kvinnen og hennes menneskelige kjerne (kvinnen bak aborten, menneskelige verdier og egne tanker) og uttrykke kroppslig respekt, vil en tilegne seg et praktiserende vindu inn til henne. Tilnærmingen skal gi støtte, omsorg, åpenhet og objektivitet underveis i behandlingen for å optimalisere hennes velvære og opplevelse. Ved tekniske sykepleieroppgaver må den personsentrerte tilnærmingen bevares, og sørge for at en fremmer trygghet. Det kan oppleves som skummelt når fosteret støtes ut, ved subjektive smerter og blødninger som forekommer. Andre opplever aborten som en lettelse, alt er subjektivt. Det er viktig at sykepleier har en tett dialog med kvinnen etter hennes omsorgsbehov (Jerpseth, 2016, s. 162).

Mainey et al., understreker behovet for mer forskning rettet mot personsentrert omsorg (2020, s. 1522). Sommerseth et al., viser at helsepersonell i større grad setter søkelys på fysiske forhold, undersøkelser og standardiserte prosedyrer enn personsentrert omsorg (2022, s. 9). Det kan være en ide å iverksette en omsorgsmodell (slik som Watsons omsorgsmodell). Med et rammeverk som Watsons omsorgsmodell vil en sikre en individualisert omsorg, respekt, tillit, mestring, veiledning samt involvering av familie og nære (Arkturk & Erci, 2019, s. 130). Denne formen for personsentrert tilnærming øker psykososiale behov ved å styrke kvinnens selvstendighet og mestring, samt trygghet i informasjon og veiledning underveis i prosessen.

6 Konklusjon

Måten sykepleie blir kommunisert på, danner et grunnlag for etablering av en relasjon. Sykepleiers non-verbale kommunikasjon og holdninger vil tydeliggjøres og påvirke kvinnens opplevelse av å bli anerkjent som et unikt individ. Ved å anvende et menneske-til-menneske-forhold kan en skape tillit og tilegne seg informasjon om hennes hjelpebehov for å danne grunnlaget til en personsentrert tilnærming. Sykepleier kan nytte kommunikasjonsteknikken parafrasering og aktiv lytting for å vise forståelse og støtte. Det er også viktig å gi god informasjon om medikamentell abort og forløpet for å øke trygghet og omsorgsopplevelse. En personsentrert tilnærming innebærer å respektere autonomi, selvbestemmelsesrett og reproduktive helse. Sykepleierens oppgave er å tilby informasjon, veiledning og råd i tråd med abortloven, og sikre at informasjonen er forstått. Ved å være objektiv og profesjonell kan sykepleier støtte kvinnen i abortprosessen og sette søkelys på å praktisere personsentrert.

Kvinner som velger abort, har individuelle grunner og trenger dermed individualisert helsehjelp. Det er viktig å være til stede og støtte henne i de følelsene hun opplever. Sykepleieren bør prioritere emosjonelle behov og ta seg tid til å være der for henne, selv om det kan være tidsbegrensninger. Gjennom en personsentrert tilnærming bidrar sykepleie til å styrke mestringsmekanismer, ivaretagelse av velvære og opplevelse under abortprosessen. Det er viktig å opprettholde autonomi og personsentrert tilnærming under tekniske sykepleieroppgaver, i møte med psykososiale behov, emosjonelle behov samt fysiske for å øke omsorgen. Videre forskning om påvirkningen en personsentrert tilnærming har i abortomsorgen vil være nyttig for å øke fokus og kunnskap innen kvinnehelse. Basert på teori, funn og drøfting kan det konkluderes med at en personsentrert tilnærming øker abortomsorgen til kvinner.

Referanser

- Abortloven. (1975). Lov om svangerskapsavbrudd (LOV-1975-06-13-50). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>
- Akturk, U. & Erci, B. (2019). The Effect of Watson's Care Model on Anxiety, Depression, and Stress in Turkish Women. *Nurs Sci Q*, 32(2): 127-134. DOI:
[10.1177/0894318419826257](https://doi.org/10.1177/0894318419826257)
- Askeland, N., Johannessen, A. & Sommerseth, E. (2023). «Ikke bare rent blod.» Kvinners bruk av metaforer om medikamentell abort. *Sykepleien Forskning*, 18(91724), e-91724. DOI: [10.4220/Sykepleief.2023.91724](https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2023.91724)
- Austveg, B. (2017). *Abort: en etisk argumentasjon*. Humanist Forlag
- Bjørnfeldt, K. S. (2018, 22.11). Abortlovens historie: Slik er vi gått fra halshogging til fri abort. *Forskning.no*. <https://forskning.no/helse-politikk-svangerskap/abortlovens-historie-slik-er-vi-gatt-fra-halshogging-til-fri-abort/1262250>
- Carson, A., Cameron, E. S., Paynter, M., Norman, W. V., Munro S. & Martin-Misener, R. (2022) Nurse practitioners on the “leading edge” of medication abortion care: A feminist qualitative approach. *Journal of advanced nursing*, 79(2): 686-697.
<https://doi.org/10.1111/jan.15487>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 10.2). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Forskningsetikk.no.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Ernaux, A. (2020). *Hendelsen* (førstegangs utgivelse Paris 2000). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. (2023, 8. mars). *Aborttall for Norge*. Hentet 7.06.2023 fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>

Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (LOV-2017-04-28-23)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>

Helsedirektoratet. (2019, 20.12). Fritak av samvittighetsgrunner. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/abort-svangerskapsavbrudd-veileder-til-forskrift/fritak-av-samvittighetsgrunner#paragraf-15-fritak-av-samvittighetsgrunner-begrunnelse>

Helsenorge. (2020, 31.7). Abortmetoder. <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/#medikamentell-abort>.

Heyn, L. G. (red.). (2022). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Gyldendal akademisk.

Jerpseth, H. (2016) Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie, bind 2* (5. utg., s. 133-168). Gyldendal akademisk

Kildekompasset. (u.å.). Kildekritikk. Kildekompasset. Nedlastet 18.05.2023 fra:

<https://kildekompasset.no/kildekritikk/>

Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- En historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., ss. 15-80). Gyldendal akademisk.

Mainey L., O'Mullan C., Reid-Searl K., Taylor A. & Baird K. (2020). The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 29(9-10):1513-1526. <https://doi.org/10.1111/jocn.15218>

Mauri, P. A & Squillance, F. (2017). The experiences of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 22(3): 227-232. DOI: [10.1080/13625187.2017.1318846](https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1318846)

McCormack, B. (Red.) & McCance, T. (Red.). (2016). *Person-Centred Practise in Nursing and Health Care- Theory and Practise* (2. Utg.). John Wiley and Sons Ltd.

Nesheim, B-I. (2019). Provosert abort. I Maltau, J. M., K. Molne & Nesheim, B-I (Red.), *Obstetikk og gynekologi* (3. utg., kap. 30., s. 319-322). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pedersen, R. (2007). Kierkegaard og kunsten å hjelpe. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2007/01/medisin-og-kunst/kierkegaard-og-kunsten-hjelpe>
- Petersen M.N., Jessen-Winge C. & Møbjerg A.C.M. 2018. Scandinavian women's experience with abortions on request: a systematic review. *JBIR Database System Rev Implement Rep*, 16(7): 1537-1563. DOI: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003344>
- Prop 158 L (2015-2016). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-158-l-20152016/id2511345/sec3?q=>
- Sommerseth, E., Sandvik, B-M., Dahl, B., Røseth, I & Lyberg, A. (2022). Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. *Sykepleien Forskning*, 2022;17(89883):e-89883. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883>
- Nesheim, B.- I. (2022, 5.12). *Abort*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/abort>
- Thidemann, I-J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999/2021). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1: PICO-skjema

PICO-skjema	Population	Intervention	Comparison	Outcome
Problemstilling	Beskrivelse av valgt pasientgruppe	Hvilket tiltak er det som vurderes?	Finnes det andre tiltak?	Hvilket utfall interesserer deg?
	Provosert abort, medikamentell abort	Sykepleie, sykepleiepraksis	Anvendes ikke	Helsehjelp, Personsentrert omsorg, mental helse, kvinnehelse
Søkeord	“Medical abortion” Abortion, Induced	«Nursing», «nursing care»		«Care», «patient centered care»

Vedlegg 2: Systematisk søk i databaser

Søkehistorikk Cinahl 08.05.2023

Søke nr.	Søkeord/ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste artikler	Artikler inkludert
S1	Abortion, induced (emneord)		11408		
S2	Medical abortion (keyword)		1526		
S3	Termination of pregnancy (keyword)		8792		
S4	S1 OR S2 OR S3		12800		
S5	Nursing (keyword)		738939		
S6	Nursing care (emneord)		23883		
S7	S5 OR S6		738939		
S8	Patient centered care (emneord)		34157		
S9	Care (keyword)		160333 3		

S10	S8 OR S9		160333 3		
S11	S4 AND S7 AND S10		278		
S12		Date: 2015- 2023	100		
S13		Peer reviewed	85	10	1. (A) Carson et al., 2022 18. (C) Mauri & Squillace, 2017 21. (D) Akturk & Erci, 2019 31. (E) Mainey et al., 2020

Systematisk søk i Medline Ovid Dato: 09.05.2023

Søke nr.	Søkeord/ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste artikler	Artikler inkludert
#1	Abortion, induced (Emneord)		30084		
#2	Scandinavian women (keyword)		53		

#3	#1 AND #2		2		
#4	#3	Dato: 2015- 2023 Peer reviewed	1	1	1. (F) Petersen et al., 2018

Vedlegg 3: Artikkelmatiser av inkluderte artikler

Artikkel A: Carson, A., Cameron, E. S., Paynter, M., Norman, W. V., Munro S. & Martin- Misener, R. (2022) Nurse practitioners on the “leading edge” of medication abortion care: A feminist qualitative approach. *Journal of advanced nursing*, 79(2): 686-697. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan .15487>

Hensikt:	Utforske sykepleieres erfaringer med praktisering av medikamentell abort i Canada samt å identifisere hvordan å utvikle og forbedre sykepleiepraksisen.
Metode og utvalg:	<p><u>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</u></p> <p>Kvalitativ metode- fortolkende beskrivende (med feministisk teori)</p> <p>Sykepleieperspektiv</p> <p><u>Utvalg:</u></p> <p>43 deltakere (23 autoriserte sykepleiere hvor 16 av 23 sykepleiere praktiserte medikamentell abort. De resterende 20 var ansatte i administrativt arbeid i helsesektoren, i staten, rådgivning, regulering og diverse sykepleiepåbud). Arbeidserfaringen til sykepleierne varierte fra 2 år til over 20 år som sykepleier.</p> <p><u>Datainnsamling:</u></p> <p>Intervjuene i forskningen varte fra 30 min til 1 time. Fokuset i intervjuene var deltakernes perspektiver og opplevelser av medikamentell abort. Dette inkluderte også utviklingen av forskrifter og lovgivning, helsepersonellens kultur, normer og aksept eller stigma rundt temaet om abort. Etter intervjuene ble deltagerne bedt om å skrive ned notater fra møtet som inkluderte inntrykk fra samtalen. Videre ble det avholdt ukentlige møter med deltagerne. I de ukentlige møtene ble det stilt spørsmål til prosessen og om det var noen</p>

spørsmål som burde endres på eller inkluderes. To av forskerne leste av transkriptene etter intervjuene flere ganger før de kategoriserte hovedtemaene etter informasjon som gikk igjen. Deretter kunne forskerne analysere innholdet samt legge til deres tolkninger og refleksjoner med en feministisk teoretisk tilnærming.

Analyse:

Deltakernes perspektiver og opplevelser rundt praktiseringen av medikamentell abort ble analysert og tolket utfra konteksten. For å fange sykepleierrollen i praktisering av medikamentell abort, ble intervjuet delt inn i tre hovedkategorier:

1. Tilrettelegging for å iverksette tverrfaglig samarbeid, kunnskap i informasjonsutdeling og veiledning i medikamentell abort. 2.

Håndtere motstand mot implementeringen av medikamentell abort i Canada. 3. Fremme likeverdige verdier og å normalisere tilgjengelig abort i primærhelsetjenesten.

Resultat:

I implementeringen av medikamentell abort i Canada, bidrar sykepleierne med å praktisere kommunikasjons-, veilednings- og nettverksaktiviteter. Sykepleierne håndterer motstand i å utføre abortomsorg i helsesystemet i møte med arbeidsgivere, kollegaer og finansielle aktører. I intervjuene kommer det frem at deltagerne setter pris på at abortomsorgen blir mer tilgjengelig for deres pasienter og at det utvikles en normalisering av abortomsorgen i primærhelsetjenesten. Sykepleiere ønsker utvikling og støtte i abortomsorgen og ønsker å inkludere et tjenestetilbud til pasienter som skal utføre abort.

Relevans:

Artikkelen er relevant da den fremmer kunnskap om den avgjørende og viktige sykepleierrollen i utøvelse av abortomsorg. Dette inkluderer informasjonsplikt, veiledning om reproduktiv helse og ulike alternativer kvinner har til prevensjon.

<p>Etiske overveielser:</p>	<p>Studiens etiske vurderinger ble utført og godkjent i 2019 av «Nova Scotia Health og av «the University of British Columbia». Alle deltakerne fikk valget om å bli intervjuet på enten engelsk eller fransk. De ble tilsendt en epost om et informert samtykkedokument som de måtte gjennomgå og deretter valgfritt signere før deltagelse.</p>
<p>Argumentasjon:</p>	<p>Sykepleiere spiller en aktiv rolle i abortomsorgen og er en ressurs for kvinner som velger medikamentell abort. Utøvelsen av sykepleie innebærer å veilede kvinnene, ha tilstrekkelig kunnskap og motivasjon til å gjennomføre prosedyren, samt undervise kollegaer og samarbeidspartnere i helsetjenesten. Studien har visse begrensninger knyttet til helsepersonellens perspektiver og synspunkter, men nevner at sykepleiere som ikke ønsker å utføre prosedyren ofte mangler kompetanse på området. Den manglende kompetansen understreker betydningen av utdanning og kunnskap om reproduktiv og seksuell helse som en integrert del av sykepleierutdanningen. Denne argumentasjonen understreker betydningen av å styrke sykepleieres kompetanse innen abortomsorg og inkorporere undervisning om abortomsorg i sykepleieutdanning. Det er nødvendig med videre forskning som bevarer et feministisk perspektiv og fremmer kvinnehelse. En bør også inkludere kvinnenes opplevelser av aborten.</p>
<p>Artikkel B:</p>	<p>Mauri, P. A & Squillance, F. (2017). The experiences of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study. <i>Eur J Contracept Reprod Health Care</i>, 22(3): 227-232. DOI: 10.1080/13625187.2017.1318846</p>
<p>Hensikt:</p>	<p>Innhente informasjon og gi innsikt i sykepleiere og jordmødres opplevelse av å jobbe med abortomsorgen i Italia.</p>

Metode og**utvalg:**Vitenskapsteoretisk tilnærming:

Kvalitativ metode med intervju

Sykepleieperspektiv

Utvalg:

24 deltakere (22 sykepleiere og to jordmødre mellom 25 og 59 år med minst 1 års arbeidserfaring). Utvalget begrenset seg til sykepleiere og jordmødre som jobbet på en avdeling for kvinner som skulle avslutte svangerskapet innen 12 svangerskapsuke.

Datainnsamling:

Datainnsamlingen ble utført mellom juli og september 2016. Intervjuene ble utført etter skriftlig samtykke fra hver deltager. Deltagerne hadde tatt utdanning alt mellom 1990 og 2009. Intervjuene varte fra 15 og 35 minutter med en median på 20 minutt. Hvert intervju fikk sitt eget serienummer. Intervjuene ble tatt opp på lydopptak og transkribert og analysert av forskerne. Etter intervjuene ble deltagerne vist resultatene og bedt om å bedømme dem samt å vurdere enigheten i funnene med en skala fra 1-5 for hvert tema.

Analyse:

På grunnlag av transkripsjonene utfra intervjuene ble det utført en fenomenologisk analyse. Målet med analysen var å identifisere tema ut ifra deltagerens perspektiv. Forskerne gikk gjennom intervjuene flere ganger, og tolket betydningen av svarene de fikk, samt hver enkeltsetning. De kategoriserte enkeltsetningene med en etikette som avslutningsvis resulterte i ulike kategorier utfra temaene som etikettene oppsamlet. Kategoriene ble diskutert og gjennomgått utfra relevans og resulterte i hovedtemaer. Forfatterne har hatt en åpen og reflektert holdning til analysen med hensyn til tankene og opplevelsene uttrykt av intervjuobjektene. Analysene resulterte i 22

	<p>ulike kategorier og 5 hovedtema:</p> <p>Tema 1: Mestring av abortomsorg for kvinner som gjennomgår svangerskapsavbrudd. Tema 2: Forbedring av faglig opplæring. Tema 3: Mekanistisk arbeidstilnærming for å overkomme vanskeligheter. Tema 4: Utøve medikamentell abort. Tema 5: Gjenfortelle en opplevelse</p>
Resultat:	<p>Forskningen tydeliggjør behovet for forbedringer i abortomsorgen i Italia. Faglig opplæring er avgjørende for å sikre at de ansatte har den nødvendige kompetansen og forhindre en mekanisk tilnærming til arbeidet. Det er viktig å holde de ansatte faglig oppdatert når det gjelder bruk av terapeutiske medikamenter. Intervjuobjektene fremhever viktigheten av veiledning, opplæring og samtaler både for enkeltsykepleiere og det tverrfaglige teamet. Dette er nødvendig for å sikre et effektivt samarbeid og helhetlig tilbud til pasientene. For å forbedre kvaliteten på sykepleien ved medikamentell abort er det avgjørende å øke den faglige kompetansen og fremme tverrfaglighet i helsetjenesten. Resultatet understreker behovet for kontinuerlig faglig utvikling, samarbeid og kommunikasjon blant helsepersonell for å sikre at kvinner som velger medikamentell abort får best mulig omsorg og støtte. Ved å investere i kompetanseheving og tverrfaglig samarbeid kan helsevesenet øke kvaliteten på helsetjenestetilbudene og bidra til at kvinnene får en trygg og positiv opplevelse under abortprosessen.</p>
Relevans:	<p>Artikkelen gir et innblikk i abortomsorgen og utøvelsen av medikamentell abort. Den fremmer et sykepleiers perspektiv og hvilken forbedring de ansatte anbefaler for å utvikle kvaliteten i helsetjenesten. En får informasjon om at det foreligger en mangel på faglig kompetanse og opplæring, samt et ønske om en annen arbeidstilnærming som hindrer at ansatte utøver mekanisk og for rutinepreget helsetjenestetilbud.</p>

Etiske overveielser:	Studieprotokollen ble gjennomgått, vurdert og godkjent av den etiske komiteen av Fondazione IRCCS Ca'Granda, Milan, Italia.
Argumentasjon:	<p>Helsevesenet i Italia mangler et helsesystem som inkluderer videreformidling og tilgang til pasientinformasjon. Mangelen på pasientinformasjon gjør det vanskelig å utøve personsentrert sykepleie da en ikke får tilrettelagt informasjon. Italienske sykepleiere føler at de ikke har nok ressurser til å forstå behovene til pasientene sine. Å ha tilgang til pasientjournal og være oppdatert på pasienten er helt essensielt for å gi forsvarlig helsehjelp.</p> <p>Taushetsplikten skal alltid ivaretas, men sykepleier som skal utøve abortomsorg trenger nødvendig informasjon for å kvalitetssikre helsehjelpen. Samt at sykepleiere har taushetsplikt som skal sikre at pasientens personvern ivaretas.</p>

Artikkel C:

Akturk, U. & Erci, B. (2019). The Effect of Watson's Care Model on Anxiety, Depression, and Stress in Turkish Women. *Nurs Sci Q*, 32(2): 127-134. DOI: [10.1177/0894318419826257](https://doi.org/10.1177/0894318419826257)

Hensikt:	Hensikten med studien er å vurdere effekten av abortomsorgen som ble gitt ved å ta i bruk Watson's omsorgsmodell for angst, depresjon og stress hos kvinner som gjennomgikk medikamentell abort.
Metode og utvalg:	<p><u>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</u></p> <p>Kvasieeksperimentell metode med bruk av Watsons omsorgsmodell</p> <p>Testmodell med pre-test og post-test kontroll gruppe</p> <p>Pasient og sykepleieperspektiv</p> <p><u>Utvalg:</u></p> <p>Inkluderte kvinner som gjennomgikk medikamentell abort under 10-20 svangerskapsuke. 52 kvinner ble inkludert i eksperimentgruppen</p>

og 53 kvinner inkludert i kontroll gruppen hvor begge grupper inkluderte kun kvinner som gjennomførte medikamentell abort. Deltagerne måtte være over 18 år. De måtte være kapable til å kunne kommunisere. Forskingen ble foretatt i deltagerens hjem med Watsons omsorgsmodell som et rammeverk.

Datainnsamling:

Forskingen ble utført mellom mars 2016 og april 2017. Det ble foretatt i hjemmene til kvinnene som skulle utføre medikamentell abort. Kvinnene skulle ha aborten hjemme og forskningen skulle vurdere kvinnenes depresjons, stress og angst nivå før aborten og etter aborten. Forskingen hadde en kontrollgruppe og eksperimentellgruppe. Den eksperimentelle gruppen fikk sykepleiefaglig omsorg ved bruk av Watsons omsorgsmodell. Resultatene fra eksperimentgruppen sammenlignes med resultatene fra kontrollgruppen som ikke fikk abortomsorg ut ifra Watsons omsorgsmodell. Et spørreskjema som kartla depresjons-, stress- og angstnivå ble brukt som en pretest i begge gruppene ved det første hjemmebesøket før aborten var gjennomført. Kvinnene i eksperimentgruppen fikk sykepleie ukentlig hvor da totalt 3 hjemmebesøk ble utført og deretter et hjemmebesøk for å kartlegge posttesten avslutningsvis. Kontrollgruppa fikk kun et besøk for å kartlegge pretesten, samt et besøka avslutningsvis for å kartlegge posttesten.

Spørreskjemaet som ble brukt kalles DAS-42 Scale hvor relevante verdier vises nedenfor:

- Depresjonsscore: Frisk= 0-9 Mild depresjon= 10-13 Moderat depresjon= 14-20. Alvorlig depresjon= 20-27. Svært alvorlig depresjon= 28+
- Stress-score: Frisk=0-14 Mildt stressnivå= 15-18. Moderat stressnivå= 19-25. Alvorlig stressnivå= 26-33 Svært alvorlig stressnivå= 34+

- Angstscore= Frisk= 0-7. Mild angst= 8-9. Moderat angst= 10-14. Alvorlig angst= 15-19. Svært alvorlig angst= 20+.

Analyse:

Kvinnene i den eksperimentelle gruppen fikk omsorg utfra Watsons omsorgsmodell, og fikk flere besøk enn kontrollgruppen. I tillegg fikk de en bedre omsorg som dekket hele mennesket med et personsentrert fokus.

Resultat:

Testmodellen med en pretest og posttest brukt i forskningsstudiet for eksperimentell- og kontrollgruppe hadde som mål å bestemme effekten av omsorgen gitt til kvinner som gjennomgår medisinsk abort på deres depresjons-, stress- og angstnivå. Forskningen konkluderer med at behandlingen gitt i henhold til Watsons omsorgsmodell reduserte depresjon, stress og angstnivåer hos kvinnene i den eksperimentelle gruppen, men kun etter aborten. Nivåene av depresjon, stress og angst økte i kontrollgruppen. Studien konkluderer dermed med at Watsons omsorgsmodell og intervensjoner anbefales for å redusere depresjon, stress og angst hos kvinner etter medisinsk abort. Forskerne anbefaler og ønsker ytterligere forskning for å evaluere effekten av sykepleien basert på Watsons modell for kvinner etter gjennomførelse av medisinsk abort.

Relevans:

Artikkelen opplyser om virkningen av Watsons omsorgsmodell. Det er en omsorgsmodell som setter søkelys på en personsentrert tilnærming ved å danne en relasjon med pasienter, autonomi, den frie vilje til enkeltmenneske, støttetilnærminger, spirituelt velvære, alternative støttestrategier tilpasset den enkelte, å forebygge sykdom osv. I denne artikkelen ser vi hvordan Watsons omsorgsmodell og den holistiske tilnærmingen kan hjelpe kvinner som gjennomgår medisinsk abort og redusere depresjons-, angst- og stressnivå etter abort.

Etiske overveielser:	Forskerne setter fokus på individuelle rettigheter for mennesker i forskningsprosjektet og lagde et informasjonsskriv til deltakerne. Deltagerne kunne velge å trekke seg fra forskningen etter ønske. Deres personvern og informasjon ble holdt anonymt. Forskningen ble godkjent av Malatya State Hospital Gynecology Clinic.
Argumentasjon:	Watsons omsorgsmodell inkluderer en individualisert holistisk tilnærming til pasientene som fokuserte på å øke pasientenes autonomi og egenmestring. Forskerne ønsket å finne ut om omsorgsmodellen ville gjøre en endring for den psykiske helsen for kvinnene. For at modellen skulle bli utført riktig og gi troverdighet hadde forskerne opplæring og kursing i didaktisk relasjonsteori og Watsons modell. Det krever en relasjon mellom deltakerne og forskerne for å kunne dempe utfallet av depresjons-, stress- og angstnivå hos kvinnene etter gjennomgått medisinsk abort. Kunnskap om hvordan å støtte, vise medmenneskelighet og empati er essensielt og kan være varierende hos fagpersonell også. Noen har det sterkt iboende og naturlig, men dette gjelder ikke for alle. I forskningen er relasjonen essensiell for utfallet og virkningen av Watsons modell. Forskerne tok ulike kurs, som eksemplvis Human Caring Science and Post Modern Nursing av Jean Watson for å lære å utøve omsorg utfra modellen hennes. Dette øker troverdigheten på sykepleien de har gitt til kvinnene. Likevel ønsker forfatterne selv mer forskning på å evaluere effekten av sykepleien basert på omsorgsmodellen for å redusere depresjon, stress og angst for kvinner etter medisinsk abort. Forskerne viser at de er kritiske til sin egen forskning (dette øker troverdighet på utøvelsen).

Artikkel D: Mainey L., O’Mullan C., Reid-Searl K., Taylor A. & Baird K. (2020). The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 29(9-10):1513-1526. <https://doi.org/10.1111/jocn.15218>

Hensikt:	Hensikten med studien er å definere rollen og omfanget til sykepleiere og jordmødre i en global kontekst av abortomsorgen.
Metode og utvalg:	<p><u>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</u></p> <p>Oversiktsartikkel (metasynthese): Systematisk litteraturgjennomgang (følger PRISMA sjekkliste)</p> <p>Sykepleieperspektiv</p> <p><u>Utvalg:</u></p> <p>74 studier ble inkludert i denne oversiktsartikkelen. Databasene Medline, Cinahl, Scopus og ScienceDirect ble brukt til å innhente artiklene med datobegrensninger fra 2008- 2019. Inkluderte artikler omhandler sykepleiers- og jordmødres rolle i abortomsorgen. Det er tatt i bruk PRISMA-sjekkliste hos å identifisere og analysere litteraturen. Sjekklisten består av fem steg hvor det første steget går ut på å identifisere en problemstilling (søkespørsmål), videre skal en identifisere relevante studier, deretter velge ut relevante studier, kartlegge dataene og til slutt summere og konkludere forskningsfunn.</p> <p><u>Datainnsamling:</u></p> <p>Litteraturvalget ble utført via SPIDER-verktøyet (Sample, phenomenon of interest, design, evaluation and research). SPIDER-verktøyet kan brukes for litteratursøk, slik som PICO-verktøyet jeg har tatt i bruk i min oppgave. Forfatterne valgte å sette søkelys på sykepleiere og jordmødre, fokus på abortomsorg, åpen design, sykepleiefaglig og jordmorfaglig utøvelse, kvalitativ/kvantitativ/eller mikset metode i litteratursøket deres. De avgrenset søket til elektive aborter, og har ikke inkludert aborter grunnet fosterfeil/skader. Alle</p>

funnene måtte være på engelsk. Det ble også inkludert rapporter og diskusjonspapirer om de omhandlet direkte rollen til sykepleiere og jordmødre i abortomsorgen. 74 artikler ble inkludert, hvor 27 var kvalitative, 29 kvantitative, 4 var av miksede metoder, 3 var systematiske oversiktsartikler og 11 artikler var rapporter eller diskusjoner.

Analyse:

Artikkelfunnene ble lagt inn i Endnote og sjekket for duplikater. For å velge ut relevante artikler ble det gjennomgått en tittel og abstraktlesing, og det ble laget en oversikt i et Excel-ark. Resultatene ble diskutert mellom forfatterne og deretter gjennomgått via inklusjons- og eksklusjonskriterier for å avgjøre kvaliteten og relevansen for metasyntesen. Det ble også vurdert om artiklene kunne svare godt nok på valgt problemstilling. 3 temaer var gjennomgående i de 74 ulike artiklene: En regulert rolle, psykososial omsorg og utvide omfanget ved sykepleie- og jordmorfag i abortomsorg.

Resultat:

Studien gir innsikt i tre hovedtemaer i abortomsorgen: en regulert rolle, utvidelse av sykepleie- og jordmorfaget, og betydningen av psykososial omsorg. Sykepleiere har en viktig og kvalifisert rolle i abortomsorgen, men det er behov for økt kunnskap om lovverket og opplæring i prosedyrene. Psykososial omsorg spiller en sentral rolle, og sykepleiere bruker terapeutisk kommunikasjon for å redusere skam og stigma rundt abort. Samlet sett understreker studien betydningen av å inkludere en regulert rolle, utdanning og psykososial omsorg i praksisen for å forbedre abortomsorgen.

Relevans:

Artikkelen er relevant da den belyser abortomsorg i en global kontekst. Den er delt inn i tre hovedtema som nevnt tidligere, hvor psykososial omsorg er et av dem. Den belyser viktigheten av en individualisert tilnærming i abortomsorgen som er relevant for min oppgave om personsentrert tilnærming.

<p>Etiske overveielser:</p>	<p>Oversiktsartikkelen viser ikke til etiske overveielser eller bekymringer, samt metodiske barrierer som kan oppstå ved evaluering av intervensjonene som er brukt i deres analyserte studier. Dette risikerer at flere av de 74 valgte studiene ikke har vist til etiske overveielser samt godkjenninger.</p>
<p>Argumentasjon:</p>	<p>Oversiktsartikkelen presenterer en global kontekst for abortomsorgen basert på 74 kontrollerte studier. En viktig påstand som kommer frem, er at det er mangelfullt fokus på en individualisert abortomsorg og personsentrert tilnærming. Dette er et problem som må adresseres for å sikre at kvinner får den omsorgen de trenger under abortprosessen. Det blir påpekt at noen kvinner opplever en stigmatiserende tilnærming til abort, som dessverre kan føre til at den nødvendige psykososiale omsorgen blir neglisjert. Dette er en uakseptabel situasjon som må endres for å bedre kvinnenes opplevelse og trivsel under abortprosessen.</p> <p>Oversiktsartikkelen fremhever et flertall av kvinner som har en positiv opplevelse i møte med helsepersonell når de står ovenfor valget om abort. Dette understreker betydningen av å ha kompetente og empatiske helsepersonell til stedet for å støtte kvinner gjennom aborten. Et annet poeng som tas opp er at flere studier vektlegger oppgavebasert sykepleie- og jordmor- praksis i abortomsorgen. Dette kan være problematisk da det kan føre til et ensidig fokus på tekniske aspekter, mens den helhetlige omsorgen og behovene til kvinnen oversees. For å forbedre abortomsorgen er det nødvendig med forskning som vektlegger utdanning innen abortomsorg, implementering av helhetlige omsorgsmodeller (som Watsons omsorgsmodell) og sykepleiefaglig ledelse. Det er på høy tide å rette oppmerksomheten mot en mer individualisert og personsentrert tilnærming i abortomsorgen. Dette inkluderer å sikre tilstrekkelig psykososial omsorg, eliminere stigma og styrke utdanningen og lederskapet innen sykepleiepraksis knyttet abort.</p>

Artikkel E: **Petersen M.N., Jessen-Winge C. & Møbjerg A.C.M. 2018.**
Scandinavian women's experience with abortions on request: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 16(7): 1537-1563. DOI: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003344>

Hensikt:	Hensikten med studien er å utforske skandinaviske kvinners opplevelse med ønsket abort: før, under og etter provosert abort.
Metode og utvalg:	<p><u>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</u></p> <p>Oversiktsartikkel (metasyntese): Systematisk litteraturgjennomgang</p> <p>Pasient perspektiv</p> <p><u>Utvalg:</u></p> <p>6 studier og 24 kvalitative forskningsfunn ble inkludert i studien. Målet med studien var å forske på skandinaviske kvinners opplevelse før, under og etter abort (Norge, Danmark og Sverige), men det ble kun inkludert studier fra Sverige. Inklusjonskriterier var at kvinnene var over 15 år gamle og at de valgte provosert abort uten medisinsk årsak som bakenforliggende grunn. Det ble inkludert kvinner som valgte medikamentell abort og kirurgisk abort. Prosedyren ble utført på skandinaviske sykehus eller helseklinikker med autorisert helsepersonell.</p> <p><u>Datainnsamling:</u></p> <p>Søkestrategien gikk ut på å finne publiserte og upubliserte artikler. Det systematiske søket for publiserte artikler ble utført i databasene PubMed, Cinahl, SweMed+ og Nursing & Allied Health Survey hvor artikkelfunnene ble analysert og abstrakt lesing gjennomført. For upubliserte artikler ble databasen Open Grey og MedNar brukt. Det ble tatt med indentifiserte rapporter og artikler søkt opp som et «tillegg» for økt informasjonsvolum. To uavhengige anmeldere</p>

vurderte kvaliteten på metoden samt kvaliteten på artikkelfunnene før de ble inkludert i oversiktsartikkelen. De brukte «JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research. 6 studier ble inkludert i denne systematiske litteraturgjennomgangen. Alle artiklene var fagfellevurderte. I det systematiske søket hadde forfatterne valgt datoer fra 1973 til 2016, men de inkluderte artiklene var publisert i 2004- 2011. Alle de 6 forskningsartiklene var fra Sverige.

Det ble inkludert annen forskningslitteratur av kvalitativt design. 24 andre forskningsmateriale ble gjennomgått via JBI sjekklisten som nevnt tidligere.

Analyse:

6 artikler ble inkludert I metasyntesen. Det var 4 av artiklene som møtte alle kriteriene fra JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research. De to resterende artiklene er usikre grunnet innflytelsen forskeren muligens hadde på forskningen. I de 6 inkluderte artiklene var det totalt 80 deltagere, hvor 6 av deltagerne deltok i 2 av studiene. De fleste deltagerne var mellom 15 til 24 år gammel, 45 av deltagerne var mellom 16 og 20 år gammel. De inkluderte studiene hentet inn data via individuelle intervju, hvor det var varierende hvor kvinnene var i abortforløpet (pre-, per- og post abort). 3 av studiene hadde en kvalitativ tilnærming, to av studiene hadde en fenomenologisk-hermeneutisk design og den siste studien innebar et feministisk perspektiv.

Ut ifra litteraturgjennomgangen ble det skapt 6 kategorier og deretter 3 syntetiserte funn.

Resultat:

Oversiktsartikkelen informerer om kvinners ansvar i bruk av prevensjonsmidler og at unge skandinaviske kvinner har manglende kunnskap om egen fruktbarhet og menstruasjon. Dette er et viktig funn, men likevel må kvinner få muligheten til å oppnå kunnskap om kvinnehelse. Andre funn er at kvinnene mellom 15 og 24 år opplever

	<p>valget om abort som ambivalent med motstridende følelser som gjør valget utfordrende. Kvinnene opplever en blanding av følelser som skam og glede over graviditeten, som drar dem i begge retninger av svangerskapet. De får kjenne på følelsen av morskap og det å kanskje skulle bære frem et barn, samt det forventede valget av å ta abort. Flere av kvinnene forteller om opplevelsen av smerte og ubehag som verre enn forventet, og at de var uforberedt. Under prosedyren beskrives helsepersonellet som profesjonelle og med en god tilnærming til deres fysikalske behov, men det mangler et søkelys på kvinnes emosjonelle og eksistensielle behov som kan kobles opp mot en mangelfull personsentrert tilnærming.</p>
<p>Relevans:</p>	<p>Artikkelen er relevant da den belyser skandinaviske kvinners behov om veiledning og støtte i valget om abort. Den setter søkelys på at det mangler en psykososial støtte og personsentrert tilnærming til prosessen. Veiledningen bør innebære støtte og hjelp i emosjonelle tanker, økonomiproblemer og annen praktisk informasjon som gjør at kvinnene er reflekterte og forberedt til valget om abort eller fortsettelse av svangerskapet. Artikkelen belyser helsepersonell sin rolle i å opplyse kvinner, samt menn, om prevensjon for å hindre uønsket svangerskap og belyse at dette er et felles ansvar i et forhold.</p>
<p>Etiske overveielser:</p>	<p>Det vises ikke til etiske overveielser eller bekymringer i artikkelfunnene. Dette gir en viss risiko for at de valgte studiene i oversiktsartikkelen ikke har foretatt etiske overveielser eller godkjenninger. Metodiske barrierer nevnes i to av de inkluderte artiklene da den ene påvirkes av forskerens innflytelse, og den andre artikkelen påvirkes av kulturelle og teoretiske aspekter fra forskerens side.</p>
<p>Argumentasjon:</p>	<p>Oversiktsartikkelen skulle gi forskning på skandinaviske kvinners opplevelse av abort, og dekke Norge, Danmark og Sverige, i sin helhet. Artikkelen har kun tatt for seg forskning fra Sverige og kan ikke uttale seg for hele Skandinavia. Sverige har også en annen abortlov enn Norge og Danmark da selvbestemt abort i Sverige kan</p>

utføres frem til 18 svangerskapsuke. I Norge og Danmark kan prosedyren utføres frem til 12 svangerskapsuke. Artikkelen argumenterer likevel for at det ikke er så store forskjeller mellom landene. En annen ting er at den nyeste forskningen inkludert i denne studien er fra 2011 som kan bety at det foreligger endringer i dagens abortomsorg, selv om oversiktsartikkelen er publisert i 2018.

Artikkel F: **Askeland, N., Johannessen, A. & Sommerseth, E. (2023). «Ikke bare rent blod.» Kvinner bruk av metaforer om medikamentell abort. Sykepleien Forskning, 18(91724), e-91724. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2023.91724](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2023.91724)**

Hensikt:	Å tolke metaforer brukt av norske kvinner som valgte å utføre medikamentell abort i eget hjem.
Metode og utvalg:	<p><u>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</u></p> <p>Kvalitativ metode med søkelys på metaforanalyse. Forskningsartikkelen er en sekundær analyse av en kvalitativ forskningsartikkel med kvalitative intervju av norske kvinner som utført medikamentell abort i eget hjem.</p> <p>Pasient perspektiv</p> <p><u>Utvalg:</u></p> <p>24 deltagere som hadde gjennomført medikamentell abort i eget hjem, samt før utgangen av svangerskapsuke 12. Utvalget er fra den kvalitative artikkelen som denne metaforanalysen er en sekundær analyse av. Deltagerne var i alderen 24 til 45 år og forskningen ble foretatt i 2019 til 2020.</p> <p><u>Datainnsamling:</u></p> <p>Som en sekundær analyse, bygger forskningen på primær artikkelen. Fremgangsmåten er å tolke metaforer brukt i primær artikkelen for å</p>

tilegne seg en grunnleggende forståelse av innholdet. Deretter ble det vurdert ord og uttrykk fra primær artikkelen som videre ble tolket ved bruk av ordbok som henviser til kontekstuell betydning av ordene. Deretter måtte forskerne finne ut om grunnbetydningen av ordene sto i kontrast til betydningen ordene hadde i selve teksten. Dersom betydningen samsvarte med konteksten, kunne forskerne bekrefte at ord- og uttrykksfunn kunne stemples som metaforisk.

Analyse:

Denne metaforanalysen tok først og fremst for seg tre hovedspørsmål: 1. Hvilke metaforer kvinnene ville bruke i møte med helsevesenet gjennom abortprosessen 2. Hvilke metaforer ønsket kvinnene å selv bruke om selve abortprosessen 3. Hvilke metaforer ville kvinnene bruke for å beskrive selve fosteret. Denne fremgangsmåten ble valgt for å forstå kvinnenes symptomer og reaksjoner, samt gi dem innsikt i deres egne erfaringer og behov for abortomsorg.

Resultat:

Analysen fremmer at kvinnene brukte metaforer som symboliserte at de følte seg ensomme, skamfulle og opplevde en manglende egenverdi til å fortjene helsehjelp, også etter svangerskapsavbruddet. Nevnte følelser ble trolig forsterket av at de ble i liten grad fulgt opp av helsetjenesten under og etter aborten. Metaforene symboliserer kvinners opplevelser som både negativt og positivt rettet mot helsepersonell som viser en mangel på psykososial støtte og personsentrert tilnærming. De fleste opplevde et positivt møte med helsepersonell, men at selve helsevesenet oppleves som mekanisk som igjen påvirker helsehjelpen. Metaforen «kulde» gikk igjen i beskrivelsen av helsehjelpen.

Relevans:

Studien er relevant da den belyser viktigheten av at helsepersonell er oppmerksom på kvinners bruk av metaforer for å fremme et budskap eller en emosjon tilknyttet opplevelsen av medikamentell abort. Samt hvilke hensyn helsepersonell må ha til kvinners opplevde erfaringer

	med å utføre aborten i eget hjem og hvordan kvinnene kan få en bedre oppfølging.
Etiske overveielser:	Deltagerne i primær artikkelen fikk muntlig samt skriftlig informasjon om forskningen og ga skriftlig samtykke før de deltok i de individuelle intervjuene. Studien forholdt seg til Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer, men Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderte artikkelen til å være utenfor deres ansvarsområde. Norsk senter for forskningsdata (NSD) godkjente studien, som har fått referansenummeret: 22708.
Argumentasjon:	Da metaforanalysen bygger på intervjuene til 24 kvinner, kan ikke resultatene speile den resterende gruppen av kvinner som har gjennomført medikamentell abort i eget hjem. En kan ikke generalisere funnene, men likevel argumenterer studien for at det kan overføres til andre kvinner som skal gjennomføre abort i eget hjem. Metaforene kan gi helsepersonell ny kunnskap og en dypere forståelse om hvordan kvinnene føler seg, og hvilke emosjoner de opplever under prosessen. Dette kan være nyttig i å anvende en personsentrert tilnærming og sikre psykososial støtte til fremtidige kvinner som skal igjennom samme prosess. Det må også ta til vurdering at kvinnene som har meldt seg til intervju, kan ha hatt et motiv og en subjektiv negativ erfaring med helsetjenestetilbudet.
Artikkel G:	Sommerseth, E., Sandvik, B-M., Dahl, B., Røseth, I & Lyberg, A. (2022). Kvinneres erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. <i>Sykepleien Forskning</i>, 2022;17(89883):e-89883. https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883
Hensikt:	Hensikten med forskningsartikkelen er å belyse norske kvinners opplevelser og erfaringer med helsetjenestetilbudet ved utførelse av medikamentell abort.

Metode og**utvalg:**Vitenskapsteoretisk tilnærming:

Kvalitativ metode med intervju

Pasient perspektiv

Utvalg:

24 kvinner hvor kriteriet var at de hadde gjennomført medikamentell abort hjemme før utgangen av 12 svangerskapsuke. Kvinnene var i alderen 24 til 45 år og hadde gjennomført medikamentell abort mellom 2008- 2019 og de fleste hadde gjennomført de siste fire årene. Deltagerne var spredd rundt i landet i totalt 7 ulike fylker fra nord til sør.

Datainnsamling:

De 24 deltagerne ble fordelt på 6 forskere som da skulle foreta individuelle intervju med 4 deltagere per forsker. Intervjuene ble gjennomført fra oktober 2019 til januar 2020. To av informantene ble intervjuet via Zoom da det forela for store avstander for å møtes. De resterende 22 deltagerne ble intervjuet der de ønsket i skjermede omgivelser som for eksempel i eget hjem. Intervjuene varte i alt fra 19 til 71 minutter som utgjorde et gjennomsnitt på 47 minutt. Hvert enkelt intervju ble tatt lydopptak av og transkribert ordrett. Det totale dataomfanget var på om lag 360 tekstsider.

Analyse:

Dataene ble analysert med systematisk tekstkondensering, som er en strategi for tverrgående tematisk analyse av kvalitativt skriftlig datamateriale. Strategien starter med å lese alle intervjuene og danne seg et bilde og en forståelse av ulike budskap som danner ulike tema og grunnlag for videre analyse. Dette resulterte i tre temaer analysert av to av forfatterne. Deretter diskuterte alle forfatterne sammen om innholdet. Forfatterne har ulik arbeidsbakgrunn som jordmor,

	<p>helsesykepleier, psykolog og psykisk helsearbeider.</p>
Resultat:	<p>Kvinnene i forskningsartikkelen trekker frem negative erfaringer med helsepersonell samt helsetjenesten. De beskriver opplevelsen av å føle seg som en ressursbelastning, at de møter et rutinepreget tilbud samt et søkelys på fysiske aspekter fremfor en personsentrert tilnærming.</p>
Relevans:	<p>Studien er relevant da den belyser kvinners opplevelse med medikamentell abort, Artikkelen fremmer pasientperspektiv som bidrar til at sykepleiere kan bli mer bevisste i møte med kvinner som ønsker medikamentell abort og som står i en sårbar situasjon.</p>
Etiske overveielser:	<p>Studien ble lagt frem for Norsk senter for forskningsdata (NSD) med referansenummer 22708. Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderte at forskningsartikkelen falt utenfor ansvarsområde for lov om medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (referansenummer 36616). Deltagerne i artikkelen ble gitt muntlig og skriftlig informasjon om studien og intervjuene. For at de skulle delta måtte de signere samtykkeerklæring. De ble informert om at de kunne trekke seg når som helst fra forskningen og at alle følgende data blir eliminert.</p>
Argumentasjon:	<p>Resultatene i studien kan overføres til kvinner som vurderer abort og gi dem viktig informasjon om opplevelsen andre kvinner har hatt med prosedyren. Likevel kan det argumenteres mot validiteten i resultatene da det kun er intervjuet 24 kvinner. Deltagere kan ikke svare for resterende populasjon som har utført medikamentell abort. Det er 24 randomiserte deltagere som kan styrke artikkelens validitet, eller føre til en skjevhet i utvalget da det er så få. Artikkelen deler at det kan være at en overvekt av kvinnene som deltok hadde hatt negative erfaringer med utførelsen av hjemme-aborten og i møte med helsevesenet og derfor hadde større motivasjon til å delta. Det er også noen deltagere som hadde hjemme-aborten helt tilbake i 2008 som kan bidra til utsagn som ikke samsvarer med dagens praksis.</p>

Vedlegg 4: Sjekkliste for vurdering av kvalitative studier

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Carson, A., Cameron, E. S., Paynter, M., Norman, W. V., Munro S. & Martin-Misener, R. (2022) Nurse practitioners on the “leading edge” of medication abortion care: A feminist qualitative approach. *Journal of advanced nursing*, s. 686-697.

<https://doi.org/10.1111/jan.15487>

Del A: Innledende vurdering**1. Er formålet med studien klart formulert?**

X Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Studien har til hensikt å utforske hvilke erfaringer sykepleiere har ved praktisering av medikamentell abort samt identifisere hvordan denne praksisen kan forbedres.

Problemstillingen er relevant. Forskningen fremmer kunnskap om hvor verdifull og viktig sykepleierrollen er ved praktisering av medikamentell abort og å utøve abortomsorg. Det er behov for mer forskning på pasientperspektivet på abortprosessen.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studien har til hensikt å forstå og beskrive opplevelsene til sykepleier ved implementering av medikamentell abort og hvordan dette kan videreutvikles. Et kvalitativt design passer til studiens formål.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Forskerne har valgt kvalitativt metode med kvalitative intervju. Designet på forskningen tar for seg en tilnærming ved bruk av feministisk teori når funnene fortolkes og beskrives.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Forskerne beskriver utvalget av deltagere og hvordan de ble valgt ut. De har valgt autoriserte sykepleiere som kunne utøve medikamentell abort samt som ikke utøvde aborten. Det ble tatt med andre interesser (stakeholders) i helsevesenet, som lovgivere og

administrasjonsarbeidere, for å oppnå et større innblikk i helsetjenestetilbudet. Det kommer tydelig frem hvor forskningen tar plass og hvem som er inkludert, hvordan deltagerne ble inkludert og hvorfor. Ved å inkludere helsefaglige interesseorgan som lovgivere, får en beriket resultatene sine fra flere perspektiv ved siden av sykepleieperspektivet. Det er beskrevet ansiennitet hos sykepleierne som er relevante for deres kompetanse.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

X Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video og notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Studien får frem begrunnelse av datasamling og valg av kvalitativ metode med semistrukturerte intervju. Det er beskrevet at dataene er innhentet med bruk av intervjuguide for de ulike arbeidsgruppene. Sykepleieperspektivet om medikamentell abort samt deres opplevelse av utøvelsen ligger i fokus. Det ble tilpasset intervju til sykepleierne som ikke utøvde medikamentell abort for øyeblikket med søkelys på deres motivasjon til å praktisere

eller ikke- praktisere abortomsorg, deres arbeidssetting samt opplæring. For resterende interesseorgan ble det tilpasset intervju om regulering, lovgivning, administrativt arbeid for abortomsorgen med søkelys på utvikling og barrierer. Intervjuene ble skrevet ned underveis og senere analysert som transkripsjon. Det ble ikke foretatt metodeendringer underveis.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

X Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Forskerne har skrevet et eget kapittel i artikkelen om troverdighet, pålitelighet og overførbarhet for å definere sin rolle og utformingen av problemstillingen. Da de har vært 6 forskere som har arbeidet i lag, fremmer dette flere perspektiver og nyanser som positivt påvirker analysen og funnene i artikkelen.

7. Er etiske forhold vurdert?

X Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?

- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Studien beskriver godkjenning og vurdering av forskningen som ble utført i 2019 av Nova Scotia Health og University of British Columbia. Deltagerne fikk tilbudet om å bli intervjuet på enten engelsk eller fransk etter eget ønske. De ble gitt skriftlig informasjon om forskningen via e-mail samt tilsendt et samtykkeskjema som de måtte signere før deltagelse.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

X Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det kommer frem hvilken analyse som ble brukt i artikkelen. Det er foretatt kvalitativ metode med et fortolkende beskrivende design som har feministisk teori i fokus. Tilnæringsmåten i den kvalitative studien er en innholdsanalyse for å analysere den innsamlede dataen. Det kommer tydelig frem hvordan analysen ble gjennomført. Først ble det foretatt kvalitative

intervju på 30 min til 1 time hvor fokuset var deltagerens perspektiv og opplevelse av medikamentell abort (sykepleieperspektiv). Deretter måtte deltagerne skrive notater fra møtet med inntrykk fra samtalen som deretter skulle leveres til forskerne. Det ble også avholdt ukentlige møter med deltagerne, for å samle inn data på erfaringene til deltagerne gjennom intervjuprosessen og om det var ønskelig med endringer. Deretter ble dataene lest gjennom flere ganger og analysert og til slutt diskutert mellom forskerne med en feministisk teoretisk tilnærming. Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data, sitater og kategoriene forskerne kom frem til. Forskningen deler intervjufunnene i tre oversiktlige kategorier som gjør det lett å vurdere resultatene. Det får frem sykepleieperspektivet og det er betydelig med data som underbygger hvert funn. Likevel ønsker forskningen at det forskes videre på et pasientperspektiv, som kunne underbygget funnene på en annen måte.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

X Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

X Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Relevante funn som identifiseres i lignende forskning trekkes inn i diskusjonen og benyttes på en styrkende måte for sine egne funn. Funnene og drøftingen svarer på og samsvarer med forskningsspørsmålet.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?**

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomenen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Artikkelen viser til eksisterende kunnskap og forståelse og vurderer deres funn opp mot dagens praksis (2022). Studien belyser sykepleieres perspektiv på abortomsorgen ved medikamentell abort i Canada og viser at sykepleiere navigerer stigmatisering og motsettelse av abortomsorg i helsesystemet deres og at dette er utfordrende for sykepleiere. Studien anbefaler videre at sykepleiere kan integrere reproduktiv og seksuell helse og abortomsorg i studieforløpet med en feministisk, inkluderende og likestillingsorientert tilnærming. Den meddeler også at det trengs videre forskning på pasientperspektivet for å kunne avdekke avvik og problemer i abortomsorgen og hvordan vi kan utøve en bedre abortomsorg til kvinnene.

Vedlegg 5: Sjekkliste for oversiktsartikler

Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Kan du stole på resultatene?
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2017). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Systematic Review*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 09.03.2017.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Mainey L., O'Mullan C., Reid-Searl K., Taylor A. & Baird K. (2020). The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 29(9-10):1513-1526. <https://doi.org/10.1111/jocn.15218>

Del A: Kan du stole på resultatene?

Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

- populasjonen (personene oversikten handler om)
- tiltaket som gis til intervensjonsgruppen
- sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen

- utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes

Kommentar:**Søkte forfatterne etter relevante typer studier?**

Ja – Nei – Uklart

Tips: Relevante studier:

- svarer på samme spørsmål som oversikten
- har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign:
 - effekt – randomisert kontrollert studie
 - årsak – kohortstudie
 - diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest
 - prognose – kohortstudie
 - erfaringer – kvalitativ studie
- Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten?
Se etter:
 - populasjon
 - tiltak
 - sammenligning
 - utfall

Kommentar:**Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?**

Ja – Nei – Uklart

Tips: Se etter:

- hvilke databaser og eventuelle søkemotorer forfatterne har søkt i, og hvordan de søkte i dem (søkestrategi)
- om de søkte etter ikke-publiserte studier (i for eksempel Trials.gov)
- om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn til språk eller tid (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet (bias))

Kommentar:**Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?**

Ja – Nei – Uklart

Tips: Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklistor. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.

- Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen?
- Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?

- Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?

Kommentar:

Vurdering av kvaliteten på inkluderte artikler i denne oversiktsartikkelen er beskrevet i artikkelmatriser. PRISMA- sjekklister ble brukt for å vurdere artiklene, og metoden er beskrevet i oversiktsartikkelen på en tydelig måte.

Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort?
- Kommer resultatene (effektestimater med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem?
- Er enkeltstudiene like nok til å slås sammen? (Har forfatterne for eksempel beskrevet metoder for å teste heterogenitet?)
- Er analysemetodene som er brukt forklart? (For eksempel random eller fixed effect)
- Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva forteller resultatene?**Hva er resultatene?****Tips:** Vurder

- hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten
- hvordan resultatene er fremstilt, se etter:
 - gjennomsnittsforskjell (mean difference)
 - standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference)
 - numbers needed to treat (NNT)
 - numbers needed to harm (NNH)
 - odds ratio (OR)
 - relativ risiko (RR)
 - relativ risikoreduksjon (RRR)
 - absolutt risikoreduksjon (ARR)

Kommentar:

Hvor presise er resultatene?**Tips:** Se på

- konfidensintervall (KI/CI)
- interkvartilbredde (interquartile range (IQR))

Kommentar:**Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?****Kan resultatene overføres til praksis?** Ja – Nei – Uklart**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad

- populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis
- din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten

Kommentar:**Ble alle viktige utfallsmål vurdert?** Ja – Nei – Uklart**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten**Kommentar:**

En begrensning til oversiktsartikkelen er at det kun ble prioritert engelske artikler, dermed kan noen artikler på andre språk ha blitt utelukket.

Veier fordelene opp for ulemper og kostnader? Ja – Nei – Uklart**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad

- nytten av tiltaket er verd kostnader og eventuelle bivirkninger
- det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten

Kommentar: