



Kvinnors upplevelser av att genomgå inducerad abort

- En litteraturstudie

Women's experiences of undergoing an induced abortion
- A literature study

Marianne Quan

Fakulteten för Hälsa, natur- och teknikvetenskap

Omvårdnad/Sjuksköterskeprogrammet

Grundnivå

Handledare: Jörgen Jansson

Examinerande lärare: Ann-Catrin Blomberg

Datum inlämning: 2018-03-29

SAMMANFATTNING

- Titel:** Kvinnors upplevelser av att genomgå inducerad abort – en litteraturstudie
Women's experiences of undergoing an induced abortion – a literature study
- Fakultet:** Fakulteten för hälsa, Natur- och teknikvetenskap
- Institution:** Institutionen för Hälsovetenskaper
- Ämne:** Omvårdnad
- Kurs:** Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, grundnivå
- Författare:** Marianne Quan
- Handledare:** Jörgen Jansson
- Sidor:** 22 sidor exklusiva bilaga
- Nyckelord:** Inducerad abort, kvinnor, upplevelse, abortvård

Introduktion: I Sverige utförs cirka 38000 inducerade aborter årligen, många trots att kvinnan använt preventivmedel. I omvårdnaden vid inducerad abort är det viktigt att sjuksköterskan tillgodoser kvinnans emotionella såväl som fysiska behov och att bemötandet präglas av förståelse för kvinnans situation. **Syfte:** att beskriva kvinnors upplevelser av att genomgå inducerad abort. **Metod:** en litteraturstudie som utförts enligt Polit och Becks (2016) flödesschema på nio steg, där sökorden *Abortion induced*, *Women** och *Experience** användes för att söka artiklar i databaserna Cinahl, PubMed och PsycInfo. De sju utvalda artiklarna som ligger till grund för litteraturstudiens resultat genomgick en kvalitetsgranskning med hjälp av Polit och Becks (2016) "Guide to an Overall Critique of a Qualitative Research Report" innan en induktiv databearbetning och analys gjordes. **Resultat:** utifrån studiens syfte framkom fyra teman; *Att inte känna sig förberedd*, *Att lida fysiskt och emotionellt*, *Att vara i behov av stöd* och *Att hitta en mening och försöka gå vidare*. **Slutsats:** Att genomgå inducerad abort upplevdes av kvinnorna som fysiskt och emotionellt påfrestande. Flera önskade att de hade blivit bättre förberedd av vårdpersonalen på vad som väntade. De flesta kvinnor hade behov av att få stöd under och efter abortprocessen men flera uttryckte att det var svårt att prata om aborten med andra. Efter aborten hade kvinnorna olika sätt att gå vidare på och för vissa var detta svårare än för andra.

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Abortmetoder, förlopp och eventuella komplikationer	4
Att söka vård för abort.....	5
Sjuksköterskans roll och ansvar	5
Joyce Travelbees omvårdnadsteori	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
Litteratursökning	8
Inklusions- och exklusionskriterier.....	8
Urval	9
Databearbetning och analys	10
Forskningsetiska ställningstaganden	10
Resultat	11
Att inte känna sig förberedd.....	11
Att lida fysiskt och emotionellt.....	12
Att vara i behov av stöd	13
Att hitta en mening och försöka gå vidare	13
Diskussion	14
Resultatdiskussion.....	14
Metoddiskussion	16
Klinisk betydelse	17
Förslag till fortsatt forskning.....	17
Slutsats	18
Referenser	19

Bilaga 1 - artikelmatris

Introduktion

World Health Organization [WHO] (2001) definierar inducerad abort som ett frivilligt avbrytande av en fastställd graviditet. Årligen görs runt 43 miljoner aborter på global basis varav nästan hälften genomförs under osäkra förhållanden (WHO 2012a) vilket innebär att den som utför aborten har otillräcklig kompetens till detta och/eller att det sker i en miljö med låg medicinsk standard (WHO 2001). Abort är inte en lagstadgad rättighet i alla länder och enligt WHO (2012b) utförs nästan alla olagliga aborter i utvecklingsländer, där tillgång till trygga aborter är låg och mödradödligheten hög. Vidare beskrivs att mer än 47 000 kvinnor dör och ytterligare 5 miljoner kvinnor drabbas av varaktiga skador årligen som följd av komplikationer efter osäkra aborter. Enligt Brännström et al. (2016) räknas en graviditet som fullgången efter 37 veckor medan en graviditet utan komplikationer varar runt 40 veckor.

Den svenska abortlagen (SFS 1974:595) trädde i kraft 1975 och enligt den har kvinnor rätt till fri abort upp till graviditetsvecka 18+0 utan att behöva motivera sitt val. Kvinnor som vill göra abort mellan graviditetsvecka 18+1 och 21+6 måste genom en ansökan till Socialstyrelsen få tillstånd till detta, men från och med graviditetsvecka 22+0 ges tillstånd bara om fostret inte anses vara livsdugligt (SFS 1974:595). Enligt Socialstyrelsen (2017) har aborter länge varit vanligast bland kvinnor i åldersgruppen 20-24 år men år 2016 gjordes flest aborter av kvinnor i åldersgruppen 25-29 år. Tonårsaborter har de sista tio åren minskat, sannolikt på grund av mer utvecklade preventivmetoder (Socialstyrelsen 2017).

Abortmetoder, förlopp och eventuella komplikationer

Begreppet inducerad abort omfattar både medicinsk och kirurgisk metod (WHO 2012b). År 2016 blev 38000 inducerade aborter rapporterade till Socialstyrelsen, vilket innebär att nästan tre procent av svenska kvinnor mellan 15-44 år valde att avsluta sin graviditet. Av alla inducerade aborter år 2016 genomfördes 92 procent medicinskt och av dessa avslutades 30 procent på sjukhus. Av alla aborter i Sverige utfördes sex procent efter graviditetsvecka 12 (Socialstyrelsen 2017), vilket enligt Brännström et al. (2016) benämns som sen abort.

Vid medicinsk abort får kvinnan först ett progesteronhämmande läkemedel i tablettform (Brännström et al. 2016) som verkar hämmande på graviditetshormonet progesteron och har en vidgande effekt på livmoderhalsen (FASS 2017b). Ett till två dygn senare får kvinnan en vaginal eller sublingual dos av ett prostaglandinanaloga läkemedel (Brännström et al. 2016) som gör livmoderhalsen mjukare och sätter igång värkarna som ska resultera i att fostret stöts ut (FASS 2017a). Enligt Brännström et al. (2016) ges eventuella upprepade lägre doser läkemedel med tre timmars mellanrum tills aborten sker. Sena aborter tar i genomsnitt 6,5 timmar från första dos prostaglandiner tills fostret är ute, men med graviditetens längd ökar både denna tid och behovet av smärtlindring. Ibland upplever kvinnan en riklig blödning som varar i upp till två veckor och i sällsynta fall innebär blödningen att kirurgi eller blodtransfusion är nödvändigt. Risken finns också att rester är kvar i livmoderhålan efter behandlingen, en komplikation som kan åtgärdas med kirurgi (Brännström et al. 2016). Enligt Socialstyrelsen (2017) är det vanligast att medicinska aborter upp till graviditetsvecka nio avslutas i hemmet. Brännström et al. (2016) poängterar dock att även hemaborter skall påbörjas på sjukhus eller av Socialstyrelsen godkänd abortmottagning där kvinnan får läkemedel som sätter igång processen.

Kirurgisk abort går till på så sätt att livmoderhalsen utvidgas mekaniskt och sedan utryms livmoderhålan med en metod kallat vakuumaspiration. Kvinnan får antingen lokalbedövning eller läggs under generell anestesi. Kirurgisk abort utförs främst vid tidiga aborter upp till och med graviditetsvecka 12, men trots att metoden inte rekommenderas vid sena aborter kan den utföras ända upp tills graviditetsvecka 15. Infektion, blödning, skada på livmoderhalsen och perforation av livmodern är komplikationer som kan förekomma vid kirurgisk abort. Det finns också en risk på cirka två procent för att det finns rester kvar i livmoderhålan efter den kirurgiska aborten, vilket kräver behandling med antingen ett prostaglandinanaloga läkemedel eller ytterligare en vakuumaspiration (Brännström et al. 2016).

Att söka vård för abort

Enligt Brännström et al. (2016) befinner sig kvinnor som oönskat blir gravida i en situation som präglas av stress och känslighet, där flera upplever motstridiga känslor runt det beslut de står inför om att fortsätta graviditeten eller genomföra abort. Många oönskade graviditeter i Sverige uppstår trots att kvinnan använt preventivmedel (Kallner et al. 2015) och Brännström et al. (2016) poängterar att inget preventivmedel är 100 procent säkert. Det är vanligt att kvinnorna har ambivalenta känslor under beslutsprocessen och det kan upplevas som oerhört svårt att göra ett slutgiltigt val (Aléx & Hammarström 2004; Kirkman et al. 2010). Den övervägande majoriteten av kvinnorna har redan tagit sitt beslut när de söker vård för abort (Brännström et al. 2016) men enligt Aneblom (2006) finns ofta motstridiga och kluvna känslor runt detta beslut. Abortsökande kvinnors orsaker till abort grundar sig i de flesta fall i önskan om ett planerat föräldraskap (Helström 2006). Det kan vara så att kvinnan inte känner sig redo att få barn, inte vill vara ensamstående förälder, har ett instabilt eller problematiskt förhållande till sin partner eller har ekonomiska svårigheter (Aléx & Hammarström 2004; Kirkman et al. 2010). Andra orsaker kan vara önskan om att inte vilja avbryta en pågående utbildning eller önskan om att hitta ett arbete eller en lämplig bostad först (Wahlberg 2004). I vissa fall kan det vara andra omständigheter som gör att kvinnan vill göra abort, exempelvis olika typer av fosteravvikelse eller att graviditeten är resultatet av en våldtäkt (Finer et al. 2005). En annan orsak till att kvinnan söker vård för abort kan vara att fostret spontant dött utan att kroppen stött ut det – en typ av missfall kallat missed abortion (Borgfeldt et al 2010) där kvinnan måste genomgå samma procedur som vid en elektiv abort.

Sjuksköterskans roll och ansvar

Sjuksköterskan är ofta den första vårdpersonal abortsökande kvinnor kommer i kontakt med när de söker vård och är dessutom i stor grad involverad i omvårdnaden vid inducerad abort (Lipp & Fothergill 2009). På gynekologiska avdelningar är omvårdnaden av kvinnor som genomgår medicinsk inducerad abort en del av sjuksköterskans kliniska arbete, där sjuksköterskan bland annat ska övervaka händelseförloppet vid aborten och lindra den tillhörande smärtan (Huntington 2002). I omvårdnaden inför kirurgisk abortmetod ingår enligt Jerpseth (2011) vanliga preoperativa förberedelser av kvinnan. Efter ingreppet vårdas kvinnan postoperativt där sjuksköterskan observerar andning, cirkulation och blödningar. Att vårda kvinnor som genomgår inducerad abort kan enligt Huntington (2002) vara väldigt psykiskt krävande för sjuksköterskor. I studier om sjuksköterskors upplevelser av att vårda kvinnor som genomgår inducerad abort beskrivs omvårdnaden som både emotionellt och etiskt svår (Lindström et al. 2011; Nicholson et al. 2010; Parker et al. 2014). Det svåraste i omvårdnaden är enligt sjuksköterskor sena aborter där fostret har tydliga mänskliga drag då detta innebär att

ett potentiellt liv avslutats (Lindström et al 2011; Nicholson et al 2010). Att vårda kvinnor som gör upprepade aborter utgör en annan svårighet för sjuksköterskor där kvinnans situation beskrivs som svår att acceptera (Nicholson et al. 2010). Trots de olika svårigheterna i omvårdnaden erbjuds sjuksköterskor sällan vägledning eller utbildning för yrkesutveckling inom abortvård (Lindström et al. 2011).

Enligt Stålhandske et al. (2012) är det av stor vikt att kvinnors olika emotionella och existentiella behov vid inducerad abort tillgodoses, men studier visar att vårdpersonalens fokus främst ligger på det fysiska omhändertagandet av kvinnorna (Aléx & Hammarström 2004; Mariutti et al. 2007; Stålhandske et al. 2011b). Mariutti et al. (2007) poängterar att kvinnan måste ses i sin helhet då hon vid inducerad abort kan ha många olika behov utöver de fysiska. I den personcentrerade vården som enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016) är en viktig del av sjuksköterskans kärnkompetenser, ska sjuksköterskan kunna se hela patienten i dennes unika situation med egna individuella behov både fysiskt, psykiskt, socialt, andligt och existentiellt. Sjuksköterskan ska respektera patientens individuella upplevelse och inte moralisera runt de beslut patienten tar. Sjuksköterskans arbete ska dessutom ske i enlighet med ICN:s etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening 2017) som beskriver vikten av att sjuksköterskans bemötande präglas av professionella värden som lyhördhet, medkänsla och integritet. Vidare skrivs att respekten för patientens mänskliga rättigheter och värderingar är grundläggande i vårdarbetet. Vikten av ett sådant professionellt bemötande tydliggörs av Aneblom (2006) som anser att kvinnorna bör bemötas i vården med en öppenhet och förståelse för sin situation och det beslut hon tagit. Enligt McLemore et al. (2014) är det dessutom viktigt att sjuksköterskan bemöter kvinnan på ett icke dömande sätt och inte ifrågasätter kvinnans beslut om abort.

Parker et al. (2014) skriver att sjuksköterskor på gynekologiska avdelningar upplever deras kunskap om inducerad abort som bristfällig, vilket enligt Wahlberg (2004) bland annat kan leda till en bristande förståelse i mötet med abortsökande kvinnor. Nicholson et al. (2010) anser att omvårdnaden av kvinnor som genomgår inducerad abort är komplex och att detta ställer höga krav på sjuksköterskans kompetensnivå. För att säkerställa att dessa kvinnor ska få ett så bra bemötande som möjligt är det viktigt med både utbildning och handledning av personalen som är delaktiga i samband med aborten (Helström 2006; Wahlberg 2004). Enligt Parker et al. (2014) skulle en kunskapsutveckling hos sjuksköterskor på gynekologiska avdelningar kunna underlätta för en mer holistisk och personcentrerad omvårdnad av kvinnorna. Sjuksköterskor måste vara medvetna om kvinnors komplexa abortupplevelser för att på bästa möjliga sätt kunna stödja och stärka dem vid inducerad abort (Aléx & Hammarström 2004).

Joyce Travelbees omvårdnadsteori

År 1966 publicerades första upplagan av Joyce Travelbees bok ”Interpersonal Aspects of Nursing” där teorin om omvårdnadens mellanmänskliga aspekter beskrivs. Omvårdnadens mål är enligt Travelbee (1971 refererad i Kirkevold 2000, s.136) *”att hjälpa patienten att bemästra sjukdom och lidande och finna en mening i sin upplevelse”* och en god mellanmänsklig relation mellan sjuksköterska och patient ligger till grund för att kunna uppnå detta mål. I det mellanmänskliga mötet beskrivs vikten av att sjuksköterskan tolkar den lidande patienten som en egen individ helt olik andra patienter i samma situation och att eventuella stereotypa uppfattningar av denna ses bort från. Varje patient har en unik och personlig upplevelse av sin situation. En förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna skapa en mellanmänsklig relation med patienten är kommunikationen. Kommunikationen, både verbal och icke-verbal, är

sjuksköterskans viktigaste verktyg och är nödvändig för att kunna lära känna patienten som den unika individ hen är. Om sjuksköterskan genom god kommunikation identifierar och tillgodoser patientens individuella och unika behov i omvårdnaden menar Travelbee att patienten lättare kan ta sig genom sitt lidande och hitta en mening med det svåra hen genomgår. Genom att hitta en mening eller ett värde med det lidande en genomgått kan en svår erfarenhet verka stärkande för individen. (Travelbee 1971 refererad i Kirkevold 2000).

Problemformulering

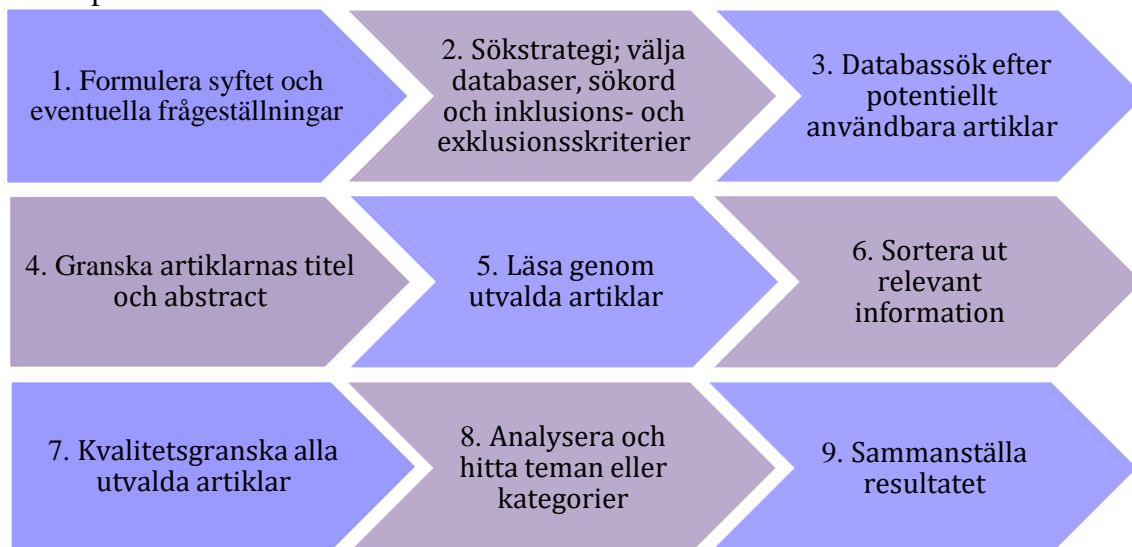
I Sverige görs cirka 38 000 aborter årligen av kvinnor som ofta befinner sig i en svår och känslig situation. Tidigare forskning visar att fokuset i omvårdnaden av kvinnor som genomgår inducerad abort främst ligger på det fysiska omhändertagandet, trots att de emotionella och existentiella behoven är väl så viktiga att tillgodose. Sjuksköterskor på gynekologiska avdelningar upplever sig dessutom ha bristfällig kunskap om inducerad abort men erbjuds sällan utbildning inom området. Omvårdnaden av kvinnor som genomgår inducerad abort är komplex och sjuksköterskor behöver en ökad förståelse för dessa kvinnors olika upplevelser för att kunna stödja och stärka dem i den svåra situationen.

Syfte

Litteraturstudiens syfte var att beskriva kvinnors upplevelser av att genomgå inducerad abort.

Metod

Den använda metoden är en litteraturstudie som genomförts med hjälp av Polit och Becks (2016) flödesschema på nio steg (Figur 1). Flödesschemat beskriver steg för steg tillvägagångssättet vid en litteraturstudie. En litteraturstudie ska enligt Polit och Beck (2016) genomföras systematiskt med klara inklusions- och exklusionskriterier för att den ska kunna vara replikerbar.



Figur 1. Polit och Becks (2016) flödesschema på nio steg, fritt översatt.

Litteratursökning

Enligt **steg 1** i Polit och Becks (2016) flödesschema på nio steg ska först syftet samt eventuella frågeställningar formuleras. I **steg 2** ska en strategi för sökningen utformas för att kunna identifiera relevanta artiklar som svarar på litteraturstudiens syfte. Detta innebär att välja ut vilka databaser sökningarna ska genomföras i, att välja ut relevanta sökord för valt ämne samt bestämma vilka inklusions- och exklusionskriterier som ska gälla. De databaser som användes var Cinahl, PubMed och PsycInfo – tre databaser som enligt Forsberg och Wengström (2016) täcker omvårdnadsforskning. Sökorden *Abortion induced*, *Women*, och *Experience* formulerades utifrån litteraturstudiens syfte. Sökordet *Women* valdes då det just är kvinnan som är i fokus och eftersom det alternativa sökordet *Patient* inte gav lika relevanta träffar. I Cinahl söktes *Abortion induced* i Cinahl Headings där *Abortion, Induced* föreslogs som MH (Major Heading). Sökorden *Women** och *Experience** trunkerades (*) vilket enligt Forsberg och Wengström (2016) görs för att få med ordens alla varianter, och söktes sedan inom AB (Abstract). Sökordet *Abortion induced* söktes i PubMed som MeSH-term (Medical Subject Headings) med subheading “psychology” för att smalna av sökandet och sökorden *Women** och *Experience** trunkerades och söktes i fritext. I PsycInfo söktes *Abortion Induced* som MJSUB (Major Subject) medan *Women** och *Experience** söktes som fritext inom AB (Abstract). Fritextsökningarna inom abstrakt gjordes i de databaser detta var möjligt för att få så relevanta träffar som möjligt, då Forsberg och Wengström (2016) menar att det som står i artikelns abstract speglar innehållet.

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusions- och exklusionskriterier begränsar sökningen och kan göra att irrelevanta artiklar undviks (Polit & Beck 2016). Artiklar som inkluderades i litteraturstudien skulle behandla kvinnors upplevelser av att genomgå inducerad abort från det att de tagit sitt beslut. Aborten skulle ha genomförts i länder där fri abort är lagligt, det vill säga att kvinnan fram till abortgränsen själv har rätt att bestämma sig för att göra abort. Aborten skulle också ha genomförts på sjukhus då det är i denna kontext sjuksköterskan är involverad. Artiklarna skulle vara kvalitativa, skrivna på engelska, svenska eller norska och publicerade inom de senaste 10 åren (2008.01.01-2018.01.24). Dessutom skulle artiklarna vara peer reviewed, vilket enligt Polit och Beck (2016) innebär att de genomgått en granskning av minst två experter på området. Artiklar vars fokus var kvinnors upplevelser av inducerad abort efter missed abortion exkluderades, liksom artiklar som behandlar kvinnors upplevelser av inducerad abort efter en våldtäkt eller på grund av fosteravvikelse. Alla review-artiklar exkluderades också.

Sedan genomfördes en databassökning i **steg 3** där alla sökningar dokumenterades noggrant. Sökningarna i Cinahl (tabell 1), PubMed (tabell 2) och PsycInfo (tabell 3) presenteras nedan.

Tabell 1. Databassök och urval i Cinahl.

Cinahl					
Sökning	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
S1	Abortion, induced (MH)	2 299			
S2	Women* (AB)	85 507			

S3	Experience* (AB)	97 889			
S4	S1 AND S2 AND S3	191	13	5	5

Tabell 2. Databassök och urval i Pubmed.

PubMed					
Sökning	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
S1	Abortion, Induced/psychology [MeSH]	6 274			
S2	Women*	487 808			
S3	Experience*	447 927			
S4	S1 AND S2 AND S3	218	13(6)	1	1

(*) Tal inom parentes visar antal externa dubletter.

Tabell 3. Databassök och urval i Psycinfo.

PsycInfo					
Sökning	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
S1	Abortion, induced (MJSUB)	858			
S2	Women* (AB)	92 192			
S3	Experience* (AB)	187 098			
S4	S1 AND S2 AND S3	178	21(13)	1	1

(*) Tal inom parentes visar antal externa dubletter.

Urval

I **steg 4** primärgranskades artiklarnas titel och abstrakt för att värdera varje artikels relevans för litteraturstudiens syfte; 191 från Cinahl, 218 från PubMed och 178 från PsycInfo. Vissa artiklar var externa dubletter, några bedömdes ligga utanför litteraturstudiens syfte och andra uppfyllde inte inklusionsskriterierna. Där det tydligen framgick utifrån artikelns titel att denna inte uppfyllde inklusionsskriterierna, exempelvis att studien gjorts i ett land med restriktiva abortlagar, exkluderades artikeln direkt utan att abstrakt lästes. 13 artiklar från Cinahl, sju artiklar från PubMed och åtta artiklar från PsycInfo valdes i det första urvalet. I **steg 5** lästes de

28 artiklarna från det första urvalet i sin helhet för att i **steg 6** kunna granska dessa och avgöra om de fortfarande stämde överens med litteraturstudiens syfte.

Totalt valdes sju av artiklarna ut i urval 2, varav fem var från Cinahl, en var från PubMed och en från PsycInfo. Flera artiklar exkluderades då de intervjuade kvinnorna var från länder med restriktiva abortlagar. En artikel exkluderades då det visade sig att de intervjuade kvinnorna enbart diskuterade inducerad abort utan att ha haft egna upplevelser av det. Två artiklar exkluderades då de enbart behandlade kvinnors vårdbehov vid inducerad abort. De resterande exkluderade artiklarna svarade inte på litteraturstudiens syfte. Därefter gjordes en kritisk granskning av de sju artiklarna från urval 2 i **steg 7** med hjälp av Polit och Becks (2016) "Guide to an Overall Critique of a Qualitative Research Report". Samtliga artiklar bedömdes vara av medels till hög kvalitet och utgör därmed urval 3. De sju artiklar som ligger till grund för litteraturstudien redovisas i en artikelmatris (bilaga 1).

Databearbetning och analys

En induktiv analys gjordes i **steg 8** där inspiration hämtades från Forsberg och Wengströms (2016) latenta innehållsanalys. Först gjordes en induktiv databearbetning genom att artiklarnas resultat lästes flera gånger och relevant och användbar data som svarade mot litteraturstudiens syfte extraherades. Denna data lästes sedan en gång till medan likheter och skillnader i kvinnornas liknande upplevelser färgkodades. Varje färgkod tilldelades ett kodord för att förenkla bearbetningen av data. Med hjälp av kodorden kunde kvinnornas upplevelser sorteras och olika teman identifieras. Analysen resulterade i fyra teman (figur 2). Dessa fyra teman låg till grund för sammanställningen av litteraturstudiens resultat som gjordes i **steg 9**.

Forskningsetiska ställningstaganden

Tidigare publicerade studier ligger till grund för denna litteraturstudie och enligt Forsberg och Wengström (2016) måste etiska överväganden göras innan en litteraturstudie påbörjas. De etiska överväganden som är aktuella för en litteraturstudie beträffar urvalet och hur resultatet presenteras (Forsberg & Wengström 2016). Alla artiklar som bedömdes svara på litteraturstudiens syfte har presenterats i en artikelmatris (bilaga 1) och har redovisats oavsett vad artiklarnas resultat visat. Artiklarna har dessutom kvalitetsgranskats för att säkerställa att de antingen godkänts av en etisk kommité eller genomgått grundliga etiska överväganden eftersom detta enligt Forsberg och Wengström (2016) är en viktig aspekt. Vetenskapsrådets (2011) riktlinjer för god vetenskaplig sed följdes också vilket innebär att inget fusk eller oredlighet har förekommit. Lexikon användes som stöd till översättningar men alla citat har skrivits på originalspråket då det bedömdes vara viktigt att dessa inte feltolkades.

Resultat

Litteraturstudiens resultat sammanställdes utifrån sju kvalitativa vetenskapliga artiklar som alla behandlar kvinnors upplevelser av att genomgå inducerad abort (bilaga 1). Artiklarna är från Sverige, USA och England och publicerades mellan 2008 och 2017. Resultatet består av de fyra teman *Att inte känna sig förberedd*, *Att lida fysiskt och emotionellt*, *Att vara i behov av stöd* och *Att hitta en mening och försöka gå vidare* (figur 2), som presenteras nedan i löpande text.



Figur 2.

Att inte känna sig förberedd

Kvinnorna beskrev att de saknade ordentlig information från vårdpersonalen om hur det egentligen skulle vara att genomgå en inducerad abort, samt om vad de kunde förvänta sig då detta för många var en helt ny erfarenhet (Andersson et al. 2014; Muckavaara et al. 2012; Stålhandske et al. 2011a). Att inte veta hur de skulle kunna klara att hantera denna nya erfarenhet beskrevs som oroande och skrämmande (Andersson et al. 2014). Några kvinnor föredrog dock att vara oförberedda då de helst ville undvika att tänka på vad de skulle genomgå (Andersson et al. 2014). För att själva förbereda sig inför aborten sökte flera information på internet eller hos vänner och vårdpersonal (Andersson et al. 2014). Kvinnorna berättade i efterhand att de inte hade känt sig förberedda på just hur smärftfull aborten skulle komma att bli (Andersson et al. 2014; Muckavaara et al. 2012; Stålhandske et al. 2011a) eller att det skulle vara en så emotionellt svår process att genomgå (Muckavaara et al. 2012; Stålhandske et al. 2011a). Att ha erfarenhet av barnafödande sedan innan gjorde att vissa kvinnor kände sig bättre förberedda inför en sen abort (Muckavaara et al. 2012; Purcell et al. 2017), men flera av kvinnorna beskrev ändå att de inte hade förväntat att aborten skulle ha så många likheter med en förlossning (Purcell et al. 2017).

“I never realised that it was gonna be like actually giving birth, and having to – like, I got contractions and had to push ... “ (Purcell et al. 2017, s.175).

Innan fostret kom ut hade flera av kvinnorna inte förstått hur utvecklat fostret skulle vara (Andersson et al. 2014; Mukkavaara et al. 2012), detta trots att flera tidigare hade sett fostret på en skärm under ultraljudsundersökningen (Andersson et al. 2014). Synen av fostret beskrevs som skrämmande (Mukkavaara et al. 2012), oroande (Andersson et al. 2014) och hemsk (Purcell et al. 2017).

“You could see fetus, where the ears were, the arms, I was really frightened” (Mukkavaara et al. 2012, S.722)

Att lida fysiskt och emotionellt

Kvinnornas fysiska upplevelse av medicinsk abort beskrevs som smärtsam (Andersson et al. 2014; Halldén et al. 2009; Mukkavaara et al. 2012; Purcell et al. 2017) och en majoritet av dessa kvinnor upplevde smärtan som mest intensiv då fostret var på väg ut (Andersson et al. 2014; Mukkavaara et al. 2012; Purcell et al. 2017). Kvinnor som genomgick tidiga medicinska aborter beskrev att smärtan liknade menstruationssmärter (Halldén et al. 2009), medan kvinnor som genomgick sena medicinska aborter upplevde smärtsamma sammandragningar (Andersson et al. 2014; Purcell et al. 2017). En kvinna som genomgick sen medicinsk abort beskrev att det var så smärtsamt att hon trodde hon skulle dö (Andersson et al. 2014). Flera kvinnor som hade tidigare erfarenhet av barnafödande kallade den sena medicinska aborten för en miniförlossning, men trots detta tyckte några av dem att de inte förtjänade ordentlig smärtlindring och att de inte var berättigade att behandlas på samma sätt som en födande kvinna av vårdpersonalen (Purcell et al. 2017). Andra upplevelser av fysiska symtom vid medicinsk abort var blödningar (Andersson et al. 2014; Mukkavaara et al. 2012) samt biverkningar som illamående och yrsel på grund av smärtlindringen (Andersson et al. 2014). Att genomgå en kirurgisk abort förknippades med mindre fysiskt och emotionellt lidande för kvinnorna eftersom de blev sövda och vaknade upp till att aborten var över (Halldén et al. 2009; Mukkavaara et al. 2012; Purcell et al. 2017).

Processen fram till dess att fostret var ute var emotionellt svår för kvinnor som genomgick medicinsk abort (Andersson et al. 2014; Mukkavaara et al. 2012; Purcell et al. 2017). Att svälja tablettorna som skulle sätta igång abortprocessen upplevdes som oerhört svårt då det innebar att beslutet inte kunde ändras (Andersson et al. 2014; Mukkavaara et al. 2012) och i samband med detta konfronterades flera av kvinnorna med existentiella tankar kring liv och död (Andersson et al. 2014). För flera kvinnor förstärktes det emotionella lidandet då de ansåg att aborten innebar att de tog livet av sitt eget barn (Andersson et al. 2014; Dykes et al. 2011; Halldén et al. 2009; Mukkavaara et al. 2012; Trybulski 2008). Att råka se fostret upplevdes av vissa kvinnor som den emotionellt värsta delen av hela processen (Mukkavaara et al. 2012; Purcell et al. 2017) medan andra kände ett behov av att se fostret för att försäkra sig om att det inte levde (Andersson et al. 2014) eller för att ta farväl (Andersson et al. 2014; Stålhandske et al. 2011a). En kvinna beskrev att hon blev överförd till förlossningen då abortmottagningen stängde och att hon blev väldigt upprörd då hon insåg att hennes nya rum var klargjort för en nyfödd bebis (Purcell et al. 2017). Kvinnorna beskrev att de efter aborten reagerade med känslor av skuld, skam (Dykes et al. 2011; Mukkavaara et al. 2012; Stålhandske et al. 2011a), sorg (Andersson et al. 2014; Dykes et al. 2011; Mukkavaara et al. 2012; Purcell et al. 2017; Stålhandske et al. 2011a; Trybulski 2008), tomhet (Halldén et al. 2009; Purcell et al. 2017; Stålhandske et al. 2011a), ilska (Mukkavaara et al. 2012), förlust (Mukkavaara et al. 2012;

Trybulski 2008) och ånger (Dykes et al. 2011; Mukkavaara et al. 2012; Trybulski 2008). Aborten beskrevs av vissa kvinnor som ett emotionellt trauma (Mukkavaara et al. 2012) och efter aborten utvecklade flera av dem ångest (Mukkavaara et al. 2012) och depression (Dykes et al. 2011; Mukkavaara et al. 2012; Stålhandske et al. 2011a).

Att vara i behov av stöd

Under själva abortprocessen var det viktigt för flera kvinnor att ha en partner eller vän vid sin sida (Andersson et al. 2014; Mukkavaara et al. 2012), men några beskrev ett behov av att vara själv för att ha tid att reflektera (Andersson et al. 2014). Vårdpersonalens stöd hade stor betydelse för kvinnorna (Andersson et al. 2014; Halldén et al. 2009; Mukkavaara et al. 2012) och en kvinna uttryckte att vårdpersonalen var det enda stödet hon hade (Mukkavaara et al. 2012). Även efter den inducerade aborten hade kvinnorna olika behov av stöd. För en majoritet av kvinnorna var det viktigt att få stöd från omgivningen (Andersson et al. 2014; Dykes et al. 2011; Halldén et al. 2009; Mukkavaara et al. 2012; Stålhandske et al. 2011a). En kvinna beskrev att hela familjen stöttade henne och att detta gav henne en slags känsla av samhörighet (Halldén et al. 2009). Andra kvinnor fick inte stöd från sin omgivning (Dykes et al. 2011; Halldén et al. 2009; Purcell et al. 2017) och en ung kvinna berättade att familjen beskyllde henne för att vara oförsiktig och oansvarig (Halldén et al. 2009).

Att prata med någon om abortupplevelsen i efterhand kändes viktigt för kvinnorna (Andersson et al. 2014; Dykes et al. 2011; Mukkavaara et al. 2012; Stålhandske et al. 2011a) men flera upplevde att de hade svårt att prata om aborten med andra (Dykes et al. 2011; Mukkavaara et al. 2012; Stålhandske et al. 2011a; Trybulski 2008). Orsakerna som kvinnorna uppgav till att de inte ville anförtro sig till andra om aborten var rädslan av att de skulle dömas (Dykes et al. 2011), att andra skulle ändra uppfattning om dem (Dykes et al. 2011; Trybulski 2008) eller överge dem (Dykes et al. 2011; Trybulski 2008). Några kvinnor vågade aldrig anförtro sig till någon om att de hade genomgått en abort (Dykes et al. 2011; Mukkavaara et al. 2012) och flera önskade att det hade varit lättare och mer acceptabelt att prata med andra om sin abort (Stålhandske et al. 2011a; Trybulski 2008).

“I could not tell anyone what I really was up to (...). The nurse was my support.”
(Mukkavaara et al. 2012, S.722)

Att hitta en mening och försöka gå vidare

En lättnad över att aborten var över beskrevs av flera kvinnor (Andersson et al. 2014; Halldén et al. 2009; Purcell et al. 2017; Stålhandske et al. 2011a) och för några var det så enkelt som att bara gå tillbaka till sina normala liv efter aborten (Dykes et al. 2011; Halldén et al. 2009).

“The relief came straight after I’d had the abortion. It felt wonderful, that the whole circus was over and I could go back to normal ...” (Halldén et al. 2009, s.246)

Andra hade behov av att hitta en mening eller ett värde i det svåra de genomgått som en del av att försöka gå vidare (Dykes et al. 2011; Halldén et al. 2009; Stålhandske et al. 2011a; Trybulski 2008). Några kvinnor sökte mening och tröst genom sin religion och förklarade att de trodde att fostrets själ skulle finna en annan boning (Stålhandske et al. 2011a; Trybulski 2008). Kvinnorna upplevde att erfarenheten gjorde dem mer ansvarsfulla, självsäkra (Halldén et al.

2009) och mogna (Stålhandske et al. 2011a) och att de fann en styrka i sig själva (Andersson et al. 2014; Dykes et al. 2011; Trybulski 2008). Kvinnorna fann en glädje i att veta att de var fertila (Dykes et al. 2011; Halldén et al. 2009), i att ha upplevt att vara gravida (Purcell et al. 2017; Stålhandske et al. 2011a) och i att ha upplevt moderskänslor (Halldén et al. 2009; Stålhandske et al. 2011a). Några av kvinnorna uttryckte en stolthet över att ha klarat av att genomgå något så emotionellt svårt (Andersson et al. 2014). Vissa tänkte på aborten som en erfarenhet som positivt format dem (Dykes et al. 2011; Trybulski 2008).

Kvinnorna hade ofta behov av en symbolisk avslutning på abortprocessen för att kunna gå vidare (Andersson et al. 2014; Stålhandske et al. 2011a; Trybulski 2008) och hade olika sätt att göra detta på. De tog farväl med fostret (Andersson et al. 2014), höll det (Stålhandske et al. 2011a), bad om förlåtelse (Trybulski 2008), skrev ett brev till det (Andersson et al. 2014; Stålhandske et al. 2011a; Trybulski 2008) eller tände ett ljus för det (Stålhandske et al. 2011a). En kvinna beskrev att hon lade sitt finger i fostrets lilla hand för att säga farväl och att detta kändes nödvändigt för henne att göra då hon trots allt hade burit fostret under lång tid (Andersson et al. 2014). Att ha blödningar och humörsvängningar under flera veckor efter aborten beskrevs som ett hinder för att kunna gå vidare, men flera uttryckte att de var redo för att gå vidare så fort de kroppsliga symtomen var borta (Purcell et al. 2017). För flera av kvinnorna var det lättare att gå vidare då de var helt säkra i sitt beslut (Dykes et al. 2011; Muckavaara et al. 2012; Stålhandske et al. 2011a; Trybulski 2008). Aborten beskrevs av kvinnor som en svår erfarenhet de sent kommer att glömma (Andersson et al. 2014; Dykes et al. 2011; Muckavaara et al. 2012), men några ville helst undvika att tänka på det som hade hänt (Dykes et al. 2011). Vissa kvinnor var dock överraskade över att de hade ett positivt övergripande minne av aborten (Andersson et al. 2014).

Diskussion

I resultatet användes sju kvalitativa vetenskapliga artiklar för att svara på litteraturstudiens syfte. Artiklarna presenteras i bilaga 1. Kvinnors upplevelser av att genomgå inducerad abort har beskrivits som *Att inte känna sig förberedd*, *Att lida fysiskt och emotionellt*, *Att vara i behov av stöd* och *Att hitta en mening och försöka gå vidare*.

Resultatdiskussion

I studiens resultat framkom det att kvinnorna hade önskat att få mer information om hur förloppet vid en inducerad abort skulle gå till samt om vad de kunde förvänta sig under och efter abortprocessen. Bland annat var de inte förberedda på hur emotionellt svår upplevelsen skulle komma att bli. Majoriteten av kvinnorna som upplevde att de inte kände sig förberedda inför den inducerade aborten var från svenska studier. Enligt den svenska patientlagen (SFS 2014:821) har patienten rätt att informeras om bland annat sitt tillstånd och om vård- och behandlingsförloppet. Aneblom (2006) betonar vikten av att kvinnor inför en inducerad abort ges noggrann information för att de ska kunna känna sig förberedda. Denna information ska innefatta allt från hur aborten genomförs och vilken smärtlindring som finns tillgänglig, till vilken personal som kommer vara involverad i vården. I en svensk studie av Stålhandske et al. (2011b) om hur kvinnor upplever abortvården beskrivs den svenska abortvården som neutral, rationell och distanserad. Kvinnor som var väldigt upprörda under tiden de var ineliggande på avdelningen ansåg det konstigt att vårdpersonalen aldrig nämnde något om vilka känslor som kunde förväntas i samband med aborten och flera ifrågasatte varför inte emotionella, existentiella eller moraliska frågor hade tagits upp under vårdtiden. Att prata med kvinnan om

de fysiska och emotionella aspekterna som kan upplevas i samband med en abort menar Altshuler et al. (2017) är nödvändigt för att kunna upptäcka vilka bekymmer kvinnan har kring aborten och kunna lindra och bemöta hennes oro.

I studiens resultat framkom det att kvinnorna oftast hade behov av stöd från sin omgivning men att flera upplevde det som svårt att prata om aborten och att vissa inte vågade prata om den alls. Detta resultat överensstämde med tidigare studier av McIntyre et al. (2001), Hess (2004) och Poggenpoel (2006) som beskrev att kvinnor som genomgått en inducerad abort oftast ville hålla det hemligt för sin omgivning. Vidare framkom det i litteraturstudiens resultat att känslor av skuld och skam var vanligt förekommande och att några kvinnor inte kände sig berättigade att behandlas likvärdigt som andra patientgrupper av vårdpersonalen. Kvinnornas känslor av skuld och skam i samband med aborten och deras rädsla för hur andra skulle tänka eller uppföra sig gentemot dem om de visste om aborten, tyder på att kvinnorna kan ha en internaliserat stigma runt sitt beslut om abort. I en studie av Hoggart (2017) kom det fram att kvinnor som genomgått en inducerad abort oftare dolde aborten för sin omgivning om känslor av skuld och skam var inblandade. Stigman runt aborter hålls enligt McIntyre (2001) i liv genom samhällets sociala och kulturella konstruktioner om abort, exempelvis att alla oönskade graviditeter kan förhindras med preventivmedel och att aborter bara görs av oansvariga kvinnor. Sjuksköterskan omges precis som de abortsökande kvinnorna av samhällets konstruktioner om abort och om sjuksköterskan i mötet med kvinnan försöker ta avstånd från dessa konstruktioner kan utrymme ges för kvinnans personliga upplevelse (McIntyre 2001). Hoggart (2017) hävdar dessutom att en normalisering av abort kan sätta kvinnors abortupplevelser i en annan kontext vilket också kan reducera kvinnors upplevda stigman kring abort.

I studiens resultat framkom det att kvinnorna upplevde många olika typer av emotionellt lidande både under och efter den inducerade aborten. Särskilt känslor av sorg, tomhet och skuld var vanliga reaktioner hos kvinnorna. Resultatet styrks av tidigare studier av McIntyre et al. (2001), Hess (2004) och Poggenpoel (2006) där kvinnorna beskrev ett liknande emotionellt lidande och för flera kvinnor var sorgen det centrala i detta lidande (McIntyre et al. 2001). Likheter kan även ses hos kvinnor som genomgått missfall då dessa enligt studier visat sig ha liknande emotionella reaktioner av sorg (Mulvihill & Walsh 2014; Murphy & Merrell 2009). Sorgen över fostret var vanligt förekommande både hos kvinnor som genomgått inducerad abort och hos kvinnor som genomgått missfall och detta kan tyda på att betydelsen för dessa ligger i *att* graviditeten avslutats snarare än i *hur* graviditeten avslutats. Hess (2004) och Williams (2000) skriver att kvinnor som genomgår inducerad abort upplever att de inte kan eller får sörja barnet de förlorat och enligt Williams (2000) grundar sig detta i att samhället inte erkänner en abort som en förlust på samma sätt som med andra typer av graviditetsförluster. Mariutti et al (2007) poängterar att en inducerad abort, precis som ett missfall, kan upplevas som en kris för kvinnan och menar att kvinnor är i behov av emotionellt stöd och förståelse, oberoende av orsaken till graviditetens avslutande. Williams (2000) menar att sjuksköterskan genom att bekräfta att kvinnan är berättigad att känna sorg över den inducerade aborten kan underlätta för kvinnan att prata om sina känslor. Enligt Breitbart (2000) kan vårdpersonalen skapa en trygg miljö där kvinnan kan få utlopp för sina känslor genom att vara närvarande, icke-dömande och lyssna. Vidare beskrivs även vikten av att bekräfta kvinnans olika känslor och försäkra henne om att alla dessa känslor är normala.

Trots att kvinnorna hade liknande upplevelser av att genomgå inducerad abort hade de olika och unika behov under och efter aborten både fysiskt, emotionellt och existentiellt. Ett personcentrerat arbetssätt är en del av sjuksköterskans kärnkompetenser (Svensk

sjuksköterskeförening 2016) och innebär bland annat att patientens individuella vårdbehov ska tas hänsyn till. Stålhandske et al. (2011b) anser att kvinnors unika och individuella vårdbehov vid inducerad abort ställer krav på att vårdpersonalen är såväl flexibel som inkännande. Sjuksköterskans utgångspunkt i att patienten är en unik individ med individuella behov i omvårdnaden ligger enligt Travelbee (1971 refererad i Kirkevold 2000) till grund för att en mellanmänsklig relation ska kunna skapas mellan de två. Kommunikationen är ett av sjuksköterskans viktigaste verktyg och en förutsättning för att kunna skapa en sådan mellanmänsklig relation med patienten. Denna relation underlättar i sin tur för sjuksköterskan att kunna uppnå omvårdnadens mål som i Travelbees omvårdnadsteori är att hjälpa patienten ta sig genom sitt lidande och finna en mening i det svåra en genomgått (Travelbee 1971 refererad i Kirkevold 2000). Det är därför avgörande att sjuksköterskan genom både verbal och icke-verbal kommunikation visar att hen finns där för kvinnan som genomgår inducerad abort samt visar förståelse och ger stöd i denna sårbara situation. På detta sätt kan sjuksköterskan skapa en god mellanmänsklig relation med kvinnan och hjälpa henne ta sig igenom den svåra situationen.

En reflektion som gjorts under arbetet med uppsatsen är att en kvinnas aktiva beslut om att avsluta sin graviditet inte är synonymt med att hon inte bryr sig om barnet hon kunde haft eller att barnet inte var önskat. Det är därför viktigt att sjuksköterskan under vårdtiden har förståelse för kvinnans upplevde emotionella lidande. Kvinnors upplevelser av att genomgå inducerad abort är komplexa och McIntyre (2001) anser att dessa kvinnors upplevelser bäst kan förstås som upplevelser av en graviditet som slutar i en abort snarare än bara upplevelser av att genomgå en abort.

Metoddiskussion

Som metod för litteraturstudien användes Polit och Becks (2016) flödesschema på nio steg som beskriver tillvägagångssättet vid en litteraturstudie.

Sökorden som användes i studien var få och breda, men bedömdes vara de mest relevanta sökorden för studiens syfte. Att tillägga sökord som *Emotion** och *Termination of pregnancy* resulterade i nästan enbart dubletter samt några artiklar som inte var relevanta för studiens syfte. Att söka vissa sökord i fritext kan anses vara en svaghet då fritextsökningar generellt inte ger lika relevanta träffar som sökningar på ämnesord ger. Sökordet *Experience** söktes i fritext då det inte fanns något utbytbar ämnesord och sökordet *Women** bedömdes vara mest lämpligt att söka i fritext då sökordet som ämnesord gav för få träffar. I efterhand reflekterades att sökordet *Experience** kunde ha byts ut med *Experienc**, en snabb sökning på detta sökord visade dock att träffarna var nästan helt de samma och att detta inte hade haft någon betydelse för urvalet av artiklar som litteraturstudiens resultat bygger på. I databaserna var det inte möjligt att exkludera specifika länder i sökningarna, detta resulterade i att träffarna blev många och artiklar från länder med restriktiva abortlagar fick exkluderas manuellt. I Cinahl och PsycInfo gjordes sökningar inom AB (Abstract) för att få så relevanta träffar som möjligt, detta kan dock ha resulterat i ett bortfall av relevanta artiklar där inget abstrakt fanns tillgängligt.

Litteraturstudiens resultat sammanställdes utifrån sju artiklar från tre länder och hade sökningarna vidgats med några år till kunde artiklar från flera olika länder kommit med, vilket kunde ha påverkat studiens resultat. Då det vi betraktar som kunskap enligt Forsberg och Wengström (2016) förändras med tiden, bedömdes det vara en större fördel att forskningen i denna litteraturstudie var av nyare sort. Det kan anses vara en svaghet att endast upplevelser

från tre länder är representerade i resultatet och att svensk forskning är överrepresenterad. Fri abort har varit lagligt i Sverige i över 30 år och Sverige är ett av få länder som tillåter fri abort upp till graviditetsvecka 18, vilket medför att svenska kvinnor kan en annan abortupplevelse jämfört med kvinnor i andra länder. ...

Endast kvalitativa artiklar valdes ut till denna litteraturstudie vilket betyder att relevanta kvantitativa studier som kunde ha påverkat resultatet inte identifierades. En bedömning om att enbart inkludera kvalitativa artiklar gjordes då dessa ger personliga beskrivningar av att genomgå abort, vilket ger en djupare förståelse för de individuella kvinnornas upplevelser. I en av de sju artiklarna användes ett inledande frågeformulär där kvinnornas svar sedan följdes upp i de djupgående intervjuerna, men enbart intervjudelen har använts i litteraturstudiens resultat. Att en person är medförfattare i två av de svenska studierna bedömdes vara positivt då det vid en databassökning upptäcktes att personen forskat mycket inom området. Ingen gräns sattes för hur länge efter aborten kvinnorna i artiklarna skulle ha intervjuats och detta kan vara en svaghet då känslor och tankar runt upplevelserna kan ha ändrats över tiden. Hade en gräns satts för hur länge efter aborten kvinnan skulle ha intervjuats så hade kvinnornas minnen av upplevelsen varit färskare, vilket kunde ha haft en betydelse för studiens resultat.

Det faktum att uppsatsförfattaren varit själv om att skriva arbetet har inneburit att det inte funnits någon att diskutera eller bolla idéer med. Vid osäkerheter har dock diskussion förts med handledaren eller med behjälpliga kurskamrater. Ett neutralt arbetssätt har eftersträvat genom hela arbetets gång. Enligt Polit och Beck (2016) kan en kvalitativ studies tillförlitlighet baseras på i vilken grad resultatet är överförbart till andra miljöer. Uppsatsförfattaren spekulerar att överförbarheten till andra länder med fria abortlagar skulle vara god då resultatet visade att kvinnors upplevelser av att genomgå inducerad abort var likartade i alla tre representerade länder.

Klinisk betydelse

Litteraturstudiens resultat gör det tydligt att kvinnor har olika emotionella behov under och efter sin inducerade abort och detta måste sjuksköterskan ta i beaktning under omvårdnaden av varje kvinna. Vikten av att sjuksköterskan ger kvinnan tillräcklig information tydliggörs genom kvinnornas upplevelser av att inte känna sig förberedda inför aborten. Det är avgörande att sjuksköterskan tar sig god tid till att prata med kvinnan och framförallt visar förståelse och bekräftar hennes emotionella lidande. Användandet av både verbal och icke-verbal kommunikation är nödvändig för att kunna skapa en god mellanmänsklig relation med kvinnan. Om sjuksköterskan utgår ifrån varje unika kvinnas förväntningar till och behov i omvårdnaden vid inducerad abort, kan det leda till en bättre vårdupplevelse för kvinnan och ge henne bästa möjliga förutsättningar för att ta sig genom den svåra situationen.

Förslag till fortsatt forskning

I litteraturstudien framkom det att kvinnor upplevde det som svårt att berätta om sin abort för andra och att känslor av skuld och skam var vanligt förekommande i samband med aborten. Eftersom det i Sverige är fri abort upp till graviditetsvecka 18 som gäller, skulle det vara intressant att se forskning på i vilken grad kvinnor i Sverige upplever stigma kring sitt beslut om abort och hur detta påverkar deras abortupplevelser. Finns en skillnad mellan svenska

kvinnors upplevde stigma kring aborter jämfört med kvinnor i länder med mer restriktiva abortlagar? Det skulle vidare vara intressant att se forskning på svenska sjuksköterskors kunskap om och attityder till kvinnor som genomgår inducerad abort, då sådana studier skulle kunna ge information om vad som borde fokuseras på vid utbildning och handledning av sjuksköterskor i abortvården.

Slutsats

Att genomgå inducerad abort upplevdes av kvinnorna som fysiskt smärtsamt och emotionellt påfrestande i större eller mindre grad. Kvinnornas emotionella lidande efter aborten präglades av känslor av allt från sorg och tomhet till skam och självskhet. Flera önskade att de hade blivit bättre förberedda av vårdpersonalen på vad de skulle genomgå då abort var en helt ny erfarenhet. Det var viktigt för kvinnorna att få stöd från omgivningen men flera kvinnor upplevde brist på stöd. Trots att flera ville prata med andra om aborten vågade de inte av rädsla för att andra skulle vara dömande. Efter aborten var vissa kvinnor lättade över att kunna gå tillbaka till sina vanliga liv medan andra hade behov av en symbolisk avslutning för att kunna gå vidare. Det var vanligt för kvinnorna att försöka hitta en mening i den svåra upplevelsen de genomgått. Aborten beskrevs av några som en upplevelse de helst ville glömma och av andra som en upplevelse förknippat med positiva minnen.

Referenser

*Artiklar som har använts i litteraturstudiens resultat.

Alex, L. & Hammarström, A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion - a feminist perspective. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 18(2) 160-168.

Altshuler, A., Ojanen-Goldsmith, A., Blumenthal, P. & Freedman, L. (2017). A good abortion experience: a qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. *Social Science & Medicine*, 191, 109-111.

Aneblom, G. (2006). Bemötande och omhändertagande vid abort. I Matsson, L. Å. (Red.). *Rapport nr.54 - Inducerad abort*. Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi. Ss.17-27. <https://www.sfog.se/natupplaga/540433f4df-b542-42dd-8b28-93e4a8355cbd.pdf> [2018-01-11]

*Andersson I-M., Christensson, K., Gemzell-Danielsson, K. (2014). Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. *Public Library of Science One*, 9(12).

Borgfeldt, C., Åberg, A., Andersson, E., Andersson, U-E. (2010). *Obstetrik och gynekologi*. 4. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Breitbart V. (2000). Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2, 26-33.

Brännström, M., Danielsson, K. G., Hagberg, H., Landgren, B-M., Marsal, K. & Westgren, M. (2016). *ObGyn*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur

*Dykes, K., Slade, P. & Haywood, A. (2011). Long term follow-up of emotional experiences after termination of pregnancy: women's views at menopause. *Journal Of Reproductive & Infant Psychology*, 29(1), 93-112.

FASS (2017a). *Angusta*.
<http://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=20160226000018> [2018-01-30]

FASS (2017b). *Mifegyne*.
<http://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=19920904000068> [2018-01-30]

Finer, L. B., Frohwirth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S. & Moore, A. M. (2005). Reasons U.S women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(3), 110-118.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4. uppl. Stockholm: Natur & kultur

- *Halldén, B., Christensson, K. & Olsson, P. (2009). Early abortion as narrated by young Swedish women. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 23(2), 243-250.
- Helström, L. (2006). Känslor och reaktioner hos abortsökande och personal. I Matsson, L. Å. (Red.). *Rapport nr.54 - Inducerad abort*. Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi. <https://www.sfog.se/natupplaga/540433f4df-b542-42dd-8b2893e4a8355cbd.pdf> [2018-01-11]
- Hess, R. (2004). Dimensions of women's long-term postabortion experience. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 29(3), 193-198.
- Hoggart, L. (2017). Internalised abortion stigma; Young women's strategies of resistance and rejection. *Feminism & Psychology*, 27(2), 186-202.
- Huntington, A. D. (2002). Working with women experiencing mid-trimester termination of pregnancy: the integration of nursing and feminist knowledge in the gynaecological setting. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 273-279.
- Jerpseth, H. (2011). Gynekologisk omvårdnad. I H. Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.). *Klinisk omvårdnad*. 2. 2., [uppdaterade] uppl. Stockholm: Liber. Ss.17-52
- Kallner, H. K., Thunell, L., Brynhildsen, J., Lindeberg, M. & Danielsson, K. G. (2015). Use of Contraception and Attitudes towards Contraceptive Use in Swedish Women – A Nationwide Survey. *Public Library of Science One*, 10(5).
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. 2., [omarb. Och utvidgade] uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Kirkman, M., Rosenthal, D., Mallet, S., Rowe, H. & Hardiman, A. (2010). Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1(4), 149-155.
- Lindström, M., Wulff, M., Dahlgren, L. & Lalos, A. (2011). Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 542–548.
- Lipp, A. & Fothergill, A. (2009). Nurses in abortion care: identifying and managing stress. *Contemporary Nurse*, 31:2, 108-120.
- McIntyre, M., Anderson B. & McDonald, C. (2001). The Intersection of Relational and Cultural Narratives: Women's Abortion Experiences. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(3), 47-62.
- Mariutti, M. G., Almeida, A. M. & Panobianco, M. S. (2007). Nursing care according to women in abortion situations. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 20-26.
- McLemore, M., Desai, S., Freedman, L., James, E. & Taylor, D. (2014). Women know best - findings from a thematic analysis of 5,214 surveys of abortion care experience.

Women's Health Issues, 24(6), 594-599.

*Mukkavaara, I., Öhring, K. & Lindberg, I. (2012). Women's experiences after an induced second trimester abortion. *Midwifery*, 28(5), 720-725.

Mulvihill, A. & Walsh, T. (2014). Pregnancy loss in Rural Ireland: An experience of disenfranchised grief. *British Journal of Social Work*, 44(8), 2290-2306.

Murphy, F. & Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18(11), 1583-1591.

Nicholson, J., Slade, P., & Fletcher, J. (2010). Termination of pregnancy services: Experiences of gynaecological nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2245–2256.

Parker, A., Swanson, H. & Frunchak, V. (2014). Needs of Labor and Delivery Nurses Caring for Women Undergoing Pregnancy Termination. *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(4), 478-487.

Poggenpoel, M. (2006) Women's experience of termination of a pregnancy. *Curationis*, 29(1), 3-9.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10. uppl. Philadelphia: Wolters Kluwer

*Purcell, C., Brown, A., Melville, C. & McDaid, L. (2017). Women's embodied experiences of second trimester medical abortion. *Feminism & Psychology*, 27(2), 163-185.

SFS 1974:595. *Abortlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2017). *Statistik om aborter 2016*.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20615/2017-5-10.pdf>
[2017-12-18]

*Stålhandske, M., Ekstrand, M. & Tydén, T. (2011a). Existential experiences and strategies in relation to induced abortion: An interview study with 24 Swedish women. *Archive for the Psychology of Religions*, 33(3), 345-370.

Stålhandske, M., Ekstrand, M. & Tydén, T. (2011b). Women's existential experiences within Swedish abortion care. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 32(1), 35-41.

Stålhandske, M., Makenzius, M., Tydén, T. & Larsson, M. (2012). Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(2), 53-61.

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Personcentrerad vård*.

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf [2017-12-21]

Svensk sjuksköterskeförening (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf [2018-03-26]

*Trybulski, J. (2008). Making sense: women's abortion experiences. *British Journal Of Midwifery*, 16(9), 576-582.

Vetenskapsrådet (2011). God forskningssed. Stockholm: Vetenskapsrådet

Wahlberg, V. (2004). Abortsituationen i Sverige. I Wahlberg, V. (red.). *Minnen efter abort: vad unga flickor och pojkar berättat*. Lund: Studentlitteratur

Williams, G. B. (2000). Grief after elective abortion. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses Lifelines*, 4(2), 37-40.

World Health Organization [WHO] (2001). *Definitions and indicators in family planning, maternal and child health and reproductive health*. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108284/1/E68459.pdf> [2017-12-19]

World Health Organization [WHO] (2012a). *Facts on induced abortion worldwide*. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/induced_abortion_2012.pdf?ua=1 [2017-12-21]

World Health Organization [WHO] (2012b). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Second edition http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf?ua=1 [2017-12-21]

Bilaga 1: Artikelmatris

Författare, år och land.	Syfte	Metod	Huvudresultat
Andersson I-M., Christensson, K., Gemzell-Danielsson, K. 2014 Sverige	Syftet var att utforska kvinnors förväntningar till och upplevelser av att genomgå abort i andra trimester av graviditeten.	<i>Metod:</i> kvalitativ <i>Urval:</i> bekvämlighetsurval av 30 kvinnor >18år på en gynekologisk avdelning som genomgått abort efter graviditetsvecka 13. 23 av dessa intervjuades senare. <i>Datainsamling:</i> screening med frågeformulär samt semi-strukturerade intervjuer.	Kvinnorna berättade att de kände sig oförberedda för vad de skulle genomgå. De upplevde olika typer av fysiskt och emotionellt lidande och hade olika sätt att försöka gå vidare efter aborten. Stöd från omgivningen var viktig för kvinnorna.
Dykes, K., Slade, P. & Haywood, A. 2011 England	Syftet var att undersöka kvinnors långsiktiga upplevelser av och perspektiv på sina inducerade aborter	<i>Metod:</i> kvalitativ <i>Urval:</i> bekvämlighetsurval av 8 kvinnor mellan 35-63år som hade genomgått inducerad abort för minst 10år sedan och som nu hade symtom på menopaus. <i>Datainsamling:</i> semistrukturerade individuella intervjuer	Kvinnorna beskrev känslor av ånger, skuld, skam, nedstämdhet och rädsla. Många var säkra i sitt beslut men flera ångrade aborten. Ett behov av att hitta ett värde i den svåra erfarenheten beskrevs. Några kvinnor ville helt undvika att tänka på aborten i efterhand.
Halldén, B., Christensson, K. & Olsson, P. 2009 Sverige	Syftet var att beskriva innebörden av att ha genomgått inducerad abort bland unga svenska kvinnor.	<i>Metod:</i> kvalitativ, fenomenologisk <i>Urval:</i> bekvämlighetsurval av kvinnor mellan 18-20år från två gynekologiska öppenvårdskliniker och från tidigare intervjuer <i>Datainsamling:</i> ostrukturerade intervjuer	Kvinnorna berättade om ambivalenta känslor i tiden efter aborten och beskrev fysiskt och emotionellt lidande men också känslor av lättnad. Stöd och acceptans från närstående var viktigt för kvinnorna.

Författare, år och land.	Syfte	Metod	Huvudresultat
Mukkavaara, I., Öhrling, K. & Lindberg, I. 2012 Sverige	Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av en abort i andra trimester av graviditeten.	<i>Metod:</i> kvalitativ <i>Urval:</i> bekvämlighetsurval av 6 kvinnor från två gynekologiska avdelningar, som alla kom in för abort i andra trimester. <i>Datainsamling:</i> semistrukturerade intervjuer	Kvinnorna kände sig oförberedda och önskade bättre information om processen och vad de kunde förvänta sig. De beskrev känslor som rädsla, skuld, skam, chock och sorg, men också lättnad. Den fysiska smärtan beskrevs som den värsta de varit med om.
Purcell, C., Brown, A., Melville, C. & McDaid, L. 2017 England	Syftet var att synliggöra kvinnors erfarenheter av abort i andra trimestern av graviditeten och titta på hur dessa relaterar till dominerande sociokulturella berättelser om graviditet.	<i>Metod:</i> kvalitativ <i>Urval:</i> 23 kvinnor som genomgått abort mellan graviditetsvecka 16 och 22. <i>Datainsamling:</i> löst strukturerade intervjuer utifrån en tematisk intervjuguide	Kvinnorna beskrev ambivalenta känslor efter sitt beslut om abort. De upplevde aborten som en "miniförlossning" och utöver den fysiska smärtan upplevde de också ångest, oro, skuld, känslor av tomhet, förvirring samt lättnad.
Stålhandske, M., Ekstrand, M. & Tydén, T. 2011a Sverige	Syftet var att reda ut om det finns existentiella aspekter i svenska kvinnors berättelser om abort, och om det finns; ta reda på vilka aspekter detta var och hur kvinnorna hanterade dem.	<i>Metod:</i> kvalitativ <i>Urval:</i> strategiskt urval bestående av 24 kvinnor mellan 21-57år som har genomgått abort i Sverige. <i>Datainsamling:</i> individuella semistrukturerade djupintervjuer	Kvinnorna beskrev aborten som en emotionellt svår upplevelse med känslor av skuld, ångest, skam och upprördhet men också lättnad. Ett behov av att prata om aborten uttrycktes men många tyckte detta var svårt. Kvinnorna beskrev olika sätt att försöka avsluta abortprocessen på.

Författare, år och land.	Syfte	Metod	Huvudresultat
Trybulski, J. 2008 USA	Syftet var att undersöka betydelsen av kvinnors upplevelser av självvald abort.	<p><i>Metod:</i> kvalitativ fenomenologisk</p> <p><i>Urval:</i> 16 kvinnor som hade genomgått abort för minst 5år sedan värvades till studien via annonsering och snöbollsurval.</p> <p><i>Datainsamling:</i> individuella ostrukturerade intervjuer</p>	Kvinnorna beskrev ett emotionellt lidande i samband med aborten. Att hitta en mening i den svåra upplevelsen var viktigt för kvinnorna. Att utföra olika symboliska ritualer eller att be fostret om förlåtelse var olika sätt för dem att kunna släppa det svåra och gå vidare.