



*Hvordan kan sykepleier ivareta kvinner som gjennomfører  
provosert abort på sykehus?*

Kandidatnummer: 1001

VID vitenskapelig høgskole

Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: Basyk2016

Antall ord: 10.989

Dato: 21.03.19

## Sammendrag

Målet med oppgaven var å utforske hvordan sykepleier kan ivareta kvinnene som gjennomfører provosert abort på sykehus.

Metoden er en litteraturstudie, hvor elleve forskningsartikler, to fagartikler, pensumlitteratur og annen relevant faglitteratur ble benyttet for å belyse problemstillingen.

Kunnskap om følelser og psykiske reaksjoner, som ensomhet, ambivalens, sorg og stigma var viktig. Noen kvinner hadde dessuten behov for å få dekket eksistensielle behov. God kommunikasjon kunne være avgjørende for tillit, som var vesentlig for omsorgen og ivaretagelsen. Kari Martinsens omsorgsteori er sentral i oppgaven. Her vektlegger blant annet omsorgens dilemma og «livsytringenes» betydning.

Det drøftes om betydningen av kompetanse og det relasjonelle, og rammen rundt ivaretagelse.

Konklusjonen var at ivaretagelsen skal ha utgangspunkt i kvinnens behov, og autonomien må respekteres. Ivaretagelsen av kvinnene krever god kompetanse. Betydningen av et faglig miljø på klinikken, som kan styrke og utvikle sykepleierne til bedre å kunne ivareta, ble vektlagt.

## **Abstract**

The objective of this thesis was to investigate how the nurse can take care of the women who undergo induced abortion in hospitals

The method is a literature study, in which eleven research articles, three academic articles, literature from curriculum and other relevant academic literature were used to elucidate the issue.

Knowledge of emotions and mental reactions, such as loneliness, ambivalence, grief and stigma were important. Some women also required existential needs. Good communication could be crucial for trust, which was essential for the care. Kari Martinsen's care theory is central in the thesis. Here the emphasis among others is on the dilemma of care and the importance of «life expressions».

It discusses the importance of competence and the relational, and the framework for the care.

The conclusion was that care must be based on the woman's needs, and the autonomy must be respected. The care of the women requires expertise. The importance of a professional environment in the clinic, that can strengthen and develop the nurses into giving better care, was emphasized.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	6
1.1 Disposisjon.....	6
1.2 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	7
1.3 Problemstilling.....	8
1.4 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans.....	8
1.5 Avgrensning av problemstilling.....	9
1.6 Begrepsavklaringer.....	9
<b>2.0 Metode</b> .....	11
2.1 Hva er metode?.....	11
2.2 Valg av metode.....	11
2.3 Litteratursøk.....	12
2.4 Presentasjon av forskningsartikler.....	14
2.5 Kildekritikk.....	18
2.6 Etske overveielser .....	20
<b>3.0 Teori</b> .....	21
3.1 Hva innebærer begrepet provosert abort?.....	21
3.2 Lovverk.....	22
3.3 Kvinnene som gjennomfører provosert abort.....	23
3.3.1 Beslutningsprosessen og begrunnelser for valget om abort.....	23
3.3.2 Kvinnenes tanker, følelser og psykiske reaksjoner.....	24
3.3.3 Kvinnenes behov, forventninger og erfaringer i møte med helsepersonell.....	25
3.4 Sykepleieteori.....	26
3.4.1 Kari Martinsens omsorgsteori.....	26
3.5 Hva innebærer begrepet ivaretagelse i sykepleien.....	28
3.5.1 Kommunikasjons betydning for ivaretagelse.....	28
3.6 Sykepleiers rolle og funksjon i abortprosessen.....	30
<b>4.0 Drøfting</b> .....	32
4.1 Sykepleiers kompetanse.....	32
4.1.1 Årsaker til provosert abort.....	33
4.1.2 Kvinnenes eksistensielle behov.....	33

4.1.3 Sykepleiers møte med ambivalente kvinner.....	34
4.1.4 Kvinnenes psykiske reaksjoner.....	34
4.1.5 Redusere og forebygge ensomhet og stigma.....	35
4.2 Ivaretagelse gjennom kommunikasjon og det relasjonelle.....	36
4.3 Rammen for ivaretagelsen og utfordringer.....	38
<b>5.0 Konklusjon.....</b>	<b>39</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>40</b>
<b>Vedlegg 1 – Pico-skjema</b>	
<b>Vedlegg 2 – Litteratursøk</b>	
<b>Vedlegg 3 – Prosedyre for provosert, medisinsk abort</b>	
<b>Vedlegg 4 – Forskningsartikler med metode, hensikt, funn og konklusjon</b>	

# 1.0 Innledning

## 1.1 Disposisjon

**Kapittel 1: Innledning.** I dette kapittelet presenterer jeg problemstillingen, gjør rede for valg av tema, og oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans. I tillegg vil noen begrep avklares.

**Kapittel 2: Metode.** Her vil jeg forklare valget av litteraturstudie som metode, og hva slags metoder som er anvendt i forskningsartiklene, og hva forskerne har ønsket å undersøke. I tillegg vil jeg ta for meg kildekritikk og etiske overveielser.

**Kapittel 3: Teori.** Presentasjon av aktuell teori, og funn og konklusjoner fra forskningsartiklene, for å belyse sentrale aspekter ved problemstillingen i oppgaven.

**Kapittel 4: Drøfting.** I dette kapittelet fortas analyse, vurdering og tolkning av funnene. Her vil jeg prøve å få frem flere perspektiver, og hvordan funnene kan bidra til å besvare/opplære problemstillingen.

**Kapittel 6: Avslutning/Konklusjon.** Oppsummering og konklusjon av oppgaven. I tillegg vurderes konsekvenser av arbeidet/funnene? (Dalland s. 200)

**Kapittel 7: Litteraturliste.**

**Kapittel 8: Vedlegg.** Her har jeg vedlagt et PICO-skjema (vedlegg 1), skjema med oversikt over litteratursøk (Vedlegg 2), Prosedyre for medisinsk provosert abort (vedlegg 3) og utdypende presentasjon av forskningsartiklenes metode, hensikt, funn og konklusjon (Vedlegg 4).

## 1.2 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I 2018 ble temaet rundt selvbestemt abort igjen høyaktuelt. Kristelig folkeparti kom med to forslag som ville kunne føre til innskrenkninger av retten til selvbestemt abort. Samtidig ønsket statsminister Erna Solberg at KrF ble med i en samlingsregjering, og var derfor villig til å møte KrF i dette forslaget (Lønnå, 2019). Dette førte til store demonstrasjoner over hele landet, med paroler som «ikke rør abortloven» og «Min kropp, mitt liv, mitt ansvar» (Lønnå, 2019). Dette vekket min interesse. Det er sjelden man ser et slikt engasjement, og hvorfor vekket disse forslagene til forandringene av loven så sterke følelser? Det var naturlig å se på hva som lå bak en slik lov, og jeg ønsket å se på historikken. Jeg ble sjokkert da jeg leste at det hadde vært dødsstraff for å ta abort i de nordiske landene helt frem til siste halvdel av 1800-tallet. Samtidig med at dødsstraffen ble avskaffet, ble straffelovens § 245 innført, som innebar straffarbeid mellom 6 måneder til 6 års straffarbeid for provosert abort.

Kampen om kvinners rett til å ta abort har vart fra 1913 helt frem til 1964, da legal abort ble lov under visse betingelser. Kvinnebevegelsen arbeidet hardt for å endre loven til selvbestemt abort, og i 1978 ble en slik lov vedtatt i Stortinget (Lønnå, 2019). Selvbestemt abort er noe jeg hadde tatt for gitt, uten å reflektere så mye over historien og kampen som lå bak, og hvor lang tid det hadde tatt å få dette vedtatt i Stortinget. Det har vært mange artikler om emnet i aviser den siste tiden, og jeg har lest meningsutvekslinger på sosiale medier. Det som slo meg var hvor mange motstridende følelser som var involvert hos debattantene, og jeg tenkte på hvordan denne pågående debatten måtte virke på alle de kvinnene som hadde tatt eller vurdert å ta abort, eller nå var i denne livssituasjonen. Etterhvert bestemte jeg meg for at provosert abort kunne bli et interessant og lærerikt tema for min oppgave. Jeg var litt uforberedt på reaksjonene jeg fikk av medstudenter og andre, som jeg snakket med om valg av tema. Det oppstod en del overraskende følelser i meg, der jeg følte en form for stigmatisering. Det at jeg, som bare skulle skrive en sykepleiefaglig oppgave om provosert abort, kunne føle på stigma, fikk meg til å tenke på hvordan kvinnene som gjennomfører en provosert abort kunne oppleve situasjonen. Jeg ble nysgjerrig på hva som finnes av kunnskap om dette emnet, fordi jeg tenkte at det måtte være nøkkelen for å hjelpe og støtte disse kvinnene. Ut i fra disse tankene kom jeg frem til problemstillingen i oppgaven min.

### **1.3 Problemstilling**

*Hvordan kan sykepleier ivareta kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus?*

### **1.4 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans**

Hensikten med oppgaven er å belyse hva som kan gjøre sykepleier best mulig i stand til å ivareta kvinnene som gjennomfører en provosert abort på sykehus, og på den måten bidra til å redusere belastningene for disse kvinnene.

I 2017 ble det utført 12.733 svangerskapsavbrutt i Norge (Stai, 2018). Høyest antall aborter er i aldersgruppen 25-29, med 19,1 per 1000 kvinner (Stai, 2018). Forskning viser at kvinnene som utfører provosert abort trenger sykepleiere med kompetanse i hvilke utfordringer de har, og som har evne til å gjennomføre behandlingen (Nicholson, Slade & Fletcher, 2010). Sykepleieteoretikeren Kari Martinsen er inne på den samme tankegangen når hun skriver om hvordan sykepleier skal imøtekomme pasienten (Martinsen, 2005).

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere vektlegges det at sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og integritet (NSF, 2016). Det sykepleiefaglige handler om kompetanse, rettet mot pasient og pårørende, og mot ivaretagelse av grunnleggende funksjoner i sykepleien (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 16). Sykepleieren møter og følger kvinnene som kommer på sykehus for å utføre en provosert abort helt til pasienten skrives ut (Vedlegg 3). De møter kvinner som er i en vanskelig og slitsom situasjon (Kjelsvik, Sekse, Moi, Aasen, Chesla & Gjengedal, 2018). I denne prosessen vil sykepleier utøve sykepleiens fokus og innhold, bestående av blant annet fagkunnskap, mestring, omsorg og verdier i utøvelsen av sykepleie (Kristoffersen et al., 2016, s. 16).

I oppgaven belyses ulike aspekter ved situasjonen, som kan gi kunnskap om hvordan sykepleier kan ivareta denne pasientgruppen. Det kan være følelser og psykiske reaksjoner som oppstår hos kvinnene, hvilke behov kvinnen har under abortprosessen, hvordan de kan kommunisere med kvinnene, etiske utfordringer, kvinnenenes forventinger og hvilke roller sykepleier har.



## 1.5 Avgrensning av problemstilling

Oppgaven min er avgrenset til kvinner som gjennomfører en provosert abort på sykehus, og sykepleierkontakten de har der frem til utskrivelse fra sykehuset. Dette utelukker dermed kvinner som gjennomfører en medikamentell abort i hjemmet, og oppfølging i etterkant etter utskrivelse fra sykehus. Jeg har videre valgt å utelukke kvinner som avbryter svangerskapet på grunn av medisinske årsaker hos fosteret. I tillegg utelukker jeg kvinner som er fysisk- og/eller psykisk utviklingshemmede. Begrunnelsen for å utelukke denne pasientgruppen ligger i at det kreves en annen type tilnærming og behandling. Pasientgruppen er alle kvinner med fekunditet. Geografisk har jeg valgt å avgrense til vestlige land, der provosert abort er lovlig praksis, og hvor helsevesenet er mest mulig lik det norske.

## 1.6 Begrepsavklaringer

**Ivareta:** Å ta hånd om og å ta vare på ens interesser (Språkrådet, 2018).

**Tabu:** Defineres som et slags forbud, hvor det er en oppfatning om at en gjenstand, et begrep eller mennesker ikke må nevnes eller røres ved. Begrepet «tabu» brukes gjerne om forbud som har opphav i moral eller alminnelig anerkjent retningslinjer, regel eller norm, men ikke i lovverket (Fosshagen, 2018) (Store norske leksikon, 2019).

**Stigma:** «Stigma innebærer at individet har en egenskap eller et kjennetegn som diskvalifiserer personen fra å bli sosialt akseptert på linje med andre» (Ingstad, 2018, s. 129).

**Abort:** Abort vil si en avbrytelse av et svangerskap (Nesheim, 2018)

**Provosert abort:** Er en abort som er kunstig fremkalt for å avbryte et svangerskap for å hindre fødselen av et barn (Nesheim, 2018). Provosert abort kan utføres på to ulike metoder, enten kirurgisk eller medikamentell (Nesheim, 2018).

**Medikamentell abort:** Dette er en medisinsk behandling for å fremkalle en abort, der kvinnen får en tablett som svelges og kapsler som settes vaginalt (Nesheim, 2018).

**Kirurgisk abort:** Dette er et kirurgisk inngrep hvor svangerskapsprodukter fjernes (Nesheim, 2018).

**Spontan abort:** Når et svangerskap avsluttes før fosteret er levedyktig betegnes det som en spontan abort (Nesheim, 2016).

**Abortprosessen:** Med abortprosessen menes her i oppgaven min fra kvinnen kommer inn på sykehuset i den hensikt å ta abort, til aborten er gjennomført og kvinnen er skrevet ut.

**Fekunditet:** Defineres som den biologiske evnen til å få barn (Nesheim, 2017).

## 2.0 Metode

I dette kapittelet forklares først hva metode er og hvilken metode jeg har valgt for å finne svar på problemstillingen i oppgaven. Deretter viser jeg hvordan jeg har funnet forskning og annen litteratur, og hvorfor jeg valgte disse. Til slutt har jeg gjennomført kildekritikk og etiske overveielser.

### 2.1 Hva er metode?

Metode er et verktøy vi bruker når det er noe vi ønsker å undersøke (Dalland, 2018, s. 52). Valg av metode er avhengig av hvilken informasjon man søker. Det kan være informasjon man trenger for å etterprøve kunnskap, gi oss kunnskap, eller belyse et problem (Dalland, 2018, s. 51).

Man deler metode inn i kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitative metoder brukes når informasjonen man vil samle er målbar, ofte kalt «harde data», slik at det er mulig å gjøre en statistisk bearbeidelse (Dalland, 2018, ss. 52-53) (Forsberg & Wengström, 2016, s. 43). I denne metoden er forskeren objektiv og holder distanse til studieobjektet for å unngå bias, det vil si å ha forutinntatte meninger som påvirker resultatet (Forsberg & Wengström, 2016, ss. 42-43). Kvalitativ metode brukes når informasjonen man søker ikke kan måles på samme måte. Her ser man etter det særskilte ved fenomener, det vil si meninger og opplevelser, gjerne kalt «myke data». Det kan være meninger eller erfaringer som man vil vite mer om (Dalland, 2018, ss. 52-53). Ved kvalitativ metode prøver man å tolke, skape mening og forståelse i hvordan mennesket subjektiv opplever verden (Forsberg & Wengström, 2016, s. 44).

### 2.2 Valg av metode

Oppgaven er gjennomført som en litteraturstudie. Dette innebærer at man finner svar på en problemstilling gjennom strategisk litteratursøk, kritisk vurdering og analysering av resultatet (Forsberg & Wengström, 2016, s. 27) (Dalland, 2018). Denne metoden gir muligheten til å samle inn store mengder relevant data på kort tid (Dalland, 2018). Da jeg hadde begrenset med tid og ønsket å belyse denne problemstillingen så godt som mulig med flere perspektiver var en litteraturstudie naturlig å velge. På bakgrunn av problemstillingen i oppgaven har jeg valgt primært å benytte meg av kvalitativ forskning. Likevel har jeg valgt å inkludere en kvantitativ forskningsstudie da denne hadde relevante funn som kunne bidra til å belyse

problemstillingen. Dessuten kan studien bidra med å gi et større helhetsbilde, da den har mange studieobjekter (Dalland, 2018, s. 53).

### 2.3 Litteratursøk

For å tydeliggjøre og presisere problemstillingen fylte jeg ut et PICO-skjema (Vedlegg 1), slik at jeg var bedre forberedt til litteratursøket. På denne måten ble søkeprosessen mer strukturert, og gjorde utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen enklere (Helsebiblioteket, 2016). I tillegg registrerte jeg alle søkene mine i et eget skjema (Vedlegg 2), slik at jeg hadde oversikt over alle søk jeg hadde gjort underveis.

Gjennom skolens bibliotek har jeg funnet og brukt flere bøker. Jeg har brukt tre bøker skrevet av Kari Martinsen; «*Samtalen, skjønnheten og evidensen*» (Martinsen, 2005), «*Fra Marx til Løgstrup*» (Martinsen, 2003) og «*Omsorg, sykepleie og medisin - Historisk-filosofiske essays*» (Martinsen, 2003). I tillegg har jeg anvendt «*Att göra systematiska litteraturstudier*» (Forsberg & Wengström, 2016) og «*Bogen om provokeret abort – perspektiver og utfordringer*» (Birkler, 2014).

Av pensumlitteratur fra sykepleiestudiet har jeg anvendt «*Grunnleggende sykepleie bind 1*» (Kristoffersen et al., 2016), «*Grunnleggende sykepleie bind 3*» (Kristoffersen et al., 2016), «*Klinisk sykepleie bind 2*» (Jerpseth, 2016), «*Sosiologi – sykepleie og helsefagarbeid*» (Ingstad, 2018), «*Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*» (Eide & Eide, 2016), «*Metode og oppgaveskriving*» (Dalland, 2018).

Gjennom sykepleien.no har jeg funnet og brukt fagartiklene «*Abort eller ikke?*» (Kjelsvik & Gjengedal, 2013), «*Får angst og depresjon etter abort*» (Opsahl, 2018) og «*Stressa sykepleiere i kommunene*» (Nydal, Åsmo, Dypvik & Thorheim, 2016). I tillegg har jeg flere brukt andre webområder, som blant annet lovdata, det store medisinske leksikon og det store leksikon.

Inklusjonskriterier jeg hadde for valg av forskningslitteraturen var at det skulle ha et visst faglig nivå ved at de var fagfellevurdert (Dalland, 2018, s. 156). I tillegg skulle forskningen helst ikke være eldre enn 10 år, og være skrevet på et språk jeg kunne forstå. Videre valgte jeg at den skulle være fra vestlig kultur, slik at funnene i størst mulig grad kunne sammenlignes og være relevante for sykepleie i norske sykehus (Dalland & Trygstad, 2018, ss. 156-157).

For å finne forskningsartiklene brukte jeg databasene CINAHL og Pubmed, i tillegg til snøballmetoden. I utvelgelsen av forskningsartikler i søkeresultatene, så jeg raskt på overskriftene for å plukke ut de jeg mente kunne være relevante, for så å lese disse abstraktene for videre utvelgelse.

De fleste forskningsartiklene jeg har anvendt fant jeg i databasen CINAHL. Med kombinasjonen av de engelske søkeordene «Induced abortion» AND «Needs», med et avansert søk på peer reviewed og publikasjon de siste ti årene, fikk jeg 539 i søkeresultater. Av disse leste jeg ni abstrakter, hvor to av forskningsartikler innfridde mine kriterier; *Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation* (Stålhandske, Makenzius, Tydén & Larsson, 2012), og *A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care* (Altshuler, O-Goldensmith, Blumenthal & Freedman, 2017). Kombinasjonen av søkeordene “Induced abortion” AND “Stigma” AND “Support” med avansert søk på peer reviewed, fikk jeg 29 i søkeresultater, hvor jeg leste 4 abstrakter. Jeg plukket ut artikkelen *Introducing abortion patients to a culture of support: a pilot study* (Littman et al., 2009), da denne møtte mine kriterier. Videre ga søkeordene «induced abortion» AND «Support» med avansert søk på peer reviewed, et søkeresultat på 166 artikler. Jeg leste tre abstrakter og fant en som var aktuell for å belyse min problemstilling var; *Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy* (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014). Søkeordene «Induced abortion» AND «Women's experiences» med avansert søk på peer reviewed og publikasjon de siste 10 årene ga 88 i søkeresultater. Jeg leste seks abstrakter, og fant to artikler; *Women's experiences after an induced second trimester abortion* (Mukkavaara, Öhrling & Lindberg, 2012), og *First-time pregnant women's experience of the decision-making process related to completing or terminating pregnancy- a phenomenological study* (Kjelsvik & Gjengedal, 2011), som innfridde mine kriterier i dette søket. Søket «Reasons for induced abortion» ga 4 artikler i søkeresultat, hvor artikkelen *Reasons for reduced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study* (Broen, Bödtker, Ekeberg & Moum, 2005), ble valgt til tross for at den er eldre enn ti år. Begrunnelse for valg av denne artikkelen, er at det fantes lite god forskning på dette området, det var en norsk studie, at det var en relativt stor studie og at den var svært oversiktlig. Studien refereres også hyppig til i nyere litteratur. Artikkelen *Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first*

*trimester* (Kjelsvik et al., 2018) fant jeg også på CINAHL, med søkeordene «abortion» OR «Induced abortion» AND «*unsure*» OR «Ambivalence» AND «Decision making».

I databasen PubMed fant jeg *Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy* (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014) med søkeordene «Experiences undergoing induced abortion» blant de 52 søkeresultatene, hvor jeg leste tre abstrakter.

Ved hjelp av snøballmetoden fant jeg forskningsartikkelen *Women's existential experiences within Swedish abortion care* (Stålhandske, Ekstrand & Tydén, 2011), gjennom artikkelen *Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation* (Stålhandske et al., 2012). I tillegg fant jeg studien *Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological* (Nicholson et al., 2010), gjennom artikkelen *Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy* (Andersson et al., 2014).

## 2.4 Presentasjon av forskningsartikler

***Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation.***

Maria Lilja Stålhandske, Marlene Makenzius, Tansja Tydén & Margareta Larsson (2012).

**Metode:** Artikkelen er basert på kvantitativ forskning utført som en tverrsnittstudie, hvor det ble utlevert et spørreskjema til ti klinikker i Sverige. 499 kvinner besvarte spørreskjemaet i etterkant av en uønsket graviditet og gjennomført abort.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å utforske eksistensielle erfaringer og behov, blant svenske kvinner som hadde gjennomført en provosert abort. I tillegg ønsket man med studien å utforske om eksistensielle erfaringer i abortsituasjonen er relatert til bakgrunnsfaktorer.

### *Women's existential experiences within Swedish abortion care.*

Stålhandske, M. L.; Ekstrand, M.; Tydén, T. (2011).

**Metode:** Artikkelen er basert på kvalitativ forskning der det ble utført individuelle dybdeintervju av 24 kvinner. I tillegg til dybdeintervjuet fylte kvinnene ut et spørreskjema med sosiodemografiske spørsmål og spørsmål om tanker, følelser og erfaringer relatert til aborten

**Hensikt:** Hensikten med studien var å utforske svenske kvinners erfaringer med ivaretagelse under abort utført på sykehus i forbindelse med deres behov for eksistensielle støtte.

### *A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care.*

Anna L Altshuler, Alison Ojanen-Goldensmith, Paul D. Blumenthal & Lori R. Freedman (2017).

**Metode:** Artikkelen er basert på kvalitativ forskning. Studien ble utført med semistrukturerte intensive intervjuer som foregikk over telefon. I studien var 20 kvinner i alderen 18-49 år som hadde erfaring med en abort de siste fem årene. Forskerne sammenlignet opplevelsen av ivaretagelse under fødsel og abort.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å identifisere hvilke behov og preferanser kvinner som gjennomførte en abort hadde, som skilte seg fra fødende kvinner.

### *Introducing abortion patients to a culture of support: a pilot study.*

Lisa L. Littman, Christina Zarcadoolas, Adam R. Jacobs. (2009).

**Metode:** Pilotstudien er basert på kvalitativ fenomenologisk forskning der 22 kvinner ble dybdeintervjuet. Intervjuene ble foretatt etter aborten. Kvinnene ble introdusert for en «støttende kultur» (intervensjon) som bestod av en DVD, en brosjyre og til slutt en diskusjon som en del av intervjuet. I studien var det et stort fokus på fordømmelse, stigma og feilinformasjon. Studien fant sted i USA.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke «abortpasientenes» opplevelse av en intervensjon som introduserte dem for en «støttende kultur». Forskerne ønsket samtidig å finne ut om det var behov for ytterligere forskning på dette.

*Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy.*

Inga-Maj Andersson, Kyllike Christensson & Christina Gemzell-Danielsson (2014).

**Metode:** Forskerne utførte en tverrsnittstudie med både screening spørreskjema og semistrukturert intervjuer for å samle data. Dataanalyser ble utført og delt i en kvantitativ (spørreskjemaene) og kvalitativ del (intervjuene). Studien ble utført i Sverige.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke kvinnenes forventninger og erfaringer med å utføre en provosert abort i andre trimester av svangerskapet.

*Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy.*

Inga-Maj Andersson, Kristina Gemzell-Danielsson, Kyllike Christensson (2014)

**Metode:** Forskerne utførte en kvalitativ forskningsstudie med semistrukturerte intervjuer. Deltagerne i studien var 22 sykepleiere/jordmødre som hadde erfaring med abortpleie i andre trimester. Intervjuene ble tatt opp på bånd, nedskrevet ordrett og analysert.

**Hensikt:** Hensikten var å utforske erfaringer og oppfatninger hos sykepleier/jordmødres som tar hånd om kvinner som gjennomgår en medikamentell abort i andre trimester av svangerskapet.

*Women's experiences after an induced second trimester abortion.*

Mukkavaara, Iris; Öhrling, Kerstin; Lindberg, Inger (Oktober 2012)

**Metode:** Studien er utført kvalitativ med semistrukturerte intervjuer av seks kvinner i alder fra 15 til 29 år. Studien ble utført i Sverige.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å beskrive kvinners erfaringer med abort i andre trimester av svangerskapet..



***Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurse.***

Jackie Nicholson, Pauline Slade, Joanna Fletcher (2010).

**Metode:** Denne studien ble utført som en kvalitativ studie. Syv gynekologiske sykepleiere med samme erfaring ble intervjuet, og svarte også på standardiserte spørreskjemaer. Intervjuene ble nedskrevet og det ble brukt en fenomenologisk tolkningsanalyse.

**Hensikt:** Studien ble utført for å kartlegge/identifisere sykepleiernes erfaringer i deres arbeid med kvinner som utførte provosert abort.

***First-time pregnant women's experience of the decision-making process related to completing or terminating pregnancy- a phenomenological study.***

Marianne Kjelsvik & Eva Gjengedal (2011).

**Metode:** Det er en kvalitativ fenomenologisk studie. Det ble utført dybdeintervju av 4 kvinner i alder 24-32 år. Hver kvinne ble dybdeintervjuet to ganger i løpet av beslutningsprosessen.

**Hensikt:** Studiens hensikt var å få ny og mer omfattende kunnskap om hva kvinnene opplevde i beslutningsprosessen, hvor de har valget mellom å ta abort eller fullføre svangerskapet.

***Reasons for reduced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study.***

Broen, A. N.; Moum, T.; Bödtker, A. S.; Ekeberg, Ö. (2005)

**Metode:** En kvalitativ studie hvor det ble brukt semistrukturerte intervju av 80 kvinner, etter utført provosert abort. Et spørreskjema med 25 ulike årsaker til at provosert abort ble utført ble utfyllt av kvinnene. Årsakene ble grader etter viktighet.

**Hensikt:** Identifisere de viktigste grunnene til at de tok provosert abort. De studere også forholdet mellom årsakene til abort og følelsesmessig belastning både seks måneder og to år

etter aborten. I tillegg til ønsket de å finne de viktigste faktorene som kunne forutsi følelsesmessig belastning seks måneder og to år etter aborten.

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

Marianne Kjelsvik, Ragnhild J. Tveit Sekse, Asgjerd Litleré Moi, Elin M. Aasen, Catherine A. Chesla & Eva Gjengedal (2018).

**Metode:** En kvalitativ, fenomenologisk studie, hvor semistrukturerte intervju ble utført med 13 kvinner (av 26 som ble spurt) før og etter deres avgjørelse om å ta provosert abort eller ikke. Intervjuene ble tatt opp og transkribert.

**Hensikt:** Å studere erfaringene kvinner hadde i beslutningsprosessen om å ta abort, når de i utgangspunktet var usikker på hvilken avgjørelse de skulle ta.

## 2.5 Kildekritikk

Med utgangspunkt i Dallands beskrivelse av kildekritikk vil jeg først vurdere om opphavet til kildene mine er troverdig (Dalland & Trygstad, 2018, s. 152). Allerede i litteratursøket mitt kan det være et problem, hvis jeg ubevisst søker og velger ut artikler som støtter en oppfatning jeg kanskje allerede har om problemstilling (Dalland, 2018). Gjennom mine søkeord har jeg forsøkt å få et mest mulig nøytralt søk etter litteratur. Det kan være en svakhet at jeg har funnet noen forskningsartikler ved hjelp av «snøballen metoden» fra andre forskningsartikler jeg har også har brukt. På den måten kan et syn på problemstillingen bli for dominerende.

I en rekke forskningsartikler kan det være kritikkverdige forhold som gir funnene og konklusjonene redusert troverdighet. Eksempelvis er det i studien til Stålhanske et al. (2012) mangel på kontrollgruppe, og intervjuene er foretatt en stund etter aborten, slik at man kan mistenke hukommelsesbias (Stålhanske et al., 2012). Dette retroperspektivet ved intervjuene går igjen i flere av forskningsartiklene.

Det er benyttet flere kvalitative forskningsartikler i oppgaven min, da jeg ønsket å fange opp alle nyansene av meninger og opplevelser hos kvinnene. En svakhet ved denne

forskningsmetoden er at det er få intervjuobjekter, som kan gjøre det vanskelig å generalisere. Samtidig er det en styrke at metoden gir en dybdeforståelse (Dalland, 2018, s. 53) Intervju er en teknikk som brukes for å samle data ved kvalitative metoder. Subjektiviteten til intervjuer kan påvirke både saklighet og upartiskhet (Dalland, 2018, s. 59). I selve kommunikasjonsprosessen under intervjuene er det også mulige feilkilder. Dette går på om spørsmålet er riktig oppfattet og om intervjueren har forstått og registrert svaret riktig (Dalland, 2018, s. 60). Som det kommer frem av forskningsartiklene brukes det erfarne intervjuere og intervjuene tas opp på lydbånd og/eller video. Videre foretas transkribering for analyse i forskningsartiklene. Dette gjør at vi i større grad kan stole på kunnskapene intervjuene gir oss (Dalland, 2018, s. 85). Likevel er det vanskelig for meg å vite hvilken førforståelse forskerne som har utført og analysert forskningen har hatt, som kunne påvirke resultatet (Dalland, 2018, s. 58).

I følge Forsberg & Wengstrøm kompletterer kvalitativ- og kvantitativ metode hverandre innenfor omsorgsforskning (Forsberg & Wengström, 2016, s. 46). Derfor valgte jeg å ta med en kvantitativ forskningsartikkel i oppgaven min. En svakhet med den kvantitative metoden kan være at forskeren kan miste nyanser ved å ikke kunne gå i dybden. Styrken ved denne metoden er det store antall objekter som her intervjues, og som kan gi grunnlag for gode generaliseringer. I tillegg kan det være en fordel at forskeren tilstreber å være nøytral og holde avstand (Dalland, 2018, s. 53)

Det er brukt forskning som er eldre enn 10 år i oppgaven. Forskning kan bli uaktuell hvis den er for gammel, da mennesker og samfunnet endrer seg. Likevel kan også eldre forskning være dagsaktuell, og bidra til å belyse problemstillinger i dag. Studien til Broen et al. (2005) er interessant, fordi det finnes lite forskning på det temaet den belyser og det er en relativt omfattende kvalitativ studie (Broen et al., 2005).

I oppgaven har jeg benyttet meg av både primær- og sekundær litteratur (Dalland, 2018). Bruk av sekundærkilder, som er en tolkning av primærkilden, vil kunne gi opphav til misforståelser og feiltolkninger (Dalland & Trygstad, 2018, ss. 162-163). Likevel må det vektlegges at sekundærlitteraturen jeg har brukt er pensumlitteratur, bøker lånt fra biblioteket på skolen, fagartikler fra anerkjente kilder som sykepleien.no, store medisinske leksikon, og store norske leksikon. Dessuten er forskningen jeg primært har benyttet meg av i oppgaven primærlitteratur. Til tross for dette kan min tolkning av de primære kildene også bli feil av ulike grunner. Den samme forutinntatthet som kan påvirke litteratursøket, kan påvirke min

tolkning av studiene. Videre kan det oppstå misforståelser når kildene er på engelsk, da det ikke er mitt morsmål (Dalland & Trygstad, 2018, s. 157). For å redusere risikoen for språklige misforståelser og feiltolkninger, har jeg jobbet systematisk for å få mest mulig riktig oversettelse.

Til tross for alle disse mulige feilkildene, har jeg kun valgt å anvende fagfellevurderte forskningsartikler i oppgaven, for å sikre at det er høy kvalitet på forskningen (Dalland, 2018, s. 156).

## **2.6 Etiske overveielser**

All forskning innebærer etiske overveielser om hvordan man skal håndtere personopplysninger og ivareta personvernet. Her er temaer som taushetsplikt og anonymitet sentrale. Man er avhengig av tillit for å få bidrag i form av erfaringer og opplevelser, men tillit oppnås kun hvis menneskene som bidrar føler seg ivaretatt (Dalland, 2018, ss. 235-236). Da jeg har valgt litteraturstudie som metode, er det ikke jeg personlig som har utført forskningen, og har derfor begrenset mulighet til å kontrollere om den er gjennomført etter god forskningsetikk. I forskningsartiklene som inneholder etiske vurderinger, som for eksempel studien til Kjelsvik & Gjengedal (Kjelsvik & Gjengedal, 2011, s. 171) og studien til Nicholson et al. (Nicholson et al., 2010, s. 2247), er det lettere å ha en mening om det etiske arbeidet. I Norge har vi en modell for å sikre at forskningsetiske normer blir ivaretatt innen utdanning og forskning (Dalland, 2018, ss. 236-238). En del av den etiske vurdering er også hvem som vil ha nytte av de nye kunnskapene forskningen kan bidra med (Dalland, 2018, ss. 238-239). I min litteraturstudie er det mitt håp at mine analyser, vurderinger og konklusjoner kan være til nytte for helsepersonell og dermed også for de kvinnene som helsepersonell kommer i kontakt med (Dalland, 2018, s. 239).

## 3.0 Teori

### 3.1 Hva innebærer begrepet provosert abort?

Provosert abort er en abort som fremkalles kunstig, for å avbryte et svangerskap og dermed hindre fødsel av et barn. Provosert abort utføres enten medikamentelt eller kirurgisk (Nesheim, 2018). Gynekolog og pasient kommer sammen frem til hvilken abortmetode som skal benyttes. Faktorer som kvinnens helsetilstand, svangerskapets lengde og pasientens ønske er avgjørende (NHI, 2017).

Kirurgisk abort tilbys inntil 12. svangerskapsuke, og utføres poliklinisk i narkose eller lokalbedøvelse. Livmorhalsen utvides og graviditeten fjernes med vakumsug. Inngrepet går raskt og har vanligvis få bivirkninger og komplikasjoner (Nesheim, 2018) (NHI, 2017).

Medikamentell abort er den vanligste abortmetoden, og utføres i nesten ni av ti aborter (Stai, 2018). Metoden tilbys kvinner frem til fullgått svangerskapsuke 12 (NHI, 2017). Kvinnene kan før svangerskapsuke 9 velge mellom å gjennomføre aborten hjemme eller på sykehus. Ved svangerskapsuke 9.-12 må kvinnene derimot utføre aborten på sykehus som dagpasient. Ved medikamentell abort får kvinnen først en tablett Mifepriston, som hindrer videre utvikling av graviditeten (NHI, 2017). 36-48 timer senere får kvinnen fire tabletter Misoprostol som føres inn i skjeden. Misoprostol kan enten tas hjemme eller på sykehuset. Mifepriston hindrer virkningen av progesteron og gjør at livmorkaken løsner fra livmorveggen og fosteret dør (Nesheim, 2018). Dette kan gi kvinnen blødninger, kvalme og magesmerter (NHI, 2017). Misoprostol gjør at livmoren trekker seg sammen og fosteret støtes ut innen få timer. Kvinnen vil kunne oppleve bivirkninger som sterke smerter, kvalme og diaré (Nesheim, 2018).

90 % av provoserte aborter utføres innen utgangen av 9 svangerskapsuke, mens 95 % utføres innen utgangen av 12 svangerskapsuke (Helsedirektoratet, 2018). Dersom en abort skal utføres etter 12. svangerskapsuke, utføres den medikamentelt på sykehuset. Ved en slik abort kan det være nødvendig med gjentatte doser Misoprostol og kan kreve innleggelse over natten på sykehuset (Nesheim, 2018).

### 3.2 Lovverk

Lov om svangerskapsavbrudd, abortloven ble vedtatt i 1975 og trådte i kraft i 1976, men loven har blitt endret flere ganger etter dette (Bahus, 2019). Selvbestemt abort ble først vedtatt i 1978 (Lønnå, 2019). Abortloven beskriver hvilke krav som stilles og hvilke rettigheter kvinnene som ønsker eller vurderer å gjennomføre svangerskapsavbrudd har.

I følge Abortloven (1978) § 1 er målsetningen å skape en ansvarsbevisst holdning, slik at antall svangerskapsavbrudd blir lavest mulig (Abortloven, 1978, § 1). Kvinnen har krav på å få veiledning og informasjon om den bistand samfunnet kan tilby henne, men bestemmer selv når og om hun ønsker den (Abortloven, 1978, § 1). Likevel er det jf. Abortloven § 5 obligatorisk at legen (eller nemda) gir kvinnen opplysninger om inngrepets art og medisinske virkninger (Gamnes & Johansen, 2019). Kvinnen har krav på prevensjonsveiledning både før og etter svangerskapsavbruddet dersom hun ønsker det (Gamnes & Johansen, 2019) (Abortloven, 2015, § 2) (Abortloven, 1978, § 14a).

Forutsatt at inngrepet kan skje før utgangen av 12. svangerskapsuke, må kvinnen selv ta avgjørelsen, men har krav på råd (Abortloven, 2015, § 2). Etter utgangen av 12. svangerskapsuke er det derimot ulike forhold beskrevet i §2 i abortloven som avgjør om kvinnen får gjennomføre et svangerskapsavbrudd (Abortloven, 2015, § 2). Kvinnen må da begjære svangerskapsavbrudd overfor lege eller en nemnd (Abortloven, 1978, § 5).

Når helsepersonell av samvittighetsgrunner ikke vil utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd, skal de fritas fra dette, men denne retten gjelder ikke for helsepersonell som gir kvinnen stell og pleie før, under og etter aborten (Abortforskriften, 2001, § 15 første ledd).

I følge pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten rett til å medvirke ved valg av undersøkelses- og behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1, 2018). I tillegg kan nærmeste pårørende få pasientinformasjon, dersom pasienten samtykker (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-3, 2018)

### **3.3 Kvinnene som gjennomfører en provosert abort**

#### **3.3.1 Beslutningsprosessen og begrunnelser for valget om abort**

Studien til Kjelsvik et al. (2018) viser at beslutningen om å ta abort eller ikke er en krevende prosess. Når kvinnene fikk bekreftet at de var gravide, møtte de en ny realitet og opplevde at beslutningsprosessen var en ensom reise, hvor deres verdier ble utfordret (Kjelsvik et al., 2018). Lovens tidsbegrensning for svangerskapsavbrudd ble beskrevet som stressende, spesielt for kvinnene som oppdaget graviditeten sent (Kjelsvik et al., 2018, s. 792). Valget av provosert abort er forbundet med stor ambivalens (Birkler, 2014, s. 56).

I følge en studie av Benute et al. (2009) betydde partnerens meninger og reaksjoner både før og etter aborten mye, for at de ikke skulle føle seg alene om valget (Opsahl, 2018). I studien til Kjelsvik et al. (2018), kom det frem at mange av kvinnene opplevde forbedret eller forverret forhold til mannen de ventet barn med, avhengig av hans respons på graviditeten (Kjelsvik et al., 2018, s. 792). Det var mange av kvinnene i studien som hadde motstridende meninger med partneren, som førte til økt usikkerhet rundt valget (Kjelsvik et al., 2018, s. 797). I studien kom det også frem at kvinnene hadde behov for å snakke med et begrenset antall av deres nærmeste familie eller venner (Kjelsvik et al., 2018, s. 793). Kvinnene følte ansvar for å ta et selvstendig, godt gjennomtenkt valg, samtidig som de ønsket å involvere andre. De fleste involverte partneren (Kjelsvik et al., 2018, ss. 793-794). I rapporten til Skjeldestad (2001) kom det frem at nesten 1 av 5 kvinner opplever en eller annen form for press i beslutningsprosessen (Kjelsvik & Gjengedal, 2013, s. 10).

I studien til Broen et al. (2005) kommer det frem at begrunnelser for valget om å gjennomføre en provosert abort ofte er knyttet til utdanning, arbeid og økonomi. Andre viktige årsaker var at barnet burde være ønsket, partneren ikke ønsket et barn på dette tidspunktet, kvinnen var trett og utslitt, og at hun hadde nok barn fra før (Broen et al., 2005).

### 3.3.2 Kvinnenes tanker, følelser og psykiske reaksjoner

Studien til Stålhandske et al. (2012) viser at kvinnene har en rekke eksistensielle tanker og behov i forbindelse med en provosert abort. Tanker om liv, død, mening og moral, og følelser av tilknytning til fosteret var vanlig blant kvinnene. 61 % av kvinnene i studien hadde eksistensielle tanker (Stålhandske et al., 2012).

I følge en studie av Fergusson et al. (2009) hadde over 85 % av kvinnene som hadde gjennomført en provosert abort minst én psykisk reaksjon, som tristhet, skyld, anger eller skuffelse (Opsahl, 2018). Likevel er det sjeldent at provosert gir alvorlige psykologiske effekter (Birkler, 2014, s. 60).

En provosert abort kan gi angst og depresjon, og forskning har vist at disse reaksjonene var mer langvarige hos de som valgte å avbryte svangerskapet, sammenlignet med kvinner som opplever en spontanabort (Opsahl, 2018). Det var betydelig økt risiko for å utvikle depresjon etter 6 måneder blant kvinnene som var i tvil om beslutningen om å avbryte svangerskapet (Opsahl, 2018). I følge studien til Broen et al. (2005) var kvinner med negativ holdning til provosert abort, assosiert med angst etter både 6 måneder og 5 år (Opsahl, 2018). Å ta et valg som strider mot kvinnenes egne verdier viser seg å kunne ha en negativ effekt på kvinnenes psykiske helse. Nok informasjon er derfor viktig for at kvinnen skal kunne ta en beslutning som er best mulig for henne (Opsahl, 2018).

Studien av Major et al. (2009) viser at abort er noe kvinner opplever som en stressende livshendelse (Opsahl, 2018). Abort kan også føre til lindring, ved at det løser en stressende situasjon. Videre viste studien at kvinnene oppfattet selve aborten og tiden etterpå som mer stressende, dersom det å ta abort var i strid med kvinnens verdier (Opsahl, 2018). I tillegg viste studien til Kjelsvik & Gjengedal (2011) at en annen årsaken til at kvinnen opplever stress var tidspresset for beslutningen (Kjelsvik & Gjengedal, 2011).

Kvinnene beskrev valget om abort eller ikke som et vanskelig dilemma, hvor de var sterkt følelsesmessig påvirket (Kjelsvik & Gjengedal, 2013). I studien til Andersson et al. (2014) kommer det også frem at kvinnene opplevde kompliserte, av og til motstridene følelser og tanker (Andersson et al., 2014). Denne ambivalensen kan vare helt frem til inngrepet har blitt foretatt (Jerpseth, 2016, s. 161).



Studien til Benute et al. (2009) viste at partnerens meninger og reaksjoner både før og etter den provoserte aborten hadde stor betydning for kvinnen, slik at hun ikke følte seg alene om valget (Kjelsvik & Gjengedal, 2013). Det var viktig for disse kvinnene å komme til en enighet med partneren om avgjørelsen og snakke åpent om den (Kjelsvik & Gjengedal, 2013). Ifølge studien til Szymanska et al. (2008) følte kvinnene som kjente seg presset eller tvunget til å ta provosert abort, en bitterhet og et hat mot partneren (Kjelsvik & Gjengedal, 2013).

Abortdebatten kan ha sterke uttrykk, eksempelvis «abort stopper et bankende hjerte», som både påvirker og stigmatiserer de abortsøkende kvinnene (Birkler, 2014, s. 59).

Stigmatisering kan hindre kvinnene i å dele følelser og opplevelser, på grunn av frykten for moralsk fordømmelse (Birkler, 2014).

Psykiske reaksjoner vil kunne oppstå i alle faser i abortprosessen, som tvil før inngrepet til reaksjoner som angst, sorg, skyld og depresjon, men også lettelse etter aborten (Jerpseth, 2016, s. 161). Når beslutningen er tatt, vil noen føle en lettelse, mens andre igjen bærer på en skyldfølelse (Birkler, 2014). Det at provosert abort er et tabubelagt tema bidrar til at kvinnene kan føle skyld og skam for valget de har tatt, og gjør at det blir vanskelig for kvinnene å snakke om det (Opsahl, 2018).

I studien til Littman et al. (2009) har man undersøkt hvordan en «støttende kultur» kan redusere effekten som negative sosiokulturelle faktorer har på kvinnen. Studien viste at intervensjon i form av DVD, brosjyre og diskusjon som del en av intervjuet, reduserte stigmaet ved at kvinnene følte seg mindre alene og mer resilient mot andres dømmende handlinger og holdninger. Med god informasjon, kan kvinnen unngå feilinformasjon, som kunne forsterke følelsen av stigma (Littman et al., 2009).

### **3.3.3 Kvinnenes behov, forventninger og erfaringer i møte med helsepersonell**

I studien til Kjelsvik & Gjengedal (2011) kom det frem at kvinnene forventet at helsepersonellet var i stand til å tilby dem råd, veiledning og møte dem med forståelse. Samtidig var kvinnene engstelig for å involvere helsepersonell (Kjelsvik & Gjengedal, 2011, s. 173). Kvinnene ønsket å få råd og veiledning fra helsepersonellet, samtidig som de ville ta et selvstendig valg i beslutningsprosessen (Kjelsvik & Gjengedal, 2013, s. 14). Studien til

Kjelsvik et al. (2018) viste at kvinnene følte økt isolasjon hvis ikke helsepersonell engasjerte seg i deres situasjon (Kjelsvik et al., 2018, s. 793). Kvinnene forventet respekt og god pleie, samtidig fryktet de kritikk og eventuelt fordømming av helsepersonell (Kjelsvik et al., 2018, s. 795).

I følge studien til Altshuler et al. (2017) verdsatte kvinnene å bli anerkjent som en moralsk beslutningstaker av helsepersonell, ha et valg om grad av tilstedeværelse under aborten, og motta omsorg på en diskre måte, for å unngå å bli dømt av andre for valget om abort (Altshuler et al., 2017). Studien til Andersson et al. (2014) viste at kvinnene hadde ulike behov når det gjelder å se fosteret etter aborten (Andersson et al., 2014).

I studien til Stålhandske et al. (2011) opplevde kvinnene abortprosessen som nøytral, rasjonell og effektiv (Stålhandske et al., 2011). Kvinnene som ikke hadde et behov for eksistensiell støtte, var fornøyd med den nøytrale og rasjonelle behandlingen de fikk av helsepersonellet. Derimot var kvinnene som uttrykte et behov for eksistensiell støtte og refleksjon, skuffet over helsepersonellet, da de ikke viste evne til å respondere på deres tanker og følelser (Stålhandske et al., 2011). I studien til Stålhandske et al. (2012) uttrykte nesten halvparten av kvinnene behov for eksistensielle handlinger relatert til aborten. Kvinnene hadde det bedre psykisk etter aborten, hvis deres behov for eksistensielle handlinger ble dekket (Stålhandske et al., 2012).

### **3.4 Sykepleieteori**

#### **3.4.1 Kari Martinsens omsorgsteori**

Kari Martinsen har utviklet en omsorgsteori inspirert av grunnleggende verdier. Martinsen har vært inspirert og influert av flere filosofer, som Karl Marx og Knut Løgstrup. I utformingen av omsorgsetikken er hun i stor grad inspirert av Løgstrups tekning (Kristoffersen, 2016).

Martinsen konstaterer at omsorg er et mål i seg selv, og er kritisk til egenomsorgstenkningen i sykepleie. Videre hevder Martinsen at den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen er langt viktigere enn den teoretiske kunnskap (Kristoffersen, 2016).

Omsorgsbegrepet deler Martinsen inn i tre dimensjoner: et relasjonelt, et praktisk og moralsk begrep, hvor den moralske siden er overordnet de øvrige (Martinsen, 2005, ss. 135-136).

Med den yrkesmessige, relasjonelle omsorgen mener Martinsen en relasjon mellom minst to personer, der den ene er forpliktet til å hjelpe den andre. Dette innebærer at sykepleieren må være villig til å sette seg inn i pasientens situasjon, for å finne pasienten behov. Utfordringen som Martinsen framhever, består i å konkret finne ut hva den andre er best tjent med.

Livsytringene framstår også som fundamentale i den yrkesmessige omsorgen (Kristoffersen, 2016, s. 60). Ved å åpne for livsytringene, blir beslutningene preget av den nærhet, umiddelbare og spontanitetene som kjennetegner livsytringene (Kristoffersen, 2016). Tillit er en grunnleggende verdi som tilhører de spontane livsytringene, og er uunnværlig i yrkesmessig omsorg (Kristoffersen, 2016, s. 60). Dette retter en etisk utfordring mot sykepleieren om å imøtekomme pasienten. For utvikling av tillitsforholdet, er det en nødvendig forutsetning at pasientens forventninger blir innfridd, som å bli hørt og tatt på alvor (Kristoffersen, 2016, s. 60). Hvis sykepleieren er likegyldig til pasientens «utleverthet», vil det ødelegge grunnlaget for videre utvikling av tillitsforholdet. Det er ikke bare nok å vise interesse, pasienten må også oppleve at sykepleieren bruker sin kunnskap og kompetanse, for at et tillitsforhold skal kunne oppstå (Kristoffersen, 2016, s. 60).

I den praktiske omsorgen understreker Martinsen at omsorg i høyeste grad også er en praktisk handling, ikke bare en grunnholdning (Kristoffersen, 2016, s. 60). Egne erfaringer gir oss kunnskap til å se og forstå den andre ut fra deres situasjon (Kristoffersen, 2016, s. 60).

I Martinsens senere arbeid argumenterer hun for at den moralske siden ved omsorg er den overordnede, fordi moral vil vise seg i måten arbeidet utføres på (Martinsen, 2005, ss. 135-136). I omsorgens moralske side, fremhever Martinsen at sykepleieren må lære å handle moralsk, fordi enhver sykepleiesituasjon er av moralsk karakter (Kristoffersen, 2016, s. 61). Martinsen hevder at moralen har to sider; spontanitet og norm. Den primære moralen er spontan, ubegrunnet, uegennyttig og uttrykkes i kjærlighet (Kristoffersen, 2016, s. 62). Den sekundære moralen eller normmoralen viser til regler og prinsipper i et samfunn.

Normmoralen, det vil si plikten, trer i kraft når den primære moralen har sviktet, det vil si kjærligheten har sviktet (Kristoffersen, 2016, s. 63). Plikthandlingene kaller Martinsen også for «krykkemoral» (Martinsen 2003 s 85). Årsakene til at kjærligheten i den primære moral svikter kan være at situasjonen er komplisert og uoversiktlig. Ens egne følelser og selvishet kan også hindre spontaniteten (Kristoffersen, 2016, s. 63). Vi må både være spontane og

reflekterte (Martinsen, 2003, s. 86). Spontane ved å møte pasienten uten baktanker og samtidig kunne foreta grundige overveielser, for å kunne avgjøre hva som er den riktige handlingen (Kristoffersen, 2016, s. 63).

Martinsen beskriver det hun kaller omsorgens dilemma. Her beskriver hun problemet med overinvolvering og ulempen ved at pasientens autonomi i for stor grad vektlegges. I begge tilfeller mener hun at sykepleier kan bli likegyldig til pasientens egentlige behov (Martinsen, 2005, ss. 157-158).

### **3.5 Hva innebærer begrepet ivaretagelse i sykepleien.**

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, fremsettes hva og hvordan sykepleieren skal ivareta pasienten. Dette innebærer at sykepleier skal beskytte den enkelte pasientens verdighet og integritet gjennom faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, samt retten til å være autonom og ikke bli krenket (NSF, 2016).

Ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov, omtales som en viktig oppgave for sykepleier når pasienten mangler ressurser til selv å gjøre det (Kristoffersen et al., 2016, s. 24). De konkrete ivaretagende tiltakene sykepleier iverksetter, kan dreie seg enten mest om forebygging, behandling eller lindring (Kristoffersen et al., 2016, s. 27).

I Kari Martinsen sykepleieteori, legges hovedvekten på omsorg for det syke mennesket for å oppnå best mulig ivaretagelse (Kristoffersen, 2016). Martinsen legger vekt på at svak paternalisme, som hun kaller myk maternalisme, som det ønskelige (Kristoffersen, 2016). Sykeleier må bruke sin fagkunnskap slik at pasienten får en behandling som er til det beste for han eller hun. Omsorgsrelasjonen er viktig, og det er sykepleiers ansvar og forpliktelse å engasjere seg og vise interesse (Kristoffersen, 2016, s. 60).

#### **3.5.1 Kommunikasjons betydning for ivaretagelse**

Kommunikasjon handler om gjensidig påvirkning mellom minst to parter, hvor det utveksles ulike budskap. Budskapet kan bestå av verbale- og nonverbale tegn og signaler, og det er viktig at det kongruens. Strukturering av samtalen ved utforskende, informerende og

bekreftende ferdigheter kan gi en god relasjon, tillit og trygghet (Eide & Eide, 2016). Sykepleiers evne til kommunikasjon utvikles over tid, hovedsakelig gjennom trening, men veiledning og teori er også viktig (Eide & Eide, 2016, ss. 12-13). Denne kommunikasjonen er ofte åpen og har preg av spontanitet. (Eide & Eide, 2016). Dette kan gi en nærhet og kontakt, som dermed gir et godt forhold mellom sykepleier og pasient, og på den måten god mulighet for hjelp og støtte (Eide & Eide, 2016, s. 12). Bekreftende ferdigheter og speiling er andre virkemidler for god kommunikasjon (Eide & Eide, 2016).

Yrkets verdigrunnlag er fundamentet for den profesjonelle helsefaglige kommunikasjonen. For å realisere disse verdiene, er det nødvendig med god kommunikasjon mellom sykepleier og pasienten og/eller pårørende (Eide & Eide, 2016, s. 19). Respekten for pasientens autonomi og at de er autoriteter på sin opplevelse av situasjonen, fremhever betydningen av å pasientens empowerment (Eide & Eide, 2016, s. 19)

Forutsetninger for god, profesjonell kommunikasjon og omsorg er empati, fagkunnskap og målorientering. Disse komponentene utgjør en triade som henger nøye sammen i den profesjonelle omsorgsrelasjonen (Eide & Eide, 2016, s. 36). I profesjonell empati vektlegges evnen til innlevelse, slik at sykepleieren kan oppfatte hva den andre føler, og å gi tilbakemelding på at dette er respektert og oppfattet. Tilbakemeldingen formidles verbalt, nonverbalt eller gjennom handling (Eide & Eide, 2016, s. 37). Fagkunnskap er et viktig redskap for å kunne forstå og sette seg inn pasientens situasjon (Eide & Eide, 2016, s. 42). Målorientering handler om at man lar yrkesrollens overordnede målsetning styre evnen og viljen til kommunikasjonen. Det innebærer å gi god omsorg og hjelp (Eide & Eide, 2016, s. 45). Dette gjøres ved å kartlegge pasientens faglige behov og samtidig involvere pasienten i prosessen for å få best mulig resultat. Det er også viktig å være klar over at man kan skape en arbeidsallianse ved hjelp av god kommunikasjon. Gjensidig tillit kan oppnås ved riktig kommunikasjon, respekt og ved å være forutsigbar (Eide & Eide, 2016, ss. 45-46).

Martinsen er opptatt av at samtalen bør være treleddet. Sykepleier som engasjerer seg, og viser interesse for den andres problem, som dermed blir felles med pasienten. Hun vektlegger livsytringer, fordi de er spontane og ikke viljestyrte og nødvendig for gjensidig tillitt (Martinsen, 2005) (Kristoffersen, 2016).

### 3.6 Sykepleiers rolle og funksjon i abortprosessen

Sykepleiers rolle og funksjon er avhengig av hvor i abortprosessen pasienten befinner seg og hvilken abortmetode kvinnen har valgt. Sykepleier har ansvaret for å ta imot og informere pasienten om prosedyre og forventet forløp når pasienten kommer på sykehuset (Vedlegg 3). Sykepleieren har også det praktiske ansvar for å administrere medisiner etter forordning, som smertestillende og legemidler som skal avslutte svangerskapet ved medikamentell abort, og observere virkning av behandlingen, da særlig med hensyn til blødninger, smerte og feber (Jerpseth, 2016, s. 162). Det er også sykepleieren som tar seg av utskrivelse av pasientene. Kontaktinformasjon og informasjonsskriv om forholdsregler ved gjennomgått medisinsk abort skal utleveres (Vedlegg 3).

I studien til Andersson et al. (2014) trekkes sykepleieren frem som en del av kvinnenes støtteapparat, og dette innebærer at sykepleieren både skal kunne gi faglig og emosjonell støtte (Andersson et al., 2014). Når sykepleier møter kvinnene som oppsøker sykehus for å forta et abortinngrep, er det viktig at sykepleier støtter kvinnene i valget de har tatt. Sykepleier skal møte kvinnene med forståelse og respektere beslutningen deres (Jerpseth, 2016, s. 161). Studien til Andersson et al. (2014) viste at samtale om forventninger, følelser og tanker gjennom hele abortprosessen økte tilfredsheten til kvinnene (Andersson et al., 2014).

I studien til Nicholson et al. (2010) blir sykepleierens rolle beskrevet. Sykepleierens skal ha betingelsesløs aksept for kvinnens valg, og vise forståelse og empati. De skal godta og iverksette behandlingen kvinnen har valgt. Sykepleierne har ulike strategier for å greie å tilfredsstille krav og utfordringer. Strategien kan være å dele sine erfaringer med kollegaer eller koble helt ut. Situasjoner hvor helsepersonell fant det utfordrende å utøve betingelsesløs støtte, var der kvinnen brukte provosert abort som prevensjonsmiddel. I slike tilfeller viste studien at helsepersonell kunne føle mer sinne enn sympati, som videre kan føre til begrensninger i den hjelpen de skal gi pasienten (Nicholson et al., 2010).

I studien til Mukkavaara et al. (2012) vektlegges det at situasjonen kvinnen er i, gjør det vanskelig for dem å få med seg informasjon. Derfor kan gjentakelser av informasjonen være nødvendig, og at den gis både skriftlig og muntlig (Mukkavaara et al., 2012).

Studien til Stålhandske et al. (2012) viste at svenske helsepersonell har behov for å forstå og være komfortabel med å utforske pasientens eksistensielle tro og spørsmål (Stålhandske et al., 2012). Det kommer frem i studien til Andersson et al. (2014) at ivaretagelse av kvinner som gjennomfører en provosert abort krever profesjonell kunnskap, empati og evnen til å reflektere over etiske holdninger og betraktninger. Ved økt kunnskap og erfaring vil vanskelige situasjoner som oppstår under prosessen være enklere å håndtere for sykepleier. Videre viser funnene i studien behovet for trening, veiledning og støtte av erfarne kollegaer. Dette vil hjelpe helsepersonell til å føle seg trygge i den profesjonelle rollen i vanskelige situasjoner (Andersson et al., 2014).

## 4.0 Drøfting

I dette kapittelet drøftes problemstillingen «*Hvordan kan sykepleier ivareta kvinner som gjennomfører en provosert abort på sykehus?*» i lys av valgt teori og forskning.

### 4.1. Sykepleiers kompetanse

Kvinnene som kommer på sykehus for å gjennomføre en provosert abort, skal gjennom en vanskelig og krevende prosess (Kjelsvik et al., 2018). Ivaretagelse av denne gruppen krever helsepersonell med god kompetanse på ulike områder (Andersson et al., 2014). Man viser sin kompetanse ved å nyttiggjøre seg og omsette kunnskaper, ferdigheter og verdier i arbeidet (Kristoffersen, 2016, s. 140). Kvinnene som utfører provosert abort, trenger sykepleiere med kompetanse i hvilke utfordringer de kan ha, og som har evne til å gjennomføre behandlingen (Nicholson et al., 2010) (Kristoffersen, 2016, s. 162). I følge Kari Martinsen må sykepleier bruke sin fagkunnskap slik at pasienten får en behandling som er til det beste for han eller hun (Kristoffersen, 2016, s. 60).

Flere studier fremmer behovet for økt kompetanse blant helsepersonellet. Det hevdes at dette kan oppnås med mer kunnskap, utdanning og ressurser (Stålhandske et al., 2011) (Kjelsvik et al., 2018).

Kunnskap er en del av kompetansebegrepet og brukes blant annet om teoretiske kunnskaper fra lærebøker og forskning (Kristoffersen, 2016, s. 140). Sykepleier har behov for å være faglig oppdatert og dette kan oppnås ved ulike kurs og intern undervisning. I tillegg vil det være behov for individuell faglig fordypning ved å holde seg orientert om nyeste forskning. For at dette skal være mulig bør arbeidsgiver sette av tid til hospitering, kurs, litteraturstudier og litteratursøk (Kristoffersen, 2016, ss. 184-185).

Sykepleierens kjønn, alder og erfaring i jobben hadde betydning for hvor godt man så pasientens behov for hjelp (Nicholson et al., 2010). Martinsen hevder også at kompetanse er noe som må erverves gjennom erfaring og praksis (Kristoffersen, 2016). Det kommer samtidig også frem av forskning at det er viktig for ansatte å diskutere problemstillinger som oppstår (Nicholson et al., 2010). Bearbeiding av erfaringer er avgjørende for at erfaringene skal omdannes til kunnskap og bidra til utvikling av personlige kompetanse (Kristoffersen, 2016, s. 172). Refleksjon er et nødvendig redskap for dette. Sykepleier må ha evne til



egenvurdering, hvor man har både evne og villighet til å være kritisk reflekterende til sine egne erfaringer og yrkesutøvelse (Kristoffersen, 2016, s. 175). Ved kritisk refleksjon, gjerne med en kollega eller veileder kan sykepleier undersøke begrunnelsen for egne handlinger og foreta en eventuell korrigerende (Kristoffersen, 2016, ss. 173-174). Tilbud om faglig veiledning i gruppe med kritisk refleksjon vil øke kompetansen, og vil i tillegg øke trivsel, gi mindre stress, og øke tryggheten i yrkesrollen som sykepleier (Kristoffersen, 2016, s. 176). Dessuten vil sykepleier lettere håndtere vanskelige situasjoner som kan oppstå (Andersson et al., 2014).

#### **4.1.1 Årsaker til provosert abort**

Kunnskap om årsakene til at kvinnene vil gjennomføre en provosert abort, er godt dokumentert. Det hevdes at når årsakene er identifisert, kan man forutsi følelsesmessige belastninger etter at aborten er gjennomført (Broen et al., 2005). Sykepleier kan forebygge psykiske belastninger etter aborten hvis årsaken til aborten kartlegges (Birkler, 2014, s. 58). Dette kan gjøres ved utforskende ferdigheter ved innkomstsamtalen (Eide & Eide, 2016, s. 265) (Vedlegg 3).

#### **4.1.2 Kvinnenes eksistensielle behov**

Eksistensielle spørsmål og behov, gjerne i form av ulike handlinger, trekkes fram i ulike studier som et tema sykepleier bør ta opp med kvinnene (Stålhandske et al., 2012) (Stålhandske et al., 2011). Dette på bakgrunn av at mange ble skuffet over helsepersonellens manglende oppmerksomhet på området (Stålhandske et al., 2011). Ikke minst viser det seg at kvinnene som ikke får dekket dette behovet, har dårligere psykisk tilstand i etterkant (Stålhandske et al., 2012). I følge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2016). Dette kan være å tilby kvinner å se fosteret etter aborten, og dermed kanskje få en avslutning. Andre igjen hadde ikke det samme behov for dette eller andre eksistensielle behov (Andersson et al., 2014, ss. 15-16). Kunnskap, utdanning, ressurser og bevisstgjøring kan bidra til at sykepleier tar opp temaet om eksistensielle behov med kvinnene, slik at disse behovene blir ivaretatt (Stålhandske et al., 2012) (Stålhandske et al., 2011).

### **4.1.3 Sykepleiers møte med ambivalente kvinner**

Ambivalensen enkelte kvinner føler i forbindelse med abortprosessen kan vare helt frem til aborten blir utført (Jerpseth, 2016) (Birkler, 2014). I de tilfeller hvor kvinnene gir uttrykk for tvil på sykehuset kan det være aktuelt for sykepleieren, forutsatt at det er tid med tanke på 12-ukergrensen, å råde kvinnen til å reise hjem for å bruke mer tid før hun tar den endelige beslutningen (Jerpseth, 2016). Videre fremkommer det at behovet for både faglig og emosjonell støtte er viktig for ivaretagelsen, og at kvinnene selv ønsker å involvere helsepersonell (Andersson et al., 2014) (Kjelsvik & Gjengedal, 2011). I samtale med kvinnene bør derfor sykepleier bruke informerende ferdigheter i en åpen og spontan kommunikasjon som også gir nærhet og kontakt (Eide & Eide, 2016, s. 12). Norsk lov er klar på at kvinnene skal ta avgjørelsen selv, og at hun skal tilbys informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby henne (Abortloven, 1978, § 1). Likevel kan sykepleier komme opp i det Martinsen kaller omsorgens dilemma. Sykepleier kommer ofte tett på pasienten, og hun/han kan fort bli for emosjonelt engasjert. Dette kan resultere i overinvolvering og for sterk grad av paternalisme hos sykepleieren. Kvinnen mister da sin autonomi og kan bli utsatt for et press som blir et overgrep (Martinsen, 2005, ss. 157-158). På den andre siden vil en for stor vekt på autonomi kunne gi en slags likegyldighet og føre til ettergivenhet og til slutt unnlåtelsessynder (Martinsen, 2005, ss. 157-158). Utøvelse av kritisk refleksjon er derfor viktig, fordi den kan avdekke om ens praksis stemmer overens med kunnskaper og verdier en mener er viktig for ivaretagelsen (Kristoffersen, 2016, s. 175).

### **4.1.4 Kvinnenes psykiske reaksjoner**

Psykiske reaksjoner forekommer i alle faser av abortprosessen, men er sjelden alvorlige (Jerpseth, 2016, s. 161) (Birkler, 2014, s. 60). Det kan oppstå følelser som tvil før inngrep, til angst, sorg, skyld og depresjon, men også lettelse etter aborten (Jerpseth, 2016, s. 161). Sykepleier må være villig til å sette seg inn i kvinnens situasjon for å finne hennes behov (Kristoffersen, 2016, s. 60). Sykepleier kan ved god kommunikasjon, utvikling av en god relasjon, empati og formidling av fagkunnskap, hjelpe kvinnene med vanskelige følelser og psykiske reaksjoner og gi trygghet (Eide & Eide, 2016) (Kristoffersen, 2016, s. 60).

Kunnskap om forhold som predisponerer for depresjon og andre vanskelige følelser under og etter aborten, kan gjøre det mulig å forebygge følelsesmessig belastninger etter aborten (Broen et al., 2005) (Birkler, 2014, s. 58). Den mest opplagte problemstilling er en partner

som presser en ambivalent kvinne til en bestemt avgjørelse. Press gir stor risiko for negative psykiske reaksjoner (Kjelsvik & Gjengedal, 2013) (Broen et al., 2005). Sykepleier kan samhandle med partneren, for å redusere presset (NSF, 2016). Dette kan gjøres ved å formidle kunnskapen om at press fra partner ofte gir negative psykiske reaksjoner, og dessuten at det kan gi hat og bitterhet mot partneren (Broen et al., 2005) (Kjelsvik & Gjengedal, 2013). Selv om de fleste kvinnene ønsker å involvere partneren sin, er det en viktig forutsetning at hun samtykker til at informasjonen deles (Kjelsvik et al., 2018, s. 794) (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1, 2018).

#### **4.1.5 Redusere og forebygge ensomhet og stigma**

Kvinnene kan oppleve ensomhet og stigma av ulike grunner. Ensomheten kan oppstå i beslutningsprosessen, hvor de føler at beslutningen hviler alene på dem (Kjelsvik et al., 2018). Noen hevder at ensomhet og stigma kan oppleves på grunn av sterke uttrykk som blir brukt blant annet i abortdebatten. Undersøkelser viser samtidig at disse visualiseringer og begrepsdannelser ikke påvirker kvinnene som har tatt provosert abort i lengden. Likevel kan frykten for moralsk fordømmelse hindre kvinnene i å dele følelser og opplevelser med andre (Birkler, 2014, s. 59).

I møtet med kvinnene kan sykepleier bidra til å redusere stigma og ensomhet. Det hevdes at en «støttende kultur», med samtale og god informasjon kan bidra til at kvinnene føler seg forstått og mindre alene (Littman et al., 2009). Helsepersonell som ikke engasjerte seg økte følelsen av isolasjon (Kjelsvik et al., 2018). Engasjement formidles gjennom holdning og væremåte (Kristoffersen, 2016, s. 227). Sykepleieren kan ved bruke av verbal- og nonverbal kommunikasjon og empati, vise engasjement, og dermed redusere følelsen av isolasjon (Eide & Eide, 2016). Ved at sykepleier viser til gode kilder til informasjon, kan kvinnen unngå feilinformasjon som kan øke følelsen av stigma. Denne «støttende kulturen» hevdes å øke deres resiliens mot negativ sosial og kulturell påvirkning (Littman et al., 2009). Sykepleier kan også gi omsorgen på en diskre måte, for å unngå at kvinnene føler seg dømt for valget deres av andre på sykehuset (Altshuler et al., 2017). Av egne erfaringer fra praksis er det flere måter sykepleier kan gi omsorg på en diskre måte, slik som å senke stemmen, om mulig be den andre pasienten gå ut av rommet eller benytte et samtalerom.

## 4.2. Ivaretagelse gjennom kommunikasjon og det relasjonelle

Det relasjonelle vektlegges av Martinsen som en viktig faktor for ivaretagelse (Martinsen, 2005, ss. 135-136). Martinsen beskriver i sin omsorgsteori hvordan en god relasjon kan oppnås (Kristoffersen, 2016, s. 60). Når kvinnene ankommer sykehuset skal sykepleier være klar over at de kan ha ulike, kanskje motstridende følelser overfor dem. På den ene siden gruer de seg til å møte helsepersonell, og frykter å bli møtt med kritiske spørsmål og dømmende holdninger. Samtidig forventer kvinnene at sykepleier gir dem råd og veiledning (Kjelsvik & Gjengedal, 2011). I følge Martinsen er innfrielse av pasientens forventninger nødvendig for utvikling av et tillitsforhold (Kristoffersen, 2016, s. 60). Derfor bør sykepleier vise forståelse, gi råd og veiledning for å få utviklet et tillitsforhold med kvinnene (Kjelsvik & Gjengedal, 2011) (Kristoffersen, 2016, s. 60). Utvikling av tillit kan være en grunnmur som relasjonen kan bygge på (Martinsen, 2005, ss. 136, 142). Interesse for pasientens utlevering av seg selv er ikke tilstrekkelig for å få tillit. Det er viktig at sykepleier formidler både interesse og faglig handlekraft for å oppnå tillit hos kvinnene (Kristoffersen, 2016, s. 60). Sykepleier kan vise interesse ved både verbal- og nonverbal kommunikasjon. Ved bruk av en vennlig stemme, et spontant smil, et interessert blikk, berøring eller på annen måte respondere bekreftende, vil sykepleier formidle interesse (Eide & Eide, 2016, ss. 197-199). Det er viktig at det er kongruens mellom sykepleierens verbale og nonverbale kommunikasjon, for å få tillit hos kvinnene. Eksempelvis kan dette være at sykepleier smiler vennlig, mens hun spør hvordan det går (Eide & Eide, 2016, ss. 199-200). Sykepleier kan også vise interesse ved å følge verbalt bekreftende, ved å si «jeg forstår», «så trist», «huff da» og lignende, umiddelbart, som svar på det kvinnene sier (Eide & Eide, 2016, s. 220). Spontaniteten sykepleier viser med dette, er det Martinsen omtaler som avgjørende for den yrkesmessige omsorgen (Kristoffersen, 2016, s. 60). Sykepleier kan vise sin faglige handlekraft, ved å gi god og tilpasset informasjon før, under og etter aborten, og gjerne repetere informasjonen muntlig og skriftlig, fordi situasjonen gjør at kvinnene ikke så lett får med seg informasjon (Mukkavaara et al., 2012). Også ved andre handlinger, som administrering av medisin og observasjon av kvinnen, viser sykepleier faglig handlekraft. Dette er det Martinsen snakker om når hun legger vekt på at omsorg i høyeste grad er en praktisk handling (Kristoffersen, 2016, s. 60) (Vedlegg 3).

Noen mener samtidig at fagkunnskap ikke er nok alene, og at det uten empati og målorientering ikke vil bli en god omsorgsrelasjon (Eide & Eide, 2016, s. 19). Empati er et tosidig fenomen og handler her om sykepleiers forståelse og innlevelse i kvinnens tanke- og

følelsesliv (Eide & Eide, 2016, s. 38). Martinsen legger vekt på dette når hun snakker om den yrkesmessige relasjonelle omsorg, der den ene forplikter seg til å hjelpe den andre. For sykepleier innebærer dette å være villig til å sette seg inn i pasientens situasjon, for å finne pasientens behov (Kristoffersen, 2016). Sykepleier kan også vise at hun/han har forstått kvinnens følelser ved å speile dem, det vil si å gjengi kvinnenens følelser, slik at kvinnene bedre ser eller gjenkjenner sine egne følelser. «Det høres ut som du er engstelig og sliten» er et eksempel på speiling. Dette vil også bidra til at kvinnen føler seg lyttet til og akseptert (Eide & Eide, 2016, ss. 230-232).

Når man snakker om å la din rolle som sykepleier styre evnen og viljen til kommunikasjon, er vi inne på hva målorientering vil si (Eide & Eide, 2016). Dette innebærer kartlegging av behov, men også å ta vare på kvinnens autonomi (Eide & Eide, 2016). Kvinnens autonomi er lovpålagt og også beskrevet i sykepleiernes etiske retningslinjer (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1, 2018) (NSF, 2016). Dette kan gi kvinnen empowerment (Eide & Eide, 2016, s. 19). Sykepleier kan oppnå dette ved å involvere kvinnen, vise respekt, ta kvinnens perspektiv på alvor og gi kvinnen mest mulig makt og kontroll (Eide & Eide, 2016).

En god arbeidsallianse mellom kvinnen som kommer til sykehuset og sykepleier, er et viktig mål for god ivaretagelse. Kommunikasjon, respekt og forutsigbarhet hevdes å være viktige redskap for å skape en god arbeidsallianse (Eide & Eide, 2016, ss. 45-46). Det kan likevel oppstå situasjoner hvor sykepleier opplever en etisk konflikt, der det kan være vanskelig å forholde seg til kvinnens innstilling. Eksempel på dette er situasjoner der provosert abort er blitt benyttet gjentatte ganger, og det derfor kan oppfattes som at kvinnen bruker det som et prevensjonsmiddel. Det beskrives at slike forhold kan føre til begrensninger i den hjelpen sykepleier gir kvinnen (Nicholson et al., 2010). Dette bryter både med lover og sykepleiers etiske retningslinjer (Helsepersonelloven, § 4, 2012) (Pasientrettighetsloven, § 3-1, 2018) (NSF, 2016). Studien til Nicholson et al. (2010) vektlegger at sykepleier betingelsesløst skal akseptere kvinnenens valg, og at sykepleier må vise forståelse og empati. Selv om sykepleier er bevisst på dette, er det en utfordring å ikke la følelsene og meningene bestemme kvaliteten på ivaretagelsen (Nicholson et al., 2010). Martinsen tar også opp dette temaet når hun omtaler «krykkemoral». Når «kjærligheten» svikter må normmoralen ta over og gi plikthandlinger (Martinsen, 2003, s. 85). Sykepleier må følge lover og yrkesetiske retningslinjer som grunnlag for handlingene i slike vanskelige situasjoner (Helsepersonelloven, § 4, 2012) (Pasientrettighetsloven, § 3-1, 2018) (NSF, 2016).

### 4.3 Rammen for ivaretagelsen og utfordringer

I sin rolle og funksjon på sykehuset har sykepleier klare definerte praktiske oppgaver (Jerpseth, 2016, s. 162) (Vedlegg 3). Sykepleier kan tilføre disse oppgavene andre dimensjoner, som emosjonell støtte for å øke graden av ivaretagelse (Andersson et al., 2014).

Sykepleier sin ivaretagelse av kvinnene er som tidligere nevnt lovregulert, og sammen med de etiske retningslinjene for sykepleier danner de en ramme for sykepleiers ivaretagelse av kvinnene (NSF, 2016) (Helsepersonelloven, 1999) (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) (Abortloven, 1975). Krav til effektivisering og nye oppgaver kan gjøre at sykepleier opplever et sprik mellom pasientens behov og ressurser en har til rådighet. Kvaliteten på pleien kan komme i andre rekke og sykepleiere beskriver et konstant tidspress. Sykepleier må beholde sin samvittighet, men må samtidig se realitetene i øynene. Derfor bør ikke sykepleiere dekke over problemene ved å strekke seg for langt, men synliggjøre avvikene i helsesektoren for at andre skal oppdage problemet (Nydal et al., 2016).

Arbeidskulturen på klinikken er også en faktor som kan påvirke sykepleiers ivaretagelse av den enkelte kvinne. Med dette menes et miljø der sykepleierne kan dele erfaringer og får snakket ut med andre om vanskelige situasjoner, slik at disse blir bearbeidet og kompetansen hevet (Nicholson et al., 2010). Ut ifra yrkes etiske retningslinjer skal sykepleier bidra til faglige normer for god praksis på arbeidsstedet (NSF, 2016). Sykepleier kan ta opp behovet for refleksjon med ledelsen, og/eller selv å delta i fagveiledning med etisk refleksjon (Kristoffersen, 2016, s. 176). Samtidig bør det aksepteres at noen sykepleiere kan ha behov å koble helt av. Dette kan ha betydning for deres ivaretagelse av kvinnen fordi dette kan bidra til at sykepleier greier å skjule sin «sorg» ved at den ikke avsløres ved non-verbal kommunikasjon (Nicholson et al., 2010).

## 5.0 Konklusjon

Utgangspunktet for oppgaven var utforske hvordan man som sykepleier kan ivareta kvinnene som er på sykehuset for å gjennomføre en provosert abort. I ulike forskningsstudier og annen litteratur beskrives følelser og psykiske reaksjoner kvinnene kan oppleve, og som sykepleier må være beredt til å møte med kompetanse. Sykepleier kan utvikle kompetanse gjennom utdanning og ved refleksjon få bearbeidet erfaringer så kompetansen utvikles. Kunnskap om årsaker til at kvinnene tar abort, og hvor vanskelig avgjørelsen kan være for noen, er viktig kunnskap å ha. På den måten kan sykepleier forbygge og/eller redusere psykiske reaksjoner hos kvinnene.

Det kommer også frem hvilke forventninger kvinnene har til sykepleier og hvordan sykepleier skal møte disse. Respekt for autonomi, forståelse, og eksistensielle handlinger har vist seg å være viktige og helt avgjørende for å få tillit og kunne ivareta dem. Kommunikasjon er en viktig del av det relasjonelle, og for å oppnå tillit. Empati, kunnskap og målorientering er viktige elementer her. Sykepleier skal fungere som en samtalepartner, og gi nødvendig informasjon og støtte, uten kritiske spørsmål. Bevisst bruke av virkemidler som verbal bekreftelse og speiling er viktig, for å oppnå tillit. Her er også spontanitet og kongruens mellom verbal- og nonverbal kommunikasjon avgjørende. Når sykepleier gjør rutinemessig arbeid er dette også ivaretagelse av kvinnene, men de bør samtidig være opptatt av å sette seg inn i kvinnens situasjon, engasjere seg og gi støtte. Videre bør sykepleier være kritisk til den omsorgen de selv yter, så den gis med utgangspunkt i kvinnenes behov og at kvinnens autonomi respekteres. Dette krever selvinnsikt og empati av sykepleier.

Godt arbeidsmiljøet kan ha betydning for ivaretagelse av kvinnene. Det er viktig å utvikle en kultur hvor sykepleierne er trygge nok til å utveksle erfaringer, slik at de får reflektert, bearbeidet belastende opplevelser og dratt nytte av andres erfaringer. Dette kan skje i refleksjonsgrupper og/eller ved at erfarne sykepleiere fungerer som mentor for mindre erfarne sykepleiere. På den måten blir de bedre rustet til å ivareta kvinnene som kommer til sykehus for å gjennomføre en provosert abort..

Det kreves stor kompetanse for god ivaretagelse av kvinnene. En styrking av utdanning og kompetanseutvikling på sykehusene og av sykepleiere er derfor viktig, for å ivareta kvinnene som skal få utført en provosert abort.

## Litteraturliste

Abortforskriften (2001). Forskrift om svangerskapsavbrudd. Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-06-15-635?q=forskrift%20abort>

Abortloven (1975). Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven) av 13. juni 1975 med endringer av 16. juni 1978 og 19. juni 2015. Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>

Altshuler, A. L; Ojanen-Goldsmith, A.; Blumenthal, P. D; Freedman, L. R. (2017). *A good abortion experience: a qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care*. *Sosial Science & Medicine* 191 (2017) 109-116. ISSN: 0277-9536.  
DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.09.010

Andersson, I.-M; Christensson, K; Gemzell-Danielsson, K. (29. desember, 2014). *Experiences, Feelings and Thoughts of Women Undergoing Second Trimester Medical Termination of Pregnancy*. *PLOS ONE* 9(12): e115957. ISSN: 1932-6203. DOI: 10.1371/journal.pone.0115957.

Andersson, I.-M; Gemzell-Danielsson, K; Christensson, K. (Mai 2014). *Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy*. *Contraception* 89 (2014) 460-465. ISSN: 0010-7824. DOI: 10.1016/j.contraception.2014.01.012

Bahus, M. K. (2019). Abortloven. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/abortloven>

Benute, G. R.; Nomura R. M.; Pereira P. P.; Souza de Lucia, M. C.; Zugaib, M. (2009). *Spontaneous and induced abortion: anxiety, depression and guilty*. *Rev Assoc Med Bras*, 2009, Vol.55(3), pp.322-327. ISSN: 0104-4230. PMID: 19629354

Birkler, J. (2014). Kapittel 2 Perspektiver på provokeret abort. *Bogen om provokeret abort – perspektiver og utfordringer*. (1.utg). Kobenhavn: Nyt Nordisk Forlag A/S

Broen, A. N.; Moum, T.; Bødtker, A. S.; Ekeberg, Ö. (2005). *Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study*. *General Hospital Psychiatry* 27 (2005) 36-43. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2004.09.009.



Broen, A. N.; Moum, T.; Bödtker A. S.; Ekeberg, Ö. (2005). *The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study*. BMC Medicine 2005; 3: DOI: 1810267.

Dalland, O. (2018.). Kapittel 3 Hva er metode? *Metode og oppgaveskriving*. (6 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2018.). Kapittel 4 Intervju. *Metode og oppgaveskriving*. (6 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. & Trygstad, H. (2018.). Kapittel 8 Kilder og kildekritikk. *Metode og oppgaveskriving*. (6 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2018.). Kapittel 9 Sitater og referanser. *Metode og oppgaveskriving*. (6 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2018.). Kapittel 14 Etske overveielser og personvern. *Metode og oppgaveskriving*. (6 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2016). Kapittel 1 Hva er hjelpende kommunikasjon? *Kommunikasjoner i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H.; Eide, T. (2016). Kapittel 2 Grunnbegreper i hjelpende kommunikasjon. *Kommunikasjoner i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H.; Eide, T. (2016). Kapittel 7 Nonverbal kommunikasjon. *Kommunikasjoner i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H.; Eide, T. (2016). Kapittel 8 Bekreftende ferdigheter. *Kommunikasjoner i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteratustudier*. (4.utg.). Stockholm: Natur & Kultur.

- Fosshagen, K. (2018). Tabu. I *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/tabu>
- Gamnes, S. & Johansen, M. (201). 9Svangerskapsavbrudd. *Emetodeboka for seksuell helse* (8. utg.). Hentet fra: <https://www.emetodebok.no/kapittel/menstruasjon-svangerskap-og-svangerskapsavbrudd/svangerskapsavbrudd/>
- Helsebiblioteket (2016). *PICO*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet. (2018). *Abort*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/seksuell-helse/abort#statistikk-om-abort>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell* av 2. juli 1999, med endringer 1. januar 2012. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Ingstad, K. (2018). 6. Identitet og rolle. *Sosiologi - I sykepleie og helsearbeid*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jerpseth, H. (2016). Kapittel 20 Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. *Klinisk sykepleie* 2. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johannessen, K.I.; Molven, O.; Ralkvam, S. (2007). Forholdet mellom etikk og juss. *Godt, rett, rettferdig – Etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe AS.
- Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallet, S. & Rosenthal, S. (2009, April, 3). *Reasons women give for abortion: a review of the literature*. *Archives of Women's Mental Health*, 12:365-378, DOI: 10.1007/s00737-009-0084-3
- Kjelsvik, M.; Sekse, R. J. T.; Moi, A. L.; Aasen, E. M.; Chesla, C. A.; Gjengedal, E. (2018). *Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester*. *Health Care for Women International*, 39:7, 784-807, DOI: 10.1080/07399332.2018.1465945
- Kjelsvik, M. & Gjengedal, E. (2011). *First-time pregnant women's experience of the decision-making process related to completing or terminating pregnancy- a phenomenological study*. *Scandinavian journal of caring sciences*, March 2011, Vol.25(1), pp.169-175. E-ISSN: 1471-6712. DOI: 1471-6712. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00807.x

Kjelsvik, M.; Gjengedal, Eva. (2013). *Abort eller ikke*. Hentet fra:

[https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/abort\\_eller\\_ikke\\_1491.pdf](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/abort_eller_ikke_1491.pdf)

Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. *Grunnleggende Sykepleie Bind 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3.utg). (Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J.; Nortvedt, F; Skaug, E-A; Grimsbø, G.H. (2016). Hva er sykepleie? *Grunnleggende sykepleie bind 1 – Sykepleie fag og funksjon*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleie – Kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. *Grunnleggende sykepleie bind 1 – Sykepleie fag og funksjon*. (3.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleie – Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. *Grunnleggende sykepleie bind 1 – Sykepleie fag og funksjon*. (3.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Littman, L.L.; Zarcadoolas, C.; Jacobs, A.R. (2009). *Introducing abortion patients to a culture of support*. Arch Women Ment Health. 12:419-431. DOI 10.1007/s00737-009-0095-0

Lønnå, E. (2019). Abortkampen. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/abortkampen>

Major, B.; Appelbaum M.; Beckman L.; Dutton M. A.; Russo. N. F.; West, C. (2009). *Abortion and mental health: Evaluating the Evidence*. American Psychologist, 2009, Vol.64(9), p. 863-890. ISSN: 0003-066X. DOI: 10.1037/a0017497

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. (1.utg). Oslo: Akribe.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin - Historisk-filosofiske essays*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. (2.utg.). AIT Otta AS: Universitetsforlaget.

Mukkavaara, I.; Öhrling, K.; Lindberg, I. (Oktober 2012). *Women's experiences after an induced second trimester abortion*. *Midwifery* 28 (2012), pp.e720-e725. DOI: 10.1016/j.midw.2011.07.011

Nesheim, B-I. (2018). Abort. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/abort>

Nesheim, B-I. (2017). Fruktbarhet. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/fruktbarhet>

Nesheim, B-I. (2016). Spontan abort. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: [https://sml.snl.no/spontan\\_abort](https://sml.snl.no/spontan_abort)

NHI. (2017) Kirurgisk abort. *Norsk helseinformatikk*. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/kirurgisk-abort/>

NHI. (2017). Medikamentell abort. *Norsk helseinformatikk*. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/medikamentell-abort/>

Nicholson, J.; Slade, P.; Fletcher, J. (2010). *Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses*. *Journal of Advanced Nursing*, Oktober 2010, Vol.66(10), pp.2245-2256. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05363.x

NSF (Norsk sykepleieforbund). (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

NSF (Norsk sykepleieforbund). (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler*. Hentet fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

NSF (Norsk sykepleieforbund). (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nydal, I.; Åsmo, K.; Dypvik, T. K.; Thorheim, H. (2016). *Stressa sykepleiere i kommunene*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/effektivitet-i-kommunehelsetjenesten-0>

Opsahl, A. M. D. (2018). *Får angst og depresjon etter abort*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/06/far-angst-og-depresjon-etter-abort>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* av 2. juli 1999 med endringer 1. januar 2018. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient%20og%20brukerrettighet>

Skjeldestad, F.E. (2001). *Beslutningsprosess og behov for informasjon/rådgivning blant kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd – en evaluering av intensjonene i abortloven*. SINTEF Rapport (STF78 A022505).

Språkrådet. (2018). Ivareta. I *Bokmålsordbok*. Hentet fra: [https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=ivareta&ant\\_bokmaal=5&ant\\_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal](https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=ivareta&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal)

Stai, M. L. (2018). *Fakta om abort*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikk3/abort---fakta-med-statistikk/>

Stor medisinske leksikon. (2019). *Konvensjon*. Hentet fra: <https://snl.no/konvensjon>

Stålhandske, M. J.; Makenzius, M.; Tydén, Tanja; Larsson, M. (2012). *Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation*, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33:2, 53-61, DOI: 10.3109/0167482X.2012.677877

Stålhandske, M. J.; Makenzius, M.; Tydén, Tanja; Larsson, M. (2011). *Women's existential experiences within Swedish abortion care*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2011, Vol. 32, No. 1, pp. 35-41. ISSN: 0167-482X. E-ISSN: 1743-8942. DOI: 10.3109/0167482X.2010.545457

Szymanska, M. & Chazan B. (2008). *Differences between behaviours of female patients from Poland and Belarussia after natural miscarriage and induced abortion*. *Ethics & Medicine* 2008; (24) 1: 29-39. ISSN: 0266688X

Travelbee, J. (2017). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ørn, Stein; Bach-Gansmo, Edvin. (2016). *Sykdommer knyttet til svangerskap og fødsel. Sykdom og behandling*. (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

## Vedlegg 1 – Pico-skjema

# PICO-skjema

<b>Tittel/arbeidstitel på prosedyren:</b> Provosert abort			
<b>Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:</b> <i>«Hvordan kan sykepleier ivareta kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus?»</i>			
<b>Er det aktuelt med søk på pasient- og pårørendeopplæring?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
<b>Hva slags type spørsmål er dette?</b> <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input checked="" type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input checked="" type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<b>Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<b>P</b> Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvinner i fertil alder</li> <li>• Kvinner som ønsker å få utført en medisinsk eller kirurgisk abort.</li> <li>• Kvinner som gjennomfører abort på sykehuset hvor de blir møtt av sykepleiere.</li> </ul>	<b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Provosert abort</li> <li>• Medisinsk abort</li> <li>• Kirurgisk abort</li> <li>• Angst, depresjon, sorgfølelse, skam, anger, ensomhet (alene om sorg/tap), isolasjon, følelse av svik, tap av sex sexlyst.</li> <li>• Tabu</li> <li>• Fysiske plager; smerter, blødninger.</li> </ul>	<b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvinner som føler at de ikke blir tilstrekkelig ivaretatt av sykepleier under prosessen på sykehuset.</li> </ul>	<b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvinner som gjennomfører provosert abort føler seg ivaretatt av sykepleierne de møter på sykehuset/under prosessen på sykehuset.</li> </ul>
<b>P</b> Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	<b>I</b> Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	<b>C</b> Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	<b>O</b> Noter engelske søkeord for utfall
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Women who undergo abortion procedures</li> <li>• Women who undergo induced abortion</li> <li>• Women who undergo a medical abortion/ pregnancy termination</li> <li>• Women who undergo a surgical abortion/ pregnancy termination</li> <li>• Women's experience with abortion</li> <li>• Fertile women</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Induced abortion</li> <li>• Termination of pregnancy</li> <li>• Medical abortion</li> <li>• Surgical abortion</li> <li>• Anxiety and depression after an induced abortion</li> <li>• Nursing</li> <li>• Women</li> <li>• Supporting</li> <li>• Abortion care</li> <li>• Needs</li> <li>• Abortion on request</li> <li>• Experiences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Women don't feel cared for by nursing staff while undergoing an induced abortion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Women feel cared for by nursing staff in the hospital before, under and the procedure of induced abortion</li> <li>• Women who undergo induced abortion don't experience anxiety and depression after the procedure.</li> </ul>

(Helsebiblioteket, 2016)

## Vedlegg 2 – Litteratursøk

Litteratursøk				
Database/ søkemotor/ Nettsted	Søk nummer	Søkeord/ Emneord/ Søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søket/treffliste:
CINAHL	S1	Induced abortion	8.658	
	S2	Termination of pregnancy	1.866	
	S3	Needs	369.415	
	S4; S1 OR S2	Induced abortion OR Termination of pregnancy	9.551	
	S5; (S1 OR S2) AND S3	Induced abortion OR Termination of pregnancy, AND Needs	597	Peer reviewed og publisert i løpet av de siste 10 årene
	S6; S1 AND S3	Induced abortion AND Needs	538	Peer reviewed og publisert i løpet av de siste 10 årene
	S7; S2 + S3	Termination of pregnancy AND Needs	145	Peer reviewed og publisert i løpet av de siste 10 årene
	S8	Medical abortion	422	Peer reviewed og publisert i løpet av de siste 10 årene
	S9	Surgical abortion	217	Peer reviewed og publisert i løpet av de siste 10 årene
	S10; S8 OR S9	Medical abortion OR Surgical abortion	588	
	S11	Women's experiences	4.387	

	S12; S4 AND S11	Induced abortion OR Termination of pregnancy AND Women's experiences	134	Peer reviewed
	S13; S1 AND S11	Induced abortion AND Women's experiences	88	Peer reviewed og publisert i løpet av de siste 10 årene
	S14; S2 AND S11	Termination of pregnancy AND Women's experiences	31	Peer reviewed
	S14; S10 AND S11	Medical abortion OR Surgical abortion AND Women's experiences	21	
	S15; S8 AND S11	Medical abortion AND Women's experiences	14	
	S16; S9 AND S11	Surgical abortion AND Women's experiences	11	
	S17	Women who undergo induced abortion	3.423	Peer reviewed, Geografisk; Europa, og publisert i løpet av de siste 10 årene
	S18	Women undergoing induced abortion	6	Peer reviewed
	S19	Reasons	63.174	
	S20; S1 AND S19	Induced abortion AND Reasons	136	Peer reviewed, Geografisk; Europa, og publisert i løpet av de siste 10 årene
	S21	Reasons for induced abortion	4	
	S22	Stigma	17.660	
	S23	Support	351.164	
	S24; S1 AND S22	Induced abortion AND Stigma	178	Peer reviewed



	S25; S1 AND S23	Induced abortion AND Support	597	Peer reviewed
	S26; S1 AND S22 AND S23	Induced abortion AND Stigma AND Support	29	Peer reviewed
	S27; S2 AND S23	Termination of pregnancy AND support	166	Peer reviewed
	28: S2 AND S23 AND S23	Termination of pregnancy AND Stigma AND Support	11	
	S29	Abortion	15.711	
	S30; S1 OR S29	Induced abortion OR Abortion	15.711	
	S31	Unsure	1152	
	S32	Ambivalence	1554	
	S33; S31 OR S32	Unsure OR Ambivalence	2700	
	S34	Decision making	117.385	
	S35; S30 AND S33 AND S34	Induced abortion OR Abortion, AND Unsure OR Ambivalence, AND Decision making	18	
	S36; S1 AND S33 AND S34	Induced abortion, AND Unsure OR Ambivalence, AND Decision making	9	
	S37	Mental Health	116.560	
	S38; S1 AND S38	Induced abortion AND Mental Health	145	
	S39	Reactions	102.255	
	S40; S1 AND S39	Induced abortion AND reactions	92	

<b>PubMed</b>	S1	Induced abortion	7467	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S2	Termination of pregnancy	9796	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S3	Needs	180.703	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S4; (S1 OR S2), AND S3	Induced abortion OR Termination of pregnancy, And Needs	408	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S5	Medical abortion	7216	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S6	Surgical abortion	8101	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S7	Women's experiences	11.355	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S8; (S5 OR S6), AND S7	Medical abortion OR Surgical abortion AND Women's experiences	344	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S9; (S1 OR S2), AND S7	Induced abortion OR Termination of pregnancy AND Women's experiences	331	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S10	Experiences undergoing induced abortion	52	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S11	Women undergoing induced abortion	274	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.

	S12	Reasons	135.621	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S13	Induced abortion AND Reasons	516	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S14	Termination of pregnancy AND Reasons	667	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S15; (S5 OR S6), AND S12	Medical abortion OR Surgical abortion AND Reasons	668	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S16	Reasons for induced abortion	516	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S17	Induced abortion and stigma	178	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S18	Stigma	16.253	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S19	Support	3.843.179	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S20; S1 AND S18	Induced abortion AND Stigma	175	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S21; S1 AND S19	Induced abortion AND support	2.561	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S22; S1 AND S18 AND S19	Induced abortion AND Stigma AND support	90	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.

	S23; S2 AND S18	Termination of pregnancy AND stigma	188	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S24; S2 AND S19	Termination of pregnancy AND support	3.226	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S25; S2 AND S18 AND S 19	Termination of pregnancy AND Stigma AND support	97	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S26	Abortion	19.530	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S27; S1 OR S26	Induced abortion OR abortion	19.530	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S28	Unsure	54.142	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S29	Ambivalence	2.758	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S30; S28 OR S29	Unsure OR ambivalence	56.761	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S31	Decision making	149.206	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk.
	S32; S27, AND S30, AND 31	Induced abortion OR Abortion, AND Unsure OR Ambivalence, AND Decision making	319	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk
	S33; S1 AND S30 AND S31	Induced abortion, AND Unsure OR	313	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk

		Ambivalence, AND Decision making		
	S34; S1 AND S30	Induced abortion AND Unsure OR Ambivalence	2810	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk
	S35; S1 AND S31	Induced abortion AND Decision making	605	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk
	S36	Mental Health	176.141	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk
	S37; S1 AND S36	Induced abortion AND Mental Health	198	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk
	S38	Reactions	467.136	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk
	S39; S1 AND S38	Induced abortion AND Reactions	175	Publisert i løpet av de siste 10 årene. Språk: Engelsk

# Vedlegg 3 – Prosedyre for provosert, medisinsk abort



Prosedyre

## Abort, provosert medisinsk, inneliggende

Kvinneklubben (KVI)/Gynekologisk avd. /Gynekologi (medisinsk fag)

Dokument-ID: 3223  
Versjon: 5  
Status: Godkjent

Dokumentansvarlig:  
Tone Walstad  
Utarbeidet av:  
Monika Pedersen

Godkjent av:  
Marit Lieng

Godkjent fra:  
27.06.2018

## 1. Endringer siden forrige versjon

### Januar 2016

Ansvarspresisering vedr Rhesusprofylakse

### Mars 2015

Kontroll av Rhesus blir nå fra uke 9  
Byttet ut EPJ fra doculive til DIPS

### Mai 2011

Batchnr på Rofylac klistres i pasientens journal

### September 2010

Endret oppfølging v/ graviditet mellom 9 - 12 uker.  
Endret cytotec-regime  
Revidert vedlegg: Informasjonsskriv

### Juni 2010

Sykemelding  
Nye vedlegg

### April 2010

Ulik oppfølging av pasienter før og etter 9 uker  
HCG kontroll

### Juni 2018

Ny Rhesusprofylakse (8 uker). Nytt smerteregime. Noe forandret ordlyd.

## 2. Hensikt og omfang

### Hensikten med prosedyren er:

Å sikre riktig behandling av pasienter som kommer til avdelingen for medikamentell abort, ved å gi god oversikt over de aktivitetene som skal igangsettes.

### Prosedyren omhandler:

Den behandling pasienten mottar fra hun har tatt mifepristone til hun utskrives til hjemmet.  
Den beskriver hvilken personell som er ansvarlig for igangsetting og oppfølging av behandlingen.

## 3. Ansvar

### Medisinsk rådgiver / sykepleier gynekologisk poliklinikk:

Tar imot og informerer pasienten ved 1. gangs konsultasjon. Igangsetter medikamentell behandling etter forordning.

### Pasientansvarlig sykepleier / hjelpepleier ved gynekologisk sengepost:

Tar imot pasienten ved ankomst avdelingen og informerer om prosedyre og forventet forløp.

### Pasientansvarlig sykepleier:

Administrerer og følger opp medikamentell behandling etter forordning.

### Ansvarlig lege:

Skriver sykemelding. Er medisinsk ansvarlig i perioden pasienten er i avdelingen.

### PA journalskriver:

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Abort, provosert medisinsk, inneliggende		Utskriftsdato: 20.02.2019	
Dokumentansvarlig: Tone Walstad	Godkjent av: Marit Lieng	Dokument-Id: 3223 - Versjon: 5	Side 1 av 3

Undersøker alle kvinner med graviditetsslengde >9 uker før hjemreise.

## 4. Fremgangsmåte

### Gynekologisk poliklinikk

- Pasienten får tbl. Mifegyn200mg(Mifepriston ) , 1 - 3 dager før hun møter i avdelingen. Dette gis av sykepleier eller medisinsk rådgiver ved gynekologisk poliklinikken i ukedagene, og av vakthavende sykepleier ved Føde- gyn mottak i helg.Mifegyn(Mifepriston ) finnes også på medisinerrommet på Gynekologisk sengepost i 7. etg.).
- Pasienten får med **0,8 mg** Cytotec (Misoprostol).
- Er pasienten over 8 uker får hun med seg blodprøverkvisisjon for å ta Rhesus før innleggelse
- Pasientens journal ferdigstilles på poliklinikken og legges i posthyllen til Gynekologisk sengepost .
- For smerter anbefales pasienten å kjøpe reseptfrie Voltarol 25 mg (kan ta 1-2 tabletter ved behov). Kan også tas i kombinasjon med Panodil 1 g.(reseptfri)

### Innleggelsesdagen

- Pasienten skal sette 0,8 mg. Cytotec (Misoprostol) vaginalt hjemme, ca.1 time før hun ankommer avdelingen.
- Hun skal også ta startdose med smertestillende pr.os :Panodil (Paracetamol) 2 g (1,5 g ved vekt under 60kg), Voltaren (Diklofenak) 100 mg, og OxyContin (Oxycodon depot) 10 mg og kvalmestillende, Zofran (Ondansetron) 8 mg om morgenen samtidig som Cytotec( Misoprostol )settes vaginalt.
- Hun møter på Gynekologisk sengepost kl 08:30.
- Registrering på data av postsekretær.
  - Diagnose **O049**
  - Prosedyre **LCH10**
- Pasienten tas imot av sykepleier eller hjelpepleier:
  - Informeres om gjeldende prosedyre og forventet forløp.
  - Behov for sykemelding kartlegges (kan få 1 - 2 dager).
  - Er pårørende kjent med innleggelsen? Skal dokumenteres i DIPS.
  - Pasienten oppmuntres til å være i aktivitet. Dette kan være gunstig for smerter og for fremdrift i behandlingen. Hun kan spise og drikke normalt.
- Alle medikamenter dokumenteres på pasientens medisinkurve (også medikamenter pasienten selv har administrert hjemme).
- Det forventes smerter i forbindelse med behandlingen, og det kan administreres ekstra smertestillende i henhold til stående forordninger (se egen liste).
- Forventet tid i avdelingen er 4 - 6 timer.

### Oppfølging <9 uker

\* Rhesus kontrolleres etter uke 8. (Sjekk i DIPS.)

\*Ved moderat til rikelig koagelblødning vaginalt, og god smertelindring, kan pasienten reise fra avdelingen uten avtale om videre oppfølging

- Pasienten skal ta HCG i urin hjemme etter 4 uker .Viser denne positivt resultat, skal hun kontakte Føde-Gyn-Mottak.
- Ved sparsom til ingen vaginal blødning etter 3 timer, igangsettes følgende tiltak:
  - **0,8 mg** Cytotec (Misoprostol) vaginalt.
  - Vurdere om kontrolltime skal bestilles på Gynekologisk poliklinikk (2 - 3 uker frem i tid.)
  - Tilse at hun har smertestillende før hun reiser hjem.
- Vakthavende lege kontaktes for vurdering ved fortsatt uteblitt blødning og pasienten fortsatt oppholder seg i avdelingen.

### Oppfølging 9 - 12 uker

- Rhesus kontrolleres etter uke 8. (Sjekk i DIPS.) i PARTUS(på "Helsekort"). Sykepleier administrerer Rhesusprofylakse etter stående ordinasjon ved indikasjon. Ref: se prosedyre for rhesusprofylakse .
- **0,8 mg Cytotec** (Misoprostol )3 timer etter at første dose er tatt (se egen prosedyre for cytotec-behandling)
- Det skal gjøres UL på ALLE pasienter før hjemreise for å bekrefte at foster er kvittet. Lege med ansvar for PA-poliklinikken skal utføre UL-undersøkelsen etter sin siste polikliniske pasient. Ring på forhånd og informer hvis det er innlagt pasienter som skal følges opp.
- Er graviditeten fortsatt inntakt kontinueres Misoprostol-behandlingen i henhold til prosedyre; *Cytotec-dosering v/*

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Abort, provosert medisinsk, inneliggende		Utskriftsdato: 20.02.2019	
Dokumentansvarlig: Tone Walstad	Godkjent av: Marit Lieng	Dokument-Id: 3223 - Versjon: 5	Side 2 av 3

medisinsk-, missed- og 2. trimester abort. Pasienten skal til ny UL før hun kan reise hjem.

- Skulle det i spesielle tilfeller vurderes behov for revisio, skal dette planlegges utført på PO/dagkirurgisk enhet påfølgende dag. Pasienten blir i avdelingen og holdes fastende fra midnatt.

### Utskrivning

- Pasienten utskrives av sykepleier.
- Har lege vært involvert i behandlingen, dikterer denne eget tilsynsnotat .
- Rhesogamma administreres til Rhesus-negative pasienter. Dette dokumenteres på pasientens medisinkurve og PARTUS ("Helsekort") Batch-lapp fra sprøyten skal klistres på "Skjema om egen helsetilstand"(dette scannes i pasientens journal).
- Hun får avdelingens visittkort, og kan kontakte oss ved behov.
- Tilse at pasienten har mottatt informasjonsskriv om forholdsregler ved gjennomgått medisinsk abort.
- Kontrollere at pasienten har fått Rhesusprofylakse hvis indikasjon.

### Informasjon ved utreise


- Avtagende blødning i løpet av 3 - 4 dager.
- Blødning kan stoppe helt i løpet av de første dagene, for så å komme tilbake/tømme seg : normalt.
- Mindre blødning eller misfarger utflod i 2 - 4 uker er normalt.
- Hun kan ha behov for smertestillende medikamenter de første dagene.
- Det er forventet at menstruasjonen kan komme tilbake etter 4 - 6 uker. Denne kan være ulik i karakter enn hva hun har vært vant til (kraftigere blødning, endret smertebilde, varighet)
- Ved økende smerter og blødning i kombinasjon med feber, skal hun ta kontakt med avdelingen.
- Bruke sanitetsbind istedet for tampong.
- Ikke samleie, karbad eller svømmebasseng så lenge hun har blødning (2 - 4 uker).

## 5. Definisjoner

Medikamentell / medisinsk abort:

Svangerskapsavbrudd ved graviditet mindre enn 12 uker (CRL<66), utført ved hjelp av medikamenter.

### Andre eHåndboksdokumenter

-  Cytotec; Dosering v/medisinsk-, missed- og 2. trimester abort

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Abort, provosert medisinsk, Inneliggende			Utskriftsdato: 20.02.2019
Dokumentansvarlig: Tone Walstad	Godkjent av: Marit Lieng	Dokument-id: 3223 - Versjon: 5	Side 3 av 3



## Vedlegg 4 – Forskningsartikler med metode, hensikt, funn og konklusjon

### *Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation.*

Maria Lilja Stålhandske, Marlene Makenzius, Tansja Tydén & Margareta Larsson (2012).

**Metode:** Artikkelen er basert på kvantitativ forskning utført som en tverrsnittstudie hvor det ble utlevert et spørreskjema til ti klinikker i Sverige. Dataene ble samlet inn over en periode på omtrent 8 måneder, hvor 499 kvinner besvarte spørreskjemaet. Spørreskjemaet hadde 51 multiple-choice spørsmål og fire åpne spørsmål. I forarbeidet til studien ble spørreskjemaet revidert etter en pilotstudie i to klinikker. Spørsmålene i spørreskjemaet kan deles inn i tre kategorier; 1. Elleve bakgrunns spørsmål, 2. et spørsmål om vanskelighetene med å ta beslutningen om abort, to selvrapporterte spørsmål om mental tilstand før graviditeten og etter aborten, 3. Fire multiple-choice spørsmål om eksistensielle erfaringer, og to åpne spørsmål relatert til aborten. Kvinnene som deltok i studien besvarte spørreskjemaet i etterkant av en uønsket graviditet og gjennomført abort. De eneste ekskluderende kriteriene var at de ikke kunne lese, skrive eller forstå svensk. Studien ble utført i Sverige.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å utforske eksistensielle erfaringer og behov blant svenske kvinner som hadde gjennomført en provosert abort. Hypotesen var at disse faktorene vil ha en betydelig påvirkning på reaksjonene hos noen av kvinnene. I tillegg ønsket man med studien å utforske om eksistensielle erfaringer i abortsituasjonen er relatert til bakgrunnsfaktorer.

**Funn/konklusjon:** I studien kom det frem at kvinners opplevelser med abort i stor grad kan relateres til eksistensielle erfaringer og behov. Tanker om liv, død, mening og moral og følelser av tilknytning til fosteret var vanlig blant kvinnene. 61 % hadde eksistensielle tanker, og 48 % uttrykte behov for eksistensielle handlinger relatert til aborten. Kvinnene med eksistensielle tanker og behov for eksistensielle handlinger rapporterte dårligere psykologiske tilstand etter aborten og hadde større vanskeligheter med å ta selve avgjørelsen om å ta aborten. Studien viser at svensk helsepersonell har behov for å forstå og være komfortabel med å utforske pasientens eksistensielle tro og spørsmål, og må være åpne for de ulike erfaringer provosert abort kan gi opphav til.

### *Womens existential experiences within Swedish abortion care.*

Stålhandske, M.L.; Ekstrand, M.; Tydén, T. (2011).

**Metode:** Artikkelen er basert på kvalitativ forskning der det ble utført individuelle dybdeintervju av 24 kvinner. Kvinnene i studien var svensktalende med tidligere erfaringer med uønsket graviditet og abort. I tillegg til dybdeintervjuet fylte kvinnene ut et spørreskjema med sosiodemografiske spørsmål og spørsmål om tanker, følelser og erfaringer relatert til aborten. Studien ble utført på en helseklinikk for studenter i Uppsala i Sverige.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å utforske svenske kvinners erfaringer med ivaretagelse under abort utført på sykehus i forbindelse med deres behov for eksistensielle støtte.

**Funn/ Konklusjon:** Studien viste at alle kvinnene opplevde den svenske abortprosessen som nøytral, rasjonell og effektiv. Kvinnenes behov for eksistensiell støtte i forbindelse med aborten varierte. Noen av kvinnene avstod helt fra eksistensiell støtte, mens andre uttrykker et behov for støtte og refleksjon over eksistensielle aspekter av situasjonen og/eller til følelsesmessig forsoning av beslutningen deres. Kvinnene som ikke uttrykte et behov for eksistensiell støtte var fornøyd med den nøytrale og rasjonelle behandlingen de fikk. Den andre gruppen som uttrykte behov for eksistensiell støtte og refleksjon var skuffet over helsepersonellens manglende evne til å respondere på deres tanker og følelser i forbindelse med aborten. Studien viser at ivaretagelse av kvinner som gjennomfører en provosert abort kan være en krevende oppgave, da kvinnene kan ha svært ulike fysiske, psykiske og eksistensielle behov. For å møte disse behovene kreves det mer kunnskap, utdanning og ressurser blant helsepersonell.

*A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care.*

Anna L. Altshuler, Alison Ojanen-Goldensmith, Paul D. Blumenthal, Lori R. Freedman (2017).

**Metode:** Artikkelen er basert på kvalitativ forskning. Studien ble utført med semistrukturerte intensive intervjuer som foregikk over telefon. I studien var 20 kvinner i alderen 18-49 år som hadde erfaring med en abort de siste fem årene, og erfaring med fødsel på et hvilket som helst tidspunkt i USA. Forskerne sammenlignet opplevelsen av ivaretagelse under fødsel og abort ved å bruke databasert teoriutvikling, identifisere behov og preferanser i abort som skilte seg fra fødsel. Studien ble utført i Nord California i USA. Deltagerne i studien ble rekruttert gjennom reklameannonser på Craigslist, på kommunale høyskoler/universiteter og offentlige bibliotek.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å identifisere hvilke behov og preferanser kvinner som gjennomførte en abort hadde, som skilte seg fra fødende kvinner.

**Funn/ konklusjon:** Studien viste at behov og preferanser ved abort og fødsel skilte seg på tre felt; Kvinnene verdsatte å bli anerkjent som en moralsk beslutningstaker av helsepersonell, ha et valg om grad av tilstedeværelse under en abort, og motta omsorg på en diskrete måte for å unngå å bli dømt av andre for valget om abort.

*Introducing abortion patients to a culture of support: a pilot study.*

Lisa L. Littman, Christina Zarcadoolas, Adam R. Jacobs. (2009).

**Metode:** Pilotstudien er basert på kvalitativ fenomenologisk forskning der 22 kvinner ble dybdeintervjuet. Intervjuene ble foretatt etter aborten. Kvinnene ble introdusert for en «støttende kultur» (intervensjon) som bestod av en DVD, en brosjyre og til slutt en diskusjon som en del av intervjuet. I studien var det et stort fokus på fordømmelse, stigma og feilinformasjon. Studien fant sted i USA.

(Brosjyren skulle gi alternative perspektiver til negativ anti-abort rammer ved å skape rammer som var bekreftende, sannferdig, i samsvar med kvinnenes erfaringer, og inneholdt også en moralsk komponent. I tillegg inneholdt brosjyren informasjon om støttetjenester for kvinners reproduksjonsbeslutning og advarsel om useriøse støttetjenester. I DVD-en snakket kvinner om stigma og hemmeligholdelse, og denne visualisering mente man kunne redusere

deltagernes opplevelse av abortstigma. Det tredje elementet i intervensjonen var en diskusjon foretatt i forbindelse med intervjuet, som omhandlet stigma og mestring. Dette ga deltagerne mulighet til å snakke om deres erfaringer i et trygt, ikke dømmende miljø).

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke «abortpasientenes» opplevelse av en intervensjon som introduserte dem for en «støttende kultur». Forskerne ønsket samtidig å finne ut om det var behov for ytterligere forskning på dette. Hypotesen til forskerne var at intervensjonen ville bli godt mottatt og oppfattet som lovende for å redusere effekten som negative sosiokulturelle faktorer har på kvinner.

**Funn/ konklusjon:** Hypotesen til forskerne ble støttet av studien. Intervensjonen ble godt mottatt og kvinnene uttrykte at de følte seg forstått og mindre alene. Kvinnene i studien opplevde at intervensjonen førte til redusert påvirkning fra flere negative sosiokulturelle faktorer. Man så en mulig reduksjon av stigma da kvinnene uttalte at de følte seg mindre alene og mer resiliens mot andres dømmende handlinger og holdninger. Når deltagerne fikk informasjon som hjalp dem til å identifisere og unngå kilder til feilinformasjon bidro dette til å redusere sjansen for stigma og øke deres resiliens mot negativ sosial og kulturell påvirkning etter aborten. Funnene i studien støtter behovet for ytterligere forskning for å evaluere behovet for støtte og kunnskap for kvinner som skal gjennomføre en abort.

### *Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy.*

Inga-Maj Andersson, Kyllike Christensson & Christina Gemzell-Danielsson (2014).

**Metode:** Forskerne utførte en tverrsnittstudie med både spørreskjema for screening og semistrukturerte intervjuer for å samle data. 31 kvinner fylte ut spørreskjemaet og 23 av dem ble senere intervjuet. Dataanalyser ble utført og delt i en kvantitativ (spørreskjemaene) og kvalitativ del (intervjuene). Studien ble utført i Sverige.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke kvinnenes forventninger og erfaringer med å utføre en provosert abort i andre trimester av svangerskapet.

**Funn/ Konklusjon:** Kvinnene i undersøkelsen opplevde kompliserte, og av og til motstridende følelser og tanker uavhengig av årsaken for den provoserte aborten. Fornuften og tanken om at det var et rett valg overvinnet de vanskelige tankene. Det er viktig å være mottakelig for det individuelle behovet for støtte de ulike kvinnen kan ha. Å samtale om forventninger, følelser og tanker gjennom hele abortprosessen øker tilfredsheten til kvinnene. Studien indikerer også behovet for å være klar over at kvinnene har ulike behov når det gjelder å se eller ikke fosteret etter aborten.

### *Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy.*

Inga-Maj Andersson, Kristina Gemzell-Danielsson, Kyllike Christensson (2014)

**Metode:** Forskerne utførte en kvalitativ forskningsstudie med semistrukturerte intervjuer. Intervjuene ble gjennomført på et sykehus i Sverige på tre avdelinger på en gynekologisk klinikk. Deltagerne i studien var 22 sykepleiere/jordmødre som hadde erfaring med abortpleie i andre trimester. Intervjuene ble tatt opp på bånd, nedskrevet ordrett og analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse for å identifisere vanlige temaer.

**Hensikt:** Hensikten var å utforske erfaringer og oppfatninger hos sykepleier/jordmødres som tar hånd om kvinner som gjennomgår en medikamentell abort i andre trimester av svangerskapet.

**Funn/ konklusjon:** Det kom frem at det var to aktuelle temaer «det profesjonelle jeg'et» med seks underkategorier som handler om den profesjonelle atferden og «det personlige jeg'et» med fire underkategorier som handlet om personlige verdier. De konkluderer med at ivaretagelse av denne gruppen krever profesjonell kunnskap, empati og evnen til å reflektere over etiske holdninger og betraktninger. Ved økt kunnskap og erfaring vil vanskelige situasjoner som oppstår under prosessen være enklere å håndtere. Funnene i studien støtter opp om behovet for trening, veiledning og støtte av erfarende kollegaer for å hjelpe sykepleiere/jordmødre å føle seg trygge i den profesjonelle rollen i vanskelige situasjoner og føle seg selvsikker i deres personlige livssituasjon.

### *Women's experiences after an induced second trimester abortion.*

Mukkavaara, Iris; Öhring, Kerstin; Lindberg, Inger (Oktober 2012)

**Metode:** Studien er utført kvalitativ med semistrukturerte intervjuer av seks kvinner i alder fra 15 til 29 år, fra en opprinnelig gruppe av bestående av tolv kvinner. Disse seks kvinnene ble plukket ut fordi de var representative for gruppen. Forskerne ekskluderte kvinner som hadde gjennomført aborten på grunn av defekter på fosteret fra studien. Studien ble utført i Sverige.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å beskrive kvinners erfaringer med abort i andre trimester av svangerskapet.

**Funn/ konklusjon:** Aborten innebar mange vanskelige følelser. Eksempelvis var det langt vanskeligere å ta den første abortpille enn den andre, fordi det da ikke var noen vei tilbake. Informasjon og støtte er av stor betydning for kvinnene. Situasjonen kvinnen er i gjør det vanskelig for dem å få med seg informasjon. Derfor bør den gis både skriftlig og muntlig, og repetisjoner/ gjentakelser er nødvendig. Kvinnene hadde behov for oppfølgende kontakt etter aborten.

## *Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses*

Jackie Nicholson, Pauline Slade, Joanna Fletcher (2010).

**Bakgrunn:** Det er utført få studier på helsepersonells perspektiver i forbindelse med pleie av kvinner som utfører provosert abort. Ulik kulturell sammenheng og ulik praksis vil kunne gi variasjoner i funnene ved forskning, men likevel være til hjelp for en mer generell forståelse. Slik kunnskap kan gjøre det lettere å etablere prosesser som øker helsepersonells trivsel og dermed også bedre kvaliteten på pasientbehandlingen.

**Hensikt:** Studien ble utført for å kartlegge/identifisere sykepleiernes erfaringer i deres arbeid med kvinner som utførte provosert abort.

**Metode:** En pilotstudie ble utført forkant av studien, og ingen endringer ble foretatt på den. Studiet er kvalitativ. Det ble intervjuet syv gynekologiske sykepleiere, som alle arbeidet i under like forhold, for at de skulle kunne få så like erfaringer som mulig. Intervjuene ble nedskrevet og det ble brukt en fenomenologisk tolkningsanalyse (IPA) Standardiserte spørreskjemaer ble også brukt.

**Konklusjon/funn:** Funnene ved studien ble inndelt i 8 temaer fordelt på 3 hovedtemaer, mestring, spenninger og kontekstuell innflytelse.

- 1. Mestring:** Sykepleierne snakket om deres rolle hvor de betingelsesløst skulle akseptere kvinnes valg og vise forståelse og empati. De skulle godta og iverksette behandlingen kvinnene hadde valgt. Mange av dem så at det var en krevende avgjørelse og godt begrunnet. Sykepleierne hadde ulike strategier for å greie krav og utfordringer. Viktigheten av å dele sine erfaringer både med kolleger og andre var et samtaleemne. Det å koble helt ut, ikke tenke og lage et tydelig skille i spesielle situasjoner. «Psykologisk pleie» var ansett som en oppgave som var meget sentral. De gjorde det de kunne for at pasienten var informert og sikker på sin avgjørelse. I tillegg fikk kvinnene støtte for at de gjorde det beste ut av en vanskelig situasjon.
- 2. Spenninger:** Utfordringer med å gi betingelsesløs støtte når pasienten brukte TOP som prevensjonsmiddel kunne oppstå. Frustrasjon hos sykepleierne var en vanlig reaksjon, fordi de ikke kunne se fornuften i pasientens handlinger. Stor variasjon mellom ulike pasienters behov og krav kunne bli krevende når man gikk fra en kvinne som på grunn av sosiale årsaker tok abort, til en kvinne som måtte ta abort på grunn av foster-skader. Likevel var den mest krevende situasjonen for sykepleierne håndtering og avhending av foster i 3 trimester. Bruk av støttegruppe eller bare å få snakket ut om det var en måte å mestre det på, men for mye tenking og snakking ble beskrevet som en måte å bli utslitt på. Faktisk var det å begrense tanker og følelser, og koble av, en annen måte å mestre situasjonen på. Det å distansere seg gjorde mulig å gi omsorg (for TOP med misdannet foster). Ved å kontrollere egne følelser, kunne de føle seg bedre og i tillegg beskytte pasienten fra deres "sorg", så deres personlige følelser ikke kom frem i non-verbal kommunikasjon.
- 3. Kontekstuell påvirkning:** Betydningen av personlig erfaring var viktig og knyttet sammen med de andre temaene. Kjønn, alder og hvor lenge sykepleieren hadde vært i jobben var av betydning for hvor godt man så pasientens behov for hjelp. Medisinsk svangerskapsavbrudd med sykepleier-ledet praksis, har hatt stor innflytelse på helsepersonalet. Flere nevnte økt arbeidsbelastning. Dette og høye krav fører til større arbeidspress.

**Konklusjon:** Sykepleiere som er involvert i pleie av kvinner som utførere provosert abort, har en utfordrende og krevende oppgave. Derfor bør de tilbys et støttende miljø, for anerkjennelse og refleksjon rundt utfordringene og for å forbedre trivselen deres.

## *First-time pregnant women's experience of the decision-making process related to completing or terminating pregnancy- a phenomenological study*

Marianne Kjelsvik & Eva Gjengedal (2011)

**Metode:** En kvalitativ fenomenologisk studie. Det ble utført dybdeintervju på 4 kvinner i alder 24 -32 år. Kvinnen hadde ikke født tidligere eller utført abort. Hver kvinne ble dybdeintervjuet 2 ganger i løpet av beslutningsprosessen. Første gang mellom syvende og ellefte uke.

**Hensikt:** Å få ny og mer omfattende kunnskap om hva kvinnene opplevde beslutningsprosessen, hvor de har valget mellom å ta abort eller fullføre svangerskapet. Videre var hensikten at denne kunnskapen skulle bidra til å få bedre innsikt i kvinnens behov for hjelp.

**Funn/ konklusjon:** Kvinnenes opplevelser kunne deles inn i 4 hoved-temaer.

**1. Økt bevissthet** av at de var gravide, med reaksjoner som ivaretok den gravides kropp eller foster (riktig kost, ikke innta alkohol).

**2. «Å gjøre det rette valg».** Kvinnene følte stress, både fordi de hadde en tidsfrist på 12 uker på å ta valget, og fordi de kjente at fosteret vokste. Dilemmaet de følte var krevende, gjorde dem slitne og fortvilet. De hadde behov for alternative perspektiver før handling. Kvinnene var redde for å føle skyld eller ensomhet. De hadde ambivalens rundt valget om hva de skulle gjøre. Kvinnene som valgte abort prøvde å distansere seg fra egne følelser og tenke mer rasjonelt for å komme frem til avgjørelsen om abort. Økt bevissthet rundt det å føle seg gravid kunne førte til at en av kvinnen valgte å fullføre svangerskapet. Kvinnene følte en lettelse når avgjørelsen var tatt, uansett hva avgjørelsen ble.

**3. Behovet for autonomi** gjorde at kvinnene ikke ønsket å dele kunnskapen om graviditeten med så mange, men det kunne være krevende å skjule det. De involverte mannen de var blitt gravid med. Hans innstilling og rolle var viktig. Støtte og enighet i avgjørelsen var avgjørende. Hvis venner ble involvert ble det oppfattet av kvinnene som best hvis de kom med ulike argumenter for og imot svangerskapsavbrudd. Det ble oppfattet som mindre press og bidro til flere perspektiv.

**4. Kvinnen forventet** forståelse, råd og veiledning av helsepersonell. Noen var nervøse for møte med helsepersonell. En satte pris på fravær av kritiske spørsmål. For mye personlig involvering i valget de skulle ta når de var ambivalente, ble oppfattet som negativt.

**Konklusjon:** Kvinnene følte spenning mellom det å ha en gravid kropp, som trengte omsorg, og behovet for å holde det skjult for omverden. De hadde behov for å involvere de nærmeste i beslutningsprosessen for å få støtte, forståelse og få nye perspektiv på situasjonen. En følge av deres rett til selv å ta avgjørelsen kan bli ensomhet eller følelsen av å gi etter for andres meninger og dermed press. Kunnskap og lyttende egenskaper er viktig i møtet med disse kvinnene. La kvinnene definere deres egen situasjon uten paternalisme eller sentimental omsorg, hvor følelsene til helsearbeideren dominerer. En myk maternalisme og profesjonell vurdering kan gi kvinnene tid og mulighet for refleksjon til å ta den rette beslutning.

***Reasons for reduced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study (2005)***

Broen, A.N.; Moum, T.; Bödtker, A.S.; Ekeberg Ö. (2005)

**Metode:** En kvalitativ studie hvor det ble utført semistrukturerte intervjuer av 8 kvinner, ti dager, seks måneder og to år etter de utførte provosert abort. I første intervju ble kvinnenes bakgrunn, nøye kartlagt. Et spørreskjema med 25 ulike årsaker til at provosert abort ble utført ble utfylt av kvinnene. Årsakene ble grader etter viktighet. Studien er utført i Norge.

**Hensikt:** Identifisere de viktigste grunnene til at de tok provosert. Studere forholdet mellom årsakene til abort og følelsesmessig belastning seks måneder og to år etter aborten. Finne de viktigste faktorene som kunne forutsi følelsesmessig belastning seks måneder og to år etter aborten.

**Funn/konklusjon:** Årsaker knyttet til utdanning, arbeid og økonomi ble vurdert som viktige i valget av provosert abort. Grunner som at barnet skulle vært ønsket, partneren ikke ønsket et barn, trett/utslitt og har nok barn var viktige årsaker. Press fra mannlige partner kom som nummer elleve på listen grader etter årsakenes viktighet, De fleste positive følelsene kvinnene hadde (gjøre det rette/lettelse) var stabile og sterkere enn de negative som også var stabile. Følelsen av sorg og tomhet var den negative følelsen som endret seg mest i negative retning. Faktorene som i betydelig grad kunne knyttes til negative psykologisk reaksjon var: «Press fra mannlige partner», var den mest forutsigbare faktor for negativ psykologiske reaksjoner. Trolig fordi kvinnen som oppgir dette som årsak er ambivalente eller ønsker å beholde barnet. «Mannlige partner ønsket ikke barn i øyeblikket» ga en mildere reaksjon, men var også en viktig faktor. «Boligforhold», «økonomiske årsaker» og «press fra venner» skåret også høyt på sammenheng med negativ psykologisk reaksjon. Funnene i undersøkelsen stemte godt med en tilsvarende undersøkelse i Sverige. Årsakene kvinnene ga for å gjennomføre provosert abort gjorde at man kunne forutsi deres emosjonelle reaksjon etter aborten. Den viktigste årsak som ga negative reaksjoner, var press fra mannlige partner. På den andre side viste det seg at de kvinnene som oppga «nok barn» som årsak, var den gruppen med markant lavest negative psykiske reaksjoner.