

ATT LEVA MED SITT BESLUT - kvinnors erfarenheter av abort

Moa de Haas, Julia Holmström



28:2019

Datum för godkännande: 22.05.2019
Handledare: Katarina Ulenius

EXAMENSARBETE

Högskolan på Åland

Utbildningsprogram:	Vård
Författare:	Moa de Haas, Julia Holmström
Arbetets namn:	Att leva med sitt beslut - kvinnors erfarenheter av abort
Handledare:	Katarina Ulenius
Uppdragsgivare:	

Abstrakt
Bakgrund: Abort är en rättighet som varje kvinna i Finland har enligt lagen. Åland har procentuellt högst antal aborter i Finland. När en kvinna väljer att göra en abort kan hon mötas av olika attityder och stigmatisering från samhället. Syftet med studien är att undersöka kvinnors erfarenheter av abort. Metoden var en litteratursammanställning av kvalitativa artiklar. Resultatet visade att kvinnors erfarenhet är individuella och kan vara negativa eller positiva. Beslutet behövde vara kvinnans eget utan påverkan av andra. När det inte var det samt när hon upplevde stigmatisering och skam eller skuld gav det negativa känslor. Kvinnor som upplevde stöd av omgivningen och sjukvården samt ett gott bemötande såg inte sin abort som negativ. En del kvinnor fann en inre styrka de inte visste att de hade. Att känna att det var rätt beslut gav lättnad och positiva känslor efteråt. Diskussionen kopplades till Jean Watsons teori om omvårdnad och bemötande. Sjukskötare bör bidra till kvinnans välbefinnande, hjälpa henne att finna sin inre styrka och ha ett stort engagemang i vården. Varje sjukhus bör se över sina rutiner om abortvård för att säkerställa ett gott och respektfullt bemötande och för att se till att kvinnors erfarenheter blir så bra som möjligt.

Nyckelord (sökord)
Abort, Erfarenhet, Känslor, Stigmatisering

Högskolans serienummer:	ISSN:	Språk:	Sidantal:
2019:28	1458-1531	Svenska	40 sidor

Inlämningsdatum:	Presentationsdatum:	Datum för godkännande:
17.05.2019	22.05.2019	22.05.2019

DEGREE THESIS

Åland University of Applied Sciences

Study program:	Health and Caring Sciences
Author:	Moa de Haas, Julia Holmström
Title:	To Live With One's Decision - Women's Experiences of Abortion
Academic Supervisor:	Katarina Ulenius
Technical Supervisor:	

Abstract
Background: Abortion is a right every woman in Finland has according to the law. The Åland Islands have the highest percentage of abortions in Finland. When a woman decides to have an abortion she can be met by different attitudes and stigmatization from society. The Aim of the study is to explore women's experiences of abortion. The Method was an literature compilation of qualitative articles. The Result showed that women's experiences are individual and can be negative or positive. The decision had to be the woman's own without impact of others. When it was not, as well as when she experienced stigma, shame or guilt, it gave negative emotions. Women who experienced support from the environment and the healthcare as well as a good treatment did not experience their abortion as negative. To feel that the decision was right gave relief and positive emotions afterwards. The discussion was linked to Jean Watson's theory of nursing and treatment. The nurse should contribute to the women's wellbeing, help them find their inner strength and have a serious commitment to their care. Every hospital should revise their routines about abortion care to secure a good and respectful treatment and to make sure that women's experiences will be as good as possible.

Keywords
Abortion, Experience, Feelings, Stigmatization

Serial number:	ISSN:	Language:	Number of pages:
2019:28	1458-1531	Swedish	40 pages

Handed in:	Date of presentation:	Approved on:
17.05.2019	22.05.2019	22.05.2019

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	5
1.1 Bakgrund	5
1.1.1 Rätten till eget val	5
1.1.2 Aborter i Finland och på Åland	7
1.1.3 Stigma och attityder i samband med abort	7
1.2 Teoretisk referensram	9
1.3 Problemformulering	10
1.4 Syfte	10
2. METOD	11
2.1 Sökmetsod	11
2.2 Urval	11
2.3 Analys	12
2.4 Forskningsetik	12
3. RESULTAT	14
3.1 Kvinnors negativa erfarenheter av abort	15
3.1.1 Att inte känna att beslutet är sitt eget	15
3.1.2 Att känna skuld, skam och stigmatisering	17
3.1.3 Att uppleva sorg, smärta och oro	18
3.2 Kvinnors positiva erfarenheter av abort	19
3.2.1 Att uppleva stöd och gott bemötande	20
3.2.2 Att känna inre styrka och att ha gjort rätt val	21
4. DISKUSSION	23
4.1 Resultatdiskussion	23
4.2 Metoddiskussion	26
4.3 Konklusion	27
KÄLLOR	28
BILAGOR	33
Bilaga 1. Söktabel	33
Bilaga 2. Artikelöversikt	34

1. INLEDNING

Abort kan bli aktuellt under något skede i en kvinnas liv. Enligt statistiker Gerd Lindqvist på Ålands statistik- och utredningsbyrå (personlig kommunikation, 5 mars 2019) är detta något som berör cirka 70 kvinnor på Åland varje år. I Finland finns lagstiftning kring aborter och det är en rättighet varje kvinna har att välja huruvida behålla barnet eller inte vid en graviditet (*Lag om avbrytande av havandeskap*, FFS 1970:239). Trots att kvinnor har rätten till abort finns det negativa åsikter i samhället och inom hälso- och sjukvården kring att avbryta en graviditet. I detta arbete kommer kvinnors erfarenheter kring abort lyftas fram för att främst vårdpersonal skall få ta del av kvinnors erfarenheter vilket kan vara av vikt i framtida möten med dem.

1.1 Bakgrund

Ordet abort kommer från det latinska *abo'rtus* som härstammar från *abo'rrior*, som i denna mening innebär "att komma eller födas för tidigt" (Nationalencyklopedin, u.å). Abort innebär ett artificiellt avbrytande av en graviditet som gör att ett eller flera foster dör och det är säkert att fostret inte dött i livmodern innan ingreppet (Institutet för hälsa och välfärd, 2019). Enligt Hälsobyn.fi (u.å) är medicinsk abort vanligast i Finland och står för 96 % av aborterna som sker varje år.

1.1.1 Rätten till eget val

Varje gravid kvinna i Finland som önskar att göra abort har laglig rätt att göra det enligt vissa kriterier. I lagen om avbrytande av havandeskap (FFS 1970/239) står det att en kvinna får ansöka om abort ifall föräldraskap skulle innebära socioekonomiska problem eller att kvinnan och eventuell partner inte skulle klara av föräldraskapet på grund av begränsad förmåga att sköta om barnet. Andra kriterier är om graviditeten eller förlossning skulle medföra fara för kvinnans liv eller hälsa på grund av sjukdom, missbildning eller svaghet hos kvinnan, eller om barnet förväntas komma att födas med missbildning, psykisk utvecklingsstörning eller allvarlig sjukdom. Om kvinnan önskar göra abort på grund av sociala orsaker, sjukdom eller

brott behövs godkännande av två olika läkare. Ifall kvinnan blir gravid innan 17 års ålder, redan fyllt 40 år eller om kvinnan sedan tidigare fött fyra barn blir hon beviljad abort utan att behöva ha någon anledning. Då behövs det endast godkännande av en läkare.

Avbrytande av graviditet ska göras i ett så tidigt skede som möjligt men senast i slutet av vecka 12 om kvinnan på annan grund än sjukdom eller missbildning vill göra abort, såsom socioekonomiska hinder. Kvinnor som blivit gravida innan 17 års ålder har fram till vecka 20 möjlighet till att söka om abort till rättsskyddscentralen för hälsovård. Också om kvinnan har särskilda skäl för aborten kan detta godkännas upp till tjugonde veckan. Om fostret vid undersökningar visar sig ha svår sjukdom eller kraftiga missbildningar kan abort godkännas upp till sista dagen av vecka 24 (Lag om avbrytande av havandeskap, FFS 1970/239).

Alla kvinnor som uppfyller kriterierna och önskar göra abort har rätt att få god vård samt att bli respekterade då de kommer i kontakt med hälso- och sjukvården. I lagen om patientens ställning och rättigheter (FFS 1992/785) framkommer att varje person har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Patienten bör bemötas så att dennes människovärde inte kränks samt att integritet och övertygelser respekteras. På Åland behöver kvinnan skapa en första kontakt med antingen preventivmedelsmottagningen, skolhälsovårdaren (om kvinnan studerar på Åland), hälsocentralen eller med gynekologiska polikliniken (Ålands hälso- och sjukvård, u.å). Kvinnan kommer att få träffa en läkare som gör ett ultraljud och en gynekologisk undersökning för att fastställa graviditet, sedan planeras hur aborten skall genomföras. Samtidigt diskuteras kring framtida preventivmedel och det planeras in återbesök efter aborten för att se att den valda metoden fungerat. Aborten utförs polikliniskt eller på avdelning och i vissa fall även delvis hemma om graviditeten pågått i högst nio veckor (Käypä hoito, 2019).

Att det finns lagstiftning kring kvinnors rättigheter vid abort är en väsentlig aspekt av kvinnohälsa. I alla länder är detta inte en självklarhet. Det finns brister kring lagstiftning samt olika synpunkter från samhället och kyrkan som kan påverka kvinnan. På 70-talet i Europa utfördes flera motioner kring kvinnohälsa och abort. Demonstranterna kämpade för kvinnors rättighet att själv avgöra om, när och hur hon vill bli gravid och göra abort samt för självbestämmande om den egna sexualiteten och sin reproduktiva- och sexuella hälsa. På de

ställen där lagstiftningen är begränsad eller där abort är illegalt finns det risk att kvinnor skadas när de vill avbryta sin graviditet då de troligen kommer att söka efter ett annat, mindre säkert, alternativ. Antingen uppsöker de någon som utför detta men utan garanti för kvinnans säkerhet eller så försöker kvinnan utföra aborten på egen hand. Därför är det av vikt att det finns lagstiftning samt tillgängliga läkare som utför aborterna tryggt och säkert. Trots lagar som ger kvinnor möjligheten till abort kommer det fortfarande på en del ställen finnas saker som hindrar kvinnan från att vilja göra abort, till exempel samhällets normer eller kyrkans åsikter (Siller & Hochleitner, 2017). Latt, Milner & Kavanagh (2019) bekräftar detta i sin studie som de gjort kring dödlighet i samband med abort i 162 länder. De kom fram till att dödligheten bland kvinnor ökar då lagarna är mer restriktiva och vikten av att det finns tydlig lagstiftning samt att abort blir lagligt för att skydda kvinnorna från att skada sig vid osäkra aborter.

1.1.2 Aborter i Finland och på Åland

Enligt Institutet för hälsa och välfärd (2019) utfördes år 2018 i Finland 8602 aborter vilket motsvarar 7,6 aborter per 1000 kvinnor i fertil ålder. Fertil ålder anses vara 15-49 år. Detta är det lägsta antal aborter sedan lagstiftningen om aborter kom år 1970. Flest aborter sker i åldersgruppen 20-24 år, 3,5 aborter per 1000 kvinnor. Trettioåtta procent av de aborter som utfördes var bland kvinnor som tidigare har genomgått en abort. Enligt statistiker Gerd Lindqvist vid Ålands statistik- och utredningsbyrå (personlig kommunikation, 5 mars 2019) framkom att det på Åland 2017 genomfördes sammanlagt 74 aborter vilket motsvarar 12,6 per 1000 kvinnor i fertil ålder. Också på Åland sker flest aborter i åldersgruppen 20-24 år. Under 2017 gjordes i denna åldersgrupp 21 aborter vilket motsvarar 32,6 aborter per 1000 kvinnor. Enligt den statistik som sammanställts framkommer det att Åland procentuellt har ett större antal aborter än övriga delar av Finland (personlig kommunikation, 5 mars 2019). Åland har med sina 12,6 aborter per 1000 kvinnor lika många aborter som Norden har där medelvärdet också är 12,6 (Institutet för hälsa och välfärd, 2018).

1.1.3 Stigma och attityder i samband med abort

Stigma kan definieras som skam, skamfläck eller missnöje och ogillande som resulterar i att en individ blir avvisad, diskriminerad samt utesluten från att få delta i ett antal olika

gemenskaper i samhället (World Health Organization [WHO], 2001). Stigma och sociala normer gällande en oönskad graviditet samt de valmöjligheter som finns kan påverka kvinnans val och upplevelse av situationen. Sociala normer kan förklaras som det beteende som är accepterat och förväntat i ett samhälle och stigma, som här definieras som social skam eller missnöje, fungerar som en inofficiell kontroll över de individer som inte följer normen (Smith, Turan, White, Stringer, Helova, Simpson & Cockrill, 2016). Attityder och stigmatisering är nära förknippat med varandra men skiljer sig åt. Attityder handlar om hur vi bemöter andra medan stigmatisering är vad individen upplever. Stigmatisering upplevs som något negativt, att inte bli betraktad som "normal" eller att bli utstött av samhället (Lilja & Hellzén, 2014). Stigma kan upplevas på flera sätt. Intern stigma uppkommer när individen accepterar och tar till sig de negativa kulturella värderingar som en del av hennes identitet. Extern stigma upplevs när en individ uppfattar negativa attityder från andra och när individen möter fördomar eller diskriminering från omgivningen. De personer som upplever stigma kan drabbas av psykiskt lidande eller kroniska fysiologiska stressreaktioner (Abrams, 2015).

Norris, Bessett, Steinberg, Kavanaugh, De Zordo och Becker (2011) från USA försökte i en studie med sjukvårdspersonal, anhöriga och kvinnor som gjort abort att ta reda på varför abort är stigmatiserat. De kunde dela upp de eventuella orsakerna i fem kategorier. Det första de nämner är att abort förstör idealen kring kvinnlighet, att en kvinna vill bli förälder och att det är föräldrskapet som definierar en "god kvinna" samt att en kvinna inte bör ha sex för njutning utan endast för att reproducera sig. Sexuellt umgänge för njutningens skull anses därmed otillåtet. Andra kategorin som nämns är att man i dagens läge kan få fram bra bilder av fostret med olika ultraljudsmaskiner samt att fostret då ses som en människa tidigt i graviditeten. Detta ser anti-abort grupper då som en möjlighet att skapa stigma kring och kunna anklaga kvinnorna för att ta livet av fostret. Som den tredje möjliga orsaken togs den strikta abortlagen i USA upp gällande till exempel graviditetslängd, obligatoriska ultraljud och väntetider vilket gör det svårare för kvinnor att göra abort. Detta stärker då uppfattningen om att abort är omoraliskt. Fjärde kategorin handlar om att abort anses som något smutsigt och ohälsosamt, att kvinnan då ses som bristfällig samt att ingreppet skadar fostret och kvinnan. I studien kommer det fram att kvinnor till följd av stigmatiseringen inte vågar fråga allt de funderar på kring abort och olika eventuella hälsorisker som kan förorsakas. Till sist nämner de anti-abort grupperna i USA som använder stigma för att få kvinnorna att

skämmas, samt upprätthåller normerna kring att det är fel att göra abort för att kvinnor inte skall våga eller vilja göra abort.

Att avbryta en graviditet kan delas upp i "bra" eller "dåliga" aborter. De "bra" aborterna är de som anses mer acceptabla i samhället och som sker till orsak av att fostret har svåra missbildningar, kvinnan blev gravid trots ett pålitligt preventivmedel eller att hon var väldigt ung vid tillfället. Också om det var kvinnans första abort eller att hon blev gravid på grund av våldtäkt eller incest. De "dåliga" aborterna som anses mindre acceptabla är de som sker i senare graviditetsveckor, då kvinnorna inte använt något preventivmedel eller då kvinnan gjort en eller flera aborter tidigare. En kvinna som genomgått en abort kan bli stigmatiserad men hon kan även stigmatisera andra kvinnor som gått igenom samma sak. Om hon anser sig ha genomgått en "bra" abort kan hon anse att hennes var befogad men att en kvinna som gjort en så kallad "dålig" abort inte hade goda skäl nog och därför kritisera hennes val. (Norris et al., 2011)

1.2 Teoretisk referensram

Den teoretiska referensramen för arbetet baseras på Jean Watsons teori om omvårdnad. Watson skriver att människor ofta inte bemöter varandra med den kärlek och omsorg som alla egentligen är i behov av. Varje individ bör mötas med respekt och vördnad. För att kunna göra detta behöver varje person först se till sig själv och sitt eget beteende. Vi behöver kunna älska, respektera samt se på oss själva med värdighet innan det kan tillämpas till andra personer. Vi som individer behöver kunna ge omsorg till dem vi möter. Watson drar slutsatsen om att den mänskliga omsorgen, både på individuell- och gruppnivå, inom hälso- och sjukvården har fått en allt mindre betydelse och att det är av vikt att som sjukskötare bevara detta eftersom omsorg står till grund för all omvårdnad. Förutom att ta detta i beaktande behöver sjukskötaren ha ett mycket stort engagemang för att värna om patienternas hälsa och välbefinnande (Watson, 1993). Eftersom detta arbete kommer att undersöka kvinnors erfarenheter av abort samt stigmat runt omkring anser vi att dessa kvinnor förtjänar, lika mycket som alla andra personer, att bli bemötta med respekt. Den mänskliga omsorgen som Watson beskriver ligger till grund för vårdandet, som här kopplas till de personer som

genomgår abort. Sjukskötaren som möter dessa kvinnor bör värna om deras hälsa och visa ett stort intresse för patienternas välbefinnande. Watson nämner att människor sällan bemöter varandra med den respekt som varje individ förtjänar, därför är denna teori också väsentlig till undersökningen kring stigma som kvinnor kan komma att mötas av då de beslutat att göra abort.

1.3 Problemformulering

Alla kvinnor upplever aborter olika och känslor som kan uppkomma i samband med abort varierar. Skam, skuld och upplevelse av stigma är känslor som kan påverka kvinnors erfarenheter (Cockrill & Nack, 2013). En abort kan ses som socialt acceptabel eller inte beroende av många faktorer i samhället som till exempel användning av preventivmedel, fostrets och kvinnans hälsa samt under vilka omständigheter kvinnan blev gravid. Kvinnor som genomför en abort kan uppleva stigmatisering både internt och externt (Norris et al., 2011). Stigma och sociala normer gällande en oönskad graviditet samt de valmöjligheter som finns kan påverka kvinnans val och upplevelse av situationen (Smith et al., 2016). Om kvinnan som gjort en abort inte bemöts med den respekt och värdighet som hon behöver kan detta skapa ett psykiskt lidande för kvinnan. Då abort är ett stigmatiserat ämne i samhället är det av vikt att belysa det. Arbetet kommer att fokusera på att lyfta fram kvinnors erfarenheter av abort.

1.4 Syfte

Syftet är att undersöka kvinnors erfarenheter av abort.

2. METOD

En systematisk litteraturstudie med kvalitativ ansats genomfördes för att uppnå studiens syfte. En systematisk litteraturstudie innebär att systematiskt söka, kritiskt granska och sammanställa litteratur inom aktuellt område (Forsberg & Wengström, 2014).

2.1 Sökmetod

Sökning av artiklar gjordes i databaserna EBSCO/CINAHL och PubMed där det fanns omvårdnadsvetenskapliga artiklar som lade grund för arbetet (Karlsson, 2012). Sökningarna var begränsade till artiklar från år 2009-2019 med engelska som språk samt peer reviewed. Sökord som användes var: *Abortion, Patient, Experience, Feelings, Emotions, Attitudes, Induced, Women, Sweden, Miscarriage, Care* och *Psychology* i flera olika kombinationer med de booleska söktermerna AND och NOT. Dessa sökord valdes då de var relevanta för arbetet och fick justeras, med hjälp av MeSh termer, med hänsyn till vilken sökbas som användes. Sökningar har även gjorts via sekundärsökning på författare och artiklar via tidigare publikationer (Friberg, 2012). Söktabel bifogas (Bilaga 1).

2.2 Urval

Inklusions- och exklusionskriterierna har valts utifrån det problem som skall studeras. Enligt rekommendation av Forsberg och Wengström (2014) har språk och tidsperiod övervägts. I arbetet beaktades även geografiskt område. De artiklar som inkluderades har engelska som språk och är ur ett patientperspektiv. Tidsspannet som valdes är från år 2009 till 2019 för att få tillräckligt med information att basera undersökningen på men även för att sälla bort artiklar äldre än 10 år gamla för att materialet skulle vara tillräckligt aktuellt. Artiklar valdes med fokus på Europa, Nordamerika och andra länder med liknande förutsättningar som Finland.

I urvalsprocessen bedömdes till en början titeln och därefter abstrakten för att kontrollera relevans (Forsberg & Wengström, 2014). Sedan lästes hela artikeln av båda författare och om en av författarna ansåg den relevant gick artikeln vidare för granskning. Artiklarna granskades enligt mallen för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik av Statens beredning (2014) för medicinsk utvärdering. Studier med hög eller medelhög kvalitet togs med. Tolv artiklar hade medelhög eller hög kvalitet och togs då med i resultatet. En artikel med låg kvalitet exkluderades. Av de artiklar vilka inkluderades valdes två studier med kvalitativ och kvantitativ design. I dessa nyttjades endast de kvalitativa data som framsteg.

2.3 Analys

Dataanalysen syftar till att beskriva, förstå, förklara och tolka materialet som samlats in (Forsberg & Wengström, 2014). Artiklarna som resultatet har baserats på presenteras i en översiktstabell för att ge läsaren en tydlig bild över innehållet i artiklarna. Tabellen täcker studiernas frågeställningar, datainsamlingsmetoder, resultat och slutsatser i enlighet med Forsberg och Wengström (2014). Artiklarna lästes igen för att förstå helheten. Förutom en översiktstabell (Bilaga 2) sammanfattades varje studie i flytande text som början till analysarbetet, detta för att vara säkert på att allt väsentligt från varje artikel har uppfattats och dokumenterats. Därefter jämfördes likheter och skillnader i studierna som lade grund för utformande av teman som sedan blev rubriker. Resultatet analyserades och tolkades så att slutsatser kunde dras (Friberg, 2012)

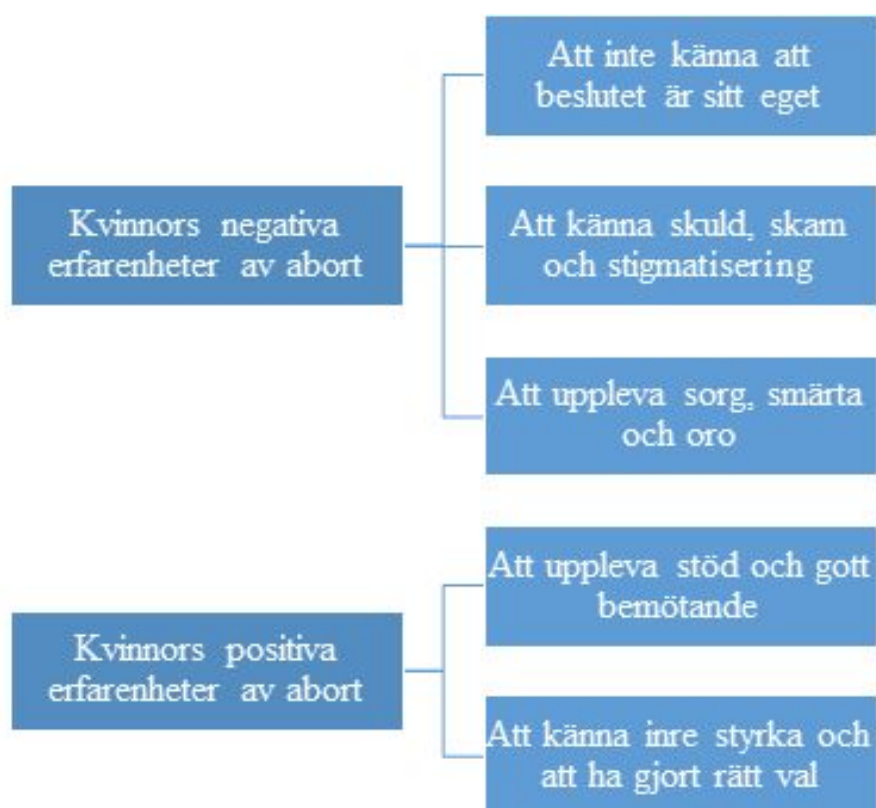
2.4 Forskningsetik

Alla individer har mänskliga rättigheter och med hjälp av forskningsetiken bör dessa bevaras. Det är viktigt att de artiklar som väljs till arbetet tar deltagarnas rättigheter i beaktande. Detta innebär enligt Forskningsetiska delegationen (u.å) att deltagandet ska vara frivilligt, information ges till forskningsdeltagarna, skador och olägenheter bör undvikas samt att personlig integritet bör beaktas. Det är av vikt att författarna beaktar detta i urvalet av artiklar och känner till de normer och värderingar som existerar i forskarsamhället (Kjellström,

2012). Därför valdes studier där etiska överväganden har beaktats och forskarnas etiska förhållningssätt till studien övervägs. Alla resultat som stödjer men också de som inte stödjer hypotesen bör presenteras och författarna bör vara medvetna om att inte endast presentera artiklar som stödjer personliga åsikter (Forsberg & Wengström, 2014).

3. RESULTAT

Syftet med arbetet var att undersöka kvinnors erfarenheter av abort. Ur de 12 artiklar som har använts i resultatet stiger två övergripande teman fram: *Kvinnors negativa erfarenheter av abort* och *Kvinnors positiva erfarenheter av abort*. Därefter steg tre respektive två underteman fram som presenteras i Figur 1.



Figur 1. Teman samt underteman.

3.1 Kvinnors negativa erfarenheter av abort

Flertalet kvinnor hade negativa erfarenheter av sin abort. Känslor som uppkom kunde vara svårigheter att ta sitt beslut, att känna skam och stigmatisering, att känna oro över sin framtida fertilitet samt påtryckningar från omgivningen. Med hjälp av tre underteman kommer dessa områden att beröras.

3.1.1 Att inte känna att beslutet är sitt eget

En inre konflikt uppkom för en del kvinnor vid beslutstagande om abort. Detta grundade sig i att även om de hade en bra orsak till aborten så stred det enligt dem emot tanken av att vara en bra människa. Det hade sitt ursprung i tron om att en kvinnas biologiska ansvar var att bli förälder samt i antiabortåsikter som fanns i deras omgivning när de växte upp. Denna inre konflikt påverkade vissa kvinnors förmåga att ta ett beslut samt färgade erfarenheten av deras abort (Altshuler, Ojanen-Goldsmith, Blumenthal & Freedman, 2017). När kvinnor var i konflikt med sitt inre gav det negativa känslor som sorg, ilska, skuld och ånger (Gelman, Rosenfeld, Nikolajski, Freedman, Steinberg & Borrero, 2017). Även känslor som nöd och ångest uppkom av olika orsaker, bland annat av att inte veta hur långt gången graviditeten var, stress över att andra skulle börja se att de var gravida och rädsla över att knyta an till fostret (Heller, Purcell, Mackay, Caird & Cameron, 2016). Det framkom att samhället ansåg att kvinnorna vid abort avvisade moderskapet då det förväntade, naturliga och korrekta vid en graviditet var att behålla barnet. Abort beskrevs som att inte ta sitt ansvar, istället för att växa med utmaningen av det eventuella moderskapet (Gelman et al., 2017).

Flera studier betonade vikten av att beslutet var kvinnans oavsett åsikter från partner, vänner eller familj även om det kunde påverka till viss del (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014; Kimport, Foster & Weitz, 2011; Makenzius, Tydén, Darj & Larsson, 2012). När kvinnorna kände sig pressade av sin partner eller sina föräldrar att göra abort och upplevde att det inte helt var hennes beslut gav det negativa känslor och erfarenheter, även om det var det beslut hon själv skulle tagit. Andra kvinnor hade det svårare och abort var inte deras önskade val utan de hade velat fortsätta graviditeten men hade inte möjlighet till det (Kimport et al., 2011). Vid valet om abort var kvinnorna känsliga över

acceptansen för sitt beslut utav föräldrar, partner och sjukvårdspersonal före, under och efter aborten (Halldén, Christensson & Olsson, 2009) och främst att partners åsikt och godkännande var betydande (Halldén et al., 2009; Makenzius et al., 2012). Också uppväxten, vänners åsikter samt sociala normer påverkade beslutet (Aléx & Hammarström, 2004). Bristen på stöd från familj och vänner var en orsak till att vissa kvinnor valde abort (Kimport et al., 2011). När det kom till valet över att kunna utföra aborten hemma var det baserat på kvinnans känslor och vilja (Makenzius et al., 2012), vissa upplevde det dock som att det inte var hennes egna val utan beslutat av läkaren då det, på vissa kliniker, var vanligt med hemabort (Makenzius et al., 2012; Purcell, Cameron, Lawton, Glasier & Harden, 2017).

Flera kvinnor berättade att när deras partner fick reda på att de var gravida kände de sig tvingade till att göra en abort för att inte bli lämnade av sin partner då de kände att de inte klarade av att uppfostra ett barn själva, varken ekonomiskt eller känslomässigt. Kvinnor nämnde negativa attityder från partners sida gällande abort och en del män ville behålla barnet trots att kvinnan inte var redo. De män som inte ville bli förälder ställde krav på kvinnorna och påverkade beslutsfattandet genom att de sade att de skulle finnas där för dem men att de verkligen inte ville ha barn (Kimport et al., 2011). I en studie av Gelman et al. (2017) med 19 kvinnor framkom det att männen, som de blivit gravida med, var en av de största källorna till negativitet kring abort. Många av kvinnorna berättade att deras partner inte ville att de skulle genomföra aborten och att de försökte övertyga kvinnorna om att inte göra det. Även om partnern, till en början, hade negativa attityder blev de flesta sedan övertygade att abort var det bästa alternativet. I en annan studie där man intervjuade fem svenska kvinnor som gjort abort kom det fram att ingen av kvinnornas partner ville att de skulle behålla barnet. Vissa kvinnor beskrev ändå sin partner som kärleksfull och förstående medan resterande kvinnor ansåg dem som opålitliga och illojala (Aléx & Hammarström, 2004). En del kvinnor berättade att deras partner hade upplevt aborten som utmanande och att de hade känt sig värdelösa eller hjälplösa (Andersson et al., 2014; Purcell et al., 2017). Parens förhållanden påverkades olika av aborten, en del förblev oförändrade och vissa avslutade sin relation som följd (Aléx & Hammarström, 2004).

3.1.2 Att känna skuld, skam och stigmatisering

Skuldkänslor kunde uppkomma hos kvinnor med en bakgrund där abort ansågs som moraliskt fel (Altshuler et al., 2017). De kvinnor som var mest känsliga för att bli dömda för sitt beslut var de som kände skam över att ha blivit gravida och var i behov av abort. En del kände skam över att de “tog den enkla vägen ut” (Aléx & Hammarström, 2004; Altshuler et al., 2017).

Flertalet kvinnor berättade att stigmatisering i deras omgivning visade sig genom ilska då abort ansågs som mord. Vissa kvinnor som genomgått endast en abort beskrev de som gjort flertalet aborter som oansvariga, själviska, elaka och äckliga (Gelman et al., 2017). Förhöjd känsla av skam och stigma kunde då kopplas samman med behovet av flera aborter.

Kvinnorna var oroliga hur sjukvården skulle behandla dem när de fick reda på att de skulle göra en till abort vilket ledde till att dessa kvinnor sökte sig till ett annat sjukhus eller klinik än där de tidigare varit (LaRoche & Foster, 2018). Rädslan för att bli dömda och kritiserade av personalen gav negativa känslor (Altshuler et al., 2017; LaRoche & Foster, 2018). I abortsituationen kände en del kvinnor att personalen ignorerade eller inte förstod deras fysiska och psykiska upplevelser. När sjukvårdspersonalen hade ett kallt, negativt och ignorant bemötande ingav det känslor som skam, sorg, ensamhet och osäkerhet hos kvinnorna (Aléx & Hammarström, 2004). En del kvinnor som kämpade känslomässigt med aborten och kände skuld valde att vara mindre närvarande under ingreppet och valde kirurgisk abort där de kunde vara nedsövda, om sjukhuset erbjöd detta, för att temporärt komma bort från dessa känslor (Altshuler et al., 2017). För vissa var det lättare att inte försöka tänka på fostret som ett potentiellt barn eller liv utan istället prata om “det”, en “sak” eller en “mask” (Halldén et al., 2009). Känslan av att ha dödat och eventuellt orsakat smärta till fostret ökade känslan av skam hos kvinnorna (Andersson et al., 2014). Andra tänkte på aborten som att ta ett liv och att ha avslutat något som levde inom sig vilket beskrevs som både en självisk och osjälvisk handling, själviskt när de hade gjort det med tanke på sitt eget liv och osjälviskt när ansvaret för barnet var det främsta motivet (Halldén et al., 2009).

De förväntningar som kvinnorna hade kring stigmatisering i och med deras abort ledde ofta till att de inte berättade till någon om upplevelsen för att skydda sig själva (Margo, McCloskey, Gupte, Zurek, Bhakta & Feinberg, 2016). Många kvinnor talade inte om sin abort för att undvika bråk, social isolering eller av rädsla för att skada sitt rykte. Vissa

kvinnor valde att inte heller berätta till sin partner för att undvika att de skulle försöka övertala dem att inte göra den (Gelman et al., 2017). Flera beslutade att delge det för så få personer som möjligt eftersom de var oroliga över hur andra skulle reagera (Heller et al., 2016). Vissa var rädda att berätta om själva graviditeten på grund av oro för att bli dömda och ensamma. Även om det sparade kvinnorna från eventuella negativa kommentarer genom att inte berätta för någon om sin abort så förvärrade det känslorna av hemlighetshållande och stigma. En del kvinnor fick sömnsvårigheter, panikattacker och ångest till följd av deras försök att hålla aborten hemlig (Kimport et al., 2011).

Att behöva resa en längre sträcka för att komma till sjukhuset eller kliniken gjorde det svårare för kvinnorna att hålla aborten privat eftersom vissa var tvungna att ordna med barnvakt och behövde då ge en förklaring (Heller et al., 2016). Att begära ledigt från arbetet och förklara sin frånvaro för chefen oroad flertalet kvinnor (Heller et al., 2016; Margo et al., 2016). I rädsla av att bli dömda önskade kvinnor att få en så diskret vård som möjligt (Altshuler et al., 2017). Kvinnorna ville inte att någon skulle veta att de var på sjukhuset för att göra abort då detta var ett nedtystat ämne i samhället och de ville inte diskutera detta med andra än de som de redan valt att berätta det till (Margo et al., 2016). Behovet av enskildhet vid abort framkom och att då behöva vistas med andra kvinnor och ta del av deras upplevelse var psykiskt och känslomässigt obekvämt då vissa tydligt var upprörda, illamående eller i smärta. Att behöva vara i grupp med andra gjorde att en del upplevde mera skam, vilket kunde ha undvikits genom att ha fått mera privat vård (Altshuler et al., 2017).

3.1.3 Att uppleva sorg, smärta och oro

Vid undersökande av 58 kvinnors erfarenheter av abort och dess påverkan ett år efteråt framkom det att före aborten hade 37 kvinnor endast smärtsamma känslor gällande graviditeten såsom överklighet, förtvivlan, panik och sorg. Direkt efter aborten upplevde 17 procent av kvinnorna mild eller måttlig stress och 21 procent svår emotionell stress. En kvinna uttryckte att hon ångrade sitt val och en annan att hon hade gjort ett misstag. De kvinnor som beskrev sin abortupplevelse som dålig eller hade blandade känslor kopplade dem till det emotionella och mentala lidandet som de genomgått, det dåliga bemötandet som de fått av sjukvårdspersonal och/eller deras hindrade sexliv (Kero, Högberg & Lalos, 2004).

Känslor som ångest, sorg och ånger var vanligt förekommande hos kvinnor som genomgått abort (Altshuler et al., 2017; Kimport et al., 2011), också känslor som ambivalens och tomhet (Aléx & Hammarström, 2004). Upplevelserna av smärta och bl  dning, hos dem som gjort hemabort, varierade från kvinna till kvinna och det fanns olika orsaker som tillsammans gjorde upplevelsen till det den blev. Det kom fram att en kombination av partnerns stöd, orsaken till abort, hur de hade blivit bemötta av sjukvårdspersonalen, tidigare graviditetserfarenheter, sjukhusets rutiner och hur tillförlitlig information gällande aborten de fått påverkade hur de upplevde smärtan och blödningarna (Makenzius et al., 2012).

Många kvinnor var oroliga över att deras framtida fertilitet skulle påverkas av aborten (Gelman et al., 2017; Halldén et al., 2009) eller att de skulle bli sterila som följ (Aléx & Hammarström, 2004). En kvinna ansåg att det var osäkert med flertalet aborter och att de kvinnorna inte skulle kunna få barn i framtiden om de sedan ville, eller att det skulle medföra komplikationer till graviditeten då aborter påverkar kvinnans insida (Gelman et al., 2017). Flera var oroliga vid aborten att eventuellt ha missat sin enda chans att bli förälder (Halldén et al., 2009). Oro inför framtiden och sorg över att graviditeten hade kommit under ett opassande tillfälle beskrevs   cks   som svåra känslor (Altshuler et al., 2017). Efter aborten var det många kvinnor som ville undvika en oväntad graviditet igen och kände skyldighet samt motivation att ta mera ansvar kring preventivmedel. Trots detta ville inte alla börja med något hormonbaserade preventivmedel på grund av de biverkningar som kunde följa (Makenzius et al., 2012). Kvinnor berättade att de själva kände skyldighet gällande preventivmedel och sin graviditet. De beskrev könsskillnader i skyldigheten kring preventivmedel där männen inte tog sitt ansvar och sedan när en graviditet uppkom lämnade de ansvaret hos kvinnorna. Detta gav kvinnorna en k  nsلا av   vergivenesshet och ensamhet gällande beslutet om att behålla barnet eller inte (Kimport et al., 2011).

3.2 Kvinnors positiva erfarenheter av abort

Alla kvinnor associerade inte sin abort med endast negativitet, utan flera upplevde även sin abortsituation som positiv. Det stiger fram hur kvinnor upplevde stöd från partnern, bra bemötande från sjukvården, att de kände trygghet och kontroll samt att dessa kvinnor kände

att de gjort rätt val och upptäckte en inre styrka de inte visste att de hade före aborten. Med hjälp av två underteman kommer dessa teman att beröras.

3.2.1 Att uppleva stöd och gott bemötande

De kvinnor som genomfört flera aborter beskrev likheter mellan dem men betonade att de såg varje abort som en unik livshändelse. De känslor som uppkom påverkades av orsaken till aborten, hur deras liv såg ut, om de var i ett förhållande eller inte samt det sociala stödet (LaRoche & Foster, 2018). De flesta kvinnor ansåg det som ett värdefullt stöd att ha med sig sin partner, familj eller en vän under aborten (Andersson et al., 2014; Halldén et al., 2009). Vissa kvinnor valde dock att vara ensamma för att ha tid för reflektion och integritet. En kvinna uttryckte att hon ville vara ensam och utan stöd under sin abort då hon inte ville tynga någon annan. (Andersson et al., 2014). För de kvinnor som valde att göra sin abort i hemmet var stödet från partnern eller annan person viktigt. De som hade en relativt ny partner upplevde det som pinsamt och svårt då de inte ville bli sedda i den sårbara positionen men de var ändå tacksamma för det stöd de fick och att de gick igenom det tillsammans (Purcell et al., 2017). Att göra aborten hemma gav en känsla av kontroll och trygghet samt att det var mera avslappnat och bekvämt. Alternativet att kunna göra aborten hemma och slippa sjukhusmiljön uppskattades (Makenzius et al., 2012; Purcell et al., 2017) vilket gjorde att kvinnorna kunde vara närmare sin partner och inte behövde ta andra i beaktande (Makenzius et al., 2012). För en kvinna tog det istället bort känslan av isolering när hon fick vara med andra i samma situation på sjukhuset. Hon insåg att hon inte var ensam om att göra en abort vilket kändes bra (Altshuler et al., 2017).

Blandade känslor av aborten och hur medvetna de ville vara vid ingreppet beskrevs.

Kvinnorna kunde påverka hur medvetna de ville vara genom valet av smärtmedicinering och abortmetod (Altshuler et al., 2017). Flera kvinnor värdesatte detta och fick då vara mera delaktiga i vården. Neutralt stöd från sjukskötare utan dömande attityd gav ett positivt möte (Andersson et al., 2014). En kvinna som genomgått sin andra abort blev positivt överraskad över att ha fått bra bemötande "trots sin andra abort" (LaRoche & Foster, 2018). När kvinnornas behov blev tillgodosedda, personalen gav professionell kunskap samt visade empati bidrog det till trygghet. En känsla av trygghet uppstod också då personalen utan orsak

kom till kvinnornas rum på sjukhuset för att visa att de fanns där om de behövde något (Andersson et al., 2014). Flera kvinnor som haft positiva erfarenheter av sjukvården beskrev personalen som omtänksam, noggrann (Margo et al., 2016), professionell och vänlig (Makenzius et al., 2012). Tillräcklig och väsentlig information samt råd gällande aborten skapade trygghet i situationen (Purcell et al., 2017; Andersson et al., 2014). Att inte behöva kompromissa med sitt känslomässiga välmående samt att bli bekräftade som beslutstagare av personalen uppskattades (Altshuler et al., 2017). När kvinnorna blev bemötta med respekt och mildhet av sjukvårdspersonal kände de att deras beslut blev accepterat (Halldén et al., 2009). Makenzius et al. (2012) berättar att kvinnorna förväntade sig att rutinerna på sjukhuset skulle möta deras behov och att personalen skulle ge ett vänligt och jämlikt bemötande. Även om största fokus låg på kvinnan i abortsituationen var det viktigt att respekt och empati visades mot både kvinnan och mannen.

3.2.2 Att känna inre styrka och att ha gjort rätt val

De kvinnor som valde att göra abort, behålla barnet eller valde adoption ansåg att de hade gjort rätt val eftersom de hade tagit det bästa beslutet utifrån de förutsättningar de hade. Trots inre konflikter (Altshuler et al., 2017) och känslor av nöd och ångest (Heller et al., 2016) gällande aborten så kändes det som att de tagit rätt beslut (Altshuler et al., 2017; Heller et al., 2016). En del kvinnor visste att abort var det rätta valet baserat på sin magkänsla samt rationellt tänkande och upplevde det då som ett lätt beslut (Kimport et al., 2011).

Kero et al. (2004) beskrev kvinnors känslor direkt efter aborten, fyra månader efter och ett år efter. Vid upptäckten av sin graviditet hade kvinnorna blandade känslor där de positiva beskrevs som förundran och glädje. Direkt efter aborten upplevde närmare två tredjedelar av kvinnorna ingen emotionell stress, dessa kvinnor reflekterade över att de inte hade upplevt aborten som något stressmoment utan hade mått bättre än förväntat. De hade trott, på grund av sociala normer, att de förväntades tycka att abort är en svår och hemsk sak att genomgå. Fyra månader efter aborten var alla förutom två kvinnor nöjda med sitt beslut. Ett år efteråt associerade majoriteten av kvinnorna sin abort med lättnad och befrielse samt mognad, fördjupad självkännedom och stärkt självkänsla och identitet (Kero et al., 2004). Lättnad över att hela abortprocessen var klar samt att graviditeten i sin helhet var över stärkte känslan av

att ha överkommit en emotionell och psykisk utmaning (Andersson et al., 2014). Flera kvinnor hade upptäckt en inre styrka som de inte visste att de hade innan (Kero et al., 2004) och såg sig som sina egna coacher som med hjälp av den inre styrkan kunde ta sig igenom situationen (Andersson et al., 2014). Moderskapskänslor och vetskapen om deras fertilitet framkom som positivt (Halldén et al., 2009; Kero et al., 2004), samt att vissa upplevde en förbättrad relation med sin partner (Aléx & Hammarström, 2004; Kero et al., 2004) och att användningen av preventivmedel hade förbättrats efter aborten (Kero et al., 2004). Ett behov att bearbeta sina minnen och erfarenheter från aborten framkom. Vissa gjorde detta självständigt genom att skriva ett brev till fostret, måla eller bara försöka gå vidare. En del önskade kontakt med en rådgivare eller att bara få prata med någon om aborten för att hantera situationen (Andersson et al., 2014).

4. DISKUSSION

Syftet med studien var att undersöka kvinnors erfarenhet av abort. I resultatet presenterades 2 huvudteman och 5 underteman sammanställt från 12 artiklar. Resultatet kommer nedan att diskuteras i relation till bakgrunden och Jean Watsons omvårdnadsteori.

4.1 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka kvinnors erfarenheter av abort. I artiklarna framkom blandade erfarenheter och känslor från kvinnorna i de olika studierna. Två olika huvudgrupper kunde urskiljas: de kvinnor som hade upplevt sin abort som något tungt och jobbigt och de kvinnor som upplevde sin abort positivt eller neutralt. De flesta kvinnor som genomgått en abort belyste vikten av att känna att beslutet var deras eget samt att de i längden kände att de hade gjort rätt val. I resultatet framkom att det finns stigmatisering kring kvinnor och abort och speciellt i samband med kvinnor som har gjort flertalet aborter. Resultatet av denna stigmatisering blir att kvinnorna upplever skam och rädsla över att bli dömda av partner, vänner, familj och samhälle samt att de då väljer att hemlighålla sin abort, som i sin tur kan leda till psykiskt lidande för dessa kvinnor. I resultatet valdes att ta med även enskilda kvinnors berättelser då syftet var att undersöka kvinnors erfarenheter och författarna ansåg att varje kvinnas känslor och erfarenhet var lika viktig.

Tänket om att det är en kvinnas biologiska ansvar att föda barn och bli mamma framkom vilket kan ses som ett föråldrat synsätt. I dagens samhälle är det vanligt att kvinnor väljer att prioritera till exempel karriär framför att föda barn vilket inte anses korrekt enligt det gamla synsättet. Detta är ett synsätt som människor behöver komma ifrån för att minska stigmatiseringen och skammen som finns kring abort. En kvinna har rättigheten att ta beslut kring sin fertilitet vilket innebär att hon får bestämma om, hur och när hon vill bli gravid. Denna rättighet är ett privilegium för kvinnor i Finland. Att få ha kontroll över sin egen kropp är inte en självklarhet i alla länder runtom i världen. Sjukskötare och annan vårdpersonal bör inte tillämpa sina egna värderingar och synsätt vid mötet med dessa kvinnor för att ge kvinnorna möjlighet att ta sitt egna beslut. I resultatet framkommer tydligt att kvinnor

behövde känna att beslutet om abort var deras egna utan påverkan från partner, familj, vänner eller samhället. Om de påverkades skapades negativa erfarenheter och känslor. För sjukskötaren innebär detta att ge vård utan att döma kvinnans beslut och ge verktyg till henne för att underlätta beslutstagandet. Det är av vikt att poängtera att abort är kvinnans eget val och ge henne den information och stöd som hon behöver för att kunna ta det bästa beslutet i situationen. Att känna att kvinnan har gjort det rätta beslutet i den situation hon var i är viktigt då detta är ett beslut hon måste leva med resten av sitt liv. Många kvinnor beskrev att de upplevde en inre styrka vid aborten som de inte visste att de hade innan vilket hjälpte dem genom abortprocessen. Att hjälpa kvinnan att finna en inre styrka är något som sjukskötare kan hjälpa till med genom att uppmuntra, visa stöd och acceptans samt genom att betona att hon inte är ensam i att välja att göra en abort.

Många kvinnor upplever stigmatisering från omgivningen vilket ger en känsla av skam. Åsikter om att abort ses som mord och att ha dödat fostret stärker denna stigmatisering. När kvinnor beslutar om att göra en abort kan den upplevda stigmatiseringen leda till att de väljer att hålla sitt beslut hemligt vilket i sin tur skapar ett psykiskt lidande. Om abort var ett mera öppet samtalsämne i samhället skulle det kunna minska stigmatiseringen och göra att kvinnor inte känner rädsla kring att berätta till andra om sin abort. Genom att flera kvinnor skulle vara mera öppna om att de gjort en abort skulle det kunna minska känslan av ensamhet hos andra kvinnor som kämpar känslomässigt med sitt beslut. Inom sjukvården är det av vikt att inte förstärka stigmatiseringen kring abort och kunna samtala öppet och avslappnat kring detta utan att skuldbelägga kvinnan. Detta kan minska det eventuella psykiska lidandet kvinnan känner genom att öppet få prata om aborten utan negativa åsikter.

Kvinnor som inte kände tillräckligt med stöd från partner, familj och vänner upplevde ofta detta som något negativt. Bristande stöd kunde påverka att kvinnan valde att göra en abort trots att hon ville behålla barnet. Att behöva göra en abort mot sin egen önskan kunde ge sorg och smärta en lång tid efteråt. Att uppleva bristande stöd från de i sin omgivning kan öka behovet av stöd från annat håll. Sjukvården kan på många sätt stödja kvinnan i denna situation genom att finnas där att prata med, hjälpa till att få kontakt med annan professionell att samtala med, bekräfta kvinnans känslor samt att finnas där under själva processen. I resultatet framkom en önskan om att stödet inte endast skulle vara riktat till kvinnan utan

även till mannen som eventuellt är med. Det är därför viktigt att sjukvårdspersonal som möter par som kommer tillsammans för att göra en abort inte endast fokuserar på kvinnan utan också kommer ihåg att mannens känslor är viktiga. I enlighet med Jean Watson bör varje individ bemötas med den kärlek och omsorg som alla är i behov av.

Kliniska implikationer

Jean Watson lyfter i sin omvårdnadsteori (1993) att personer sällan blir bemötta med den respekt och vördnad som de behöver samt att inom sjukvården har den mänskliga omsorgen fått en allt mindre betydelse. Detta framkom i resultatet då flera kvinnor upplevde dåligt bemötande, skuldbeläggning och bristande stöd från sjukvårdspersonal. Det är av vikt att sjukvårdspersonal ger god omsorg till kvinnor som gör abort då det står till grund för all omvårdnad. Denna omsorg innefattar att bry sig om och att visa kärlek och respekt samt vördnad för patienten.

På Åland sker aborter på BB och Gynekologiska avdelningen där de som genomgår en abort befinner sig i rum bredvid de som är gravida eller nyligen har fött barn. Författarna har under arbetets gång reflekterat över hur detta kan påverka måendet hos kvinnor som genomgår en abort och om det eventuellt kan öka lidandet hos dem. Arbetets resultat visar att en del kvinnor gör abort på grund av bristande stöd från familj och vänner eller att graviditeten uppkom vid fel tillfälle i livet, inte på grund av att de inte vill bli förälder. Huruvida det är etiskt rätt eller fel att ha en gynekologisk avdelning tillsammans med BB kan diskuteras. Sjukvårdspersonal som arbetar på en sådan avdelning bör ha i åtanke hur situationer som dessa kan påverka kvinnorna och ha förståelse för känslor som kan uppkomma.

Genom att förbättra rutinerna inom abortvården kan ett respektfullt samt professionellt möte och omvårdnad utvecklas mellan personalen och kvinnorna. Om sjukvårdspersonalen kan se till sig själva och sitt eget beteende samt ser på sig själv med värdighet har de lättare att tillämpa detta till de kvinnor som de vårdar. Watson nämner att sjukskötaren bör värna om hälsa och välbefinnande samt ha ett stort engagemang för sina patienter. Detta kan kopplas till kvinnor som genomgår en abort. I arbetet framkommer det att när kvinnor får stöd och personal visar ett genuint intresse för kvinnans välmående bidrar detta till en positiv erfarenhet av aborten. Watsons teori beskriver hur individer skall bemöta varandra.

Tillsammans med kvinnors erfarenheter av abort och bemötandet de fått, erhålls en uppfattning av hur sjukskötare kan tillgodose kvinnors behov samt hur en god omvårdnad ges.

4.2 Metoddiskussion

Metoden som användes i arbetet var en litteraturstudie med kvalitativ design. Det var svårt att hitta relevanta artiklar till en början då Pubmeds databas var obekant och svårigheter att hitta rätt sökord uppkom. Sökningarna genomfördes mestadels i EBSCO där de flesta artiklarna hittades. Även Pubmed användes och sekundära sökningar via andra studier och examensarbeten gjordes. Ursprungligen var sökningen begränsad till material från 2009 till 2019 för att säkra att materialet inte var föråldrat. Under sökningens gång hittades två artiklar från 2004 via sekundärsökning, vilka medtogs. Dessa inkluderades då de bedömdes vara av god kvalitet och med relevant innehåll som gav mycket information. Andra sökkriterier var att artiklarna skulle vara från Europa, Nordamerika eller länder med liknande förutsättningar som Finland. De flesta artiklar som valts var från USA, Kanada och Sverige då mest material hittades därifrån. Trots den geografiska filtreringen framkom mycket material i sökningen som var från Asien och Afrika. Dessa exkluderades eftersom kvinnors förutsättningar inte är de samma som i Finland och att samhället samt normer kan se olika ut. Sökprocessen tog flera vägar under arbetets gång och en intressant artikel steg fram då en sökning gjordes med sökordet *stigma*. Artikeln inkluderades då den gav intressant information som inte steg fram i någon annan sökning. Artiklar från Finland som var relevanta för arbetet hittades inte. Detta visar på ett behov av att studera detta ämne vidare, vilket stärker valet av denna studie.

Datainsamling, granskning och analys kunde ha påverkats av att det var författarnas första litteraturstudie vilket kan vara en svaghet (Henricson, 2012). Vid kvalitetsgranskningen av artiklarna användes mall från SBU. Artiklar av hög eller medelhög kvalitet valdes att inkluderas i arbetet. Då denna mall var ny för författarna togs det i beaktande att en del frågor i mallen var tolkningsfrågor. Detta kunde ha påverkat resultatet trots försök till att vara konsekventa och att ha kritiskt granskat artiklarna. Båda författarna granskade enskilt artiklarna och jämförde dem sedan med varandra, vilket stärker reliabiliteten. Genom en litteraturstudie kunde syftet besvaras då kvinnors erfarenheter framkom genom intervjuerna i

artiklarna som användes. Erfarenheterna vid en abort varierar och alla kvinnor upplever det olika. En styrka med studien var att ett stort antal kvinnors berättelser inkluderades vilket gav en bred bild av erfarenheterna.Handledare, lärare och medstuderande har genom arbetets gång läst igenom texten och kommit med råd och förslag vilket har hjälpt att utveckla arbetet. Det har varit till stor hjälp vid utvecklingen av arbetet att få perspektiv på den egna skrivna texten för att få nya idéer. Avslutningsvis har arbetet gett nya kunskaper till författarna om kvinnors erfarenheter av abort. Det har även gett en möjlighet för författarna att reflektera över sina egna åsikter och uppfattningar av abort.

4.3 Konklusion

Studien undersökte syftet via en litteratursammanställning vilket gav en bred bild över kvinnors erfarenheter av abort. Detta gjorde att slutsatser kunde dras som att varje persons känslor och erfarenheter är individuella och påverkas av många faktorer som till exempel samhällets åsikter, stigmatisering, mängden stöd från omgivningen samt bemötande från sjukvården. Vidare forskning kring varför abort är ett stigmatiserat ämne i många samhällen kunde ge en klarare bild över vad som behöver göras för att åtgärda detta. Även forskning kring abort i Finland kunde hjälpa till att undersöka vad som behöver åtgärdas för att förbättra vården. Varje sjukhus och kliniker bör utveckla egna rutiner och planer för att säkerställa att kvinnan får ett gott bemötande och en god omvårdnad vid sin abort.

KÄLLOR

Abrams, P. (2015). The Bad Mother: Stigma, Abortion and Surrogacy. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 43(2), 179-191. <http://dx.doi.org/10.1111/jlme.12231>

Aléx, L., & Hammarström, A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion - a feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 160-168. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=99fa6c9c-eb3f-4766-a98e-93afd6b72145%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=106759890>

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 preference in clinical care. *Social Science & Medicine*, 191, 109-116. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.010>

Andersson, I-M., Christensson, K., & Gemzell-Danielsson, K. (2014). Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. *Public Library of Science*, 9(12), e115957. doi:10.1371/journal.pone.0115957

Cockrill, K., & Nack, A. (2013). "I'm Not That Type of Person": Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behavior*, 34(12), 973-990. doi:10.1080/01639625.2013.800423

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2014). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3). Stockholm: Natur & Kultur

Forskningsetiska delegationen. (u.  ). Etikprövning inom humanvetenskaperna. Hämtad 24-04-2019 från <https://www.tenk.fi/sv/etikprovning-inom-humanvetenskaperna>

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (2:1 s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (2:1 s. 81-94). Lund: Studentlitteratur.

Gelman, A., Rosenfeld, E. A., Nikolajski, C., Freedman, L. R., Steinberg, J. R., & Borrero, S. (2017). Abortion stigma among low-income women obtaining abortions in Western Pennsylvania: A qualitative assessment. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 49(1), 29-36. doi:10.1363/psrh.12014

Halldén, B-M., Christensson, K., & Olsson, P. (2009). Early abortion as narrated by young Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 243-250.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00612.x>

Heller, R., Purcell, C., Mackay, L., Caird, L., & Cameron, ST. (2016). Barriers to accessing termination of pregnancy in a remote and rural setting: a qualitative study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123, 1684-1691. doi:10.1111/1471-0528.14117

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (1:3 s. 472-479). Lund: Studentlitteratur.

Hälsobyn.fi. (u.å). Abortmetoder. Hämtad 2019-03-20 från
<https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/sexuell-h%C3%A4lsa/abort/abortmetoder#>

Institutet för hälsa och välfärd. (2019). Aborter 2018 (ISSN 1798-0887). Hämtad från
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138102/Tr13_19.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Karlsson, E.K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (1:3 s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.

Kero, A., Högberg, U., & Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth - long-term effects of legal abortion. *Social science & medicine*, 58, 2559-2569.
doi:10.1016/j.socscimed.2003.09.004

Kimport, K., Foster, K., & Weitz, T. A. (2011). Social sources of women's emotional difficulty after abortion: lessons from women's abortions narratives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(2), 103-109. doi:10.1363/4310311

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (1:3 s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.

Käypä hoito. (2019). Abort. Hämtad 2019-03-15 från
<http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/for-patienter/rekommendation?id=khr00046>

Lag om avbrytande av havandeskap (FFS 1970/239). Hämtad från Finlaex webbplats:
<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1970/19700239>

Lag om patientens ställning och rättigheter (FFS 17.8.1992/785). Hämtad från Finlex webbplats: <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1992/19920785>

LaRoche, K.J., & Foster, A.M. (2018). Exploring Canadian women's multiple abortion experiences: Implications for reducing stigma and improving patient-centered care. *Women's Health Issues*, 28(4), 327-332. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.04.002>

Latt, S. M., Milner, A., & Kavanagh, A. (2019). Abortion laws reform may reduce maternal mortality: an ecological study in 192 countries. *BMC Women's Health* 19(1).
<http://dx.doi.org/10.1186/s12905-018-0705-y>

Lilja, L., Hellzén, O. (2014). Vårdares attityder och stigmatisering. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa* (2:3 s. 441-455). Lund: Studentlitteratur AB

Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2012). Autonomy and dependence-experiences of home abortion, a contraception and prevention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 569-579. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x

Margo, J., McCloskey, L., Gupte, G., Zurek, M., Bhakta, S., & Feinberg, E. (2014). Women's pathways to abortion care in South Carolina, A qualitative study of obstacles and supports. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 48(4), 199-207. doi:10.1363/psrh.12006

Nationalencyklopedin, abort. Hämtad 2019-03-13 från
<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/abort>

Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., De Zordo, S., & Becker, D. (2011). Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences. *Women's Health Issues*, 21(3), 49-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.010>

Purcell, C., Cameron, S., Lawton, J., Glaser, A., & Harden, J. (2017). Self-management of first trimester medical termination of pregnancy: A qualitative study of women's experiences. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124, 2001-2008. doi:10.1111/1471-0528.14690

Siller, H., & Hochleitner, M. (2017). Abortion as one aspect of Women's Health. *Health care for women international*, 38(9), 907-912. <http://dx.doi.org/10.1080/07399332.2017.1345561>

Smith, W., Turan, J. M., White, K., Stringer, K. L., Helova, A., Simpson, T., & Cockrill, K. (2016). Social Norms and Stigma Regarding Unintended Pregnancy and Pregnancy Decisions: A Qualitative Study of Young Women in Alabama. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 48(2), 73-81. <http://dx.doi.org.ha.idm.oclc.org/10.1363/48e9016>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser*. (Reviderad 2014). Hämtad från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad*. (1). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2001). An integrated public health approach. Hämtad 30-04-2019 från <https://www.who.int/whr/2001/chapter1/en/index3.html>

Ålands hälso- och sjukvård. (u.å). Abort. Hämtad 2019-03-15 från <http://www.ahs.ax/standard.con?iPage=250&m=408>

BILAGOR

Bilaga 1. Söktabell.

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal använda artiklar
27.03.19	EBSCO/Cinahl	Abortion experience NOT miscarriage	139	6	2	2
27.03.19	EBSCO/Cinahl	Abortion stigma AND patient	50	2	1	1
01.04.19	EBSCO/Cinahl	Abortion care AND women	250	9	1	1
01.04.19	EBSCO/Cinahl	Abortion AND Experience AND Sweden	27	1	1	1
02.04.19	Manuell sökning		4	4	2	2
02.04.19	EBSCO/Cinahl	Abortion AND women AND feelings or emotions or experiences or attitudes	248	3	1	1
03.04.19	Pubmed	MeSH: Abortion, Induced Subheadings: psychology	130	4	4	4

Bilaga 2. Artikelöversikt.

Författare, Titel, Tidskrift, Årtal	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Författare: Margo J, McCloskey L, Gupte G, Zurek M, Bhakta, Feinberg E. Titel: Women's pathways to abortion care in South Carolina: a qualitative study of obstacles and supports Tidskrift: Perspectives on sexual and reproductive health Årtal: 2016	Syftet är att undersöka kvinnor som framgångsrikt gjort abort, hur de hitta information osv för att informera vårdpersonal för att underlätta för andra kvinnor.	Semistrukturera de kvalitativa intervjuer med 45 kvinnor, ålder 18+, engelsktalande, abort gjord i South Carolina.	De flesta deltagarna hade pratat med sin familj och partner medan några inte hade pratat alls. Oro över att bli dömda av sjukskötare. De antog att de skulle bli dömda så flera dolde aborten samt oroliga hur andra skulle reagera och sa därför inte till nån för att skydda sig själva. Ville hålla det hemligt men behövde berätta det för flera ändå då de måste ta ledigt från jobbet samt få transport till och från klinikerna.	Medelhög
Författare: Gelman A, Rosenfeld E, Nikolajski C, Steinberg J, Borrero S. Titel: Abortion stigma among low-income women obtaining abortions in Western Pennsylvania: a qualitative assessment	Syfte att utforska attityder och stigma mot låginkomst kvinnor som genomgår en abort.	Kvalitativ studie, semistrukturerade intervjuer med 19 kvinnor som skall genomgå en abort eller gjort en inom de senaste 2 veckorna.	Främst kvinnans partner som var emot aborten, några ville inte berätta om det för sin partner då hon visste att han hade vägrat abort. Kvinnorna ansåg att samhället de levde i hade mycket fördomar och trodde att folk skulle bli arga på dem. Kvinnor blev stigmatiserade men stigmatiserade även andra kvinnor som	Medelhög

Tidskrift: Perspectives on sexual and reproductive health Årtal: 2017			också gjort abort. Blandade känslor inför aborten.	
Författare: Halldén B-M, Christensson K, Olsson P. Titel: Early abortion as narrated by young Swedish women Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences Årtal: 2009	Syftet att belysa betydelsen av att ha genomgått en abort bland unga svenska kvinnor.	Intervjuer med 10 st kvinnor i åldern 18-20, intervjuades 2-6v efter aborten, kvinnorna hade varit gravida 6-12 v då de gjorde aborten.	Vikten av stöd från familj, vänner och partner. Olika känslor som framkommer. Oro för acceptans över beslutet, från föräldrar, partner och sjukvårdspersonal. Viktigt att bli bemötta med respekt och vänlighet av sjukvårdspersonal.	Medelhög
Författare: Aléx L, Hammarström A. Titel: Women's experiences in connection with induced abortion - a feminist perspective Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences Årtal: 2004	Syftet att belysa kvinnors erfarenheter av abort, ur ett kvinnoperspektiv.	Kvalitativ intervjustudie med 5 kvinnor deltog, måste ha genomgått en abort den senaste månaden, kvinnan måste prata och förstå svenska.	Viktigt med stöd. Blandade erfarenheter av stöd från personal och partnern. Rädda att göra fel val, visste att det var deras val men påverkades av vänner, familj och sociala normer. Positivt inställda till abort i allmänhet men såg negativt på sin egen.	Medelhög
Författare: Heller R, Purcell C, Mackay L, Caird L, Cameron	Syfte att utforska kvinnor, som kommer från	Kvalitativ intervjustudie, 16 semistrukturerade intervjuer.	Lång resa till och från klinikerna skapade mera stress, mindre privatliv och var	Medelhög

ST. Titel: Barriers to accessing termination of pregnancy in a remote and rural setting: a qualitative study. Tidskrift: International Journal of Obstetrics & Gynaecology Årtal: 2016	en "lantlig och avlägsen" miljö, och deras erfarenheter vid abort samt ev hinder som de stötte på.		tyngre. Olika hinder för att ta kontakt med vården ansågs vara ålder, jobbet, stöd från det sociala nätverket och stigmatiseringen.	
Författare: Althshuler AL, Ojanen-Goldsmit h A, Blumenthal PD, Freedman LR. Titel: A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. Tidskrift: Social Science & Medicine Årtal: 2017	Syftet var att undersöka vad som gör en bra abortupplevelse samt vad kvinnor vill ha och behöver vid avslutande av en graviditet.	Semi-strukturerade intervjuer med 20 kvinnor som tidigare fött barn och inom 5 år från intervjun gjort abort.	Förlossning och abort beskrevs som en bra upplevelse när kvinnorna inte behöver kompromissa med sitt känslomässiga välmående, de ville bli bekräftade som beslutstagare i processen. Inre konflikt med moraliskt dilemma om en tro att vara en dålig människa. Kände sig dömda av personal, önskade att de hade normaliserat deras beslut samt få en privat och diskret vård, speciellt i små samhällen. Olika åsikter om smärtmedicinering samt om man ville göra kirurgisk abort vaken eller sederad.	Medelhög
Författare: LaRoche K,	Syfte att bättre förstå	Intervjustudie med 41 kvinnor	Olika orsaker som påverkade deras	Medelhög

Foster A. Titel: Exploring Canadian Women's multiple abortion experiences: implications for reducing stigma and improving patient-centered care Tidskrift: Women's health issues Årtal: 2018	kvinnors erfarenheter kring av att ha gjort flera aborter.	som tillsammans hade gjort 87 aborter.	beslut; stödet de fick av sin familj, deras relationsstatus, ekonomin, hälsan, tidigare erfarenheter av graviditet och abort. Känslor av skam och stigma på grund av deras val att göra abort och om de gjort flera än en abort.	
Författare: Makenzius M, Tydeén T, Darj E, Larsson M. Titel: Autonomy and dependence - experiences of home abortion, contraception and prevention Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences Årtal: 2012	Syftet var att undersöka erfarenheter och behov i relation till hemabort och belysa deras syn på preventivmedel och förhindrande av graviditet.	Kvalitativa intervjuer med 24 kvinnor och 13 män i Sverige. Alla intervjuer gjordes inom 6v efter aborten.	Två teman framkom: autonomitet och självständighet. Autonomitet innebär att göra aborten hemma ansågs som rätt beslut och uppmuntrade till privatliv och kontroll. Beslutet måste vara kvinnans egna för att kännas rätt. Hemma kunde kvinnan ha kontroll och välja vem hon ville dela upplevelsen med. Dependence innebar ett behov av att hälsovårdspersonal gav respektfullt emotionellt stöd och rätt, tillräcklig information på jämställda villkor. Abort var kvinnans val men influerat av mannen samt livssituationen.	Medelhög

Författare: Kero A, Högberg U, Lalos A Titel: Wellbeing and mental growth- long-term effects of legal abortion Tidskrift: Social Science & Medicine Årtal: 2004	Syftet var att öka kunskapen om hur kvinnor hanterar en laglig abort genom att studera kvinnors resonemang, reaktioner och känslor under 1 år.	Mixad metod (formulär + intervju) med 62 kvinnor deltog i intervju 4 mån efter och 58 kvinnor 12 mån efter.	Efter 1 år ansåg 50/58 kvinnor att det var ett ansvarsfullt val, och 43/58 kände lättnad eller frihet. 56/58 var nöjda med beslutet. Vissa upplevde inte någon känslomässig stress, vissa upplevde mild/medel känslomässig stress och vissa grav känslomässig nöd/stress. Att få reda på graviditeten var smärtsamt för de flesta men vid 4 och 12 månaders uppföljning upplevde nästan alla lättnad och såg det som den bästa lösningen.	Medelhög
Författare: Kimport K, Foster K, Weitz T. Titel: social sources of women's emotional difficulty after abortion: Lessons from women's abortion narratives Tidskrift: Perspectives on sexual and reproductive health Årtal: 2011	Syftet var att undersöka faktorer som relationer, familj och sociala faktorer samt hur de påverkar att abort upplevs som jobbigt. Undersöka behov och erfarenheter hos kvinnor som upplever detta som jobbigt.	Semi-strukturerad intervju med 21 deltagare mellan 21-47 år som genomgått en eller flera aborter. Blandad etnicitet.	De flesta (18/21) upplevde svåra känslor i relation till aborten. Behov av att känna att beslutet om abort var deras egna var viktigt. Både partner och föräldrars åsikt påverkade beslutet. Stigma kring abort och rädsla för att berätta för någon efteråt ledde till sömnlöshet, ångest och panikattacker när de inte berättade.	Hög
Författare: Purcell C, Cameron S,	Syftet var att undersöka erfarenheter	Djupgående semi-strukturerade intervjuer	De flesta upplevde en grad av självhantering redan på kliniken när	Medelhög

Lawton J, Glasier, Harden J. Titel: Self-management of first trimester medical termination of pregnancy: a qualitative study of women's experiences Tidskrift: International Journal of Obstetrics & Gynaecology Årtal: 2017	hos kvinnor i Skottland som far hem för att slutföra aborten efter att ha fått mifepriston och misoprostol på klinik.	med 44 kvinnor 3-5v efter aborten.	de administrerade läkemedlet själva. En del upplevde det onödigt att komma till kliniken först och hade gärna gjort det hemma. Vissa ville gärna göra aborten på sjukhuset men kände att de inte hade blivit erbjudna att stanna eller att det var rutin att fara hem. Att få göra aborten hemma gav värdighet och privatliv men de kände att de fick, dålig info kring själva aborten. Stöd från partnern/familj/vänner var varierande samt upplevelsen av stigma.	
Författare: Andersson I-M, Christensson K, Gemzell-Danielsson K. Titel: Experiences, Feelings and Thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy Tidskrift: Public Library of Science Årtal: 2014	Syftet var att undersöka kvinnors förväntningar och erfarenheter/upplevelser av att genomgå abort i andra trimestern	Mixad studie, frågeformulär som sedan följdes upp med semistrukturerad intervju. 31 fyllde i formuläret och 22 av dem intervjuades sedan. Deltagarna var 18-41 år i graviditetsvecka 13+0 - 21+2.	Resultat taget från intervjuerna: Osäkert hur de skulle hantera förväntningarna. Bra och tillräcklig information gav kontroll. Känsla av att ha dödat fostret → skam. Stark upplevd smärta vid aborteringen av fostret var oväntat för många. Den emotionella smärtan var värre än fysiska. Behövde känna att beslutet var deras, oberoende av partners åsikt → stolthet att de tagit ett svårt beslut. Viktigt med neutralt stöd från sjukvården, utan	Medelhög

			dömande attityd. Många upplevde aborten i det stora som en positiv upplevelse utan negativa känslor eller skuld.	
--	--	--	--	--