

Psykisk oppfølging etter abort

Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter får den psykiske oppfølgingen de trenger etter en abort?

Kandidatnummer: 782
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 6821
Dato: 02.01.2024



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 02.01.2024
Tittel: Psykisk oppfølging etter abort	
<p data-bbox="162 376 1394 421"><u>Problemstilling</u></p> <p data-bbox="162 421 1394 510">Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter som har tatt en provosert abort får den psykiske oppfølgingen de trenger?</p> <p data-bbox="162 555 1394 600"><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p data-bbox="162 600 1394 757">Aborttallene i Norge stiger og mye av ansvaret er flyttet fra legene og kirurgene til sykepleierne. En provosert abort kan være en krevende opplevelse for pasienten, og det er viktig at sykepleier er klar over dette. Sykepleiere har en plikt til å ivareta pasientens behov ved å kartlegge, planlegge og gjennomføre planen.</p> <p data-bbox="162 801 1394 846"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="162 846 1394 1014">Generell litteraturstudie som tar utgangspunkt i resultatene fra fire kvalitative forskningsartikler i samarbeid med annen forsknings- og faglitteratur. Forskningsartiklene er nøye utvalgt for å svare best mulig på problemstillingen. Søket, inklusjonskriterier og kritiske vurderinger er gjort rede for.</p> <p data-bbox="162 1059 1394 1104"><u>Resultat</u></p> <p data-bbox="162 1104 1394 1440">En provosert abort kan føre til at kvinnen sliter psykisk i ettertid. Den tydeligste årsaken til psykiske plager etter en abort er at man også har slitt psykisk før aborten. Mye stress, angst og depresjon kan føre til mer stress, angst og depresjon etter aborten. Det er også andre viktige årsaker til høyt stress og angstnivå etter aborten. Blant annet valgprosessen, å holde det hemmelig for venner å familie, fysiske smerter og bekymring for komplikasjoner. Norske kvinner rapporterer at de ikke er fornøyde med den abortomsorgen de møter i dag. De føler seg «ført bak lyset av helsetjenestene», og at de «ikke blir tatt imot som en fullverdig pasient» og møter «et rutinepreget tilbud».</p> <p data-bbox="162 1485 1394 1529"><u>Diskusjon</u></p> <p data-bbox="162 1529 1394 1731">Ved å følge de lover og retningslinjer som sykepleier er bundet av, samt bruke personsentrert sykepleie og Joyce Travelbees teori for sykepleie aktivt, kan sykepleier bidra til at pasientene får en bedre opplevelse i møte med abortomsorgen. Sykepleier må vise omsorg og forståelse, gi trøst, være sympatisk og imøtekommende. Sykepleier må dekke hele pasientens behov, kommunisere og tilrettelegge.</p>	

Forord

Denne oppgaven tar utgangspunkt i et forarbeid gjort i emne BSY-402 hvor jeg leverte inn en prosjektbeskrivelse som en eksamensbesvarelse. Den eksamensbesvarelsen har kandidatnummer 590. I denne bacheloroppgaven har jeg brukt informasjon og bearbeidet tekst fra eksamenen i BSY-402 i bachelorens innledning, bakgrunn og diskusjon.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2	Sykepleiefaglig relevans.....	2
1.3	Problemstillingen	2
1.3.1	Avgrensinger og presiseringer av problemstillingen	2
2	Bakgrunn.....	4
2.1	Sentrale begreper	4
2.1.1	Provosert abort.....	4
2.1.2	Psykisk helse.....	4
2.1.3	Psykisk oppfølging i Norge	4
2.2	Sykepleiefaglige rammer	5
2.2.1	Norske lover	5
2.2.2	Yrkesetiske retningslinjer	5
2.2.3	FNs bærekraftsmål nr. 3	5
2.2.4	FNs kvinnekonvensjon	6
2.2.5	Menneskerettsloven	6
2.3	Modell og teori.....	6
2.3.1	Personsentrert sykepleie	6
2.3.2	Joyce Travelbee	7
3	Metode	8
3.1	Generell litteraturstudie	8
3.2	Kvalitativ og kvantitativ metode	8
3.3	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	8
3.3.1	Tabeller for søkehistorikk og utvalg av artikler.....	9
3.4	Øvrig fag- og forskningslitteratur	11
4	Resultater	12
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise	13
4.2	Sammenfatning av resultatene.....	19
5	Diskusjon.....	20
5.1	Resultatdiskusjon	20
5.1.1	Psykiske plager som oppstår.....	20
5.1.2	Årsaker til psykiske plager	20
5.1.3	Et ønske om, og et behov for hjelp	22
5.1.4	Hvordan kan sykepleier arbeide?.....	22
5.2	Metodediskusjon	24
5.2.1	Om generell litteraturstudie	24
5.2.2	Litteratursøk og inklusjonskriterier	24
5.2.3	De inkluderte artiklene	25
6	Konklusjon	28
6.1	Komplikasjoner for gjennomføring	28
7	Referanseliste	29

1 Innledning

På sent 1600-tallet halshogde man kvinner og satte hodet deres på stake dersom de tok en abort. Og på 1800-tallet ble ulovlige aborter straffet med inntil 3 års fengsel. Siden den tid har abortloven blitt diskutert i flere årrekker og det var ikke før 1978 at selvbestemt abort før uke 12 ble lovlig for alle kvinner i Norge. Også siden dette har abortloven vært tatt opp i Stortinget flere ganger. I 2014 foreslo Solbergs regjering at fastleger skulle ha muligheten til å reservere seg fra å henvise pasienter til abort. Og i 2018 ønsket Kjell Ingolf Ropstad i KRF å forby fosterreduksjon (Bjørnfeldt, 2018).

Fortsatt ser vi at abort er på agendaen og kvinner over hele verden kjemper for retten til å bestemme selv. I USA fjernet de den konstitusjonelle retten til trygg og lovlig abort sommeren 2023, noe som ifølge Guttmacher Institute vil resultere i at minst 22 stater strammer inn abortlovene sine og 40 millioner kvinner vil miste muligheten til å ta lovlig abort i sin hjemstat (Amnesty International, u.å.).

I Norge ble det utført 11 967 aborter i 2022. 95,1 prosent av dem var selvbestemt og 84,1 prosent ble utført før niende uke (Løkeland-Stai, 2023). Ved gynekologisk poliklinikk å Ullevål sykehus i Oslo har antallet gjennomførte aborter steget drastisk bare det siste året. I slutten av juni 2022 hadde Ullevål gjennomført 917 aborter, og på omtrent samme tid i 2023 viste tallene 1161 gjennomførte aborter. Tidligere gjennomførte de rundt 44 aborter i uken, nå er det så mye som 70. Siden pågangen er så stor, må flere kvinner vente lenger før aborten kan gjennomføres og dermed også leve i en uønsket situasjon lenger (Aslaksen, 2023).

Akkurat nå behøver vi ikke kjempe for selvbestemt abort i Norge, men aborttallene stiger, flere kvinner oppsøker abortklinikken og det er fortsatt en del stigma og tabu knytte til prosedyren (Dahle, 2023) (Viken, 2023). Journalist og programleder Bahare Viken skriver i sin kronikk i VG at det fortsatt er tabu å prate om at du har tatt en abort, og at hun ikke er alene i å holde det hemmelig lenge (Viken, 2023). Influencer og reality-deltaker Yasmin San Miguel Moussaoui sier i et intervju med «God kveld Norge» at for henne var aborten en tøff beslutning, og at valget er noe hun vil bære med seg resten av livet, og at hun etter aborten følte på skyld, sinne, angst og skam (Dahle, 2023). Seksjonsleder og sykepleier ved Ullevåls gynekologiske poliklinikk påpeker også i sitt intervju med VG at «å ta en abort vil følge deg, selv om du er sikker i ditt valg» (Aslaksen, 2023).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Da jeg skulle bestemme meg for hva jeg skulle skrive bachelor om, hadde jeg mange ideer; smertelindring av rusmisbrukere, ernæring på sykehjem, palliasjon i hjemmetjenesten, og kvinnehelse, nærmere bestemt abort. Mens alle disse ideene svermet rundt i hodet mitt var jeg på et arrangement for jenter som skater, surfer og kjører snowboard og fant meg selv rundt et bor med noen av de kuleste, tøffeste jentene jeg kjenner da det ble klart for meg at jeg ville skrive om dem: de råeste kvinnene i mitt liv. Kvinnene som på en side sloss for å åpne brettporten for kvinner og tar baklengs salto inn i halfpipen for å vise at vi også hører til. Og som på den andre siden er sårbare kvinner i møte med helsevesenet. I løpet av én jentekveld på byen hadde nok jenter kommet og delt sine historier med meg til at jeg kunne gjøre mitt eget forskningsprosjekt. Det kom frem tårer og sinne, og alle var enige om at det er en tung psykisk påkjenning å ta en provosert abort, uansett om man ønsket barnet eller ikke. Jeg skriver denne oppgaven for dem, jentene mine i «Grlshred», og alle jentene som kommer etter oss.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Tidligere ble alle aborter utført kirurgisk, men i de siste 30 årene har antall medisinske aborter økt og kirurgi blir mindre vanlig. Det betyr at ansvaret for selve abort-prosedyren har i stor grad blitt overført fra kirurger og leger til sykepleierne (Kjelsvik et al., 2018, s. 4193). Sykepleiers oppgave og ansvar varierer ut ifra hvordan aborten skal gjennomføres, men uansett er det viktig at sykepleier fungerer som en støtte, viser respekt og forståelse, og setter kvinnens behov i fokus og arbeider ut ifra de yrkesetiske retningslinjene (Rådet for norsk sykepleietikk, 2023).

1.3 Problemstillingen

På bakgrunn av historiene til Bahare Viken, Yasmin San Miguel Moussaoui og mine egne venninner ønsker jeg å lære mer om og fordype meg i hvilke psykiske konsekvenser en abort kan ha, og hvordan sykepleier kan bidra til at kvinne får den oppfølgingen de ønsker. Jeg har derfor valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter som har tatt provosert abort får den psykiske oppfølgingen de trenger?

1.3.1 Avgrensinger og presiseringer av problemstillingen

Jeg har valgt å begrense problemstillingen til å dreie seg om provosert abort på grunn av uønsket graviditet, både utført medisinsk og kirurgisk. Med det ekskluderer jeg spontanabort,

abort på grunn av medisinske årsaker, abort etter overgrep og abort av andre årsaker. Det avgrenses slik fordi det kan tenkes at reaksjon og behov etter en provosert abort på grunn av en uønsket graviditet vil være forskjellig fra de andre, og det følges også opp ulikt i Norge i dag. I denne oppgaven brukes frasen «provosert abort» om medisinsk og kirurgisk abort gjennomført på grunn av uønsket graviditet, ikke på grunn av medisinske årsaker eller som følge av et overgrep.

Videre har jeg avgrenset det til å kun dreie seg om kvinner som utfører aborten før 12. svangerskapsuke. Grunnen til dette er at etter 12. svangerskapsuke må man søke til abortnemden for å få lov til å utføre aborten, og det blir oftest godkjent når det er en medisinsk årsak til at svangerskapet ikke skal gjennomføres, eller dersom kvinnen er gravid som resultat av et overgrep. Det er også tenkelig at denne søknadsprosessen og ventetiden kan føre med seg en stor psykisk påkjenning, og derfor har det vært viktig for meg å skille på aborter utført før og etter uke 12.

Oppgaven vil ta for seg både medisinsk og kirurgisk abort uten å skille på det, dette fordi det ikke skilles tydelig nok på i forskningen. Jeg har heller ikke valgt å skille på om aborten utføres hjemme eller på sykehus, også fordi forskningen ikke skiller på det.

Jeg har valgt å gå i dybden på den psykiske opplevelsen av en provosert abort, og hvilke eventuelle psykiske følger man kan få i etterkant, og ikke de fysiske etterfølgende. På grunn av oppgavens størrelse er det ikke rom for å ta for seg begge, da dette ville oversteget ordrammen.

2 Bakgrunn

2.1 Sentrale begreper

2.1.1 Provosert abort

Provosert abort betyr at man aktivt går inn for å avbryte svangerskapet og fjerne fosteret fra livmoren enten ved hjelp av medisiner eller kirurgi, i motsetning til en spontanabort der kroppen selv frastøter seg fosteret og svangerskapet blir avbrutt (Henriksen, 2022). En medisinsk abort utføres ved at man møter til en undersøkelse og man får en tablett man skal svelge. Denne tablett stanser utviklingen av svangerskapet. Etter 1-3 dager skal tabletter føres inn i skjeden som starter livmorsammentrekninger og man aborterer. Dette kan enten utføres på sykehuset eller hjemme, men man skal ikke være alene. Kirurgisk abort gjennomføres under narkose på sykehuset ved at foster og morkake blir fjernet med vacumsug (OUS, 2023, s.1).

2.1.2 Psykisk helse

Alle har en psykisk helse, på samme måte som at alle har en mental helse. Den fysiske helsen beskriver hvordan kroppen har det, mens psykisk helse handler om hvordan tankene og sinnet har det, hvordan du føler deg i hverdagen og i møte med andre. Fysisk og psykisk helse henger tett sammen; den ene påvirker den andre og visa versa. Psykisk helse er et samlebegrep og dekker alt fra god livskvalitet og psykisk helse til psykiske plager og lidelser (Helsedirektoratet, 2022). I denne oppgaven brukes «psykisk helse» om den generelle psykiske helsen og hvordan man føler seg overordnet, «psykiske plager» brukes om nedsatt psykisk helse med tendenser til angst, depresjon og andre lidelser, og «psykiske lidelser» og «diagnoser» brukes om de som har påviste psykiske lidelser og diagnoser satt av psykologer.

2.1.3 Psykisk oppfølging i Norge

Etter en abort er det vanlig å føle på anger, tristhet, sorg og usikkerhet, samt lettelse, og mange ønsker gjerne å snakke med noen i ettertid for å sortere tankene sine (Amathea, u.å.). Men leser man pasientinformasjonen fra Oslo universitetssykehus og Dr.Dropin angående abort, står det ingenting om dette. Dr.Dropin nevner at du kan gå til Amathea for å få veiledning om du er usikker på om du ønsker svangerskapet. OUS nevner at man får en konsultasjonstime ved innkomst og at de eventuelt kan henvende deg til sosionom dersom du skulle ønske dette, også for veiledning før en eventuell abort. Ingen av dem tilbyr oppfølging etter abort, med mindre du opplever fysiske plager og komplikasjoner (Henriksen, 2022)

(OUS, 2023, s.1-2). Heldigvis, som Dr.Dropin nevner, har vi i Norge en ordning som heter Amatheia. De har 10 kontorer spredt rundt i landet hvor kvinner og deres partnere kan komme for gratis veiledning og samtale før et eventuelt svangerskapsavbrudd og oppfølging etter (Amatheia, u.å.).

2.2 Sykepleiefaglige rammer

2.2.1 Norske lover

Abortloven i Norge inneholder de viktigste reglene om svangerskapsavbrudd. Den sikrer at alle kvinner i Norge har rett til å avgjøre selv om de ønsker en abort, så lenge det kan utføres før 12 svangerskapsuke (Abortloven, 1976, § 3). Dersom man ønsker en abort etter uke 12 av graviditeten må man søke til en nemnd. Dette kan man gjøre dersom det er fare for kvinnens eller barnets helse, dersom kvinnen ble gravid som følge av et overgrep eller annet forhold nevnt i straffeloven, og dersom kvinnen er psykisk utviklingshemmet eller har en alvorlig sinnslidelse (Abortloven, 1976, § 2). Loven skal også sikre at alle i Norge har tilgang til en trygg behandling, og at alle aborter som gjennomføres er av høy standard (Abortloven, 1976, §§ 3 og 14) Pasientsikkerhetsloven sikrer pasientens rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten; i dette tilfellet er det abortklinikker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 2-1 b). Helsepersonelloven beskriver at helsepersonell skal utøve faglig forsvarlighet i arbeidet sitt, og man skal henvise pasienten videre eller samarbeide dersom pasientens behov er utenfor egen kapasitet (Helsepersonelloven, 2001, § 4).

2.2.2 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er definert av Norsk sykepleierforbund og skal veilede for en etisk sykepleiepraksis. De yrkesetiske retningslinjene trekker i nr. 1.1. frem at det er sykepleiers ansvar å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg. Og i nr. 2.2, 2.5. og 3.2. beskrives det at arbeidet skal baseres på forskning og at sykepleier har et ansvar for at ny kunnskap skal brukes i praksis. Retningslinjene trekker også frem at sykepleiere skal ivareta sårbare gruppers særskilte behov og bidra til utvikling av god folkehelse og jobbe mot å nå FNs bærekraftsmål (Rådet for norsk sykepleieetikk, 2023).

2.2.3 FNs bærekraftsmål nr. 3

FNs bærekraftsmål nr. 3 sier at man skal «sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder» (FN-sambandet, 2023). Delmål 3.7 ønsker at alle har tilgang til tjenester angående seksuell og reproduktiv helse innen 2030. Det innebærer blant annet

familieplanlegging og tilhørende informasjon, og å sikre at seksuell og reproduktiv helse inngår i nasjonale programmer og strategier. Norge er på god vei mot å oppnå delmål 3.7 ved å tilby seksualundervisning ved skolen og gratis kondomer, samt et godt system for andre prevensjonsformer. I tillegg tilbyr det offentlige helsevesenet abort (FN-sambandet, 2023).

2.2.4 FNs kvinnekonvensjon

Kvinnekonvensjonen ble laget for å sikre at kvinner har de samme rettighetene som menn over hele verden og ble vedtatt i 1979 og trådte i kraft i 1981. 189 land, inkludert Norge, er fullverdige medlemmer og har forpliktet seg til konvensjonen, men noen land har reservert seg fra å følge deler av den. For eksempel har Monaco reservert seg fra å følge artikkel 16 (e). Denne artikkelen sier at kvinner skal ha samme rett til å avgjøre hvor mange barn de vil ha og avstanden mellom fødsler. Og at kvinner har rett til opplysning, utdanning og midler som gjør dem i stand til å ta disse valgene og utføre dem (FN-sambandet, 2023).

2.2.5 Menneskerettsloven

Ifølge menneskerettsloven har alle mennesker, uansett hvem eller hvor de er, rett til høyest mulig standard av mental helse. Dette innebærer også retten til tilgjengelig mental helsehjelp av best mulig standard (WHO, 2023). Menneskerettighetene innebærer også seksuelle og reproduktive rettigheter som sier at alle kvinner har rett til å velge når eller om du vil ha barn (Amnesty International, u.å.).

2.3 Modell og teori

2.3.1 Personsentrert sykepleie

Personsentrert sykepleie er en måte å arbeide og tenke på innen helsevesenet. Det bygger på Florence Nightingales og Virginia Hendersons teorier og handler om å se hele personen og dens behov. Behov for trøst, identitet, tilknytning, inkludering og beskjeftigelse står sentralt i personsentrert måte å arbeide på. Man tar utgangspunkt i individet og dens verdier, livssituasjon, behov og helseutfordringer. Brendan McCormack og Tanya McCane har produsert et rammeverk for personsentrert sykepleie hvor de beskriver fire elementer som er essensielle for utøvelsen:

1. Forutsetninger
2. Omgivelser
3. Prosess
4. Utbytte

Med dette mener de at sykepleierens forutsetninger, omgivelsene sykepleien utøves i, hvordan utøvelsen og forholdet utvikler seg, resultatet av sykepleien og pasientens tilfredshet er viktige elementer som må tas høyde for i pleien for å på best mulig måte kunne arbeide personsentrert (Eriksen, 2016, s. 898-899).

2.3.2 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee definerer sykepleie slik: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s.29). Med dette mener hun at sykepleieren alltid arbeider for å hjelpe individet, familien eller samfunnet til å forebygge sykdom og lidelse og hjelper til at høyest mulig nivå av helse kan opprettholdes. For å hjelpe individet mener Travelbee at det er essensielt at sykepleieren skaper en tilknytning mellom seg og den syke og viser forståelse og medlidenhet, og viser at pasienten ikke er alene. Hun mener det er viktig at sykepleieren viser med sine handlinger at hen ønsker å hjelpe pasienten, ikke fordi de er syke og har rett på pleie, men fordi de er den de er; et fullverdig menneske som fortjener omsorg. For å klare dette er det, ifølge Travelbee, absolutt nødvendig at sykepleieren setter seg inn i hvordan pasienten oppfatter sin egen tilstand. Dessverre er det et aspekt som lett kan glemmes i en stressende arbeidshverdag.

I tillegg til å ha et ansvar for individet og familien har sykepleieren et ansvar for samfunnet. Travelbee mener at det er en sykepleiers ansvar å avdekke eventuelle helsefarene i samfunnet og engasjere innbyggerne og overhodene til å gjøre endringer som hindrer disse farene og med det bedrer samfunnets overordnede helse. (Travelbee, 1999, s.29-36)

3 Metode

3.1 Generell litteraturstudie

I en generell litteraturstudie tar man for seg en problemstilling innen ett problemområde og analyserer allerede publisert forskning- og faglitteratur for å forsøke å svare på problemstillingen. Hensikten er å bruke den nåværende kunnskapen om et bestemt tema for å deretter trekke konklusjoner som vil være relevante for den gitte problemstillingen ute i klinikken (Popenoe et al, 2021, s. 175).

3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Det finnes to hovedgrupper for datainnsamlingsmetoder; kvantitativ og kvalitativ metode. Ofte bruker man disse to sammen for å gi dybde og bredde til en studie og de kan utfylle hverandre for å gi et bedre svar på studiens problemstilling. Kvantitative undersøkelser gir svar som kan telles og gjøres om til statistikk. Fordelen med kvalitative studier er at de gjør det mulig å innhente og systematisere informasjon fra store deltakergrupper. Ulempen er at man risikerer å ikke få med seg eventuell informasjon som ikke kan talfestes. En mulighet er da å be deltakerne utdype, eller gjennomføre en kvalitativ undersøkelse. Kvalitative data kan ikke gjøres om til tall, men kan vise deltakernes meninger, holdninger, ønsker og ideer. Svarene kan være så ulike at det ikke vil være mulig å sette dem inn i en statistikk, og de må heller tolkes som tendenser blant deltakergruppen (Johansen & Sundbye, 2019). For å belyse min problemstilling gjør jeg i denne oppgaven en generell litteraturstudie. Jeg har valgt å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning for å få en bedre forståelse av aktualiteten til temaet og svare på problemstillingen.

3.3 Søkeprosessen og utvalgelse av artikler

Søkeprosessen ble gjennomført i både den vitenskapelige databasen CINAHL og Sykepleien forskning. Jeg valgte å bruke CINAHL som hovedbase, da denne har et fokus på sykepleiefaglig forskning fremfor annet og det er den databasen jeg har blitt best kjent med gjennom studieløpet. CINAHL ga et resultat på tre artikler som når inklusjonskriteriene. Deretter gjorde jeg et søk i Sykepleien forskning for å finne det norske perspektivet og fant kun én relevant forskningsartikkel som oppfylte inklusjonskriteriene.

I CINAHL ble søkeordene «Induced abortion» og «mental health» kombinert med AND brukt. Og videre ble det avgrenset til å kun vise artikler publisert etter 01.01.2013. På Sykepleien ble de tilsvarende norske søkeordene brukt og videre avgrenset til å kun gjelde

forskningsartikler. Kombinasjonen av søkeord og avgrensinger ga 62 treff på CINAHL og 5 treff på Sykepleien. Etter å ha lest gjennom titlene var det 24 titler som virket aktuelle og dermed 24 abstrakter som ble lest. Deretter, etter å ha lest gjennom abstraktene, var det kun ni artikler som virket aktuelle for å svare på problemstillingen og ble lest gjennom i sin helhet. Av disse ni forskningsartiklene var det fire som nådde inklusjonskriteriene og er brukt videre i denne oppgaven. Inklusjonskriteriene er bestemt ut ifra hva slags artikler som best mulig kan bidra til å svare på problemstillingen. Jeg har valgt å inkludere både kvalitative og kvantitative studier, fordi de i samarbeid kan vise både det store bildet og små detaljer. Som tidligere nevnt i oppgaven har jeg også valgt å begrense det til provoserte aborter utført som følge av en uønsket graviditet. Jeg har ikke valgt å sette noen geografiske kriterier, da det var såpass få treff i søket. Politikk, kultur og helsevesenet vil være forskjellig ut ifra hvilket land forskningen er fra, men det er likevel interessante resultater i forskningen, og jeg har valgt å ta de med i denne oppgaven. Søkene og artiklene er presentert nedenfor i tabell 1 og 2. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er vist i tabell 3.

3.3.1 Tabeller for søkehistorikk og utvalg av artikler

Tabell 1, søkehistorikk og utvalg av artikler (CINAHL)

Database og dato for søk	CINAHL, 02.11.23
Søkeord og kombinasjoner	“Induced abortion” AND “mental health”
Avgrensinger i søket	Publisert mellom 01.01.2013 og d.d
Antall treff totalt	62
Antall gjennomleste titler	62
Antall gjennomleste abstrakt	20
Antall gjennomleste fulltekstartikler	7
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
Inkludert artikkel nummer 1	Curley, M. & Johnston, C. (2013). The Characteristics and Severity of Psychological Distress After Abortion Among University Students. <i>Journal of Behavioral Health Services & Research</i> , 2013 (40), 279-293, https://doi.org/10.1007/s11414-013-9328-0
Inkludert artikkel nummer 2	Toffol, E., Pohjoranta, E., Suhonen, S., Hurskainen, R., Partonen, T., Mentula, M. & Heikinheimo, O. (2016). Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study. <i>Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica</i> , 2016 (95), 1171-1180, https://doi.org/10.1111/aogs.12959

Inkludert artikkel nummer 3	Zhang, Q., Wang, N., Hu, Y. & Creedy, D. K. (2022). Prevalence of stress and depression and associated factors among women seeking a first-trimester induced abortion in China: a cross-sectional study. <i>Reprod Health</i> , 2022 (19), 64, https://doi.org/10.1186/s12978-022-01366-1
-----------------------------	--

Tabell 2, søkehistorikk og utvalg av artikler (Sykepleien)

Database og dato for søk	Sykepleien.no
Søkeord og kombinasjoner	“Abort psykisk helse”
Avgrensinger i søket	Forskning
Antall treff totalt	5
Antall gjennomleste titler	5
Antall gjennomleste abstrakt	4
Antall gjennomleste fulltekstartikler	2
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	1
Inkludert artikkel nummer 4	Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I. & Lyberg, A. (2022). Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. <i>Sykepleien Forskning</i> , 2022 (17), DOI: 10.4220/Sykepleienf.2022.89883

Tabell 3, inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurderte empiriske studier	Litteraturstudier Fagartikler Diskusjonsartikler Kommentarer på andres forskning Kartleggingsoversikter/ systematiske oversiktsartikler
Ønsket provosert abort utført på sykehus/helsehus før 12. svangerskapsuke	Spontanabort, abort på grunn av medisinske årsaker, abort på grunn av tvang
Uønsket graviditet	Pasientene er seksuelle voldsoffer eller personer som selger sex
Publisert mellom 01.01.2013 og d.d	
Engelsk eller skandinavisk språk	

3.4 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Abort er ikke et stort tema på pensum for sykepleierstudenter, så jeg har slitt litt med å finne faglitteratur om temaet. Men jeg har valgt inkludere noe faglitteratur om andre tema som er aktuelle for å svare på min problemstilling. Blant annet har jeg brukt boken «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie», spesielt kapittelet om mennesket psykososiale behov og dens skildring av begrepet personsentrert sykepleie (Eriksen, 2016, s. 887-907). I tillegg har jeg brukt boken «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» av Joyce Travelbee for å illustrere hvordan Travelbees teori kan implementeres i abortomsorgen (Travelbee, 2019). Jeg har også brukt OUS sin e-håndbok flittig for å undersøke hvordan prosedyrene er i Norge i dag (<https://ehandboken.ous-hf.no/folder/164>).

I tillegg har jeg valgt å inkludere to forskningsartikler fra søket mitt i CINAHL som ikke oppnådde inklusjonskriteriene. Doyle et al. har skrevet en rapport som omhandler kvinners ønske om psykisk oppfølging etter spontanabort, abort på grunn av medisinske årsaker og abort (Doyle et al., 2023, s. 149-157). Denne artikkelen har resultater som er av interesse for meg videre i oppgaven, og jeg vil, så vidt, nevne den i diskusjonen. Forskningen gjort av Sasaki et al. i 2022 viser motsatte resultater enn annen forskning inkludert i oppgaven, og jeg har derfor valgt å bruke den videre for å vise et annet perspektiv (Sasaki et al., 2022, s. 1119-1127).

For øvrig har jeg tatt hensyn til abortloven, yrkesetiske retningslinjer, FNs bærekraftsmål, FNs kvinnekonvensjon og menneskerettsloven.

4 Resultater

I dette kapitlet presenteres de forskningsartiklene som oppnådde inklusjonskriteriene. I tabell 4 presenteres hensikt, metode og funn. Deretter presenteres en kort oppsummering av forskningens relevante resultater.

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Tabell 4, presentasjon av artikler i matrise

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering med sjekklister
Curley & Johnston, (2013), Canada & USA	The Characteristics and Severity of Psychological Distress After Abortion Among University Students	Studiens hensikt er å undersøke hvor mange universitetsstudenter som opplever psykologiske plager etter en abort og om de ønsker psykologisk hjelp dersom det blir tilbudt. Hvordan og hvor sterkt utarter disse psykologiske plagene seg? Har de som opplever dette andre problemer med sin mentale helse sammenlignet med de som ikke opplever noen plager etter abort? Henger de psykologiske plagene etter en abort sammen med selve	Design: Tverrsnittstudie med referansegrupper Deltakere: Kvinnelige studenter mellom 18 og 35 år fra McGill University, Concordia University i Canada og University of Vermont i USA som enten hadde gjennomgått en eller flere provoserte aborter. Datasamling: Deltakerne ble delt i tre grupper; de som hadde gjennomgått en abort og ønsket psykisk oppfølging, de som hadde gjennomgått abort og ikke ønsket	42% av kvinnene som ønsket psykisk oppfølging rapporterte at de hadde hatt selvmordstanke eller forsøk. Det var et betydelig høyere antall av de som ønsket psykisk oppfølging som hadde opplevd selvmordstanke, komplikasjoner med prosedyren og sett embryoet i ultralyd enn av dem som ikke ønsket oppfølging. Gruppen som ønsket oppfølging, hadde høyere prosentandel tidligere mentale og psykiske	Vedlegg 1. 9/9

		<p>graviditeten og opplevelsen rundt abort, eller andre faktorer? Og til slutt, har ung alder, kort tid siden aborten, og flere antall aborter noe å si?</p>	<p>psykisk oppfølging, de som aldri hadde vært gravide og ønsket ikke psykisk oppfølging (kontrollgruppe). Alle deltakerne gjennomførte en spørreundersøkelse med spørsmål angående demografi, depresjon, angst, og generell mental helse. I tillegg svarte de som hadde gjennomgått abort på spørsmål om reproduktiv historie, psykisk stress og sorg relatert til aborten.</p> <p>Datanalyse: Dataene ble analysert ved bruk av «The Statistical Package for the Social Sciences version 17.0».</p>	<p>plager enn sammenlignet med de to andre gruppene. Denne gruppen skåret også høyere på psykisk stress, sorg og PTSD parametere.</p>	
--	--	--	--	---	--

<p>Sommer seth et al., (2022), Norge</p>	<p>Kvinner erfaringer med helsetjenesteti lbudet ved medikamentel l abort</p>	<p>Studiens hensikt var å sette lys på kvinner erfaringer med helsetjenesteti lbudet ved gjennomførin g av en medikamentel l abort.</p>	<p>Design: Kvalitativt intervju Deltakere: 24 norske kvinner som har gjennomgått en medikamentel l abort. Datasamling: Intervjuene foregikk enten over Zoom, i intervjuobjekt enes hjem eller på universitetet der forskerne arbeidet. Spørsmålene som ble stilt var åpne slik at kvinnene kunne beskrive sin opplevelse med aborten, møtet med helsevesenet og om de eventuelt fikk tilbud om noen oppfølging. Datanalyse: Dataene ble analysert med systematisk tekstkondense ring.</p>	<p>Kvinnene trakk i hovedsak frem negative erfaringer med helsepersonel l og helsetjenesten generelt. De følte på at de ikke ble tatt imot som en fullverdig pasient, at de møtte et rutinepreget tilbud, og at de ble ført bak lyset av helsetjenesten e</p>	<p>Vedlegg 2. 9/9</p>
--	---	---	---	---	---------------------------

<p>Toffol et al., (2016), Finland</p>	<p>Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study</p>	<p>Denne studiens hensikt var å vurdere kvinners mentale helse i løpet av det første året etter en provosert abort. Den originale studien sin hensikt var å vurdere effekten av å tilby intrauterin prevensjon som en del av aborttjenesten i motsetning til å starte på peroral prevensjon etter en provosert abort.</p>	<p>Design: Studien rapporterer sekundære utfall og bygger på resultater fra den originale studien. Deltakere: 375 kvinner ble tilfeldig valgt ut til å motta intrauterin prevensjon (hovedgruppen), 367 kvinner ble brukt som kontrollgruppe og fikk peroral prevensjon. Alle kvinnene var over 18 år, bodde i Helsinki, og ønsket abort før 12. svangerskapsuke. Datasamling: Tre spørreundersøkelser. En da de ble rekruttert til studien, en etter tre måneder og en etter 1 år. Spørsmålene i undersøkelse</p>	<p>Samlet sett synker angstnivåene og livskvaliteten stiger det første året blant kvinner som gjennomgår en provosert abort, og mange kan føle på det som en lettelse. Noen får vedvarende høy angst og lav livskvalitet. Dette ses spesielt hos dem som har psykisk komorbiditet eller har slitt med psykiske lidelser tidligere.</p>	<p>Vedlegg 3. 9/9</p>
---------------------------------------	--	---	---	--	-----------------------

			n var basert på ulike tester for angst og livskvalitet. Dataanalyse: Dataen ble analysert ved bruk av IBM SPSS statistics software version 22.0.		
Zhang et al., (2022), Kina	Prevalence of stress and depression and associated factors among women seeking a first-trimester induced abortion in China: a cross-sectional study	Målet med studien var å undersøke forekomsten av høyt følt stress blant kvinner som søker en provosert abort i første trimester i Kina. Samt å identifisere faktorer som er assosiert med høyt følt stress og depresjon for å gjøre det enklere å oppdage høyrisiko grupper.	Design: Tverrsnittstudie. Deltakere: 253 kinesiske kvinner som ønsket en provosert abort på grunn av uønsket graviditet. Datasamling: En digital spørreundersøkelse gjort på sykehuset i forbindelse med aborten eller oppfølging. Den inneholdt spørsmål basert på ulike tester for stressnivå, depresjon, vold i hjemmet, motstandsdyktighet og	25,3% av kvinnene skåret høyt på stressnivå og 22,5% høyt på depresjon. Kvinners motstandsdyktighet var den største faktoren for følt stress. Andre kilder til stress var det å bestemme seg og godta egen avgjørelse om aborten, fysiske plager/smerter, bekymringer om eventuelle komplikasjoner og det å holde aborten hemmelig. Kvinner med høye	Vedlegg 4. 9/9

			<p>tilfredshet med parsituasjon.</p> <p>Dataanalyse: Svarene på undersøkelsen ble analysert ved å bruke Statistical Package for the Social Sciences versjon 23.</p>	<p>depresjonstendenser var høyt utdannet, ikke lokale innbyggere, med lav motstandsdyktighet, lite støtte fra pårørende, dårlig tilfreds i forholdet, eller høyt følt stressnivå.</p>	
--	--	--	--	---	--

4.2 Sammenfatning av resultatene

Toffol et al. (2016), Zhang et al. (2022) og Curley og Johnston (2013) undersøker kvinners psykiske helse etter en ønsket provosert abort ved hjelp av kvantitative metoder. De tar både for seg hva slags psykiske plager kvinnene sitter igjen med, og årsaker til hvorfor de oppstår. En stor andel av kvinnene sliter med psykiske plager etter aborten og skårer høyt på ulike tester som måler nivå av angst, depresjon, stress og PTSD, og skårer lavt på livskvalitet. Årsakene til dette er mange, blant annet har tidligere historie med psykiske lidelser en stor innvirkning på hvordan man reagerer på en abort. Samtidig viser forskningen at alt henger tett sammen. Høyt stress øker sannsynligheten for depresjon og mye angst øker sannsynligheten for dårligere livskvalitet. Curley og Johnstons forskning viser også at alle deres forskningsobjekter, som hadde gjennomgått en ønsket provosert abort, hadde noen symptomer på PTSD. Flere av artiklene viser at mange kvinner ønsker oppfølging etter aborten og Curley og Johnston fremhever at halvparten av de som skulle ønske de fikk oppfølging har prøvd eller tenkt på å ta sitt eget liv. Sommerseth et al. (2022) fokuserer på kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet etter en medisinsk abort og bruker kvalitativt intervju som metode. Kvinnene rapporterte hovedsakelig negative erfaringer og sier at de ikke følte seg som fullverdige pasienter, at de møtte et rutinepreget tilbud og følte seg ført bak lyset og nedprioritert av leger og sykepleiere.

5 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

I dette avsnittet skal jeg vurdere resultatene fra den tidligere presenterte forskningen og diskutere dem i lys av min problemstilling: *Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter som har tatt en provosert abort får den psykiske oppfølgingen de trenger?*

5.1.1 Psykiske plager som oppstår

Alle de aborterende deltakerne i Curley og Johnstons forskning opplevde en eller annen form for tydelige og vedvarende symptomer på PTSD. Som indikerer at selve aborten, uavhengig av omstendighetene, kan føre til psykiske plager (Curley & Johnston, 2013, s. 290). Nærmest all annen forskning jeg har vist til konkluderer med at en stor andel kvinner skårer høyt på angst-, stress-, depresjon- og PTSD-parametere etter en abort.

I motsetning skal det trekkes frem at Toffol et al. konkluderer med at en provosert abort som følge av en uønsket graviditet kan kjennes som en stor lettelse for kvinnen (Toffol et al., 2016, s.1179). Og at forskningen gjort av Sasaki et al. i Japan 2022 konkluderer med at provosert abort ikke fører til psykiske plager (Sasaki et al., 2022, s. 1126).

5.1.2 Årsaker til psykiske plager

Fysiske komplikasjoner

Man ser at flere kvinner kommer inn til abortklinikken med en bekymring for å få sterke smerter eller komplikasjoner etter inngrepet (Zhang et al., 2022, s. 4). En abort er en fysisk krevende prosedyre som medfører store blødninger fra skjeden, kramper, kraftige menstruasjonssmerter, kvalme og oppkast (OUS, 2023, s.1). I tillegg er det noen tilfeller hvor kvinnen kan få komplikasjoner som for eksempel vedvarende blødninger, sterke smerter eller en ufullstendig abort. En slik komplikasjon kan være en årsak til økt angst for dem som allerede var stresset og angstfylte før prosedyren (Curley & Johnston, 2013, s.290).

Hormonforandringer

Abort er noe man selv velger, det er en avslutning av en graviditet og et mulig liv. Å avslutte en graviditet kan påvirke kvinnen på samme måte som en spontanabort eller dødfødsel (Curley & Johnston, 2013, s. 290). I de første ukene av en graviditet øker kroppen gradvis produksjonen av østrogen og progesteron. Østrogen stimulerer til utvikling av fosteret, morkaken og brystene. Progesteron virker avslappende på muskelvev i mage og tarm og veggene i blodårene. Dette hjelper blodet til lettere å bevege seg gjennom kroppen og til å gi

embryoet den næringen det trenger (Moland, 2005). Ved en medikamentell abort starter prosessen med at man får tre tabletter Mifegyne. Disse pillene inneholder et anti-hormon som blokkerer progesteron og med det hindrer kroppen i å gi næring til embryoet og avslutter utviklingen (Felleskatalogen, 2021). Ved overgangsalderen synker nivåene av østrogen og progesteron og kvinnen blir mer sårbar for humørsvingninger og andre psykiske plager (Volvat, u.å.). Det er de samme hormonene som hemmes og senkes ved en abort og det er grunn til å tro at denne sterk hormonelle forandringen vil kunne påvirke kvinnens psykiske helsetilstand etter aborten på lik linje som en overgangsalder.

Tidligere psykiske lidelser

Tidligere diagnostiserte psykiske lidelser er tydelig assosiert med å ha dårligere livskvalitet og et høyt nivå av angst etter aborten (Toffol et al., 2016, s. 1175) (Curley & Johnston, 2013, s. 289).

Høyt stressnivå

Jo høyere nivå av angst, stress og depresjon man har før aborten, desto høyere nivå vil man kunne ha etter. Samtidig, og i sterk kontrast, viser samme forskning at mange kvinner som rapporterer høyt angst og stressnivå før aborten roer seg ned etter aborten og føler seg lettet (Toffol et al., 2016, s. 1175). En forklaring på lettelse kan være at mange av de kvinne som tar en abort som følge av en uønsket graviditet er i en livssituasjon hvor forsørgerrollen fremstår som en umulighet. Derfor kan man tenke seg at det hadde føltes som en større byrde å fullføre svangerskapet enn å avslutte det (Toffol et al., 2016, s. 1178).

Det å ta valget om å beholde eller å abortere er en av de vanligste stressfaktorene. Det er ikke nødvendigvis det å kontakte abortklinikken og å gjennomføre aborten som er en stressfaktor. Høyt stressnivå før aborten er den viktigste årsaken til kontinuerende høyt stressnivå etter (Zhang et al., 2022, s. 6) Andre faktorer er forholdstatus og det å holde aborten hemmelig for familie og venner (Zhang et al., 2022, s. 4).

Ultralyd uten veiledning

Å se embryoet via ultralyd, før aborten ble rapportert som en stressfaktor. På grunn av manglende veiledning ble det en veldig vond opplevelse som var vanskelig for dem å håndtere (Curley & Johnston, 2013, s. 290). Blant kvinnene i Sommerseth et als. forskning rapporterte flere av dem at de ikke ble spurt om de ville se ultralydbildet av embryoet. Noen opplevde at de ble vist bilder og at helsepersonellet forklarte og pekte på hva de så, uten at

kvinnen ønsket denne informasjonen. Andre ble nektet å se på bildene selv om de ønsket det (Sommerseth et al., 2022, s. 6).

5.1.3 Et ønske om, og et behov for hjelp

I prosedyrene til Oslo universitetssykehus står det at kvinner som skal inn til en kirurgisk abort får en samtale med sykepleier og anestesisykepleier før inngrepet, og en samtale med sykepleier om hvordan inngrepet har gått før hjemreise (OUS, 2022). I pasientinformasjonen man får utdelt i sammenheng med provosert abort på OUS, står det ingenting om psykiske plager etter aborten og heller ikke hvem du kan kontakte dersom du trenger noen å snakke med. All informasjonen handler om fysiske komplikasjoner og rent praktiske forholdsregler (OUS, 2023, s. 1-2). I sterk kontrast til dette kommer det frem at kvinner i Norge ikke er fornøyde med den abortomsorgen de møter. De uttrykker at de ikke føler seg ivaretatt, møter lite empati, omsorg og dialog. Flere uttrykte at de følte de ble overlatt til seg selv uten noe form for oppfølging, og skulle gjerne hatt kontakt med en fagperson både før, underveis og etter prosedyren (Sommerseth et al., 2022, s. 5-8). Også amerikanske og canadiske kvinner uttrykte dette i Curley og Johnstons forskning. Halvparten av deres deltakere skulle ønske de hadde fått tilbud om en psykisk oppfølging etter aborten (Curley & Johnston, 2013, s. 289). Undersøkelsen til Doyle et al. bekrefter dette; 81% tok ikke kontakt med psykisk helsehjelp etter aborten. Av disse 81% skulle 60% ønske at de hadde gjort det (Doyle et al., 2023, s. 154). Det tyder på at det kan være vanskelig å håndtere de tankene og følelsene som kommer etter en abort, og kvinnen kan trenge hjelp til å sortere.

5.1.4 Hvordan kan sykepleier arbeide?

Sett i lys av ovennevnte ønske om og behov for hjelp og omsorg, er det naturlig å ta frem Travelbee og personsentrert sykepleie. Joyce Travelbee definerer sykepleie slik: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s.29). Hun mener det er essensielt at sykepleieren skaper en tilknytning mellom seg og den syke, viser forståelse og medlidenhet, og viser at pasienten ikke er alene (Travelbee, 1999, s. 35). Personsentrert sykepleie dreier seg om å se hele personen og ta hensyn til dens behov; trøst, tilknytning, identitet, inkludering og sysselsetting. For å sikre at pasienten er tilfreds er det essensielt at sykepleier arbeider med å yte helhetlig omsorg, at pasienten får være med på beslutningsprosessen og pasientens verdier og tro blir tatt høyde for. Et eksempel er at

kvinnen selv må få avgjøre om hun vil se ultralydbilde av embryoet, og om hun vil få forklart hva hun ser. Det er også viktig at sykepleieren har et sympatisk lynne, viser omsorg og gir trøst, og er engasjert i pasientens velvære (Eriksen, 2016, s. 898-899). Sykepleieprosessen er en modell som skal hjelpe sykepleier til et strukturert arbeid. Den har fire trinn: 1) Datasamling/kartlegging, 2) problem- og behovsformulering, 3) sykepleietiltak og 4) evaluering av sykepleieresultatene (Hellesø, 2016, s.222). Ifølge denne planen er det absolutt essensielt at sykepleier kartlegger hvem pasienten er og hvilke behov de har for å avdekke om de er i risiko for å slite psykisk etter prosedyren og hvordan man best kan hjelpe dem med å takle det. Ideelt sett skal sykepleier både ha Travelbees tilnærming til sykepleie, utøve personsentrert sykepleie og følge sykepleieprosessen, men ifølge de kvinnene det er blitt forsket på, er realiteten en annen.

Ifølge menneskerettighetsloven har alle mennesker, uansett hvem eller hvor de er, rett til høyest mulig standard av mental helse (WHO, 2023). Så, igjen; hvordan kan sykepleier arbeide for å sikre at kvinner som har tatt en provosert abort får den psykiske oppfølgingen de trenger? Jeg tolker teoriene og forskningen til at det er opptreden og handlinger som utløser reaksjoner hos pasienten. Handlinger skal gi pasienten følelse av å bli sett som et fullverdig menneske. For å oppnå tilknytning må sykepleier kombinere saklig somatisk veiledning med spørsmål om hvordan pasienten har det i følelseslivet. Trøst gis ved å feste blikket og lytte aktivt. Det aller viktigste er å ha tid til å lytte, og ofte kan det være nok med blikkontakt og en hånd på skulderen.

“Kvinnene opplevde at tilbudet om medikamentell abort var rutinepreget og litt samlebånd når det gjaldt undersøkelse og informasjon (.....) lite dialog” (Sommerseth et al. 2022, s.7). En informant påpekte at det ville vært fint å få bekreftelse på at aborten er hennes valg og at det er helt greit. Hun tror bekreftelse fra sykepleier er viktig for å kunne bearbeide sitt valg på et senere tidspunkt (Sommerseth et al. 2022, s.7). Nok en gang er det tydelig at sykepleier må ta seg tid til å stille spørsmål, lytte, bekrefte og gi anerkjennelse for valget pasienten har tatt. På denne måten viser sykepleieren med sine handlinger at hen ønsker å hjelpe pasienten (Travelbee, 1999, s. 29-31).

Sykepleiers arbeid omfattes også av Norges lover: Alle kvinner har rett til selvbestemt abort før 12. svangerskapsuke (Abortloven, 1976, §3). Helsepersonell har et overordnet ansvar for pasientens ve og vel og skal henvise videre dersom pasientens behov er utenfor egen kapasitet (Helsepersonelloven 2001, §4). I tillegg nevnes fritt fra de yrkesetiske retningslinjene:

Arbeidet skal baseres på forskning, og sykepleier har et ansvar for at ny kunnskap skal brukes i praksis (Rådet for norsk sykepleieetikk, 2023).

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Om generell litteraturstudie

I en generell litteraturstudie tar man for seg en problemstilling innen ett problemområde og analyserer allerede publisert forskning- og faglitteratur for å forsøke å svare på problemstillingen. Hensikten er å bruke den nåværende kunnskapen om et bestemt tema for å deretter trekke konklusjoner som vil være relevante for den gitte problemstillingen ute i klinikken (Popenoe et al, 2021, s. 175). En litteraturstudie har sin styrke i det at mange kliniske spørsmål kan besvares relativt raskt, da kildene er lett tilgjengelige. Det tar kort tid å ta frem mye litteratur, som siden kan ekskluderes eller inkluderes i studien. En mulig svakhet er at det kan foreligge lite relevant forskning, som i sin tur begrenser inkluderingsmulighetene. I tillegg kan ulike eksperter, innenfor samme fagområde, tolke sine resultater forskjellig og komme frem til konklusjoner som er sterkt basert på egen tolkning. Også den som gjennomfører en litteraturstudie, kan stå i fare for å preferere litteratur som støtter forutinntatte standpunkt, og med det ignorere forskning som går en imot (Forsberg & Wengström, 2015, s. 25-26).

5.2.2 Litteratursøk og inklusjonskriterier

Jeg gjennomførte to strukturerte søk, ett i CINAHL og ett i Sykepleien forskning. Hvis man bruker de samme søkeordene og den samme kombinasjonen i to ulike vitenskapelige databaser, vil de ikke nødvendigvis gi de samme resultatene. Dette demonstreres tydelig i mitt søk, hvor de norske artiklene ikke vises i CINAHL. Ved å begrense søket til kun to vitenskapelige databaser risikerer man altså å gå glipp av mye aktuell forskning. Et positivt aspekt ved søket er at det er brukt både en internasjonal database for å lete i verdensbildet, og en norsk database for å hente frem det norske perspektivet.

Søket mitt besto av relativt få ord og koblinger, og kan derfor ses på som et bredt søk, som i utgangspunktet kan være negativ for en såpass spesifikk problemstilling. I prosessen prøvde jeg å avgrense søket, men det resulterte i for få treff. Det brede søket resulterte i kun 62 treff på CINAHL og 5 på Sykepleien forskning, og jeg valgte å bruke dette søket til tross for de negative aspektene. Mine inklusjonskriterier har hjulpet meg med å lete frem den forskningen jeg anser som mest aktuell for å svare på min problemstilling. Altså at det er fagfelleverderte

empiriske studier publisert mellom 2013 og 2023 og omhandler kvinner som har tatt en provosert abort som følge av et uønsket svangerskap.

Jeg har valgt å inkludere både kvalitative kvantitative studier, da de til sammen viser både store tall, i form av statistikk og små detaljer i form av følelser og tanker.

5.2.3 De inkluderte artiklene

Jeg har vurdert alle de fire inkluderte artiklene til å være av høy kvalitet. De har en tilfredsstillende grad av reliabilitet og validitet.

Datakvaliteten baseres på logisk drøfting i tillegg til at innsamlingen av dataene er blitt gjennomført på en systematisk måte. Reliabilitet og validitet er to overordnede kriterier for kvalitetsvurderinger. Et datamateriale kan være reliabelt/pålitelig selv om det ikke er valid/gyldig for problemstillingen (Grønmo, 2004, s 240-241).

Pålitelighet handler om hvorvidt vi kan stole på at en spørreundersøkelse gir samme resultat flere ganger. Dersom samme person svarer på en undersøkelse to ganger med litt tid imellom, skal resultatet være tilnærmet likt. Dermed vil påliteligheten avhenge av hvordan undersøkelsen er gjennomført og at datainnsamlingen blir forsvarlig og grundig utført (Grønmo, 2004, s. 240-241).

Gyldighet/validitet er en betegnelse på hvor godt undersøkelsen eller testen klarer å måle det den skal måle. Gyldigheten har høy grad dersom undersøkelsen resulterer i data som er relevante for problemstillingen. Gyldigheten avhenger derfor av om undersøkelsen er utformet riktig for å svare på den aktuelle problemstillingen (Grønmo 2004, s. 241).

Når det gjelder forskningens overførbarhet dreier det seg om i hvilken grad funnene fra studien kan være gyldige i en annen lignende kontekst (Forsberg & Wengström, 2015, s. 106). Under er hver av de inkluderte artiklene redegjort for.

Curley & Johnston, (2013), Canada & USA.

Deltakerne i studien er unge kvinner som er mer sårbare og har høyere risiko for å slite psykisk etter en abort. Dette er blant annet fordi de kan være umodne og single og føle et press til å ta en abort. Unge kvinner har også høyere risiko for å utvikle stemningslidelser og angst (Curley & Johnston, 2013, s. 280). Deltakerne i studien er hovedsakelig studenter fra

universiteter i Montreal, Canada og kun 9% av deltakerne var studenter ved universitetet i Vermont, USA. I Canada har abort vært lovlig og selvbestemt siden 1988 og abortomsorgen er svært lik den norske (National Abortion Federation, u.å.). Hovedresultatene var at alle som hadde gjennomgått en abort hadde en form for PTSD symptomer, selvmordstanker var vanligere blant dem som ønsket oppfølging, 50% ønsket oppfølging, en abort kan føre til psykiske plager, og at tidligere historie med psykiske lidelser er en viktig årsak til videre problemer etter en abort. På bakgrunn av at Canada har en relativt lik historie med abort som Norge og at deltakerne er unge studenter, ser jeg for meg at resultatene kan være overførbare til unge kvinner man møter i klinikken i Norge.

Sommerseth et al., (2022), Norge.

Informantene var 24 kvinner i alderen 24-45 år, som var bosatt i sju norske fylker fra nord til sør i landet. Alle har gjennomgått en medikamentell abort i Norge i tidsrommet 2008-2019, de fleste de siste fire årene. Kvinnene rapporterte at de «ikke følte seg som fullverdige pasienter», «møtte et rutinepreget tilbud» og «ble ført bak lyset av helsetjenestene». Resultatene kan være utdaterte og klinikken kan ha endret seg siden 2019. Og man kan spørre seg om en større populasjon i undersøkelsen ville ha gitt større variasjon i svarene. Jeg har likevel valgt å inkludere den, da dens resultater er aktuelle for min problemstilling, spesielt for å få frem det norske perspektivet, og den samsvarer med annen forskning brukt i oppgaven.

Toffol et al., (2016), Finland.

En svakhet ved denne artikkelen er at den baserer seg på sekundære funn. Den originale undersøkelsen omhandlet i utgangspunktet ikke psykisk helse, men den avdekket likevel at kvinner med tidligere psykisk komorbiditet står i fare for å slite med angst og dårlig livskvalitet etter aborten. Det kan hende at undersøkelsen hadde hatt et annet design og annet innhold som hadde gitt andre svar dersom den var ment til å undersøke kvinnenes psykiske helse.

Mellom 1970 og 2023 var abort lovlig i Finland, men kvinnen måtte legge frem sitt ønske og få tillatelse fra to leger (Solheim, 2023). Dette kan ha påvirket deltakernes psykiske helse, men på grunnlag av forskningens natur og resultater er den likevel overførbart til norsk kontekst.

Zhang et al., (2022), Kina.

Forskning viser at sosiologiske faktorer påvirker kvinnens psykiske helse etter en abort (Zhang et al., 2022, s. 2). Kina har en liberal abortlov, men samtidig en sterk kultur hvor guttebarn fortsatt favoriseres i visse miljøer og ett-barns-regelen henger igjen. Forskningen til Zhang et al. viser at det i tillegg er flere andre faktorer som også påvirker kvinnens psykiske helse etter en abort. Først og fremst, bare det å ta valget, dernest fysisk smerte, bekymring, hemmelighold og tabu. Det er grunn til å anta at norske kvinner blir påvirket av de samme faktorene. Derfor anser jeg resultatene til Zhang et al. som overførbare til norsk klinikk.

6 Konklusjon

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter som har tatt en provosert abort får den psykiske oppfølgingen de trenger?

Funn:

Nesten all forskning jeg har vist til konkluderer med at en stor andel kvinner føler angst, stress og depresjon før -, under - og etter en abort. Forskningen viser at det finnes flere årsaker til at disse følelsene oppstår. Flertallet viser at den viktigste er psykisk komorbiditet og tidligere historie med psykiske lidelser og plager.

Min konklusjon:

Sykepleier må starte med å kartlegge pasientens behov. Ikke bare de fysiske, men også de psykososiale. Sykepleier gjør størst nytte for pasienten ved å arbeide personsentrert. Hen må vektlegge handlinger som gir pasienten en god følelse av å være ivaretatt. Handlinger som å ta seg tid til å stille spørsmål, lytte, bekrefte, trøste og gi anerkjennelse for det vanskelige valget pasienten har tatt. På denne måten viser sykepleieren med sine handlinger at hen ønsker å hjelpe pasienten. I motsetning til "travel samlebåndsbehandling" med utelukkende somatisk fokus.

Implikasjoner for sykepleiepraksis:

Ovennevnte konklusjon impliserer en omstilling av arbeidsrutiner, tidsbruk pr. pasient, mulig undersøkelsesprosedyrer, tilbud om psykologisk oppfølging, ressursallokering og videre forskning for å finne ut om konkrete tiltak gir effekt.

6.1 Komplikasjoner for gjennomføring

Det er allmennkunnskap at det er en sykepleiemangel her i landet, og å ta i bruk en ny praksis kan være en stor utfordring for en avdeling som allerede er full av overarbeidete sykepleiere. Tidligere i oppgaven ble det nevnt at aborttallet har gått fra 40 i uken til 70 i uken på Ullevål sykehus (Aslaksen, 2023), og det kan være en forklaring på hvorfor pasientene føler seg «på samlebånd». Samtidig mener jeg at dette er en forklaring og ikke en unnskyldning. Det er lett som student å sitte bak en PC og mene noe om hvordan ting skal gjøres i praksis, men realiteten er at det er de som jobber ute i klinikken som er mestere på det de gjør. Jeg tror denne oppgavens resultater er aktuelle og at praksisen kan endres, men det er fullt mulig at realiteten er en annen.

7 Referanseliste

Abortloven. (1976). *Lov om svangerskapsavbrudd* (LOV-1975-06-13-50). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>

Amathea. (u.å.). *Etter abort*. Hentet 10. november 2023 fra <https://amathea.no/tjenester/etter-abort/#>

Amnesty International. (u.å.). *Abort, seksualitet og helse*. Hentet 13. november 2023 fra <https://amnesty.no/kvinner-rett>

Amnesty International. (u.å.). *USAs abortlover*. Hentet 1. november 2023 fra https://amnesty.no/usas-abortlover?gclid=Cj0KCQjwy4KqBhD0ARIsAEbCt6g66sT1ZelQNfckPSPyATVv-CL6kyVVuvvTsojqcwggn3YIFlY23ujAaAuonEALw_wcB

Aslaksen, M. T. (2023, 16. juli). *Flere aborter i Oslo: - Kvinner må vente uker på behandling*. VG. https://www.vg.no/nyheter/i/gExlKq/flere-aborter-i-oslo-kvinner-maa-vente-uker-paa-behandling?fbclid=IwAR2Y1yrOWi0HlsAMDFNkX3qeleB8U6_nveLBztK8N_XyfPtiXEwfI_FQF70

Bjørnfeldt, K. S. (2018, 22.november). *Abortlovens historie: Slik er vi gått fra halshogging til fri abort*. Forskning.no. <https://forskning.no/helse-politikk-svangerskap/abortlovens-historie-slik-er-vi-gatt-fra-halshogging-til-fri-abort/1262250>

Curley, M., Johnston & C. (2013). The Characteristics and Severity of Psychological Distress After Abortion Among University Students. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2013 (40), 279-293, <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9328-0>

Doyle, C., Che, M., Lu, Z., Roesler, M., Larsen, K. & Williams, L. A. (2023). Women`s desires for mental health support following a pregnancy loss, termination of pregnancy for medical reasons, or abortion: A report from the STRONG Women Study. *General Hospital Psychiatry*, 2023 (84), 149-157, <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2023.07.002>

Eriksen, S. (2016). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 887-907). Cappelen Damm Akademisk.

Felleskatalogen. (2021, 17. juli). *Mifegyne, pakningsvedlegg*. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-mifegyne-exelgyn-561524>

FN-sambandet. (2023, 5. juli). *Kvinnekonvensjonen*. <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/kvinnekonvensjonen>

FN-sambandet. (2023, 15. september). *God helse og livskvalitet*. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4.utg.). Natur og kultur.

- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget.
- Hellesø, M. (2016). Karakteristika ved sykepleiepraksis – sykepleierens møte med ulike typer situasjoner. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 193-243). Cappelen Damm Akademisk.
- Helsedirektoratet, 2022, 4.mars). *Kva er psykisk helse?* Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Henriksen, M. H. (2022, 11. juli). *Abort*. Dr. Dropin. <https://www.drdropin.no/abort>
- Johansen, C. M. & Sundbye, L. M. T. (2019, 19. november). *Kvantitative og kvalitative metoder*. Nasjonal digital læringsarena; NDLA. <https://ndla.no/nb/subject:1:f18ad41e-d9c3-4428-8cb6-5eb852e45082/topic:1:7df2950d-3af9-462e-b27f-cf3df147eaa3/topic:1:f189e9b6-222c-4d31-adc4-d7bc74149e03/resource:f2a118d4-d382-4476-ac4a-8906bba2f736>
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M. & Gjengedal, E. (2018). Walking on a tightrope – caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *Journal of clinical nursing*, 27, 4192-4202. <https://doi.org/10.1111/jocn.14612>
- Løkeland-Stai, M. (2023, 8.mars). *Aborttall for Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/op/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>
- Moland, M. (2005, 21. januar). *Hormoner*. Babyverden. <https://kildekompasset.no/references/nettside-6/>
- National Abortion Federation. (u.å.). *History of Abortion in Canada*. Hentet 20. desember 2023 fra <https://nafcanada.org/history-abortion-canada/>
- Oslo universitetssykehus. (2023). *Pasientinformasjon: Provosert abort* [Brosjyre]. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/81247>
- Oslo universitetssykehus. (2021). *Pasientinformasjon: Kirurgisk abort, eller utskraping av livmorhulen* [Brosjyre]. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/127653>
- Oslo universitetssykehus. (2022, 06. april). *Abort, spontan og kirurgisk*. Postoperativ dagkirurgisk gyn-føde seksjon. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/127653>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing research*, 2021, vol 41(4), s. 175-186, <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_5#%C2%A74a-8

Ryste, M. E. (2019). *Abortkampen på 1970-tallet*. Kvinnehistorie. <https://www.kvinnehistorie.no/artikkel/t-1823>

Rådet for norsk sykepleieetikk. (2023, 31. mai). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund. https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-06/ny_sykepleieren_og_mennesker_som_trenger_sykepleie.pdf

Sasaki, N., Ikeda, M. & Nishi, D. (2022). Long-term influence of unintended pregnancy on psychological distress: a large sample retrospective cross-sectional study. *Archives of Women's Mental Health*, 2022 (25), 1119-1127, <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01273-1>

Solheim, E. K. (2023, 1. september). *Kvinner i Finland får fri abort inntil uke 12*. VG. <https://direkte.vg.no/nyhetsdognet/news/finske-kvinner-faar-fri-abort-inntil-uke-12.PkMvdaSb4>

Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I. & Lyberg, A. (2022). Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. *Sykepleien Forskning*, 2022 (17), DOI: [10.4220/Sykepleienf.2022.89883](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883)

Toffol, E., Pohjoranta, E., Suhonen, S., Hurskainen, R., Partonen, T., Mentula, M. & Heikinheimo, O. (2016). Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2016 (95), 1171-1180, <https://doi.org/10.1111/aogs.12959>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendals sykepleie klassikere.

Volvat. (u.å.). *Psykiske plager i overgangsalderen*. Hentet 26.12.2023 fra <https://www.volvat.no/tjenester/overgangsalder/psykiske-plager/>

World Health Organization (WHO). (2023, 6. oktober). *Mental health: Promoting and protecting human rights*. <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/kvinnekonvensjonen>

Zhang, Q., Wang, N., Hu, Y. & Creedy, D. K. (2022). Prevalence of stress and depression and associated factors among women seeking a first-trimester induced abortion in China: a cross-sectional study. *Reprod Health*, 2022 (19), 64, <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01366-1>



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Curley, M., Johnston & C. (2013). The Characteristics and Severity of Psychological Distress After Abortion Among University Students. <i>Journal of Behavioral Health Services & Research</i> , 2013 (40), 279-293, https://doi.org/10.1007/s11414-013-9328-0		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Tverrsnittstudie med referansegrupper. Tre grupper: de som ønsker oppfølging etter en abort, de som ikke ønsker oppfølging, og de som ikke har gjennomgått en abort.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Ja, to av gruppene er relevante for å svare på hvordan aborten har påvirket dem, og den siste gruppen fungerer som et referansepunkt.	X		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Ja, det er tydelig beskrevet at deltakerne er unge universitetsstudenter ved skoler i USA og Canada, to land med ulik abortomsorg. Eventuelle begrensninger er også beskrevet godt.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Dataene ble analysert ved bruk av «The Statistical Package for the Social Sciences version 17.0».	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Ja. Hovedfunnene var at alle som hadde gjennomgått en abort hadde en form for PTSD symptomer, selvmordstanker var vanligere blant dem som ønsket oppfølging, 50% ønsket oppfølging, en abort kan føre til psykiske plager, tidligere historie med psykiske lidelser er en viktig årsak til videre problemer etter en abort.	X		



8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene bygger på svarene til relativt unge studenter i USA og Canada i 2013 og er overførbare til Norge i dag med tanke på at abortomsorgen er relativt lik i Canada som i Norge.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: ja, konklusjonen bygger på det resultatene viser. Samtidig som den også trekker inn forskning som er gjort tidligere og sykepleiers etiske plikter.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I. & Lyberg, A. (2022). Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. <i>Sykepleien Forskning</i> , 2022 (17), DOI: 10.4220/Sykepleienf.2022.89883		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativt intervju for å gå i dybden på en liten gruppe kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Ja, alle kvinnene er velegnet for å svare på problemstillingen, da de alle har gjennomgått en medikamentell abort i Norge.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Ja, forskerne beskriver tydelig kontekst, deltakere og eventuelle intervensjoner. Som for eksempel at kvinnen kanskje husker best de negative erfaringene, eller at et kvalitativt design ikke er representativt for hele befolkningen.			
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Systematisk tekstkondensering.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Ja, de hadde tre sentrale hovedfunn som er tydelig beskrevet: «Ikke fullverdige pasienter», «møt med et rutinepreget tilbud» og «ført bak lyset av helsetjenestene».	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Ja. Selv om kvalitativt intervju ikke er overførbart til hele befolkningen og har sine svakheter, så vil resultatene kunne overføres til andre kvinner som gjennomfører medikamentell abort i liknende kontekst.	x		



9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Ja, konklusjonen er bygget på resultatene.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmå på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Toffol, E., Pohjoranta, E., Suhonen, S., Hurskainen, R., Partonen, T., Mentula, M. & Heikinheimo, O. (2016). Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study. <i>Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica</i> , 2016 (95), 1171-1180, https://doi.org/10.1111/aogs.12959		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Funnene er basert på sekundære aspekter ved den originale studien.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Ja, deltagerne er representative for å svare på kvinners mentale helse i løpet av det første året etter en abort. En svakhet de nevner er at studien originalt handlet om noe annet og at de to deltakergruppene fikk forskjellig oppfølging og at funnene er sekundære utfall av forskningen. En annen svakhet var at en stor andel deltakere falt gjennom og ble ikke videre med til oppfølgingen, men at det var helt tilfeldig hvem det var og de hadde ingen spesifikk karakteristikk ved seg.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Ja, konteksten og deltakergruppen er tydelig beskrevet.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Det ble brukt tre typer skalaer som ble analysert (STAI, EQ-5D indeks og EQ-VAS).	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Ja, både tabeller og tall blir beskrevet godt og tydelig. En abort kan være en lettelse, angst ble redusert og livskvaliteten økte blant deltakerne. Samtidig som de som hadde en tidligere historie med psykisk komorbiditet og høyt	X		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



	resultat av angst ved første undersøkelse hadde høyere sannsynlighet for å fortsette å skåre høyt på angst og lav livskvalitet ved oppfølging.			
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Ja, resultatet viser at kvinner med tidligere historie med psykiske plager har større sannsynlighet for å slite med dette etter en abort, og det er noe man som helsepersonell burde ta med i betraktningen når man jobber innen feltet.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen er tydelig basert på resultatet og diskusjonen og oppsummerer kort det som er beskrevet tidligere i artikkelen.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmål på kunnskapsbasetpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Zhang, Q., Wang, N., Hu, Y. & Creedy, D. K. (2022). Prevalence of stress and depression and associated factors among women seeking a first-trimester induced abortion in China: a cross-sectional study. <i>Reprod Health</i> , 2022 (19), 64, https://doi.org/10.1186/s12978-022-01366-1		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: De har brukt kvantitativ tverrsnitt metode. Deltakerne er kvinnelige pasienter på et sykehus i Beijing som ønsker en abort før 12. svangerskapsuke.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: 253 kvinner med forskjellig livsbakgrunn svarte på undersøkelsen og alle oppnådde inklusjonskriteriene.	X		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Ja, det står tydelig at forskningen er basert i Kina, og det er beskrevet litt bakgrunn om kinas reglement og tidligere 1-barnsregel. Og det beskrives at forskningen ble gjennomført kun på en abortklinikk, kvinnene var hovedsakelig ateister og det ble gjort under COVID-19 pandemien. De gjorde en sammenlikning med forskning gjort før COVID, og det var svært liten til ingen forskjell.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: All data ble analysert ved å bruke «Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 23.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: 25,3% av deltakerne skåret «Perceived Stress Scale-10» på over 20. Årsakene til stress er også godt beskrevet. 22,5% av deltakerne skåret 10 eller høyere på «Patient Health Questionnaire-9», en undersøkelse for å avdekke depressive tendenser. Årsakene og assosierte	X		



	faktorer til depresjon blant deltakerne er også veldig godt beskrevet.			
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Dette er en studie fra Kina, men jeg tenker absolutt at det er aktuelt for praksis også i vestlige land. Mange av faktorene som utløser stress og depressive tendenser hos deltakerne er også aktuelle for kvinner over hele verden i større eller mindre grad.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Ut ifra resultatene og diskusjonen har forskerne trukket en konklusjon på at det er viktig å evaluere kvinners mentale status når de kommer inn for en abort, og spesielt de med høy-risiko faktorer. De mener også at det kan være gunstig for alle kvinner som ønsker en abort med veiledning og tryggende samtaler både før og etter prosedyren. Konklusjonen er underbygget resultatene og diskusjonen.	x		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernesporsmål på kunnskapsbasetpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.