

Kvinnors upplevelser och vårdpersonalens bemötande vid abort

En kvalitativ litteraturstudie

Sarah Roslund

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2019



EXAMENSARBETE

Författare: Sarah Roslund

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Anita Wikberg

Titel: Kvinnors upplevelser och vårdpersonalens bemötande vid abort

Datum Oktober 2019 Sidantal 38

Bilagor 2

Abstrakt

Syftet med denna studie är att undersöka hur kvinnor som genomgår en abort upplever abortprocessen samt vårdpersonalens bemötande. Med studien eftersträvar skribenten att öka förståelsen hos hälsovårdspersonal som kommer i kontakt med och behandlar kvinnor som söker vård i samband med en abort.

Denna kvalitativa litteraturstudie består av 10 vetenskapliga artiklar som skribenten samlat in under våren 2019. Artiklarna har blivit analyserade med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Frågor skribenten valt att inkludera för att ta reda på syftet med studien är: Vilken upplevelse har kvinnorna av abortprocessen? Hur upplever kvinnorna vårdpersonalens bemötande under abortprocessen? Som teoretisk utgångspunkt har Joyce Travelbees (1971) definition av mänskliga relationer och lidande använts.

Resultatet har skribenten delat in i 3 huvudkategorier samt 7 underkategorier. Huvudkategorierna är: Abortbeslutet, Upplevelse av abortprocessen samt Vårdpersonalens bemötande. I resultatet framkommer det att kvinnan behöver vara den som tar det slutgiltiga beslutet även om det påverkas av många faktorer. Abortprocessen är en mycket individuell process. Vårdpersonalens bemötande upplevdes mestadels som gott av kvinnorna.

Språk: Svenska

Nyckelord: abort, kvinnors upplevelse, bemötande, vård, erfarenhet, stöd, kvalitativ

BACHELOR'S THESIS

Author: Sarah Roslund

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor(s): Anita Wikberg

Title: Women's experiences and the treatment of healthcare personnel in connection with termination of pregnancy

Date October 2019 Number of pages 38

Appendices 2

Abstract

The aim of this study was to find out how women who go through an abortion experiences the process and the role of healthcare personnel. The study expects to give healthcare personnel more knowledge about how to care for women who seeks medical care for an abortion.

This thesis is a qualitative literature study. A total of 10 qualitative articles was collected during spring of 2019. The articles have been analyzed with a qualitative content analysis. The questions in the thesis were: How does women experience the abortion process? How does women experience the healthcare personnel's treatment during the process? As a theoretical approach the respondent used Joyce Travelbees (1971) definition of human relations and suffering.

The result in this thesis is divided into 3 main categories and 7 subcategories. The main categories are: The abortion decision, the experience of the abortion process and the role of healthcare personnel. The result shows that the abortion decision needs to be made by the woman herself even though it is affected by many different factors. The abortion process is experienced very individually. The care of healthcare personnel is mostly experienced good by the women.

Language: Swedish

Key words: abortion, women's experiences, treatment, care, experience, support, qualitative

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund	1
2.1	Abort i historien.....	3
2.2	Abortlagen.....	4
2.3	Orsaker till en abort	5
2.4	Abortprocessen	6
2.4.1	Medicinsk abort.....	7
2.4.2	Kirurgisk abort	8
2.4.3	Efterkontroll	9
2.4.4	Komplikationer.....	9
2.5	Bemötande.....	10
2.6	Behov av stöd under abortprocessen.....	11
2.7	Kvinnors upplevelse av aborten.....	12
3	Joyce travelbee	13
4	Syfte och frågeställning.....	15
5	Kvalitativ litteraturstudie	15
5.1	Datainsamling.....	16
5.2	Urval	17
5.2.1	Inkluderingskriterier	17
5.2.2	Exkluderingskriterier	18
5.3	Kvalitativ innehållsanalys	18
5.4	Etiska överväganden.....	19
6	Resultatredovisning	20
6.1	Abortbeslutet	20
6.2	Upplevelse av abortprocessen	24
6.3	Vårdpersonalens bemötande.....	29
7	Diskussion	31

7.1	Metoddiskussion.....	31
7.2	Resultatdiskussion.....	32
8	Källhänvisning.....	35

1 Inledning

Detta examensarbete fokuserar på abort och kvinnors egen upplevelse av abortprocessen samt hälsovårdspersonalens bemötande i samband med aborten. Denna litteraturstudie är examensarbetet för skribentens sjuksköterskeexamen. Skribenten vill med studien framlyfta kvinnors varierande upplevelser av att genomgå en abort och ta reda på ifall vårdpersonalens bemötande och stöd kan ha en avgörande inverkan på den enskilda kvinnans upplevelse. Studien koncentrerar sig på inducerad abort genom medicinsk eller kirurgisk metod. Studien handlar inte om illegal abort eller missfall.

Val av ämne till skribentens examensarbete grundar sig främst i personligt intresse men även en förundran om det finns brister i hur hälsovårdspersonal bemöter kvinnor som är i en situation där inducerad abort är aktuellt och hur detta i så fall upplevs av patienten. Abort är på många håll i världen fortfarande ett tabubelagt ämne och därför vill skribenten även se hurudan forskning det finns tillgänglig. Resultatet från studien hoppas skribenten ska kunna bidra med en ökad förståelse hos vårdpersonal för hur patienter som söker sig till vård i samband med en abort upplever situationen.

Skribenten kommer att använda sig av redan publicerat forskningsmaterial som är lämpligt för sitt ändamål i arbetet. Denna studie publicerar inget nytt forskningsmaterial utan drar slutsatser från det material som inkluderats i studien.

2 Bakgrund

I bakgrunden kommer skribenten att ta upp fakta och statistik kring abort samt också redogöra för väsentliga begrepp inom området. Här kommer skribenten även beskriva hur man såg på abort samt utförde en abort förr i tiden, ta upp abortlagen samt förklara hur en medicinsk abort respektive kirurgisk abort går till och eventuella komplikationer. Eftersom studien fokuserar på både upplevelsen av själva aborten och bemötandet av vårdpersonalen så kommer skribenten även att behandla begrepp som bemötande och behov av stöd.

Under år 2017 gjordes 8,2 aborter per 1000 fertila kvinnor i Finland. Dessa kvinnor var alla mellan 15-49 år gamla. Sammanlagt blev det 9360 utförda aborter under år 2017 vilket resulterade i lägst antal aborter gjorda under ett år sedan 1970 när lagstiftningen om aborter började gälla i Finland. (Thl, 2018)

Den åldersgrupp vars aborter har minskat mest är hos kvinnor under 20 år. Speciellt under de senast åren har siffrorna sjunkit markant. Flest aborter görs fortfarande hos kvinnor mellan 20-24 år, dvs 14,7 aborter per 1000 kvinnor i motsvarande ålder. Även om kvinnor i åldern 20-24 år är den ledande gruppen i fråga om utförda aborter så har man sett en minskning med -4,1% från år 2016. Utförda aborter inom de äldre åldersgrupperna har hållits på en någorlunda jämn nivå. (Thl, 2018)

En stor del av de kvinnor som genomgick en abort under 2017 hade tidigare redan utträttat en abort, rättare sagt 38% av kvinnorna. Av de kvinnor som ännu inte hunnit fylla 20 år så hade 10% gjort en abort tidigare. (Thl., 2018)

Enligt den statistik som Thl presenterat i år så gjordes det under 2018 8602 aborter i Finland, det vill säga 7,6 aborter per tusen kvinnor i åldern 15-49 år. Detta innebär att 2018 är det år som minsta antal aborter blivit gjorda sedan lagen om abort kom i kraft år 1970. (Thl, 2019)

Enligt statistiken som presenteras i Aborter i Norden 2015 framkommer det att minst antal aborter blev gjorda i Finland av alla Nordiska länder (8,2/1000 kvinnor som var i samma ålder) och att det gjordes flest aborter i Sverige (17,6/1000 kvinnor som var i samma ålder). Allt som allt utfördes ca 77900 aborter i Norden år 2015. Antalet aborter är högre än på 1990-talet men avsevärt mindre än på 1970-1980-talet när antalet aborter var så höga som 85000-100000 årligen. (Thl, 2017)

Enligt en studie som Guttmacher Institute och World Health Organization (WHO) gjort framkom det att antalet aborter i industriländer minskade mellan 1990-2014 medan de istället hölls på en jämn nivå i utvecklingsländerna. Det framkom också att även om den globala mängden aborter har minskat en del under 25 års perioden så har den totala andelen aborter ökat per år som ett resultat av en ökad befolkning. Mellan år 1990-1994 var andelen aborter 50,4 miljoner medan den mellan 2010-2014 hade stigit till 56,3 miljoner. (Guttmacher, 2016)

Med hänvisning till statistiken som jag presenterat ovanför så framgår det tydligt att kvinnor världen över gör och har alltid gjort aborter. Det förekommer skillnader mellan olika länder i fråga om mängden aborter men inget land är idag abortfritt. Eftersom abort är ett så utbrett och omfattande fenomen så är det väldigt viktigt att vårdpersonal runtom i världen vet hur en abort går till, vilka känslor och tankar en kvinna som går igenom abortprocessen har samt hur vårdpersonalen på bästa sätt kan bemöta och stöda kvinnan genom hela processen.

2.1 Abort i historien

Beroende på var i världen du befinner dig så har kvinnor olika rättigheter gällande att utföra en abort. Aborter blir och har blivit utförda överallt i världen av kvinnor i olika livssituationer. Hur man ser på abort och vilka olika abortmetoder som förekommer har förändrats under årens lopp. Det går inte att med hundra procentig säkerhet veta exakt hur kvinnor förr i tiden gjorde vid en abort men exempelvis YanoMamöindianerna tror man hade någon att hoppa på den gravida kvinnans mage tills fosterhinnan sprack eller en annan metod som användes på den indiska halvön var att man satte en trubbig kvist eller barkbit i livmoderhalsen. I Sverige år 1643 införs dödsstraff för abort som på den tiden kallades bälgamord. Under ca 200 år avrättas kvinnorna för att de gjort abort eller försökt göra abort men misslyckats ända fram till 1800-talet när man istället för dödsstraff inför straffarbete, spöstraff eller tukt. Detta håller i sig ända fram till 1921 då straffarbetet tas bort och kvinnorna istället döms till fängelse. (Hede, Lekander, Lodalen & Yderberg, 1994, p 9-13)

Från och med sena 1800-talet till början av 1900-talet blev fosfor det mest använda abortmedlet. Fosfor skrapades bort från tändstickor och blandades i kaffe som sedan dracks upp. Kvinnan upplevde sen svåra smärtor, frossa, yrsel och ofta inre blödningar men eftersom intag av fosfor var olagligt så led hon i det tysta. Många kvinnor dog i samband med detta. När en ung flicka intagit fosfor och därmed dör en smärtsam död beskrivs det hur kistan bars över muren istället för genom grindarna, hon begravs i hörnet av kyrkogården tillsammans med andra kriminella, prästen beordrar att ingen kyrkringning får förekomma och han står med ryggen åt den döda flickan under jordfästningen. Det ansågs på den tiden att abort var en så hemsk sak att utföra att man inte förtjänade en värdig begravning. (Hede, Lekander, Lodalen, & Yderberg. 1994, s. 14-15)

År 1934 framtas i Sverige en abortkommitté som föreslår att abort kan göras i vissa specialfall som när kvinnans liv hotas av graviditeten, om kvinnan har blivit våldtagen eller

om man tror att barnet kommer lida av en svår sjukdom eller sinnslöshet. Detta förslag banar väg för Sveriges första abortlag som tillträder 1938 när det också då blir tillåtet att öppet ge information om preventivmedel. 1946 tillägger man tvåläkarintyg i lagen vilket kan användas om kvinnans psykiska eller fysiska hälsa är i fara.

På 1960-talet börjar politiska förbund och andra grupper att förespråka fri abort och riksdagen diskuterar flitigt frågan. En lång kamp har nu pågått för att nå fram till den abortlag vi har idag. (Hede, Lekander, Lodalen & Yderberg. 1994, s. 18-21)

2.2 Abortlagen

En kvinnas rätt att göra abort är en förutsättning för ett jämställt, rättvist samhälle. Att själv få bestämma om man vill bli gravid och i så fall när man vill bli gravid gör det möjligt för kvinnor att ha samma möjlighet som män gällande utbildning, hälsa, jobbmöjligheter och att kunna vara en del av det sociala samt politiska livet. (RFSU, u.å.)

I Finland är en kvinnas rätt till abort stadgade i lagen. Där framkommer grunderna till när en abort kan utföras samt hur en abort ska utföras. Den nuvarande lagen, Lagen om avbrytande av havandeskap 24.3 1970/239, kom i kraft år 1970 och har gällt ända sedan dess. Det är en eller också två läkare som kan ge tillstånd till en abort eller Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira). I och med att en läkare godkänner aborten får man en AB1 blankett (blankett för avbrytande av graviditet) varpå kvinnan kan gå vidare med abortprocessen. (hus.fi, u.å.)

För att få ett godkännande beslut av läkare behöver vissa kriterier uppfyllas. Om kvinnan var under 17 år när hon blev gravid och graviditeten högst varat i 12 veckor eller om kvinnan är 40 år och äldre samt ifall kvinnan fött fyra barn sedan tidigare uppfyller hon kriterierna för en abort. Under dessa omständigheter så krävs det en läkares godkännande till aborten. (Käypähoito, 2018). Om kvinnan blivit gravid i samband med en våldtäkt, ifall kvinnan lever under tuffa levnadsförhållanden och ett barn skulle göra vardagen ännu mera påfrestande eller om antingen mamman eller pappan har en sjukdom som gör det svårt för dem att ta hand om ett barn samt när kvinnan inte är mera än 12 veckor in i graviditeten krävs två läkares godkännande. (Käypähoito, 2018)

Vid övriga orsaker eller så kallade speciella tilläggsskäl ska det anhållas om tillstånd till en abort hos Valvira, Tillstånd- och tillsynsverket för social- och hälsovården. Speciella

tillägsskäl är bland annat när en kvinnas graviditet varat upp till 20 veckor. Det behövs också tillstånd från Valvira om det antingen misstänks eller har redan konstaterats en utvecklingsstörning eller någon avvikelse hos fostret. Då kan aborten utföras fram till graviditetsvecka 20 eller vid vissa specialfall fram till graviditetsvecka 24. (Käypähoito, 2018)

2.3 Orsaker till en abort

Det finns många olika orsaker varför en kvinna väljer att göra abort och så mycket som över 90% av aborterna som utförs i Finland är gjorda på grund av sociala orsaker. En annan orsak som resulterar i 200-300 aborter per år i Finland är att man har en konstaterad avvikelse eller misstänkt avvikelse hos fostret. (Käypähoito, 2018).

Med medicinska skäl menar man att graviditeten avbryts när moderns hälsa eller liv är i fara i samband med graviditeten eller förlossningen samt även om fostret tycks vara svårt skadat. Som tidigare nämnts så är det trots allt sociala skäl som är den största orsaken till att avbryta en graviditet. Sådana orsaker kan vara till exempel att familjen redan har många barn, Man kanske inte orkar med flera barn varken ekonomiskt eller känslomässigt. En ung tjej kanske inte känner sig redo att få barn eller en äldre kvinna kanske känner sig för gammal för flera barn. Graviditeten kommer väldigt olämpligt och tiden räcker inte till för ett barn, kvinnan har en karriär eller går en utbildning som hon vill fortsätta med eller också vill kvinnan helt enkelt inte ha några barn. (Hede, Lekander, Lodalen & Yderberg. 1994, s. 47-48)

En dålig och ohälsosam relation mellan kvinnan och hennes partner är också en allmän orsak till abort. Kanske är relationen full med bråk och vardagliga konflikter eller också är relationen nära sitt slut. Kvinnan hade möjligen aldrig planerat att få barn med mannen i fråga, kvinnan har blivit gravid men en tillfällig förbindelse eller så kanske kvinnan inte ens kan nå den blivande pappan. (Hede, Lekander, Lodalen & Yderberg. 1994, s. 48-49)

Marianne Kjelsvik & Eva Gjengedal (2010) gjorde en studie där de undersökte hur kvinnor upplever beslutstagandet gällande att göra en abort eller fortsätta graviditeten. De intervjuade fyra kvinnor mellan 25-32 års ålder som var gravida för första gången. Kvinnorna intervjuades två gånger under en period av två veckor. Den första intervjun gjordes mellan 7-11 veckor in i graviditeten. Ingen av kvinnorna hade ännu gjort ett beslut kring att göra en abort eller att fullfölja graviditeten. Alla fyra kvinnor beskrev en ökad

medvetenhet kring sin kropp och en kamp att göra rätt beslut. De beskrev även en strävan efter självständighet men också ett behov av förståelse och bekräftande från sin partner och vårdpersonalen. De upplevde en viss spänning mellan sin gravida kropp och deras omgivning, mellan deras egen kropp och fostret och även mellan deras egna val och andras åsikter. Därmed behövs det alltid erfaren och skicklig vårdpersonal som kan bemöta kvinnan på ett professionellt och icke dömande sätt samt att vårdpersonalen förstår sin position i förhållandet mellan vårdare och patient och kan se till att den gravida kvinnan faktiskt har möjlighet att göra sitt eget val.

2.4 Abortprocessen

När en person bestämmer sig för att göra en abort får hon först alltid träffa en läkare som går igenom personens sjukdomshistoria, fyller i de nödvändiga blanketterna, gör en undersökning av personens allmäntillstånd samt undersöker hur långt gången i graviditeten hon är. Tillsammans funderar man även på möjliga preventivmetoder för framtiden och ifall behov av stödtjänster finns så berättar läkaren vilka möjligheter det finns. Man tar också reda på vilken blodgrupp personen har och vid behov undersöker man eventuella könssjukdomar med hjälp av blodprov samt även cellprov (papaprov). (Käypähoito, 2018)

I samband med att man reder ut vilken blodgrupp kvinnan har tar man också reda på ifall kvinnan är Rh-positiv eller Rh-negativ. Ifall kvinnan är Rh-negativ men bär på ett foster som är Rh-positiv kan kvinnans immunsystem bilda antikroppar mot Rh-faktorn hos fostrets blodkroppar vilket leder till en Rh-immunisering. Behandlingen går ut på att kvinnan ges immunglobulin anti-D som förhindrar en immunisering. (Octopharma, 2019). Eftersom det finns en risk för att immunisering kan ske i samband med en kirurgisk abort så kan kvinnan i vissa fall få Anti-D som förebygger immuniseringen. (Vårdguiden, 2017)

Personen skickas sedan vidare från primärvården till sjukhuset var det är planerat att aborten ska utföras. Här gör man en gynekologisk undersökning samt en ultraljudsundersökning. Patienten och läkaren beslutar tillsammans om hur man ska utföra aborten. Oberoende av vilken abortmetod man väljer att använda sig av så bokar man nu redan in en efterkontroll och diskuterar hur preventivmedelsanvändningen ska fortgå i framtiden. Aborten kan utföras både på en poliklinik eller på en avdelning samt även hemma ifall personens graviditet inte varat längre än 9 veckor. (Käypähoito, 2018)

2.4.1 Medicinsk abort

Majoriteten av de kvinnor i Finland som väljer att göra abort använder sig av den medicinska abortmetoden, dvs. 96%. Till skillnad från den kirurgiska abortmetoden så slipper patienten i detta fall ingrepp i livmodern samt narkos. (hälsobyn.fi, u.å.)

I och med att den medicinska abortmetoden framtogs blev det möjligt att göra abort i ett tidigt skede av graviditeten. Den medicinska abortbehandlingen möjliggör också för abort i både den första och andra trimestern medan den kirurgiska abortmetoden främst görs under den första trimestern. (Lindgren, Christensson & Dykes. 2016, s. 176-179)

En medicinsk abort görs med hjälp av en kombination av antiprogesteron (mifepriston) samt en prostaglandinanalogue (misoprostol). Med hjälp av denna metod framkallar man cervixmognad och uteruskontraktioner som i sin tur leder till att graviditeten utstöts. Mifepriston fungerar genom att verka direkt på endometriet (livmoderslemhinnan), myometriet (livmodermuskulaturen) samt cervix. Läkemedlet påverkar kontraktiliteten hos musklerna i livmodern och prostaglandinfrisättningen samt gör kroppen känsligare för externt tillfört prostaglandin till myometriet. (Lindgren, Christensson & Dykes. 2016, s. 176-177)

Efter intag av mifepriston ges kvinnan misoprostol (Cytotec). Cytotec tillverkas både för peroralt intag samt vaginalt bruk. Misoprostol kan användas genom vaginal tillförsel fram till vecka 9+0 och fastän per os behandling av läkemedlet har bevisats vara effektiv i tidig graviditet, dvs. fram till 49 dagars graviditet, så är effekten hos vaginalt misoprostol bättre oberoende av dos. Både vaginal och peroral administrering används men vaginal administrering leder till något mera regelbundna kontraktioner. För att nå den mest gynnsamma effekten av mifepristone ska perioden mellan mifepristone och misoprostol vara minst 24 timmar, dvs 24-48 timmar. Om graviditeten varat i mera än 9 veckor ska perioden mellan läkemedlen vara 36-48 timmar. (Lindgren, Christensson & Dykes. 2016, s. 177-178)

Den gravida kvinnan får Mifepristone i tablettform och för att slutföra behandlingen intas Misoprostol 1-3 dagar senare som gör att graviditeten stöts ut. Kvinnan stannar sen några timmar på mottagningen eller sjukhuset för att vid behov få hjälp med smärtlindringen. Vid en medicinsk abortmetod är det viktigt med effektiv och tillräcklig smärtlindring. En ordentlig blödning brukar börja på mottagningen eller sjukhuset och i vissa fall redan efter intag av de första tabletterna. Denna blödning räcker i allmänhet ungefär 2 veckor. Den medicinska abortmetoden är snabb och räcker i genomsnitt cirka 6,5 timmar. Hos ungefär

10% av de kvinnor som gör en medicinsk abort är man tvungen att utföra en vacuumaspiration på grund av placentarester. (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren. 2009. S. 548)

På senare tid har det blivit vanligare att utföra en del av den medicinska abortbehandlingen i hemmet. Kvinnan kan då välja att få prostaglandinbehandlingen hemma eller på sjukhuset fram till graviditetsvecka 9. Om kvinnan väljer att utföra den del av behandlingen hemma ska hon informeras muntligt och skriftligt om hur det normala förloppet ser ut, biverkningar samt om smärtlindring. En stor del av de kvinnor som väljer att utföra en del av aborten hemma upplever det som något naturligare och mera privat. På detta sätt har kvinnan också större möjlighet att planera hur och när abortbehandlingen sker och väntetider vid mottagningar och sjukhus kan förkortas. (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren. 2009. S. 548)

2.4.2 Kirurgisk abort

Genom en kirurgisk abortmetod vidgar man cervix mekaniskt och sedan tömmer uterus-kaviteten med hjälp av vakuumaspiration (VA). Vakuumaspiration kan göras både elektriskt samt manuellt och båda tillvägagångssätten är säkra och effektiva. Den kirurgiska abortmetoden kan användas från ungefär 6 veckor men risken för en inkomplett abort är högre om graviditeten inte varat i minst 7 graviditetsveckor. På så sätt är det vanligt att en kirurgisk abortmetod inte används före kvinnan nått graviditetsvecka 7. Om graviditeten varat längre än 12 veckor så rekommenderas inte en kirurgisk abort utan då ser man helst att kvinnan gör en medicinsk abort. En kirurgisk abort görs alltså i allmänhet mellan graviditetsvecka 7-12. (Lindgren, Christensson & Dykes. 2016, s. 177-178)

I och med en kirurgisk abort finns lokalbedövning i form av paracervikalblockad (PCB) dvs. en livmoderhalsbedövning och generell anestesi. Båda tillvägagångssätten används i dagens läge och ses som trygga metoder med låga komplikationsförekomster även om vakuumaspiration under generell anestesi är något högre förknippat med komplikationer. Dessa komplikationer är delvis till följd av anestesi men också blödning, cervixskada och perforation förekommer något oftare än hos de som gjort ingreppet i lokal anestesi. Ändå är det viktigt att både metoderna finns tillgängliga för att möjliggöra en optimal metod för kvinnan samt för att nå högsta möjliga medicinska standard i alla enskilda fall. (Lindgren, Christensson & Dykes. 2016, s. 177-178)

Eftersom risken för cervixskada i samband med den mekaniska dilatationen innan en vakuumaspiration göras är högre hos yngre kvinnor, kvinnor som inte har fött några barn tidigare samt ju längre fram i graviditeten kvinnan är så bör kvinnan erbjudas förbehandling av cervix. Den rekommenderade och mest effektiva förbehandlingen är idag Misoprostol. Genom att förbehandla cervix så minskas risken för skada i samband med dilatationen, operationstiden blir kortare, risken för blödning under ingreppet minskar samt även risk för uterusperforation och postoperativ infektion är mindre. (Lindgren, Christensson & Dykes. 2016, s. 179)

2.4.3 Efterkontroll

En tid efter att aborten blivit utförd är det viktigt att gå på efterkontroll, vanligtvis infaller detta mellan 2 till 4 veckor efter aborten. På efterkontrollen tar man blod-, urin- eller ultraljudsundersökning för att fastställa att aborten har lyckats. Genom att ta ett blod- eller urinprov så ser man halten av HCG som är ett hormon från moderkakan. Om HCG halten minskar betyder det att aborten har lyckats och graviditeten är avbruten. I samband med efterkontrollen diskuteras även användningen av preventivmedel i framtiden. (Käypähoito, 2018)

2.4.4 Komplikationer

Även om abort är ett vanligt ingrepp så är det inte alltid fullständigt riskfritt. Ju längre graviditeten har fortskridit ju högre är risken för komplikationer. Man har inte kunnat påvisa någon större risk för utomkvedshavandeskap, tidig förlossning eller framtid infertilitet i samband med varken medicinsk eller kirurgisk abort. Blödningar och infektioner hör till de vanligaste komplikationerna i samband med en abort. Uterusperforation och en skada på cervix är ovanligt men kan uppstå vid en kirurgisk abort. Studier visar att ca 1-5% av de kvinnor som utför en vakuumaspiration drabbas av en infektion. Hos de som genomgår en medicinsk abort är andelen infektionsdrabbade något mindre. Genom behandling av genitala infektioner samt screening innan man gör en inducerad abort minskar risken för att drabbas av en infektion. Hos ca 1-3% av de kvinnor som gör en medicinsk eller kirurgisk abort resulterar det i en ofullständig abort varpå en skrapning då görs. (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren. 2009, s. 549.)

Även om fysiska komplikationer är mera omtalade så är det viktigt att minnas eventuella psykologiska komplikationer. En kvinnas upplevelse av en inducerad abort är individuell.

Bland annat för de kvinnor som växt upp i en kultur som anser att abort är något hemskt eller för de som känner sig tvingade till en abort så kan sorgereaktionen vara stark. För en allmänt frisk kvinna som gör en abort är risken inte stor för psykiska långtidskomplikationer. (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren. 2009, s. 549-550.)

Enligt Munk-Olsen et al. (2011) kan en oväntad samt oönskad graviditet resultera i ett visst kristillstånd hos kvinnan med en bidragande stress samtidigt som beslutandet att göra abort och själva abortprocessen är en lösning på situationen och på så vis inte medför några långtidskomplikationer. Den lilla andelen kvinnor som mot förmodan drabbas av mentala besvär efter en abort bör uppmärksammas och få det stöd de behöver. Kvinnor som får erfara negativa attityder hos vårdgivare, stigmatisering samt att de blivit nekade abortbehandling upplever ofta negativa psykologiska effekter flera år efteråt. (Lindgren, Christensson & Dykes. 2016. s.181)

2.5 Bemötande

Som sjukskötarstuderande lär man sig att patienten, förutom de fysiska behoven, också har andra behov. Det är därför viktigt att en människa blir bemött på ett bra sätt och att hen tas på allvar. Genom den yrkesmässiga synvinkeln lär vi oss att se vilka medicinska behov en patient kan ha men det är viktigt att inte glömma att man vårdar hela människan, inte bara deras diagnos eller problem. Eftersom man tar med hela sig själv i ett möte med en annan människa så är det viktigt att man kan använda de positiva sidorna man har inom sig på ett gott sätt. Ens egna attityder och livssyn speglas i mötet med andra, därför är det viktigt att utveckla de egenskaperna som leder till en bra yrkesutövning. (Henriksen & Vetlesen, 2013, s. 76-77.)

Det är viktigt att vårdpersonal förstår patientens position och hur utsatt och sårbar personen kan känna sig i en sjukhusmiljö. Patienter kan ofta visa upp en viss obryddhet även om de inombords känner helt annorlunda. Både deras kroppsspråk och röst berättar mera om hur de egentligen känner sig jämfört med hur de utifrån försöker föra sig. Ofta är det annan vårdpersonal än läkare som har tid att möta patienternas behov. Sjukskötare och annan personal som arbetar i vårdens vardag har möjlighet att bemöta patienterna och förmedla tröst och empati. På samma sätt som det tryggar patienten att bli bra bemött så är det även givande för vårdpersonalen att kunna ta sig tiden att lyssna, beröra och möta patienten. Forskning visar att patienter som upplevt en trygg kontakt med vården tillfrisknar bättre och

även andra studier beskriver hur oro och stress påverkar människans immunförsvar och läkning. (Fossum, 2007, s. 409-410.)

I en studie gjord av Andersson et al. (2014) undersöktes det hur sjuksköterskor och barnmorskor upplevde hur det var att vårda kvinnor som sökte vård för en medicinsk inducerad abort samt vilka uppfattningar de hade kring detta. 21 vårdare med erfarenhet av aborter i andra trimestern blev intervjuade. Intervjuerna blev sedan analyserade med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. De kom fram till att för att på bästa sätt kunna bemöta och ta hand om kvinnorna behövde personalen tillräcklig erfarenhet, empati och förmåga att kunna reflektera kring olika etiska attityder och överväganden. När svåra situationer uppstår under abortprocessen kan vårdpersonal med hjälp av erfarenhet och tillräcklig kunskap lättare hantera situationen. Resultatet i studien uppmanar till att ny personal inom vården borde få träning, mentorskap och stöd från mer erfaren personal för att kunna känna sig säkra i sin professionella roll och på så sätt kunna hantera svåra situationer och vara självsäkra även i sin personliga livssituation.

2.6 Behov av stöd under abortprocessen

Vårdpersonal som jobbar med preventivmedelsrådgivning och som kommer i kontakt med kvinnor som söker vård i samband med en abort behöver ha en viss kunskap om inducerad abort, abortlagen samt vart kvinnan kan vända sig för stöd. För det mesta är det en barnmorska eller sjukskötare som först kommer i kontakt med den vårdsökande kvinnan. Barnmorskan och sjuksköterskan behöver på så sätt ha tillräcklig kunskap inom området och även kunskap om kris och samlevnad för att kunna erbjuda kvinnan det bästa möjliga stödet. Om personalen och patienten har olika modersmål och det behövs en tolk så är en kvinnlig tolk att föredra. Familjemedlemmar såsom barn och make eller någon annan släkting är inte lämpliga att ha som tolk i ett abortsamarhang. (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren. 2009, s. 550.)

Patienter har alltid, oberoende vad de söker vård för, rätt till ett vänligt bemötande av personalen. En vårdare har ingen rätt till att vara varken dömande eller avvisande mot patienten. Ifall vårdaren av personliga skäl, till exempel religiösa eller etiska, inte accepterar aborter så bör denna vårdare jobba inom en annan del av sjukvården och inte med aborter. Emellertid kan det ändå vara tungt för personal inom abortvården oavsett om de accepterar hur en abort går till eller inte. En abort är ofta förknippad med en livskris och det är krävande för personalen att ta hand om kvinnorna som sökt vård. Det bör därför alltid finnas möjlighet

för vårdpersonalen att prata ut och diskutera om sina upplevelser. (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren. 2009, s. 550.)

Ett oväntat och ovälkommet besked om graviditet kan medföra lika starka känslor som vid en akut kris. Valet att göra en abort utesluter ändå inte motstridiga känslor såsom lättnad, tomhetskänslor, sorg och skuld. Eftersom alla har en individuell upplevelse av en ny graviditet eller ett abortbeslut så ska det alltid erbjudas samtal med en kurator. Kvinnan kan själv träffa kuratorn eller så kan mannen också delta. Under samtalet diskuteras hela situationen i sig men här ges även personerna i fråga tillräckligt med information för att ta ett genomtänkt beslut. (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren. 2009, s. 550.)

2.7 Kvinnors upplevelse av aborten

Trybulski (2008) undersökte kvinnors upplevelse av en abort. 16 kvinnor mellan åldern 38-92 intervjuades. Alla kvinnor hade gjort en abort förminst 5 år sedan. Med denna fenomenologiska undersökning ville man ta reda på kvinnornas egna genomlevda upplevelser av aborten. Det genomgående temat i resultatet var att kvinnorna upplevde att det var väldigt viktigt att komma underfund med känslorna kring aborten. Kvinnorna själva använde sig av olika metoder för att förstå tankarna kring aborten. Några tyckte sig vara en bättre mamma eftersom de själva valt när de var redo att bli respektive inte bli förälder. Andra kände att de behövde förklara sitt val samt be om förlåtelse, till exempel till sina barn och att de sedan kunde skonas från obehagliga minnen av aborten. Några kvinnor använde sig av personliga eller religiösa ritualer för att få sinnesro. Resultatet var alltså att kvinnorna alla upplevde sin abort väldigt olika men vikten av att förstå vad som ledde fram till aborten samt känslorna kring hela processen var grundläggande. Det kom även fram att vårdpersonalen kan göra en verklig skillnad. Personalen kan se till att det finns tid och rum för kvinnorna att uttrycka sina känslor och upplevelser. Personalen kan erbjuda stöd och förståelse.

I en studie gjord av Slade et al. (2001) Undersökte man kvinnors uppfattning av vården i samband med att de genomgått en abort, endera en medicinsk abort eller en kirurgisk abort. Forskarna påpekade att genom förståelse för hur vården är upplevd kan man förbättra servicen. 208 kvinnor gav sin åsikt kring abortupplevelsen och den vård de fått med hjälp av att svara på frågeformulär och öppna frågor som sedan blev analyserade med en innehållsanalys. Resultatet visade att kvinnor som genomgick en medicinsk abort såg de fysiska och emotionella aspekterna som svårast medan de kvinnor som genomgick en

kirurgisk abort ansåg att väntandet i sjukhuset innan ingreppet var svårast. Den grupp av kvinnor som haft en medicinsk abort ansåg att flera moment kom som en överraskning, speciellt att få se fostret var överraskande och svårt. All information som kvinnorna hade fått innan var nyttig men de ansåg att information gällande fasen efter aborten saknades. Vården från personalen tyckte kvinnorna att var bra även om det fanns förbättringsmöjligheter. Förbättring gällande möjlighet att fråga frågor samt att se till att patienternas oro och bekymmer tog hands om identifierades. Vårdpersonal med en icke dömande samt omtänksam attityd var särskilt viktigt för att få kvinnorna att känna sig lugna i en potentiell stressande situation. Forskarna ansåg efter att ha gått igenom resultatet att man borde se till att kvinnan som ska genomgå en abort inte behöver vänta länge efter att hon blivit intagen. Tillräckliga förberedelser behövs för kvinnor som kommer in för en medicinsk abort så att de har realistiska förväntningar om vad som kommer att ske, inkluderat möjligheten att få se fostret. Mer information gällande vad som händer efter aborten och möjliga emotionella reaktioner behövs. Forskarna betonade även hur viktigt det är med vårdpersonal som har en positiv attityd.

3 Joyce travelbee

Som teoretisk utgångspunkt har skribenten valt Joyce Travelbee's omvårdnadsteori om mellanmänskliga relationer. Skribenten kommer att fokusera på Travelbee's beskrivning av begreppen mänskliga relationer och lidande.

Joyce Travelbee definierar omhändertagande (nursing) som en personlig process var sjuksköterskan hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller ta sig igenom en upplevelse eller en sjukdom och lidande. Sjuksköterskan kan också om det behövs hjälpa personen eller personerna att hitta mening i upplevelsen. Enligt teorin är omvårdnaden möjlig genom den mänskliga relationen som växer fram stegvis och möjliggör känslor av empati och sympati sinsemellan. (Nursing theory, 2016)

Enligt Travelbee så behöver man förstå relationen mellan en patient och en sjuksköterska samt hur interaktionen upplevs och hur deras relation kan påverka patienten och hens tillstånd. För att kunna etablera en mellanmänsklig relation mellan sjukskötare och patient krävs flera interaktionsfaser: Den första interaktionsfasen kallas det första mötet. Här styr de stereotypa uppfattningarna som man har om varandra, förväntningar på den andra parten

samt det faktum att man är obekant med varandra. Under det första mötet får man det första intrycket av varandra samt att man bildar sig en egen bild av den andra personen. (Kirkevold, 2000)

I den andra fasen växer identiteterna fram och både patientens och sjukskötarens personlighet börjar synas. I denna fas försvinner stereotypiska uppfattningar som man haft och man börjar se varandra som individer utanför yrkesrollerna. Ett band börjar bildas mellan patienten och vårdaren. (Kirkevold, 2000)

Den tredje fasen kännetecknas av empati som innebär att man kan förstå och dela en annan människas upplevelser och erfarenheter i en viss situation. En förutsättning för att empati ska uppstå mellan de båda individerna är att man har likartade erfarenheter och när detta sker så påstår Travelbee att relationen förändras en gång för alla. (Kirkevold, 2000)

I och med att man uppnått empatifasen så följer den fjärde fasen, sympatifasen. Sympatifasen innebär enligt Travelbee att man har en önskan om att lindra lidandet. Ifall sjukskötaren inte upplever närhet till den andra personen så kan hon inte dela patientens lidande vilket innebär att sympati inte uppnås. Fasen präglas av medkänsla till patientens lidande samt viljan att lindra hennes lidande som i sin tur resulterar i sympati. (Kirkevold, 2000)

När man lyckats gå igenom de fyra första interaktionsfaserna kommer man till den sista som innebär ömsesidig förståelse och kontakt. Denna relation är resultatet av det man tillsammans byggt upp under de fyra föregående faserna. Här delar patienten och sjukskötaren varandras känslor, föreställningar samt attityder och erfarenheter. Sjukskötarens lindrande av patientens lidande är också en grundläggande del av etablerandet av relationen. (Kirkevold, 2000)

Lidande är enligt författaren en allmänmänsklig erfarenhet som alla människor förr eller senare kommer att uppleva men som likväl är en personlig upplevelse som ger en insikt om fysisk, emotionell eller andlig smärta. En människas lidande kan vara följderna av flera olika saker till exempel förlust, minskad känsla av egenvärdet, sjukdom eller separationer från närstående. För att en individ ska uppleva lidande behöver det vara förknippat med något personen anser att är betydelsefullt för honom. Travelbee påpekar att man generellt inte upplever lidande om det inte gäller något man bryr sig om. (Kirkevold, 2000)

Travelbee framhåller att sjukdom och lidande är en personlig upplevelse för alla människor och att man som vårdare ska försöka hjälpa patienten igenom den svåra tiden och på så sätt hjälpa hen att finna en mening i sin upplevelse. För en sjukskötare är det viktigt att förhålla

sig till den enskilda individens upplevelse av lidande och inte sin egen eller annan vårdpersonals diagnos eller bedömning. (Kirkevold, 2000, s. 130-138)

4 Syfte och frågeställning

Syftet med detta examensarbete är att beskriva kvinnors upplevelse av vården vid en abort. Resultatet hoppas skribenten kan ge vårdpersonal en inblick i hur patienterna som genomgått en abort har upplevt processen och om man som vårdpersonal med hjälp av ett gott bemötande kan påverka upplevelsen. Skribenten har valt att göra en kvalitativ litteraturstudie där tidigare publicerade vetenskapliga artiklar analyseras för att sedan sammanställas till ett resultat. Resultatet hoppas skribenten kan lyfta fram hur vårdpersonalen på bästa sätt kan möta individer i denna situation samt vilket stöd de är i behov av.

Frågeställningarna i examensarbetet är:

1. Vilken upplevelse har kvinnorna av abort?
2. Hur upplever kvinnorna vårdpersonalens bemötande under abortprocessen?

5 Kvalitativ litteraturstudie

Detta är en kvalitativ litteraturstudie där skribenten samlat ihop relevanta vetenskapliga artiklar inom ämnet som sedan tolkats med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Alla vetenskapliga artiklar som blivit inkluderad i studien presenteras även i en tabell.

För att göra en systematisk litteraturstudie bör det finnas tillräckligt många studier som är av god kvalitet av vilka man kan göra bedömningar och dra slutsatser. Enligt SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) så bör en del kriterier uppfyllas i en systematisk litteraturstudie: Studiens frågeställningar ska vara väl formulerade, hur man sökt och valt artiklar ska vara tydligt beskrivet, endast relevanta studier har blivit inkluderade samt att studierna blivit kvalitetsbedömda, man har uteslutit studier som anses svaga, presenterar inte endast nytta utan även risker samt att man bedömer hur välgrundade resultaten i studien är. (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26-27)

Enligt Manchikanti i Forsberg & Wengström ska en systematisk litteraturstudie innehålla: En tydlig frågeställning, en sökstrategi för att kunna få tillgång till relevant data, väl definierade inklusions- samt exklusionskriterier, en presentation av de inkluderade studiernas metod och resultat, motivering till varför en viss studie har valts bort, analys av materialet och en tydlig presentation av studien där syfte, frågor, metod, resultat, analys, konklusion samt diskussion presenteras för läsaren. (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27-28)

Syftet med denna kvalitativa systematiska litteraturstudie är alltså att med hjälp av tidigare publicerad forskning ta reda på hur kvinnor upplevt vården vid en abort. Resultatet hoppas skribenten kan hjälpa vårdpersonal att förstå vad kvinnorna går igenom under en abort och hur de på bästa sätt kan möta och stöda dem.

5.1 Datainsamling

När en problemformulering gjorts och syftet med studien har blivit beskriven kan man börjar utforma olika sökord som blir grunden för datainsamlingen. Datainsamlingen kan göras manuellt eller via en databassökning, självständigt eller med hjälp av en professionell person till exempel en bibliotekarie. Med hjälp av en databasundersökning når man fram till gratis eller avgiftsbelagd publicerad forskning. Databaser såsom Medline, Cinahl och PubMed innehåller forskning inom vårdområdet. (Forsberg & Wengström, 2015, s. 63-65)

Skribenten använder sig av databaser som EBSCO Academic Search Elite, PubMed, CINAHL och Finna för att samla in relevanta vetenskapliga artiklar inom ämnet. Insamling av artiklar sker under mars och april månad 2019. Skribenten har även läst avhandlingar, artiklar och examensarbeten som handlar om abort och upplevelserna kring aborten. Genom att gå igenom referenserna har skribenten på så sätt kunnat hitta artiklar som kan tas med i studien. Dessa artiklar har skribenten i sin tur sökt efter genom manuella sökningar. I bilaga 1 som är bifogad finns skribentens sökschema. I bilaga 2 finns en artikelresumé som kortfattat beskriver de vetenskapliga artiklarna som skribenten valt att ta med i examensarbetet.

När skribenten sökt efter vetenskapliga artiklar i databaser har relevanta sökord använts. Skribenten har använt sig av sökord såsom: abortion, induced abortion, termination of pregnancy, experience, feelings, care, healthcare, depression, women, treatment och qualitative.

5.2 Urval

Här kommer jag att beskriva hur jag har sökt fram data. Bland annat vilka sökord jag använt mig av, vilka årtal min data ska vara inom, vilka databaser jag riktar mig till och hur många träffar en sökning ger. Jag tar också upp vilka kriterier innehållet ska uppfylla för att godkännas samt vad jag exkluderar ur studien.

I och med datainsamlingen och urval av relevant data till studien behöver man även fastställa forskningens validitet. Enligt Platt (1981) och Scott (1990) är det av största nödvändighet att all data granskas i förhållande till fyra huvudsakliga kriterier. Det första kriteriet är dokumentets autenticitet dvs dess äkthet och ursprung. Vidare behöver forskaren fastslå att den data som blivit insamlad är trovärdig, dvs att inga förutfattade meningar eller fel förekommer. Det tredje kriteriet för källans validitet är att undersöka dokumentets representativitet. Detta kan göras genom att till exempel jämföra dokumentet med liknande forskning för att se om det är typiskt för sitt slag. Fjärde och sista kriteriet går ut på att undersöka datans innebörd. Dokumentet bör vara tydligt och inte innehålla outtalade påståenden som måste läsas mellan raderna. (Denscombe. 2009, s. 301-302)

I och med sökningarna har skribenten valt att endast artiklar som blivit referentgranskade, dvs. är ”peer reviewed” ska sökas bland. Artiklar som är kvantitativa har direkt blivit vald bort. Skribenten valde även att endast engelska och svenska artiklar ska sökas bland. Skribenten läser sedan titeln på den vetenskapliga artikeln och om den är relevant i förhållande till studiens syfte så läser skribenten abstraktet på artikeln. Om titeln på artikeln inte representerar det skribenten undersöker så går sökningen vidare till följande artikel och så vidare. Om titeln och abstraktet är relevant tar skribenten med artikeln för vidare granskning. I och med den fortsatta granskningen har artiklar valts bort om dom varit från länder var abort är olagligt eller från länder var abort inte finns tillgängligt för kvinnor.

5.2.1 Inkluderingskriterier

Skribentens inkluderingskriterier är att artikeln ska vara en vetenskaplig artikel samt publicerad i en vetenskaplig tidskrift. En vetenskaplig artikel är upplagd enligt IMRAD-strukturen. Detta innebär att den har abstrakt, introduktion, bakgrund, metod, resultat och slutligen diskussion. Artikeln ska vara referentgranskad. Artikeln får vara högst 15 år gammal vilket betyder att den ska vara publicerad mellan år 2004-2019. Artikeln ska finnas tillgänglig kostnadsfritt och finnas i fulltext. Artikeln ska vara skriven på svenska eller

engelska. Artikeln ska handla om patientens upplevelse av vården kring en abort eller upplevelsen kring bemötandet eftersom detta svara på skribentens frågeställningar. Artikel ska fokusera på patientens upplevelser och inte exempelvis vårdpersonalens upplevelser. Artikeln ska behandla inducerad abort och inte missfall. Artikeln ska handla om säkra aborter som är gjord på sjukhus eller professionella kliniker. Artikeln ska vara kvalitativ.

5.2.2 Exkluderingskriterier

Skribentens exkluderar artiklar baserade på hennes exkluderingskriterier. Kriterier som exkluderar en artikel är att artikeln inte är vetenskaplig. Artikeln är inte kostnadsfri. Artikeln är mer än 15 år gammal, det vill säga är publicerad innan år 2004. Artikeln finns inte tillgänglig i fulltext. Om artikeln behandlar vårdpersonalens upplevelser exkluderas den. Artikeln får inte vara skriven på något annat språk än svenska eller engelska. Om artikeln handlar om missfall tar skribenten inte med den artikeln. Skribenten exkluderar även alla artiklar som fokuserar på osäkra aborter eller med annat ord illegala aborter. På engelska unsafe abortion eller illegal abortion. Om artikeln är kvantitativ exkluderas den eftersom skribentens studie är av kvalitativt slag. Om artiklarna är baserade på forskning som blivit gjord i länder var abort är olagligt eller länder var abort inte finns tillgänglig för kvinnorna så har de artiklarna blivit exkluderade.

5.3 Kvalitativ innehållsanalys

Skribenten kommer att använda sig av en kvalitativ innehållsanalys. Detta innebär att man riktar in sig på att tolka en viss text. Denna metod används inom många olika forskningsområden eftersom man kan tillämpa den på många olika slags texter och genom att tolkningen kan göras på olika nivåer. Vid den kvalitativa innehållsanalysen sätts fokuset på att man identifierar skillnader och likheter i texter och sedan beskriver variationerna. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012, s 187-189)

Innehållsanalysen kan relativt enkelt förklaras steg för steg. Genom en tydlig formulering väljer man ett textavsnitt varpå man sen bryter ner texten i små enheter. Dessa enheter kan bestå utav stycken, rubriker, meningar eller till och med endast ord. Sedan tar man fram relevanta kategorier som ska användas vid analysen av data. Följande steg är nu att koda enheterna så de överensstämmer med kategorierna. De här koderna kan till exempel skrivas in direkt i texten. Sen följer det att räkna hur ofta en viss enhet förekommer samt gå igenom texten och enheternas förekomst förhållandevis till andra förekommande enheter i texten.

Innehållsanalysen kan belysa vad som är relevant i texten och märkbara prioriteringar som tas upp. Innehållsanalysen kan också avslöja olika värderingar som finns i texten samt hur vissa idéer är sammankopplade. (Denscombe, 2009, s. 307-208.)

För att analysera artiklarna som blivit inkluderade i detta examensarbete har jag först läst igenom var och en av artiklarna. Fortsättningsvist har jag läst igenom artiklarna på nytt och då markerat ut med hjälp av understräckningspennor i olika färger olika återkommande teman. Till exempel hur kvinnorna upplevt vårdpersonalens bemötande har jag markerat med rosa, allt som berört kvinnornas partners har jag markerat med grått och det som handlat om abortbeslutet har jag markerat med rött. Slutligen har jag i separata dokument antecknat det som handlat om ett visst tema från alla 10 artiklar. Dessa huvudteman med sina underteman är sen sammanställt i resultatdelen.

5.4 Etiska överväganden

Enligt Forsberg och Wengström bör man vid en litteraturstudie, innan analysering av insamlat material, fundera över vissa framtagna etiska riktlinjer. De valda studierna ska vara noga granskade och ha fått godkännande av en etisk kommité att publiceras, Artiklarna som valts att tas med i studien ska finnas arkiverade i 10 år framåt samt att resultat som inte stöder studiens hypotes också ska presenteras för att få en tillförlitlig studie som inte enbart stöder forskarens åsikter. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 69-70)

För att verkställa god medicinsk forskning får det inte förekomma data som på något sätt har fabricerats, plagierats eller blivit stulet. Inte heller ska hypoteser eller metoder som någon annan forskare har tagit fram tas med i studien. Under tiden när datamaterialet blir insamlat och sedan analyseras så är det viktigt att inte förvränga forskningen, detta till exempel genom att felaktigt inkludera samt exkludera material eller genom att på fel sätt analysera materialet för att på så sätt förvränga tolkningen. Allt insamlat material som tas med i studien ska alltid ha en nämnd källa. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 69)

Enligt forskningsetiska delegationen (TENK) måste forskning följa vissa utgångspunkter för att kunna vara etiskt godtagbar och tillförlitlig samt ha trovärdiga resultat. God vetenskaplig praxis behöver med andra ord ta hänsyn till sju olika utgångspunkter för att kunna uppfylla forskningsetiska krav. Utgångspunkterna handlar om noggrannhet i forskningen, dokumenteringen och presentationen av resultaten i forskningen. Bedömningen av undersökningar och dess resultat behöver också vara noggrant och hederligt gjorda. I

forskningen behöver också datainsamlings-, undersökning- och bedömningsmetoder vara korrekta och etiskt hållbara. Forskaren ska ta hänsyn till sin egen samt andras forskning och hänvisa till andra forskares publikationer på rätt sätt. All data som forskaren har samlat in ska sparas enligt de krav som ställs samt att forskningen planeras, görs och redogörs för på rätt sätt. Forskaren ska även se till att skaffa de forskningstillstånd som behövs. Före forskningen påbörjas ska, vid forskning som förutsätter detta, forskaren och forskningsgruppens medlemmar godkänna rättigheter, upphovsrättsliga principer, ansvar, skyldigheter samt forskningens förvaring och vem som har rätt att använda forskningen. Forskningens finansiering och annan begränsning av betydelse ska rapporteras till alla involverade i forskningen samt även inkluderas i forskningsresultatet. (Forskningsetiska delegationen, 2012.)

Skribenten har tänkt på de etiska faktorerna under detta examensarbete genom att inte kopiera någon annans forskning samt genom att all lånad forskning som blivit inkluderad är hänvisad till forskaren i referensen samt källhänvisningen. Skribenten har också analyserat och tolkat artiklarna på ett neutralt sätt och utan någon dold agenda.

6 Resultatredovisning

I och med att skribenten analyserat de 10 vetenskapliga artiklarna som inkluderats i studien framtog tre huvudkategorier: **abortbeslutet**, **upplevelse av abortprocessen** och **vårdpersonalens bemötande**. Skribenten identifierade även underkategorier till huvudkategorierna. Underkategorierna för abortbeslutet är: **argument för abort**, **självbestämmande** samt **partnerns, familjens och vänners roll**. Underkategorierna för upplevelser av abortprocessen är: **bekräftelse & godkännande av andra**, **förväntningar**, **upplevelse av abortmetod** samt **känslor efter aborten**. Huvudkategorierna är skrivna i **fet stil**, underkategorierna är skrivna med STORA BOKSTÄVER och de citat som blivit inkluderade är *kursiverade* för att underlätta läsningen.

6.1 Abortbeslutet

I studien framkom det att flera olika faktorer påverkade kvinnans beslut om att genomgå en abort. Skribenten noterade i samband med genomgång av artiklarna tre återkommande komponenter som hade med abortbeslutet att göra. Dessa sammanställdes i sin tur till tre

underkategorier till huvudkategorin **Abortbeslutet**. Faktorerna som framkom i samband med kvinnans beslutstagande var: **argument för abort, självbestämmande, partners, familjens och vänners roll.**

ARGUMENT FÖR ABORT

Trots att många kvinnor hade motstridiga känslor till en abort och flera kände sig väldigt klivna inför beslutet så var det väldigt få kvinnor som kände några moraliska bekymmer gällande valet att ha en abort utförd. Istället var det vanligt att kvinnorna rättfärdigade beslutet med att påpeka att det varken var rättvist för barnet eller kvinnan själv att fortgå med graviditeten. (Ekstrand, Tydén, Darj & Larsson., 2009. s.176)

Inga av kvinnorna i en studie ansåg att det var ekonomiskt möjligt för dem att uppfostra ett barn på egen hand. De ansåg att en stabil inkomst, ett jobb och en stabil och kärleksfull relation till partnern var ett måste för att kunna uppfostra ett barn. Även fast flera av kvinnorna hade en partner som stödde en fortsatt graviditet så ansåg de inte att det var ett äkta alternativ, delvis på grund av risken för att hamna i en ojämn position i förhållande till partnern. (Ekstrand, Tydén, Darj & Larsson., 2009. s.176)

" I haven't even finished high school.... I mean, how would it even be possible for med to have a child? I don't want to be dependent on somebody else.... I want stability...and I dont want to live off a guy either, on his salary, in his apartment! (Ekstrand et al., 2009. s. 176)

Att välja abort kunde vara både en självisk och osjälvisk handling ansåg kvinnorna i en annan studie. Själviskt var det när man valde abort på grund av motiv som var relaterade till kvinnans egna liv och osjälviskt var det när man valde abort när ansvaret för barnet var det främsta motivet. De unga kvinnorna valde att göra aborten efter mycket eftertänksamhet och de reflekterade även över möjliga konsekvenserna för sitt eget liv, deras framtida barn, deras föräldrar och i vissa fall även för deras partner. (Halldén, Christensson & Olsson., 2008. s. 246)

Förändring i kvinnans liv kort innan graviditetsbesked hade också en inverkan på beslutprocessen. Att inte längre vara i ett förhållande med den blivande fadern eller att ha ett nytt förhållande med en annan man var faktorer som bidrog till beslutet att göra en abort. Att vara bunden till en ex-partner var enligt kvinnorna ett betydande bekymmer. (Purcell, Cameron, Gaird, Flett, Laird, Melville & McDaid, 2014. S. 104)

Kvinnorna ansåg alla att det val de gjort, det vill säga att genomgå en abort, var deras egna val. De framhöll ändå att beslutsprocessen var påverkad på olika sätt av bland annat deras barndomsminnen, deras partner och vänner samt av sociala normer i samhället. Negativa upplevelser såsom att ha växt upp med en pappa som haft alkoholproblem påverkade abortbeslutet eftersom de själva ville ge sitt barn en lycklig barndom. De kvinnor som var under 20 år kände att de var för unga för att bli en förälder och även kvinnans ekonomiska ställning var avgörande i och med abortbeslutet. (Aléx & Hammarström, 2004. S. 162-163) Att kvinnorna inte identifierade sig som mammor, inte kände sig redo för ett eget barn samt att de ansåg sig vara för unga var faktorer som bidrog till en abort. De beskrev abortbeslutet som det rätta att göra och att de tog ansvar över situationen. (Purcell, Cameron, Gaird, Flett, Laird, Melville & McDaid, 2014. S. 104)

Kvinnorna upplevde mycket blandade känslor under beslutsfattandet. Flera kände rädsla för att göra fel val gällande aborten. Kvinnorna hade överlag en positiv attityd gentemot aborter men var negativt inställda mot sin egen abort. Orsakerna var att de kunde ångra sitt val att göra en abort senare i livet samt att de var oroliga för en framtida sterilitet efter aborten. (Aléx & Hammarström, 2004. S.163)

SJÄLVBESTÄMMANDE

Valet att göra en abort beskrevs av kvinnorna i en studie att det behövde vara fullständigt deras egna. Valet skulle inte vara deras föräldrars, deras vänner eller deras partners. Deltagarna i studien upplevde negativa känslor gentemot aborten när valet att göra aborten inte först och främst var deras egna även om de fortfarande hade gjort samma val men utan någon annans inblandning. Kvinnor som kände sig pressade av sin partner att ha en abort gjord upplevde också liknande känslor. (Kimport, Foster & Weitz, 2011. S.105) Utöver att abortbeslutet behövde vara kvinnans egna så kunde även kvinnorna känna stolthet i att ha tagit ett emotionellt tungt beslut och fullföljt det utan några ånger. (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014. S.13) De kvinnor som överlag kände att valet var deras eget hade mindre negativa associationer med beslutstagandet än de kvinnor som kände sig påverkade av andra personer. (Kimport, Foster & Weitz, 2011. S.107)

”That thing that is my decision would still be best for me in the end” (Andersson et al. 2014. S. 13)

PARTNERN, FAMILJENS OCH VÄNNERS ROLL

Partnern ansågs i en studie vara den absolut viktigaste personen för kvinnorna att prata med under beslutstagande-processen. Oberoende av vilket förhållande kvinnan då hade till partnern så beslöt majoriteten att involvera honom i den oplanerade graviditeten. Några av kvinnorna i studien önskade att deras partner varit mera närvarande genom beslutstagande-processen samt också genom hela abortprocessen. (Ekstrand, Tydén, Darj & Larsson., 2009. s.176) Flera av kvinnorna beskrev inte sina partners som stödjande under abortprocessen. Istället såg vissa kvinnor sina partners som otillförlitliga och illojala. Kvinnorna beskrev hur deras partners inte ville ha något barn. En kvinnas partner var emot abort generellt men hans första reaktion var att graviditeten inte var något positivt. (Aléx & Hammarström, 2004. S.163)

"That will ruin my life!" (Alex & Hammarström, 2004. S.163)

Många kvinnor var överens om att de inte ville bli ensamstående mammor. Ingen av dem var intresserade av att ta hand om ett barn själva. Ett osäkert förhållande med den blivande pappan eller ett långdistansförhållande var i dessa fall klara argument för en abort. (Aléx & Hammarström, 2004. S.162) Valet påverkades också av partnern. Några kvinnor valde att göra en abort när den blivande pappan tappade intresset för dem och slutade engagera sig. En annan kvinna som redan bestämt sig för att behålla barnet gjorde sen en abort då partnern ändrade åsikt och inte längre ville ha barnet. (Purcell, Cameron, Gaird, Flett, Laird, Melville & McDaid, 2014. S. 104) Utan partners stöd och enighet om hur de skulle hantera ett framtida föräldraskap så ansåg flera kvinnor att en abort var den enda rimliga lösningen. Detta ledde till att kvinnorna kände sig kluvna mellan deras partners önskan och deras egen önskan. Många kvinnor sa att deras partner strävade efter att erbjuda dem emotionellt stöd. Ändå hade största delen av de framtida papporna en negativ attityd till graviditeten och gjorde ofta antydning om att de ville att kvinnan skulle göra en abort. (Ekstrand, Tyden, Darj & Larsson., 2009. s.176-177)

"He said, "regardless of what you choose, I'll support you -but you know what I'd prefer you to do...." And of course I wanted to respect that." (Ekstrand et al., 2009. s. 177)

Tre kvinnor i studien blev övergivna av sina partners när de fick reda på att kvinnan var gravid vilket satte dem i en position där de kände att deras enda val var att göra en abort på grund av att de var ekonomiskt och emotionellt oförberedda på att ta hand om ett barn själva. För några andra kvinnor, det vill säga för två kvinnor, anklagade deras partner dem för att vara sexuellt lösaktiga eller för att avsiktligt försökt bli gravid. Deras partner lade hela ansvaret på kvinnan själv och fick henne att känna att hon inte hade något annat val än att göra en abort samt att kvinnan fick ta hela ansvaret för att få aborten gjord. (Kimport, Foster & Weitz, 2011. S.106)

Föräldrar och kompisar ansågs vara ett viktigt stöd för kvinnorna men inte alla kände att de kunde berätta om deras situation till dem. För en 18 kvinna som var gravid för första gången var det fullständigt omöjligt att berätta om graviditeten för sina föräldrar eftersom de var både immigranter och muslimer. Enligt kvinnan hade föräldrarna kapat banden med henne om de vetat. Hon kände att hon valde mellan hennes familj och hennes ofödda barn. (Ekstrand, Tydén, Darj & Larsson., 2009. s.176)

Kvinnor beskrev sig vara känsliga för andras godkännande. Föräldrars, partners och personalens godkännande och stöd behövdes både före, under och efter aborten. Föräldrars och speciellt mammans stöd och godkännande söktes och uppskattades väldigt mycket av kvinnorna. (Halldén, Christensson & Olsson., 2008. s. 246) & (Aléx & Hammarström, 2004. S.163) I vissa fall upplevde kvinnorna även ett ogillande från nära och kära efter aborten. Ofta handlade anklagelserna då om att kvinnan ansågs vara vårdslös och ovarsam och blev anklagad för att inte ha använt preventivmedel. (Halldén, Christensson & Olsson., 2008. s. 246)

6.2 Upplevelse av abortprocessen

Kvinnornas upplevelse av abortprocessen påverkades av flera olika faktorer. Dessa faktorer har delats in i fyra olika underkategorier. Bekräftande & Godkännande från andra, förväntningar, upplevelse av abortmetod och känslor efter aborten.

BEKRÄFTANDE & GODKÄNNANDE FRÅN ANDRA

Partners godkännande eller ogillande efter aborten var väldigt viktig för kvinnorna. Båda sätten att se på aborten endera störde eller fördjupade förhållandet med den andre partnern. Kvinnorna beskrev en känslighet för deras partners reaktion och förklarade hur de uppskattade att partnern var sympatisk mot dem på samma gång som de gick igenom sin

egen sorg på ett personligt, mera manligt sätt. (Halldén, Christensson & Olsson., 2008. s. 246-247)

Att bli mött med respekt och vänlighet av vårdpersonal, till exempel barnmorskor och gynekologer, upplevdes som ett sorts godkännande för deras abortbeslut. För många av kvinnorna i studien var den gynekologiska undersökningen den första de varit med om och kvinnorna beskrev den som en känslig upplevelse. (Halldén, Christensson & Olsson., 2008. s.247)

FÖRVÄNTNINGAR

Fysiska faktorer i samband med aborten såsom blödningar och smärta var något som kvinnorna förväntade sig. Kvinnor som inte hade gjort en abort förut trodde att smärtan skulle vara det värsta. Dessa kvinnor beskrev även rädsla över att inte kunna hantera denna nya och oroande situation. För flera av kvinnorna var aborten deras första kontakt med sjukhuset. De funderade mycket över sjukhusmiljön, lukter och ljud som medföljer och huruvida de skulle känna sig ensamma i sjukhusets kalla, sterila och opersonliga miljö. (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014. S.10) Kvinnorna uttryckte rädsla och ångest över det okända och hur de skulle klara av situationen som skulle komma. De upplevde ångest över hur de själva samt deras partner skulle reagera under aborten. För flera av kvinnorna var det mycket frustrerande att inte veta hur länge aborten skulle ta och vilken sorts smärta de skulle uppleva. (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014. S.11)

UPPLEVELSE AV ABORTMETOD

Kvinnorna i en studie valde med hjälp av smärtlindring och abortmetod hur pass medvetna de ville vara under aborten. Vissa kvinnor ville vara mindre mentalt närvarande under aborten, bland annat de som hade kämpat emotionellt och moraliskt med beslutet att göra en abort samt de som var rädd för att få se något under ingreppet som skulle påverka dem ännu mera. En del kvinnor var redo att acceptera större medicinska risker för att göra processen mindre mentalt tung. En kvinna som var med om en kirurgisk abort kunde se det exakta ögonblicket när hennes graviditet var över. Kvinnan var åtta veckor in i sin graviditet och kunde på så sätt inte se ett foster men upplevde att hon såg sin baby bli uttagen ur henne och satt i en burk. Följaktligen, när hon några år senare behövde genomgå en abort igen valde hon en abortklinik som lät henne vara under anestesi i och med ingreppet, något hon sen upplevde som en bättre upplevelse på grund av mindre emotionell smärta. Några andra

kvinnor å andra sidan valde en medicinsk graviditet för att dom ville vara engagerad under processen. En kvinna beskrev sin upplevelse som positiv när hon kunde vara vaken och medveten under processen men som ändå hindrade henne från att se själva aborten. Eftersom hon var vaken kunde hon höra vårdpersonalen förklara processen vilket gjorde att hon kände sig trygg. Andra kvinnor föredrog att vara vaken för att försäkra sig om att aborten utfördes på ett säkert och respektfullt sätt. Slutligen föredrog några kvinnor att vara vaken och närvarande under aborten för att fullt kunna uppleva den och för att tillfredsställa deras nyfikenhet. (Altshuler, Ojanen-Goldsmith, Blumenthal & Freedman, 2017. S.112-113)

"I couldn't see anything but the nurse... I could hear the doctor... they slowly tell you what's going on and how much time is left and they talk you through it the whole time.... I felt good cause... it made me feel more in control and at ease, knowing they're being very patient and considerate and caring and they're talking you through it so you don't feel lost and alone." (Altshuler et al. 2017. S. 113.)

Genom att inta Mifepristone tabletten upplevde flera kvinnor ett emotionellt obehag och en känsla av att ha gjort ett avgörande val och handling. Många kvinnor förklarade att de kände hur de aktivt hade dödat "barnet" genom att ta läkemedlet. Flera av kvinnorna beskrev starka känslor när de svalde pillret och hur de funderade över livet och döden samt fick känslor av skuld. (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014. S.11-12)

"On Sunday, it was hard, when I had that tablet. You knew that if I took the tablet and waited an hour, there was no turning back." (Andersson et al. 2014. S. 12.)

I en studie gjord av Tong et al. Påpekade de flesta kvinnor att en medicinsk abort var liknande en normal menstruation med magkramper medan några upplevde mera intensiv smärta och en längre blödning än en normal menstruation. De flesta kvinnor i studien föredrog en medicinsk abort framför en kirurgisk abort då en medicinsk abort tog mindre tid, var billigare och bekvämare samt att den kunde delvis göras hemma. Kvinnorna hade intrycket av att en kirurgisk abort var mera smärtsam, kunde försvaga kroppen och att man behövde stanna vid vårdgivaren för post-abortmonitorering. (Tong, Low, Wong, Choong & Jegasothy, 2012. S. 3-4)

KÄNSLOR EFTER ABORTEN

Strax efter aborten hade kvinnorna kombinerade känslor av sorg, lättnad, ånger och tomhet. Flera av intervjuobjekten var oroliga över att inte kunna bli gravid igen. Generellt hade aborten varit hemskare än de hade förväntat sig, speciellt gällande blödningen och smärtan. (Ekstrand, Tydén, Darj & Larsson., 2009. s.177)

Lättnad eller ånger. Alla unga kvinnor i en studie sa att de aldrig ville göra en abort igen medan de samtidigt var övertygade om att de gjort rätt beslut gällande att göra aborten. Endast de som hade känt kluvenhet och motstridiga känslor till aborten uttryckte bestående ånger. Vissa kvinnor beskrev aborten som något positivt som lett till personlig utveckling medan andra kvinnor kände att aborten hade lett till ett bättre förhållande till partnern. (Ekstrand, Tydén, Darj & Larsson., 2009. s.177)

För kvinnorna i en studie var en lyckad slutföring av aborten och möjligheten att se framåt i livet samt att få gå tillbaka till det vardagliga, normala livet igen, beskrivet med en stor känsla av lättnad. (Halldén, Christensson & Olsson., 2008. s. 246) Förutom lättnaden kvinnorna kände efter aborten kunde upplevelsen också förstärka deras förmåga att komma över tuffa utmaningar. Att ha genomlevt komplikationer, blödningar och smärta fick kvinnorna att känna sig starka och trygga efter aborten. Kvinnorna kunde beskriva hur känslorna utvecklades från rädsla för att dö till att de nu kan hantera situationen. (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014. S.14) Alla kvinnor i Trybulski's studie (2006) upplevde också en känsla av lättnad efter aborten. Flera av kvinnorna ansåg att, ännu år efter aborten, det hade varit det bästa beslutet för dem vid den tidpunkten och att de inte hade något som helst ånger. De framhöll dock att tanken på aborten eller det barn som kunde ha varit fortfarande dök upp i tankarna, speciellt i samband med giftemål och graviditeter. (Trybulski, 2006. S. 686)

Som en möjlig konsekvens av aborten upplevde en del kvinnor att de hade gått miste om deras enda chans att bli förälder samt att de även var oroliga över sin framtida fertilitet. Kvinnorna avslöjade dock att de hoppades på att skaffa sig ökad styrka, mognad och ansvarskänsla efter den tunga erfarenheten av att ha genomgått en abort. De unga kvinnorna beskrev även känslor av kroppslig tomhet, känslor av att vara en mamma och att se sin partner som en framtida pappa. (Halldén, Christensson & Olsson., 2008. s. 247)

"It's a big step to have an abortion... When I think of nine months and notice that my body was prepared to do it, so maybe there's something in your head as well. ...Just the feeling of being pregnant, it doesn't just leave your body...it's still in your head." (Halldén et al., 2008. s. 247)

Efter aborten beskrev kvinnorna hur de kände blandade känslor och tomhet men även känslor av mognad och glädje för att de hade upplevt en graviditet. Känslan av kluvenhet fanns kvar ännu efter aborten. Å ena sidan kände de sig lättade att graviditeten hade blivit avbruten men å andra sidan funderade kvinnorna på hur deras kropp hade varit nu om graviditeten inte blivit avbruten. Nu visste kvinnorna också att de kunde bli gravida, vilket de beskrev som en fantastisk gåva. (Aléx & Hammarström, 2004. S. 164)

"I have started to think about my body in a different way. What it can do! It is incredible!" (Alex & Hammarström, 2004. S. 164)

Kvinnornas relationer till deras partners varierade mycket efter aborterna. Några kvinnor beskrev hur deras relation inte hade förändrats medan andras relationer hade blivit allvarligt påverkade. En kvinna kände sig sviken då hennes partner lämnat henne när hon blev gravid. En annan kvinna som hade gjort två aborter med samma man berättade om hur hon önskade att han ibland skulle kunna prata om aborterna och det hon gått igenom. För en annan kvinna hade aborten lett till att de både parterna hade kommit varandra närmre och lärt känna varandra bättre. (Aléx & Hammarström, 2004. S. 164)

Kvinnorna i en studie förklarade hur viktigt det var med stöd efter aborten. När det stöd de behövde inte fanns kunde negativa psykologiska resultat följa. Flera av kvinnorna rapporterade hur deras familj och vänner inte var stödjande när de berättade om aborten. Två kvinnor berättade om hur dom blev dömda av vänner när de berättade om aborten. Dessa vänner sa senare även upp kontakten med kvinnorna. Några berättade för sin familj och vänner om aborten efteråt medan de flesta höll det hemligt av rädsla för att bli dömda. Vissa höll aborten hemlig för att de inte visste hur deras familj och vänner skulle reagera och riskerade på detta sätt inte att bli eventuellt dömda av dem. Att hålla aborten hemlig å andra sidan medförde känslor av hemlighetsfullhet och stigma och vissa kvinnor beskrev hur de upplevde sömnlöshet, panikattacker och ångest som kom från att de höll aborten hemlig. (Kimport, Foster & Weitz, 2011. S.107)

6.3 Vårdpersonalens bemötande

Kvinnorna uppskattade det neutrala stödet som de flesta i vårdpersonalen erbjöd och endast ett fåtal av kvinnorna i studien kände att de behövde professionell rådgivning. (Ekstrand, Tydén, Darj & Larsson., 2009. s.176)

Vissa kvinnor förväntade sig att vårdpersonal kunde vara oemottagliga inför deras önskan om att göra en abort och att de därför dröjde att söka vård. När kvinnorna sen sökte vård var det däremot väldigt ovanligt med fördröjningar och de flesta kvinnor var nöjda med den vård de fick. Kvinnorna uppskattade att personalen var ”tröstande”, ”betryggande” och ”där för dem”. (Purcell, Cameron, Gaird, Flett, Laird, Melville & McDaid, 2014. S. 105)

Kvinnorna i en studie ansåg sig bli väl handledda och informerade när de kom i kontakt med vården inför sin abort. De tyckte att de fick tillräcklig information gällande vad som skulle hända, inklusive att de fick ha en egen åsikt om medicinsk respektive kirurgisk abort. De fick även information om hur proceduren skulle gå till, hur länge åtgärden skulle ta, vilken smärta och blödning de kunde vänta sig och eventuella biverkningar från aborten. Kvinnorna hade ändå olika behov av att mängden information de ansåg sig behöva. Vissa önskade mera information medan andra ville veta väldigt lite om åtgärden på grund av rädslan för vad åtgärden kunde involvera. De flesta kvinnorna i studien var alltså nöjda med den abortklinik de varit hos samt den vård de fick där. Kvinnorna mindes sig känna en lättnad så fort aborten blivit gjord. Några av kvinnorna i studien hade dock haft en negativ upplevelse vid det ställe de sökt vård hos i och med aborten. Vid dessa negativa upplevelser hade kvinnorna känt sig skyldiga på grund av ett visst beteende hos personalen. (Penfold, Wendot, Nafula & Footman, 2018. S. 4.)

”He said nothing but it was just actions, no advice, no talking...you just feel like you are doing the wrong thing...” (Penfold et al., 2018. s. 4)

I en studie gjord av Altshuler et al. ville man ta reda på vad kvinnor behöver för att få en bra abortupplevelse. Det som många kvinnor upplevde i och med abortbeslutet var en moralisk konflikt inom sig själva. Även om de kände att orsakerna som ledde fram till en abort var giltiga och tillräckliga så gick en abort emot vad det betyder att vara en god människa. De önskade att vårdpersonalen hade sett denna personliga moraliska konflikt de hade och stöttat dem. En kvinna kände att hennes läkares beteende var dömande och avhumaniserande. Hon

önskade att läkaren istället kunnat förstå svårigheterna bakom hennes beslut samt se henne som en människa som kämpar med ett inre moraliskt dilemma. En annan yngre kvinna kände sig dömd på grund av hennes unga ålder och önskade istället att vårdgivarna hade stöttat och normaliserat hennes val att genomgå en abort. (Altshuler, Ojanen-Goldsmith, Blumenthal & Freedman, 2017. S.111-112)

De kvinnor som också hade en moralisk konflikt inom sig upplevde interaktionen med vårdpersonalen givande om de kände att deras beslut att göra en abort blev respekterat och sett som ett moraliskt val. En kvinna som hade denna moraliska konflikt inom sig uppskattade att personalen stöttade henne, såg henne som en bra person och som en moralisk beslutsfattare. Kvinnorna behövde bli respekterade som beslutsfattare. De var känsliga för negativt dömande från vårdpersonal, både uppfattat och riktigt dömande. När vårdpersonal istället såg denna personliga konflikt och bekräftade deras beslut som moraliskt kunde kvinnorna se denna del av abortprocessen som en positiv upplevelse. (Altshuler, Ojanen-Goldsmith, Blumenthal & Freedman, 2017. S.111-112)

"They didn't make you feel bad that you were doing it.... They were like supporting you." (Altshuler et al. 2017. S. 112)

Under själva aborten beskrev kvinnorna både fysiska och psykologiska upplevelser som de kände att vårdpersonalen antingen ignorerade eller inte förstod. De beskrev upplevelser kopplade till vårdpersonalen både positivt och negativt. Flera kvinnor upplevde att personalen var både stödjande, positiva och informerande medan andra upplevde personalen som ignorerande och att de framkallade känslor av skam, sorg, ensamhet och osäkerhet. En kvinna berättade om hur sjuksköterskan var kall, ignorerande och oförstående när kvinnan blödde mycket och inte vågade gå själv på toaletten av rädsla för att svimma. En annan kvinna som gjort en medicinsk abort å andra sidan beskrev hur vårdpersonalen var snäll och omtänksam. En till kvinna var imponerad över vilket stort stöd hon fått av vårdpersonalen. (Aléx & Hammarström, 2004. S. 163.)

Att få ett neutralt stöd från sjukskötare och barnmorskor utan några som helst dömande attityder var ofta en överraskning för kvinnorna fastän de hade förväntat sig professionell vård. I vissa fall kunde den information som vårdpersonalen gav gällande fostret hjälpa kvinnorna att fatta abortbeslutet. (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014. S.14)

Överlag upplevde kvinnorna i en studie att den vård de fått i samband med aborten hade mött deras behov och att vårdpersonalen hade behandlat dem professionellt, empatiskt och med en icke dömande attityd. Kvinnorna kände en viss trygghet när vårdpersonal besökte deras rum bara för att försäkra sig om att kvinnan visste att de fanns där om hon behövde något. Praktisk information och info gällande vad man kan förvänta sig under en abort ansåg kvinnorna var ett värdefullt stöd. En del kvinnor förklarade att de kände sig involverade i vårdprocessen och att de själva kunde medverka i valet av smärtlindring. En kvinna kände sig dock orättvist behandlad när hennes stödjande vän inte fick stanna med henne vid sjukhuset. (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014. S.15)

Gällande vården som kvinnorna fick så var de speciellt nöjda med den detaljerade information de fick om abortmetoderna som erbjöds, information om abortprocessen vid en medicinsk abort och vården efter aborten. Många kvinnor var nöjda med vårdpersonalen och kände att de kunde diskutera med läkaren om vilka alternativ kvinnan hade och preventivmedel. (Tong, Low, Wong, Choong & Jegasothy, 2012. S. 5)

7 Diskussion

Diskussionsdelen har skribenten valt att dela in i två delar, metoddiskussion samt resultatdiskussion. I metoddiskussionen kommer skribenten göra en kritisk granskning utav vald metod. I resultatdiskussionen kommer resultatet granskas och jämföras med tidigare forskning. Här kommer även den teoretiska utgångspunktens relevans i denna studie överses.

7.1 Metoddiskussion

Skribenten valde att göra en systematisk litteraturstudie med en kvalitativ innehållsanalys. Frågeställningarna i examensarbetet var: Vilken upplevelse har kvinnorna av aborten? Hur upplever kvinnorna vårdpersonalens bemötande under abortprocessen? Valet av att göra en systematisk litteraturstudie grundar sig främst i att jag inte var speciellt intresserad av att göra en intervjustudie. Jag trodde även att det skulle ha blivit svårt att hitta tillräckligt många personer att intervjua då ämnet i fråga är väldigt privat och känsligt. I efterhand skulle nog en intervjustudie varit mera intressant och givande då man i sådana fall fått ta del av en människas personliga berättelse. Insamling av data till detta examensarbete har stundvis varit påfrestande och tidskrävande. Även om det har funnits material tillgängligt så har det ibland

varit svårt att hitta artiklar som verkligen passar för ändamålet. Till exempel forskning som gjorts i länder var man har en helt annans syn på abort eller forskning om missfall har alltid exkluderats från studien. Alla artiklar som än inkluderade i examensarbetet är från vetenskapliga databaser för att garantera trovärdigheten. Eftersom artiklarna kommer från vetenskapliga studier så anser jag att de är tillförlitliga.

Den teoretiska bakgrunden är skriven så att läsarna ska få kunskap om ämnet och på så sätt lättare kunna förstå resultatet i studien. Bakgrunden är skriven så att även de som inte är insatt i ämnet ändå kan förstå innebörden.

I och med sökning av artiklar till examensarbetet har jag sökt i vetenskapliga databaser samt endast sökt efter artiklar som är referentgranskade för att kunna garantera hög tillförlitlighet. I bilaga 1 som finns bifogad till examensarbetet hittar man sökschemat där jag skrivit i vilka databaser jag sökt efter artiklarna samt vilka sökord jag använt mig av. I bilaga 2 som också är bifogad finns artikelresumén där jag kort beskriver artikelns författare, syfte, metod och resultat. Med hjälp av bilagorna får man på så sätt en överskådlig blick på hur jag hittat material till examenarbetet samt vilket material jag slutligen använt mig av.

7.2 Resultatdiskussion

Syftet med detta examensarbete var att beskriva kvinnans upplevelse av en abortprocess samt vårdpersonalens bemötande i samband med aborten. Skribenten hoppas att med denna studie kunna ge vårdpersonal mer kunskap om hur en kvinna kan uppleva aborten och vilka komplicerade känslor som kan finnas närvarande. Med hjälp av att förstå vilken sårbar situation en kvinna kan befinna sig i under en abort så kan vårdpersonal bättre möta kvinnans behov.

I resultatet framkommer det hur viktigt det är för kvinnan själv att vara den som tar det slutgiltiga beslutet gällande aborten. Enligt forskningen så finns det fler faktorer som påverkar kvinnans val såsom partners åsikt, förhållandet till partnern, ekonomisk ställning, familj och vänner och så vidare. Ändå är det avgörande för kvinnans emotionella tillfriskning att hon tog det avgörande beslutet. Att kvinnan känner sig accepterad och respekterad som beslutsfattare verkar underlätta beslutsprocessen. För kvinnor som kände sig stöttade av sina närstående och som kunde prata om aborten utan att bli dömda var det oftast en mindre psykiskt påfrestande process.

Överlag upplevde kvinnor att vårdpersonalens bemötande var gott. En personal som inte dömde kvinnan, som stöttade, lugnade henne och informerade om vad som pågick under hela aborten var högt uppskattad. För vissa kvinnor var abortbeslutet en kamp med motstridiga känslor och i flera fall kunde ett gott bemötande av personalen vara det bekräftande de behövde för att acceptera situationen de var i. För vårdpersonal tror jag det är viktigt att sätta sina personliga åsikter och värderingar åt sidan och istället vara lyhörd för vad kvinnan som söker vården behöver. Resultatet talar om att alla upplever abortsituationen på olika sätt och att de på så sätt är i behov av olika saker. För vårdpersonal att veta vad den enskilda kvinnan behöver för att ha en positiv upplevelse av vården kan säkert stundvis vara svårt men en lugn, välinformerad och stöttande vårdare kan nog på många sätt göra situationen lättare för kvinnan.

Att göra detta examensarbete har varit både givande och lärorikt. Jag har lärt mig många nya saker under processens gång som jag tar med mig. Jag är övertygad om att sättet vårdpersonal bemöter patienten på kan vara skillnaden mellan en positiv eller negativ vårdupplevelse. Jag hoppas att arbetet kan bidra med en ökad kunskap till läsaren om hur komplex en abortsituation kan vara för kvinnan och hur vi som vårdpersonal på bästa sätt kan stöda henne. Vidare studier kunde göras inom ämnet. Även fast det fanns ordentligt med studier om abort så upplever jag att man kunde forska vidare kring huruvida abortmetoden spelar roll för kvinnans upplevelse. Det vore också intressant att forska om kvinnans partners upplevelse av hela abortprocessen då det tydligt framkom i resultatet att partnern var viktig före, under och efter aborten.

I examensarbetet hittas bevis på att kvinnor inom abortvården kan vara känsliga för hur vårdpersonal bemöter dem och att ett gott bemötande kan bidra till en positivare upplevelse. En stöttande, kunnig och icke dömande personal är de bästa förutsättningarna för ett gott upplevt bemötande av patienten. Enligt Altshuler et al. (2017) behövde kvinnorna bli respekterade som beslutfattare. De uppskattade en stöttande personal som kunde se en deras konflikt inombords och som kunde genom interaktionen få kvinnorna att känna sig respekterade som moraliska beslutstagare. De som haft en negativ upplevelse av vårdpersonalens bemötande hade känt sig antingen dömda, avhumaniserade eller önskat mera stöd samt att personalen hade normaliserat valet att ha en abort gjord. (Altshuler et al. (2017) Detta kan hänvisas till Travelbee's syn på lidandet. Lidandet är en personlig upplevelse och kan handla om både fysiskt, emotionellt och andligt lidande. Hon framhåller att för att individ ska känna lidande så behöver det vara förknippat med något som personen bryr sig om. För en sjukskötare är det viktigt att hjälpa personen genom lidandet och hjälpa

hen hitta en mening i vad hen går igenom. Vårdaren behöver minnas att se den enskilda individens upplevelse och inte förhålla sig till sin egen eller någon annans bedömning av individen.

8 Källhänvisning

Aléx, L., & Hammarström, A., 2004, Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2004.00257.x>

Altshuler, A., Ojanen-Goldsmith, A., Bluementhal, P. & Freedman, L. 2017. *Social science & medicine* 191 (2017) 109-116.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617305440?via%3Dihub>

Andersson, I-L., Christensson, K. & Gemzell-Danielsson, K. 2014. Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy. *Elsevier Enhanced Reader*

Andersson, I-L., Christensson, K. & Gemzell-Danielsson, K. 2014. Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. *Plos one*. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0115957>

Denscombe, M., 2009. *Forskningshandboken*. Studentlitteratur

Ekstrand, M., Tyden, T., Darj, E & Larsson, M. 2009. An illusion of power: Qualitative perspectives on abortion decision-making among teenage women in Sweden. *Perspectives on sexual and reproductive health*. 41(3):173-180.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1363/4117309>

Forsberg, C & Wengström, Y., 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Tredje utgåvan. Stockholm: Natur och kultur

Forsberg, C & Wengström, Y., 2015. *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Fjärde utgåvan. Stockholm: Natur och kultur

Forskningsetiska delegationen., 2012. God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. [online] Available at:

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (Använd 9.4.2019)

Fossum, B., 2007. *Kommunikation, Samtal och bemötande i vården*. Studentlitteratur

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B., 2012. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur

Guttmacher., 2016. *Abortion Rates Declined Significantly In The Developed World Between 1990 and 2014*. [online] Available at:

<https://www.guttmacher.org/news-release/2016/abortion-rates-declined-significantly-developed-world-between-1990-and-2014> (Använd 23.10.2018)

Halldén, B-M., Christensson, K. & Olsson, P. 2008. Early abortion as narrated by young Swedish women. *Scandinavian journal of caring sciences*.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2008.00612.x>

Hede, M., Lekander, N., Lodalen, M. & Yderberg, N., 1994. *Det svåra valet*. S. 9-13. Studentlitteratur: Moderskapsvård och gynekologi.

Henriksen, J. & Vetlesen, A., 2013. *Etik i arbete med människor*. Studentlitteratur

HUS.fi. *Avbrytande av graviditet* [online] Available at:

http://www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukvardstjanster/Kvinnosjukdomar/Avbrytande_av_graviditet/Sidor/default.aspx (Använd 25.10.2018)

Hälsobyn.fi. *Abortmetoder* [online] Available at:

<https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/sexuell-h%C3%A4lsa/abort/abortmetoder>

(Använd 28.10.2018)

Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I & Lundgren, I., 2009. *Lärobok för barnmorskor*. Studentlitteratur

Kjelsvik, M & Gjengedal, E., 2010. *First-time pregnant women's experience of the decision-making process related to completing or termination pregnancy – a phenomenological study*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

Kimport, K., Foster, K. & Weitz, T. 2011. Social sources of women's emotional difficulty after abortion: Lessons from women's abortion narratives. *Perspectives on sexual and reproductive health*. 43(2):103-109.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1363/4310311>

Kirkevold, M., 2000. *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Studentlitteratur

Käypähoito, 2018. *Abort i Finland* [online] Available at:

<http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/for-patienter/rekommendation?id=khr00046#s6>

(använd 23.10.2018)

Käypähoito, 2018. *Abortlagen styr verksamheten* [online] Available at:

<http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/for-patienter/rekommendation?id=khr00046>

(Använd 25.10.2018)

Käypähoito, 2018. *Den nödvändiga efterkontrollen* [online] Available at:

<http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/for-patienter/rekommendation?id=khr00046>

(Använd 4.2.2019)

Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A'L., 2016. *Reproduktiv hälsa*. Studentlitteratur

Nursing theory, 2016. Human to human relationship model. [online] Available at:

<http://nursing-theory.org/theories-and-models/travelbee-human-to-human-model-of-nursing.php> (Använd 8.10.2019)

Octopharma, 2019. *Rh-immunisering* [online] Available at:

<https://www.octapharma.se/se/foer-vaardpersonal/vaara-laekemedel/sjukdomar-i-immunfoersvaret/rh-immunisering.html> (Använd 17.2.2019)

Penfold, S., Wendot, S., Nafula, I. & Footman, K. 2018. A qualitative study of safe abortion and post-abortion family planning service experiences of women attending private facilities in Kenya. *Reproductive health*. <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0509-4>

Purcell, C., Cameron, S., Caird, L., Flett, G., Laird, G., Melville, C & McDaid, L. 2014. Access to and experience of later abortion: accounts from women in Scotland. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 2014, 46(2):101-108.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1363/46e1214>

Rfsu.se. *Din kropp, ditt val*. [online] Available at:

<https://www.rfsu.se/vad-vi-gor/i-sverige/fragor-vi-jobbar-med/ratten-till-abort/>

(Använd 24.10.2018)

Slade, P., Heke, S., Fletcher, J. & Stewart, P., 2001. Termination of pregnancy: Patients' perception of care. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*.

THL, 2017. *Aborter i Norden 2015* [online] Available at:

<https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/aborter/aborter-i-norden> (Använd 23.10.2018)

THL, 2018. *Aborter 2017* [online] Available at:

<https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/aborter/aborter> (Använd 23.10. 2018)

THL, 2019. *Aborter 2018* [online] Available at: <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/aborter/aborter>

(Använd 8.10.2019)

Tong, W., Low, W., Wong, Y., Choong, S. & Jegasothy, R. 2012. Exploring pregnancy termination experiences and needs among malaysian women: a qualitative study. *BMC Public health*. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-743>

Trybulski, J. 2006, Women and abortion: the past reaches into the present. *Journal of Advanced Nursing* 54(6), 683-690. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2006.03871.x>

Trybulski, J., 2008, Making sense: Women's abortion experiences. *British Journal Of Midwifery*.

Vårdguiden, 2017. Rh-negativ blodgrupp och graviditet. [online] Available at: <https://www.1177.se/barn--gravid/graviditet/graviditetsbesvar-och-sjukdomar/rh-negativ-blodgrupp-och-graviditet/> (Använd 8.10.2019)

Bilaga 1: Artikelsökning

Databas Datum	Sökning	Antal träffar	Granskade	Urval
Cinahl with fulltext 19.3.2019	Induced abortion AND healthcare AND experience	1145	6	1
Cinahl with fulltext 19.3.2019	Abortion AND experience AND care	444	4	1
PubMed 2.4.2019	Abortion AND patient perspective AND care AND women AND experience AND termination of pregnancy AND qualitative	439	2	2
PubMed 2.4.2019	Abortion AND women's experience AND care AND termination of pregnancy AND qualitative	81	2	2
Manuella sökningar 2.4.2019			4	4

Bilaga 2: Artikelresumé

Författare, årtal, titel	Syfte	Metod	Resultat
<p>Britt-Marie Halldén, Kyllike Christensson, Pia Olsson. 2008. Early abortion as narrated by young Swedish women</p>	<p>Syftet med studien var att belysa betydelsen av att ha gjort en abort hos unga svenska kvinnor.</p>	<p>En studie var 10 kvinnor mellan 18-20 års ålder blev intervjuade och svarade berättande på frågorna. Undersökningen gjordes 2-6 veckor efter en medicinsk abort samt 6-12 veckor efter en kirurgisk abort. Dataanalysen gjordes med hjälp av en fenomenologisk hermeneutisk metod.</p>	<p>4 teman var återkommande i kvinnornas erfarenheter: Tagit hand om och skyddat den oplanerade graviditeten, ta livet av det kommande barnet med smärta, vara känslig gällande andras godkännande & fantisera om det blivande barnet som blivit aborterat. Kvinnorna kunde ta ansvar över sitt beslut av att ha gjort en abort samt ansvara för sin egen välfärd och andras välmående.</p>
<p>Carrie Purcell, Sharon Cameron, Lucy Caird, Gillian Flett, George Laird, Catriona Melville, Lisa M. McDain. 2014. Access to and Experience of Later Abortion: Accounts from Women in Scotland</p>	<p>Undersöka Skottländska kvinnors tillgång till och upplevelse av en sen abort. En sen abort resulterar i att kvinnorna måste resa till England eftersom Man i Skottland endast gör medicinska aborter mellan graviditetsvecka 18-20 och i England fram till vecka 24</p>	<p>Kvalitativ studie. 23 kvinnor blev intervjuade. Intervjun behandlade orsak till abort, följd av en sen abort samt upplevelsen av aborten. Dataanalysen gjordes med hjälp av en tematisk analys.</p>	<p>Sen upptäckt av graviditet, ändra livsförhållanden samt motstridigheter mellan föräldraskap och abort var orsaker till att kvinnan gjorde en sen abort. Kvinnorna som inte gick igenom med aborten hade orsaker som högre ålder, stöd från familj och vänner samt att resan till England var ett tungt moment.</p>
<p>Wen Ting Tong, Wah Yun Low, Yut Lin Wong, Sim Poey Choong,</p>	<p>Undersöka kvinnors upplevelse och behov i samband med en abort.</p>	<p>Kvalitativ studie. 31 kvinnor som hade genomgått en inducerad abort blev intervjuad med en semi-strukturerad intervju. Dataanalysen</p>	<p>Kvinnorna stötte på problem när de sökte information om abort samt abortvård. Kvinnorna var oroliga över möjliga konsekvenser och</p>

<p>Ravindran Jegasothy. 2012 Exploring pregnancy termination experiences and needs among Malaysian women: A qualitative study</p>		<p>gjordes med hjälp av en tematisk analys.</p>	<p>biverkningar från aborten och önskade mera information. Kvinnornas tankar kring aborten efteråt var allt från sorg, lättnad, förlust samt känslan av att de inte ville tänka på aborten alls. Abortbeslutet var främst deras eget men de ville ven ha partners medhållande.</p>
<p>Inga-Maj Andersson, Kyllike Christensson, Kristina Gemzell-Danielsson. 2014 Experiences, Feelings and Thoughts of Women Undergoing Second Trimester Medical Termination of Pregnancy</p>	<p>Undersöka kvinnors förväntningar och upplevelser av att genomgå en abort i andra trimestern.</p>	<p>En tvärsnittsstudie var 31 kvinnor svarade på ett frågeformulär och 23 av dem blev sedan intervjuade. Frågeformulären blev analyserade med hjälp av beskrivande statistik och intervjuerna blev analyserade med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Kvinnorna upplevde både psykisk och fysisk smärta under aborten. Att ta mifeprestone pillret var emotionellt svårt för många kvinnor. Stöd från vårdpersonalen, familj och partner var viktigt för att komma underfund med känslorna kring aborten. De flesta kvinnorna ville inte se fostret efter aborten men de som ville sa att det var för att se verkligheten och för att få ta farväl av fostret.</p>
<p>Suzanne Penfold, Susy Wendot, Inviolata Nafula, Katharine Footman. 2018 A qualitative study of safe abortion and post-abortion family planning service experiences of women attending private</p>	<p>Undersöka vägen till aborten, beslutstagandet, upplevelsen och inställningen hos kvinnor som får en säker abort och familjeplanering efter aborten hos privata kliniker i västra Kenya</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer hos 22 kvinnor som gjort en abort. Intervjuerna handlade om beslutstagandet och beteendet kring aborten, upplevelsen av aborten, preventivmedelanvändning och erfarenheten kring familjeplaneringen. Dataanalysen gjordes med hjälp av en beskrivande tematisk analys.</p>	<p>Kvinnorna diskuterade oftast abortbeslutet med partnern och i vissa fall även med en nära vän eller familjemedlem. Kvinnorna ville få aborten gjord hos en säker, ren, respektfull, privat och snabb serviceanläggning. Flera av kvinnorna hade använt preventivmedel och några meddelade om felanvändning och många biverkningar. Många kvinnor valde preventivmedel direkt hos rådgivningen medans</p>

facilities in Kenya			vissa ville vänta tills aborten var helt klar.
Anna L. Altshuler, Alison Ojanen-Goldsmith, Paul D. Bluementhal, Lori R. Freedman. 2017 A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care	Undersöka kvinnors behov och preferenser för att få en bra abortupplevelse	Semistrukturerad intervju med 20 kvinnor som hade gjort en abort i USA. Intervjuerna analyserades med hjälp av grounded theory. (grundad teori)	Tre teman kom fram: att bli bekräftade som moraliska beslutsfattare, att själv få bestämma hur mycket de vill vara medveten om under aborten och att få aborten gjord diskret och utan att bli dömd av andra.
Katarina Kimport, Kira Foster, Tracy A. Weitz. 2011 Social Sources of Women's Emotional Difficulty After Abortion: Lessons from Women's Abortion Narratives	Undersöka kvinnors negativa upplevelser, inklusive ånger, efter en abort.	21 kvinnor som haft emotionella svårigheter efter en abort deltog i en semi-strukturerad, fördjupad intervju. Intervjuerna blev analyserade med hjälp av principerna för grundad teori för att kunna identifiera huvudteman	Negativa erfarenheter upplevdes när kvinnan inte kände att abortbeslutet var hennes och när kvinnan kände att hon inte fick tillräckligt med emotionellt stöd efter aborten.
JoAnn Trybulski 2006 Women and abortion: the past reaches into the present	Undersöka kvinnors syn på aborten över en längre tid	Fenomenologisk studie. 16 kvinnor som valt att göra en abort pga. icke-medicinska skäl åtminstone 15 år innan studien blev intervjuade	Alla kvinnor rapporterade att de ibland tänkte på sin abort under åren. Kvinnor behöver få uttala sig om sina känslor kring aborten i en säker, icke dömande omgivning och vårdpersonal behöver se till att kvinnans tankar och känslor är helt normala

			att prata ut om, även många år efter aborten.
<p>Maria Ekstrand, Tanja Tydén, Elisabeth Darj, Margareta Larsson. 2009</p> <p>An Illusion of Power: Qualitative Perspectives On Abortion Decision-Making Among Teenage Women In Sweden</p>	<p>Undersöka unga svenska kvinnors abortbeslut och orsaken bakom beslutet.</p>	<p>Individuella fördjupade intervjuer om graviditeten och abortbeslutet hos 25 kvinnor mellan 16-20 års ålder 3-4 veckor efter aborten. Intervjuerna blev analyserade med hjälp av latent innehållsanalys</p>	<p>Den främsta orsaken till graviditeten var att kvinnorna underskattade risken för att bli gravid samt fel användning av preventivmedel. Förhindrande av graviditet ansågs vara kvinnans ansvar. Abortbeslutet var ett naturligt men svårt val som följdes av olika känslor. Sociala normer samt negativa attityder från familj och vänner hade stor inverkan på beslutet. Partners och föräldrar ansågs vara det viktigaste stödet. Kvinnorna upplevde press från preventivmedelsrådgivare att använda mycket effektiva medel trots negativa erfarenheter och oro över biverkningarna.</p>
<p>Lena Aléx, Anne Hammarström . 2004</p> <p>Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective</p>	<p>Analysera kvinnors upplevelser av inducerad abort från ett feministiskt perspektiv.</p>	<p>5 kvinnor mellan 19-33 års ålder blev intervjuade cirka en månad efter deras abort. Intervjuerna analyserades med hjälp av tematisk innehållsanalys</p>	<p>Följande teman framkom: Upplevelser gällande beslutstagandet, upplevelser i samband med aborten och efter aborten. Barndomsupplevelser gällande splittrade familjer, finansiella problem, att vara för ung och att ha en ostabil relation påverkade beslutet att göra en abort. Trots att kvinnorna hade en annars positiv attityd mot abort så hade de en negativ attityd till sin egen abort. De ansåg att de fick mest stöd från sin mamma och sina vänner men minst stöd från sin partner. Vårdpersonal</p>

			behöver vara medveten om kvinnors komplexa känslor kring aborten för att kunna stöda dem på bästa sätt.
--	--	--	---