



Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta den psykiske helsen  
hos kvinner som gjennomfører en provosert abort på  
sykehus?

Kandidatnummer: 2041

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK18

Antall ord: 10611

17.03.22

## Sammendrag

---

Statistikk viser at hver tredje kvinne vil i løpet av livet gjennomgå en abort, og at mange sitter igjen med blandede følelser etter møte med helsevesenet . På bakgrunn av dette har jeg lyst til å sette meg inn i hvordan provoserte aborter påvirker kvinners psykiske helse og hvordan sykepleier kan bidra til å imøtekomme dette.

Hensikten med denne oppgaven er å utforske hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta den psykiske helsen hos kvinner som gjennomgår en provosert abort på sykehus.

Denne oppgaven er en litteraturstudie , hvor fem forskningsartikler, faglitteratur, pensumlitteratur og annen relevant litteratur benyttes.

Kunnskap om psykiske reaksjoner og følelser som ambivalens, stigma, angst og depresjon er fremtredende. Kommunikasjon, eksistensielle behov og sårbarhet vektlegges.

Det drøftes om behovet for et ikke-dømmende helsepersonell, sårbarhet og ivaretagelse gjennom kommunikasjon og relasjon.

Kvinner kan oppleve ambivalente følelser i forkant og etterkant av en provosert abort. Psykiske reaksjoner som skyld og skam viser seg å være utbredt, noe som øker risikoen for utvikling av psykiske lidelser. Verbal og nonverbal kommunikasjon står sentralt som viktige nøkkelbegrep, og ivaretagelse fra sykepleier krever derfor god faglig kompetanse.

## Abstract

---

Statistics show that every third woman will undergo an abortion during her lifetime, and that many are left with mixed feelings after meeting with the healthservices. With this in mind, I would like to build a better understanding of how induced abortions may affect women's health and what nurses can do to contribute in order to meet the emotional needs of these women in the best possible way.

The aim of this assignment is to explore how nurses can take care of the mental health of women who undergo induced abortions in hospitals.

This assignment is a literature study, in which six research articles, academic articles, curriculum and other relevant academic literature were used.

Knowledge of psychological reactions and emotions such as ambivalence, stigma, anxiety and depression are prominent. Communication, existential needs and vulnerability are emphasized.

The need for non-judgmental health professionals, psychological reactions, and care through communication and relation are discussed.

Women are shown to experience ambivalent feelings before and after an induced abortion. Psychological reactions such as guilt and shame are proven to be common, which increases the risk of developing mental disorders. Our verbal and nonverbal ways of communication turns out to play a big role, and care from a nurse requires trained competence.

# Innholdsfortegnelse

<b>Innholdsfortegnelse</b>	<b>IV</b>
<b>1 Innledning</b>	<b>5</b>
1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemstilling	6
1.3 Sykepleiefaglig relevans og oppgavens hensikt	6
1.4 Avgrensing og presisering	8
1.5 Begrepsavklaringer	8
1.6 Oppgavens videre oppbygging	9
<b>2 Teori</b>	<b>11</b>
2.1 Hva er provosert abort?	11
2.1.1 Sykepleiers funksjon i abortprosessen	12
2.2 Kvinnene som gjennomfører provosert abort	12
2.2.1 Erfaringer, opplevelser og behov i møte med helsepersonell	12
2.2.2 Psykiske reaksjoner	13
2.2.3 Skam og stigmatisering	14
2.2.4 Omsorgsfilosofi	15
2.3 Kommunikasjonens betydning	17
2.3.1 Nonverbal kommunikasjon	18
2.4 Lovverk	18
<b>3 Metode</b>	<b>20</b>
3.1 Hva er metode?	20
3.1.1 Valg av metode	20
3.2 Litteratursøk	20
3.3 Presentasjon av valgt forskningslitteratur	22
3.4 Kildekritikk	25
3.5 Ethiske overveielser	27
<b>4 Drøfting</b>	<b>28</b>
4.1 Behovet for et ikke-dømmende helsepersonell	28
4.2 Sårbarhet	30
4.3 Ivaretagelse gjennom kommunikasjon og relasjon	32
<b>5 Konklusjon</b>	<b>34</b>
<b>Litteraturliste</b>	<b>36</b>



---

## 1 Innledning

---

I dette kapittelet gjør jeg rede for valg av tema og begrunnelse.. Deretter legger jeg frem problemstilling, den sykepleiefaglige relevansen og hensikten med oppgaven. Videre understreker jeg oppgavens avgrensninger, begrepsavklaringer, samt oppgavens videre disposisjon.

### ■ Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

I Norge ble det i 2019 gjennomført 11 726 provoserte aborter, der 11 210 av de var selvbestemte (Statistikkbank, 2021). Retten til selvbestemt abort, og abort generelt, har vært et omdiskutert og tabubelagt tema over lengre tid (Opsahl, 2013). Lover og regler endrer seg hele tiden, og til tross for at vi har kommet en lang vei, skal vi ikke lenger tilbake enn til 1975 hvor abort var en straffbar handling. Retten til selvbestemt abort frem til uke 12 måtte man vente på i enda to år til før det ble en realitet i 1978 (Abortloven, 1976).

Forskning viser at et stort antall kvinner opplever å utvikle psykiske reaksjoner i etterkant av en provosert abort. Nærmere sagt utvikler over 85% av disse kvinnene minst én reaksjon som skyld, tristhet, anger, skuffelse eller sorg (Opsahl, 2013). Uavhengig om hva slags ettervirkning en kan forvente, er det viktig å understreke mangfoldet av kvinner som velger å gjennomføre en abort. Provosert abort er som nevnt fortsatt et tabubelagt tema, og for mange kvinner kan det være vanskelig å snakke om valget de har tatt, og følelsene de sitter igjen med etterpå (Opsahl, 2013). I lys av dette er det derfor viktig at kvinner som går gjennom en slik prosess føler seg sett, hørt og ivaretatt.

I Norge utføres aborter enten hjemme eller på sykehus, og i denne prosessen bør kvinnen bli møtt med respekt og omtanke fra et kompetent helsepersonell. For å kunne yte objektiv og riktig sykepleie, bør man ha et avklart forhold til reproduktiv helse understreket av en grunnleggende respekt for pasientens selvbestemmelsesrett. Denne tar utgangspunkt i allmenmoralen og er videreført i sykepleien gjennom pasientens tilkjennelse av selvbestemmelsesrett (Slettebø, 2013, s. 15). Et eksempel på dette kan være at sykepleiere og helsepersonell informerer kvinnen om ulike psykiske reaksjoner de er utsatt for å kunne få

i etterkant av en abort, slik at kvinnen i en større grad kan innstille seg på at disse reaksjonene kan komme (Opsahl, 2013).

Stigma rundt abort kan defineres som en oppfatning av at en provosert abort er sosialt uakseptabelt og/eller moralsk galt, og det er noe som manifesteres i alt fra media, lover og politikk, samfunn, institusjoner til individer og mellommenneskelige forhold (Austveg, 2017, s. 101). Videre kommer det frem at dette gir opphav til negative følelser, holdninger og oppførsel tilknyttet valget av å gjennomføre abort, noe som igjen bidrar til å gi lavere status hos kvinnene som tar abort, helsepersonell som utøver og andre involverte parter (Austveg, 2017, s. 101).

Med jevne mellomrom dukker abortdebatten opp og setter i gang følelser og reaksjoner. Abort er et fagfelt som ikke blir nevnt en hel del i undervisningen i sykepleierstudiet, og parallelt med det økte fokuset psykisk helse, ble dette et tema jeg ville belyse og fordype meg i. Jeg er interessert i å skape en større forståelse av hvilke psykiske belastninger denne avgjørelsen kan føre til og hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta disse kvinnene.

## ■ Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta den psykiske helsen hos kvinner som gjennomfører en provosert abort på sykehus?»

## ■ Sykepleiefaglig relevans og oppgavens hensikt

I *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* er sykepleiens verdigrunnlag nedfelt (Norsk sykepleierforbund, 2019). Der står det blant annet at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. I tillegg står det at sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (NSF, 2019). Det at provosert abort fortsatt er et tabubelagt tema kan bidra til at kvinner ofte kan føle på skam og skyld for valget de tar (Opsahl, 2013). I 2014 opplyste NSF i en stortingshøring at de tar avstand fra fastlegers mulighet til å reservere seg mot å henvise kvinner til abort (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014). De begrunner dette med at alle pasienter har krav på en trygg og sikker tilgang til den helsehjelpen de har behov for.



Uavhengig av hvilke helsepersonell de møter, skal de få dette uten krenkende opplevelser eller opphold (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014). Dette inkluderer provosert abort.

I løpet av livet vil gjennomsnittlig hver tredje kvinne gjennomgå en abort (Austveg, 2017, s. 23), og sett fra et faglig ståsted er dette en stor målgruppe det er en stor sjanse for å møte på arbeidsplassen, og med et behov for kompetent helsepersonell. Abort generelt, både spontant og provosert, er noe mange sykepleiere på et tidspunkt vil måtte ta stilling til. For de fleste som jobber på et akuttmottak eller en gynekologisk avdeling vil dette være veldig relevant.

Disse kvinnene utgjør en sårbar gruppe, og understreket i NSF's yrkesetiske retningslinjer ligger det et ansvar hos sykepleiere å skulle yte forsvarlig helsehjelp til denne pasientgruppen og ivareta deres behov for omsorg (NSF, 2019). Sykepleier skal ha en profesjonell omsorg regulert av fagkunnskap, etikk og juridiske rettigheter. Dette betegnes som blant annet å ha kunnskap om ulike pasientgruppers situasjon, deres reaksjoner og behov for sykepleiefaglig hjelp (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 93). På sykehuset er det sykepleierne som møter og følger kvinnene som skal gjennomføre en provosert abort helt frem til utskrivelse (Vedlegg 5). I en prosess der de skal ivareta en pasientgruppe som er i en sårbar og vanskelig situasjon, er det viktig at sykepleier respekterer kvinnens beslutning og at hun blir møtt med forståelse hele veien (Jerpseth, 2016, s. 161).

Hensikten og fokuset jeg velger å ha i denne oppgaven er sykepleiers møte med kvinner i en sårbar fase og hvilken rolle dette skal spille, samt å tillegg løfte opp kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til å møte og ivareta disse kvinnes psykiske helse, med utgangspunkt i blant annet følelsene skam og skyld, da studier viser at dette er vanlig etter en abort (Rousset et al., 2012). Dette kan bidra til å lette den psykiske belastningen en abort kan medføre. Det blir fokusert på følelser og reaksjoner, kommunikasjon, behov som kan oppstå under abortprosessen, forventninger og utfordringer.

Utover dette har jeg en underliggende hensikt å belyse det som for mange kan det være et sårt tema som både er fortiet og mye omtalt (Austveg, 2017, s. 7). Det viser seg at kvinners perspektiv, reaksjoner og problemer ofte blir mindre vektlagt i helsetjenesten sammenlignet med menn (Kristoffersen, 2017, s. 41). Til tross for at helsepersonell i stor grad bør holde seg

nøytral og upartiske i respekt for pasientens selvbestemmelsesrett, har man fortsatt retten til å søke om fritak fra å assistere eller å utføre inngrepet. Dette gjelder ikke stell og pleie av pasienten før og etter inngrepet (Jerpseth, 2016, s. 161). Jeg ønsker å løfte opp verdien som sykepleier å skulle forholde seg fri for fordommer i møte med abortsøkende kvinner, og det å være tilstede for pasienten i et ellers ganske travelt helsevesen.

Oppgaven har dog ikke som formål å evaluere eller anbefale ulike måter å kartlegge eller håndtere på, men å belyse kunnskap og innsikt over kompetanse som kan være et nyttig verktøy for både sykepleiere og kvinner til å mestre lignende situasjoner på best mulig måte.

### Avgrensing og presisering

I denne oppgaven velger jeg å fokusere på sykepleieres kontakt med kvinner som gjennomgår en provosert abort inneliggende på sykehus, og samhandlingen de har fra innleggelse til utskrivelse. Oppgaven inkluderer både de som utfører en medikamentell eller kirurgisk abort, men utelukker de som velger å gjennomføre en medikamentell abort i hjemmet, da oppgavens problemstilling fokuserer på interaksjonen mellom sykepleier og kvinnen. Videre velger jeg å utelukke de som velger å ta en abort grunnet medisinske årsaker hos foster, og kvinner som er psykisk utviklingshemmede. Dette er fordi slike omstendigheter krever en annen tilnærming og behandling. Pasientgruppen jeg velger å fokusere på er kvinner fra 16 år og oppover, og dette er fordi det er den lovlige aldersgrensen for selvbestemt abort uten at foreldre eller verge har anledning til å uttale seg mot aborten (Abortloven, 1976, § 9). Utover dette velger jeg å geografisk rette denne oppgaven mot vestlige land der selvbestemt abort er lovlig praksis, og helsevesenet er tilnærmet det norske. Støttespillere som partner og/eller familie ser jeg på som en stor ressurs, men velger likevel å ekskludere disse som en helhet i oppgaven på grunn av oppgavens omfang.

### ■ Begrepsavklaringer

*Ivareta*: Ivareta betyr å ta hånd om, å ta seg av, samt å ta vare på (Språkrådet, 2017).

*Abort*: Abort betyr en avbrytelse av en graviditet, og kan omhandle både provosert abort og spontan abort (Nesheim, 2021).

*Spontan abort:* Spontan abort er når svangerskapet avsluttes før fosteret er levedyktig (Nesheim, 2016). Aborten ytrer seg som en blødning (Nesheim, 2016).

*Provosert abort:* Provosert abort er kunstig fremkalt med hensikt om å avbryte et svangerskap for å forhindre fødsel av et barn (Nesheim, 2021). Slike aborter kan bli utført enten medikamentelt eller kirurgisk (Nesheim, 2021).

*Medikamentell abort:* En medikamentell abort er en abort som gjennomføres ved å innta et legemiddel i form av både orale og vaginale tabletter (Nesheim, 2021).

*Kirurgisk abort:* Kirurgisk abort er en abort som utføres av helsepersonell der svangerskapsproduktene blir fjernes, ofte med et vakuumsug (Nesheim, 2021).

*Abortprosessen:* Når jeg refererer til abortprosessen i denne oppgaven, snakker jeg om tidspunktet fra kvinnen ankommer sykehuset med hensikt om å gjennomføre en provosert abort, til tidspunktet hun blir utskrevet.

*Kvinnen:* I denne oppgaven vil jeg referere til kvinne, hun eller pasient. I denne oppgaven er kvinnen en frisk person som velger å gjennomføre en provosert abort av ikke-medisinske grunner.

*Stigma:* Stigmatisering kan defineres som å merking noen negativt i sosiale sammenhenger. Stigma kan med andre ord defineres som et mindreverdighetsstempel (Store Norske Leksikon, 2019).

## ■ Oppgavens videre oppbygging

**Kapittel 1: Innledning.** Her gjør jeg rede for valg av tema og problemstilling, etterfulgt av en kort presentasjon av oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans. Deretter definerer jeg avgrensninger og forklarer sentrale begreper. Til slutt foreligger oppgavens disposisjon.

**Kapittel 2: Teori.** Her legger jeg frem aktuell forskning og litteratur i lys problemstillingen. Med bakgrunn i valgt litteratur og forskningsartikler går jeg i dybden på hvordan en provosert abort utføres, kvinners erfaringer og opplevelser i møte med helsevesenet, psykiske reaksjoner, Kari Martinsen sin omsorgsteori, og betydning av kommunikasjon. Helt til slutt nevner jeg lovverket innenfor feltet.

**Kapittel 3: Metode.** Her forklarer jeg hva metode er, valg av metode, og deretter oppgavens fremgangsmåte og oppbygning. Etterfulgt er en presentasjon av litteratursøk som viser hvor og hvordan jeg har funnet forskning som er blitt brukt. Til slutt gjør jeg en analysesammenfatning av valgt forskning før jeg til slutt nevner kildekritikk og etiske overveielser.

**Kapittel 4: Drøfting.** Her analyserer jeg, tolker og vurderer funn ut i fra forskning og litteratur lagt frem i kapittel 3. Dette blir presentert fra ulike synsvinkler for å besvare problemstillingen.

**Kapittel 5: Konklusjon.** Her oppsummerer jeg de mest sentrale og gjennomgående funnene som har blitt gjort, samt en konklusjon som svarer på problemstillingen.

**Kapittel 6: Litteratur:** Her er alle kilder brukt i denne oppgaven oppført i alfabetisk rekkefølge.

**Vedlegg:** Vedlagt i oppgaven ligger PICO-skjema, sjekklister for kontrollering av forskning, diagram over litteratursøk, skjema som forklarer fremgangsmåten ved provosert abort på et sykehus og til slutt en utfyllende analysesammenfatning av anvendt forskning.

## 2 Teori

---

I dette kapittelet går jeg nærmere inn på relevant litteratur og forskning jeg har valgt å bruke. Jeg gjør rede for hva provosert abort innebærer og sykepleiers funksjon i prosessen, kvinners erfaring og forskning rundt ettervirkninger, Kari Martinsens omsorgsteori og betydningen av ivaretagelse og kommunikasjon. Deretter avsluttes kapittelet med relevant lovverk.

### ■ Hva er provosert abort?

I Norge i dag har man to ulike alternativer dersom man velger å gjennomføre en provosert abort; en medisinsk eller en kirurgisk abort (Nesheim, 2021). Faktorer som kan spille inn på valget av metode er kvinnens eget ønske, kvinnens helse og svangerskapets lengde. Dette er en beslutning som blir tatt i samråd mellom gynekolog og pasient (Norsk Helse Informatikk, 2020).

Ved en medisinsk abort fremkalles aborten ved hjelp av medikamenter. Gjennom en kombinasjon av antiprogesteron og prostaglandiner hemmes den videre veksten av graviditeten, samt bidrar til at muskulaturen i livmoren trekker seg sammen og støter ut det befruktede egget (NHI, 2020). Det er vanlig å ha blødninger opp til to-tre uker i etterkant, og noen kan også oppleve smerte, kvalme og tretthet (Nesheim, 2021). En medisinsk abort starter ved at man får en tablett på sykehuset som skal virke i to døgn. Deretter fullføres aborten med en ny tablett, og denne gangen kan man velge om man vil gjøre dette på sykehuset eller hjemme, dersom forholdene tillater det (NHI, 2020). Helt frem til uke ni i svangerskapet har man mulighet til å gjøre dette hjemme. Er man mellom uke ni og tolv må man derimot være på sykehuset som dagpasient. Her vil man bli ivaretatt av sykepleiere under behandlingen (Nesheim, 2021).

Ved en kirurgisk abort møter en opp til operasjon på en poliklinikk. Dette blir utført i full narkose og inngrepet skjer ved at legen utvider livmorhalsen, og deretter fjerner svangerskapsproduktene ved hjelp av et vakuumsug. Normalt sett tar ikke dette mer enn fem minutter (Nesheim, 2021).

### 2.1.1 Sykepleiers funksjon i abortprosessen

På gynekologiske avdelinger og poliklinikker møter sykepleiere pasienter med ulike sykdommer og svært forskjellige behov (Jerpseth, 2016, s. 134). Dette kan være alt fra alvorlige kreftsykdommer til pasienter som skal få utført et abortinngrep og få prevensjonsveiledning. Sykepleieren må derfor være fleksibel og ha stor evne til innlevelse i den enkelte kvinnes spesielle behov (Jerpseth, 2016, s. 134).

Sykepleierens oppgaver ved abort varierer med omstendighetene og årsakene til inngrepet (Jerpseth, 2016, s. 161). Sykepleier har ansvaret for å ta imot og informere pasienten om inngrepet og forventet forløp (Vedlegg 5). Det skal også sørges for god oppfølging både pre- og postoperativt (Vedlegg 5). Postoperativt skal sykepleier ha en dialog med pasienten for å snakke om hvordan inngrepet har gått, og gi informasjon om forholdsregler rundt selve operasjonsdagen og de neste to ukene (Vedlegg 5). Ved medisinsk abort må sykepleieren administrere legemidler og sørge for at kvinnen får smertestillende legemidler (Jerpseth, 2016, s. 162). Kvinnen må få informasjon om eventuelle tegn på infeksjon, og få beskjed om å kontakte sykehuset eller sin egen lege ved tegn på dette (Jerpseth, 2016, s. 163).

### Kvinnene som gjennomfører provosert abort

De kvinnene i Norge som velger å gjennomføre en provosert abort befinner seg i et bredt aldersspekter. Ifølge statistikken fra 2021 er den største gruppen kvinner mellom 25 og 29 år, med henholdsvis 15,2 aborter per 1000 kvinne (Løkeland-Stai, 2022). Gruppen det derimot foregår færrest provoserte aborter er kvinner mellom 45 og 49 år (Løkeland-Stai, 2022). Ifølge Løkeland-Stai (2022) er det en markant nedgang av antall svangerskapsavbrudd hos de mellom 14 og 20 år, en nedgang en kan regne med er på grunn av det subsidierte tilbudet av prevensjon til denne årsklassen.

### 2.2.1 Erfaringer, opplevelser og behov i møte med helsepersonell

I studien til Altshuler et al. (2017) var det tre temaer som var gjentakende i kvinnenes forklaring om hvordan de følte å bli møtt av helsepersonell under en abortprosess; det å bli bekreftet som moralske beslutningstakere, det å ha muligheten til å bestemme graden av tilstedeværelsen under aborten, og det å kunne bli møtt med omsorg på en diskret måte for å unngå fordømmelse for å ta en slik beslutning (Altshuler et al., 2017).

I studien til Stålhandske et al. (2011) beskriver kvinnene et enstemmig bilde av omsorgen fra helsepersonell som nøytral, rasjonell og effektiv. Dette ble dog tatt imot på ulike måter (Stålhandske et al., 2011). Noen kvinner ga uttrykk for at de satt pris på den uventede nøytraliteten, da de hadde forventet å bli møtt med en mer dømmende holdning (Stålhandske et al., 2011). For andre trigget avgjørelsen om å ta abort en flom av eksistensielle og moralske spørsmål om livet, og for å forsone seg med dette valget hadde de et behov for refleksjon. For mange av kvinnene ble ikke dette behovet dekket da de følte at personalet ikke satt på tilstrekkelig med kunnskap for å kunne møte de da de trengte det (Stålhandske et al., 2011). Til tross for at dette bare var helsepersonellet sin måte å ikke sette ord på noe som muligens kunne gjøre kvinnen opprørt (Stålhandske et al., 2011), forklarte kvinnene at dette gjorde det vanskelig for dem å snakke om deres blandede følelser (Stålhandske et al., 2011).

### 2.2.2 Psykiske reaksjoner

Opsahl (2013) skriver at tidligere studier viser at abort er noe kvinner opplever som en stressende livshendelse. Studier viser også at psykiske reaksjoner kan oppstå i alle faser i abortprosessen, alt fra tvil i forkant av inngrepet, blandede følelser preget av angst, sorg og skyld, til lettelse over å ha tatt abort (Jerpseth, 2016, s. 161). Videre understrekes det at kvinner kan få langvarige plager i forbindelse med provoserte aborter dersom de ikke lar seg selv snakke om hendelsen, eller fornekte følelser eller opplevelser som oppstår etter inngrepet (Jerpseth, 2016, s. 162).

Det har blitt gjort flere studier som konkluderer med at kvinner som har foretatt en selvbestemt abort, viser i ettertid flere symptomer på angst og depresjon (Jerpseth, 2016, s. 161). I en studie utført av Broen et al. (2005) kommer det frem at kvinner med visse tankesett var mer eksponert for negative psykiske reaksjoner i ettertid. Kvinner som i utgangspunktet var i tvil om beslutningen om å avbryte svangerskapet hadde betydelig større risiko for depresjon seks måneders tid etter inngrepet. Videre viser studien at kvinner som hadde en negativ holdning til provosert abort var assosiert med angst etter både seks måneder og fem år (Broen, 2005). Dette viser at dersom kvinner tar et valg som går imot egne verdier, kan det påvirke hennes psykiske helse.

I studien til Altshuler et al. (2017) blir det understreket at for noen kvinner bærer valget til en viss grad med seg emosjonelle ubehag, spesielt når et svangerskap hadde oppstått på et upassende tidspunkt (som for eksempel i et ustabil forhold eller med begrensede økonomiske ressurser). Uavhengig av valget de tok, følte kvinnene at avgjørelsen var riktig med tanke på deres daværende situasjon, selv om de i ettertid kanskje kunne tenkt seg å ha valgt annerledes (Altshuler et al., 2017).

Det kommer frem i artikkelen til Rousset et al (2012) at det var normale forekomster av angst og depresjon etter en abort, og at majoriteten av disse kvinnene var i stand til å håndtere dette. Videre i artikkelen til Rousset et al (2012) understrekes det at 11% av kvinner lider av affektive lidelser tidlig gjennom den første uken etter aborten og kan vare i opptil to uker.

Ifølge Broen et al. (2004) vil 30%, 26% og 18% av kvinner i Norge oppleve sterke PTSD-symptomer 10 dager, 6 måneder og 2 år etter en provosert abort. I studien til Rousset et al. (2012) kommer det frem at seks uker etter aborten var det 38% av kvinnene som rapporterte en potensiell PTSD (posttraumatisk stresslidelse), men en betydelig nedgang av de engstelige symptomene. Videre beskriver de at sammenlignet med kirurgisk abort, var medisinsk abort i en betydelig større grad assosiert med en økt risiko for å utvikle en mulig PTSD (Rousset et al. 2012).

### 2.2.3 Skam og stigmatisering

Stigma rundt abort finnes overalt, men utformingen vil endre seg over tid og være ulik på forskjellige steder (Austveg, 2017, s. 101). Et økende fokus på fosteret som individ eller person har fått stadig større betydning i oppfatningen av abort (Austveg, 2017, s. 102). Det understrekes at selv om abort er en rettighet, skal kvinner som benytter seg av den rettigheten fortsatt be om unnskyldning (Austveg, 2017, s. 102). Den pågående abortdebatten kan bidra til å skape psykiske reaksjoner og følger virkninger hos abortsøkende kvinner både før og etter en abort, der de føler seg stigmatisert av de i samfunnet på andre siden av debatten. Frykten for moralsk fordømmelse kan hindre kvinnene i å dele følelser og opplevelser med andre (Birkler, 2014, s. 59).

Austveg (2017) skriver at stigma baserer seg på at kvinner som tar abort overskrider høyt aktede kvinneidealer - idealer om kvinners instinktive og altomfattende omsorgsevne



(Austveg, 2017, s. 102). I studien til Altshuler et al. (2017) kommer det frem at sammenlignet med omsorg rundt en fødsel, ble de påvirket av opplevelsen av å skulle gjennomføre en abort ved at deres behov for omsorg burde bli møtt på en mer diskret måte i frykt for å bli dømt av de rundt. Noen kvinner følte også det at å bli møtt i en gruppesetting, for eksempel å skulle være i samme rom som andre kvinner i samme situasjon, bidro til å styrke følelsen av skam og mente at det kunne ha vært unngått dersom en ble møtt med større grad av diskresjon (Altshuler et al., 2017).

I flere studier understrekes viktigheten av finne mening i forhold til tap, og det å la et individ tilpasse sin opplevelse inn i sin egen livshistorie. Prosessen av å finne sin mening, i situasjoner som omhandler abort, blir vanskeliggjort av stigmatisering og hemmelighold (Stålhandske et al., 2012). Videre skriver Stålhandske et al (2012) at tap som preges av sosial stigma kan bli beskrevet som et frikjent tap – et tilfelle der en etterlatt er nektet sin rett til å sørge, siden tapet ikke kan bli åpenlyst anerkjent, bli offentlig sørget for eller sosialt støttet. I tilfeller som dette blir sorgprosessen langvarig og vanskelig (Stålhandske et al., 2012).

#### 2.2.4 Omsorgsfilosofi

Kari Martinsen er en norsk sykepleier med magistergrad i filosofi og er dr.philos. i historie (Kristoffersen, 2017, s. 53). Hennes forfatterskap og betydelige arbeid rundt omsorgsfaglig litteratur gjør henne til en anerkjent sykepleieteoretiker. Hun har en omsorgsteori inspirert av grunnleggende verdier, og influert av flere anerkjente filosofer som blant annet Karl Marx og Knud Løgstrup (Kristoffersen, 2017, s. 53-54).

Martinsen beskriver omsorg som en grunnholdning og en generell tilnæringsmåte, der den fundamentale verdien er ansvaret for den svake, og at omsorg er sykepleiers verdigrunnlag (Martinsen, 2021). Omsorgsrelasjonen er viktig, og det er sykepleiers ansvar og forpliktelse til å engasjere seg og å vise interesse (Kristoffersen, 2017, s. 60). Det er tre sider ved omsorgsbegrepet hun mener er fundamentale; det *relasjonelle* begrepet - som omhandler forholdet mellom to mennesker, det *praktiske* begrepet - som omhandler utføringen av konkrete situasjonsbetingede handlinger basert på pasientens beste, og til slutt det *moralske* begrepet - som baserer seg på prinsippet om ansvar for de svakeste (Slettebø, 2013, s. 75). Martinsen skriver at omsorgen gjennomføres i dagligdagse situasjoner som både sykepleier og pasient gjenkjenner. Gjennom likhetstrekk i vår dag-til-dag verden kan sykepleier forstå

den syke gjennom å eksempelvis gjenkjenne smerter, det å være sulten eller å ligge vondt. Gjennom egne erfaringer kan en se og forstå den andre ut ifra deres situasjon (Kristoffersen, 2017, s. 62). Formålsrasjonaliteten i dagens sykepleie mener Martinsen innebærer blant annet at det ligger et overordnet mål at et menneske skal gjenvinne funksjon og selvstendighet (Kristoffersen, 2017, s. 58), og konstaterer videre at omsorg er et mål i seg selv (Kristoffersen, 2017, s. 58).

Av forfatterskapet er det gjennomgående at det moralske begrepet er overordnet de øvrige (Kristoffersen, 2017, s. 60). Ifølge Martinsen må sykepleier lære seg å handle moralsk. Martinsen forteller at moralsk praksis begrunnes og dokumenteres i sykepleierens handlinger og ord (Austgard, 2010, s. 132). Videre understreker hun at moral og etikk er ett og leves i de menneskelige relasjoner. Det moralske består i å være i en bevegelse fra seg selv til den andre, for å handle til den andres beste (Kristoffersen, 2017, s. 62), og ifølge Martinsen er dette noe man kan finne i enhver sykepleiesituasjon. Skal medmenneskeligheten ivaretas i en sykepleiefaglig sammenheng, kommer en dog ikke utenom den faglige vurderingen av situasjonen (Kristoffersen, 2017, s. 63).

## ■ Kommunikasjonens betydning

Kommunikasjon er en medfødt og naturlig evne alle mennesker har. Fra vi blir født og videre gjennom livet, kommuniserer vi med omverden (Eide & Eide, 2018, s. 16). At noen lytter til oss og lever seg inn i hva vi føler og tenker, oppleves godt, styrker selvfølelsen og fyller et psykologisk behov for tilknytning og nærhet (Eide & Eide, 2018, s. 155).

Bekreftende kommunikasjon bidrar til å skape tillit og trygghet, og kan være avgjørende i oppbyggingen av en god relasjon (Eide & Eide, 2018, s. 155). Til grunn for bruk av bekreftende ferdigheter ligger anerkjennelse av den andre og respekt for den andres integritet, frihet og rett til selvbestemmelse (Eide & Eide, 2018, s. 156). En god profesjonell kommunikasjon er personorientert og faglig fundert. En personorientert kommunikasjon vil si at en ikke ser den andre utelukkende som pasient eller bruker, men som en hel person, med egne verdier og prioriteringer, iboende ressurser og ønsker og mål i forhold til egen helse og livssituasjon (Eide & Eide, 2018, s. 16). I korte trekk kan man si at en personorientert kommunikasjon innebærer tilstedeværelse i samtalen, lytte aktivt, og se den andre som en unik person (Eide & Eide, 2018, s. 16). Profesjonell kommunikasjon forutsetter

at en responderer og tar initiativer på grunnlag av fagkunnskap, at en har en bevisst faglig hensikt med kommunikasjonen (Eide & Eide, 2018, s. 37). Gjennom gode responser og initiativer formidles en holdning av varme, respekt, empati og interesse for den en skal hjelpe (Eide & Eide, 2018, s. 37). Det beste utgangspunktet for å utvikle en arbeidsallianse og en god relasjon, vil være å respondere på det sentrale i det den andre vil at skal bli hørt og akseptert (Eide & Eide, 2018, s. 37).

En sykepleiers evne til å lytte aktivt er en sentral ferdighet i all form for kommunikasjon, og er i tillegg helt grunnleggende for å etablere en trygg og god relasjon til pasienten (Kristoffersen, 2017, s. 373). Profesjonell kommunikasjon er ikke helt det samme som kommunikasjon i dagliglivet (Eide & Eide, 2018, s. 32). Profesjonell kommunikasjon har et helsefaglig formål. Profesjonell, helsefaglig kommunikasjon er alltid hjelpende i den forstand at den er både faglig velbegrunnet og til hjelp for andre (Eide & Eide, 2018, s. 32). Sykepleieren er en faglig autoritet på sitt felt, uten å skulle fremstå som en autoritær. En sykepleier er både en ekspert og en likeverdig samtalepartner (Kristoffersen, 2017, s. 366).

### 2.3.1 Nonverbal kommunikasjon

Det språket vi ytrer nonverbalt kan i kombinasjon med vårt verbale språk vise enten kongruens eller inkongruens. Kongruens er når det er overensstemmelse med både det vi sier og det vi ikke sier (Eide & Eide, 2018, s. 137). Det kan eksempelvis være at en pasient smiler mens han sier han har det bra. Hvis man kommuniserer kongruent, vil det nonverbale understøtte det verbale, og det man sier vil fremstå som ekte, pålitelig og tillitvekkende (Eide & Eide, 2018, s. 137). Inkongruens er når vårt verbale og nonverbale ikke stemmer overens, og at det er et språk mellom det vi sier og det vi uttrykker nonverbalt (Eide & Eide, 2018, s. 137). Det kan skyldes mange ting, men ofte splittelse mellom følelser og rolleforventninger (Eide & Eide, 2018, s. 138). Det er stor gjennomslagskraft i det nonverbale, spesielt i inkongruente budskap, og kan derfor være utslagsgivende på om det skapes tillit eller mistillit (Eide & Eide, 2018, s. 138). Derfor er det viktig å være oppmerksom på inkongruens i egenkommunikasjon og kjenne etter hva det er som fremkaller spriket mellom det vi sier, og det vi uttrykker nonverbalt (Eide & Eide, 2018, s. 138).

Den viktigste funksjonen til nonverbal kommunikasjon er å møte den andre på en bekræftende, oppmuntrende og bestyrkende måte, slik at gjennom å skape en trygghet og

tillit den andre trenger for å åpne seg, dele tanker og følelser (Eide & Eide, 2018, s. 137). Empati er en forutsetning for å kunne bekrefte en annen på en genuin måte (Eide & Eide, 2018, s. 157). Empati er evnen til å lytte, sette seg inn i en annens situasjon og til å forstå den andres følelser, tanker og reaksjoner (Eide & Eide, 2018, s. 157). Uansett hva slags pasienter vi har med å gjøre, bidrar nonverbal, bekræftende kommunikasjon til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon (Eide & Eide, 2018, s. 137).

## ■ Lovverk

Som sykepleier er man pliktig til å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon som en kan forsikre seg om er forstått. Sykepleier skal respektere pasientens rett til selv å foreta valg, samt ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2019).

I pasient- og brukerrettighetsloven (2001) § 1-1. *Formål* står det at lovens formål er å bidra til å sikre lik tilgang på tjenester av god kvalitet til befolkningen ved at den gir pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Videre står det at lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient, bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 1-1). Den som søker eller trenger helsehjelp har også rett på å få de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger av helse- og omsorgstjenesten, for å ivareta sin rett (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 2-1a).

Abortloven (*Lov om svangerskapsavbrudd*) trådte først i kraft i 1976, men har så blitt endret opptil flere ganger etter dette (Bahus, 2020). Loven skal fungere som et komprimerende verktøy mellom kvinners rett til selvbestemmelse og fosterets rettsvern (Bahus, 2020). Loven utgjøres av totalt 15 paragrafer som tar for seg bestemmelser om blant annet veiledning, fremgangsmåte for å få abort, skillet mellom før og etter tolvte uke, abortnemnd, og om hvem og hvor en abort kan utføres (Bahus, 2020). Frem til utgangen av uke 12 må kvinnen selv ta avgjørelsen om svangerskapsavbrudd, men skjer dette etter dette er tilgangen derimot mer begrenset og det må sendes en søknad som avgjøres av en abortnemnd bestående av to leger (Bahus, 2020).

Både leger og sykepleiere kan ifølge loven søke fritak fra å utføre eller assistere ved abort på grunnlag av samvittighet. Dette fritaket gjelder ikke for helsepersonell som gir kvinnen stell og pleie før, under og etter svangerskapsavbruddet (Abortforskriften, 2001, § 15). For å sikre at sykehusene følger sine plikter i forhold til kvinners rett til svangerskapsavbrudd (til tross for helsepersonells fritak), kan det for eksempel i stillingsutlysninger fastsettes i vilkårene at de må være villige til å påta seg oppgaver og plikter som påhviler avdelingen eller institusjonen, og i dette tilfelle svangerskapsavbrudd. Helsepersonell som søker seg til en stilling på sykehus eller institusjon der svangerskapsavbrudd vil kunne bli utført, skal de på anmodning oppgi deres ståsted vedrørende abort og om de ønsker reservasjon mot dette (Abortforskriften, 2001, § 17).

## 3 Metode

---

I dette kapittelet gjør jeg rede for valg av metode og hvordan jeg har gått frem for å finne relevant forskning rettet mot problemstillingen. Dette inkluderer søkeverktøy, inklusjons- og eksklusjonskriterier og søkelogg. Etterfulgt er en presentasjon av forskningsartikler, kildekritikk og etiske overveielser.

### ■ Hva er metode?

Ifølge Dalland (2019) beskrives metode som en måte å fortelle oss hvordan vi skal gå til verks for å enten fremskaffe eller etterprøve innhentet kunnskap. Når vi velger en bestemt metode, begrunner vi det med at den metoden egner seg best til å belyse det spørsmålet eller problemstillingen vi har stilt på best mulig måte (Dalland, 2019, s. 51).

#### 3.1.1 Valg av metode

Denne oppgaven er gjennomført som en litteraturstudie, og det vil si at den henter data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2019, s. 207). I denne oppgaven har jeg valgt å ta i bruk relevant pensumlitteratur, samt annen faglitteratur hentet fra både skolen og offentlige bibliotek jeg ser på som relevant.

### ■ Litteratursøk

For å svare på problemstillingen så tydelig og presist som mulig, valgte jeg å fylle ut et PICO-skjema (Vedlegg 1). PICO er en forkortelse for elementer som ofte vil være med i et spørsmål (population/problem, intervention, comparison & outcome), og dette er et verktøy som forenkler søkeprosessen og gjør arbeidet rundt innhenting, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen mer strukturert (Helsebiblioteket, 2016). På den måten var jeg mer forberedt på litteratursøket.

I søken etter forskning hadde jeg noen spesifikke inklusjonskriterier som måtte være på plass for å sile ut artikler som ikke passet oppgavens problemstilling eller standard. Forskingen skulle for det første ikke være mer enn 10 år gammel da kunnskap oppdaterer og fornyes med tiden, og oppgaven skulle være så aktuell og relevant som mulig. Artikkene skulle i tillegg være skrevet på enten norsk eller engelsk. Forskingen skulle være fagfellevurdert slik at de holdt et visst faglig nivå (Dalland, 2019, s. 156). Jeg valgte å geografisk avgrense forskningen fordi dataen jeg var ute etter er av mer relevans fra noen områder fremfor andre (Dalland,

2019, s. 157). Forskningen skulle være utført i vestlige land slik at en kunne trekke nok paralleller til det norske helsevesenet, og for at funnene skulle være relevante for sykepleie i norske sykehus.

Jeg valgte en fremgangsmåte der jeg leste over artiklers overskrifter, deretter abstraktene på de som tilsynelatende virket relevante, og deretter artiklene jeg til slutt så på som potensielle. Til slutt satt jeg igjen med fem artikler. Utover forskningsartikler har jeg anvendt litteratur fra pensum og annen relevant faglitteratur.

På jakt etter forskning til denne oppgaven, valgte jeg å ta i bruk databaser jeg hadde tilgang til gjennom skolen. Det ble gjennomført søk i Cinahl, MEDLINE og PubMed da jeg følte disse databasene var mer strukturerte og oversiktlige. Jeg endte opp med artikler fra de to førstnevnte. For en mer systematisk og strukturert loggføring av søkeprosessen har jeg valgt å benytte meg av et tabelloppsett der jeg inkluderer databaser, søkeord, antall treff og valgte artikler (Vedlegg 4).

Alle søk gjort i Cinahl har vært med kriterier som peer reviewed, academic journals, engelsk språklig og publiseringsdato mellom 2010 og 2021 lagt inn. Der startet jeg søket med en kombinasjon av søkeordene «induced abortion» AND «needs» AND «care». Det ga 337 treff. Ved å bla gjennom alle sammen, valgte jeg ut ifra tittelen 12 artikler som kunne virke relevante til min problemstilling, og som jeg leste abstraktene til. Ut ifra disse endte jeg opp med én artikkel jeg mener innfridde mine kriterier; *A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care* (Altshuler, Ojanen-Goldsmith, Blumenthal & Freedman, 2017).

I søk det andre søket brukte jeg kombinasjonen av søkeordene «abortion» AND «needs» AND «care» AND «nurse» OR «nurses» OR «nursing», noe som resulterte i 35 treff. Ut ifra syv abstrakter, endte jeg opp med én artikkel som innfridde mine kriterier; *Self-preservation in abortion care: a grounded theory study* (Lipp, 2011).

I neste søk brukte jeg søkeord kombinasjonen «induced abortion» AND «depression» med avansert søk, noe som resulterte i 83 treff. Av ti abstrakter, møtte én artikkel kriteriene mine;

*Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion* (Rousset, Brulfert, Séjourné, Goutaudier & Chabrol, 2012).

Videre kombinerte jeg søkeordene «induced abortion» AND «attitude to» AND «needs» AND «health, og fikk 161 treff. Av fem abstrakter, fant jeg én relevant; *Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation* (Stålhandske, Makenzius, Tydén & Larsson, 2011).

Etter å ha brukt Cinahl sin database, gikk jeg over til MEDLINE. Med kriterier som engelskspråklig og publikasjonsdato mellom 2010 og 2021 lagt inn, tok jeg i bruk en kombinasjon av ordene «induced abortion» AND «care» AND «needs» AND «experience». Dette ga 40 treff. Av tre abstrakter, fant jeg én relevant; *Women's existential experiences within Swedish abortion care* (Stålhandske, Ekstrand & Tydén, 2011).

## ■ Presentasjon av valgt forskningslitteratur

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

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

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å identifisere kvinners behov og preferanser under abort, som skilte seg med behov de fødende hadde.

**Metode:** Artikkelen er basert på kvalitativ forskning. Data ble innhentet gjennom semistrukturerte intensive intervjuer over telefon. I denne studien var det 20 kvinner i alderen 18 til 49 år som hadde erfart abort i løpet av de siste fem årene. Forskerne sammenlignet opplevelsen av ivaretagelse rundt fødsel og abort. Studien ble gjennomført i USA.

**Hovedfunn:** Det var tre gjentakende temaer som viste seg å være viktig: det å bli bekreftet som moralske beslutningstakere av helsepersonell, det å være i stand til å bestemme graden av tilstedeværelse under aborten, og det å kunne få omsorg på en diskret måte. Studien konkluderer med at kvinner kan ha særegne behov og preferanser under abortomsorg.



**Relevans:** Denne artikkelen er relevant for gjeldende problemstilling da den belyser kvinners opplevelser rundt prosessen av å gjennomføre en provosert abort.

***«Self-preservation in abortion care: a grounded theory study»***

Allyson Lipp (2011)

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å utforske hvorfor sykepleiere velger å erkjenne og å skjule sine synspunkter overfor kvinner som gjennomfører en abort.

**Metode:** Artikkelen er basert på kvalitativ forskning. Det blir innhentet data gjennom intervjuer av fem sykepleier, underbygget av rapporter og noteringer fra feltet. Sykepleierne ble spurt om de bedømte kvinner som gjennomfører abort, og om de erkjente synspunktet sitt, etterfulgt av grunnen til sin håndtering av synspunkt.

**Hovedfunn:** Abort av svangerskap i tidlig stadier stod sentralt i hvorvidt sykepleierne stod i involveringen i abortprosessen. Noen sykepleiere behandlet kvinner likt, andre sykepleiere behandlet kvinner ulikt, men at alle strebet etter en rettferdig omsorg. Selvbevarende prosesser viste seg å være en stor grunn til hvorfor sykepleiere erkjente og deretter skjulte sine synspunkter.

**Relevans:** Denne artikkelen omhandler grunner til hvorfor sykepleiere velger å møte sine pasienter på måten de gjør, og dette er veldig relevant for gjeldende problemstilling da kvinners opplevelse av abortprosessen i stor grad kan bli påvirket av måten de blir møtt og ivaretatt på.

***«Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion»***

C. Rousset, C. Brulfert, N. Séjourné, N. Goutaudier & H. Chabrol (2012).

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å vurdere og estimere PTSD-symptomer i etterkant av en abort, og om valg av abortmetode hadde en påvirkning på kvinnens opplevelse.

**Metode:** Her har forskerne valgt å gjennomføre en tverrsnittstudie der man følger de samme observasjonsenheterne over tid. 86 kvinner ble tilnærmet noen timer etter abort og deretter

etter seks uker. Spørreskjemaer som målte symptomer på PTSD, tanker rundt støtteapparat, symptomer på angst, depresjon og sorg ble tatt i bruk.

**Hovedfunn:** Etter aborten var det 38% av kvinnene som rapporterte en potensiell PTSD, men en betydelig nedgang av angstsymptomer. Sammenlignet med kirurgisk abort, var medisinsk abort assosiert med en høyere risiko av å utvikle en mulig PTSD.

**Relevans:** Denne artikkelen er relevant for gjeldende problemstilling da psykiske ettervirkninger viser seg å være veldig relevant etter en provosert abort, og kunnskap om dette kan bidra til å gjøre både helsepersonell og kvinner mer rustet for å håndtere en slik reaksjon.

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

Maria Liljas Stålhandske, Marlene Makenzius, Tanja Tydén & Margareta Larsson (2012).

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å undersøke utbredelsen av eksistensielle opplevelser og behov rundt kvinner som har bedt om en provosert abort.

**Metode:** Artikkelen er basert på kvantitativ forskning utført som en tverrsnittstudie. Data blir innhentet gjennom et spørreskjema fra 499 kvinner gjennom ti ulike klinikker i Sverige. Skjemaene ble besvart i etterkant av en uønsket graviditet og gjennomført abort.

**Hovedfunn:** I studien kommer det frem at eksistensielle tanker om liv og død, mening og følelser tilknyttet fosteret var relatert til abortopplevelsen. Kvinnene med eksistensielle behov og følelser rapportere mer negative psykiske ettervirkninger, inkludert en større vanskelighet rundt abortavgjørelsen. Ivaretagelsen av denne gruppen var vanskelig for helsepersonell.

**Relevans:** Denne artikkelen er relevant for gjeldende problemstilling da den omhandler eksistensielle følelser og behov til kvinner som har gjennomgått en provosert abort. I tillegg tar den for seg behov og synspunkter til helsepersonell.

***«Women's existential experiences within Swedish abortion care»***

Maria L. Stålhandske, Maria Ekstrand & Tanja Tydén (2011).

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å utforske svenske kvinners erfaring av klinisk omsorg ved abort i forhold til deres behov for eksistensiell støtte.

**Metode:** Denne studien baserer seg på kvalitativ forskning gjennom individuelle dybdeintervjuer av 24 kvinner som tidligere hadde erfart en uønsket graviditet og abort. I tillegg til intervjuet ble spørreskjema som omhandlet sosiodemografiske spørsmål, tanker, følelser og erfaringer relatert til aborten utfylt. Studien er gjennomført i Sverige.

**Hovedfunn:** Kvinner som hadde relativt like opplevelser rundt abortprosessen, uttrykte ulike former for behov. Den svenske abortomsorgen ble beskrevet som nøytral og rasjonell, og for noen utløste aborten eksistensielle tanker de ønsket refleksjon rundt, men som helsepersonell ikke klarte å imøtekomme. For å forsikre helsepersonells evner til å imøtekomme ulike former for omsorg, trengs det større ressurser og klarere retningslinjer.

**Relevans:** Denne artikkelen er relevant for gjeldende problemstilling da den omhandler tanker og følelser hos kvinner som har gjennomført en provosert abort. I tillegg tar den for seg erfaringer fra helsepersonell.

## Kildekritikk

Opgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunnet er godt beskrevet (Dalland, 2019, s. 152).

Jeg har etter beste evne forsøkt å holde meg til primærkilder. Har dog tydd til sekundærkilder dersom kilden formidler stoffet på en god og oversiktlig måte, eller primærkilden er vanskelig å få tak i eller å tolke. Bruk av sekundærkilder, som er en tolkning av primærkilder, kan dog resultere i feiltolkninger og misforståelser (Dalland, 2019, ss. 162). Utover dette har jeg kun valgt å ta i bruk forskningsartikler som er fagfellevurderte, for å sikre at de er kritisk gransket og kvalitetssikret av eksperter innenfor feltet. På bakgrunn av dette er jeg trygg på at litteraturen jeg har valgt, er fagmessig adekvat og til å stole på.

I prosessen å skulle finne forskningsartikler som skulle brukes i denne oppgaven, benyttet jeg meg av Norsk senter for forskningsdata (NSD) for å kontrollere påliteligheten til de ulike tidsskriftene som artiklene er publisert i. Minstekravet for at et tidsskrift skal være godkjent

er et vedtaksnivå 1 (NSD, 2021). Alle tidsskriftene som artiklene er fra hadde nivå 1, utenom to. Tidsskriftene som har gitt ut artiklene til Altshuler et al. (2017) og Lipp (2011) hadde vedtaksnivå 2, noe som tilsier at tidsskriftet oppleves som mer ledende innenfor sitt felt (NSD, 2021). Utover dette har jeg benyttet meg av sjekklister for kvalitative studier og prevalensstudier til Helsebiblioteket (2016), og disse sjekklister er oppdaterte og stiller kritiske spørsmål for å utprøve artiklenes troverdighet (Vedlegg 2 til og med 3.2).

Jeg har valgt å ta i bruk flere forskningsartikler som anvender kvantitative metoder. Kvantitative metoder brukes når informasjonen man vil samle er målbar, også kalt «harde data», slik at det er mulig å gjøre en statistisk bearbeidelse (Dalland, 2019, s. 52-53). En svakhet ved denne forskningsmetoden er at forskeren kan miste nyanser ved å ikke gå i dybden. På en annen side legger det et godt grunnlag for dannelse av generaliseringer, noe jeg fant relevant for oppgaven da det inkluderes målbar statistikk fra en stor målgruppe i studien (Dalland, 2019, s. 53). En slik metode lar også forskeren tilstrebe en nøytralitet og avstand, noe som kan være en fordel for leser (Dalland, 2019, s. 53).

Majoriteten av kildene er dog med informasjon fra helsevesen fra andre land og dette kan gjøre at lærdommen som er å hente avviker noe fra det som er å forvente på norske sykehus. Dette kan være en svakhet med tanke på ulike yrkesetiske retningslinjer, lovverk og kulturelle forskjeller. Dette kan derimot være nyttig forskning å ha med da helsepersonell fra Norge kan ta lærdom fra andre praksiser enn hva man selv er vant med.

Jeg har også valgt å ta i bruk en forskningsartikkel som anvender en kvalitativ metode. Kvalitativ metode brukes når informasjonen man søker ikke kan måles eller tallfestes på samme måte. Her ser man etter fenomener av meninger og opplevelser, gjerne kalt «myke data». En svakhet ved denne forskningsmetoden er at det trekkes mange opplysninger om få intervjuobjekter, noe som kan gjøre det vanskelig å generalisere (Dalland, 2019, s. 53). Det komplementeres derimot med en dybdeforståelse ved å inkludere flere nyanser av svarene (Dalland, 2019, s. 53). Dette fant jeg relevant for oppgaven da problemstillingen etterspør informasjon om blant annet opplevelser, følelser og erfaringer.

Flere av studiene har tatt i bruk intervju som metode for innhenting av data, og i selve kommunikasjonsprosessen under intervjuene finnes det mulige feilkilder. Dette går på om

spørsmålet er riktig oppfattet og om intervjueren har forstått og registrert svaret riktig (Dalland, 2019, s. 60).

For å belyse problemstillingen min, har jeg gjengitt forskning og litteratur, og en fare ved gjengivelse er at personlige synspunkt og tolkninger kan påvirke litteraturanalsen. Dette kan starte allerede i litteratursøket, dersom jeg ubevisst filtrerer og ser etter det som kan bekrefte en eventuell førforståelse (Dalland, 2019, s. 58). Dette kalles bekreftelsestendens og innebærer tendensen mennesker har til å legge merke til eller søke etter det som bekrefter det man allerede tror (Svartdal, 2019). Dette har jeg prøvd å være bevisst rundt i søken etter forskningsartikler og ved gjenfortelling av data.

Alle forskningsartiklene jeg har valgt er blitt skrevet på engelsk. En svakhet med det er at det ligger en risiko for feiltolkning av resultater når en skal oversette en tekst fra engelsk til norsk, og at det krever god språklig kompetanse.

Ellers er det en generell fare for gjengivelse av utdatert data da mange av kildene som er tatt i bruk i denne oppgaven er av eldre datering.

## Etiske overveielser

Innenfor all forskning finnes det etiske overveielser når det gjelder håndtering av personopplysninger og ivaretagelse av personvernet. Temaer som anonymitet og taushetsplikt står sentralt. I forskning er det viktig at personvernet blir ivaretatt og garantier om at deltakere ikke blir påført noen form for skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2019, s. 236). I min søken etter forskningsartikler har jeg forsøkt å kun ta i bruk forskning som forholder seg til Helsinkideklarasjonen (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2014), der fire prinsipper står i fokus; respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet.

Utover dette har vi i Norge en modell for å sikre at forskningsetiske normer blir ivaretatt innen utdanning og forskning (Dalland, 2019, ss. 236). Den etiske vurderingen understreker også blant annet viktigheten av hvem som vil ha nytte av kunnskapen den nye forskningen vil medbringe (Dalland, 2019, ss. 238). Når det gjelder denne oppgaven her, blir den skrevet med et håp om at informasjonen, analysene og funnene vil være til nytte for både pasientgruppen det er fokus på, og helsepersonell som jobber med disse kvinnene.

## 4 Drøfting

---

I dette kapittelet vil jeg på bakgrunn av teorien som legges frem i kapittel 3, drøfte problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta den psykiske helsen hos kvinner som gjennomfører en provosert abort på sykehus?» gjort i lys av litteratur, forskning og egne resonnementer.

### Behovet for et ikke-dømmende helsepersonell

Forskning viser at det er en god del kvinner som opplever tegn til posttraumatisk stresslidelse i etterkant av en abort. Nærmere sagt 38% rapporterte dette i en seks ukers tid etter en provosert abort (Rousset et al., 2012). Dette antyder at kvinner som gjennomgår et slikt inngrep er en pasientgruppe med et stort behov for omsorg og ivaretagelse. Derfor er det viktig at sykepleiere møter disse kvinnene med forståelse, og en respekt for deres valg (Jerpseth, 2016, s. 161).

Ettervirkninger av provosert abort kan bli et samfunnsproblem ved at de rammede kvinnene vil måtte søke hjelp hos andre instanser i helsevesenet. Utover at dette påvirker kvinnens livskvalitet, vil dette koste samfunnet. Kunnskap om forhold som predisponerer for depresjon og andre vanskelige følelser under og etter aborten, kan ifølge Broen (et al., 2005) gjøre det mulig å forebygge følelsesmessige belastninger etter aborten (Birkler, 2014, s. 58).

Mennesker som gjennomgår en krise vil ha behov for støtte, noen å dele tanker og følelser med, og ha medmenneskelig kontakt (Eide & Eide, 2018, s. 68). Til tross for at det oftest ikke er mer enn et par timer man har med pasienten, kan det være mer enn nok til å få dem til å føle seg sett, forstått og ivaretatt.

Per i dag har vi en egen abortlov som sikrer at kvinner skal få hjelp til å avslutte et svangerskap om hun selv ønsker dette, gitt at det skjer innen utgangen av 12. uke (Bahus, 2020). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har man rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 2-1b). Samtidig gir loven om svangerskapsavbrudd rom for at helsepersonell kan velge å reservere mot å delta i abortinngrepet, samt utdelingen av det abortfremkallende medikamentet (Abortloven, 1976, §14). Dette er et tema som har blitt diskutert opp til flere ganger. På en side kan dette skape problemer som går imot kvinners rett til nødvendig helsehjelp. I praksis oppfattes det gjerne slik at samvittighetskonflikten skal ha et religiøst grunnlag, selv om forskriften faktisk ikke

nevner religion. Likevel dominerer religion som årsak til samvittighetsnekt (Austveg, 2017, s. 105). Ifølge NRK var det på Sørlandet sykehus hele 37 ansatte, mens i Finnmark var det ingen (Austveg, 2017, s. 105). Gynekolog Kevin Sunde Oppegård forteller at når han tidligere jobbet på Sørlandet sykehus var det så mange som hadde reservert seg at de bare fikk til å utføre aborter én gang i uken (Austveg, 2017, s. 105).

I studien til Lipp (2011) blir flere viktige aspekter rundt hvorfor sykepleiere velger å erkjenne, men samtidig skjule, sine synspunkter rundt kvinner som tar abort belyst. Begrepet selvbevaring viste seg å være et sentralt fenomen i arbeidsrelasjonen, og var definert som å et «skru seg selv av» eller «få det unnagjort» type tankesett, med hensikt i å skape en distanse fra noe som kunne oppleves tyngende eller stressende. Videre står det at sykepleiere bruker en slik form for tankesett i stressende situasjoner (Lipp, 2011). Studien viser at en selvbevarende holdning, sammen med håndtering av svangerskap i tidlige stadier, kan resultere i en større involvering fra sykepleiere og en mer rettferdig omsorg (Lipp, 2011). I situasjoner som innebar en større involvering i abortprosessen, for eksempel det å håndtere et foster eller i arbeid med gjenvendende kvinner som virket lite brydd, skapte et større behov for en selvbevarende holdning (Lipp, 2011). Videre kommer det frem at å skulle håndtere en medisinsk abort ved et 10 ukers stadiet eller ved et 12 ukers stadiet, ville utgjøre en stor forskjell hos sykepleiere da de enten vil håndtere en «klump» eller et fullt utviklet foster (Lipp, 2011). Til tross for at helsepersonell ikke nødvendigvis har noen intensjoner om å opprøre noen, viser det at oppfatninger som inkluderer distansering og mangel på emosjonell imøtekommelse fortsatt er relevant (Stålhandske et al. 2011). Dette kan tolkes som at det kvinnene oppfatter som mangel på emosjonell ivaretagelse, er helsepersonellet sin måte å yte den beste omsorgen de kan uten å føle at det er på bekostning av egne psykiske behov og selvivaretagelse. Gjennom utdanning, kunnskap, ressurser og bevisstgjøring kan sykepleier bidra til å ta opp eksistensielle temaer med kvinnene, slik at deres behov blir ivaretatt (Stålhandske et al., 2011) (Stålhandske et al., 2012).

Abortomsorgen utvikles og moderniseres på lik linje med forskning, og det pekes mot en større sykepleier involvering (Lipp, 2011). Til tross for at dette er lovende for kvinnehelse, innebærer det mest sannsynlig en økning av ansvar hos sykepleiere (Lipp, 2011). Dette kan ha en skadelig effekt på de affektive egenskapene, også kalt emosjonelle kvaliteter, som sykepleierne har (Lipp, 2011). Det understrekes at selv om sykepleiere kan dømme pasienter,

vil en ikke-dømmende omsorg likevel være en profesjonell forpliktelse (Lipp, 2011). Dette kan tolkes som at det ligger en forventning i jobben å skulle legge vekk personlige meninger i møte med pasienter, slik at omsorgen man gir ikke blir påvirket. Ifølge 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). Det kan tolkes som at Martinsen mener at for å handle ut i fra pasientens interesser må sykepleier kunne legge bort egne holdninger. Bearbeiding av erfaringer er avgjørende for at erfaringene skal omdannes til kunnskap og bidra til utvikling av personlige kompetanse (Kristoffersen, 2017, s. 172). For at en skal vise evne til egenvurdering, må sykepleier ha både evne og villighet til å reflektere egne erfaringer og yrkesutøvelse på en kritisk måte (Kristoffersen, 2016, s. 175). Gjennom kritisk refleksjon kan sykepleier undersøke begrunnelsen for egne handlinger og ut ifra det 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). Et godt arbeidsmiljø kan ha en betydning for sykepleiere når det gjelder kunnskap om ivaretagelse. En kultur hvor sykepleiere er trygge på å utveksle erfaringer, reflektere over belastende opplevelser og ta til seg verdifull kunnskap vil være av stor verdi.

## ■ Sårbarhet

Kvinner som har tatt abort, har naturligvis like mange individuelle reaksjoner som det er tilfeller av abort (Austveg, 2017, s. 37). Det at temaet er tabubelagt bidrar til at kvinnene kan føle skyld og skam for valget de har tatt (Opsahl, 2013). Det er vist at det er en utfordring for de profesjonelle å ta både egen sårbarhet og egen makt, som ikke er jevnbyrdig, på alvor for å kunne stå i de mange kompliserte og konfliktfylte situasjonene de møter (Martinsen, 2021, s.76). For å bli klar over dette er det viktig at de profesjonelle kan vurdere hva som er deres ansvar, som de faktisk har makt til å gjøre noe med, og hva som er urimelige og kulturpålagte krav. Det forutsetter bruk av faglig skjønn (Martinsen, 2021, s. 76-77). Sykepleiers møte med den gynekologiske pasienten innebærer å måtte bevege seg mellom interesse for den andre, og varhet for pasientens grenser og ønske om å dele opplevelser. Sykepleier må forholde seg til at vi som mennesker tenker, handler og lever våre liv forskjellig (Jerpseth, 2016, s. 134).

Til tross for at stigma er ulik på forskjellige steder, finnes den overalt (Austveg, 2017, s. 101). Abortsøkende kvinner vil føle seg sårbare som følge av stigmatisering. Ifølge Martinsen



(2021) viser sårbarheten at mennesker angår hverandre, og at mennesker står i en gjensidig utleverthet til hverandre. Videre sier hun at det er noe deltagende i sårbarheten. Selv i de vanskeligste situasjoner kan sårbarheten bidra til at livet folder seg ut og blomstrer og verdigheten får plass (Martinsen, 2021, s. 76). Det å se en pasient som en enestående person innebærer å behandle henne som en person med en egen fortid, egen opplevelse av situasjonen her og nå, og en egen framtid. Det handler om å behandle pasienten som et menneske med et eget levd liv, og ikke bare som et upersonlig tilfelle (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 102). Hvis oppgaver og gjøremål utføres løst fra pasientens situasjon fordi sykepleier har gjort det samme tusenvis av ganger, er det lett å glemme at pasienten kanskje opplever den for første gang (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 102). Det er derfor viktig at sykepleier blir klar over egen væremåte gjennom kritisk evaluering av egne handlinger, slik at ivaretagelsen av pasienten ikke forsvinner mellom oppgavene. Det er mange måter sykepleier kan gi uttrykk for omsorg og respekt på. Sykepleier kan vise respekt og at pasienten blir tatt på alvor ved å vise interesse for hennes opplevelse av situasjonen (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 102). Dette kan gjøres gjennom for eksempel øyekontakt, å lytte oppmerksomt og bekreftelse av det blir forstått (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 102).

Eksistensielle behov og spørsmål kommer frem som et tema sykepleier bør ta opp med kvinnene i ulike studier (Stålhandske et al., 2011) (Stålhandske et al., 2012). I studien til Stålhandske et al. (2011) kommer det frem at en viktig oppgave for helsepersonell, vil være å relatere til pasientene som individuelle mennesker med ulike tankesett, for det å kunne fremme kvinnens individuelle prosess i å håndtere situasjonen. I flere tilfeller kunne visse spørsmål og råd være forstyrrende for noen pasienter, som det å få beskjed om å ikke bruke tampong, ha samleie o.l. i en viss tid etter inngrepet, da de følte det ikke ga noe plass til de psykiske rådene. Mens for andre kunne det være viktig da diskresjon var viktig (Stålhandske et al., 2011). I samme studie kommer det frem et behov for økt kompetanse blant sykepleiere for å kunne møte behovene til kvinnene på en bedre måte. Det å skreddersy tjenester og å møte individuelle behov viser seg å være sentrale faktorer som kan bidra til en god abortopplevelse (Altshuler et al., 2017). Dette kan oppnås med mer kunnskap, utdanning og ressurser (Stålhandske et al., 2011).

## Ivaretagelse gjennom kommunikasjon og relasjon

Det kommer frem i en spesifikk studie at over halvparten av kvinnene som hadde tatt provosert abort prøvde å finne en unnskyldning for valget sitt (Opsahl, 2013). Det at kvinnene prøver å finne en unnskyldning for et valg de har tatt er en ekstra belastning for dem (Opsahl, 2013). Austveg skriver at oppfatningen om uflaks burde få større plass i den norske medisinske debatten og i allmennheten (Austveg, 2017, s. 37). Tilgang til prevensjon, god seksualopplysning og likestilling kan redusere risikoen for uønsket graviditet, men ikke eliminere den (Austveg, 2017, s. 102). I en situasjon der kvinnen føler seg maktesløs og i en posisjon der hun må unnskyldes seg for sine valg, vil det naturlig være behov for støtte og omsorg. Å bli sett og forstått kan være bekræftende i seg selv (Eide & Eide, 2018, s. 155). Som hjelper forsøker man etter beste evne å forstå hva den andre tenker og føler (Eide & Eide, 2018, s. 159). Det kan være vanskelig for sykepleier å møte personer som er engstelige, triste eller sinte på en god måte (Eide & Eide, 2018, s. 160). Evnen til å forholde seg positiv og konstruktiv i forhold til andres negative følelser kan imidlertid trenes opp (Eide & Eide, 2018, s. 160).

I situasjoner der kommunikasjon ikke alltid strekker til, enten på grunn av tid eller kompetanse, vil den nonverbale kommunikasjonen være viktig. Som Ekman & Friesen (1971) og Ekman et al. (2013) sier er en stor del av vår kommunikasjon nonverbal (Eide & Eide, 2018, s. 136). Den viktigste funksjonen til nonverbal kommunikasjon er å skape en tillit og trygghet den andre trenger for å kunne åpne seg og dele tanker og følelser (Eide & Eide, 2018, s. 137). Dette kan for eksempel være å bli møtt på en bekræftende, oppmuntrende og støttende måte. Ved bruk av en vennlig stemme, et spontant smil, et interessert blikk, berøring eller på annen måte respondere bekræftende, vil sykepleier formidle interesse (Eide & Eide, 2018, s. 136). Det er en stor gjennomslagskraft i det nonverbale, og spesielt om det oppleves som inkongruent. For å få tillit hos kvinnene er det viktig at det er kongruens mellom sykepleierens verbale og nonverbale kommunikasjon (Eide & Eide, 2018, s. 137). Det er derfor viktig å trene opp denne ferdigheten (Eide & Eide, 2018, s. 137). De aller fleste har et stort ubrukt potensial når det gjelder nonverbal bekræftende kommunikasjon, og det skal ikke mye trening til før man er i stand til å utvikle nye kommunikasjonsvaner (Eide & Eide, 2018, s. 137).

En annen form for kommunikasjon som er viktig de gangene valg av ord kan være vanskelig, er aktiv lytting. Det innebærer å være mentalt tilstede uten «baktanker» farget av egne erfaringer, teorier eller formeninger (Kristoffersen, 2017, s. 373-374). Martinsen skriver at noen ganger kan det handle om å ikke bekrefte noe i det hele tatt, og heller ikke ta på seg noen oppgave, ei heller om å være en stedfortreder (Martinsen, 2021, s. 188). Hun skriver at det handler om å være der sammen med den som intet håp ser, i en felles, sårbar menneskelig avmakt (Martinsen, 2021, s. 188). Den profesjonelle sykepleier er derimot ikke alltid tydende til stede (Martinsen, 2021, s. 64). Med sin travelhet kan den profesjonelle stenge egen og andres sårbarhet ute. Da sviktes vårt medmenneske, og den profesjonelle løper fra ansvaret ved å unnlate å hjelpe den andre som han/kunne hatt muligheter for å hjelpe (Martinsen, 2021, s. 64). Videre sier Martinsen at det er en vond travelhet, og den er kulturelt bestemt av henholdsvis prioriteringer, normer og de mange gjøremål som pålegges den profesjonelle. Det er mye skyldfølelse og ansvarsfraskrivelse skjult i travelhetens tempo (Martinsen, 2021, s. 64). Dette kan vise en tydelig inkongruens. Sykepleier kan i beste evne prøve å formidle at han/hun er her for å hjelpe henne, men på grunn av «den vonde travelheten» får sykepleier kanskje ikke vært tilstede på en slik måte denne pasienten har hatt behov for. Martinsen understreker hvordan dette bør være en viktig sykepleieoppgave, det å utelukkende være i avmakten sammen, i en bevegelig berørt tilstedeværelse sammen uten noe annet formål enn det (Martinsen, 2021, s. 188).

---

## 5 Konklusjon

---

Gjennom denne oppgaven har jeg forsøkt å svare på hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta kvinner og deres psykiske helse i forbindelse med en provosert abort. Som sykepleier møter vi mennesker i alle mulige sårbare situasjoner, hver dag. Som forskning viser, er det mange kvinner som opplever å få psykiske ettervirkninger av en provosert abort – både kortvarige og langvarige. Det er viktig for sykepleier å ha kunnskap om disse reaksjonene, og vite hvordan skyld og skam kan henge sammen med utviklingen av depresjon og angst. Ut ifra dette ser man at sykepleiere har behov for mer kunnskap rundt de psykiske reaksjonene som oppstår hos kvinner etter en abort, da forskning sier at å informere kvinner om ulike psykiske reaksjoner knyttet til abortinngrep, kan gjøre kvinnen rustet og mer forberedt til å håndtere situasjonen på best mulig måte.

En kvinnes nonverbale uttrykk kan speiles ut ifra sykepleiers væremåte, på godt og vondt. Det er viktig å ikke bidra til en negativ tilbaketreking, og dette kan gjøres ved å være bevisst over sin verbale og nonverbale kommunikasjon. Å skape en kongruens mellom ord og uttrykk er viktig for å danne og opprettholde en tillit mellom sykepleier og pasienten. Flere kvinner har gjennom studiene gitt uttrykk for at de er redd for å bli dømt og stigmatisert av de rundt seg. En dømmende fremtoning av sykepleier kan bidra til en økt følelse av skam for kvinnen. Dersom sykepleier av personlige grunner har sterke meninger om forhold rundt provosert abort, er hun nødt til å gjøre seg bevisst på dette. Ved å skille hennes private og profesjonelle verdier, kan hun hindre at omsorgen hun gir til sine pasienter blir påvirket.

Det kommer frem at sykepleiernes krav til ferdigheter rundt abortprosessen kommer til å øke med tiden. Forskning viser at i et moderniserende helsevesen der både tilgjengelighet og teknologi rundt abort stadig øker, er det etterspørsel av positive måter å sikre egne ønsker og behov om forbehold hos sykepleiere uten bekostning av pasientomsorgen. Det kommer også frem at siden sykepleiere nå spiller en mye større rolle rundt kvinner som gjennomgår provoserte aborter, er det viktig at det ikke bare blir gjort forskning rundt sykepleiers holdninger til abort, men også at forskning i større grad bør undersøke hvilke følelsesmessige

egenskaper som kreves av sykepleiere for å forutse problemer og utfordringer for fremtidig abortomsorg.

I et helsevesen hvor travelheten kommer til synet mer enn før, må sykepleier aktivt strukturere tiden hun har til rådighet godt. Alle kvinner har hver sin unike historie og livssituasjon, og det er sykepleiers oppgave å kartlegge kvinnens unike behov for mental støtte. Det å ivareta en pasientgruppe med et så stort spekter av følelser og behov for ivaretagelse, krever stor kompetanse. En styrking av kompetanse og utdanning hos helsepersonell er derfor viktig for å kunne gi den omsorgen som tydelig kommer frem gjennom forskningen at det er behov for.

Arbeidet rundt denne oppgaven har gjort meg mer klar over hvordan ivaretagelsen av kvinner som gjennomfører provosert abort og deres psykiske helse i stor grad avhenger av hvordan de blir møtt. Jeg har blitt påminnet om den store forskjellen en kan gjøre gjennom kommunikasjon og hvordan vi uttrykker oss i samspillet med pasienten. Holdninger, blikk, væremåte og fremtoning kan spille en fundamental rolle i opplevelsen en kvinne vil sitte igjen med. Jeg mener at en underliggende grunnholdning sykepleiere som skal ivareta kvinner som gjennomfører en provosert abort bør ha, er å kunne møte alle og enhver med kunnskap, respekt og medmenneskelighet.

## Litteraturliste

---

- Abortforskriften. (2001). *Forskrift om svangerskapsavbrudd*. (FOR-2001-06-15-635). Lovdata. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-06-15-635?q=forskrift%20abort>
- Abortloven. (1976). *Lov om svangerskapsbrudd*. (LOV-1975-06-13-50). Lovdata. 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*. *Social Science & Medicine*, 191 (2017) 109-116. ISSN: 0277-9536. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.09.010
- Austgard, Kitt. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis*. Cappelen Akademisk Forlag.
- Austveg, B. (2017). *Abort – en etisk argumentasjon*. Humanist Forlag.
- Bahun, M. K. (2020). *Abortloven*. Store Norske Leksikon. Hentet fra: <https://snl.no/abortloven>
- Birkler, J. (2014). *Bogen om provokeret abort – perspektiver og utfordringer*. Nyt Nordisk Forlag.
- Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ø. 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. (2019). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Gyldendal Akademisk.

- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
  
- Eide, H., & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal.
  
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2014). *Høring – reservasjonsordning for fastleger*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---reservasjonsordning-for-fastleg/id749564/>
  
- Helsebiblioteket. (2016). *PICO*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
  
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekkliste*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
  
- Jerpseth, H. (2016). *Klinisk Sykepleie 2* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
  
- Kristoffersen, N. J. (2017). *Grunnleggende sykepleie bind 1 – Sykepleie – fag og funksjon*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
  
- Kristoffersen, N. J. (2017). *Grunnleggende sykepleie bind 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
  
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2017). Kapittel 3: Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. *Grunnleggende sykepleie bind 1 – Sykepleie – fag og funksjon* (3. Utg.). Gyldendal Akademisk.

- Lipp, A. (2011). Self-preservation in abortion care: a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, 11(5-6), 892-900. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03462
- Løkeland-Stai, M. (2022). *Fakta om abort (med 2021-tall)*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikk3/abort---fakta-med-statistikk/>
- Martinsen, K. (2021). *Langsomme pulsslag*. Fagbokforlaget.
- Nesheim, B-I. (2021). *Abort*. Store medisinske leksikon. Hentet fra: <https://sml.snl.no/abort>
- Nesheim, B-I. (2016). *Spontan abort*. Store medisinske leksikon. Hentet fra: [https://sml.snl.no/spontan\\_abort](https://sml.snl.no/spontan_abort)
- NHI. (2020). *Kirurgisk abort*. Norsk Helseinformatikk. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/kirurgisk-abort/>
- NHI. (2020). *Medikamentell abort*. Norsk Helseinformatikk. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/medikamentell-abort/>
- NSD (Norsk senter for forskningsdata). (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- NSF (Norsk sykepleieforbund). (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Opsahl, A. M. D. (2013). Får angst og depresjon etter abort. *Sykepleien*. 2013;101(8):(70-72), DOI: 10.4220/sykepleiens.2013.0074. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/06/far-angst-og-depresjon-etter-abort>



- Oslo Universitetssykehus. (2019). *Pasientinformasjon: Kirurgisk abort, eller utskrapning av livmorhulen*. eHåndbok. Hentet fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/127653>
  
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
  
- Rousset, C.; Brulfert, C.; Séjourné, N.; Goutaudier, N.; Chabrol, H. (2012). Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 30(5): 506-517. DOI: 10.1080/02646838.2012.654489
  
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
  
- Språkrådet. (2021). Ivareta. *Bokmålsordboka*. 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)
  
- Statistikkbank. (2021). *Abortregisteret*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra: <http://statistikkbank.fhi.no/abort/>
  
- Store Norske Leksikon. (2019). *Stigma*. Hentet fra: <https://snl.no/stigma>
  
- Stålhandske, M. L., Ekstrand, M. & Tyden, T. (2011, januar, 13). Women's existential experiences within swedish abortion care. *Journal of psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(1):35-41. DOI: 10.3109/0167482X.2010.545457
  
- 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

- Svartdal, F. (2019). *Bekreftelsestendens*. Store Norske Leksikon. Hentet fra: <https://snl.no/bekreftelsestendens>

## Vedlegg 1.0 – PICO-skjema

# PICO-skjema

<b>Tittel/arbeidstitel på prosedyren:</b> Provosert abort			
<b>Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:</b> «Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta den psykiske helsen hos kvinner som gjennomfører en provosert abort på sykehus?»			
<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: - Kvinner med hensikt om å gjennomføre en provosert abort - Kvinner som gjennomfører aborten på sykehuset	<b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for): - Provosert abort - Kirurgisk abort - Medisinsk abort - Ønsket abort på sykehus - Kroppslige plager som smerter og blødninger - Følelser som skam, angst, sorg, depresjon, ensomhet, anger, isolasjon og mindre sexlyst i etterkant av abort	<b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket: - Kvinner som føler de ikke får sitt omsorgsbehov ivaretatt av sykepleier under abortprosessen.	<b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå: - Kvinner som velger å gjennomføre en provosert abort på sykehuset føler seg sett og ivaretatt av sykepleiere.
<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 medical abortions</li> <li>- Women who undergo surgical abortions</li> <li>- Women's experience with abortions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Induced abortion</li> <li>- Medical abortion</li> <li>- Surgical abortion</li> <li>- Pregnancy termination</li> <li>- Support</li> <li>- Needs</li> <li>- Women</li> <li>- Mental health after an induced abortion</li> <li>- Psychological outcomes</li> <li>- Experience</li> <li>- Abortion care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Women who don't feel like they're being met and cared for by nursing staff in abortioncare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Women feel seen and cared for by nursing staff before, during and after the induced abortion.</li> <li>- Women who undergo an induced abortion feel little or no symptoms of depression, anxiety or other mental health issues afterwards.</li> </ul>
---	---	---	--

### Vedlegg 2.0 – Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning (Helsebiblioteket, 2020)

<b>1.</b>	Er formålet med studien klar formulert?
<b>2.</b>	Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?
<b>3.</b>	Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?
<b>4.</b>	Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?
<b>5.</b>	Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?
<b>6.</b>	Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?
<b>7.</b>	Er etiske forhold vurdert?
<b>8.</b>	Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?
<b>9.</b>	Er funnene klart presentert?
<b>10.</b>	Hvor nyttige er funnene fra denne studien?
Svar-alternativer:	Ja (j), Nei, (n), Uklart (u)

### Vedlegg 2.1

<i>«A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care»</i>										
<b>Forfattere</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>8.</b>	<b>9.</b>	<b>10.</b>
Anna L. Altshuler, Alison Ojanen-Goldsmith, Paul D. Blumenthal & Lori R. Freedman	J	J	J	J	J	J	U	J	J	J
<b>Kommentar:</b>										

## Vedlegg 2.2

<i>«Self-preservation in abortion care: a grounded theory study»</i>										
<b>Forfattere</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>8.</b>	<b>9.</b>	<b>10.</b>
Allyson Lipp	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J
<b>Kommentar:</b>										

## Vedlegg 2.3

<i>«Women's existential experiences within Swedish abortion care»</i>										
<b>Forfattere</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>8.</b>	<b>9.</b>	<b>10.</b>
Maria L. Stålhandske, Maria Ekstrand & Tanja Tydén	J	J	J	J	J	J	U	J	J	J
<b>Kommentar:</b>										

### Vedlegg 3.0 – Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie (Helsebiblioteket, 2020)

<b>1.</b>	Er formålet med studien klar formulert?
<b>2.</b>	Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen?
<b>3.</b>	Er befolkningen/populasjonen som utvalget er tatt fra, klart definert?
<b>4.</b>	Er utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?
<b>5.</b>	Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?
<b>6.</b>	Er svarprosenten høy nok?
<b>7.</b>	Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?
<b>8.</b>	Er datasamlingen standardisert?
<b>9.</b>	Er dataanalysen standardisert?
<b>10.</b>	Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?
<b>11.</b>	Kan resultatene overføres til praksis?
<b>12.</b>	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?
Svar-alternativer:	Ja (j), Nei, (n), Uklart (u)

### Vedlegg 3.1

<i>«Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion»</i>												
<b>Forfattere</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>8.</b>	<b>9.</b>	<b>10.</b>	<b>11.</b>	<b>12.</b>
C. Rousset, C. Brulfert, N. Séjourné, N.	J	J	J	J	U	J	J	J	J	N	J	U

Goutaudier & H. Chabrol												
<b>Kommentar:</b>												

### Vedlegg 3.2

<i>«Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation»</i>												
<b>Forfattere</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>8.</b>	<b>9.</b>	<b>10.</b>	<b>11.</b>	<b>12.</b>
Maria Liljas Stålhandske, Marlene Makenzius, Tanja Tydén & Margareta Larsson	J	J	J	J	U	J	J	J	J	N	J	U
<b>Kommentar:</b>												

### Vedlegg 4.0 – Litteratursøk

Database	Dato	Søkeord (og kombinasjoner)	Kriterier	Antall treff	Leste abstrakt	Artikler som brukes i oppgaven
Cinahl	26/1/21	«induced abortion» AND «needs» AND «care»	- 2010-2020 - Engelskspråklig - Peer reviewed - Academic journals	337	12	1
Cinahl	26/1/21	«abortion» AND «needs» AND «care» AND «nurse» OR «nurses» OR «nursing»	- 2010-2020 - Engelskspråklig - Peer reviewed - Academic journals	35	7	1

Cinahl	26/1/21	«induced abortion» AND «depression»	- 2010-2020 - Engelskspråklig - Peer reviewed - Academic journals	83	10	1
Cinahl	26/1/21	«induced abortion» AND «attitude to» AND «needs» AND «health»	- 2010-2020 - Engelskspråklig - Peer reviewed - Academic journal	161	5	1
Cinahl	27/1/21	«induced abortion» AND «effects» OR «impact» OR «consequence» OR «influence» or «outcomes» AND «psychological effects»	- 2010-2020 - Engelskspråklig - Peer reviewed - Academic journal	4	1	
Cinahl	27/1/21	«abortion care» AND «nurse» OR «nurses» OR «nursing»	- 2010-2020 - Engelskspråklig - Peer reviewed - Academic journal	62		
MEDLINE	22/2/21	«induced abortion» AND «care» AND «needs» AND «experience»	- 2010-2020 - Engelskspråklig	40	3	1
MEDLINE	22/2/21	«abortion care» AND «experience»	- 2010-2020 - Engelskspråklig	118	1	
PubMed	22/2/21	«woman's experience» AND «induced abortion»	- 2010-2020 - Engelskspråklig	40	1	
PubMed	23/2/21	«induced abortion» AND «feelings» AND «care» AND «experience»	- 2010-2020 - Engelskspråklig	69	2	
PubMed	23/2/21	«termination» AND «pregnancy» AND «experience» AND «care»	- 2010-2020 - Engelskspråklig	293	1	



## Vedlegg 5.0 – Prosedyre for provosert, kirurgisk abort på sykehus



Pasientinformasjon - behandling - undersøkelse

### Pasientinformasjon: Kirurgisk abort, eller utskrapning av livmorhulen

Kvinneklinikken (KVI)/Gynekologisk avd.

Dokument-ID: 127653  
Versjon: 3  
Status: Godkjent

Dokumentansvarlig:  
Utarbeidet av:  
Anne Hilde Hagen

Godkjent av:  
Anne Hilde Hagen

Godkjent fra:  
29.10.2019

### 1. Type informasjon

Informasjon til deg som skal/har vært til kirurgisk abort eller utskrapning av livmorhulen (revisio).

### 2. Hva kan jeg forvente de første ukene etter jeg har kommet hjem?

Det er vanligvis få bivirkninger av behandlingen, og de fleste behandlingene er ukompliserte.

### 3. Hvordan kan jeg forberede meg?

#### På operasjonsdagen:

- Du skal møte på Ullevål sykehus, Kvinneklinikken, i bygg 8, 4 etg Dagkirurgen oppmøte Dato..... kl.....
- Ved endring av time: ring **230 15 810**
- Vi ber om at ferdigutfylte skjemaer (personopplysningsskjema, helseopplysningsskjema og MRSA-/VRE- skjema) returneres i ekspedisjonen før du forlater sykehuset ved første konsultasjon.
- Du skal møte fastende. Det innebærer å ikke spise, drikke, røyke, snuse, suge på pastiller eller tygge tyggegummi etter kl.24:00 kvelden før inngrepet. Du kan drikke klare væsker (saft, vann, te/kaffe uten melk/sukker) inntil 2 timer før oppmøtetidspunktet.
- 1 1/2 time før oppmøte skal du sette Cytotec-tablettene dypt i skjeden. Tablettene skal ikke tas om du er forkjølet .
- Smykker, ringer, klokker og piercinger må fjernes.
- Bruker du faste medisiner ønsker vi at du tar med deg medisinene. Ved innkomst avklares det i samråd med lege hvilke medisiner du skal ta og ikke ta, før og etter operasjonen.

#### Etter operasjonen:

- Du kan ikke kjøre bil etter narkose. Du må enten hentes eller benytte kollektiv transport.

### 4. Hvordan foregår behandling?

Før og etter operasjonen vil du få samtale og informasjon av en sykepleier. En anestesisykepleier kommer å snakker med deg, og de legger inn en kanyle i armen din hvor bedøvelsen senere settes. Før operasjonen får du smertestillende som virker forebyggende. Operasjonen gjennomføres i full bedøvelse (narkose).

Det må påberegnes noe ventetid på operasjonsdagen, ta gjerne med deg lesestoff og/eller musikk på høretelefoner.

## 5. Gjør det vondt?

Siden operasjonen foregår i narkose sover du gjennom hele inngrepet.

Etter operasjonen er det ikke forventet mye smerter, men menssmerter kan forekomme. Ved behov kan du bruke reseptfrie legemidler som Paracetamol og/eller Ibux eller lignende. Legemidlene får du kjøpt på apotek eller dagligvareforhandler. Dersom smertestillende ikke virker skal du kontakte føde-gyn mottaket.

## 6. Hvor lenge varer behandling?

Selve operasjonen er beregnet å ta fra 5 til 30 minutter.

## 7. Hva skjer etterpå?

Operasjonen skjer som dagkirurgi. Forventet liggetid etter operasjonen er 1-2 timer. Vi anbefaler at du har spist og vært på toalettet før hjemreise.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Pasientinformasjon - behandling - undersøkelse Pasientinformasjon: Kirurgisk abort, eller utskrapning av livmorhulen		Utskriftsdato: 26.02.2021
Dokumentansvarlig:	Godkjent av: Anne Hilde Hagen	Dokument-id: 127653 - Versjon: 3 Side 1 av 2

Etter operasjonen kan du drikke og spise som normalt. Hvis du har problemer med vannlatingen etter hjemreise ber vi deg snarest om å ta kontakt med sykehuset.

## 8. Bivirkninger og komplikasjoner

Det er helt vanlig med menstruasjonslignende blødninger de første dagene etter operasjonen, og blødningene kan vare inntil 2 uker. Blødningsmengde og varighet avhenger av operasjonens art. Dersom det skulle oppstå kraftige blødninger eller feber over 38 grader (uten symptom på annen sykdom) skal du kontakte sykehuset. Menstruasjonen kommer vanligvis tilbake innen 4-6 uker etter operasjonen.

En sjelden gang kan det være rester i livmorhulen. **Ta en graviditetstest 4 uker etter aborten.** Dersom graviditetstesten er positiv eller du ikke får tilbake menstruasjonen etter 6 uker tar du kontakt med sykehuset.

## 9. Forholdsregler

For å unngå **infeksjon** anbefaler vi at du de første 14. dagene ikke:

- Bader i badekar, svømmebasseng og lignende
- Har samleie
- Bruker tampong

Operasjonsdagen skal du ta det litt med ro. Avpass videre aktivitet etter hvordan du føler deg. Du kan dusje som normalt etter operasjonen.

Du kan benytte egenmelding ved fravær fra jobb. Ved behov kan legen som har operert deg gi deg sykemelding av 1-2 dagers varighet.

## 10. Kontroll - oppfølging

Før hjemreise avtales det med sykepleier eller lege eventuell videre oppfølging, behandling eller kontrolltime.

Har du satt inn spiral må denne kontrolleres hos egen lege eller gynekolog etter 3 måneder.

Ved behov, ta kontakt med oss på følgende nummer: **Føde-gyn mottaket, tlf. 23 02 75 50 (døgnåpent).**

## 11. Kilder for informasjon

Du kan lese din journal på følgende nettside: <https://www.minjournal.no>

## Vedlegg 6.0 – Analysesammenfatning over forskningsartikler

### Artikkel 1

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

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

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å identifisere kvinners behov og preferanser under abort, som skilte seg med behov de fødende hadde.

**Metode:** Her har forskerne valgt å basere artikkelen på kvalitativ forskning. Dataen ble innhentet gjennom semistrukturerte intensive intervjuer over telefon og i person.

Deltagerne i denne studien var 20 kvinner i alderen 18 til 49 år som hadde erfart abort på et tidspunkt i løpet av de siste fem årene. Kvinnene måtte også ha født minst én gang tidligere, og i tillegg ikke være gravid ved intervjuoppstart. Ved å ta i bruk databasert teoriutvikling, identifisering av behov og preferanser rundt abort (som skiller seg fra fødsel) sammenlignet forskerne opplevelsen av ivaretagelse rundt fødsel og abort. Studien ble gjennomført i California i USA, og kvinnene som deltok ble rekruttert på universiteter/høyskoler, offentlige bibliotek og reklameannonser på Craigslist.

**Funn/konklusjon:** Basert på intervjuene, var det tre gjentakende temaer som viste seg å være viktig: det å bli bekreftet som moralske beslutningstakere av helsepersonellet, å være i stand til å bestemme graden av tilstedeværelsen under aborten, og det å kunne få omsorg på en diskret måte for å unngå å bli dømt av andre for å gjennomføre en abort. Studien konkluderer med at det er mye som tyder på at noen kvinner har særegne følelsesmessige behov og preferanser under abortomsorg, slik at det å skreddersy tjenester og å møte individuelle behov kan bidra til en god abortopplevelse.

**Helsebibliotekets sjekkliste: Utført**

## Artikkel 2

«*Self-preservation in abortion care: a grounded theory study*»

(Allyson Lipp, 2011)

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å søke og identifisere forklaringer til hvorfor sykepleiere erkjenner og skjuler meningene sine mot kvinner som gjennomfører en abort.

**Metode:** Her har forskerne anvendt en kvalitativ forskningsmetode gjennom å ta i bruk Strauss & Corbin's (1990) tilnærming til forskningen. Det blir i tillegg innhentet data gjennom intervjuer av fem sykepleier, underbygget av rapporter og noteringer fra feltet. Deltagerne ble spurt om de dømte kvinner som gjennomfører abort, og om de uten unntak erkjente synspunktet sitt. Oppfølgingsspørsmålet sentrerte seg rundt hvordan og hvorfor de skjulte synspunktene sine.

**Funn/konklusjon:** Studien viser at det er flere viktige aspekter til hvorfor sykepleiere velger å erkjenne og å skjule synspunktene sine. Abort i tidligere svangerskap stod sentralt i

avgjørelsen om hvorvidt involveringen av sykepleierne stod i abortprosessen. Det viste seg også at noen sykepleiere behandlet kvinner likt, mens andre sykepleiere behandlet kvinner forskjellig, men at alle strebet etter en rettferdig omsorg. Selvbevaring viste seg å være fundamentalt og en betydelig stor grunn til hvorfor sykepleiere erkjente og deretter skjulte sine synspunkter. Studien konkluderer med at i en moderne verden der medisinske prosedyrer utvikles, trengs det positive måter å forsikre selvbevaring hos sykepleiere uten på bekostning av omsorg.

#### **Helsebibliotekets sjekkliste: Utført**

#### **Artikkel 3**

*«Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion»*

(C. Rousset, C. Brulfert, N. Séjourné, N. Goutaudier & H. Chabrol, 2012)

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å vurdere og estimere PTSD-symptomer i etterkant av en abort. I tillegg har studien som hensikt i å vurdere om valg av abortmetode hadde en påvirkning på kvinnens opplevelse. En hypotese var at umiddelbare negative reaksjoner ville føre til utvikling av symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD), og at på grunn av forskjeller i abortmetoder, ville kvinners opplevelse også være forskjellige, noe som fører til ulikheter når det gjelder psykologiske ettervirkninger.

**Metode:** Her har forskerne valgt å gjennomføre en tverrsnittstudie der man følger de samme observasjonsenhetene over tid med et mål om å undersøke og identifisere utvikling og/eller endring. 86 kvinner ble tilnærmet noen timer etter abort og deretter etter seks uker. Spørreskjemaer som målte symptomer på PTSD, følelser rundt støtteapparat, symptomer på angst, depresjon og sorg ble tatt i bruk.

**Funn/konklusjon:** I studien kommer det frem at ved seks uker etter aborten var det 38% av kvinnene som rapporterte en potensiell PTSD og en betydelig nedgang av angstsymptomer. Peritraumatisk dissosiasjon og peritraumatiske følelser var hovedprediktorene for intensiteten på PTSD-symptomene etter abort. Når det gjelder valg av abortmetode viste det seg, at sammenlignet med kirurgisk abort, var medisinsk abort assosiert med en høyere risiko av å utvikle en mulig PTSD. Studien konkluderer med at ved

å dele fakta om de mest sentrale risikofaktorene, kan denne studien belyse behovet for psykologisk støtte for kvinner og forebyggende strategier til å bli utviklet.

#### **Helsebibliotekets sjekkliste: Utført**

#### **Artikkel 4**

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

(Maria Liljas Stålhandske, Marlene Makenzius, Tanja Tydén & Margareta Larsson, 2012)

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å utforske utbredelsen av eksistensielle opplevelser og behov rundt kvinner som har bedt om en provosert abort. En hypotese her var at faktorer som eksistensielle opplevelser og behov har en betydelig påvirkning på reaksjoner hos noen kvinner. Utover dette var det et ønske med studien å utforske om bakgrunnsfaktorer kan knyttes opp til eksistensielle erfaringer i en abortsituasjon.

**Metode:** Artikkelen har anvendt en kvantitativ metode utført som en tverrsnittstudie der de uthenter data gjennom et spørreskjema fra 499 kvinner som hadde bedt om en provosert abort, gjennom ti klinikker i Sverige. Innhenting av data foregikk over ca. 6 måneder, og spørsmålene bestod av fire åpne og 51 multiple-choice. Kvinnene som var med i studien besvarte spørsmålene i etterkant av en provosert abort. Denne studien ble utført i Sverige.

**Funn/konklusjon:** I studien kommer det frem at eksistensielle erfaringer og behov viste seg å være vanlig. For 60% av kvinnene var eksistensielle tanker om liv og død, mening og moral, og følelser tilknyttet til fosteret relatert til abortopplevelsen. Nesten 50% av kvinnene rapporterte et behov for eksistensielle handlinger i sammenheng med aborten, og 67% av kvinnene tenkte på graviditeten i form av et barn. Kvinnene med eksistensielle tanker og behov for slike handlinger rapporterte mer negative psykiske ettervirkninger, inkludert en større vanskelighet rundt abortavgjørelsen. Studien konkluderer med det blant annet var vanskelig for helsepersonell å ivareta disse kvinnene, da situasjonen krever komplekse aspekter utover medisinske prosedyrer og rutiner. Den viser også at svensk helsepersonell har et behov for både det å forstå og å være komfortabel med å utforske pasientens eksistensielle tro og spørsmål.

**Helsebibliotekets sjekkliste: Utført**

**Artikkel 5**

«*Women's existential experiences within Swedish abortion care*»

(Maria L. Stålhandske, Maria Ekstrand & Tanja Tydén, 2011)

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å utforske svenske kvinners erfaring av klinisk omsorg ved abort i forhold til deres behov for eksistensiell støtte.

**Metode:** Denne studien baserer seg på kvalitativ forskning gjennom individuelle dybdeintervjuer av 24 kvinner som tidligere hadde erfart en uønsket graviditet og abort. Utover intervjuene, fylte kvinnene ut et spørreskjema som omhandlet sosiodemografiske spørsmål, samt spørsmål om tanker, følelser og abortrelaterte erfaringer. Deltagere ble innhentet mellom 2006 og 2009. Studien er gjennomført på en helseklinikk for studenter i Uppsala, Sverige.

**Funn/konklusjon:** Studien viser at til tross for at kvinner hadde relativt like opplevelser av omsorgen som ble tilbudt under abortprosessen på sykehuset, som at den svenske abortprosessen var rasjonell, nøytral og effektiv, uttrykte de ulike former for behov. For noen kvinner var eksistensiell støtte helt utelukket og ikke et behov, men for andre utløste aborten eksistensielle tanker om livet, mening og moral og som resulterte i et behov for refleksjon. Dette var noe helsepersonell ikke klarte å imøtekomme. De kvinnene som ikke hadde et eksistensielt behov var fornøyde med nøytraliteten og rasjonaliteten de ble møtt med, mens kvinnene med eksistensielle behov ble skuffet over den manglende innlevelsen og emosjonelle støtten de trengte. Studien konkluderer med at siden kvinners behov for eksistensiell støtte varierer, er det stor sjanse for å bli skuffet av omsorgen de blir møtt med. For å forsikre at helsepersonell møter kvinnen både fysisk, psykisk og eksistensielt, trengs det bedre større ressurser og klarere retningslinjer.

**Helsebibliotekets sjekkliste: Utført**

