



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Kvinnens psykiske opplevelser etter provosert abort  
Womens psychological experiences after induced  
abortion**

**Karina Venås og  
May Christine Karlsen**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 57**

**Molde, 27. november 2009**



**Høgskolen i Molde**

# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Kvinners psykiske opplevelser etter provosert abort**

**Tittel på engelsk: Womens psychological experiences after induced abortion**

**Forfatter(e): Karina Venås og  
May Christine Karlsen**

**Fagkode: SAE00**

**Studiepoeng: 12**

**Årstall: 2009**

**Veileder: Ingeborg Ulvund**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja  nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 17.10.09**

**Antall ord: 11968**

## **Sammendrag**

*Bakgrunn:* I 2008 ble det utført nærmere 16 000 svangerskapsavbrudd i Norge. Forskning viser at det kan oppstå psykiske problemer etter en provosert abort. Derfor er det av stor betydning at sykepleiere blir oppmerksom og får kunnskap om de psykiske etterreaksjonene, noe som vil være avgjørende for hvordan sykepleieren skal kunne forholde seg til kvinner mens de er innlagt. *Hensikten* med litteraturstudiet var å undersøke kvinners psykiske opplevelser etter provosert abort. *Metode:* Litteraturstudie basert på ni forskningsartikler, fire kvalitative og fem kvantitative. *Resultat:* Lettelse er den mest fremtredende følelsen, men skyldfølelse, sorg, tomhet, ensomhet, angst og depresjon opptrer også. Følelsene kan både komme uavhengig av hverandre eller av varierende grad. Hvordan kvinner ble møtt av helsepersonell var et tilleggsfunn. *Konklusjon:* Kvinner som tar provosert abort kan få psykiske etterreaksjoner. Disse består i opplevelsene over. Noen fikk opplevelser de ikke hadde forventet seg. Det må forskes mer på hvilke opplevelser kvinner kan få, helsepersonells holdninger og tiltak som kan hjelpe kvinner etter en provosert abort. Dette vil bidra til å øke kunnskapen til sykepleiere, som kan føre til at kvinner blir bedre ivaretatt mens de er innlagt.

*Nøkkelord:* provosert, selvbestemt, abort, opplevelser, kvinner.

## **Abstract**

*Background:* In 2008 there were performed almost 16 000 abortions in Norway. Research shows there may be psychological problems after induced abortion. Therefore, it's important that nurses are aware and have knowledge of the psychological aftereffects, which will be crucial to how nurses should be able to relate to the woman while she is hospitalized. The *purpose* of this literature study was to explore women's psychological experiences after induced abortion. *Method:* Literature study based on nine research articles, four qualitative and five quantitative. *Results:* Relief is the most prominent feeling, but feelings of guilt, sorrow, emptiness, loneliness, anxiety and depression also appears. These feelings can be independent of each other or of varying degrees. How women were met by health professionals was an additional discovery. *Conclusion:* Women who take induced abortion may suffer psychological issues. These consist of the experiences above. Some had experiences they didn't expect. There must be done more research on which experiences women can get, health personnel attitudes and interventions that can help women after induced abortion. This will help increase the knowledge of nurses, which means that women can be better taken care of while they are hospitalized.

**Keywords:** induced, self-determined, abortion experience, women.

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>2.0 Teoribakgrunn</b> .....	<b>2</b>
2.1 Abortloven .....	2
2.2 Rutiner ved svangerskapsavbrudd .....	3
2.3 Tidligere Forskning .....	3
2.4 Post Traumatisk Stresslidelse (PTSD) .....	4
2.4.1 Depresjon .....	4
2.4.2 Angst .....	4
2.4.3 Skyldfølelse .....	4
2.4.4 Sorg .....	5
2.5 Hvordan hjelpe kvinnen å mestre .....	5
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>7</b>
3.1 Steg 1 – Forskningsproblem .....	7
3.2 Steg 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	7
3.3 Steg 3 – Plan for litteratursøkingen .....	8
3.3.1 Identifisere tilgjengelige ressurser og kilder .....	8
3.3.2 Hovedsøkeord .....	8
3.4 Steg 4 – Litteratursøkingen gjennomføres .....	9
3.5 Steg 5 – Kvalitetssikring av de individuelle artiklene .....	14
3.6 Steg 6 – Analyse av resultat .....	14
3.7 Steg 7 – Klargjøring av artiklenes kvalitet .....	15
<b>4.0 Forskningsetikk</b> .....	<b>16</b>
<b>5.0 Resultat</b> .....	<b>17</b>
5.1 Opplevelse av lettelse .....	17
5.2 Opplevelse av skyld, sorg og tomhet .....	18
5.3 Opplevelse av angst, depresjon og ensomhet .....	20
5.4 Påvirkning til opplevelse .....	21
<b>6.0 Diskusjon</b> .....	<b>22</b>
6.1 Metodediskusjon .....	22
6.2 Resultatdiskusjon .....	24
6.2.1 Kvinner som opplevde lettelse .....	24
6.2.2 Kvinner som opplevde skyldfølelse .....	26
6.2.3 Kvinner som opplevde sorg .....	28
6.2.4 Kvinner som opplevde angst og depresjon .....	30
6.2.5 Kvinner som opplevde tomhet og ensomhet .....	32
6.2.6 Påvirkning til kvinners opplevelse .....	33
<b>7.0 Konklusjon</b> .....	<b>36</b>
<b>8.0 Litteraturliste</b> .....	<b>37</b>

## 1.0 Innledning

Temaet for denne litteraturstudien er kvinners psykiske opplevelser etter provosert abort. Det er et økende antall kvinner som tar provosert abort og i 2008 ble det utført nærmere 16 000 svangerskapsavbrudd i Norge. Nesten 900 flere enn i 2007, ifølge foreløpige tall fra folkehelseinstituttet (2009). Dette er store tall, og viser at det berører mange kvinner. Å ta en provosert abort er et lite fysisk inngrep, men litteraturen viser at det i større grad enn andre inngrep påvirker den psykiske helse. Litteratur om etterreaksjoner til provosert abort går mest på de fysiske konsekvensene. Gjennom å ha studert pensum og annen faglitteratur fikk forfatterne erfare at det var vanskelig å finne kunnskap om temaet.

Allerede i 1992 viste en reviewstudie at det kan oppstå psykiske problemer etter en provosert abort (Zolese og Blacker 1992). Den viser at psykiske forstyrrelser ble rapportert i sjelden eller vedvarende grad, hos 10 % av kvinnene. En nyere brosjyre utgitt av sosial- og helsedepartementet viser også at det kan oppstå psykiske reaksjoner etter provosert abort. Disse består i skyldfølelse, selvbebreidelse og sorg (Sosial- og helsedepartementet 2005c). Det er av stor betydning at allmenne sykepleiere blir oppmerksom på og får kunnskap om de vanligste psykiske etterreaksjoner som kan følge en provosert abort. Denne kunnskapen vil være avgjørende for hvordan sykepleieren behandler kvinner mens de er innlagt for å få utført en provosert abort og for hvordan han senere kan møte kvinner som får psykiske etterreaksjoner.

Denne studien tar utgangspunkt i pasientperspektivet. Med det menes at det er kvinnenes opplevelser som først og fremst skal løftes frem. Noen av studiene som det henvises til og som er analysert, påpeker imidlertid også faktorer som kan påvirke hvordan kvinnene opplever abortinngrepet. Dette oppfattes som viktig kunnskap for å forstå kvinnenes opplevelser og blir derfor tatt med i resultatdelen.

Hensikten med litteraturstudiet var å undersøke kvinners psykiske opplevelser etter provosert abort.

Problemstillingen er: "Hvilke psykiske etterreaksjoner kan kvinner få etter en provosert abort?"

Underspørsmål: "Hvordan møter helsepersonell kvinnen?"

## **2.0 Teoribakgrunn**

Kvinner som har gjennomgått et svangerskapsavbrudd er i en vond og vanskelig situasjon. Det er naturlig for kvinner å sørge når svangerskapet er over, de opplever hendelsen som et tap og kan få skyldfølelse. Disse følelsesmessige reaksjonene kan variere fra kvinne til kvinne (Farmen og Hol 2001).

I teoridelen presenteres først aktuelle deler av abortloven, rutiner ved svangerskapsavbrudd og tidligere forskning. Deretter posttraumatisk stresslidelse som er en reaksjon på en traumatisk krise og hvordan hjelpe kvinnen å mestre, da det kommer frem i litteraturen at mennesker mestrer opplevelser ulikt (Bunkholdt 2005).

### **2.1 Abortloven**

Abortverksemd er regulert av Lov av 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd.

Abortlovens kjerne er § 2:

Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg. Finner kvinnen, etter at hun har fått tilbud om informasjon m.v. som nevnt og veiledning etter § 5 annet ledd første punktum, at hun likevel ikke kan gjennomføre svangerskapet, tar hun selv den endelige avgjørelse om svangerskapsavbrudd såfremt inngrepet kan skje før utgangen av tolvte svangerskapsuke og tungtveiende medisinske grunner ikke taler mot det (Sosial- og helsedirektoratet 2008).

I abortloven § 1 kommer det frem forslag til aktuelle tiltak for å få ned antall svangerskapsavbrudd. Det kommer ikke frem i loven hvorvidt dette har dokumentert effekt eller ikke. Tiltakene er etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging. Dette er tenkt å skulle skape en mer ansvarsbevisst holdning hos kvinnen, noe som kan virke forebyggende relatert til provosert abort (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Leger har plikt til å gi informasjon om abortinngrepet og om mulige komplikasjoner. Kvinnen må bekrefte dette på abortbegjæringen, både at hun har fått opplysninger om inngrepet og eventuelle komplikasjoner. Komplikasjoner kan være av fysisk og psykisk art (Sosial- og helsedepartementet 2005b).

## ***2.2 Rutiner ved svangerskapsavbrudd***

En kvinne som ønsker å få utført et svangerskapsavbrudd tar selv kontakt med fastlege. Der får kvinnen informasjon om inngrepet, medisinske virkninger, muligheter for råd og veiledning og den hjelpen samfunnet kan tilby om hun velger å beholde barnet eller ikke. Kvinnen fyller ut skjemaet ”begjæring om svangerskapsavbrudd”, og legen sender dette til sykehuset. Ved sykehuset møter kvinnen først til en forundersøkelse med lege. Så møter hun sykepleieren. Og det er for det meste sykepleieren som tar seg av pasienten den tiden hun er innlagt i avdeling (Sosial- og helsedepartementet 2005c).

## ***2.3 Tidligere Forskning***

En studie fra USA rapporterer at 2 år etter provosert abort hadde 6 av 442 kvinner (1,4 %) post traumatisk stress syndrom (PTSD) (Major et al 2000). En annen studie fra Sveits rapporterer at 6 måneder etter en abort ble 11 % (11 av 103) av kvinnene vurdert til å være psykologisk traumatisert (Bianchi-Demicheli et al. 2001). En nyere studie (Rue et al. 2004 i Broen 2006) rapporterer om enda høyere prosentandel enn 11 % av traumatiske reaksjoner etter en abort. 14,3 % av de amerikanske kvinnene og 0,9 % av de russiske kvinnene oppfylte alle diagnosekriteriene for PTSD.

I mange år har angst og depresjon blitt observert hos kvinner som har tatt provosert abort. En reviewartikkel som ble publisert allerede i 1992 stadfestet at psykologiske eller psykiatriske forstyrrelser kunne oppstå i forbindelse med abort. De så ut som de var alvorlig, markert eller vedvarende hos 10 % av kvinnene. Disse forstyrrelsene er rapportert til å være for det meste angst og depresjon (Zolese og Blacker 1992 i Broen 2006). En reviewartikkel (Bradshaw og Slade 2003) stadfestet at angstsymptomer er klart identifisert som den mest vanlige negative reaksjonen på provosert abort. En studie (Henshaw et al. 1994) rapporterte at 10,2 % av kvinnene var klassifisert med angsttilfeller 16 dager etter aborten. En annen studie (Slade et al. 1998) rapporterte at 27 % av kvinnene ble klassifisert med angsttilfeller, og 9 % ble klassifisert med depresjonstilfeller 4 uker etter en provosert abort. Det kommer ikke tydelig frem om det var en vedvarende eller forbigående angst og depresjon.



## **2.4 Post Traumatisk Stresslidelse (PTSD)**

Noen artikler av tidligere forskning henviser til at kvinner kan få PTSD. Når vi søkte på artikler fant vi at den nyere forskningen ikke bruker PTSD-betegnelsen. De nye studiene er mer presise og bruker undergruppene av PTSD istede for samlebetegnelsen. Disse undergruppenne fant vi å være skyldfølelse, sorg, angst og depresjon.

Posttraumatisk stresslidelse er en reaksjon på en traumatisk krise, det vil si en belastende livshendelse eller situasjon av usedvanlig truende eller katastrofal natur som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste (Snoek og Engedal 2008).

Traumet kan føre til at en utvikler en sorgreaksjon (Dyregrov 2002). Skyld, skam, angst og depresjon forekommer ofte hos pasienter med posttraumatisk stresslidelse (Snoek og Engedal 2008).

### **2.4.1 Depresjon**

En depresjon er direkte knyttet til en traumatisk hendelse og ikke til personens typiske reaksjonsmåte. En depresjon skapes av en indre konflikt hos personen selv, dette vil si at når avstanden mellom samvittigheten og de ideelle kravene man har til seg selv, blir for stor i forhold til hva man faktisk synes man mestrer eller får til, ”svarer” man psykologisk med en depresjon. Typiske symptomer på depresjon er: nedstemthet, tretthet, nedsatt konsentrasjon, redusert selvfølelse, skyldfølelse, tanker om selvskadning og selvmord, søvnforstyrrelser og nedsatt matlyst (Snoek og Engedal 2008).

### **2.4.2 Angst**

En angsttilstand er en kombinasjon av skrekkfylte forestillinger eller ideer og plagsomme fysiske symptomer. Generelle symptomer på angst kan utarte seg både fysisk og psykisk. De psykiske er skrekkfylte forestillingsbilder, angst for å dø eller miste kontroll og dissosiasjonsforstyrrelser. De somatiske er hjertebank, brystmerter, åndenød, svimmelhet, kvalme og svetting. Angst kan opptre på grunn av feilvurdering av situasjonen. Dette ved å overvurdere sannsynligheten for en farefull begivenhet, overvurdering av alvorlighetsgraden i situasjonen, undervurdering av egen mestringssevne og undervurdering av den hjelp man kan få av andre (Snoek og Engedal 2008).

### **2.4.3 Skyldfølelse**

Skyld er noe man kan pådra seg og er knyttet til en handling. Skyld kan refereres som selvfølgelig etter brudd på menneskers moralske forestillinger og inntreffer ved brudd

på universelle kriterier. Den idealtypiske skylden kan være et bilde på samvittigheten, den indre fordømmelse (Frønes 2001). Martin Heidegger anvender begrepet skyld. Han sier at det å være skyldig er noe man ikke kan riste av seg, da man nettopp ikke kan riste av seg ansvaret for sin fortid. Fortiden er noe en må leve med, selv om den ikke nødvendigvis legger føringen for oss. Å føle seg skyldig går ikke ut på å angre på at det man bevisst har gjort burde vært ugjort (Nyeng 2006).

#### **2.4.4 Sorg**

Sorgopplevelsen medfører ikke bare spontane reaksjoner på tapsopplevelsen, men også aktive bestrebelse for å tilpasse seg situasjonen uten den eller det som er borte.

Hovedtrekkene i sorgfasene er: 1-Unngåelse: sjokk, uvirkelighet og benekting. 2-Konfrontering: sterke reaksjoner, smerte og forsøk på å forstå. 3- Tilpasning: restituering og tilpasning med opptatthet av fortid, nåtid og fremtid. Dette er et forløp preget av flytende og overlappende faser (Sandvik 2003). Sigmund Freud beskrev sorg som en psykologisk prosess. Han mente at alle viktige relasjoner har en innebygget psykologisk energi. Når en relasjon brytes, for eksempel ved en provosert abort, må kvinnen bryte tilknytningen til graviditeten. For å bryte ut av en slik psykologisk prosess må en trekke tilbake følelsesmessig energi fra det tapte objektet (graviditeten), og til slutt bryte alle bånd til det tapte objektet. Først da kan det oppstå psykologisk likevekt, tidligere funksjoner gjenvinnes og motivasjon for å investere energi i nye situasjoner utvikles (Sandvik 2003).

### ***2.5 Hvordan hjelpe kvinnen å mestre***

Sykepleie bygger på et menneskesyn der mennesket blir sett på som en helhet, og at det er unikt. For de fleste sykepleiere er det enklere å forstå mennesker som ligner på seg selv, enn mennesker som en har lite til felles med. For at sykepleieren skal klare å hjelpe en person, må han derfor kunne forstå situasjonen slik personen opplever den. Denne forståelsen bygger på at sykepleieren til en viss grad har evne til å identifisere seg med personen og greier å sette seg inn i hvordan han har det. Dette kan være vanskelig dersom personens sosiale og kulturelle bakgrunn er svært forskjellig fra sykepleierens og personens livssituasjon er ukjent for oss (Kristoffersen 1996).

Det kommer frem i litteraturen at mennesker mestrer opplevelser ulikt. Derfor kan mestringsgevnene ha en innvirkning på kvinnens opplevelse etter provosert abort.

”Mestring er det begrepet som brukes for å beskrive individets aktivitet for blant annet å finne løsninger på en stressfylt situasjon” (Bunkholdt 2005, 256). Når en opplever å ha kontroll og klarer å beherske en situasjon, oppleves mestringsfølelse. Menneskene tar da i bruk de ressursene de har eller rår over for å bedre situasjonen. Mestring handler om å ha tilgang til disse ressursene som blant annet kan være kunnskap, ferdigheter, sosiale resurser, hjelpere eller utstyr, og da evnen til å utnytte disse (Heggen 2008).

Før en hendelse skjer kan det følgende være vesentlig. Den som er forberedt på noe som skal skje, har en bedre tilnærming til de oppgavene som må løses, og håndterer bedre det de har vært igjennom i etterkant (Skants 2008). Det er også viktig at støttepersonell har en aksepterende holdning, og ikke problematiserer rammendes situasjon. Det viktigste er den rammendes behov, og man kan heller ikke basere seg på at mennesker alltid uttrykker sine behov selv. Det å få en bekreftelse på at det en føler er reelt i forhold til det en har opplevd, kan hjelpe flere. Et annet viktig punkt er at alle skal behandles likt og med respekt, dette uansett etnisk opprinnelse og religion. Ut fra dette er det lettere for kvinnen å føle mestring i etterkant (Skants 2008).

Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Det er en prosess der den enkelte er i stand til å se forbi ytre atferd og fornemme nøyaktig den andres indre opplevelse på et gitt tidspunkt (Travelbee 1999, 193).

En tar altså del i den andres sinnstilstand, men ikke på den måten at en tenker og føler akkurat det samme som pasienten. En kan tenke seg at ordet empati inneholder objekter som det å ta del i, men samtidig stå utenfor (Travelbee 1999). Travelbee sier også noe om å ha en ”ikke-dømmende holdning”. ”De fleste ser på denne holdningen som en bestemt måte å oppfatte andre mennesker på, nærmere bestemt at en ikke stiller seg bebreidende eller fordømmende” (Travelbee 1999, 198). Samtidig poengterer hun at den ikke-dømmende holdningen kan være feilaktig, da alle mennesker har en tendens til å bedømme andres atferd. Derfor er det viktig å reflektere bevisst over hvilke ”dommer” en feller om kvinnen. Utfordringen for sykepleiere blir da å føle empati for kvinner som har gjennomgått en provosert abort, også når sykepleiere ikke aksepterer hennes beslutning (Travelbee 1999).

## **3.0 Metode**

Dette er en litteraturstudie, basert på systematiseringsmetoden til Goodman. Vi valgte nettopp denne metoden fordi den gir en oversiktlig og organisert fremstilling av hvordan en metode kan bygges opp. Denne systematiseringen er en 7-stegsmodell, som gjør det enkelt og oversiktlig å fremstille litteraturstudiets metode. Goodman er en fremgangsmåte for å finne og bedømme vitenskapelig litteratur innen helse og omsorg (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

### ***3.1 Steg 1 – Forskningsproblem***

Hensikten med litteraturstudiet var å undersøke kvinners psykiske opplevelser etter provosert abort. Temaet er interessant da dette er en situasjon som sykepleiere kan komme opp i, og det er lite beskrevet i pensumlitteratur. Det er også relevant for sykepleierens utdanning da antall provoserte aborter har økt. For at sykepleieren skal kunne møte kvinners behov i en slik situasjon, må sykepleieren ha kunnskap og forstå prosessen som kvinner går gjennom for å kunne utøve god sykepleie.

### ***3.2 Steg 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier***

Forfatterne valgte å bruke artikler som hadde brukt både kvalitativ og kvantitativ metode. Med kvalitative artikler fikk vi frem både kvinners subjektive opplevelse og med kvantitative, kunne tall støtte opp om funnene. Inklusjonskriteriene vi hadde var hovedsakelig kvinner som hadde gjennomgått en eller flere provoserte aborter og de måtte ha fokus på kvinnens opplevelser. De måtte også være vitenskapelige artikler. Forfatterne hadde ikke spesifisert søkene sine på hvor gamle kvinnene skulle være, men artiklene måtte inneholde psykiske opplevelser i etterkant av et slikt inngrep innen 20. uke i svangerskapet. Vi så på hvordan dette påvirket psyken og tok ikke for oss det fysiologiske.

Eksklusjonskriteriene vi hadde var hovedsakelig; for lav kvalitet på artiklene, at de var review- og oversiktsartikler, og/eller ikke svarte på problemstillingen. Vi har heller ikke sett på artikler som går på kulturelle forskjeller innenfor provosert abort, men vi er klar over at ulike syn og kulturforskjeller forekommer. Det meste av forskningen vi fant var eldre enn 5 år. Vi ønsket å finne forskning som var av nyere tid, men de artiklene vi fant var svært aktuelle for å kunne svare på litteraturstudiets problemstilling.

### **3.3 Steg 3 – Plan for litteratursøkingen**

#### **3.3.1 Identifisere tilgjengelige ressurser og kilder**

Før vi bestemte endelig problemstilling søkte vi for å se om det fantes noe forskning på temaet, noe det gjorde. Forfatterne satte av to uker med intens datasøk og begynte søket i januar 2009. Det viste seg at dette ikke var tilstrekkelig, derfor satte vi opp flere runder med datasøk til vi hadde nok forskning om temaet. Veiledningstime med bibliotekar ble også benyttet. Artikkene var tilgjengelige via databaser på Molde Høgskole sin hjemmeside og helsebibliotekets internettside. Vi søkte etter forskningslitteratur på databaser som Medline, PsycInfo, British Nursing Index, Norart, SweMed og Ovid. Grunnen til at vi valgte disse databasene var tilfeldig, men etter hvert så vi at Norart og British Nursing Index ga mest artikler som passet til vår problemstilling. Noen artikler ble funnet på sikre internettsider som for eksempel tidsskriftet.no og sykepleien.no. Disse ble skrevet ut i elektroniske utgaver. Andre artikler ble bestilt av Høgskolen i Molde. I tillegg til dette tok vi kontakt med en sykepleier som jobber i Amatheia, Møre og Romsdal (20.02.09), som kunne anbefale et par artikler og en avhandling som passet til litteraturstudiet vårt. Disse artiklene kom også frem i søket til forfatterne. Vi behersket å lese forskning på både norsk, svensk, dansk og engelsk, og ville derfor søke etter forskning på disse språkene.

#### **3.3.2 Hovedsøkeord**

Målet med søkingen var å finne artikler som var relevant for litteraturstudiets hensikt. Det ble tatt utgangspunkt i problemstillingen for å finne hovedsøkeord. Vi fikk erfare at søkingen ble noe rotete og usystematisk i starten, men dette kom seg ganske raskt og forårsaket ingen videre problem for litteraturstudiet.

Vi søkte med fritekstord og synonym. Provosert/indusert/selvbestemt var hovedsøkeordene. Videre avgrenset forfatterne med å søke på kvinners psykiske opplevelse, og brukte søkeord som kvinner/damer og etterreaksjoner/opplevelser/erfaringer. Søkeordene ble også oversatt til engelsk. Andre ord vi også brukte var emotion/distress/depression. Det ble også brukt søkeord som kvinne/woman. Bak alle søkeordene ble det brukt trunkeringstegn for å utvide søket. Videre ble det bestemt å ikke sette en sluttdato for søkingen med det første, ettersom søket skulle fortsette videre ut over året. Dette i tilfelle flere relevante forskningsartikler ble tilgjengelige og aktuell for oppgaven. Vi avsluttet søket 20.09.09.

### 3.4 Steg 4 – Litteratursøkingen gjennomføres

Når søket var i gang ble titlene på artiklene lest først. Når vi hadde funnet titler som vekket interesse, ble sammendraget lest. De artiklene med passende tittel samt sammendrag ble så lest i fulltekst, om de var tilgjengelig. Videre ble de artiklene som ikke var tilgjengelig bestilt og lest senere. De artiklene vi leste i abstract og fulltekst inneholdt søkeordene vi hadde.

Av totalt 21 leste forskningsartikler hadde forfatterne 9 forskningsartikler som skulle brukes i litteraturstudien. Begrunnelsen for at vi bare hadde 9 artikler til litteraturstudiet, var at det hadde vært lite forskningsartikler som var relevant for vår problemstilling. Dermed ble 11 artikler ekskludert. Nedenfor vises tabeller over datasøket. Siste kolonne i tabellene viser antall valgte artikler vi hadde kvalitetssikret, før vi til slutt satt igjen med 9 artikler.

Tabell 1. British Nursing Index

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Antall leste abstract	Antall leste artikler	Kvalitetssikret artikler	Antall valgte artikler
19.09.09	1 patients psychology/	3657	0	0	0	0
	2 Abortion/	280	0	0	0	0
	3 "patients attitudes and perceptions"/	2362	0	0	0	0
	4 1 and 2	17	0	0	0	0
	5 1 and 2	17	0	0	0	0
	6 from 5 keep 1-3, 5, 7-8, 10, 12	10	8	4	4	3
	7 from 4 keep 3, 5, 7- 8	4	4	4	4	4

Tabell 2. Medline

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Antall leste abstract	Antall leste artikler	Kvalitets-sikret artikler	Antall valgte artikler
02.03.09	1 Abortion, Therapeutic/ or Pregnancy/ or Abortion, Induced/ or Ethnic Groups/or abort\$.mp. or Decision Making/	707325	0	0	0	0
	2 induce\$.mp.	1507603	0	0	0	0
	3 women\$.mp. or Women/ or Pregnant Women/	506165	0	0	0	0
	4 1 and 3 and 2	500134	0	0	0	0
	5 Postoperative Complications/ or Aged/ or Adult/ or reason\$.mp. or "Patient Acceptance of Health Care"/ or Middle Aged/	16799	0 0	0 0	0 0	0
	6 4 and 5	4727148	0	0	0	0
	7 emotion\$.mp. or /Emotions/	8605	0	0	0	0
	8 6 and 7	87127	0	0	0	0
	9 distress.mp.	128	0	0	0	0
	10 8 and 9	62220	5	0	0	0
	11 from 10 keep 4	23	1	1	1	1
02.03.09	1 Pregnancy\$.mp. or Pregnancy/ or Hypertension, Pregnancy- Induced/ or Pregnancy Trimester, First/	636859	0	0	0	0
	2 termination\$.mp.	41620	0	0	0	0
	3 emotion\$.mp. or Emotions/	87127	0	0	0	0
	4 1 and 3 and 2	139				0
	5 impact\$.mp.	308424	0	0	0	0
	6 4 and 5	16	5	0	0	0
	7 from 6 keep 8	1	1	1	1	1
19.09.09	1 Abortion, induced/	991	0	0	0	0

	px [Psychology]					
	2 Emotions/ ph [Physiology]	6115	0	0	0	0
	3 1 and 2	0				0
	4 Abortion, Induced/ px [Psychology]	991	0	0	0	0
	5 Middle Aged/ ph [Physiology]	39	0	0	0	
	6 4 and 3 and 2	0	0	0	0	0
	7 experience.mp.	314834	0	0	0	0
	8 4 and 7	151	1	1	1	1
19.09.09	1 Abortion, Induced/ px [Psychology]	991	0	0	0	0
	2 Emotions/ ph, pp [Physiology, Phsiopathology]	6116	0	0	0	0
	3 Middle Aged/ ph [Physiology]	39	0	0	0	0
	4 3 and 2 and 1	0				0
	5 Depression/ ph [Physiology]	26	5	0	0	0
	6 5 and 1	0	0	0	0	0
	7 distress.mpm.	62220	0	0	0	0
	8 7 and 1	45	9	1	1	1

Tabell 3. Norart

Søkedato	Søkeord	Antal I treff	Antall leste abstract	Antall leste artikler	Kvalitets- sikret artikler	Antall valgte artikler
19.01.09	1 words=((selvbestem? or provosert?) and abort?)	31	12	3	2	3
02.03.09	Words=((svangerskapsavbrudd? And kvinner?))	1	1	1	1	1
02.03.09	1 words=((abort? And erfaring?))	9	9	2	1	2
09.09.09	1 words=((abort? And alternativ?))	8	4	1	0	1



Tabell 4 Swemed+

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Antall leste abstract	Antall leste artikler	Kvalitets-sikret artikler	Antall valgte artikler
09.09.09	1 Abort\$	487	0	0	0	0
	2 Legal\$	271	0	0	0	0
	3 1 and 2	170	0	0	0	0
	4 provocat\$	62	0	0	0	0
	5 3 and 4	3	3	1	1	2

Tabell 5. PsycINFO

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Antall leste abstract	Antall leste artikler	Kvalitets-sikret artikler	Antall valgte artikler
19.09.09	1 exp Decision Making/ or exp Induced Abortion/ or exp Pregnancy/	55431	0	0	0	
	2 exp Major Depression/ or induce\$.mp. or exp Physiological Stress/	159804	0	0	0	
	3 1 and 2	3789	0	0	0	
	4 reaction\$.mp. or exp Negative Therapeutic Reaction/ or exp Fugue Reaction/ or exp Reaction Time/	97914	0	0	0	
	5 experience\$.mp.	315457	0	0	0	
	6 3 and 5	660	0	0	0	
	7 6 and 4	69	4	0	0	
	8 from 7 keep 20	1	1	1	1	1

Tabell 6. Ovid

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Antall leste abstracts	Antall leste artikler	Kvalitets-sikret artikler	Antall valgte artikler
18.11.09	1 abort\$.mp. or exp Induced Abortion/	1923	0	0	0	0
	2 experience\$.mp.	36790	0	0	0	0
	3 exp Women/ or women\$.mp.	33671	0	0	0	0
	4 1 and 2 and 3	172	0	0	0	0
	5 distress\$.mp.	4474	0	0	0	0
	6 4 and 5	10	2	0	0	0
	7 exp Post-Traumatic Stress Disorders/	0	0	0	0	0
	8 4 and 7	0	0	0	0	0
	9 1 and 7	0	0	0	0	0
	10 emotion\$.mp. or exp Emotions/	28364	0	0	0	0
	11 4 and 10	84	4	0	0	0

### ***3.5 Steg 5 – Kvalitetssikring av de individuelle artiklene***

Vi kvalitetssikret både de kvalitative og kvantitative artiklene ut i fra Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006), (se vedlegg 2 og 3). Kvalitetssikringen ble gjort av begge forfatterne, noe som gjorde kvalitetssikringen sterkere. Kvalitetsgradering ble regnet om til prosent. Dette for å tydeliggjøre hvilke artikler som var av høy kvalitet, middels kvalitet og dårlig kvalitet (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006), (se vedlegg 1). Graderingen ble gjort ut i fra hvor høy kvalitetscore artiklene fikk på sitt forskningsmateriale i forhold til kvalitetsbedømmingen som overnevnte brukte. Nærmere bestemt, hvert ja-svar fikk 1 poeng, for hvert vet ikke-svar fikk halvt poeng, for hvert nei-svar fikk null poeng. Så ble poengsummen lagt sammen. Artikler som nådde 80-100 prosent ble gradert til grad I med høy kvalitet. Artikler som var mellom 70-79 prosent ble gradert til grad II med middels kvalitet. Artikler som ikke nådde lenger enn til 69 prosent, ble gradert til grad III med lav kvalitet. Det var på forhånd bestemt å bare bruke artikler som var av grad I og II da disse ville ha større betydning for oppgaven siden de hadde middels og høy kvalitet.

Totalt kvalitetssikret vi 17 artikler. Av de inkluderte artiklene i litteraturstudien er det 4 kvalitative og 5 kvantitative. 5 artikler er av høy kvalitet og graderes til grad I. 4 artikler er av middels kvalitet og graderes til grad II. Vi har samlet alle artikler i en tabell (se vedlegg 4) for å gi en oversikt over alle artikler vi har lest.

### ***3.6 Steg 6 – Analyse av resultat***

Vi leste alle artiklene vi hadde kvalitetssikret for å få en oversikt over innholdet i hver artikkel. Det som var viktig på dette stadiet var å finne de ulike opplevelsene hver kvinne opplevde. Under selve gjennomlesingen sorterte vi opplevelsene etter hva vi selv oppfattet dem som i to kategorier, ”positive opplevelser” og ”negative opplevelser”. Dette gjorde det lettere for den videre analyseringen. Vi skrev sammendrag av hver artikkel og kategoriserte opplevelser som gikk igjen i flere av artiklene. Kategoriseringen hjalp oss med å se hvilke opplevelser som var fremtredende og hvilke som var ulike. Artiklene vi valgte ut hadde samme hensikt og forskningsmønster, samt likt og ulikt resultat. I forhold til litteraturstudiens hensikt fant vi klare hovedfunn som beskrev opplevelser til kvinner. Men vi fant også underfunn som kunne vise hva som kunne påvirke opplevelsen. Vi satte derfor opp et underspørsmål: ”Hvordan møter helsepersonell kvinnen?”.

De utvalgte artiklene var aktuelle for å svare på problemstillingen. Vi sammenfattet så opplevelsene for å kunne presentere resultatet på en oversiktlig måte.

### ***3.7 Steg 7 – Klargjøring av artiklenes kvalitet***

For å kunne komme frem til en konklusjon er det, i følge Britton (2000) fire forskjellige muligheter. 1- Sterkt vitenskapelig grunnlag; minst to artikler av grad I. 2- Middels sterkt vitenskapelig grunnlag; en artikkel av grad I i tillegg til to artikler av grad II. 3- Begrenset vitenskapelig underlag; minst to artikler av grad II, 4- det vitenskapelige grunnlag er utilstrekkelig og kan ikke gi konklusjon. Etersom vi hadde 5 forskningsartikler av middels kvalitet, og 4 av høy kvalitet, tilsvarte dette et sterkt vitenskapelig grunnlag (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

## 4.0 Forskningsetikk

Av de 9 forskningsartiklene forfatterne bruker i litteraturstudien er det to som er etisk godkjent, Broen et al. (2006) av regional faglig-etisk komité og Aléx og Hammarström (2004), leder for gynekologisk avdeling og den Etske Komité. Så langt deltagere melder seg frivillig og oppsøker forskeren er ikke forskeren pålagt å få forskningen etisk godkjent. Foruten om dette skal det å forske på mennesker være etisk godkjent. I denne litteraturstudien er det heller ikke relevant for resultatet om forskningen er etisk godkjent eller ikke, da forskningsresultatet forblir det samme (Malterud 2006).

## 5.0 Resultat

For å presentere resultatdelen på en oversiktlig måte har vi valgt å samle funnene under tre overskrifter. Hvert kapittel inneholder opplevelser som kom frem i artiklene.

### 5.1 *Opplevelse av lettelse*

Denne litteraturstudien viser at lettelse er en fremtredende opplevelse etter at aborten er utført. Aléx og Hammarström (2004) konkluderer med at den mest vanligste følelsen er lettelse. I tillegg opplevde mange kvinner økt modenhet og glede, fordi de hadde opplevd å være gravide. Broen et al. (2006) som har kartlagt de psykiske ettervirkningene i de fem første årene etter aborten, fant at kvinner som hadde tatt provosert abort, ved alle tidspunkt hadde betydelig mer lettelse enn det Broen kaller negative følelser. Lettelsen opplevdes sterkest de første ti dagene etter aborten, det kom frem ved at kvinnene følte "en god del lettelse" etter ti dager og mellom "litt" og "en god del" etter seks måneder, to- og fem år.

Huser (1999) viser til at kvinnene følte en forbigående lettelse like etter inngrepet, "nå er det endelig over". Om kvinnene fikk en annen følelse i etterkant av denne lettelsen kommer ikke frem i studien. Kvinnene ga uttrykk over at de var glad for abortloven, og at de selv ønsket å bestemme over både den aktuelle graviditeten og sitt eget liv. Haldén, Christensson og Olsson (2009) fant at det å gå tilbake til livet før graviditeten kunne oppleves som lettelse. En kvinne opplevde at denne følelsen kom rett etter aborten, hun følte at hele "sirkuset" var over og at hun kunne leve som normalt igjen. Hun sa videre at lettelsen ikke baserte seg på at selve barnet ble borte, men at alle problemene rundt graviditeten forsvant. Studien fant også at kvinner følte seg mye sterkere etter å ha gjennomgått abortprosessen.

Trybulski (2008) konkluderte med at kvinner uttrykte både positive og negative følelser. De positive følelsene dominerte i form av lettelse og det å ha valgt riktig. Broen et al. (2006) fant at kvinner opplevde å ha gjort riktig valg. Dette var en vedvarende opplevelse som var sterk både ved ti dager, seks måneder, to og fem år. Videre utdypes lettelse i Hess (2004) der følgende sitat kommer frem:

I never saw that sperm and egg together as a child. And yet just maybe 4 weeks ago I thought, ‘Golly, this child, had I had that child, would be 20 today.’ But I don’t have feelings about that either. I know I did the right thing.

It really felt like it was one of the first adult decisions I made. And it was probably a really important decision and had a lot of bearing on who I am today, in lots of ways. I’m just really happy with the way things turned out.

Sammenfatning: Et fåtall av artiklene hadde ikke funn på lettelse, dette fordi de ikke forsket på om kvinner kunne få en slik opplevelse. Seks av ni artikler viste imidlertid at kvinner opplevde lettelse og at lettelsen var størst dagene etter aborten, men avtagende med årene. Selv om lettelse var et hovedfunn i artiklene og noe de fleste kvinner opplevde etter aborten, var det likevel en liten andel kvinner, ca 10% som opplevde vanskeligere følelser. Disse er nevnt under.

## ***5.2 Opplevelse av skyld, sorg og tomhet***

Både Aléx og Hammarström (2004) og Trybulski (2008) fant at noen kvinner opplevde følelser av skyld og skam. Dette kommer frem i Aléx og Hammarström (2004) med følgende sitat: ”I was ashamed that I was bleeding and dirtying their hospital beds. It felt wrong to lie there and take the easy way out in a way”. Broen et al. (2006) fant at skyldfølelsen var stabil ved at kvinnene fikk ”litt” skyldfølelse etter både ti dager, seks måneder, to- og fem år. Skyldfølelsen påvises videre i Haldén, Christensson og Olsson (2009) der en kvinne uttalte at hun følte hun tok livet av sitt eget barn. Dette ble sett på som egoistisk hvis avgjørelsen ble tatt på grunnlag av kvinners egne liv, derimot ikke-egoistisk hvis grunnlaget var basert på barnet i seg selv.

Noen kvinner følte at sorgen ble opplevd som selvforskyldt, fordi det var de selv som hadde tatt beslutningen om abort, og det var derfor forbudt sorg. Det kom også frem at kvinnene selv var ansvarlig for graviditet og prevensjon, og følte derfor selvanklagelse. Kvinnene følte det urettferdig at de skulle pålegges større ansvar enn menn ved abort, og tenkte at de var dumme og tåpelige som ble gravide. Av dette klandret de seg selv og levde med en skyldfølelse. Fordi de trengte sykehusinnleggelse for å utføre inngrepet, følte de seg også som en byrde for helsepersonell. Det de var mindre forberedt på, var nettopp

hvilke reaksjoner og følger av abortvalget og hendelsesforløpet ved graviditeten og aborten skulle medføre. Tanker som var vonde og vanskelige var de om å skulle fjerne et liv som vokser. Kvinnene kunne se for seg hvordan fosteret ble fjernet i mentale bilder. Det lå derfor en nederlagsfølelse i sorgen (Huser 1999), og følgende sitat kommer frem:

"Det var en person som aldri ble født, det er et liv du aldri blir kjent med, som aldri ble elsket, som ikke fikk det det hadde fortjent (gråter). Det er sorg". "Jeg sitter igjen med bilder som jeg ikke har sett, oppi hodet mitt. Ser for meg hvordan fosteret må være, hvordan aborten skjer, bildene er der alltid, de er veldig vonde (Huser 1999)."

I Aléx og Hammarström (2004) kom det frem at noen opplevde følelse av sorg og ambivalens, dette kunne komme av at kvinner utsatte avgjørelsen. I Hess (2004) kom følgende sitat frem: "When those feelings would come up I would do everything to stuff it back down again. I was constantly pushing it down, trying to forget about it". I Broen et al. (2006) som strekte seg over 5 år, kom det frem at kvinners sorgopplevelse var sterkest de ti første dagene. Dette kom frem ved at kvinnene følte mellom "litt" og "en god del" sorg etter ti dager, deretter en nedgang etter seks måneder, to- og fem år. Williams (2001) tok derimot for seg den kortsiktige sorgopplevelsen. Det kom ikke frem om sorgen gikk over av seg selv, eller om kvinnene måtte ha hjelp, men studien viste at kvinner som hadde en historie med abort vanligst opplevde sorgsymptomer i form av tap av kontroll, døds angst og avhengighet. Kvinner som hadde tatt flere aborter hadde en høyere sorgintensitet i form av sosial isolasjon. Noen kvinner opplevde fornektelse som fremtredende i sorgen. Artikkelen viste også at kvinner som følte seg presset til avgjørelsen hadde høyere sorgintensitet i form av anger og søvnforstyrrelser.

I Haldén, Christensson og Olsson, (2009) fikk noen kvinner følelse av tomhet, i Aléx og Hammarström (2004) derimot var dette noe de fleste kvinner fikk. Huser (1999) har følgende sitat:

Følte meg ganske tom etterpå. Liksom som det er en del av deg som er borte. Jeg har følt det (fosteret) på en måte, slik som kroppen min har reagert. Det vokser og former seg, og er en del av meg. Jeg kan sitte i dag å bare holde meg på magen - er du der inne ennå? Så føler du deg tom, det er ingenting inni der.



Sammenfatning: Det var kun en artikkel som målte sorg over tid, denne viste at sorgen var sterkest de første dagene. De andre artiklene har ikke tatt for seg når sorgen var sterkest. Sorgen medførte ofte en skyldfølelse som viste seg å være stabil over flere år. Om skyldfølelsen eller sorgen gikk over i andre følelser, kom ikke frem.

### ***5.3 Opplevelse av angst, depresjon og ensomhet***

Studien vår og tidligere forskning viser at det kan oppstå angst og depresjon etter provosert abort. I Broen et al. (2006) opplevde kvinner en grad av middels depresjon etter ti dager. Etter seks måneder to- og fem år gikk opplevelsen av depresjon gradvis ned. En annen studie viste at kvinner som hadde tatt provosert abort i tidlig tyveårene, hadde tydelig forhøyet grad av depresjon etter et par år (Pedersen, 2008). I Huser (1999) kommer det frem at opplevelsen av depresjon ble påvirket av at enkelte følte helsepersonell bebreidet dem for graviditet og abort. Kvinner beskrev sine reaksjoner som ”forbudte følelser” og ”reaksjoner ingen snakker om”, inkludert helsepersonell. De var redde for fordømmelse, eller å bli sett ned på av helsepersonell og andre, og følte skam, fordi de antok at andre mente de begikk en umoralsk handling. Kvinner følte seg alene med tanker og følelser relatert til graviditetsopplevelsen og abortavgjørelsen. Det kommer også frem at kvinnene hadde vonde og forvirrende tanker, som skyld, tvil, anger og selvbebreidelse.

Kishida (2001) konkluderte med at kvinners holdning i forhold til abort og reproduktive rettigheter, var en viktig men forsømt faktor med tanke på angst etter provosert abort. I Broen (2006) opplevde kvinner mest angst etter seks måneder. Dette kom frem ved at kvinner fikk en høy angstscore etter ti dager, gikk ytterligere opp etter seks måneder, så gradvis ned etter to- og fem år, og ble lavere enn ved første måling.

Sammenfatning: En studie viste at kvinner opplevde depresjon mest ved de første dagene etter provosert abort. En annen studie viste derimot at kvinner som hadde tatt en provosert abort hadde forhøyet risiko for depresjon etter et par år. To studier hadde funn på angst. Den ene sier at angsten er avhengig av kvinnens holdning, den andre at angsten er mest fremtredende etter seks måneder. Det kommer ikke frem om det er en sammenheng mellom angst og depresjon.

## ***5.4 Påvirkning til opplevelse***

Litteraturstudien vår viste også funn på hva som kunne påvirke kvinners opplevelse, dette var et tilleggsfunn som vi ikke så etter bevisst. Både Huser (1999) og Alèx og Hammarström (2004) viste at helsepersonell holdninger kunne påvirke kvinners opplevelse på en negativ måte. Helsepersonell ble oppfattet som negative og kalde ved at de ignorerte eller ikke forstod de fysiske og psykiske opplevelsene kvinnene beskrev. De opplevde at helsepersonellet provoserte frem følelse som tristhet, ensomhet og følelse av skam. Kvinnene fikk en følelse av at de var pasienter i spesielt ærend, å være på samleband med mangel på privatliv og personlig kontakt. De ble derfor påvirket av helsepersonell holdninger, som at de holdt bevisst avstand eller manglende omsorg. Det var kun ett funn hvor kvinner beskrev helsepersonellet som positive, støttende og informative (Alèx og Hammarström, 2004).

Ifølge Hess (2004) kommer det frem følgende sitat:

”They did not follow up in any way at that clinic. Nobody cared.”

I saw the machine they used. I was wideawake. I remember seeing them suck the baby out of me, like all the blood and everything. It was right next to me so I could see it. I just thought, how terrible, not only am I young, and I felt bad about doing it. You know, I saw my baby die.

## **6.0 Diskusjon**

Hensikten med litteraturstudiet var å undersøke kvinners psykiske opplevelser etter provosert abort. Diskusjonen er oppdelt i to deler, metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjon diskuteres litteraturstudiets fremgangsmåte og metodens positive og negative sider. I resultatdiskusjon diskuteres litteraturstudiets funn oppimot forfatterens problemstilling og teori. Egen erfaring blir også løftet frem i diskusjonen.

### **6.1 Metodediskusjon**

Vår litteraturstudie skulle ta for seg hvilke opplevelser kvinner kunne få etter en provosert abort. Vi valgte å ikke sammenligne resultat fra ulike land, siden det ville bli å gå utenfor vår problemstilling. Hovedsakelig valgte vi å bruke forskningsartikler som var fra vestlige land. Men likevel har vi med en forskningsartikkel fra Japan da denne har funn som var interessant for vår litteraturstudie. Forfatterne er klar over at kulturelle forskjeller kan forekomme fra land til land med tanke på å utføre provosert abort, men vi har valgt bort å ta dette med i litteraturstudiet vårt, da vi kun vil fokusere på opplevelsene. Som sykepleier kan en ikke behandle kvinner helt likt da kvinner har mange ulike syn på abort, men individuelt og etter behov.

Kildekritikk har vært en viktig rettesnor i litteraturstudien. Forfatterne har hatt en forståelse om at metoden i forskningsarbeid spiller en viktig rolle i resultatet. I litteraturstudien ble det lett etter god eller mangelfull metode og analyse i forskningsartiklene. Noen av artiklene har vært lite utfyllende og ikke fått klart nok frem hvilken metode som er brukt. Dette kunne vanskeliggjøre resultatets pålitelighet, og da de ikke hadde gode funn i resultat heller, ble disse artiklene ekskludert fra vår litteraturstudie. Forfatterne har egne meninger angående provosert abort. Vi syntes det var viktig at litteraturstudien ikke bar preg av våre egne tanker og meninger rundt temaet. Å ha egne meninger kan være uheldig, fordi dette kan fort føre til at en ser ubevisst etter opplevelser som en selv mener er mest fremtredende. Vi har under hele prosessen prøvd å være åpen for hvilke opplevelser vi kunne finne.

En fordel ved litteraturstudiet er at problemstillingen er aktuell for fremtiden og med behov for videre forskning. Det har ikke vært enkelt å finne forskning til litteraturstudiet.

Det ble brukt lengre søketid enn forventet, fordi det var lite forskning på temaet. Det var også en utfordring for søket at noen av forskningsartiklene var eldre enn forventet. Det ble derfor nødvendig å bruke noen artikler fra årstallene; 1999, 2001 og 2004. Av de nye har vi brukt artikler fra årstallene; 2006 og 2008. Vi forlenget søket i tilfelle det hadde kommet mer forskning om temaet. Etersom det var vanskelig å finne nok forskning, var det å bruke eldre forskning noe vi måtte, for å få nok forskningsmateriale. Vi antok også at opplevelsen i etterkant av et slikt inngrep var bortimot likt for både ti-tjue år siden og i dag, da loven ikke har forandret seg. Det som imidlertid kan ha forandret seg er samfunnets holdninger til temaet. Å bruke eldre forskning kan føre til at aktuelle synspunkt fra dagens samfunn ikke kommer frem og dermed føre til at konklusjonen blir mangelfull. Sån sett kan det være uheldig å bruke eldre forskning for besvarelsen. Likevel fantes det ikke mer ny forskning som gikk direkte på problemstillingen enn det vi brukte i litteraturstudiet. Og det kan det ses på som positivt at forfatterne har klart å avdekket et tema det bør forskes mer på.

Under søket ble titlene lest først for å se om de var relevante, så ble sammendraget lest og hvis det var relevant ble hele artikkelen lest. Det som kan ha vært en felle her er at det bare ble lest artikler med titler som gikk på problemstillingen. Men titlene på de andre artiklene var så langt fra vår problemstilling, at vi kunne ikke se at dette skulle vært relevant. Med de artiklene forfatterne har nå kommer vi frem til en konklusjon og ser derfor ikke på dette som et problem for litteraturstudiet.

Starten av selve datasøket ble noe usystematisk. Det kunne vært bedre planlagt hvilke søkeord som skulle benyttes og i hvilken rekkefølge. Vi fant ut i ettertid at søket kunne blitt bedre systematisert om vi hadde søkt på samme søkeord i alle databasene. Men søket gikk seg til raskt uten at det ble videre problem for oppgaven.

Forfatterne ble oppfordret i slutten av skriveprosessen til å utføre et nytt datasøk for å se om det var kommet mer forskning om temaet. Vi søkte i databasen Ovid, og holdt søket åpent med bare tre søkeord, women, induced abortion and experience. Forskningsartiklene som da kom frem var artikler vi allerede hadde, artikler som ikke fantes elektronisk og artikler som ikke var relevant for oppgaven vår. Vi sa oss dermed fornøyd med å ha 9 forskningsartikler.

Goodman 7-stepsmodell har vært til god nytte for å systematisere datasøket til litteraturstudien. Modellen har gitt metodedelen en god oversikt og struktur. Også kvalitetssikringen ble gjort av Willmann, Stolz og Bahtsevani (2006).

Ingen av forfatterne har kvalitetsbedømt forskningsartikler tidligere. Dette kan ha gitt følger som at artiklene er blitt over- eller undervurdert. Ettersom litteraturstudien består av 9 forskningsartikler kunne det ha påvirket oss til å overvurdere artiklene for å ha nok forskning, noe som videre kunne ha påvirket litteraturstudiens resultat. Artikler som er lagt ut i godkjente databaser skal også ha en viss kvalitet, og det kan også være at vi har undervurdert artikklene. Forfatterne føler likevel at forskningsartiklene er blitt kvalitetssikret på en god måte, da vi var enige om hvilken kvalitetsscore hver enkelt artikkel skulle få. Å lese og kvalitetsbedømme forskningsartikler på engelsk har vært en utfordring. På grunn av begrenset språkkunnskaper har mange forskningsartikler blitt oversatt til norsk. Dårlig oversettelse og feiltøkning kunne skapt problemer for oppgaven. Også svensk litteratur har vært en utfordring men med tid til oversettelse har dette gått uproblematisk. Dette har også styrket oss veldig med tanke på mer engelskkunnskap.

## **6.2 Resultatdiskusjon**

Forfatterne hadde en forkunnskap om at kvinner som tok provosert abort kunne få Posttraumatisk Stresslidelse (PTSD). Når vi forsket etter studier til teoribakgrunn viste både Major et al. (2000), Bianchi-Demicheli et al. (2001) og Rue et al. (2004) funn på dette. Når vi søkte på artikler fant vi at den nyere forskningen ikke bruker PTSD-betegnelsen. De nye studiene er mer presise og bruker undergruppene av PTSD istede for samlebetegnelsen. Disse undergruppenne fant vi å være skyldfølelse, sorg, angst og depresjon.

Forfatterne vil drøfte funn fra forskningsartiklene og sette disse opp i mot problemstilling og teori. De ulike opplevelsene blir drøftet i samme rekkefølge som de ble nevnt i resultatdelen.

### **6.2.1 Kvinner som opplevde lettelse**

Funnene våre viser at de fleste kvinner føler en forbigående lettelse like etter inngrepet. Både Huser (1999), Broen et al. (2006) og Haldèn, Christensson og Olsson (2009) viser funn på at lettelsen kom like etter aborten. En kvinne uttrykte at hun var glad for at det

endelig var over (Huser 1999). Derimot er følelsen av å ha valgt riktig en vedvarende opplevelse som var sterk både ved ti dager, seks måneder, to og fem år (Broen et al. 2006). Dette kan tyde på at kvinner opplevde å ha valgt riktig over lang tid, selv om lettelsesfølelsen etterhvert avtok. Den vanligste følelsen kvinner har etter gjennomgått provosert abort er lettelse (Trybulski 2008, Aléx og Hammarström 2004). Det at lettelse er den vanligste følelsen kan være en konsekvens for praksis. Dette ved at det antallet kvinner som opplever vanskelige komplikasjoner ikke blir prioritert som en vanskeligstillt gruppe. Det å være uønsket gravid kan oppleves som en krise, en vanskelig og skremmende situasjon. Forfatteren har en formening om at lettelse kan forstås som en befrielse fra noe som er vanskelig. Hvis de i tillegg er i en krisepreget situasjon på grunn av graviditeten er det også naturlig å tenke at lettelsen blir stor når graviditeten er avsluttet.

Mens noen opplevde å gå tilbake til livet før graviditeten, som en lettelse (Haldèn, Christensson og Olsson 2009), opplevde andre økt modenhet og glede, fordi de hadde opplevd å være gravide (Aléx og Hammarström 2004). En kvinne uttrykte at hun var glad over valget hun tok og følte det var den første store avgjørelsen hun hadde tatt (Hess 2004). En annen kvinne uttalte at lettelsesfølelsen ikke baserte seg på barnet som var borte, men at alle problemer rundt graviditeten forsvant (Haldèn, Christensson og Olsson 2009). Dette viser at lettelse kan være en form for mestring. ”Mestring er det begrepet som brukes for å beskrive individets aktivitet for blant annet å finne løsninger på en stressfylt situasjon” (Bunkholdt 2005, 256). Ut i fra funnene våre, kommer det frem at lettelse er den vanligste følelsen etter provosert abort, og dette kan tyde på at de fleste kvinner mestrer opplevelsen godt. Når en opplever å ha kontroll og klarer å beherske en situasjon, oppleves en mestringsfølelse (Heggen 2008). Kvinner følte seg mye sterkere etter å ha gjennomgått abortprosessen (Haldèn, Christensson og Olsson 2009).

Om det kommer andre følelser i tillegg til lettelsen kommer forfatterne tilbake til senere, men det kan nevnes at en studie fra 2008 konkluderer med at kvinner uttrykte både positive og negative følelser, men de positive dominerte med lettelsesfølelse og det å ha valgt riktig (Trybulski 2008). Det er viktig at helsepersonell har en aksepterende holdning, og ikke problematiserer rammendes situasjon. Det viktigste er den rammendes behov, og man kan heller ikke basere seg på at mennesker alltid uttrykker sine behov og følelser selv. Det å få en bekreftelse på det en føler er reelt i forhold til det en har opplevd, kan hjelpe flere. Et annet viktig punkt er at alle skal behandles med respekt, dette uansett etnisk

opprinnelse og religion. Ut fra dette er det lettere for kvinner å føle mestring i etterkant (Skants 2008).

Ifølge Huser (1999) ga kvinnene uttrykk for at de var glad for abortloven, og at de selv ønsket å bestemme over både den aktuelle graviditeten og sitt eget liv. I studien til Hess (2004) uttrykte en kvinne sterk følelse av lettelse. Dette kommer frem ved at hun ikke hadde følelser for graviditeten, men følelse av å ha valgt riktig. Abortloven er til for at kvinner kan ta et selvstendig valg og bestemme over sitt eget liv. Abortloven § 2 sier at hvis kvinnen, likevel etter tilbud om informasjon, ikke ønsker å gjennomføre svangerskapet, er det hun selv som skal ta den endelige avgjørelsen om svangerskapsavbrudd før 12 uke (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Dette er viktig at kvinnen er klar over, slik at hun kan støtte seg til loven og føle at hun ikke gjør noe galt eller ulovlig.

Så hvilke psykiske etterreaksjoner kan kvinner få etter en provosert abort? Jo, de fleste kvinner opplever en lettelsesfølelse. Den er oftest avtagende med årene, selv om kvinner har en vedvarende følelse av å ha valgt riktig. Lettelsesfølelsen tyder på at de fleste kvinner mestrer provosert abort på en god måte, men funnene våre viser også at kvinner kan oppleve andre følelser både i etterkant av og samtidig med lettelsen.

### **6.2.2 Kvinner som opplevde skyldfølelse**

Kvinner som har gjennomgått et svangerskapsavbrudd er i en vond og vanskelig situasjon. Det er naturlig for kvinner å sørge når svangerskapet er over da de opplever hendelsen som et tap og kan få skyldfølelse (Farmen og Hol 2001). Funnene våre viser at det ikke er uvanlig å føle skyld etter at aborten er avsluttet (Aléx og Hammarström 2004, Broen et al. 2006, Haldén, Christensson og Olsson 2009, Huser 1999, Trybulski 2008 ). Studien til Broen et al. (2006) viste at kvinner fikk ”litt” skyldfølelse etter både ti dager, seks måneder, to og fem år. Dermed er skyldfølelsen stabil over en lengre periode. Noen kvinner føler veldig på skyld og skam med tanke på at de trenger sykehusinnleggelse for å utføre inngrepet, og en kvinne forteller at det var skamfullt å være på sykehuset mens hun blødde og følte derfor at hun skitnet til alt rundt seg. Hun følte også at skammen ble større da tanken på at hun tok den letteste utveien oppstod (Aléx og Hammarström 2004). Skyld er noe man kan pådra seg og er knyttet til en handling. Skyld kan refereres som selvfordømmelse etter brudd på menneskers moralske forestillinger og inntreffer ved brudd

på universelle kriterier. Den idealtypiske skylden kan være et bilde på samvittigheten, den indre fordømmelse (Frønes 2001). Disse moralske forestillingene antar forfatterne i slike tilfeller kan være menneskers syn på abort. Hvis kvinner etter aborten føler å ha gjort et brudd på disse moralske forestillingene kan skyldfølelsen inntre. Forfatterne forestiller seg at skyldfølelsen som kvinner kan få, går på deres samvittighet og at de derfor kan fordømme seg selv. Dette kommer også frem i Sosial- og helsedepartementet (2005c) ved at det er normalt med psykiske reaksjoner som skyldfølelse og selvbebreidelse. Dette viser at kvinner har lov til å føle skyld selv om det er deres egen handling og valg. Sykepleieren må også kunne trygge kvinner på at dette er normalt. Det er lovlig å føle skyld og å bebreide seg selv. En konsekvens for praksis kan derfor være at kvinnen ikke får denne bekreftelsen. Da vet ikke kvinnen at det er normalt å oppleve skyldfølelse, som er en risiko for at den blir ytterligere forsterket. Leger har plikt til å gi informasjon om abortinngrepet og om mulige komplikasjoner. Dette er også noe kvinnen må bekrefte at hun har fått informasjon om (Sosial- og helsedepartementet 2005b). Kan det være en glipp her? Får kvinnen informasjon om de psykiske ettervirkningene? Det kan tenkes at kvinner ville stillt annerledes til skyldfølelsen om de visste den ville komme. Den som er forberedt på noe som skal skje, har en bedre tilnærming til de oppgaver som må løses, og håndterer i ettertid bedre det de har vært gjennom (Skants 2008).

Det kommer frem i en studie at en kvinne følte et ansvar for graviditeten. Hun tenkte at hun var dum og tåpelig som ble gravid (Huser 1999). Forfatterne antar at kvinner kan få skyldfølelse av å tro det er deres ansvar alene, og dermed kan følelsen av skyld øke, når hun må velge å ta abort. § 1 i abortloven kan også ha en innvirkning på kvinners psykiske opplevelser dersom det foreligger mangelfull kunnskap om innholdet i paragrafen. I følge abortloven § 1 kommer det frem at samfunnet skal sørge for tilbud om etisk veiledning og seksualopplysning, samt kunnskap om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging. Dette er med på å skape en ansvarsbevist holdning hos kvinnen, med det formål om lavest mulig svangerskapsavbrudd. (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Denne loven sier ikke noe om at det er kvinner alene som kan oppsøke informasjon og veiledning.

Så hvilke psykiske etterreaksjoner kan kvinner få etter en provosert abort? Jo, de kan få skyldfølelse. Det kommer frem at skyldfølelsen kan oppstå av påvirkning av andre mennesker, noe som vil bli gått inn på senere. Skyldfølelsen opplevdes som stabil over lengre tid. Det kan se ut som kvinner som opplever skyldfølelse, har tanker om at de har



gjort noe galt. Noe som kan tyde på for dårlig informasjon. Tiltak som for eksempel bedre informasjon om psykiske etterreaksjoner, mens kvinnen er hos fastlege for å undertegne begjæringen om svangerskapsavbrudd, skulle vært iverksatt (Sosial- og helsedepartementet 2005c).

### **6.2.3 Kvinner som opplevde sorg**

Williams (2001) viste at kvinner som hadde en historie med abort opplevde kortsiktige sorgsymptomer i form av tap av kontroll, dødsangst og avhengighet. Sandvik (2003) skriver at sorgopplevelsen ikke medførte bare spontane reaksjoner på tapsopplevelsen, men også aktive bestrebelser for å tilpasse seg situasjonen uten den eller det som er borte. Sorgen kvinnene har kan derfor tolkes som en bearbeidingsfase, hvor de innstiller seg på en ny situasjon. Dødsangsten inntrådte muligens på grunn av følelsen av at de hadde tatt livet av noe. Avhengigheten kunne kanskje komme av dødsangsten, som igjen påvirket opplevelsen av tap av kontroll. Alle disse er kjente sorgreaksjoner (Sandvik 2003). I Alèx og Hammarström (2004) kom det frem at noen kvinner opplevde følelse av sorg. Hovedtrekkene i sorgfasene er først og fremst unngåelse, denne innebærer sjokk, uvirkelighet og benekting. Den neste fase kalles konfrontering, denne innebærer sterke reaksjoner, smerte og forsøk på å forstå. Den siste fasen kalles tilpassning og innebærer restituering og tilpassning med opptatthet av fortid, nåtid og fremtid (Sandvik 2003).

Fornektelse er et symptom som ofte kommer tidlig i sorgfasene, selv om forløpet kan være preget av flytende og overlappende faser (Sandvik 2003). En kvinne uttrykte at hun fortrenge tankene om hva hun hadde gjort, hver gang de oppsto. Dette med ønske om å fortrenge opplevelsen (Hess 2004). Fornektelse kom også frem som et sorgsymptom i Williams (2001). Fornektelse kan tyde på sorg i tidlig stadium. Tar forfatterne hensyn til at studiets inkluderte kvinner hadde tatt elektiv abort innen de siste 1 – 14 måneder (Williams 2001), kan forfatterne forestille seg at enkelte av deltagerne ganske nylig hadde tatt inngrepet. Videre i Williams (2001) hadde kvinner som følte seg presset til avgjørelsen høyere sorgintensitet i form av både anger og søvnforstyrrelser. Kvinnene har krav om et informert valg for å kunne treffe det endelige valg ut i fra abortlovens § 2. Press fra andre mennesker når en selv ikke er enig, ser forfatterne derfor på som noe som lett kan fremkalle anger og søvnforstyrrelser hos kvinner. Kanskje et tema i forsamtaalen med lege, skulle vært at kvinners opplevelse i etterkant av inngrepet kan føre til anger og søvnforstyrrelser, om det er press fra andre mennesker.

Kvinnene i Williams (2001) som hadde tatt flere aborter viste en høyere sorgintensitet i form av sosial isolasjon. Dette forbinder forfatterne med skyld og skamfølelse. Travelbee (1999) viser til den ikke-dømmende holdningen. Det er en bestemt måte å oppfatte andre mennesker på, nærmere bestemt at en ikke stiller seg bebreidende eller fordømmende ovenfor andre (Travelbee 1999). Klarer en som menneske å overholde en slik holdning, hadde kanskje ikke kvinnen hatt så høy sorgintensitet i form av sosial isolasjon. Skants (2008) sier at den som er forberedt på noe som skal skje, har en bedre tilnærming til de oppgavene som må løses, og i etterkant håndterer bedre det den har vært igjennom. Leger har også plikt til å gi informasjon om mulige komplikasjoner etter aborten (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Forfatterne anser ut i fra dette at om kvinnen hadde fått nok informasjon på forhånd om eventuelle psykiske etterreaksjoner av aborten, hadde hun kanskje ikke opplevd disse symptomene.

Ifølge Huser (1999) lå det en nederlagsfølelse i sorgen, og en kvinne uttalte i gråt at det var en person som aldri ble født og et liv hun aldri ble kjent med, barnet ble ikke elsket og fikk ikke det de hadde fortjent. Ut i fra dette ser forfatterne en kvinne som ble svært påvirket av aborten hun hadde tatt. Hadde kvinnen fått informasjon i forkant av aborten, om at hun kunne komme til å få en sorgreaksjon etter inngrepet, hadde hun kanskje taklet sorgen på en annen måte. Tanker som var vonde og vanskelige var de om å skulle fjerne et liv som vokser. Kvinnene kunne se for seg hvordan fosteret ble fjernet i mentale bilder, og en annen kvinne uttaler at hun satt igjen med bilder i hodet som hun ikke hadde sett, hun kunne se for seg hvordan fosteret var, hvordan aborten skjedde, bildene var der alltid og de var veldig vonde (Huser 1999). Kvinnene i disse to eksemplene var preget av at noe som hadde vært en del av de, var borte. I en slik situasjon tar mennesket i bruk de ressursene de har eller rår over for å bedre situasjonen. Har kvinnene tilgang til disse ressursene og evne til å utnytte de, kan kvinnen oppleve mestring. Ressursene kvinnene kan ta i bruk kan være kunnskap, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr (Heggen 2008). En kan også diskutere hvilken utfordring aborten kan ha i forhold til kvinnens hormonnivå, dette blir ikke tatt opp her, men det kan tenkes at hormonnivået til kvinnen forandres etter en så plutselig avslutning av graviditeten, og at det kan ha en innvirkning på sorgprosessen. Et annet tiltak kan være at kvinnen skriver ned hvorfor hun tok en abort. Om hun angret i etterkant kan hun da lett se tilbake på hvorfor hun tok akkurat denne avgjørelsen, og at det faktisk var det beste i forhold til for eksempel stadiet i livet.

Noen kvinner føler de selv har påført seg en forbudt sorg. Dette siden det er kvinnen selv som velger å utføre aborten. Denne forbudte sorgen blir forbundet med at kvinner føler seg ansvarlig for prevensjon og graviditeten og dermed føler en selvanklagelse (Huser 1999). Sigmund Freud beskriver sorg som en psykologisk prosess. Han mener at alle viktige relasjoner har en innebygget psykologisk energi. Når da en relasjon brytes, for eksempel ved en provosert abort, må kvinnen bryte tilknytningen til graviditeten. For å bryte ut av en slik psykologisk prosess må en trekke tilbake følelsesmessig energi fra det tapte objektet (graviditeten), og til slutt bryte alle bånd til det tapte objektet. Først da kan det oppstå psykologisk likevekt, tidligere funksjoner gjenvinnes og motivasjonen for å investere energi i nye situasjoner utvikles (Sandvik 2003). Ut i fra dette forestiller forfatterne seg at den forbudte sorgen kvinner føler er en del av sorgfasene de må gjennom. Kvinnene kommer seg ikke videre før de greier å bryte tilknytningen til graviditeten. Men når denne er brutt, står kvinnen sterkere, både med tanke på motivasjon for å investere i ny energi samt at de tidligere funksjonene gjenvinnes (Sandvik 2003).

Ifølge forskningsartikkelen til Broen et al. (2006) kom det frem at kvinner gjennomsnittlig opplevde mellom ”litt” og ”en god del” sorg etter ti dager. Videre viste sorgopplevelsen en nedgang. Forfatterne tolker dette som at sorgopplevelsen avtar etter hvert som årene går. Kvinnene jobber seg gjennom de tre stadiene i sorgprosessen unngåelse, konfrontering og tilpassning, og får en bedre forståelse av inngrepet som har blitt gjort. Selv om dette er et forløp preget av flytende og overlappende faser kan det synes som at kvinnene er på vei ut av sorgprosessen, da sorgintensiteten har gått ned (Sandvik 2003).

Så hvilke psykiske etterreaksjoner kan kvinner få etter en provosert abort? Jo, de kan få sorg. Mange føler denne sorgen er selvpåført og får derfor en skyldfølelse i tillegg. De føler på en forbudt sorg og fornektelse er det mest vanlige symptomet. Flere studier viser at sorgen er sterkest like etter inngrepet, men avtar med tiden. Kvinner som blir påvirket av andre mennesker som er mot aborten, har større sjanse for å utvikle sorg.

#### **6.2.4 Kvinner som opplevde angst og depresjon**

En reviewartikkel fra 1992 viste at psykologiske og psykiatriske forstyrrelser kunne oppstå i forbindelse med abort, men bare hos 10 % av kvinnene. Disse besto for det meste av angst og depresjon (Zolese og Blacker 1992 i Broen 2006). Vår studie viser at kvinner

opplever en grad av middels depresjon etter ti dager. Etter seks måneder to- og fem år går opplevelsen av depresjon gradvis ned (Broen et al. 2006). En annen studie viser at kvinner som har tatt provosert abort i tidlig tyveårene, har tydelig forhøyet grad av depresjon etter et par år (Pedersen 2008). Disse artiklene har altså kommet frem til to ulike resultat, men i Pedersen (2008) var hensikten å finne ut om kvinner som tok abort faktisk hadde en senere risiko for depresjon, som mulig kan forklare forskjellen. En depresjon skapes av en indre konflikt hos personen selv, dette vil si at når avstanden mellom samvittigheten og de ideelle kravene man har til seg selv blir for stor, i forhold til hva man faktisk synes man mestrer eller får til, svarer man psykologisk med en depresjon (Snoek og Engedal 2008). I Huser (1999) kommer det frem at opplevelsen av depresjon ble påvirket av at enkelte følte helsepersonell bebreidet dem for graviditet og abort. Kvinnene hadde ”forbudte følelser” og ”reaksjoner ingen snakker om”. De følte skam, fordi de antok at andre mente de begikk en umoralsk handling. Dette er en normal følelse ifølge Snoek og Engedal (2008). Forfatterne anser da at samvittigheten til kvinnene og kravene de stilte til seg selv, ikke var helt i samsvar med den provoserte aborten.

En reviewartikkel fra 2003 konkluderer med at angst er klart identifisert som den mest vanlige negative reaksjonen på provosert abort (Bradshaw og Slade 2003). Resultatet vårt viser at kvinners holdning i forhold til abort og reproduktive rettigheter, er en viktig faktor med tanke på angst etter provosert abort, men viser ikke til tall (Kishida 2001). Reviewartikkelen over sier ikke noe om kvinners holdning i forkant av aborten, da den kun forsket etter symptomet angst. En angsttilstand er en kombinasjon av skrekkefylte forestillinger eller ideer og plagsomme fysiske symptomer (Snoek og Engedal 2008). I Broen et al. (2006) opplevde kvinner mest angst etter seks måneder. Dette kom frem ved at kvinner fikk en høy angstscore etter ti dager, gikk ytterligere opp etter seks måneder, så gradvis ned etter to- og fem år, og ble lavere enn ved første måling. Dette vil si at angsten bygget seg noe opp over tid. Angst kan opptre på ulike grunnlag; overvurdering av alvorlighetsgraden i situasjonen, undervurdering av egen mestringsvilje og undervurdering av den hjelp man kan få av andre (Snoek og Engedal 2008). Forfatterne ser disse faktorene som viktig for å utvikle angst. Om kvinner opplever denne følelsen ser vi nyttigheten av å trygge de på at denne følelsen ikke er uvanlig, slik at vi kan hjelpe kvinnene å mestre.

Så hvilke psykiske etterreaksjoner kan kvinner få etter en provosert abort? Jo, angst og depresjon. Det kommer ikke frem om det er en sammenheng mellom angst og depresjon.

Men en artikkel fra 1998 viste at 27 % av kvinner ble klassifisert med angsttilfeller etter en provosert abort, og 9 % ble klassifisert med depresjonstilfeller 4 uker etter aborten. Om dette var vedvarende eller forbigående kommer ikke frem. Dette viser at det kan være en høyere mulighet for angst enn depresjon etter en provosert abort.

### **6.2.5 Kvinner som opplevde tomhet og ensomhet**

Vi fant at noen kvinner følte seg alene med tanker og følelser relatert til graviditetsopplevelsen og abortavgjørelsen (Huser 1999). Ifølge abortloven § 2 skal en kvinne tilbys informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby henne, om svangerskapet fører til alvorlige vansker for henne. Kvinnen har også krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Dette vil si at kvinnen ikke står alene. Eventuelle grunner til at noen kvinner opplever det slik, kan være at kvinnen ikke oppsøker hjelpeapparatet eller får for dårlig informasjon hos fastlege. Kanskje tiltak som mer synlig informasjon om temaet, som plakater med telefonnummer kvinnen kunne ringe ved behov hadde vært gunstig.

I Haldèn, Christensson og Olsson (2009) fikk noen kvinner følelse av tomhet, i Alèx og Hammarström (2004) derimot var dette noe de fleste kvinner fikk. I Huser (1999) uttaler en kvinne at hun følte seg tom etter abortinngrepet, akkurat som det var en del av henne som var borte. Hun hadde følt fosteret slik som kroppen forandret seg, så når hun innså at det ikke var noe inni der, følte hun seg tom. Når en ikke opplever å ha kontroll eller behersker en situasjon slik en hadde trodd, føler ikke mennesket mestring (Heggen 2008). Forfatterne antar at det kanskje er naturlig at kvinner opplever tomhetsfølelse etter de har fått tatt noe ut av kroppen. Endringen skjer raskt, og en merker det ofte ikke før det er over. Er det nødvendig med et støtteapparat her? Kanskje tilbud om samtale etter aborten eller eventuelt telefonsamtale kunne vært et godt tiltak. Da kunne en kanskje forebygget mer alvorlige komplikasjoner, om det var slik at tomheten utviklet seg til noe annet.

Så hvilke psykiske etterreaksjoner kan kvinner få etter en provosert abort? Jo, de kan få både følelse av tomhet og ensomhet. Vi har ikke mange funn på dette i artiklene våre, men det er et funn som forekommer. Tomheten gikk ut på at det var noe kvinnen hadde mistet mens ensomheten var relatert til graviditetsopplevelsen og abortavgjørelsen.

### 6.2.6 Påvirkning til kvinners opplevelse

Ifølge Huser (1999) fikk kvinnene som utførte abort en følelse av at de var pasienter i spesielt ærend, å være på samlebånd med mangel på privatliv og personlig kontakt. De ble derfor var for helsepersonellens holdninger, som at de holdt bevisst avstand eller manglende omsorg. Dette kom også frem i artikkelen til Hess (2004) der en kvinne uttaler at hun ikke fikk noen oppfølging på klinikken hun var innlagt og at ingen brydde seg. Sykepleie bygger på et menneskesyn der mennesket blir sett på som en helhet, det er unikt. Ble en slik holdning benyttet her? Det kommer vel heller tydelig frem i artikkelen at menneskeverdet ikke er absolutt, og kvinnens krav på respekt ikke blir overholdt (Kristoffersen 1996). Travelbee har en holdning til empati som går ut på at en skal ta del i den andres sinnstilstand, men ikke på den måten at en føler og tenker akkurat det samme som pasienten. Det går ut på å ta del i, men samtidig stå utenfor (Travelbee 1999). Samtidig er det i artikkelen snakk om at kvinnen i studiet kun ”fikk en følelse av”, så om det sier direkte at kvinnene ble behandlet dårlig, er en annen sak.

Aléx og Hammarström (2004) viser i sin forskningsartikkel at enkelte helsepersonell ble oppfattet som negative og kalde. Studiet skriver videre at kvinner opplevde at helsepersonellet ignorerte eller ikke forstod de fysiske og psykiske opplevelsene de beskrev. Ved dette provoserte helsepersonellet frem følelser som tristhet, ensomhet og følelse av skam hos kvinner. For de aller fleste sykepleiere er det enklere å forstå mennesker som ligner på seg selv, enn de menneskene som en har lite til felles med. For at sykepleieren skal klare å hjelpe, må han derfor kunne forstå situasjonen slik kvinnen opplever den. Denne forståelsen bygger på at sykepleieren til en viss grad har evne til å identifisere seg med kvinnen og greier å sette seg inn i hvordan hun har det. Dette kan være vanskelig dersom kvinnens sosiale og kulturelle bakgrunn er svært forskjellig fra sykepleierens og hennes livssituasjon er ukjent for han (Kristoffersen 1996). Det kommer også frem i artikkelen at andre kvinner i studien opplevde helsepersonell som positive, støttende og informative. Dette tyder på at sykepleierne også har vært gode til å identifisere seg med kvinnene i den overnevnte artikkelen, selv om det var mest fokus på det negative. Videre uttaler en kvinne i Hess (2004) at hun husket å se babyen ble sugd ut av henne, blodet og alt. Maskinen var rett ved siden av henne, og hun fikk da sterke følelser på hvor forferdelig det var. Ikke bare var hun ung og følte beslutningen som vanskelig, men hun så sin egen baby dø. Her kommer det tydelig frem at pasienten ikke fikk den mest hensiktsmessige behandlingen. Likevel er det ikke sikkert dette var

meningen. Det kan være tilfeldigheter som gjorde at pasienten så ”blodet og alt”, og at pleierne ikke la merke til det. I tillegg skal det sies at artikkelen sitatet kom frem i var fra England, og i Norge har en vanligvis narkose ved kirurgiske aborter, og ser derfor ingenting under inngrepet (Sosial- og helsedepartementet 2005c).

Den tiden forfatter 1 jobbet ved gynekologisk avdeling, så hun noe ulik praksis. De fleste sykepleierne var flinke til å sette seg inn i kvinnens situasjon, mens noen få ikke ga den pleien de burde. Vil videre belyse dette med et eksempel fra praksis:

En ung jente ble innlagt for en selvbestemt kirurgisk abort. Hun kom til avdelingen sammen med kjæresten sin, og sykepleier-x tok imot henne. Det var enda et par timer til det var hennes tur ned på operasjonsstua, derfor fikk de et rom de kunne være på i mellomtiden. Sykepleiestudenten som var i avdelingen hadde ikke vært i kontakt med denne jenta, men hadde ansvaret for en annen pasient med hyperemesis. Denne kvinnen var godt på vei i svangerskapet og hadde en tydelig kul på magen. Hun hadde også ultralydbilde på nattbordet sitt og gledet seg stort til å bli mamma til sitt første barn. Det sykepleiestudenten reagerte på, var at sykepleier-x la jenta som skulle ta abort og gravid kvinne på samme rom, når det allikevel var flere ledige rom på avdelingen. Sykepleiestudenten oppfattet også sykepleier-x som nedlatende mot jenta, ved å blant annet si; nå skal vi ned å ta livet av barnet ditt.

Dette er et eksempel på at egen holdning kan påvirke utførelsen av jobben som sykepleier, og da dette er et tema det ikke er forsket så altfor mye på, vet en ikke eventuelle følger av det. Forfatterne antar at opplevelsen kvinner har på sykehuset kan ha betydning for den opplevelsen kvinner sitter igjen med i etterkant. Men det skal sies at en spesifikk opplevelse fra sykepleiestudents praksis, ikke kan konkludere med noe, men sees på som en erfaring for videre praksis. Joyce Travelbee sier at alle mennesker har en tendens til å bedømme andres atferd. Hun mener at de kriteriene en dømmer ut i fra, er basert på i hvor stor grad den andre følger eller avviker fra den andres egne atferdsnormer. Hun sier videre at den som dømmer alltid har en personlig målestokk. Travelbee mener at det er viktig å ha en ikke-dømmende holdning (Travelbee 1999). Å bli bedømt ut ifra hvilket valg kvinnen tar angående provosert abort kan være sårende og krenkende for kvinnen, og det er derfor viktig at sykepleiere har en holdning med akseptasjon og respekt for kvinnen.

Så hvordan møter helsepersonell kvinnen? Jo, ifølge vår studie, der dette kun er et tileggsfunn, kommer det frem at kvinner opplevde å være pasient i spesielt ærend. Helsepersonellet trakk seg unna, da muligens på grunn av mangel på kunnskap. Det bør forskes mer på holdninger til helsepersonell i forhold til provosert abort, og om disse kan påvirke kvinners opplevelse i etterkant. Det trengs også tiltak som kan føre til at helsepersonell får mer kunnskap om temaet, slik at alle kan utøve god sykepleie, uansett kultur eller religion.



## 7.0 Konklusjon

Litteraturstudien viste at kvinner som tar provosert abort kan få psykiske etterreaksjoner. Disse kan bestå i både lettelse, skyldfølelse, sorg, angst, depresjon, tomhet og ensomhet. Det mest fremtredende funnet var lettelse, men det er allikevel en stor andel mennesker som opplever situasjonen som vanskelig. Det kom frem at de fleste kvinner var fornøyd med valget de hadde tatt, men at de likevel kunne føle på de overnevnte følelsene.

Artiklene viste at noen kvinner fikk psykiske opplevelser de ikke hadde forventet seg. I artiklene fant vi også et tilleggsfunn om at helsepersonell ikke møter kvinnen på en god nok måte. De trakk seg gjerne unna. Ut ifra dette må det forskes mer på hvilke psykiske opplevelser kvinner kan få, eventuelle tiltak som ettersamtaler og holdninger til helsepersonell og deres påvirkning. Dette kan hjelpe kvinnen å mestre følelser etter en provosert abort. Dette vil øke kunnskapen til sykepleiere, noe som gjør at kvinner kan bli godt ivaretatt mens de er innlagt. Konsekvensene for praksis kan ellers bli at antallet kvinner som opplever vanskelige opplevelser stiger.

## 8.0 Litteraturliste

- Bianchi-Demicheli, F., E. Perrin, F. Ludicke, P.G. Bianchi, D. Fert, F. Bonwallat et al. 2001. Sexuality, partner relations and contraceptive practice after termination of pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*; 22:83-90.
- Bradshaw, Zoë and Pauline Slade. 2003. The effects of induced abortion and emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*; 23:929-958.
- Britton, Mona. 2000. Evidensgradering. *Utdrag ur Läkartidningen*. 97:4414-15.
- Broen, Anne Nordal. 2006. Womens emotional life after miscarriage and induced abortion- a longitudinal five year follow-up-study in Norway. Oslo: *Faculty of Medicine, University of Oslo*. Nr. 365.
- Broen, Anne Nordal. Torbjörn Moum, Anne Seiersted Bödtker, og Öivind Ekeberg. 2006. Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. Volum: 85, heftenr.: 3, side 317-23.
- Broen, Anne Nordal. Torbjörn Moum, Anne Seiersted Bödtker, og Öivind Ekeberg. 2006. Kvinners psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort. *Sykepleien forskning*, 01, 24-31.
- Bunkholdt, Vigdis. 2005. *Psykologi, en innføring for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap. 6 og 15.
- Dyregrov, Atle. 2002. *Katastrofe Psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Kap.1.
- Farmen, Meren Elisabeth og Magnhild Skumsnes Hol. 2001. Gynekologisk sykepleie. I Almås, Hallbjørg (red). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet.  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15,3109:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5565=5544:77023::1:5569:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,3109:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:77023::1:5569:1:::0:0)  
(14.10.09)
- Frønes, Ivar. 2001. Skam, skyld og ære i det moderne. I Wyller, Trygve (red). *Skam, perspektivet på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Halldén, Britt-Marie, Kyllike Christensson and Pia Olsson. 2008. Early abortion as narrated by young Swedish women. *Scand J Caring Sci*; 2009; 23; 243-250.

- Heggen, Kåre. 2008. Rammer for meistring. I Heggen, Kåre (red.). Tor-Johan Ekeland (red.kom). *Meistring og myndiggjering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Henshaw, R., S. Naji, I. Russell and A. Templeton. 1994. Psychological responses following medical abortion (using mifepristone and gemeprost) and surgical vacuum aspiration. A patient-centered, partially randomised prospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*; 73:812-818.
- Hess, Rosanna. 2004. Dimensions of Women's long-term postabortion experience. *Lippincott Williams & Wilkins, Inc.* Volume 29 (3) 193-198.
- Huser, Benny. 1999. Kvinners opplevelse av sårbarhet ved selvbestemt abort. *Kvinne forskning/Kilden*. volum 23, hefte nr 4, side 20-29.
- Kishida, Yasuko. 2001. Anxiety in Japanese women after elective abortion. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. Volume: 30, heftenr.:5, side: 490-495.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 1996. *Generell sykepleie 1*. Oslo: Universitetsforlaget AS. Kap. 4 og side 12.
- Lipp, Allyson. 2009. Termination of pregnancy: a review of psychological effects on women. *Faculty of Health, Sport and Science, University of Glamorgan*, 105: 1, 26-29.
- Major, Brenda. Catherine Cozzarelli, Lynne M. Cooper, Josephine Zubek, Caroline Richards, Michael Wilhite et al. 2000. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry*; 57:777-784.
- Malterud, Kirsti. 2006. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS. Kap.17.
- Nesheim, Britt-Ingjerd. 2004. Provosert abort. I Nesheim, Britt-Ingjerd (red.), Per Bergsjø, Jan Martin Maltau og Kåre Molne (red.kom). *Obstetikk og gynekologi*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Nyeng, Frode. 2006. *Følelser, i filosofi, vitenskap og dagligliv*. Oslo: Abstrakt forlag AS. Kap.5
- Pedersen, Willy. 2008. Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health*; 36:424-428.
- Rue, V. M., P. K. Coleman, J. J. Rue and D.C. Reardon. 2004. Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor*; 10; SR5-16.

- Sandvik, Oddbjørn. 2003. Hva er sorg og hvordan kan den forstås. I Sandvik, Oddbjørn (red.) Kari E. Bugge og Hilde Eriksen (red.kom.). *Sorg*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Skants, Petter. 2008. *Omsorg i Kriser, -håndbok i psykososialt støttee arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Kap. 4, 5 og 7.
- Slade, P., S. Heke, J. Fletcher and P. Stewart.1998. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy; Choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 105:1288-1295.
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2008: *Psykiatri, kunnskap, forståelse, utfordringer*. Trondheim: Akribe Forlag. Kap. 6.
- Sosial- og helsedepartementet. 2005a. *Info: til deg som vurderer abort*.
- Sosial- og helsedepartementet. 2005b. *Info: om abortloven*.
- Sosial- og helsedepartementet. 2005c. *Info: rutiner ved svangerskapsavbrudd*.
- Sosial- og helsedirektoratet.Oslo: 2008. *Håndbok for abortnemdarbeid*.
- Sykepleier fra Amatea, Møre og Romsdal (20.02.09 kl 09:36).
- Travelbee, Joyce. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS. Kap. 10, del 3.
- Trybulski, J. 2008. Making Sense: Women's abortion experiences. *British Journal of Midwifery*, 16, 576-582.
- Williams, Gail B. 2001. Short-term grief after an elective abortion. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing*. Volum: 30, heftenr: 2, side: 174-183.
- Willman, Ania, Peter Stoltz och Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad, - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Sweden: Författerna och Studentlitteratur. Kap. 1, 5, 6, 7 og 8.
- Zolse G. and C. V. Blacker. 1992. The psychological complications of therapeutic abortion. [review] *British Journal of Psychiatry*; 160:742-749.

## **Vedlegg**

- Vedlegg 1 Kvalitetsgradering
- Vedlegg 2 Kvantitativ kvalitetsskjema
- Vedlegg 3 Kvalitativ kvalitetsskjema
- Vedlegg 4 Tabell over forskningsartikler

## **Vedlegg 1 Graderingsskjema**

En poäng tilldelas delfrågor med ett positivt svar. Noll poäng tilldelas delfrågor med negativt eller inadekvat svar. Den sammanlagda poängsumman räknas om till procent (Willman m fl, 2006).

Grad I: Hög vetenskaplig kvalitet 80-100 procent  
Grad II: Medel vetenskaplig kvalitet 70-79 procent  
Grad III: Låg vetenskaplig kvalitet 60-69 procent

Efter Willman m fl (2006, s 96).

## Vedlegg 2 Kvantitativ kvalitetsskjema

Evidensbaserad omvårdnad

### Bilaga G

#### Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Beskrivning av studien

*Forskningsmetod*  RCT  CCT (ej randomiserad)  
 multicenter, antal center .....  
 Kontrollgrupp/er

*Patientkaraktäristika* Antal .....  
Ålder .....  
Man/Kvinna .....

*Kriterier för exkludering*

Adekvata exklusioner  Ja  Nej

*Intervention* .....  
.....  
.....

*Vad avsåg studien att studera?*

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått .....  
.....  
.....

*Urvalsförfarandet beskrivet?*  Ja  Nej

*Representativt urval?*  Ja  Nej

*Randomiseringsförfarande beskrivet?*  Ja  Nej  Vet ej

*Likvärdiga grupper vid start?*  Ja  Nej  Vet ej

*Analyserade i den grupp som de randomiserades till?*  Ja  Nej  Vet ej

*Blindning av patienter?*  Ja  Nej  Vet ej

- Blindning av vårdare?  Ja  Nej  Vet ej  
 Blindning av forskare?  Ja  Nej  Vet ej

**Bortfall**

- Bortfallsanalysen beskriven?  Ja  Nej  
 Bortfallsstorleken beskriven?  Ja  Nej  
 Adekvat statistisk metod?  Ja  Nej  
 Etiskt resonemang?  Ja  Nej  
 Hur tillförlitligt är resultatet?  
 Är instrumenten valida?  Ja  Nej  
 Är instrumenten reliabla?  Ja  Nej  
 Är resultatet generaliserbart?  Ja  Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)

.....  
 .....  
 .....

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

- Bra  Medel  Dålig

Kommentar

.....  
 .....

Granskare sign: .....



## Vedlegg 3 Kvalitativ kvalitetsskjema

*Evidensbaserad omvårdnad*

### Bilaga H

#### Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering?  Ja  Nej  Vet ej

Patientkaraktäristika Antal .....

Ålder .....

Man/kvinna .....

Är kontexten presenterad?  Ja  Nej  Vet ej

Etiskt resonemang?  Ja  Nej  Vet ej

Urval

– Relevant?  Ja  Nej  Vet ej

– Strategiskt?  Ja  Nej  Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet?  Ja  Nej  Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

– analys tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt?  Ja  Nej  Vet ej

– Råder datamättnad?  Ja  Nej  Vet ej

– Råder analysmättnad?  Ja  Nej  Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt?  Ja  Nej  Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?  Ja  Nej  Vet ej

Genereras teori?  Ja  Nej  Vet ej

**Huvudfynd**

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening  
beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

Bra                       Medel                       Dålig

**Kommentar** .....

.....  
.....

**Granskare (sign)** .....

#### Vedlegg 4

<b>Artikkel, Forfatter, Årstall, Land, Deltagere</b>	<b>Tittel</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>Kvalitet s- vurderin g</b>
Forsknings- artikkel Anne N. Broen 2006 120 kvinner	<i>Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-year follow-up study.</i>	Å fastsette angst og depresjon hos kvinner som har opplevd spontan eller provosert abort, videre sammenligne.	Kvantitativ oppfølgingsstudie.	Å finne samsvar mellom angst og depresjon som kunne identifisere risikoen for negative psykiske reaksjoner etter en provosert abort.	*
Forsknings- artikkel Lena Alex og Anne Hammerström 2004 5 kvinner	<i>Women's experiences in connection with induced abortion- a feminist perspective.</i>	Å analysere kvinners erfaringer og opplevelser av provosert abort fra et feministisk perspektiv.	Kvalitativ studie, intervju av et utvalgt antall kvinner.	Lite eller ingen støtte fra partner. Kvinnene hadde følelse av ambivalens, lettelse, sorg, stolthet i kroppen.	*
Forsknings- artikkel Eva Sommerseth, Johanne Sundby 2007 22 kvinner	<i>Kvinnens erfaringer i møte med abortnemnda ved sene svangerskapsavbrudd.</i>	Å få frem kvinnenes erfaringer med konsekvensene av avansert ultralydteknologi og prosessen rundt valget av et svangerskapsavbrudd etter uke 18.	Kvalitativ, intervju av et utvalgt antall kvinner.	Viser at å miste et barn er den mest stressende livskrise. Konkluderer med å revurdere dagens praksis rundt sene svangerskapsavbrudd.	Lav

Oversikts- artikkel av avhandling nedenfor Charlotte Wilken- Jensen 2005 14 kvinner	<i>Abortus provocatus legalis</i>	Å undersøke eventuelle fysiske og psykiske ettervirkninger av abort.	Både kvalitativ og kvantitativ.	Kvinner kan få en følelse av tomhet og sorg hyppig etter en provokert abort	Middels
Avhandling Connie Carøe Christiansen, Garbi Schmidt, Mogens Nygaard Christoffersen 2003 Dansk 7000 deltakere	<i>Provokert abort -undersøgelse af baggrund og virkninger</i>	Å undersøke eventuelle fysiske og psykiske ettervirkninger av abort.	Både kvalitativ og kvantitativ	Noen opplever problem omkring aborten, andre ikke. Men for alle kvinnene krevde aborten en form for bearbeiding som gikk ut på bekreftelse at de tok rett valg, og en akseptasjon fra omgivelsene.	-
Forskningsartikkel Rosanna Hess 2004 Engelsk 17 deltagere	<i>Dimensions of Women's long-term postabortion experience.</i>	Å utforske og beskrive kvinners langsiktige erfaringer, minimum 5 år etter en 1. Trimester- indusert abort.	Kvalitativ, Intervju	Prosentandelen av kvinner i studien uttrykket at negative effekter var høyere enn hva som er funnet i kortsiktige studier, og indikerer kanskje at prosentandelen av negative langtids effekter øker over tid.	Middel

<p>Forskningsartikkel Benny Huser 1999 Norsk 18 deltagere</p>	<p><i>Kvinnens opplevelse av sårbarhet ved selvbestemt abort</i></p>	<p>Å undersøke selvbestemt abort som psykososial prosess med utgangspunkt i kvinners viten og erfaring. Få kunnskap om kvinners opplevelse av sin situasjon og sitt omsorgsbehov ved provosert abort.</p>	<p>Kvalitativ, Intervju</p>	<p>En god helsesituasjon avhenger av langt mer enn at selve det medisinske inngrepet fåregår uten komplikasjoner.</p>	<p>Middels</p>
<p>Forskningsartikkel Anne Nordal Broen, Torbjørn Moum, Anne Sejersted Bødtker, Øyvind Ekeberg 2006 Norsk 120 deltakere</p>	<p><i>Kvinnens psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort</i></p>	<p>Å kartlegge psykiske ettervirkninger etter spontan og provosert abort, i de fem første årene etter aborten.</p>	<p>Kvantitativ, intervju, spørreskjema, tester, samtale</p>	<p>Kvinner med provosert abort reagerte ikke fullt så sterkt initialt på aborten som spontan abort, men de hadde mer langvarige plager.</p>	<p>*</p>
<p>Forskningsartikkel Anne Nordal, Broen, Torbjørn Moum, Anne Sejersted Bødtker, Øyvind Ekeberg 2004 Forskning gjort i Norge, artikkel på engelsk. 80 kvinner</p>	<p><i>Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study.</i></p>	<p>Å identifisere de viktigste grunnene til å ta en provosert abort, studere sammenhengen mellom årsaker til abort og følelsesmessig nød etter 6 måneder og 2 år etter aborten. Identifisere de viktigste prediktorer (fra bakgrunnsvariabler og grunner for abort) for emosjonell utmattelse.</p>	<p>Kvantitativ, Intervju</p>	<p>Kvinner med press fra sin mannlige partner hadde størst risiko for emosjonell utmattelse i løpet av to år etter aborten, kvinner som valgte abort fordi de hadde nok barn fra før, viste lavere nivåer av unngåelse ved to år.</p>	<p>*</p>

<p>Forskningsartikkel Anne Nordal Broen, Torbjørn Moum, Anne Sejersted Bødtker, Øivind Ekeberg 2004 Norsk forskning på engelsk 120 deltagere</p>	<p><i>Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A 2-year follow-up study.</i></p>	<p>1. Å sammenligne forløpet av psykisk stress etter spontan og provosert abort I løpet av 2 år. 2. Å sammenligne intensiteten av følelser 3. Identifisere variablene relatert til psykisk stress i løpet av 10 dager og 2 år.</p>	<p>Kvantitativ, Intervju</p>	<p>De korttids reaksjonene av å spontan abortere så ut til å være større og mer kraftig i forhold til de som hadde gjennomgått provosert abort.</p>	<p>*</p>
<p>Forskningsartikkel. William B. Williams. 2001. Engelsk. 93 deltagere totalt, 45 som hadde historie med elektiv abort.</p>	<p><i>Short-term Grief After an Elective Abortion.</i></p>	<p>Å karakterisere kvinners kortsiktige sorg reaksjon på elektiv abort.</p>	<p>Kvantitativ, spørreskjema</p>	<p>Elektiv abort har potensialet for å lokke frem en kortsiktig sorg respons. Forskning er nødvendig for å identifisere hvilke kvinner som er i størst risiko. Denne sorg reaksjonen bør anerkjennes og hensiktsmessige tiltak bør bli iverksatt.</p>	<p>*</p>
<p>Forskningsartikkel. Yasuko Kishida. 2001. Japansk forskning på Engelsk. 66 deltagere.</p>	<p><i>Anxiety in Japanese Women After Elective Abortion.</i></p>	<p>Å undersøke kvinners angst nivå etter en elektiv abort.</p>	<p>Kvantitativ, Spørreskjem</p>	<p>Funnene tyder på at kvinners holdninger til abort og reproduktive rettigheter er en viktig, men forsømt faktor som påvirker post-elektiv abort angst. Profesjonelle i Medisin og sykepleie bør derfor legge merke til en kvinnes holdning til abort, som en del av hennes psykisk helsevern.</p>	<p>Middels</p>

Reviewartikkel Allyson Lipp 2009 Engelsk	<i>Termination of pregnancy: a review of psychological effects on women.</i>	Å utforske noen av hovedtemaene som oppstår fra studier om psykologisk virkning etter avslutning av graviditeten.	Litteratursøk og vurdering	Funnene i denne litteraturens gjennomgang, tyder på at en andel av kvinner ville hatt nytte av psykologisk støtte etter avslutning av graviditeten.	-
Willy Pedersen 2008 Engelsk 768 deltakere	<i>Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young woman</i>	Å undersøke om kvinner som gjennomgår provosert abort har en risiko for påfølgende depresjon.	Kvantitativ	Unge kvinner som gjennomgikk provosert abort så ut til å ha en forhøyet risiko for å bli deprimert.	Middels
Forsknings-artikkel P. Slade, S. Heke, J. Fletcher, P. Stewart 1998 Engelsk 275 deltakere	<i>A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care</i>	Å undersøke om kvinner som har medisinsk eller kirurgisk avslutning av svangerskapet har ulik følelsesmessig nød før eller etter inngrepet	Kvantitativ	Studiet kom frem til at avslutningsmetoden ikke påvirket følelsene.	*

<p>Forsknings-artikkel Grete Midbøe, Synnøve Lian Johnsen, Grete Augestad, Ingrid Økland, Harald Helland, Sverre Stray- Pedersen, Line Bjørge Norsk 1998 226 deltakere</p>	<p><i>Medikamentell abort- de første norske erfaringene</i></p>	<p>Hensikten var å evaluere effektivitet, bivirkninger og måten behandlingsregimet ble mottatt på av norske kvinner</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>Mifepriston-misoprostol-regimet er effektivt som metode for å utføre provosert abort i Norge.</p>	<p>-</p>
<p>Forsknings-artikkel M. Beiske, L. Næss, P. Bergsjø Norsk 2006</p>	<p><i>Selvbestemt abort- ulik fortolkning av "12 fullgatte uker"</i></p>	<p>Ønsker å finne ut om hvordan avdelinger der man utfører svangerskapsavbrudd definerte 12 fullgatte uker</p>	<p>Kvantitativ og kvalitativ</p>	<p>Selv om praksis varierte mellom sykehusene, tolket de fleste svangerskapsvarigheten liberalt</p>	<p>-</p>
<p>Forsknings-artikkel Benny Huser Norsk 1992</p>	<p><i>Kvinnens opplevelse av gjennomgått selvbestemt abort</i></p>	<p>Hensikten er å belyse abortsøkende kvinners opplevelse av situasjonen og å få mer kunnskap om hva som er av betydning med hensyn til kvinners omsorgsbehov ved selvbestemt provosert abort</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Det å fremme eller opprettholde god fysisk så vel som psykososial helse hos kvinner som gjennomgår provosert abort, representerer viktige utfordringer for helsevesenet.</p>	<p>-</p>



Norsk 2003	<i>Hvem oppsøker stiftelsen Alternativ til Abort i Norge?</i>	Studiet skal analyseres brukerne av Alternativ til Abort i Norge i perioden 1997-2000	Kvantitativ	Flertallet av brukerne samtaler om ulike typer rettigheter, sosiale relasjoner, medisinske spørsmål og psykologiske forhold, uten at valget er tema	-
Forsknings-artikkel Britt-Marie Haldén, Kyllike Christensson, Pia Olsson Svensk 2008 10 deltakere	<i>Early abortion as narrated by young swedish women</i>	Å belyse meninger med å ha en provosert abort blant unge svenske kvinner	Kvalitativ	Unge kvinners fortellinger var preget av etiske resonnement om eksistensielle spørsmål knyttet til deres ansvar å velge mellom abort og foreldreskap, og hvordan å leve livet med denne erfaringen	Middels
Forsknings-artikkel JoAnn Trybulski, USA 2008 16 deltakere	<i>Making sense: women's abortion experiences</i>	Utforske fenomenet som sykepleiere, sykepleiestudenter og jordmødre som innflytelse i kvinnens avgørelses-prosess	Kvalitativ	Jordmødre og sykepleiere kan hjelpe når de tar i betraktning kvinnens obstetikkhistorie. Som pleiere kan vi forebygge trygg plass for kvinnen.	*