



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Tusen tanker rundt et valg - en kvinne tar abort  
Thousand thoughts about a choice- women and  
abortion**

**Linda Therese Aure og Jennie Maria Therese Persson**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 52**

**Molde, 22.11.2010**



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Tusen tanker rundt et valg - en kvinne tar abort**

**Tittel på engelsk: Thousand thoughts about a choice - women and abortion**

**Forfatter(e): Linda Therese Aure og Jennie Maria Therese Persson**

**Fagkode: SAE00**

**Studiepoeng: 15**

**Årstall: 2010**

**Veileder: Hans Inderhaug**

## 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: 22.11.2010**

**Antall ord:** 12000

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Provosert abort har vært lovlig i Norge i 31 år. I 2009 ble det utført bortimot 15 800 legale provoserte aborter i Norge. Kunnskap om hvordan kvinnene opplever abortprosessen kan bidra til at vi som sykepleiere blir mer observant på hva kvinnene gjennomgår, og på den måten kan sykepleierne støtte kvinnen i prosessen.

**Hensikt:** Hensikten med litteraturstudiet var å belyse kvinners opplevelser av å ha gjennomgått en provosert abort.

**Metode:** Studiet var en systematisk litteraturstudie basert på 10 vitenskapelige forskningsartikler.

**Resultat:** De mest fremtredende reaksjonene i sammenheng med en provosert abort var følelsen av ambivalens tilknyttet valget, fysiske symptomer på abortdagen og følelsen av skyld, skam og lettelse samt gode og dårlige erfaringer med helsepersonell etter aborten. Støtte var et tema som ble nevnt under hele prosessen.

**Konklusjon:** Kvinner som tar provosert abort er utsatt for psykiske reaksjoner både før, under og etter en abort. Å være mer observant på hvilke reaksjoner kvinnene kan få, kan bidra til at flere kvinner får en bedre opplevelse.

**Nøkkelord:** kvinne, provosert abort, opplevelse/erfaringer, følelser, sykepleie.

## **Abstract**

**Background:** Induced abortion has been legal in Norway for 31 years. In 2009 it was performed nearly 15 800 legal induced abortions in Norway. Knowledge of how women experience the abortion process can contribute to what nurses can become more observant about what the women is going through. And in that way support her trough the whole process.

**Aim:** The aim of the study was to illuminate women`s experience of having had an induced abortion.

**Method:** The study was a systematic literature study based on ten scientific articles.

**Results:** The most prominent reactions in relation whit an induced abortion was the feelings of ambivalence related to the choice, physical symptoms on the abortion day and feelings of guilt, shame and relief and also good and bad experiences whit the healthcare staff after the abortion. Support was a theme that recurred trough the whole process.

**Conclusion:** In connection with an induced abortion women can experience psychological reactions. To being more observant of what women are undergoing, can led to a better experience.

**Keywords:** women, induced abortion, experience, feelings, nursing.

# Innhold

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 Hensikt .....	2
1.2 Problemstillinger:.....	2
<b>2.0 TEORIBAKGRUNN</b> .....	<b>3</b>
2.1 Fra dødsstraff til selvbestemt abort .....	3
2.2 Abortlovgivning verden over .....	4
2.3 Provosert abort .....	5
2.4 Det informerte valget .....	5
2.5 Abortmetoder .....	6
2.6 Sykepleieres rolle i abortomsorgen .....	8
2.7 Kvinnens psykiske situasjon .....	10
2.7.1 Reaksjoner som kan oppstå.....	10
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>12</b>
3.1 Inklusjonskriterier .....	12
3.2 Eksklusjonskriterier.....	12
3.3 Datainnsamling .....	13
3.4 Kvalitetsgranskning.....	15
3.5 Ethiske overveielser .....	16
3.6 Analyse.....	16
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>18</b>
4.1 FØR – følelser knyttet til valget og graviditeten.....	18
4.1.1 Kvinners følelser til det å være gravid .....	18
4.1.2 Opplevelser til det å ta valget om abort .....	18
4.2 UNDER - Opplevelser på abortdagen.....	19
4.2.1 Mest opptatt av de fysiske symptomene .....	19
4.2.2 Kvinnenes opplevelse av helsepersonell .....	20
4.3 ETTER – aborten og inn i framtiden.....	21
4.3.1 Hva kvinnene opplevde etter aborten.....	21
4.4 STØTTE – fra familie, partner og helsepersonell .....	22
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>23</b>
5.1 Metodediskusjon .....	23
5.2 Resultatdiskusjon .....	26
5.2.1 FØR – følelser knyttet til graviditeten og valget.....	26
5.2.2 UNDER – opplevelser på abortdagen .....	28
5.2.3 ETTER – aborten og inn i framtiden.....	33
5.2.4 STØTTE - fra familie, partner og helsepersonell.....	35
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>36</b>
<b>Litteraturlise</b> .....	<b>37</b>

Vedlegg I – PICO- skjema

Vedlegg II – Oversikt over søkene

Vedlegg III- Oversikt over artikler

## 1.0 INNLEDNING

Kvinner som har tatt valget om å gjennomføre en provosert abort er en sårbar pasientgruppe som vi som ferdigutdannede sykepleiere kan møte enten direkte forbindelse med aborten, eller i situasjoner som minner kvinnen på hva hun har gjennomgått tidligere. Forfatterne hadde litt erfaringer om provosert abort tilknyttet praksis, men mest erfaringer som privatpersoner – som fra venner og familie. Ut i fra dette opplever vi at disse kvinnene er en sårbar pasientgruppe som det kanskje burde fokuseres mer på.

Provosert abort har vært lovlig i Norge i ca 35 år. Det utføres nærmere 15 800 legale provoserte aborter i Norge per år, de fleste tidlig i graviditeten.

I abortloven § 1 beskrives det at samfunnet skal så langt det går sikre at barn har de beste forutsetningene for en trygg oppvekst (Lov om svangerskapsavbrudd 2010). Ikke alle kvinner har mulighet til å gi et barn den omsorgen som bidrar til en trygg oppvekst, ved en uønsket graviditet er det kvinnen selv som bedømmer sin situasjon og tar selv valget om hun vil føde frem barnet eller ikke. Kvinner kan i samråd med lege vanligvis velge mellom en kirurgisk eller medisins abort, hvilken metode som passer best for kvinnen kommer an på hvor langt i svangerskapet hun har kommet. Ved medisinsk abort er det mulig å avslutte graviditeten i hjemmet.

Forfatterne ønsker med dette studiet å beskrive styrker og svakheter i omsorg av kvinners opplevelse/erfaringer av å ha tatt valget om selvbestemt abort, og at resultatet kan bidra til å forbedre omsorgen for denne pasientgruppen i et større perspektiv.

## **1.1 Hensikt**

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse kvinners opplevelser/erfaringer etter en gjennomgått provosert abort.

## **1.2 Problemstillinger:**

- Hvilke psykiske reaksjoner har kvinnen i forbindelse med provosert abort?
- Hvordan erfarer kvinnen sykepleien i forbindelse med provosert abort?

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2010) er en abort når et svangerskap avsluttes så tidlig at fosteret ikke er levedyktig. Ved provoserte aborter avbrytes svangerskapet ved kunstige midler.

I forbindelse med mener vi: før, under og etter en provosert abort.

## 2.0 TEORIBAKGRUNN

### 2.1 Fra dødsstraff til selvbestemt abort

Kong Christian V's lov fra 1687 satte en grusom dødsstraff for kvinner som tok abort eller de som medvirket til en abort <<letfærdige Quindfolk som deris Foster ombringes skulde miste Hals og deris Hoved sættis paa en Stage>>. Denne loven omfattet også spedbarnsdrap, fordi den ikke skilte mellom spedbarnsdrap og abort. Dødsstraffen ble stående fram til 1842, da kom det en ny lov om at abort skulle straffes med straffearbeid fra 6 måneder til 6 år, og fra 1902 til 1964 ble det fastsatt tre års fengsel for kvinner som foretok ”fosterutdrivelse”(Austveg 2006). For å få innvilget en abort på denne tiden skulle to leger vurdere om det var medisinsk, arvemessig og etisk grunnlag for svangerskapsavbruddet. Tolv år etter at p-pillen kom på markedet ble det den 13. juli i 1975 fattet et nytt vedtak i abortloven, den gav kvinnene mulighet til å avgjøre valget om selvbestemt abort inntil 12 svangerskapsuke. Mange fryktet at dette ville føre til en drastisk økning av antall svangerskapsavbrudd (Jettestad 2010). I følge Statistisk Sentralbyrå (2010) ble det i 1979 utført 14456 aborter mens det i 2009 ble det utført 15774 svangerskapsavbrudd i Norge. Det tilsvarer 14 aborter per 1000 kvinne i alderen 15 – 49 år. Dette er 299 færre svangerskapsavbrudd enn året før og det er antall tenåringsaborter som går mest ned.

Medikamentell avbruddsmetode er den mest brukte i praksis ved selvbestemte svangerskapsavbrudd. I 2009 ble 67,4 prosent (to tredjedeler/to av tre) av de selvbestemte svangerskapsavbruddene gjennomført medikamentelt, mens i 2006 var andelen 45,3 prosent. De fleste svangerskapsavbrudd blir utført i sjette-åttende svangerskapsuke. Tall fra 2008 viser at 62,6 prosent var utført innen utgangen av åttende svangerskapsuken (Gåsemyr 2010). I følge Jettestad (2010) er det å bestemme seg for en selvbestemt abort et vanskelig valg for mange kvinner, samt for mange forbundet med skam og seksuell løssluppenhet.



## **2.2 Abortlovgivning verden over**

På verdensbasis skjer det en generell endring av abortloven i form av liberalisering.

Globalt sett var det nitten land som liberaliserte abortloven mellom 1985 – 1997, og som begynte allerede i 1983. Femten land liberaliserte abortlovgivningen mellom 1995 og 2005. El Salvador, Polen, Russland, Ungarn og USA er land som har gjort sin lovgivning mer restriktiv. De fleste land har helselovgivninger som sier generelt hvordan helsepersonell skal opptre, disse lovene er noen ganger koblet opp mot profesjonsetiske regler som vanligvis sier at helsepersonell skal gjøre godt og ikke skade (Austveg 2006).

Abortlovgivningen varierer sterkt fra land til land. Både ordlyden og konteksten kan variere, noe som fører til at det kan være vanskelig å sammenligne ulike land. Alle land har praktisk talt lovgivning som regulerer hvor langt ut i svangerskapet en abort kan foretas, hvilke grunnlag det er for aborten og hvem som skal avgjøre om kvinnen får ta abort. Globalt sett kan abortlover ses som fem ulike kategorier, hvilket dreier seg om abortlover som strekker seg fra minst til mest restriktiv, hvor kategori en er den mest restriktive. Kategori fem inkluderer 54 land, deriblant Norge, tidligere Østblokk-land, USA og Tyrkia, og som har lovgivning om selvbestemt abort innenfor en viss svangerskapslengde. Generelt har utviklingsland mer restriktiv abortlovgivning enn industrialiserte land (Austveg 2006). I følge Svensk abortlov har det i Sverige siden 1975 vært lovlig å ta abort før utgangen av 18ende svangerskapsuke. Og det er kvinnen selv som tar beslutningen. Hun skal også tilbys støttesamtale både før og etter aborten (Abortlag 2007).

Norsk abortpraksis er regulert i Lov om svangerskapsavbrudd som endret ved lov 19. juni 2009 nr. 74.

**§ 2.** Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne. 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. (Lov om svangerskapsavbrudd 2010)

## **2.3 Provosert abort**

Selvbestemt abort i Norge kan utføres inntil utgangen av 12. svangerskapsuke, dette beregnes ut i fra første dag i kvinnens siste menstruasjon (Gudim og Juvkam 2008). Bergsjø et al. (2006) hevder at noen kvinner vil i de første ukene etter en konstatert graviditet søke råd med hensyn til svangerskapsavbrudd. Det er kvinnen selv som skal ta den endelige avgjørelsen, så lenge hun ikke har gått over til andre trimester. På visse vilkår kan svangerskapsavbrudd tillates i andre trimester, men da må søknaden behandles i en abortnemnd. Når kvinnen henvender seg til en lege, skal legen ifølge § 5 gi kvinnen opplysninger om inngrepets art og dens medisinske virkning. Ved selvbestemt abort må kvinnen fylle ut en begjæring om svangerskapsavbrudd. Legen skal også tilby kvinnen informasjon og veiledning om hvilken hjelp samfunnet kan tilby henne dersom hun vurderer å gjennomføre svangerskapet. Hun kan når som helst ombestemme seg og trekke tilbake begjæringen om svangerskapsavbrudd (Bergsjø et al 2006).

## **2.4 Det informerte valget**

I Norge har kvinner muligheten til å planlegge eller velge om de vil ha barn eller ikke. Å ha et valg innebærer en bevissthetsgjøring knyttet til svangerskap, fødsel og foreldrerollen, samt hvilket ansvar det innebærer (Hagtvedt 2010). Den legen som informerer kvinnen om inngrepets art og medisinsk virkning, har også ansvaret for å presisere at det er to forskjellige metoder (Bergsjø et al 2006).

Svangerskapsomsorg har både nasjonale retningslinjer og pasientrettighetsloven som understreker at kvinner har rett til informasjon og medvirkning i alle valg om tilgjengelige undersøkelser – og behandlingsmetoder. At kvinnen skal ta et informert valg innebærer at hun har fått nok kunnskap som er basert på kvalitetssikret informasjon, og dermed kunne ta det rette valget for seg selv og barnet. Det å bli mor er for mange kvinner en unik hendelse. Men ikke alle ønsker å få barn, tross at moderskap en universell sosiokulturell og biologisk hendelse (Hagtvedt 2010).

### *§ 3-1. Pasientens rett til medvirkning*

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen.  
Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.

(Pasientrettighetsloven 2010).

## **2.5 Abortmetoder**

### **Medikamentell abort**

Medisinsk abort, også kalt farmakologisk abort, er den metoden som er mest brukt i Norge. Denne metoden innebærer at kvinnen får et legemiddel som inneholder progesteronhemmere (Mifepriston). Dette legemiddelet får kvinnen av en sykepleier på poliklinikken. To dager senere settes det inn vagitorier dypt i vagina, som inneholder stoffet prostaglandin (Misoprostol) for å myke opp og dilatere cervix, hvilket etterfølges av at uterusmuskulaturen kontraherer slik at fostervevet støtes ut. I løpet av noen få timer til et døgn er abortprosessen i gang, og fosteret og placenta støtes ut. Ved en medikamentell abort kan kvinnen velge selv om hun vil være hjemme, eller på sykehuset. Kvinnen får smertestillende legemidler profylaktisk samt ved behov (Jerpseth 2010).

En medisinsk abort er mindre ressurskrevende og mer skånsom, hvilket gir færre komplikasjoner enn ved en kirurgisk behandling. Sterke menstruasjonslignende smerter når fosteret drives nedover og ut av fødselskanalen kan oppstå. Symptomer som avføringstrang, kvalme og oppkast kan forekomme, dette er fordi vagitorien kvinnen får inneholder prostaglandin, noe som virker indirekte på muskulaturen i mage – tarm – kanalen. Muskulaturen i blodårene kontraheres også noe som kan føre til symptomer som får hodepine. Etter en medikamentell abort vil en blødning oppstå og kan vare i opp til tolv dager (Jerpseth 2010).

### **Kirurgisk abort**

Ved kirurgisk abort innledes det først med medikamentell modning av cervix med vagitorien misoprostol. Inngrepet foretas ved vakuumaspirasjon, det vil si at legen fører et tynt metallrør inn i livmorhulen gjennom cervikalkanalen, et undertrykk kobles deretter til som fører til at metallrøret suger ut og tømmer livmorhulen. Fosterrester skrapes forsiktig ut med en kyrette. Denne utføres i generell narkose eller i lokalanestesi. Etter en kirurgisk abort har kvinnen som regel ikke smerter. Det kan likevel oppstå en blødning som ved en vanlig menstruasjon, og som varer i cirka en ukes tid etter inngrepet. Om blødningen vedvarer kan det tyde på en perforasjon, og dersom smerter oppstår kan det være tegn på infeksjon (Jerpseth 2010).

## **Videre oppfølging**

Etter en abort bør kvinnen få informasjon om de vanligste bivirkningene som kan oppstå. Kvinnen bør også få en repetisjon om at det er vanlig å oppleve avtagende blødning. Og at det ikke er anbefalt å bruke tampong, ta karbad, ha samleie eller være fysisk aktiv disse ukene. Informasjon om at ulike psykiske reaksjoner som lettelse, skyldfølelse, selvbekredning og sorg kan oppstå i ettertid er svært viktig, helsepersonell bør også vurdere kvinnens behov for videre oppfølging eller henvisning (Jerpseth 2010). Tilbud om prevensjonsveiledning er i begge tilfellene av provosert abort lovpålagt samt tilbud om valg av prevensjonsmiddel (Austveg 2006).

## **Ulike årsaker til abort**

At en kvinne velger å få utført en abort kan ha opphav i både fysiske, psykiske, sosiale og økonomiske grunner. Beslutningen er ofte preget av ambivalens og årsakene er gjerne sammensatte (Jerpseth 2010). Opplevelsen av motstridende følelser som opptrer samtidig i forhold til en person, et objekt, en handling eller en situasjon kalles ambivalens (Hummelvoll 2004). En årsaksforklaring kan være usikkerhet om framtiden og dårlig økonomi, eller manglende informasjon om og bruk av prevensjonsmiddel, kommunikasjonsproblemer eller vansker med å finne frem i helsevesenet (Jerpseth 2010).

## **2.6 Sykepleieres rolle i abortomsorgen**

Som sykepleiere skal vi forberede, støtte, veilede og hjelpe kvinnen gjennom undersøkelse og behandling. Ved å forberede kvinnen på undersøkelsen og behandlingen skapes en forutsigbarhet som kan hjelpe kvinne og mestre situasjonen. Under undersøkelsen må sykepleieren vise nærvær og innlevelse, samt samarbeide med lege slik at kvinnen slipper å få de samme opplysningene flere ganger. Informasjon og veiledning til kvinnen bør skje både før, under og etter aborten. Sykepleiere må ha innlevelse i hver enkelts kvinners situasjon, det å møte en kvinne på en gynekologisk avdeling innebærer en fleksibilitet mellom interesse og den gode nyskjerrighet for den andre. Sykepleieren må også være var ovenfor pasientens grenser og hennes ønsker om å dele (Jerpseth 2010). Samt det å være oppmerksom på pasientens behov for støtte til følelsesmessig bearbeiding i etterkant (Knutstad 2008).

### **Moralsk støtte**

Når en person står ovenfor et vanskelig valg, kan behovet for moralsk støtte være tilstede. Sykepleieren kan bidra med moralsk støtte gjennom å klargjøre helsemessige konsekvenser og vise respekt for beslutningen kvinnen tar, samt forsikre seg om at valget hun tar er på et informert grunnlag. Det er også viktig at sykepleieren støtter valget til kvinnen og prøver å forstå hennes motiv (Valset 2002).

### **Stiftelsen Amatheia**

Amatheia er en stiftelse i Norge som tilbyr gratis helsetjeneste i henhold til lov om svangerskapsavbrudd. Den tilbyr informasjon og veiledning knyttet til valget om svangerskap og abort, samtale underveis og etter fullført svangerskap, samt før og etter provosert abort. Amatheia bidrar til videre utvikling av ny kunnskap og økt kompetanse i samfunnet knyttet til kvinnens helse og psykososiale utfordringer ved uplanlagt graviditet og provosert abort (Amatheia 2010).

## **Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere**

Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Retningslinjene utdyper dette og konkretiserer hva som anses som etisk forsvarlig innen en rekke områder. Sykepleierens mest fundamentale plikt er å vise omsorg for alle som lider, uansett hva årsaken til lidelsen måtte være. Sykepleieren må erkjenne pasientens sårbarhet, og ivareta hans eller hennes integritet og verdighet med utgangspunkt i den enkeltes opplevde situasjon. Ut i fra retningslinjene skal sykepleieren respektere pasientens rett til selv og foreta et valg, samt fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikrer seg om at informasjonen er forstått (NSF 2001).

## **Tidligere forskning**

Ulike anledninger kan føre til at en kvinne ønsker en abort. De vanligste årsakene er at kvinnen ikke er klar for å ta hånd om et barn, økonomiske grunner, bekymringer for å ta ansvar for et annet menneske, at kvinnen ikke ønsker å være alenemor, relasjonsproblemer med partneren, at kvinnen føler hun er for ung og umoden til å oppfostre et barn. Kvinners psykiske opplevelser av en abort er ikke lik, ulike faktorer kan påvirke opplevelsen, for eksempel årsaken og tidspunktet for aborten, hendelser og forhold i livet før og etter, samt sosiopolitiske forhold (Major et al 2009).

I handlingsplanen for forebygging av uønsket svangerskap og abort - 2010 – 2015 – strategier for bedre seksuell helse, omhandler å forebygge uønsket svangerskap og abort. De beskriver at regjeringen har gjort en satsning i 2010 hvor 28,5 millioner av statsbudsjettet er avsatt til blant annet forebygging av uønsket svangerskap og abort, via tiltak som å styrke kunnskap og kompetanse. Siden det er høyest forekomst av abort blant 20 – 24 åringer er unge voksne kvinner og menn den sentrale målgruppen.

Handlingsplanen beskriver ut i fra internasjonale kunnskapsoppsummeringer av Major B. et al og Skjeldestad F.E og Norderhaug I.N norske kunnskapsoppsummering, at få kvinner sliter med psykiske ettervirkninger etter svangerskapsavbrudd som blir foretatt i første trimester. Det kommer også fram at det å være uønsket gravid medfører en del blandede følelser. Før inngrepet er tristhet, nedstemthet, skuffelse, skyld og sinne vanligst. Mens de dominerende følelser etter aborten er lettelse, glede og tilfredshet. Det konkluderes deretter med at det ikke er holdepunkter for at svangerskapsavbrudd i første trimester gir senere psykiske helseplager (Helsedirektoratet 2010).

## **2.7 Kvinnens psykiske situasjon**

Abortsøkende kvinner kan oppleve det å komme på sykehuset som vanskelig. Mange kvinner kan på forhånd være i tvil om valget er riktig eller galt. Tvilen kan være tilstede helt fram til aborten startet til etter prosessen er overstått. Noen kvinner kan føle skyld og anger, samt redsel for at denne prosessen kan forspille sjansen for å bli gravid igjen. Tvilen kan vises på at kvinnene søker spesiell kontakt med personalet, som innebærer at de mer eller mindre vil at noen skal ta valget for dem, eller bekrefte at valget de har tatt er riktig. Noen kvinner kan bli avvisende og innesluttende fordi de tror personalet kan komme til å dømme de. Ved en selvbestemt abort er det naturlig å få en sorgreaksjon, hvor sterk reaksjonen blir varierer fra kvinne til kvinne og det er kvinnens egen opplevelse som er av betydning. Opplevelsen av tap kan finne sted, uansett årsak til svangerskapsavbruddet (Farmen og Hol 2001). En tidligere provosert abort kan forstyrre den psykiske balansen i ettertid. Denne forstyrrelsen kan arte seg som uforklarlig skyldfølelse eller angstopplevelse. Gamle minner fra abortinngrepet, som narkoseopplevelsen eller erfaringen med helsepersonellet kan føre til håpløshet eller tristhet (Brudal 2000).

### **2.7.1 Reaksjoner som kan oppstå**

#### **Emosjoner**

At kognitive prosesser er med på å forme den følelsemessige opplevelsen, betyr at den enkeltes personlige tolkning av en situasjon eller tilstand er medbestemmende for om situasjonen skal utløse følelser og eventuelt også hvilke følelser. Det skjer med andre ord en tankemessig vurdering, denne vurdering er bestemt av den enkeltes forestillingsverden, som er formet av tidligere erfaringer og kjennetegn ved den aktuelle situasjonen. En emosjon kan være et svar eller en reaksjon på en opplevelse/erfaring/ handling eller en hendelse (Bunkholdt 2002).

## **Selvutvikling**

Samfunnet som vi lever i utdeler ulike roller til hver enkelt av oss, det kan være for eksempel hjelperollen, morsrollen, arbeiderrollen. Parallelt med hva samfunnet delegerer til oss utvikler vi vårt sanne selv, som inneholder at vi danner forhold til våre egne opplevelser. Selvutviklingen berøres i begge aspektene når vi beveger oss fra en livsfase til en annen, som det å være i en posisjon der vi er barn til våre foreldre til å gå inn i en ny rolle hvor vi skifter posisjon. Denne skiftingen av roller kjennetegnes ved en økt sårbarhet. I forandringer mellom en fase til en annen er personen ofte nærtagende, har skiftende humør og kan ha svingninger mellom intens glede til usikkerhet (Brudal 2000).

## **Stress**

Om personen oppfatter situasjonen eller hendelsen som stressende er avhengig av den tankemessige vurderingen av situasjonen eller hendelsen, og om det er mulighet for mestring. Stress og stressreaksjoner kan også bli kalt krise og krisereaksjoner. Hva som helst kan i prinsipp utløse stress, hvordan vi takler vanskelige situasjoner eller hvordan vi mestrer problemer er avhengig av de erfaringer vi har fra tidligere. Forandringer som krever tilpasning på en eller annen måte kan utløse stress, for eksempel en indre konflikt. Det å oppleve forutsigbarhet eller å ha en viss kontroll, eller det å oppleve situasjonen som en trussel påvirker graden av stress som utløses. Å ha forutsigbarhet innebærer at en har en viss forståelse om hva som kommer til å skje, og på den måten kan ubehag reduseres, og opplevelsen av stress kan bli mindre. Dette tyder på at å ha en viss kontroll over den stressutløsende situasjonen reduserer stressnivået. Ulike faser en kriserammet kan gå igjennom er: Sjokkfasen – benekting av situasjonen. Reaksjonsfasen – følelsene slipper til og tankene begynner å arbeide, og en får en viss forståelse av hva som har skjedd. Nyorientering og bearbeidingsfasen – det oppstår en tilpasning til den nye situasjonen (Bunkholdt 2002).



### **3.0 METODE**

Metoden som forfatterne benyttet seg av i denne oppgaven var en systematisk litteraturstudie. Dette er en metode hvor vi på en systematisk måte søker, gransker og setter sammen vitenskapelige studier av relevans for å besvare vår hensikt og problemstillinger (Willman, Stoltz og Bathsevani 2006). Hensikten med det systematiske litteraturstudiet er å studere tidligere gjennomførte empiriske studier for å finne ny kunnskap som skal kunne overføres til praksis (Forsberg og Wengström 2008). Bakgrunn for metodevalg er skolens retningslinjer, samt tiden vi har til disposisjon. Ettersom forfatterne var interessert i kvinnens opplevelser og erfaringer i forbindelse med en abort var vi i hovedsak opptatt av å finne kvalitative artikler. Ettersom kvalitative artikler fanger opp subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser og holdninger, mens kvantitative artikler fokuserer på å beskrive forekomst og fordeling, og å finne sammenheng mellom et eller flere begreper/ variabler (Nordtvedt et al 2008).

#### **3.1 Inklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier for forskningsartiklene var at de skulle være vitenskaplige artikler fra land som tillater legal provosert abort. De skulle være utgitt på dansk, engelsk, norsk eller svensk fordi det er disse språk forfatterne behersker. Artiklene skulle ikke være eldre enn seks år. Grunnlag til dette var at ved våre prøvesøk fant vi flere artikler med relevant tema utgitt i 2004. Studiene skulle omhandle kvinner som har gjennomgått legal provosert abort, medikamentell eller kirurgisk, enten på sykehus eller i hjemmet. Med legal provosert abort mener vi at kvinnen skal ha tatt en abort innen lovlige rammer i det landet forskningen omhandlet. Videre skulle artiklene handle om kvinnens opplevelser omkring aborten, enten før, under og/eller etter.

#### **3.2 Eksklusjonskriterier**

Artikler som ble ekskludert hadde lite sammenheng med litteraturstudiets hensikt. Vi ekskluderte artikler som omhandler abort og psykisk sykdom hos kvinnene, ulovlig abort, spontanabort, abort på grunn av sykdom/ misdannelse og selektiv abort. Samt artikler fra land som ikke hadde overføringspotensialer til Nordiske forhold. Vi valgte å ikke begrense oss til alder, da vi tok på sikte at den provoserte aborten skulle være legal i det landet forskningen bli gjort, noe som inneholder at kvinnenes alder kan variere. Ut i fra retningslinjene ble review artikler og oversiktsartikler automatisk ekskludert.

### **3.3 Datainnsamling**

I begynnelsen prøvde vi oss frem med flere prøvesøk. Deretter benyttet PICO skjemaet som hjalp oss til å gjøre søkene mer systematiske (vedlegg I). For at vi skulle få relevante søkeord gikk vi ut i fra vår hensikt og problemstillinger i et PICO skjemaet som førte til at vi fikk inndelingen PO (Nordtvedt et al 2008). Jo lenger vi kom ut i prosessen, ble søkene mer strukturert noe som resulterte i mer konkrete treffer. Søkeordene som vi brukte var: Abort/ abortion, svangerskapsavbrudd/termination of pregnancy/induced abortion, opplevelse/erfaring/experience/narration story, reaksjon/reaction, følelser/feelings/emotion, sykepleier/nurse, sykepleie/nursing (vedlegg II). Det ble søkt på norsk og engelsk, først hver for seg og deretter kombinert ved hjelp av AND eller OR. Ulike avgrensninger som språk (engelsk, norsk, dansk og svensk), år (2004- 2010 eller current), og trunkering (\$) ble brukt i de databasene som tillot dette (OVID og ScienceDirect), vi brukte også MeSh termer i noen av søkene (OVID). Vi valgte å unngå å bruke ord som ledet oss inn på psykiske lidelser ettersom vi trodde at dette ville ha påvirket søkeresultatene til abort og psykisk lidelse. For å finne svar på hensikten og problemstillingene søkte vi i databasene: Ovid Nursing database, Ovid MEDLINE, Ovid PsycInfo, ProQuest og SweMed+, Norart. PubMed, ScienceDirect og Sykepleien.no. Tid ble avsatt til litteratursøk i februar/ mars og varte til oktober, til vi fant et godkjent antall artikler. Totalt fant forfatterne ti artikler som svarte opp mot studiens hensikt og problemstillinger. Forfatterne skrev deretter et sammendrag fra hver artikkel (vedlegg III). Et siste søk gjordes 13. oktober 2010 for å se om det hadde kommet ny relevant forskning til vårt tema, noe som forekom, men på grunn av at artiklene måtte bestilles og tiden var knapp så ble ikke dette aktuelt for oss. I vedlegg II presenteres søkene med artikkelfunn, totalt antall søk i alle databaser var ca 50. Riktig antall søk var vanskelig å finne siden ikke alle databaser har den funksjonen at en kan lagre søkehistorikken.

Dette er et av våre søk i OvidSP (MEDLINE) som viser kombinasjoner av søkeord. Her ble ”advanced search” brukt, som innebar at vi kunne kombinere flere søkeord.

Search Journals Books My Workspace

Search History (12 searches) (Click to close) View Saved

<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results	Search Type	Actions
<input type="checkbox"/>	1	Abortion, Induced/ or abortion.mp.	63677	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	2	women.mp. or Women/	527030	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	3	reaction\$.mp.	1023075	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	4	feeling\$.mp. or Emotions/	57909	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	5	experience\$.mp.	528124	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	6	3 or 4 or 5	1572317	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	7	1 and 2 and 6	2981	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	8	Abortion, Induced/ or termination of pregnancy.mp.	21586	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	9	1 or 8	65152	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	10	2 and 6 and 9	3081	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	11	Narration/ or story\$.mp.	14762	Advanced	Display More >>
<input type="checkbox"/>	12	<b>2 and 8 and 11</b>	<b>18</b>	<b>Advanced</b>	Display More >>

Remove Selected Save Selected | Combine selections with: And Or RSS

### **3.4 Kvalitetsgranskning**

For å finne artikler som svarte på vår hensikt og problemstillinger leste vi først titlene, og dersom artikkeltitlene virket relevant ble abstractet lest. Om artikkelen fortsatt virket relevant ble de skrevet ut eller bestilt i fulltekst. Det at artiklene var refereebedømte kontrollerte vi gjennom å søke på hver enkelt i Database for høgre utdanning (DBH). DBH samler informasjon om alle aspekter ved virksomhet på norske universiteter, høyskoler og forskning. De arbeider på vegne av universitets- og høyskoleavdelingen i Kunnskapsdepartementet (DHB 2010).

Forfatterne gransket artiklene kritisk ved hjelp av ”Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning”, fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>). Denne sjekklisten inneholdt ni spørsmål som gikk på om vi kunne stole på resultatene, hva resultatene forteller og om resultatene kan være til hjelp i vår praksis. Totalt hadde vi tolv artikler, disse ble fordelt likt mellom forfatterne og lest raskt igjennom, to av artiklene ble raskt ekskludert da de omhandlet illegal abort, de ti resterende artiklene ble igjen fordelt likt mellom forfatterne og kvalitetssikret. Deretter gikk vi igjennom kvalitetsgranskningen sammen, dette for å se om vi hadde fått med oss det som var relevant i kvalitetsbedømmingen. Forfatterne ble inspirert av Willman's (2006) kvalitetsgradering, en tre grads skala som gav hvert spørsmål i kvalitetsgranskningen et poeng for hvert ja, og null poeng om svaret var usikkert eller nei. Den samlede poengsummen for hver enkelt artikkel ble regnet om til prosent og vurdert til grad I 80 – 90 %, II 70 – 79 % eller III 60 – 69 %. Hvor grad I er den med høyest kvalitet (Willman, Stoltz og Bathesevani 2006). Ut i fra dette ble 7 av artiklene gradert til grad I, og 3 av artiklene til grad II.

### **3.5 Etiske overveielser**

Forskningen i vår litteraturstudie gikk ut på hva kvinner opplever i sammenheng med en provosert abort. Malterud (2003) beskriver at etiske prinsipper skal følges når medisinsk forskning omfatter mennesker. Videre står det at forskningen som omfatter mennesker skal bare utføres dersom formålet med studiet er viktigere enn de risikoene og belastningene som det kan innebære for forsøkspersonene. Samt at forskeren skal kjenne til de kravene etiske retningslinjer, lovgivningen og andre regler stilles til forskning på mennesker. Åtte av våre artikler var godkjent av en etisk komité. I to artikler var ikke dette beskrevet, men det ble nevnt at kvinnene i disse studiene måtte samtykke og skrive under på at de visste hva undersøkelsen gikk ut på og derfor valgte vi å ta de med.

### **3.6 Analyse**

For å kunne granske det innsamlede tekstmaterialet på en kritisk måte og vurdere det på et konsekvent og upartisk måte, var det viktig å arbeide systematisk (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

Til vår analysedel fikk vi inspirasjon fra Malterud (2003) som beskriver analysedelen i fire steg:

Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer: bli kjent med materialet, lese igjennom for å få helhetsbilde.

Meningsbærende enheter – fra temaer til koder: skille relevant tekst fra irrelevant, sortere den teksten som kan tenkes og som belyser problemstillingene.

Kondensering – fra kode til mening: hente ut og kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene, som i forrige analysetrinn ble identifisert og klassifisert.

Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper: sammenfatte funnene og gjenfortelle de i grunnlag til ny beskrivelse.

Etter vi hadde lest og kvalitetssikret ti artikler som var relevante for å svare på vår hensikt og problemstillinger delte vi de likt imellom oss. Ved gjennomgang av materialet forsøkte forfatterne å være bevisst over sine egne holdninger i forhold til temaet slik at det på minst mulig måte skulle farge resultatet. Vi begynte med å markere det som gikk igjen i de ulike artiklene med ulike farger og deretter sammenlignet vi funnene. Fargemarkeringen ble deretter delt inn i grupper etter innhold, og sju temaer ble identifisert, hver av disse fikk sin

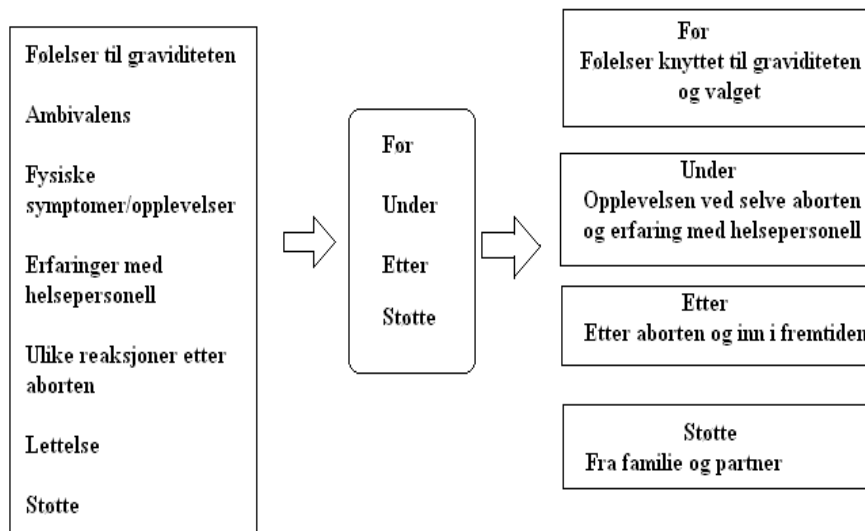
egen rubrikk: *følelser til graviditeten, ambivalens, fysiske symptomer/opplevelser, erfaringer med helsepersonell, ulike reaksjoner etter aborten, lettelse og støtte.*

Når vi gikk igjennom materialet en gang til oppdaget vi et mønster, tre temaer som virket mer overordnet som var før, under og etter, og et som berørte alle tre, støtte.

Dermed ble de sju temaene delt opp til seks sub kategorier, og støtte ble enkeltstående.

Våre tre nye hovedtema etterfulgt av subkategorier ble: *FØR – følelser knyttet til graviditeten og valget, UNDER – opplevelsen ved selve aborten og erfaringer med helsepersonell, og ETTER – aborten og inn i fremtiden.* Og det siste temaet som berørte alle tre var: *støtte fra familie og partner, men også fra helsepersonell.*

Analysen i et skjema:



## **4.0 RESULTAT**

### ***4.1 FØR – følelser knyttet til valget og graviditeten***

Før aborten i forbindelse med graviditeten og valget, opplevde kvinnene flere ulike følelser.

#### **4.1.1 Kvinners følelser til det å være gravid**

Kvinnene hadde flere ulike følelser i forbindelse med det å bli gravid. Ved oppdagelse av graviditeten beskrev kvinnene følelser som alt fra sjokk til glede. Følelsen av sjokk kunne variere fra å være kortvarig til langvarig (Alex og Hammarstrøm 2004).

Dette støtter også Ekstrand et al (2009) opp under da de beskriver at kvinnene kunne oppleve det å være gravid som en sjokk. Etter sjokkreaksjonen fulgte en blanding av motstridene følelser, sånn som det å være overveldet på en positiv måte, men samtidig var det ikke et tema å gjennomføre graviditeten.

I følge Hallden, Christensson og Olsson (2009) beskrev noen av kvinnene at opplevelsen av å være gravid var utenkelig, men samtidig at det var overraskende, noe som skapte følelser som lykke og morsfølelse. Det at noen kvinner opplevde graviditeten som utenkelig er noe som ble sammenkoblet med at de var i ferd med å oppdage sin fruktbarhet, de fikk også følelsen av å se seg selv som en annen person som opplever virkeligheten; ”... sometimes I felt like I really stood outside myself and just looked at someone I didn't know that was experiencing this...” (Hallden, Christensson og Olsson 2009, 246 ). Andre følelsers som dukket opp innledningsvis i graviditeten var at kvinnene opplevde vonde følelser, som uvirkelighet, fortvilelse, panikk og sorg. Men også positive følelser som at graviditeten var et mirakel, samt at de opplevde lykke (Kero, Høgberg og Lalos 2004). Ved oppdagelse av svangerskapet visste noen kvinner umiddelbart at det måtte avsluttes, å ta abort var et naturlig valg. En kvinne uttrykte det slik; ”I'd never felt as happy before in my whole life. It was wonderful. But at the same time, I felt, 'It has to go.' I mean what's there to do, really?” (Ekstrand et al 2009, 176).

#### **4.1.2 Opplevelser til det å ta valget om abort**

I forhold til avgjørelsen om abort hadde noen kvinner moralske bekymringer og mintes sterk ambivalens - motstridende følelser var vanlige. Noen kvinner opplevde sterk tvil i direkte tilknytning til aborten (Ekstrand et al 2009).

I Kero, Wulff og Lalos studie fra 2009 ble blandede følelser knyttet til å starte abortprosessen nevnt. Noen kvinner opplevde at det var godt å starte prosessen, siden de var sikre på sin avgjørelse. Andre kvinner beskrev aborten som hard, trist og veldig vanskelig, men samtidig at det var godt å starte prosessen; "...both hard and sad but also good to start the process..." and "...very difficult.. panic.. but I wanted this..." (Kero, Wulff og Lalos 2009, 327).

De fleste kvinnene var bestemt på sin avgjørelse, tross sine ambivalente følelser.

Beslutningen om å ta abort førte med seg vanskeligheter og konflikter (Kero, Høgberg og Lalos, 2004). I Alex og Hammarstrøm (2004) beskrev noen kvinner at abort var deres eget valg, men at valget ble påvirket i ulik grad av erfaringer fra egen oppvekst, partner, venner og sosiale normer. I beslutningsprosessen ble ambivalens sterkt uttrykt, en kvinne nevnte at uansett hva hun gjorde blir valget galt, "The worst thing was that whatever choice I made it would be wrong" (Alex og Hammarstrøm, 2004, 163). Flere kvinner uttrykte at det å ta tablettene som det vanskeligste i abortprosessen, de så på tablettene som "den definitive handlingen, med ingen vei tilbake" (Kero, Wulff og Lalos 2009).

## **4.2 UNDER - Opplevelser på abortdagen**

### **4.2.1 Mest opptatt av de fysiske symptomene**

På abortdagen var kvinnene mest opptatt av sine fysiske symptomer. I studien til Kero, Wulff og Lalos (2009) som omhandlet medisinsk abort i hjemmet, var hovedsymptomene på aborten blødninger og smerter, men symptomer som hodepine, trøtthet, sykighet og kvalme forekom også. En tredjedel av kvinnene bedømte sine fysiske symptomer til verre enn forventet, mens halvparten opplevde at symptomene var lettere enn forventet. Også i studien til Ekstrand et al (2009) som inkluderer både medisinske og kirurgiske aborter bygger opp under dette, det at aborten ble sett på som verre enn forventet, særlig blødningene. En kvinne hevdet at blødningene var massiv, noe som var veldig skremmende.

Etter en medisinsk abort opplevde noen kvinner at blødningene var langvarig (15,5 dager) og større enn de som valgte kirurgisk abort (10,9 dager). De som gjorde den medisinske aborten fikk også de typiske bivirkningene som er relatert til prostaglandiner, sånn som trøtthet, oppkast, magesmerter og diaré (Hemmerlinga, Siedentopf og Kentenicha, 2005). Alex og Hammarstrøm studie fra 2004 sier at kvinners fysiske symptomer var tunge



blødninger, samt følelsen av sykkelighet og smerter. Mens en kvinne uttrykte at hun ikke kjente noe, bare litt nervøsitet.

## **4.2.2 Kvinnenes opplevelse av helsepersonell**

### **4.2.2.1 De gode opplevelsene**

Det at kvinnene ble møtt med respekt og vennlighet av helsepersonell opplevdes av kvinnene som en slags godkjenning og respekt for beslutningen (Hallden, Christensson og Olsson, 2009). Kero, Wulff og Lalos fra 2009 sier i sin studie at de aller fleste kvinnene var fornøyd med informasjonen de hadde fått og måten de hadde blitt behandlet på. En del kvinner opplevde også helsepersonell som støttende, positive og informative, og en kvinne beskrev at hun ble overrasket over den gode støtten hun fikk (Alex og Hammarstrøm, 2004). Kvinnene i Ekstrand et al (2009) sin studie satte pris på den nøytrale støtten som de fleste helsepersonell gav, og fåtall av kvinnene opplevde at de hadde behov for profesjonell rådgivning (Ekstrand et al. 2009). Det å ha et valg mellom de ulike abortmetodene opplevde flertallet av kvinnene som viktig eller svært viktig (Kero, Høgberg og Lalos, 2004).

### **4.2.2.2 De dårlige opplevelsene**

I Kero, Wulff og Lalos (2009) sin studie framkommer det at ikke alle kvinnene var fornøyd med informasjonen, de synes at helsepersonell burde informere bedre om prosedyren og hvilke situasjoner en kunne komme opp i. En kvinne trodde hun kunne ta aborttablett hjemme sammen med sin mann, isteden for på sykehuset. Noen kvinner kommenterte at situasjonen på klinikken var; ”... a very absurd situation... a strange person (hospital staff) was looking at me when I took the pill which would take the life of the embryo...” (Kero, Wulff og Lalos 2009, 327). I Hess (2004) fremkommer det at kvinnene ikke følte seg sett på klinikken.

I abortsituasjonen erfarte noen kvinner seg ignorert av helsepersonell, de følte også at helsepersonell ikke forsto deres situasjon, samt at de var kald, negativ og ignorant, noe som framkalte følelsen av skam, tristhet, ensomhet og usikkerhet hos kvinnene (Alex og Hammarstrøm, 2004). En av kvinnene som hadde blitt gravid som følge av sprukket kondom, følte hun måtte forklare hvordan hun hadde blitt gravid. Hun følte seg beskyldt for å ikke brukte prevensjon, samt at hun følte at helsepersonellet presset henne til å begynne med et bestemt hormonelt prevensjonsmiddel, noe kvinnen var usikker på om hun ville begynne med.

## **4.3 ETTER – aborten og inn i framtiden**

### **4.3.1 Hva kvinnene opplevde etter aborten**

Mange ulike følelser ble nevnt i forbindelse med reaksjoner etter en provosert abort. Kvinnene rapporterte at de hadde både negative og positive følelser relatert til aborten, noen opplyste at de hadde følelse av velvære og lettelse, mens noen kvinner uttrykte vonde følelser, disse var i hovedsak følelsen av tristhet, tomhet, ensomhet, sinne og selvbekreidelse, samt opplevelsen av skyldfølelse og anger (Kero, Wulff og Lalos, 2009). I Broen et al sin studie fra 2006 framkommer det at kvinner har et høyere nivå av angst og depresjon enn normalbefolkningen, både 10 dager og 6 måneder etter abort. Kvinner som tar provosert abort føler mer lettelse i ettertid, men også betydelig mer følelsen av skyld og skam. Unngåelse av minner var noe som holdt seg uforandret på en tidsperiode på 5 år. Noen kvinner fortalte at de kunne slå av TV'en vist det kom et program som hadde noe med temaet graviditet og abort og gjøre, samt at de vegret seg for å besøke venninner og søsken som nylig hadde fått barn. En kvinne fortalte at hun nå forholdt seg helt taus vist venninnene diskuterte abort, i motsetning til før aborten. Det å prøve å unngå minner framkommer også i Hess (2004) sin studie. I studien til Nafiye (2009) ble det beskrevet at en del kvinner fikk post abort depresjon. Trybulski (2005) nevner i sin studie at tanker og refleksjoner omkring aborten og det tapte barnet ble ført med inn i nåtiden. Den tidligere erfaringen med abort ble inn i dagens hendelser i livet på en av de følgende måter: underbevisste tanker trengte seg på, hendelser i livet utløste tanker, refleksjoner omkring aborten, anger på valget og det at det i blant kunne være en hemmelighet, "...of course people would think about it. I also think it is something you live with forever. I don't think you ever finish with it..." (Trybulski 2005, 686).

Alex og Hammarstrøm (2004) nevner at kvinnene hadde en positiv holdning til rettighetene til å ta abort, men kunne være negative til sin egen. Grunner til dette kunne være at de angret på sitt valg eller at de fryktet å bli sterile som følge av aborten. Aborten kunne også føre til psykologiske reaksjoner som skyld og fremmedgjøring, men også til følelser av ambivalens og tomhet, modenhet og glede over å ha opplevd et svangerskap, "Now I felt that I had these feelings, [to feel like a mother] that they were there" (Alex og Hammarstrøm 2004, 164). Noen kvinner assosierte aborten med følelser som sorg, tomhet og skyldfølelse. I ettertid da kvinnene så tilbake på tiden direkte etter aborten mintes de følelser som tristhet, ensomhet, skam, skyld og anger. Men mange kvinner var fornøyd med avgjørelsen om å ta abort og kvinnene oppgav at de opplevde aborten som en lettelse

og/eller en frigjørelse, og som en handling om å ta ansvar. Studien viste også at flertallet av kvinnene så aborten som en prosess med vekst og modning. Kvinnene i studiet anså sin evne til å takle aborten som god, selv om en del hadde opplevd krisereaksjoner og nesten like mange rapporterte mild/moderat emosjonell støtte direkte etter abort (Kero, Høgberg og Lalos, 2004).

#### **4.4 STØTTE – fra familie, partner og helsepersonell**

Å få støtte både før, under og etter en provosert abort var noe som kom tydelig frem.

I Ekstrand et al (2009) kom det frem at en kvinne nevnte at under beslutningsprosessen var partneren den hun rådførte seg mest med. Noen kvinner nevnte at de ønsket at deres parter hadde vært mer tilstede når det gjaldt beslutningsprosessen og abortprosedyren. Foreldre og andre nære ble også nevnt som viktige kilder til støtte, men ikke alle deltagerne fant det mulig å fortelle/avsløre om situasjonen til sine foreldre; ”Since my parents are immigrants and Muslims, it’s was totally out of the question for me to tell them about the pregnancy...” (Ekstrand et al 2009, 176). Videre kom det frem at noen kvinner så abort som den eneste fornuftige løsningen siden de ikke hadde støtte eller var enige med partneren om hvordan de skulle takle det eventuelle foreldreskapet, noe som resulterte i at kvinnene følte seg revet mellom sin partners ønsker og sine egne. Flere kvinner sa at partneren strevde med å gi emosjonell støtte; ”He said, ‘Regardless of what you choose, I’ll support you – but you know what I prefer you to do...’ And of course I want to respect that.” (Ekstrand et al 2009, 175). I Kero, Wulff og Lalos sin studie fra 2009 hadde de fleste kvinner en partner som støttet deres beslutning om å ta abort, men det kom også frem at noen kvinner hadde en parter som var i tvil. I Alex og Hammarstrøm sin studie fra 2004, rapporterte de fleste kvinnene at de ikke fikk støtte fra sin partner, men kvinnene beskrev at de fikk god støtte fra helsepersonell.

Støtten fra familie, partner og kvinnelige venner var viktig, samt omtanken som helsepersonell viste gjennom sin deltagelse ved aborten, ”I know that I have their support, whatever my choice would be” (Halldén, Christensson og Olsson 2009, 163).

At kvinnene opplevde en slags godkjenning fra partneren etter aborten var svært viktig.

Noen kvinner viste følsomhet for og bekymring over deres partners reaksjoner, og

kvinnene satte pris på at partneren var sympatisk (Halldén, Christensson og Olsson, 2009).

## **5.0 Diskusjon**

### **5.1 Metodediskusjon**

Studiens hensikt var å belyse kvinners opplevelse/erfaringer av å ha gjennomgått en provosert abort. Forfatterne benyttet seg av en systematisk litteraturstudie for å få svar på dette.

#### **Søkestrategi**

Ved artikkelsøk brukte vi OVID Nursing database, OVID MEDLINE, OVID PsycInfo, ProQuest, SweMed+, Norart, ScienceDirecte, og Sykepleien.no. Disse databasene inneholder studier innen medisin, psykologi, psykiatri, helse og sykepleie, samt referanser til nordiske artikler innen det medisinske område. Disse ble sett på som vesentlige til vår studie siden de inneholdt artikler som var passende til vår hensikt og problemstillinger. Gjennom å søke i de ulike databasene ønsket forfatterne å få et større utvalg av artikler. Noen av de utvalgte artiklene gikk igjen i flere databaser, noe som indikerer på at databasene har delvis samme innhold. Dette kan tyde på at vi søkte i for like databaser og at vi kunne ha søkt i andre for å få et bredere utvalg, for eksempel British Nursing Index, en spesialbase for sykepleie og jordmorfag.

#### **Søkeord**

I begynnelsen prøvde vi oss frem med ulike søkeord og prøvesøk for å se om det fantes artikler til vår hensikt. Underveis i søkeprosess ble vi mer strukturert både på søketeknikk og på hvilke søkeord vi skulle bruke. Søkeordene kom vi fram til via et PICO skjema (vedlegg D). Forfatterne opplevde at riktige søkeord ble funnet med hjelp fra PICO skjemaet, noe som bidro til et riktig antall artikler. Mye tid gikk til litteratursøking, noe som resulterte i mindre tid til det resterende arbeidet. Dette skulle ha vært prioritert annerledes, slik at vi hadde fått fordelt tiden mer jevnt over oppgaven. Forfatterne prøvde å bruke søkeord som ikke var ledende til det positive eller negative, noe vi opplever som en styrke, da vi på denne måten bevisst prøvde å ikke farge resultatet. Men på en annen side kunne dette ha resultert i at relevante artikler har gått tapt. MeSh termer ble brukt i databasen Ovid, noe som kunne ha vært en faktor til at relevante artikler ble funnet. At vi ikke brukte det i alle søkene kan være en svakhet, da relevante artikler kunne ha gått tapt.

I følge Forsberg og Wengström (2008) er forskning en ferskvare som stadig fornyes. For at vi skulle finne ny relevant forskning valgte vi å begrense søkeårene fra 2004 – 2010/current. Dette kunne ha hatt en innvirkning på at artikler som er eldre har blitt ekskludert og dermed gått tapt. Totalt hadde vi ti artikler.

## **Kvalitetsvurdering**

For å vurdere den vitenskapelige kvaliteten på artiklene og relevansen på materiale, ble hver artikkel gransket ut i fra en sjekkliste. Sjekklisten inneholdt totalt ni spørsmål. Hvert spørsmål i sjekklisten som fikk 'ja- svar' fikk et poeng, mens 'nei-svar' fikk null. Den totale poengsummen av enkelte artikkel ble regnet sammen, og gjort om til prosent. Ut ifra prosentsummen ble artiklene vurdert til grad I, II eller III, hvor I høyeste. Bruken av sjekklisten gjorde det lettere å bedømme artiklene samtidig som den gav oss en oppfattning av kvalitetsnivået. Sju av artiklene fikk grad I og tre grad II. Sjekklisten fra kunnskapssenteret var et ryddig og lett forståelig verktøy som hjalp oss å få en dypere innsikt i artiklene. To av de 10 artiklene hadde samme hovedforfatter, dette kan ha påvirket funnene siden forskere har en effekt på sine studier. Ved kvalitativ tilnærming bruker forskeren seg selv som verktøy, gjennom forskerens tolkning gis data mening. Hvem forskeren er, og hvilke forutsetninger hun/han har vil være avgjørende for hva den innsamlede dataen blir (Dalland 2007).

## **Analysen**

Forfatterne brukte Malterud's bok (2003) i analysedelen. En kvalitativ dataanalyse med inspirasjon av Georgi's fire trinns modell blir beskrevet i Malterud's bok. Å bruke kvalitativ dataanalyse ses av forfatterne som passende da hensikten var kvinners opplevelse av provosert abort, tross dette har vi med to artikler som var både kvalitativ og kvantitativ.

At mesteparten av artiklene var på engelsk var en svakhet for forfatterne, vi opplevde at en del ord og setninger ble vanskelige å oversette, dette kunne ha ført til at tekst i artiklene har blitt mistolket, men tross dette tror ikke forfatterne at hovedessensen i materialet har gått til grunne. En styrke i oppgaven kan være at vi fra begynnelsen delte artiklene mellom oss og diskuterte de ulike funnene, dette kan ha være en faktor som bidro til at risikoen for å miste relevant data ble redusert.

Forfatterne valgte å ta med tre artikler som var seks år gamle. Grunnlaget til dette var at prøvesøkingen viste artikler som var relevante, men utgitt i 2004. I ettertid har det vist seg at dette var et godt valg for å nå godkjent antall artikler. Seks artikler var fra Norge eller Sverige, dette ble sett på som en styrke da Norge og Sverige har store likheter. Sveriges abortlov tillater selvbestemt svangerskapsavbrudd før utgangen av attende svangerskapsuke, de fleste svangerskapsavbrudd skjedde dog innen niende svangerskapsuke. At vi har artikler fra Tyrkia, Tyskland og USA ser vi ikke som en svakhet side disse landene har overføringspotensiale til nordiske forhold.

Begge forfatterne har tanker og meninger om temaet, men har under hele oppgaven forsøkt å være så objektiv som mulig og sette egne meninger til side, siden egne meninger kan føre til at en leter etter svar en forventer å finne. Oppgaven har blitt lest av utenforstående for å se om tekstmaterialet er formet ut i fra dette.

### **Om å være to**

Det å være to om oppgaven ser vi på som en styrke siden oppgavens omfavn har blitt delt i mellom oss. En utfordring var at forfatterne har ulik språkbakgrunn. Dette har ført til at vi la ulike meninger ord som ble brukt, derfor ble ekstra tid brukt for begrepsavklaring. Dette opplever forfatterne som en styrke siden vi kontinuerlig diskuterte emnet fra ulike synsvinkler. En annen utfordring var at oppgaven skulle være på bokmål, noe som vi prøvde på etter beste evne.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

Funn fra forskningsartiklene vil i denne delen av oppgaven bli drøftet opp mot teori og problemstillingene. Hensikten med litteraturstudiet var å belyse kvinners opplevelse/erfaringer etter en gjennomgått provosert abort.

### **5.2.1 FØR – følelser knyttet til graviditeten og valget**

#### **5.2.1.1 Kvinners følelser til det og være gravid**

Opplevelsen av sjokk da kvinnene fant ut at de var gravid framkom i Alex og Hammarstrøm (2004) studie hvor de beskriver at sjokket kunne variere fra kortvarig til langvarig, og Ekstrand et al (2009) sin studie som beskriver at sjokket kunne etterfølges av en blanding av motstridende følelser som å være positiv på en måte, men de ønsket ikke gjennomføre graviditeten. Artikkelfunn i Hallden, Christenson og Olsson (2009) viste at kvinnene i sammenheng med oppdagelsen av graviditeten opplevde ulike følelser som lykke og morsfølelse. Hagtvedt (2010) hevder at det er for mange kvinner en unik hendelse å bli mor. Å få barn er en universell sosiokulturell og biologisk hendelse, men tross dette er det ikke alle kvinner som ønsker å få barn. Abort kan derfor være et naturlig valg for noen. Hallden, Christenson og Olsson (2009) beskrev også at kvinnene fikk en utenkelighetsfølelse da de var i ferd med å oppdage sin fruktbarhet. Dette kan tyde på at graviditet og abort kan variere med alderen og erfaringen de har. Bunkholdt (2002) beskriver at hvilke følelser som oppstår er avhengig av den enkeltes personlige tolkning av situasjonen eller tilstanden, det skjer altså en tankemessig vurdering. Denne tankemessige vurderingen blir bestemt av den enkeltes forestillingsverden som er formet av tidligere erfaringer. Tidligere forskning beskriver at de vanligste årsakene til abort er at kvinnene ikke er klar for å ta vare på et barn, hun kan føle seg for ung eller umoden, økonomiske grunner, bekymringer for å ta ansvar for et annet menneske, relasjonsproblemer med partneren eller at kvinnen ikke ønsker å bli alene om ansvaret (Major et. al.2009).

Det å gå fra en rolle i livet til en annen kan føre med seg store forandringer i følelseslivet, som det å være barn til våre foreldre til å gå inn i en ny rolle hvor vi skifter posisjon (Brudal 2000). Andre følelser som dukket opp innledningsvis i graviditeten var at kvinnene opplevde vonde følelser, som uvirkelighet, fortvilelse, panikk og sorg, men også positive følelser som at graviditeten var et mirakel, samt at de opplevde lykke (Kero,

Høgberg og Lalos 2004). Det å skifte rolle i livet kjennetegnes med økt sårbarhet. I forandringen mellom en fase til en annen er kvinnen ofte nærtagen, har skiftende humør og kan ha svingninger mellom intens glede til usikkerhet. Dette forekommer ofte når det handler om at kvinnen skal reprodusere seg (Brudal 2000). I følge Norsk lovgivning har kvinner i Norge lov å avslutte svangerskapet innen utgangen av tolvte svangerskapsuke, dette innebærer at kvinner har en rettighet om å velge om de vil ha barn eller ikke (Lov om svangerskapsavbrudd 2010). Hagtvedt (2010) påpeker at det å ha et valg medfører en bevissthetsgjøring knyttet til svangerskapet, den eventuelle fødselen og foreldrerollen med det ansvaret det inneholder. Det å ha et valg tror forfatterne kan bidra til at kvinnene opplever en rekke ulike følelser i forhold til graviditeten, og derfor burde sykepleiere allerede her vært en resurs for kvinnene og valget. I den tidligere forskningen til Kero (2005) viser det seg dog at en tredjedel av kvinnene vet allerede før de ble gravide at de skulle ta abort.

### **5.2.1.2 Opplevelser til det å ta valget om abort**

Jerpseth (2010) hevder at å gjennomføre en provosert abort er ofte preget av ambivalens, og årsakene til aborten er gjerne sammensatte. Dette samsvarer med våre funn fra studien til Kero, Høgberg og Lalos (2004) som beskriver at en del kvinner var sikre på sin avgjørelse selv om ambivalente følelser var tilstede. Funnene i Alex og Hammarstrøm (2004) beskriver at valget om å ta abort var kvinnens eget, men ble påvirket i ulik grad av erfaringer fra egen oppvekst, partneren, venner og sosiale normer. Det at kvinnen skal bestemme seg for om hun ønsker å føde frem barnet eller ta en provosert abort er for mange et vanskelig valg, siden provosert abort i følge Jettestad (2010) er for mange er forbundet med skam og seksuell løssluppenhet. Kvinner i studien til Kero, Wulff og Lalos (2009) beskrev blandede følelser som at det var godt å få i gang prosessen men også hardt, trist og vanskelig. Forfatterne mener at det å oppleve ulike følelser etter en abort er ikke til å unngå. Vi tror at som sykepleiere er det viktig å la kvinnene sette ord på følelser og tanker slik at det kan bidra til en slags bearbeiding av situasjonen.

En kvinne i studien til Alex og Hammarstrøm (2004) uttalte at uansett hva hun gjorde, ville hennes valg i forhold til abort bli galt. I følge lov om svangerskapsavbrudd § 2 står det at vist et svangerskap fører til alvorlige vansker for kvinne skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistanden samfunnet kan tilby henne, samt at hun også har krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valget (Lov om svangerskapsavbrudd 2010). NSF



(2001) fremhever at sykepleieren som gir informasjonen skal fremme kvinnens mulighet til å ta selvstendig avgjørelse gjennom å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon. Videre skal sykepleieren forsikre seg om at den gitte informasjonen er forstått. Dette viser at kvinner har rettigheten og muligheten til å få tilbud om informasjon samt veiledning. Det at kvinnene til tross for dette får disse følelsene kan kanskje tyde på at de ikke vet hvor de skal henvende seg eller at helsevesenet ikke når tilstrekkelig ut til disse kvinnene. Dersom dette er tilfelle betyr det at helsevesenet bør gjøre en satsning på å nå kvinner i valgprosessen, for om kvinnen kommer i kontakt med helsevesenet kan det kanskje bidra til at kvinnene føler at de kan ta valget på et bedre informert grunnlag, og at ambivalente følelser kanskje minsker.

## **5.2.2 UNDER – opplevelser på abortdagen**

### **5.2.2.1 Mest opptatt av de fysiske symptomene**

Funn i studiene til Kero, Wulff og Lalos (2009) og Alex og Hammarstrøm (2004) viste at de fleste kvinner på abortdagen var mest fokusert på sine fysiske symptomer, hvor hovedsymptomene blødning og smerte var mest fremtredende. Jerpseth (2010) viser til medikamentell abort hvor det brukes prostaglandiner for å myke opp og dilatere cervix, samt for at uterusmuskulaturen skal trekke seg sammen slik at utdrivning av fosteret skjer. Det at kvinnene beskriver opplevelser av slike symptomer kan altså sammenkobles direkte til behandlingen. Funnene i Ekstrand et al (2009) beskrev at symptomene på blødning var verre enn forventet, en kvinne hevdet at blødningen var massiv, hvilket hun opplevde som veldig skremmende. Det at en kvinne opplevde blødningen massiv og skremmende kan ha ulike grunner, for eksempel at sykepleieren ikke har gitt god nok informasjon, forsikret seg om at informasjonen er oppfattet eller at kvinnen kanskje ikke var mottagelig for informasjonen som ble gitt. Forfatterne tror det å tilpasse informasjonen til hvert enkelt individ og balansere den slik at kvinnen ikke får for mye eller for lite er en utfordring for helsepersonell. Jerpseth (2010) beskriver at når en kvinne skal gjennom en undersøkelse eller en behandling er det sykepleierens oppgave å forberede, støtte, veilede og hjelpe kvinnen. Ved å skape forutsigbarhet kan en bidra til at en person kan mestre situasjonen bedre. Vi mener at for å oppnå dette som sykepleiere kan vi da forbereder kvinnen på undersøkelsen eller behandlingen, samt å gi god informasjon. I Kero, Wulff og Lalos (2009) framkommer det at en tredjedel av kvinnene opplevde symptomene verre enn

forventet, men også at halvparten av kvinnene opplevde symptomene lettere enn forventet. Dette tolker forfatterne som at en god del av kvinnene er godt informert og forberedt på hva som kommer til å skje på abortdagen.

En av forskjellene mellom abortmetodene er hvordan blødningene er. I følge Jerpseth (2010) har mesteparten av kvinnene ved en medisinsk abort blødning i tolv dager. Ved en kirurgisk abort kan det oppstå en menstruasjonslignende blødning i en ukes tid etter inngrepet, er blødningen mer pågående kan det tyde på perforasjon, og om kvinnen opplever smerter kan det tyde på infeksjon. I studien til Hemmerlinga, Siedentopf og Kentenicha (2005) viser funnene at kvinner som har valgt den medisinske metoden synes at blødningene var større og mer langvarig enn hos de med kirurgisk abort. Forfatterne tror at dette kan tyde på at helsepersonellet ikke har gitt tilstrekkelig informasjon, eller at kvinnen ikke var mottagelig for informasjonene da den ble gitt. Sykepleieren må i følge Jerpseth (2010) ha innlevelsesevne i hver enkelts kvinnes situasjon og informasjon og veiledning bør skje både før, under og etter behandlingen. Det samme gjelder ved administrering av medikamenter. Funn fra studiene til Hemmerlinga, Siedentoph og Kentenicha (2005) og Ekstrand et al (2009) viste at noen kvinner opplevde bivirkninger som hodepine, trøtthet, sykелighet, diaré, kvalme og oppkast. Jerpseth (2010) viser til at prostaglandiner kvinnen får under en abort gir bivirkninger slik som avføringstrang, kvalme og oppkast siden den virker indirekte på muskulaturen i mage – tarm kanalen. Prostaglandiner har også en innvirkning på muskulatur i blodårene slik at de kontraheres noe som kan føre til hodepine. Ved administrering av et medikament med kjente bivirkninger, kan sykepleieren minske kvinnens ubehag gjennom å gi god informasjon om legemidlet, virkningen og bivirkningene den kan ha på kroppen. Bunkholdt (2002) fremhever betydningen av at det å oppleve forutsigbarhet eller å ha en viss kontroll over en situasjon, kan føre til at ubehag blir redusert og opplevelsen av stress blir mindre.

En annen viktig oppgave sykepleieren kan ha er observasjoner, hvilket kan hjelpe kvinnen. Gjennom å observere kvinnen kan sykepleieren kanskje se, og få en viss forståelse om hvordan kvinnen har det og hvordan hun mestrer situasjonen. I følge Jerpseth (2010) kan det å observere kvinnen hjelpe sykepleieren å vurdere behovet for videre oppfølging. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF 2001) må sykepleieren erkjenne pasientens sårbarhet og ivareta hennes integritet og verdighet med utgangspunkt i den enkeltes opplevde situasjon. Videre tenker forfatterne at observasjon av kvinnen kan innvirke på hennes opplevelse av aborten. Dersom sykepleieren observerer kvinnen kan

kvinnen oppleve at hun blir sett og at sykepleieren har kontroll, noe som kan føre til at kvinnen føler seg trygg. Sykepleieren kan gjennom observasjon komme nærmere kvinnen og lære å kjenne henne bedre. Dette kan føre til at sykepleieren kan få et innblikk i hvordan kvinnen har det, hvilket videre gjør det lettere for sykepleieren å sette av tid til eventuelle spørsmål eller å ha en samtale med kvinnen. Forfatterne tror også at om kvinnen føler seg sett, så kan dette påvirke opplevelsen til det bedre.

### **5.2.2.2 Kvinners opplevelse av helsepersonell**

På abortdagen hadde kvinner ulike opplevelser av helsepersonell, disse ble beskrevet som gode og dårlige opplevelser.

#### **De gode opplevelsene**

Funn fra studien til Hallden, Christensson og Olsson (2009) viste til at når helsepersonell møtte kvinnene med respekt og vennlighet tolket noen kvinner dette som en slags godkjenning og respekt for valget de hadde tatt. Det at sykepleieren møter kvinnen med forståelse for hennes situasjon, og med respekt for hennes valg tenker forfatterne er viktig for at kvinnene skal føle seg godt mottatt og tatt vare på. Som sykepleier skal man i følge Jerpseth (2010) vise nærvær og innlevelse i pasientens situasjon. En må også minne seg selv på at andre mennesker er ulik en selv både når de tenker og handler, og fremtreder som et medmenneske.

Jerpseth (2010) understreker også at å jobbe som sykepleier på en gynekologisk avdeling eller på en poliklinikk innebærer at en bør være nysgjerrige, vise interesse i kvinnen, og være var ovenfor hennes grenser og ønsker/behov om å dele sine tanker. I tillegg hevder Knutstad (2008) at sykepleiere bør være oppmerksom på kvinnens behov for støtte til følelsesmessig bearbeiding i etterkant av aborten. Forfatterne mener at det å ha innlevelse i en annens situasjon kan være en utfordring for hver og en av oss. Kvinnene kan ha ulikt livssyn eller kulturell bakgrunn, hvilket kan være en medvirkende faktor til hvordan hun opplever situasjonen. Eksempler på dette kan være at grensen for intimitet er ulike, eller at det å slippe ukjente, slik som helsepersonell, inn i sin situasjon eller sitt liv kan være vanskelig. Funn i studien til Kero, Wulff og Lalos (2009) tyder på at kvinner er ulike og har ulike ønsker og behov. Det kom også frem i Kero, Høgberg og Lalos (2004) sin studie at kvinnene opplevde at det var viktig å ha valget mellom de ulike abortmetodene. I følge pasientrettighetsloven (2010) § 3-1 har kvinnen rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige

og forsvarlige behandlingsmetoder, og i følge Jerpseth (2010) er hvilken metode som er best for kvinnen avhengig av hvor langt i svangerskapet hun har kommet, jo lengre svangerskapet har vart, jo mer blir den kirurgiske metoden anbefalt.

Enkelte kvinner i studien til Alex og Hammarstrøm (2004) beskrev helsepersonell som støttende, positive og informative, og kvinner i studien til Ekstrand et al. (2009) verdsatte den nøytrale støtten som de fleste helsepersonell gav. Behovet for moralsk støtte kan melde seg når en person står i et vanskelig valg. Som sykepleier kan en bidra til dette ved å klargjøre helsemessige konsekvenser og vise respekt for den beslutningen kvinnen tar på et informert grunnlag (Valset 2002). At kvinnene skal oppleve sykepleierne som støttende og vise at de forstår kvinnens motiv til valget påpekes av Knutstad (2008).

I følge pasientrettighetsloven § 3-1 (2010) har pasienten rett til medvirkning ved gjennomføring av helsehjelp. Kvinnen har rett til å medvirke ved valg om tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder.

### **De dårlige opplevelsene**

Alex og Hammarstrøm (2004) fant i sin studie at ikke alle kvinner var fornøyd med hvordan de ble møtt av helsepersonell. Noen kvinner opplevde at helsepersonell var kalde, negative og ignorant noe som førte til at kvinnene utviklet følelser som skam, tristhet, ensomhet og usikkerhet. Bunkholdt (2002) hevder at hvilke følelser som utløses i en situasjon avhenger av hvilke personlige tolkninger og tanker kvinnen har. Tidligere erfaringer og kjennetegn ved den aktuelle situasjonen er med på å forme kvinnens vurdering av situasjonen. Gudim og Juvkam (2008) påpeker at å ta valget om en abort kan for mange kvinner være svært vanskelig, og mange kan føle seg usikre. NSF (2001) fremhever at sykepleiere skal uansett årsak til lidelse vise omsorg for den som lider og hun skal respektere kvinnens rett til å ta et eget valg. Hva kvinnen føler er *hennes* opplevelse av situasjonen, og derfor mener forfatterne at som sykepleier må en kunne tilpasse seg hvert enkelt individ på ulike måter. Helsepersonell som treffer kvinner i en abortsituasjon bør også være var på hva de uttrykker både i ord og kroppsspråk.

I Kero, Høgberg og Lalos (2004) studie viste det seg at ikke alle kvinnene opplevde situasjonen som at de fikk medvirke i valget av behandling, en av kvinnene opplevde i sammenheng med prevensjonsveiledning at hun ble beskyldt for å ikke bruke prevensjon. Hun følte seg også presset til å starte med hormonelle prevensjonsmidler tross at hun selv tvilte på hormonelle medikamenter. Å tilby prevensjonsveiledning er i følge Austveg

(2006) lovpålagt, og valg av prevensjonsmiddel skal gjøres i samråd med kvinnen. Forfatterne tror at det å jobbe med kvinner i en abortsituasjon innebærer at en bør tenke over sin væremåte, og at en sykepleier skal opptre profesjonelt. Vi tror at kvinner som er i en sårbar situasjon kanskje kan være litt mer nærtagende, noe som kan føre til at kvinnene oppfatter anbefalninger som noe de må gjøre. I studiet til Kero, Wulff og Lalos (2009) framkommer det at noen kvinner ikke var fornøyd med informasjonen de hadde fått, de syns at helsepersonellet burde informere mer om prosedyren og hvilke situasjoner de kunne komme opp i. Forfatterne har erfaringer fra praksis hvor tidspress er en faktor som preger dagen. Dette tidspresset kan også gå utover informasjonen som kvinnene skal ha. Kvinnene har rett til tilstrekkelig informasjon slik at de får innsikt i innholdet i helsehjelpen. Kvinnene skal også i følge pasientrettighetsloven § 3-2 (2010), få informasjon om mulige bivirkninger eller risikoer med helsehjelpen. Forfatterne mener også at informasjon bør gis til kvinnene kontinuerlig, både i form av korte muntlige beskjeder og brosjyrer, men vi opplever at det ikke alltid finnes tid til å bearbeide informasjonen sammen med pasientene. Kanskje helsepersonell kunne fokusere mer på oppfølgingen etter at informasjonen er gitt, da dette ser ut til å være en innvirkende faktor til at kvinnene skal rekke å reflektere over informasjonen hun har fått. Dette vil videre kunne føre til at kvinnene får sjansen til å komme med eventuelle spørsmål hun måtte ha.

## 5.2.3 ETTER – aborten og inn i framtiden

### 5.2.3.1 Hva kvinnene opplevde etter aborten

Brudal (2000) hevder at det å gjennomgå en provosert abort kan framkalle ulike psykiske forstyrrelser i ettertid. For noen kvinner kan denne forstyrrelsen arte seg som lettelse, uforklarlig skyldfølelse eller angstopplevelse. Spørsmål om valget var riktig eller følelsen av håpløshet eller tristhet er minner og følelser som plutselig kan dukke opp.

Kero, Høgberg og Lalos (2004), Broen et al. (2006), Alex og Hammarstrøm (2004) og Kero, Wulff og Lalos (2009) fant alle i sine studier at samtlige kvinner har en opplevelse av skyld og skam etter en abort. Det at følelser og tanker slipper til betyr at kvinnene begynner å få en viss forståelse av hva som har hendt, hvilket kan i følge Bunkholdt (2002) relateres til en del av reaksjonsfasen i en krisereaksjon. Opplevelsen kvinnene får, som skyld og skam, tenker forfatterne at kan henge igjen fra gammelt av. For før i tiden, for ca 300 år siden, var det en lov som beskrev at kvinner som tok eller medvirket til abort skulle straffes med døden, denne loven sto i 150 år før den ble endret til at kvinnene skulle straffes med straffearbeid fra seks måneder til seks år for fosterutdrivelse (Austveg 2006). En annen bidraende faktor til at slike følelser kan oppstå, kan være at loven om selvvalgt abort bare har eksistert siden 1975, som kan innebære at ikke alle har blitt vandt med denne loven. En annen grunn til at kvinnene får opplevelse av skyld og skam kan rettes til den tidligere forskning gjennomført av Kero (2005) som hevder at kvinners rett til abort drøftes ofte ut ifra to motpoler; på den ene siden skal en ikke krenke fosterets rettigheter og på den andre siden kvinnens juridiske rett til sin egen kropp. Årsakene til at kvinnene velger å ta abort og andre faktorer som spiller inn i hennes beslutning blir sjeldent tatt hensyn til i denne diskusjonen. Nesten annenhver kvinne opplever samvittighetskonflikter i sammenheng med sin abortavgjørelse.

Forfatterne ser ut fra artikkelfunnene at kvinnene opplevde mange ulike følelser etter en provosert abort. Dette tolker vi som at opplevelsen av en abort kan virke inn på kvinnen som stress. Stress beskrives av Bunkholdt (2002) som en ytre hendelse som individet har lite eller ingen erfaring med og som krever uvanlig stor innsats for å mestre. Stress kan ses som et samspill mellom individet og omgivelse. Kero, Wulff og Lalos (2009), Alex og Hammarstrøm (2004), Kero, Høgberg og Lalos (2004) og Broen et al (2006) beskriver at

kvinnene opplevde anger i etterkant av en abort. Funnene tyder på at noen kvinner var usikker på sitt valg. I Hess (2004) og Broen et al (2006) sin studie fremkommer det også at kvinnene prøver å unngå minner. Det framkommer også i studiene til Boren et al (2006) og Nafiye (2009) at kvinnene opplevde depresjon etter aborten. Dette forklares av Brudal (2000) hvor det nevnes at en tideligere provosert abort kan forstyrre den psykiske balansen i ettertid. Knutstad (2008) understreker at sykepleieren må være oppmerksom på kvinnenes individuelle behov for støtte og følelsesmessig bearbeiding i etterkant av en abort, og tilby støttesamtale. Forfatterne har som nevnt tideligere en oppfatning om at å jobbe som sykepleier er et yrke som er preget av trange tidsrammer. Vi tenker derfor at det å tilby støttesamtale og videre oppfølging etter en abort, ikke alltid er mulig å gjennomføre. I disse tilfellene kan vi som sykepleiere ta hjelp av stiftelser eller organisasjoner som tilbyr dette, som for eksempel Amatheia.

Selv om noen kvinner var usikker i valget om abort og opplevde anger i etterkant, så gjelder ikke dette alle. Kvinnene i studiene til Kero, Wulff og Lalos (2009), Boren et al. (2006) og Kero, Høgberg og Lalos (2004) kunne også beskrive opplevelser som lettelse og at de var fornøyd med avgjørelsen. I tillegg fant Alex og Hammarstrøm (2004) og Kero, Høgberg og Lalos (2004) at abortprosessen førte til modenhet, vekst, glede over å ha opplevd et svangerskap samt og ha tatt ansvar. Disse opplevelsene kan tyde på at kvinnene har kommet inn i det som kalles nyorienteringsfasen som beskrives av Bunkholdt (2002) i en krisereaksjon, i nyorienteringsfasen oppstår en tilpassning til den nye situasjonen. Sykepleieren kan i følge Knutstad (2008) bidra til å skape forutsigbarhet ved å fortelle om de ulike opplevelsene som kan oppstå etter en provosert abort, hvilket kan hjelpe kvinnen i å mestre situasjonen bedre. Det å ha kunnskap om en krisereaksjon og dens ulike faser kan være viktig som sykepleieren, da dette kan føre til en lettere forståelse for kvinnens situasjon.

#### **5.2.4 STØTTE - fra familie, partner og helsepersonell**

Ekstrand et. al. (2009), Kero, Wulff og Lalos (2009) og Hallden, Christensson og Olsson (2009) fant i sine studier at å få støtte fra partner, familie og venner både før, under og etter aborten var viktig. Valset (2002) viser til at støtte kan innebære at personer som partner, familie eller venner korrigerer uheldige konsekvenser av en reaksjon, og at det kan bidra til å klargjøre alternativer, viser til mer hensiktsmessige mål samt reaksjonsmåter. Denne formen av støtte kalles sosial støtte, og kan fører til at kvinnen føler seg elsket, ønsket, respekter og verdisatt. En uheldig reaksjon tenker forfatterne at kan være en krise, hvor følelser ikke er organisert og oppleves som kaotiske. Som sykepleier i denne situasjonen kan en forsøke å oppmuntre kvinnen til å sette ord på sine følelser og opplevelser, da det kan redusere spenning, klargjøre problemer og bidra til forståelse av kvinnens situasjon (Hummelvoll 2004).

Enkelte kvinner i studiene til Ekstrand et al. (2009) og Alex og Hammarstrøm (2004) følte at de fikk lite eller ingen støtte av partner, familie og venner, og at den eneste støtten de fikk var av helsepersonell. Som sykepleier mener vi at det er viktig å gi støtte. Det å vise varme, aksept og omsorg fører til at kvinnen opplever det som kalles generell støtte. Å vite hva som ligger bak den nye livssituasjonen for kvinnen og hva den betyr for henne er viktig når en skal jobbe som sykepleier. Dersom kvinnene føler de får for lite støtte blant parter, familie eller venner er det viktig at sykepleieren gir informasjon om ulike muligheter til sosial støtte, samt å oppmuntre kvinnen til å omgås med personer hun føler seg fortrolig med (Hummelvoll 2004). At sykepleieren møter kvinnene med empati kan gi opplevelsen av å bli forstått, verdsatt og tatt på alvor, samt få bekreftelse og aksept for egne opplevelser og følelser (Tveiten 2008).



## 6.0 Konklusjon

Vår hensikten med litteraturstudie var å belyse kvinners opplevelse/erfaringer av å ha gjennomgått en provosert abort.

Resultatene viser at kvinner har flere ulike opplevelser både før, under og etter en abort. Opplevelser som sjokk, glede, fortvilelse, panikk og ambivalens var mest fremtredende da kvinnene fant ut at de var gravide. På abortdagen var det opplevelsene av fysiske symptom som var hovedfokuset, men også hvordan de ble møtt av helsepersonell. Etter aborten var det mange ulike psykiske reaksjoner som ble nevnt, men de mest fremtredende var skyld, skam og lettelse. I våre funn fant vi at støtte var noe som gikk igjen, både det at kvinnene følte de fikk god støtte og det at de fikk lite eller ingen støtte i det hele tatt.

Sykepleieren treffer kvinnen under en relativt kort periode i abortprosessen, under denne tiden er det viktig at kvinnen får god og tilstrekkelig informasjon både før, under og etter aborten samt at hun blir møtt med respekt.

Våre funn viser at kvinnen håndterer en rekke ulike følelser i sammenheng med en provosert abort. Det er derfor viktig at kvinnen får mulighet til å bearbeide de reaksjonene hun får. Videre forskning på temaet skulle derfor kunne omhandle hvilken støtte kvinner har og får i sammenheng med aborten samt fokusert på hvilke behov og ønsker kvinnen har for støtte. Men videre forskning skulle også kunne ha omhandlet hvordan sykepleieren kan påvirke opplevelsen til kvinnene. En slik forskning skulle kunne ha bidratt til at kvinnene får bedre oppfølging gjennom abortprosessen og dermed får en bedre opplevelse.

## Litteraturlise

- Abortlag. 2010. (1974:595).Svensk författningssamling (SFS)  
<http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1974:595>  
(Lest 10.09.2010)
- Alex, Lena og Anne Hammarström. 2004. Women`s experience in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Science* 18; 160-168.
- Amathea. 2010. Om stiftelsen Amathea,  
<http://www.amathea.no/index.aspx?cat=1004&mid=3> (Lest 16.11.10)
- Austveg, Berit. 2006. Kvinners helse på spill Et historisk og globalt perspektiv på fødsel og abort. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bergsjø, Per, Marit Heiberg, Jo Telje og Janecke Thesen. 2006. Svangerskapsomsorg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Broen, Anne Nordal, Torbjörn Moum, Anne Seiersted Bötter og Öyvind Ekeberg. 2006. Kvinners psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort. *Sykepleien forskning*, 01, 24-31.
- Brudal, Lisbeth, F. 2000. Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Bunkholdt, Vigdis. 2002. Psykologi, en innføring for helse og sosialarbeidere. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, Olav. 2007. Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Database for høgre utdanning (DBH). 2010. *Tema: Refreebedømming*,  
<http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/>
- Ekstrand, Maria, Tanja Tydén, Elisabeth Darj, og Margareta Larsson. 2009. An illusion of power: qualitative perspective on abortion decision-making among teenage women in Sweden. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*. 41(3):173-80
- Farmen, Meren Elisabeth og Magnhild Skumsnes Hol. 2001. Gynekologisk sykepleie. I Almås, Hallbjørg (red). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning, / och presentation av omvårdnadsforskning. 2 utg. Stockholm: Natur och kultur.
- Gudim, Hilde Beate og Kari Hilde Juvkam. 2008. Gynekologi – kort og godt. Oslo: Universitetsforlaget.

- Gåsemyr, Kristin, Joan Kristina Totlandsdal, Aase Gunn Mjaatvedt og Ingvei Seliussen. 2010. *Rapport om svangerskapsavbrudd for 2009*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt <http://www.fhi.no/dokumenter/a4e5c20b8b.pdf> (Lest 02.09.10)
- Hagtvedt, Mari L. 2010. Abort. I Holan, Synne og Mari Landsverk Hagtvedt (red). *Det nye livet Svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Halldén, Britt- Marie, Kyllike Christensson og Pia Olsson. 2009. Early abortion as narrated by young Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 2009; 23; 243-250
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2010. Bruk av celler og vev fra aborterte fostre. NOU 1994:22. Oslo. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1994/nou-1994-22/4/3/1.html?id=3350> (Lest 20.09.2010).
- Hemmerlinga, Anke, Freiderike Siedentopf og Kentenicha Heribert. 2005. Emotional impact and acceptability of medical abortion with Mifepristone: A German experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*; March 2005; 26:1:23-31
- Hess, Rosanna. 2004. Dimensions of Women`s long- term postabortion experience. Lippincott Williams & Wilkins, Inc. Volume 29 (3) 193-198.
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2004. Helt – ikke stykkevis og delt Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jerpseth, Heidi. 2010. abort. I Almås, Hallbjørg, Dag-Gunnar Stabberud og Randi Grønseth (red). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Jettestad, Marte. 2010. Abort. I Holan, Synne og Mari Landsverk Hagtvedt (red). *Det nye livet Svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kero, Anneli. 2005. Abort – en tabubelagd rättighet – kvinnors mångbottnade upplevelser rymmer både lättnad och smärta. *Läkartidningen*: volum 102 (48):3677-80
- Kero, Anneli, Ulf Högberg og Ann Lalos. 2004. *Wellbeing and mental growth – longterm effects of legal abortion*. *Social Science & Medicine* 58 (2004) 2559-2569
- Kero, Anneli, Marianne Wulff og Ann Lalos. 2009. *Home abortion implies radical changes for women*. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health care*, October 2009;14(5):324-333
- Knutstad, Unni. 2008. *Sykepleieboken 3. klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe
- Kunnskapssenteret. 2008. Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms> (lest 22.02.10)

- Lipp, Allyson. 2009. Termination of pregnancy: a review of psychological effect on women. *Nursing times*: 105: 1, 26-29
- Lov om svangerskapsavbrudd (Abortloven). 2010. *Lov av 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd*. Lovdata.no (Lest 10.10.2010)
- Major, Brenda, Mark Applebaum, Linda Beckman, Mary Ann Dutton, Nancy Felipe Russo og Carolyn West. 2009. *Abortion and mental health - evaluating the evidence*. *American psychologist* 64 (9): 863-90.
- Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordtvedt, W. Gro, Gro Jamtvedt, Birgitt Graverholdt og Liv Merete Reinar. 2008. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: NSF
- Norsk Sykepleierforbund. 2001. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN`s etiske retningslinjer*. Oslo: NSF (NSF-serie:2/01)
- Pasientrettighetsloven. 2010. *Lov av 2 juli 1999 nr 63 om pasient rettigheter*. Lovdata.no (Lest 20.20.10)
- Statistisk sentralbyrå. 2010. Tema: Svangerskaps avbrudd, <http://www.ssb.no/abort/tab-2006-04-26-01.html> (Lest 24.08.2010)
- Trybulski JoAnn. 2005. *Women and abortion: the past reaches into the present*. *Journal of Advanced Nursing* 54(6), 683-690
- Tveiten, Sidsel. 2008. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Valset, Signe. 2002. *Sykepleie og egenomsorg som helsefremmende prosesser*. I Kristoffersen, Jahred Nina (red). *Generell sykepleie I*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Willman, Ania, Peter Stoltz och Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Sweden: Föfatterna och Studenlitteratur.
- Yilmaz, Nafiye, Mine Kanat- Pektas, Sevtap Kilic og Cavidan Gulerman. 2009. *Medical or surgical abortion and psychiatric outcomes*. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, June 2010; 23(6): 541-544

Vedlegg I – OVERSIKT OVER PICOSKJEMA MED SØKEORD

**PICO/PIO/ PO**

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om?	Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis)	Hvilke endepunkter er du interessert i?
Abort/ Abortion Svangerskapsavbrudd/ termination of pregnancy/ induced abortion			Opplevelse/ erfaring/ experience/ narration story Reaksjon/ reaction Følelser/ feelings/ emotion Sykepleier/ nurse Sykepleie/ nursing

(Nordtvedt, W. Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholdt og Liv Merete Reinart. 2008. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: NSF)

## Vedlegg II – INKLUDERTE ARTIKLER

Databaser	Søkedato	Søkeord	Treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Dubletter	Gransket	Antall valgte artikler
Ovid MEDLINE	02.09.2010	Women AND Induced abortion OR Abortion OR Termination of pregnancy AND Narration OR Story	18	4	1	0	1	1
Ovid MEDLINE	04.09.2010	Induced abortion\$ AND experience\$ AND women\$ AND limit år 2004 - 2010	229	18	1	3	1	1
Ovid nursing database	13.10.2010	Induced abortion\$ AND experience\$ AND women\$ AND limit år 2004 - 2010	39	2	2	3	2	2
Ovid nursing database	02.09.2010	Induced abortion\$ AND feeling\$ OR emotions OR reactions\$ OR experience limit (english language and (danish or english or norwegian or swedish) and yr="2004 -Current)	50	8	2	2	2	1
ProQuest	09.03.2010	Abortion AND Experience AND Reactions	30	10	2	0	2	2
ProQuest	05.09.2010	Abortion\$ AND psychological AND response OR factors	47	3	1	0	1	1
Sykepelein.no	24.02.2010	Abort	13	2	2		2	1
SweMed+	05.10.2010	Induced abortion	225	3	3	2	1	1

Vedlegg III

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltagere/ frfall	Hovedfunn	Kvalitet
1. Halldén, Britt- Marie, Kyllike Christensson og Pia Olsson. 2009 Sverige Scandinavian Journal of Caring Science; 2009; 23; 243-250	<i>Early abortion as narrated by young Swedish women.</i>	Å belyse betydelsen av å ha gjort en provosert abort, blant unge svenske kvinner.	Narrative intervjuer med åpne spørsmål og oppfølgings spørsmål, to til seks uker etter kvinnene hadde gjennomgått kirurgisk eller medisinsk abort. Fenomenologisk hermeneutisk metode.	Kvinner 18-20 år. 10 kvinner ble spurt om å være med på et oppfølgings studie etter en provosert abort. Fire takket nei og fordi at disse takket nei, ble 15 nye deltagere spurt om å være med. Til sammen ble 10 kvinner med i studien.	Å ta vare på og beskytte den utenkbare graviditeten. Smerte av å ta livet av det som skulle ha blitt et barn. Å være følsom for hva andre tenker om kvinnens situasjon.	* Grad I
2. Broen, Anne Nordal, Torbjörn Moum, Anne Seiersted Bötter og Öyvind Ekeberg. 2006. Sykepleien forskning, 01, 24-31.	<i>Kvinner psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort</i>	Hensikten var å kartlegge psykiske ettervirkninger etter spontan og provosert abort, i de fem første årene etter aborten.	Kvalitativ/kvantitat iv Intervju, selvutfyllende spørreskjema og skjema om tanker kvinnene hadde om aborten.	Provosert abort: startet med 80 kvinner, endte med 70.	Angst er den hyppigste ettervirkningen. Følelsen av lettelse.	* Grad I

Vedlegg III

<p>3. Ekstrand, Maria, Tanja Tydén, Elisabeth Darj, og Margareta Larsson. 2009 Sverige Perspective on Sexual and Reproductive Health. 41(3):173-80</p>	<p><i>An illusion of power: qualitative perspective on abortion decision-making among teenage women in Sweden.</i></p>	<p>Var å fordype forståelsen av de spørsmål som omhandler tenåringer og abort. Spesielt de omstendighetene som ligger bak graviditeten, beslutningsprosessen og opplevelsen av støtte fra venner, familie og helsepersonell</p>	<p>Dybdeintervjuer med ni åpne spørsmål, gjennomførtes enten på sykehuset eller via telefon, tre-fire uker etter aborten. Intervjuene varte i 40-120 min. Deltagerne fikk to kinobilletter hver som belønning for deltagelsen.</p>	<p>Kvinner 16-20 år. 25 stk kvinner. Totalt hadde 36 skrev under samtykke om å delta. Tre av disse ønsket senere å ikke delta (gav ingen grunn) og fem kunne ikke nåes.</p>	<p>Etter aborten opplevde kvinnene følelser som sorg, lettelse, anger og tomhet. Mange var redde for at de hadde forspilt sjansen om å bli gravid igjen. De fleste av kvinnene opplevde aborten som verre enn hva de hadde forestilt seg. Kvinnene satte pris på den nøytrale støtten de fikk av helsepersonell. Noen kvinner opplevde ved prevensjons-veiledning at de ble presset til å velge en viss prevensjonsmetode.</p>	<p>* Grad I</p>
<p>4. Alex, Lena og Anne Hammarström. 2004. Sverige Scandinavian Journal of Caring Science 18; 160-68.</p>	<p><i>Women's experience in connection with induced abortion – a feminist perspective</i></p>	<p>Å belyse kvinners opplevelse av provosert abort, ut fra et feministisk perspektiv.</p>	<p>Individuelle intervjuer, en måned etter aborten. Intervjuene varte i 50-140 minutter. Intervjuene omhandlet hvordan de opplevde sin abort.</p>	<p>Fem kvinner. mellom 19-33 år, som kunne snakke og forstå svensk. Totalt til sammen hadde kvinnene erfaringer fra 7 aborter.</p>	<p>Tre temaer kom fram: Erfaringer koblet til beslutningsprosessen. Erfaringer koblet til aborten. Erfaringer etter aborten. Ambivalens fikk et sterkt uttrykk under hele prosessen. Kvinnene var positivt innstilt til abort i allmennheten men hadde negative holdninger til sin egen abort. Etter abort fikk kvinnene en følelse av modenhet og erfarenhet.</p>	<p>* Grad I</p>



Vedlegg III

<p>5.Hemmerling a, Anke, Freiderike Siedentopf og Kentenicha Heribert. 2005. Tyskland Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 26:1:23-31</p>	<p><i>Emotional impact and acceptability of medical abortion with mifepristone : A German experience</i></p>	<p>Å sammenligne kvinners kriterier for valget av abortmetode og psykologisk respons før og fire uker etter en abort.</p>	<p>Spørreskjema som inneholdt demografisk data, motivasjon, medisinske detaljer og sosial støtte. Data fra tiden før aborten og fire uker etter gjennomført abort samlet og sammenlignet.</p>	<p>219 kvinner, 174 som gjorde medisinske abort og 72 kirurgiske abort.</p>	<p>Da man sammenlignet data før og en måned etter aborten viste studien en betydelig minskning av både angst og depresjon for begge abort metoder. Den medisinske gruppen hadde signifikant lavere inngangsnivåer av angst enn den kirurgiske gruppen. Den medisinske behandlingen hadde betydelig flere etterreaksjoner sånn som f. eks langvarige blødninger, smerte, men ingen negative innvirkning på coping prosessen. En stor majoritet av kvinnene i begge grupper verdisatt at de kunne velge mellom abortmetodene.</p>	<p>* Grad II</p>
<p>6. Rosanna F. Hess 2004 USA Lippincott Williams &amp; Wilkins, Inc. Volume 29 (3) 193-198.</p>	<p><i>Dimensions of women's longterm postabortion experience</i></p>	<p>Å utforske og beskrive langsiktige postabort erfaringer minst 5 år etter aborten.</p>	<p>Kvalitativ metode. Intervju og åpne spørsmål slik at kvinnen kunne svare fritt. Intervjuene ble tatt opp. Feltnotater ble også bruk.</p>	<p>17 kvinner ble valgt ut, av de 17 var det 15 som fullførte.</p>	<p>Større negative etterreaksjoner etter noen år enn ”rett etterpå”. At kvinner prøver å ”glemme” at de har gjort en provoser abort, fordi det gir en følelse av skam eller frykt for reaksjoner fra familie og venner.</p>	<p>* Grad I</p>

Vedlegg III

<p>7. Kero, Anneli, Ulf Högberg og Ann Lalos. 2004. Sverige Social Science &amp; Medicine 58; 2559-2569</p>	<p><i>Wellbeing and mental growth – longerm effects of legal abortion.</i></p>	<p>Hensikten med studien var å få kunnskap om legal abort gjennom å intervju kvinner om deres opplevelser og reaksjoner etter en provosert abort.</p>	<p>Kvalitativ og kvantitativ metode.</p>	<p>58 kvinner, median alder 28 år. Kvinner som søkte provosert abort ble spurt om å delta.</p>	<p>Majoriteten av kvinnene beskrev sin abort som en lettelse eller som en måte å ta ansvar. Halvparten av kvinnene opplevde følelser som modenhet og at de vokste mentalt. Studien viser og at kvinner hadde evne til å gjøre valget uten at de i etterkant led.</p>	<p>* Grad II</p>
<p>8. Kero, Anneli, Marianne Wulff og Ann Lalos. 2009. The European Journal of Contraception and Reproductive Health care, 14(5):324-333</p>	<p><i>Home abortion implies radical changes for women.</i></p>	<p>Hensikten var å få kunnskap om hvordan kvinners erfaringer og reaksjoner var etter en hjemme abort.</p>	<p>Kvalitativ metode. Studien varte over 2 år. Telefonintervju ble avtalt en uke etter aborten. Samtalen varte i 30-40 minutter. En semi-strukturert intervjuguide ble brukt for å få fokuset på opplevelsen og etterreaksjonene. Intervjuet inneholdt mange åpne spørsmål.</p>	<p>Kvinnene ble spurt om å være med i studien etter første møte med lege, før selve aborten, av 113 kvinner ble 100 med. Alle kvinnene måtte være svensk-talende.</p>	<p>Lettelse på selve dagen, mesteparten av kvinnene følte ikke at hendelsen var dramatisk i det hele tatt. 93 kvinner følte lettelse, 7 angret på valget.</p>	<p>* Grad I</p>

Vedlegg III

<p>9. Mariutti, Mariana Gondim. Ana Maria de Almeida.,Mari slei Sanches., Panobianco 2007 Rev Latino-am Enfermagem</p>	<p><i>Nursing care according to women in abortion situation.</i></p>	<p>Hensikten var å forstå hvordan kvinner som har tatt en abort opplevde omsorgen de fikk av helsepersonell.</p>	<p>Kvalitativ studie. Intervju.</p>	<p>13 kvinner som var innlagt på sykehus for å ta abort, ble spurt om de ville være med på studien.</p>	<p>Studien viste på et behov for å skape et miljø som bidrar til at helsepersonell kan være nærmere kvinnens situasjon.</p>	<p>-</p>
<p>10. Poggenpoel, M, Myburgh C. 2006 Sørafrika Journal article. Research support, non-U.S. Gov't.</p>	<p><i>Women's experience of termination of pregnancy.</i></p>	<p>Hensikten med studien var å utforske å beskrive kvinners opplevelse av å avslutte en graviditet samt å gi en beskrivelse av rådgivningen som gis av helsepersonell.</p>	<p>Kvalitativ studie. Fenomenologiske intervjuer med åpne spørsmål. Feltnotater basert på observasjoner under intervju.</p>	<p>26 kvinner deltok i studien. Kvinnene var fra 12 år og oppover.</p>	<p>Kvinner har forandret forhold til seg selv, partneren og andre. Kvinnene opplevde fysiske smerter og ukomfort samt en følelse av skyld og usikkerhet. Kvinnene opplevde frykt for inngrepet og at noen skulle få vite hva de hadde gjort. Psykiske følelser som anger og skyld selv om de visste at det var riktig valg der og da. Fornektelse.</p>	<p>-</p>

Vedlegg III

<p>11. Trybulski JoAnn. 2005 Journal of Advanced Nursing 54(6), 683-690</p>	<p><i>Women and abortion: the past reaches into the present</i></p>	<p>Hensikten var å undersøke og forstå reaksjonene etter en provosert abort etter en gitt tid. Forståelsen er nødvendig for å få kunnskap om temaet og kan bidra til bedre sykepleie.</p>	<p>Kvalitativ metode. Intervju; de fleste ansikt til ansikt, men noen over telefon. Kvinnene delte også erfaringene med hverandre. Åpne spørsmål. Opptak av intervjuene.</p>	<p>Alderen var mellom 38-92. 16 kvinner som valgte å avbryte svangerskapet uten medisinsk årsak og at det ble gjort for omkring 15 år tilbake, ble valgt ut.</p>	<p>Rett etter aborten kom følelsen av lettelse, og at å ta aborten var rett valg. Men valget de hadde tatt ble med inn i fortiden.</p>	<p>* Grad I</p>
<p>12. Yilmaz, Nafiye, Mine Kanat- Pektas, Sevtap Kilic og Cavidan Gulerman. 2009 Tyrkia The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 23(6): 541-544</p>	<p><i>Medical or surgical abortion and psychiatric outcomes.</i></p>	<p>Hensikten med studiet var å undersøke risikoen for depresjon etter en provosert abort, for å evaluere risikofaktorer for postabort depresjon.</p>	<p>Kvalitativ metode. Deltagerne ble delt inn i to grupper, en kirurgisk og en medisinsk, deretter ble de delt inn i høy og lav risiko grupper som var basert på EPDS skår (Edinburgh postnatal depression scale). Kvinnene ble fulgt opp og vurdert en uke etter inngrepet av en psykolog.</p>	<p>367 kvinner som hadde gjennomført kirurgisk abort og 458 kvinner som hadde tatt medisinsk abort ble med i studien. Deltagerne var mellom 18-45 år.</p>	<p>229 kvinner av 825 var i risikogruppen for å få en postabort depresjon. Yngre kvinner er mer utsatt for å få en depresjon.</p>	<p>* Grad II</p>