



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Provosert abort

Provoked abortion

Veronica Domaas Hoem og Kristine Dyrli Flemsæterhaug

Totalt antall sider inkludert forsiden: 52

Molde, 05.06.2014



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <u>Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <u>Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <u>retningslinjer for behandling av saker om fusk</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <u>kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</u>	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hildegunn Sundal

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: 28.03.14

Antall ord: 11 519

Sammendrag

Bakgrunn: Hvert år blir det utført rundt 16.000 provoserte aborter i Norge. Til tross for at det utføres så mange provoserte aborter, eksisterer det ikke et systematisk tilbud om oppfølging etter gjennomgått provosert abort i Norge (Holan 2010). Abort er et tabubelagt tema og det kan for mange kvinner være vanskelig å ta opp temaet og ytre sine følelser rundt en abort. Provosert abort er forbundet med skam og løssluppenhet. Avgjørelsen om å ta abort er for mange et vanskelig valg og det fører med seg mange tanker og følelser. Abort defineres slik: «Avslutningen av et svangerskap før fosteret er levedyktig utenfor livmoren»

Hensikt: Hensikten med litteraturstudiet er å undersøke hvilke erfaringer kvinner har i forbindelse med provosert abort.

Metode: Oppgava er et systematisk litteraturstudie. For å besvare oppgavens hensikt og problemstilling har vi brukt 11 forskningsartikler. Ni kvalitative og to som har begge tilnæringsmetodene.

Resultat: I abortprosessen var følelsen av ambivalens og autonomi knyttet til valget. Støtte, skyld, lettelse og angst var erfaringer kvinnene opplevde under og etter aborten.

Konklusjon: Provosert abort kan føre til psykiske reaksjoner for kvinnene. Fellestrekk for kvinnene var at de hadde utfordringer i forbindelse med valget, samt behov for støtte og respekt. Som sykepleier er kunnskap og evne til å være medmenneskelig viktig i møte med kvinner som utfører abort.

Nøkkelord: erfaringer, kvinner og provosert abort

Abstract

Background: There are about 16 000 abortions initiated in Norway each year. Despite the number of provoked abortions being so high, there is currently no systematic offer for follow-ups after patients go through with the abortion (Holan 2010). For many, abortion is a controversial subject and because of this many women may find it hard to talk about and to express their feelings around it. Provoked abortion is often associated with shame and recklessness. The decision to go through with an abortion is a difficult one and it leads to many thoughts and emotions. Abortions are defined as follows: “The termination of a pregnancy before the fetus is able to survive outside the uterus.”

Aim: The purpose with the literature study is to investigate what experiences women have in relation to provoked abortion.

Method: The study is a systematic literature study. To answer to the study’s purpose and question we have used ten different scientific articles. Nine of them qualitative and two qualitative/quantitative.

Results: Through the process of the abortion the feeling of ambivalence and autonomy was tied to the choice. Support, guilt, relief and anxiety were emotions the women experienced during and after the abortion.

Conclusion: provoked abortion may lead to psychological reactions for the women. Common for the women were the challenges around making the decision and the need for support and respect. As a nurse, the knowledge and ability to be supportive and relate to the women, is important to handle women who perform abortion.

Keywords: experiences, women, provoked abortion

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt.....	1
2.0	Teori	2
2.1	Provosert abort	2
2.2	Medisinsk og kirurgisk abort.....	3
2.3	Historisk perspektiv.....	3
2.4	Valg/rett til informasjon	4
2.5	Joyce Travelbee.....	4
3.0	Metode	6
3.1	Datainnsamling og litteratursøk	6
3.1.1	Inklusjons og eksklusjonskriterier	6
3.1.2	Litteratursøk	7
3.1.3	Søkeprosessen	9
3.2	Kvalitetsvurdering	9
3.3	Etiske vurderinger	10
3.4	Analyse.....	11
3.4.1	Figur 1: Hovedfunn	12
4.0	Resultat	13
4.1	Ambivalens.....	13
4.2	Støtte.....	15
4.3	Autonomi.....	17
4.4	Psykiske reaksjoner i forbindelse med provosert abort.....	18
4.4.1	Skyld	18
4.4.2	Lettelse	19
4.4.3	Angst	20
4.4.4	Fremtidig graviditet.....	21
5.0	Diskusjon	22
5.1	Metodediskusjon	22
5.2	Resultatdiskusjon.....	25
5.2.1	Før gjennomføring av abort	25
5.2.2	Under abortforløpet.....	28
5.2.3	Etter utført provosert abort.....	30
6.0	Konklusjon	33
6.1	Konsekvenser for praksis	33
6.2	Forslag til videre forskning	33
7.0	Litteraturliste	34

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt provosert abort hos kvinner som tema. Bakgrunnen for det er at vi synes provosert abort er et interessant tema som har vært omdiskutert i media den siste tiden på grunn av diskusjonen om reservasjonsretten til legene.

Diskusjoner rundt helsepersonell sine holdninger er også ett spennende tema. Holdningene dine kan føre til at det blir gitt ut signaler som gjør at opplevelsen for kvinnen som skal gjennomføre provosert abort blir verre. Abortprosessen kan oppleves ulikt fra kvinne til kvinne. Det å vite hvilke erfaringer og reaksjoner kvinner kan ha under prosessen og etter gjennomført abort vil gi en bedre mulighet for oss som sykepleiere å ivareta kvinnens behov, støtte de i situasjonen og gi de informasjon om hvor de kan henvende seg dersom det er noe de lurer på i etterkant av prosessen. Som sykepleier er det stor sannsynlighet for å komme i kontakt med kvinner i slike situasjoner.

1.2 Hensikt

Hensikten med litteraturstudiet er å undersøke hvilke erfaringer kvinner har i forbindelse med provosert abort.

2.0 Teori

I dette kapittelet presenterer vi teori som er viktig å ha kunnskap om for å kunne forstå kvinners erfaringer relatert til provosert abort.

2.1 Provosert abort

Provosert abort blir definert som «Avslutningen av et svangerskap før fosteret er levedyktig utenfor livmoren» (Austveg 2006). Provosert abort har vært et diskusjonstema i mange år og det vil fortsette å være en gjenstand for debatt, da det griper inn i tro, etikk, moral og samfunnsmessige interesser hos mennesker. Per. dags dato har 18 av EU's 25 land lovverk som tillater provosert abort (Holan 2010).

I lov av 13. juni 1975 om svangerskapsavbrudd står det at kvinnen skal ta en endelige avgjørelsen om svangerskapsavbrudd, såfremt inngrepet kan skje før utgangen av 12. svangerskapsuke. Etter utgangen av 12. svangerskapsuke må det fremmes søknad til nemd, og vilkårene for innvilgelse er nedfelt i fem punkter i lovens § 2, a-e (Bergsjø et al. 2006, 220).

Kvinnene har fått rettigheten over beslutningen om å ta abort fordi fosteret er gjest i hennes kropp og ikke er levedyktig uten henne. Dersom det er konflikt mellom fosterets begrensede rettigheter til liv og morens sin rett til sitt liv, har vi i Norge gitt moren større rettigheter og den mest naturlige løsningen blir selvbestemt abort (Brunstad og Tegnander 2010).

Hvert år blir det utført rundt 16 000 provoserte aborter i Norge. Til tross for at det utføres så mange aborter eksisterer det ikke et systematisk tilbud om oppfølging etter gjennomgått provosert abort i Norge. Det er usikkert om det er behov for det, da de fleste ønsker å legge hendelsen bak seg (Holan 2010).

Abort er et tema som fortsatt er tabubelagt og det kan for mange kvinner være vanskelig å ta opp temaet og ytre sine følelser rundt en abort. Provosert abort er forbundet med skam og seksuell løssluppenhet. Avgjørelsen om å ta abort er for mange et vanskelig valg og det fører med seg mange tanker og følelser (Holan 2010).

2.2 Medisinsk og kirurgisk abort

Valg av metode for aborten avhenger til dels av hvor langt svangerskapet har kommet, om pasienten er første eller andregangsfødende, flergangsgravid og av kvinna sin tilstand (Knutstad 2010).

Medisinsk og kirurgisk abort er metoder som blir brukt for å utføre provosert abort. Medisinsk abort er mer vanlig enn kirurgisk abort og mange sykehus i Norge tilbyr medisinsk hjemmeabort. Medisinsk abort utføres i to trinn. Først får kvinnene en antiprogesterontablett som gjør at livmoren ikke reagerer på kroppens graviditetsbesvarende hormon. To dager senere settes prostaglandintabletter i skjeden, noe som fører til kontraksjoner av livmoren og skaper blødning. Medisinsk abort er smertefullt og tar vanligvis ca fire til seks timer. Den blir ansett som mer skånsom for kroppen, og det er lavere infeksjonsrisiko (Holan 2010).

Kirurgisk abort er en kortvarig prosess hvor man blir lagt i narkose, og fosteranlegget fjernes gjennom et sug som settes inn i livmorhulen. Inngrepet tar ca.fem til ti minutter og det er ingen rutinemessig kontroll etter kirurgisk abort (Holan 2010).

2.3 Historisk perspektiv

Så tidlig som i 1913 startet abortdiskusjonen, da kvinneverettsforkjemperen Katti Anker Møller gikk ut mot straffelovens forbud mot abort. Forbud mot abort førte til at kvinner utførte inngrepet på ulovlig vis, ofte forbundet med infeksjon og dette førte til høy mortalitet. Den nazistiske abortloven var gjeldende under andre verdenskrig, men denne opphørte ved frigjøringen. I 1951 ble diskusjonen om lovlig abort tatt opp igjen, og i 1960 kom den første norske abortloven godkjent av Stortinget. Den trådte i kraft i 1964. I loven var det beskrevet at en nemd bestående av to leger skulle vurdere om det var medisinsk, arvemessig og etisk grunnlag for svangerskapsavbrudd. Under kvinnebevegelsen på 1970 - tallet ble det lagt press på politikerne, da allmennheten mente det var behov for revisjon av abortloven. Dette resulterte i nytt vedtak 13. juli 1975. I 1975 fikk vi i praksis selvbestemt abort inntil uke 12 i svangerskapet (Holan 2010).

2.4 Valg/rett til informasjon

Som kjent er det kvinnen som skal ta det endelige valget når det kommer til svangerskapsavbrudd, så lenge inngrepet kan skje før utgangen av uke 12 i svangerskapet. Før kvinnene kommer frem til det endelige valget, oppsøker de ofte rådgivning. I følge lovens § 5, skal legen gi kvinnene opplysning om inngrepets art og medisinske virkninger (Bergsjø et al. 2006).

2.5 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee er en sykepleier som har hatt, og fortsatt har stor innflytelse innenfor norsk sykepleierutdanning. Empati og uttrykket «terapeutisk bruk av seg selv» er velkjente begreper i Travelbees sykepleietenkning (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

Travelbee forholder seg til et hvert menneske som en unik person. Hvert enkelt menneske er enestående og uerstattelig. Hun har fokus på etablering av menneske til menneskeforhold. Travelbee sier at:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008, 27).

Et menneske er sykepleierens pasient når det søker hjelp, fordi det opplever problem eller krise. Travelbee understreker at det er det enkelte menneske som er mottaker av sykepleie, og tar avstand fra generalisering som kan knyttes til pasientbegrepet.

Enhver sykdom eller skade er en trussel mot selvet, og personens opplevelse av sin sykdom er langt viktigere enn et hvilket som helst diagnosesystem for helsepersonell. En kan ikke på forhånd vite hvordan den enkelte opplever som sykdom, før helsearbeideren utforsker dette sammen med vedkommende og får fram hvilke meninger han tillegger sin tilstand (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008, 28).

Travelbee misliker generalisering av pasienter og sykepleiere, da hun mener det utsletter det enkelte menneskets personlige og spesielle trekk og kjennetegn (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

Kommunikasjon for Travelbee, er et av sykepleierens viktige redskaper når det gjelder å etablere et virkelig menneske til menneske forhold til pasienten. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person. I denne prosessen er det en utfordring å finne frem det som skiller denne pasienten fra alle tidligere pasienter. Sykepleieren må være i stand til å skille mellom sine egne og pasientens behov, og ikke overføre sine egne behov over på pasienten (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

For å kunne skape et menneske til menneske forhold og kunne klare å hjelpe pasienter i å mestre sykdom, må sykepleieren finne ut hvordan pasienten oppfatter det å være syk. Travelbee mener at for å skape et menneske til menneske forhold, må sykepleieren se pasienten som et menneske og ikke som pasient, noe som gjør de likeverdige og kan oppnå et nyttig forhold (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

3.0 Metode

Høgskolen i Molde har retningslinjer for bachelorskriving. I følge retningslinjene skal dette være et systematisk litteraturstudie hvor man skal kunne besvare hensikten og problemstillingen for oppgaven. Ett systematisk litteraturstudie innebærer å søke systematisk, kritisk granske og identifisere fellestrekk i valgt litteratur (Forsberg og Wengstrøm 2008). For å kunne spesifisere søket etter forskningsartikler satt vi opp inklusjons og eksklusjonskriterier.

3.1 Datainnsamling og litteratursøk

3.1.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjons og eksklusjonskriterier ble brukt for å forenkle søkeprosessen ved å velge bort artikler som ikke var relevante for vår hensikt.

Inklusjonskriterier:

- Kvinner i abortprosessen (før, under og etter)
- Kvinnene sine erfaringer i forbindelse med provosert abort
- Artikler med pasientperspektiv, siden vi valgte å skrive om kvinners erfaringer
- Artikler på norsk, svensk, dansk og engelsk
- Kvalitative forskningsartikler
- Fagfellesvurderte forskningsartikler
- Artikler fra europeiske land
- Publisert fra 2008 fram til i dag etter Høgskolens retningslinjer (2013)

Eksklusjonskriterier:

- Kvinner som har gjennomgått spontanabort
- Provosert abort på grunn at foster misdannelser
- Menn sine opplevelser
- Forskningsartikler fra Asia, Afrika.
- Reviewartikler (oversiktsartikler)

- Artikler som gjelder andre trimester

3.1.2 Litteratursøk

Vi brukte endel tid på å finne riktige søkeord som vi skulle fylle inn i PO-skjemaet. Først tok vi noen prøvesøk hvor vi prøvde oss frem i ulike databaser. Dette ga noen gode resultat, men vi måtte få enda bedre treff for å finne flere artikler. Bibliotekaren og veilederen hjalp oss med å fylle på ekstra søkeord. Dette ga oss gode resultater i søket. PICO- skjema er et verktøy som brukes for å dele opp problemstillingen slik at den kan struktureres på en hensiktsmessig måte. Hver av bokstavene i PICO har bestemte momenter (Nortvedt et.al 2008).

- P står for populasjon/problem. Hvilken type pasient eller pasientgruppe gjelder spørsmålet?
- I står for intervensjon. Hvilket tiltak, eller hvilken intervensjon ønsker vi vurdert? Hva er det pasienten «utsettes» for i klinisk praksis som vi er interessert i?
- C står for comparison. Skal det tiltaket vi satt opp over sammenlignes med et annet? Dersom noe skal sammenlignes, skal det settes opp her.
- O står for outcome. Hvilke utfall eller endepunkt er vi interessert i? Hvilken effekt av tiltaket ønsker vi vurdert? (Nortvedt et.al 2008).

Det er ikke alle problemstillinger man trenger å bruke alle momentene. I vårt litteraturstudie tar vi i bruk P og O. Dette fordi det er disse spørsmålene vi skal finne svar på i studiet. Vi har søkt i Ovid Medline, Swemed, Proquest og Norart, samt at vi har utført noen manuelle søk. I ett manuelt søk fant vi artikkelen Making sense: womens abortion. (Pico skjema er vedlagt på neste side).

Population/problem	Outcome
<p>Indusert*</p> <p>Kirurgisk*</p> <p>Medisinsk*</p> <p>Abort*</p> <p>Provosert abort*</p> <p>Kirurgisk abort*</p> <p>Medisinsk abort*</p> <p>Abort indusert*</p> <p>Avslutte svangerskapet*</p> <p>Abort omsorg*</p> <p>Selv sluttet*</p> <p>Kvinner*</p>	<p>Erfaringer*</p> <p>Reaksjoner*</p> <p>Følelser*</p>
<p>Induced*</p> <p>Surgical*</p> <p>Medical*</p> <p>Abortion*</p> <p>Provoked abortion*</p> <p>Surgical abortion*</p> <p>Medical abortion*</p> <p>Abortion induced*</p> <p>Terminate pregnancy*</p> <p>Abortion care*</p> <p>Self determined*</p> <p>Women*</p>	<p>Experience*</p> <p>Reaction*</p> <p>Feeling*</p>

3.1.3 Søkeprosessen

Vi begynte tidlig å søke i databaser, samt få veiledningstime hos bibliotekaren for å sikre at vi lærte å søke i databasene på riktig måte. Vi foretok søk i databaser gjennom høgsolen i Molde sine nettsider. For at vi skulle få best mulig resultat på søkene hadde vi utarbeidet et PO-skjema med søkeord som var relevante for vår hensikt. I søket valgte vi å bruke søkeoperatørene «OR og AND for å kombinere søkene fra PO- skjemaet. OR blir brukt når man skal gjøre et bredere søk og man vil relatere søkeordene til andre ord, eller eventuelt begge ordene. AND blir brukt når en vil kombinere søkeblokkene med hverandre. (Willman, Stolz og Bahtsevani 2006).

Trunkering(*) innebærer at man tar bort endelsen av ordet, slik at kun stammen av ordet står igjen. Eksempel på dette er om vi søker experience*. Da vil databasen automatisk søke etter ord som , «experiences» og «experienced».

Vi søkte etter artikler på hver vår pc, men vi satt mye sammen på grupperom for å kunne samarbeide og lett kunne avklare hvilke artikler vi eventuelt kunne gå videre med. Vi bestilte mange artikler der abstraktet så ut til å være aktuelt for oss, men i mange artikler viste det seg at det som stod i abstraktet var misvisende i forhold til innholdet i artikkelen. Disse artiklene ble da ekskludert. Til sammen i søkeprosessen leste vi 76 abstrakt, 31 artikler og til slutt satt vi igjen med 11 inkluderte artikler som vi kunne bruke i vårt litteraturstudie.

3.2 Kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurderingen ble utført ved at vi først identifiserte hvilken type artikler vi hadde. Vi endte med ni kvalitative og to som er både kvantitative og kvalitative. I de artiklene som hadde begge tilnæringsmetodene valgte vi å plukke ut det vi mener var kvalitativt og viktig for oss å ha med i litteraturstudiet vårt. Deretter kvalitetsvurderte vi artiklene ved å bruke Wilmann, Stolz og Bahtsevani (2006) sine sjekklister for kvalitativ forskning. Sjekklistene er ifølge Nordtvedt et al (2008) et hjelpemiddel som brukes for å kartlegge

resultatene. Svarene du får ved å bruke sjekklisterne, sier noe om man kan stole på resultatene og om resultatene kan brukes i praksis.

Graden på artiklene ble bedømt ut fra hvor mange positive og negative svar vi fikk. Positive svar ga ett poeng og negative svar null poeng. Bedømmingen ga en poengsum som vi regnet om til prosent av totalsummen. Dette gav oss svar på om artiklene var høy, middels eller lav kvalitet, og om vi kunne benytte artiklene.

Grad 1	80 -100 %
Grad 2	70 – 79 %
Grad 3	60 – 69 %

For å forsikre oss om at tidsskriftene hvor artiklene var publisert i var referee bedømt, brukte vi Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenester sitt register over autoriserte publiseringskanaler. Her søkte vi opp ISSN nummer til artiklene eller tidsskriftet de var publisert i for få med hvilket nivå artiklene er. Ti artikler er hentet fra nivå 1 tidsskrift og en fra tidsskrift med nivå 2.

Vi valgte først å kvalitetsvurde artiklene hver for oss, deretter vurderte vi de sammen for å sikre at artiklene svarte på hensikten vår. Til slutt satt vi igjen med elleve relevante og gode artikler hvor ni er kvalitative og to kvalitativ/kvantitative. Vi valgte å trekke ut den kvalitative forskningen i artiklene som er kvalitative/kvantitative.

3.3 Etiske vurderinger

I vår studie har vi tatt hensyn til at etiske vurderinger og ryddig bruk av personopplysninger (anonymitet) skal være ivaretatt, da dette er viktig for å unngå konflikter i etterkant. Dersom det skal jobbes med personopplysninger, er vi underlagt bestemte krav fra samfunnet, skriver Dalland (2010). Det er viktig å legge vekt på at hensynet til forsøkspersonenes helse og integritet går foran hensynet til forskning og samfunn. (Dalland 2010). Vi har under hele prosessen vært opptatt av å holde oss nøytrale og unngå at vi ble forutinntatt. Dette mener vi var viktig i søkeprosessen, fordi vi ikke ønsket å ha med våre egne meninger inn i søkene. En annen utfordring var forforståelsen vår. Dette var vi bevisst på under innhenting av teori og litteratur. Av våre elleve artikler,

er ni etisk vurdert av en godkjent etisk komitè. I to artikler kommer det ikke frem at de er etisk vurdert. I alle artiklene våre hadde forskerne informert deltakerne om deres rettigheter og samtykke. Hensikten med å bruke informert samtykke, er at alle personer har rett til å ta selvstendige og ansvarlige beslutninger, samt å styrke enkeltindividets autonomi. Deltakerne fikk også informasjon om at de hadde muligheten til å trekke seg ut fra studien når som helst om de ønsket dette (Dalland 2010). Da alle artiklene viser til denne informasjonen, regner vi artiklene som etisk vurdert og gode nok til å være med i litteraturstudien vår.

3.4 Analyse

Analyse er en metode som brukes for å hjelpe oss til å finne ut hva et datamateriale egentlig forteller oss. Det går ut på å dele eller løse opp en helhet i mindre enheter eller deler (Dalland 2010).

Vi tok i bruk Evans metode for innsamling av data og fulgte systematisk hans fire steg i innsamlingsprosessen (Evans 2002). De fire stegene består av 1. samle aktuell data, 2. identifisere funn, 3. relatere funn på tvers av studiene og 4. beskrive fenomenet og lage en beskrivelse av funnene.

Det første steget handler om å samle inn aktuelle data (Evans 2002). For å få treff som var relevant for vår hensikt, gjorde vi avanserte søk i ulike databaser. Etter å ha lest igjennom mange artikler, satt vi til slutt igjen med ni kvalitative og to kvalitative/kvantitative artikler som var relevant for vår hensikt.

I steg nummer to skal funna identifiseres (Evans 2002). Først leste vi gjennom alle artiklene hver for oss og skrev sammendrag av hver enkelt artikkel. Dette gjorde vi for å sikre at alle funn var tatt med.

Det tredje steget handler om å relatere funn på tvers av studiene. For å samle de viktigste funna fra forskningsartiklene, lagde vi ett stort tankekart hvor vi noterte ned alle funna. Deretter tok vi med oss videre de funna som var mest relevant for vår hensikt.

I det fjerde steget lagde vi enda et nytt tankekart hvor vi noterte ned alle funna som var lik i artiklene og sammenfattet disse for å se hvilke artikler og hvor mange artikler som hadde samme funn. Da fikk vi oppsummert hvilke tema som gjentok seg i artiklene og som vi kunne ta med oss videre til resultatdelen. Temaene vi satt igjen med er skjematisk fremstilt i fig.1 på neste side.

3.4.1 Figur 1: Hovedfunn

Ambivalens	Støtte	Autonomi	Psykiske utfall
<ul style="list-style-type: none">•Andre sine meninger•Opplevelsen av seg selv som mor•Barndom	<ul style="list-style-type: none">•Valgprosessen•Positiv/negativ støtte•Helsepersonell	<ul style="list-style-type: none">•Selvbestemmelse•Negative følelser•Unngå negative psykologiske utfall.	<ul style="list-style-type: none">•Skyld•Lettelse•Angst

4.0 Resultat

Hensikten med litteraturstudiet var å undersøke hvilke erfaringer kvinner har i forbindelse med provosert abort. I denne delen presenterer vi funnene fra våre 11 inkluderte forskningsartikler.

4.1 *Ambivalens*

I 5 av 11 benyttede artikler kom ambivalensen frem (Kero, Wulff og Lalos 2009, Trybulsky 2008, Alex og Hammerstrøm et al. 2004, Kjelsvik og Gjengedal 2010, Halldèn, Christensson og Olson 2009, Makenzius et al. 2013).

Ambivalensen var sterkest uttrykt i valgprosessen hvor kvinnene skulle bestemme om de ville beholde eller fjerne barnet. Kvinnene følte at uansett hvilket valg de tok, ville det bli feil valg. Flere kvinner hadde blandede følelser i forhold til det å ta og svelge tablettene som skulle starte aborten. Noen beskrev det som det vanskeligste i hele abortprosessen, “*the worst day*”, “*this was the hardest part*” (Kero, Wulff og Lalos 2009, 327). Tanker om at tablettene ville ta livet av embryoet var vanskelig å komme over, tanker om hvordan barnet ville bli, frykten for å føle skyld og ensomheten var beskrevet i flere artikler (Kero, Wulff og Lalos 2009, Makenzius et al. 2013, Halldèn, Christensson og Olson 2009, Kjelsvik og Gjengedal 2010, Trybulsky 2008). Når deltakerne trodde de hadde tatt valget, kunne tankene likevel endre seg. Dette skjedde kontinuerlig. En kvinne beskrev

I guess I actually went from being absolutely determined to have an abortion to being almost 100 per cent certain that I am doing the right thing in having a little one. A baby. But I have lain awake many night, not being able to sleep. Gone to bed with the thought that I am going to have a baby and then woken up with the thoughts I will have an abortion (Kjelsvik og Gjengedal 2010, 172).

I artiklene Alex og Hammerstrøm (2004) og Kimport, Foster og Weitz (2011) var det funn som viste at økonomiske forhold var noe som bidro til at valget ble vanskelig og førte til ambivalente følelser. De ønsket å få det til, men følte at de ikke hadde nok å gi barnet. Funn i Ekstrand et al. (2009) viser at kvinnene ikke fant det realistisk å få ett barn når de strevde med å finne jobb for å stable økonomien på plass. “I was unemployed. I had no

income. I felt that I had nothing to give my child” (Alex og Hammerstrøm 2004, 163). Kimport, Foster og Weitz (2011) viser at både kvinna og mannen sine følelser rundt det å være økonomisk uforberedt på å få ett barn til blir tatt i betraktning.

4.1.1 Andre sine meninger

Funn i fem artikler viste at kvinnene hadde problemer med å ta avgjørelsen på egenhånd, da de ikke likte å være den som måtte ta selve avgjørelsen. For å kunne komme frem til ett valg hadde de snakket med både partner, familie og venner, samt tenkt gjennom sine egne barndomserfaringer. Kvinnene mislikte å måtte ta avgjørelsen, men de var samtidig opptatt av retten til selvbestemmelse. Selv om deltakerne hadde snakket med andre og forhørt seg med dem, understreker de at avgjørelsen er tatt på egenhånd, selv om fortellingene indikerer at valget blir indirekte påvirket av personer og betingelser i nærmiljøet (Makenzius et al. 2013, Alex og Hammerstrøm 2004 og Halldèn, Christensson og Olsson 2009). Det at valget er tatt på egenhånd støtter funn fra Kjelsvik og Gjengedal (2011) og Kimport, Foster og Weitz (2011) da disse kvinnene valgte å skjule graviditeten for andre, og gjennomføre den uten å ha diskutert med andre på forhånd, da de ikke ønsket å bli påvirket av andre, samt slippe negative holdninger.

I artikkelen Ekstrand et al (2009) beskriver en kvinne hvor vanskelig hun hadde det i forbindelse med valget, da hun prøvde å fremprovosere en spontan abort for å slippe å ta avgjørelsen.

I made sure to jump and do hard landings as much as possible, so it would kind of `fall off` by itself. But it didn` t. You feel awful in a way. You don` t want to be the one having to make the decision. You rather want it pour out itself (Ekstrand et al. 2009, 175).

4.1.2 Opplevelsen av seg selv som mor

For å avklare det ambivalente, fokuserer kvinnene på hvor stort ansvar det er å bli mor og skulle ta vare på ett barn, hvordan barnet kom til å ha det i fremtiden, det å være alenemor, samt redselen for ikke å kunne bli gravid igjen. Flere av funnene viser at kvinnene ikke ønsket å være alenemor, da de ville at barnet skulle vokse opp i stabile hjem med mor og far (Ekstrand et al. 2009, Halldèn, Christensson og Olsson 2009). I Alex og Hammerstrøm (2004) beskriver en kvinne: “I want a family if I am going to have a child! Otherwise I don` t want to have one” (Alex og Hammerstrøm 2004, 162). Kvinnene valgte å distansere

seg fra sine egne følelser, embryoet, deres egen kropp og «late som» at symptomene ikke var tilstede. Dette måtte de gjøre for å klare å distansere seg fra graviditeten og fordi det stadig var motstridende følelser som måtte takles. Denne strategien ble brukt for å klare å ta ett valg og gjennomføre en abort (Ekstand et al. 2009, Halldèn, Christensson og Olsson 2009, Kjelsvik og Gjengedal 2011, Stålhanske, Ekstrand og Tydèn 2011).

4.1.3 Barndom

Funn i fire artikler viser at kvinnene bruker sin barndom som erfaring i forbindelse med valget for å avklare de ambivalente følelsene (Alex og Hammerstrøm 2004, Trybulsky 2008, Halldèn, Christensson og Olsson 2009, Kjelsvik og Gjengedal 2011). Kvinnene følte seg kalde og slemme som personer, relatert til erfaringer fra egen barndom og ønsket ikke å utsette ett barn for den samme negative barndommen, da de ønsket å gi ett kommende barn en god og glad barndom. Det var også viktig for kvinnene å tenke på hvordan de var som personer nå, og hvor bra det ville være for et barn å vokse opp med en mor som er kald, stygg og slem. Dette var ord kvinnen brukte for å beskrive seg selv. Det å sette ett barn til verden uten å føle seg klar og uten gode sikre rammer var noe kvinnene beskrev som dilemma. Hvor godt ville barnet få det, og hvor god mor ville de ha blitt. De prøvde å sortere tankene ved å liste opp positive og negative sider for å beholde eller ta bort barnet (Alex og Hammerstrøm 2004, Trybulsky 2008). “From what I have experienced earlier I feel that I am a sort of cold person and that I don` t, perhaps I don` t have maternal feelings” (Alex og Hammerstrøm 2004, 162).

4.2 Støtte

Funn fra syv av artiklene viser at kvinner opplever støtte som svært viktig i forbindelse med provosert abort (Alex og Hammerstrøm 2004, Makenzius et al. 2013, Halldèn, Christensson og Olsson 2009, Kjelsvik og Gjengedal 2011, Kero, Wulff og Lalos 2009, Kimport, Foster og Weitz 2011, Stålhanske, Ekstrand og Tydèn 2011). Uten å ha partnerens støtte og avtale om hvordan de skulle takle å bli foreldre, så kvinnene på abort som eneste løsning. Noen funn viser at enkelte kvinner opplever støtte fra familie og venner uansett hvilket valg de tar, mens flestparten av kvinnene opplevde negativ støtte. De ønsket støtte som omhandlet at partneren var delaktig i valgprosessen og under aborten, men at de ikke la press på kvinnene for å velge det han ønsket (Kimport, Foster og Weitz

2011, Ekstrand et al. 2009). I artikkelen Ekstrand et al. (2009) beskrev en kvinne denne støtten som uønsket: “Regardless of what you choose, i`ll support you – but you know what i`d prefer you to do” (Ekstrand et al. 2009, 176). En annen kvinne beskriver ønsket om støtte på denne måten:

I don` t think he quite understood how difficult I found the situation. For instance, he didn` t show up at the hospital at the time for abortion. When I called him later on the same day, he was just like, “oops, was it that early? If he` d been there, I` m sure he` d have better understood what I was going through (Ekstrand et al. 2009, 176).

Disse funnene støttes av Alex og Hammerstrøm (2004) hvor en kvinne fortalte partneren at de skulle ha barn og svaret hun fikk tilbake var: “Well; we are not. Not me anyhow!” (Alex et al. 2004, 163). Støtte fra familie og venner var like viktig som den hjelpen de fikk fra helsepersonell under den medisinske/kirurgiske prosessen (Halldèn, Christensson og Olsson 2009, Ekstrand et al. 2009, Alex og Hammerstrøm 2004).

Den støtten kvinnene fikk fra helsepersonell ble beskrevet som både positiv og negativ. Noen følte helsepersonell i stor grad ignorerte eller ikke ville forstå hvilken situasjon kvinnene var i. Helsepersonellens sin væremåte blir beskrevet som enten støttende, positive og informative eller kalde, negative og uvitende. En kvinne blødde mye etter aborten, men turte ikke gå på toalettet i redsel for å besvime. Hun følte sykepleieren var kald, uvitende og manglet forståelse mens hun refset henne for å ha blødd i sengen. En annen kvinne som hadde gjennomgått kirurgisk abort, beskrev helsepersonellet som snille og vennlige, da de tilbydde seg å følge henne ned til utgangen etter aborten (Alex og Hammerstrøm 2004, Stålhanske, Ekstrand og Tydèn 2011). Noen kvinner var misfornøyd med mangelen på følelsesmessig respons fra helsepersonellet før, under og etter den medisinske prosedyren. Fokuset på det medisinske og hygieniske var god og av høy kvalitet, men de savnet den delen hvor de kunne ha noen å snakke med. De satt igjen med følelsen av at helsepersonellet unngikk ord som kunne opprøre kvinnene (Stålhanske et.al 2010). Under aborten på sykehuset er det beskrevet at kvinnene så på støtten fra helsepersonell som viktigst. Der var det ikke rom for mye støtte fra partner. Under hjemmeabort ble det beskrevet at de følte det var viktig med støtte fra partneren og at det var behagelig at de kunne være alene og i trygge omgivelser (Makenzius et al. 2013).

Etter aborten understreker kvinnene at det er viktig med støtte for å unngå negative psykiske reaksjoner. Flere av deltakerne rapporterer at familie og venner ikke var støttende da de fortalte om aborten. Behovet for å bli forstått og respekter for valget var viktig. Noen opplevde samlivsbrudd som resultat av aborten. Mangel på støtte gjorde at erfaringen av aborten ble forverret (Kimport, Foster og Weitz 2011, Alex et al. 2004, Halldèn, Christensson og Olsson 2009).

4.3 Autonomi

Behovet for selvbestemmelse er funn i flere artikler (Alex og Hammerstrøm 2004, Mackenzius et al. 2013, Kjelsvik og Gjengedal 2011, Kimport, Foster og Weitz 2011). Studiene viser at kvinnene er glade for å kunne ha muligheten til å velge å utføre abort dersom det er utfordringer i livet som gjør at abort vil være eneste fornuftige løsning både for mor og barnet (Mackenzius et al. 2013, Alex og Hammerstrøm 2004, Kjelsvik og Gjengedal 2011). Dette støtter Kimport, Foster og Weitz (2011), da en kvinne beskriver at hun ønsker å bli respektert og forstått når det handler om valget hun har tatt, og dersom hun ikke har denne muligheten til å velge selv, vil det ikke føles som om det er hennes valg. I Alex og Hammerstrøm (2004) kommer det frem at aborten var noe de hadde valgt helt på egenhånd. "T is my choice! This is my body" (Alex og Hammerstrøm 2004, 163). Noen kvinner hadde ikke problemer med å velge hva de skulle gjøre med embryoet, mens andre hadde store problemer med å ta beslutningen. Uansett hvordan prosessen foregikk, rapporterte kvinnene at de måtte være sikre på at valget var deres, ikke partneren, venner eller familiens valg. Kvinnene beskrev negative følelser i etterkant av aborten i de situasjonene de følte valget var tatt av andre og ikke på egenhånd. I en artikkel fortalte en kvinne: "My husband was putting a lot of pressure on me to have one. He was like, No, this pregnancy isn't a good idea. You need to have that done" (Kimport Foster, Weitz 2011, 105). Dette støtter Ekstrand et al. (2009) der en kvinne forteller at hun ble påvirket av alle andre rundt seg og at hun aldri fikk sjansen til å sette seg ned å tenke. Etter å ha utført en abort var det viktig at kvinnene opplevde støtte for å unngå negative psykologiske reaksjoner. Flere av kvinnene opplevde at venner og familie ikke støttet de når kvinnene fortalte at de hadde tatt abort. Noen opplevde at aborten kostet dem partnerskap og vennskap. En kvinne fortalte dette:

I was not prepared for how archaic and old-fashioned people`s beliefs are about abortion, and I have a couple of friends who have a really strong Christian background, who said some things that really, really hurt my feeling (Kimport, Foster, Weitz 2011, 107).

4.4 Psykiske reaksjoner i forbindelse med provosert abort

Artiklene viser at psykiske reaksjoner går fra lette påkjenninger til tyngre påkjenninger. Lettere psykiske reaksjoner er dårlig samvittighet, anger og skyld. Tyngre reaksjoner er angst. 8 av 11 artikler viste at kvinnene opplevde psykiske reaksjoner både før, under og etter utførelsen av aborten. Angst, lettelse, anger og skyld er nevnt i artiklene (Stålhandske, Ekstrand og Tydèn. 2011, Trybulsk et al. 2008, Kimport, Foster og Weitz. 2011, Ekstrand et al. 2009, Alex og Hammerstrøm 2004, Halldèn, Christensson og Olsson 2009, Kjelsvik og Engedal 2011, Kero, Wulff og Lalos 2009). 8 av 11 artikler viste at kvinnene opplevde skyld og anger i forbindelse med å velge provosert abort (Halldèn, Christensson og Olsson 2009, Stålhandske, Ekstrand og Tydèn 2010, Kero, Wulff og Lalos. 2009, Ekstrand et al. 2009, Trybulsky 2008, Kjelsvik og Engedal 2010, Alex og Hammerstrøm 2004, Kimport, Foster og Weitz 2011).

4.4.1 Skyld

Skyld kommer frem i ulike situasjoner i 8 av 11 artikler (Halldèn, Christensson og Olsson 2009, Kjelsvik, og Engedal 2011, Alex og Hammerstrøm 2004, Ekstrand og Tydèn 2009, Stålhandske, Ekstrand og Tydèn 2010, Kero, Wulff og Lalos 2009, Trybulsk et al. 2008, Kimport, Foster og Weitz 2011). Noen kvinner kalte embryoet for en orm eller ett virus for å objektivisere embryoet istedenfor å kalle det et barn, da dette lettet skyldfølelsen og for å bli kvitt tanken på at det er et barn de bærer på (Halldèn, Christensson og Olsson 2009, Kimport et al. 2011). Dette støtter Kjelsvik og Engedal (2011) da den viser at kvinnene opplevde skyldfølelse overfor foreldre og partnere. I tillegg distanserte kvinnene seg fra egne følelser og tanken på at de er gravide.

I think it's mostly because I want to get rid of the thought that it's a child I'm carrying, carried, that it doesn't feel as serious, as if I was just taking away a worm or something (Halldèn, Christensson og Olsson 2009, 246).

Kvinnene følte skyld overfor foreldrene som ikke fikk oppleve å bli besteforeldre, barnet som ikke får vokse opp og partner som ikke får muligheten til å bli far (Trybulsky 2008). "I asked for forgiveness from my mother, who has no grandchildren today because I killed them" (Trybulsky et al. 2008, 580). Det er flere av artiklene som omhandler ultralydundersøkelsen om hvordan det å se ultralydbildet enten lettet eller gjorde det tyngre for kvinnene. Det å se bildet gjorde at kvinnene fikk bekreftelse på at det var et liv, som igjen førte til større skyldfølelse. Noen av kvinnene opplevde å ikke få muligheten til å se embryoet (Stålhandske, Ekstrand og Tydèn 2010, Ekstrand et al. 2009).

It was the only time it felt a bit uncomfortable. It was probably about then that I realized that it actually was the beginning of a life (Stålhandske, Ekstrand og Tydèn 2010, 36).

I really wanted to see the baby, and I asked. Please may I see it? But they wouldn't let me, saying they didn't want me to get a picture of it in my head. I begged and begged, but No, no, no! You don't have the strength when you're lying there, so finally I gave up. Damn, I regret that today. I don't know why-in a way it's sick-but I really wanted to see and feel. Like this is it, this is for real (Ekstrand et al. 2009, 176).

Det kommer frem i to av studiene (Ekstrand et al. 2009, Machenzius et al. 2013) at kvinnene ikke ønsket å gå gjennomgå en abortprosess igjen. Det hadde vært en stor påkjenning, men de angret ikke på valget de hadde tatt.

4.4.2 Lettelse

Funn fra flere studier viser at kvinnene følte lettelse etter at aborten var gjennomført (Alex og Hammerstrøm 2004, Kimport, Foster og Weitz 2011, Halldèn, Christensson og Olsson 2009, Ekstrand et al. 2009). Flere kvinner beskrev at de opplevde lettelse under utførelsen av aborten og etter aborten, da de var kommet så langt i prosessen at det ikke var noen annen utvei (Alex og Hammerstrøm 2004). Studiene viser at kvinnene føler lettelse like etter aborten. En kvinne i Ekstrand et al. (2009) fortalte at når hun våknet like etter aborten

følte hun at hun kunne starte på nytt og bygge opp livet sitt. Hun angrer ikke på valget og hun vet at det var det beste for henne. Dette støtter Kimport, Foster og Weitz (2011) der en kvinne beskriver lettelse etter aborten og er glad for å kunne gjenoppta sitt tidligere liv. I Halldèn, Christensson og Olsson (2009) fortalte en kvinne at hun så frem til å komme tilbake til sitt normale liv igjen:

The relief came straight after I'd had the abortion. It felt wonderful, that the whole circus was over and I could go back to normal. It wasn't relief over getting rid of the child, really, it wasn't like that. It was just that all the trouble was gone (Halldèn, Christensson og Olsson 2009).

I studien til Trybulsk et al. (2008) forteller en kvinne at hun følte lettelse etter å ha gjennomført et ritual der hun brente embryoet og et brev til barnet, og gravde ned asken etterpå. Hun følte en fred inni seg som ga henne tillatelse til å sette en slutt på det kapittelet og gå videre i livet. Hun følte ingen anger rundt det.

4.4.3 Angst

Mange kvinner hadde problemer med angst, da de var redde for hva som ville skje både før, under og etter aborten (Kjelsvik og Engedal 2011, Kimport, Foster og Weitz. 2011, Yilmaz et al. 2010, Broen et al. 2006, Kero, Wulff og Lalos 2009, Ekstrand et al. 2009, Alex og Hammerstrøm 2004, Halldèn, Christensson og Olsson 2009). Spørsmål som: hva kommer til å skje, hvor lang tid vil det ta, hvor mye smerter kommer det til å være, var noen av tankene kvinnene hadde (Kero, Wulff og Lalos 2009). Ulike typer angst kommer frem i studiene. Blant annet angst for hva andre vil tro og mene om deres valg (Kimport, Foster og Weitz 2011). I studien til Kimport, Foster og Weitz (2011) kommer det frem at ved å holde aborten for seg selv kan man hindre å få negative tilbakemeldinger, og bli stigmatisert forverret den negative følelsen å hemmeligholde. Søvnløshet, panikkanfall og angst beskriver kvinnene kommer fra deres forsøk på å skjule aborten. Medisinske prosedyrer gjør at kvinnen innser fra et eksistensielt perspektiv hva de skal gjennom, og en kirurgisk abort gir muligheten for å avgrense eksistensielle vanskelige aspekter (Stålhandske, Ekstrand og Tydèn 2011).

In some way, it became so impersonal. You could escape the thoughts of what you really were doing, since you were anesthetized, but if you had been sitting in a clinic and waited to bleed it out, you know, you would have seen it, you would have known what was happening to the body (Stålhandske, Ekstrand og Tydèn 2011).

Det å overlate ansvaret til andre kan oppleves som å miste integritet og kontroll (Stålhandske, Ekstrand og Tydèn 2011). Artikkelen til Broen et al. (2006) viser at det er betydelige sjanser for å oppleve angst etter en provosert abort. Det å forsøke å unngå minnene om hendelsen ble gjort av mange kvinner. De kunne slå av tv dersom temaet i programmet handlet om graviditet eller abort. Dersom venner/søsken hadde fått barn vegret de seg for å besøke dem og i de sammenhenger det oppstod en diskusjon om abort var de tause. Ved å nekte seg selv både å tenke og snakke om, eller ha følelser i forhold til aborten, vil bearbeidelsen av hendelsen bli forsinket og vanskeliggjort (Broen et al. 2006).

4.4.4 Fremtidig graviditet

I 4 av 12 artikler kommer det frem at kvinnene er redde for, og har angst for at den provoserte aborten har gjort dem sterile (Ekstrand et al. 2009, Alex og Hammerstrøm 2004, Halldèn, Christensson og Olsson 2009, Kjelsvik og Gjengedal 2011). Kvinner i Halldèn, Christensson og Olsson (2009) beskrev at de var engstelig for at evnen til å bli gravid igjen etter aborten var ødelagt. Funn i artikkelen til Kjelsvik og Gjengedal (2011) støtter dette, der en kvinne forteller om redselen for muligheten til å få barn senere i livet, og at dette svangerskapet var hennes mulighet. I Alex og Hammerstrøm (2004) sier en kvinne at hun var negativ til egen abort da hun fryktet fremtidig sterilitet. I artikkelen til Halldèn, Christensson og Olsson (2009) kommer det frem at kvinnene har fått informasjon om at dersom det blir foretatt en utskrapning foreligger det en risiko for at det kan være vanskelig å bli gravid senere i livet. Which is probably the case for the medical abortion as well, but I don't know now, that's the kind of prejudices you have (Halldèn, Christensson og Olsson 2009, 247).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Diskusjon av inklusjon og eksklusjonskriterier:

Vi valgte å inkludere kvinner som skal og har gjennomgått provosert abort og ekskludere kvinner som har gjennomgått spontanabort, da vi tror disse hendelsene vil gi ulike psykiske utslag hos kvinnene. Vi har valgt å fokusere på kvinnene sine erfaringer og ekskludere menn sine erfaringer, da kvinnene er de som utsettes for den største påkjenningen i en slik situasjon. Menn og kvinner vil nok kunne reagere forskjellig, da de opplever aborten fra forskjellige synsvinkler og det er kvinnene sine kroppene det skjer noe fysisk med.

Artiklene i vår studie skulle i hovedsak være fra europeiske land, da vi tror det kan være så stor kulturforskjell mellom afrikanske og asiatiske land i forhold til europeiske land, at dette kan ha innvirkning på funnene og at funnene da ikke ville blitt like relevant for oss. Vi har likevel valgt å inkludere en artikkel fra Tyrkia, da de viste seg at det ikke var forskjeller mellom kvinner fra Tyrkia og kvinner fra vestlige land. Vi har inkludert artikler fra Norge, Sverige, USA og Tyrkia. Vi ser det ikke som en svakhet for oppgaven at vi har inkludert en artikkel fra Tyrkia, da dette gjelder én artikkel, samt at det ikke var noen ulikheter mellom erfaringer.

Siden flertallet av artiklene er fra Sverige, kan det være at studien ikke gir fullstendig bredde i funn på oppgaven. Grunnen til at vi valgte å ekskludere artikler fra andre trimester er fordi det ikke er aktuelt da det går utover loven om å ta abort innen uke 12.

Reviewartikler ble ekskludert, da disse ikke er fagfellevurdert og godkjente forskningsartikler. Artikler som handlet om fostermisdannelser ble ekskludert, da de ikke er relevante for vår hensikt og problemstilling. Artiklene skulle i hovedsak ikke være eldre enn 2008. I løpet av søkeprosessen fikk vi problemer med å finne mange nok artikler som var nyere enn 2008, derfor måtte vi velge å utvide søket til år 2001. Dette gjorde at vi fikk

flere treff på relevante artikler. Det har ikke vært gjort nok forskning på kvinners erfaringer etter provosert abort i den siste tiden, derfor valgte vi å inkludere eldre artikler i vårt litteraturstudie. De artiklene som er inkludert mener vi er relevante for vår hensikt og problemstilling. Vi har inkludert 2 artikler som er eldre enn år 2008. Èn fra år 2006 og 2004. I studien valgte vi å ha pasientperspektiv, da dette kan gi oss svar på hvordan kvinnene erfarer det å gjennomgå en provosert abort. Dette er et aktuelt tema og relevant for oss som kommende sykepleiere.

5.1.2 Søkeprosessen

Da vi i august 2013 skulle starte på søkeprosessen hadde vi lite kunnskap rundt det å søke i databaser. Vi hadde noe undervisning første og andre året, men ikke nok til at vi følte oss trygge på å søke. Vi prøvde hver for oss, men forstod fort at vi måtte ha veiledning hos bibliotekaren. På forhånd hadde vi utarbeidet et PO-skjema hvor vi hadde fylt inn noen søkeord. Bibliotekaren hjalp oss med å strukturere søket og ga oss kunnskaper rundt det å søke i databaser, i tillegg hjalp hun oss med å tilføye relevante søkeord i PO-skjemaet. Vi bestemte oss tidlig for at vi ville ha pasientperspektivet, da vi tenkte det kunne være interessant å undersøke kvinners erfaringer i forbindelse med abort. Vi startet å søke etter kvinners erfaringer med både provosert og spontan abort, men vi så tidlig i prosessen at det ville bli vanskelig og muligens for stort arbeid å finne og strukturere forskjellene mellom forskjellene på både spontan og provosert abort. Første søket gjaldt også både første og andre trimester. Der så vi også fort at det var for store forskjeller på erfaringene til kvinnene i første og andre trimester. I tillegg gjaldt andre trimester mest spontan abort, da grensa for lovlig provosert abort er svangerskapsuke 12. Etter litt diskusjoner med veileder og bibliotekar, fant vi ut at vi ville gjøre noen søk på provosert abort og første trimester for å se om det ville gi oss tilfredsstillende resultat på søket. Problemstillingen vår ble da «Hvilke erfaringer har kvinner i forbindelse med provosert abort?» Vi var spente på om denne problemstillingen ville bli godkjent på seminar 1. Tilbakemeldingene vi fikk der var at problemstilling og hensikt var relevant og da var det bare å fortsette søkene.

Den databasen vi har brukt mest i søkene er OVID medline. Vi følte dette var en oversiktlig database og den vi håndterte best, i tillegg til at bibliotekaren sa vi fikk opp det aller meste av artikler gjennom å søke i OVID medline. Det ble gjort søk i Swemed og Norart. I Norart fant vi en relevant artikkel som vi har brukt i vårt litteraturstudie. I tillegg til søk i databaser gjorde vi noen manuelle søk med ordene provosert abort, erfaringer og

kvinner. Her fikk vi treff på 1 artikkel som var relevante for vår problemstilling. Vi valgte å inkludere disse to i studien. Vi gjorde også noen søk i proquest uten resultat. Hadde vi tatt oss mer tid til å sette oss inn i bruken av flere databaser kunne vi muligens fått opp flere relevante artikler. Dette kan i etterkant bli sett på som en svakhet i oppgaven vår.

5.1.3 Kvalitetsbedømming

Når vi skulle kritisk vurdere artiklene fordelte vi artiklene mellom oss slik at vi først gikk gjennom halvparten hver. Etter å ha kvalitetssikret halvparten byttet vi artikler, slik at begge til sammen hadde kvalitetssikret best mulig. Dette følte vi var viktig for å sikre oss at alle er kvalitetssikret riktig. Vi brukte Willman et al (2011) sine sjekklister for å kritisk vurdere artiklene. Grunnen til at vi valgte å bruke Willman et al (2011), var at vi følte det var en grei måte for oss å forstå gangen i kvalitetsvurderingen. Nivået på artiklene ble målt ved hjelp av nettsiden database for statistikk om høyere utdanning (DHB 2014). På denne måten sikret vi at artiklene var fagfellevurdert og dermed av god kvalitet. Gjennom hele studien har vi fulgt Høgskolen i Molde sine retningslinjer (2013). Litteraturstudien vår har både kvalitative, kvantitative og kvantitative/kvalitative artikler. Vi valgte å bruke kvalitative artikler da vi har en problemstilling som har kvalitativt design, samt at kvalitativ forskning er en god måte for å få frem pasientens opplevelser. Med tanke på at ti av våre artikler er engelske, kan det ha oppstått misforståelse i vurderinger av funnene.

5.1.4 Dataanalyse

Da vi skulle starte å analysere artikler delte vi de først mellom oss for å lese igjennom og trekke ut funn. Artiklene ble nummerert fra 1 til 11. Når vi hadde lest og trukket ut funn fra halvparten, byttet vi artikler slik at begge hadde lest og trukket ut funn fra alle artiklene. For hver artikkel lagde vi tankekart hvor vi noterte ned funn som var relevante for vår hensikt og problemstilling. Etter dette noterte vi ned alle funn systematisk nedover på ett A4 ark. Bak hvert funn noterte vi ned antall nummererte artikler etter hvor mange ganger de hadde samme funn. Dette var en god metode å bruke for oss, så vi lettere kunne sammenfatte hvilke funn som var sterke og svake. Deretter kategoriserte vi funna i en figur med hovedtema og undertema. Ved å lage denne figuren ble det enklere å ha oversikt over funna (se figur 1, side 12).

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen diskuterer vi funn før, under og etter provosert abort i den rekkefølgen.

5.2.1 Før gjennomføring av abort

Med fokuset på det som skjer før aborten ser vi at kvinnene er utsatt for sterk ambivalens, samt at behovet for selvbestemmelse og støtte er stort. Ambivalensen kan for mange kvinner være uoverkommelig, da den drar deg i to forskjellige retninger og ingenting føles riktig. I artiklene var ambivalensen sterkest uttrykt i valgprosessen når kvinnene skulle bestemme om de ville beholde eller fjerne barnet. Kvinnene følte at uansett hvilket valg de tok, ville det føles feil. Ambivalensen i forbindelse med det å skulle svelge tablett (som fører til at embryoet dør) ble rapportert som den vanskeligste delen i hele prosessen og den verste dagen. Kvinnene visste at når de svelget tablett var det ingen vei tilbake (Kero, Wulff og Lalos 2009, Makenzius et al. 2013 og Halldèn, Christensson og Olsson 2009. Kjelsvik og Engedal 2011, Trybulsky et al. 2008). Kvinnene er i en situasjon hvor de har tidsnød, da de må ta avgjørelsen innen 12 uker. Det er i henhold til lov av 13. juni 1975 om svangerskapsavbrudd, der kvinnene må ta avgjørelsen innen utgangen av 12. svangerskapsuke (Bergsjø 2006). Det å ta valget er et etisk dilemma som handler om å velge enten livet til embryoet eller egen mulighet til selvbestemmelse over egen kropp/liv. Helse og omsorgsdepartementet (2014) beskriver at pasientens selvbestemmelsesrett handler om friheten til å treffe valg av betydning for eget liv og egen helse. Dette er et tema som er oppe til diskusjon på politisk nivå, da det fokuseres på om legene skal ha mulighet til å reservere seg mot provosert abort, noe som igjen kan ha innvirkning på kvinnene sin rett til selvbestemmelse, da det i noen sammenhenger kan medføre at det tar lengre tid før kvinnene får utført en selvbestemt abort. Noe som igjen kan gjøre dem usikre rundt valget sitt. For noen var valget enkelt å ta, mens det for andre var vanskelig å avgjøre hva som var en riktig avgjørelse. De måtte kjenne på følelsen av hva som var riktig å gjøre for dem selv (Kero, Wulff og Lalos 2009, Alex og Hammerstrøm 2004).

I Norge blir det utført rundt 16 000 provoserte aborter hvert år, og det blir påbegynt 75 000 svangerskap hvor om lag 30 000 ikke er planlagte. Flere av de som velger å ta abort oppgir at de har ambivalente følelser knyttet til beslutninger (Kjelsvik og Engedal 2013).

For at kvinnene skal være autonome, må de klare å ta et valg. For å klare å ta et valg er alle avhengig av å ha fått nok informasjon og støtte både fra helsepersonell og familie, samt andre utenforstående som har innflytelse på kvinnene. I pasientrettighetsloven § 3-2 står det at pasientene har rett til å få den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhold i helsehjelpen. Pasienten skal også få informasjon om mulig risiko og bivirkning (Lovdata 2014). Når mennesker er i usikre situasjoner, vil mennesket kunne sperre for informasjon som kunne fjerne usikkerheten. I slike situasjoner kan det være vanskelig å komme igjennom til menneskene med informasjon. Det kan virke som de tar imot informasjonen, men det viser seg i etterkant at de ikke har fått med seg det som har blitt sagt, eller det har oppstått misforståelser (Mekki og Pedersen 2008). Av og til kan det være greit å ha med seg en person/pårørende som kan støtte kvinnene og få med seg hva som blir sagt for å være sikre på at all informasjon blir mottatt.

Ambivalens er en reaksjon som gir uttrykk for stor usikkerhet hos kvinnene. Dette kommer av at ambivalens er en opplevelse av motstridende følelser som opptrer i forhold til andre mennesker, et objekt, en handling eller en situasjon (Hummelvoll 2008). Siden kvinnene har mange retninger de kan trekke til i form av familie og partner sine meninger rundt aborten, fosteret som ligger i magen og andre synspunkter fra utenforstående er det vanskelig for kvinnene å bestemme seg for hva de mener er riktig å gjøre. Det å ikke kunne klare å velge en handling foran en annen kan for kvinnene oppleves som at deres vilje er ufri. Dermed blir det et umulig valg å ta (Hummelvoll 2008). Økonomiske forhold var også noe som bidro til at valget var vanskelig å ta, da de ikke hadde økonomisk trygghet til å kunne ta vare på et barn (Kimport, Foster og Weitz 2011, Ekstrand et al. 2009 og Alex og Hammerstrøm 2004). Ambivalens innebærer usikkerhet. Usikkerhet i forhold til det en har opplevd før, der tidligere erfaringer kommer til kort, samt følelsen av usikkerhet er i stor grad knyttet til mestring, nærmere bestemt mangel på mestring (Mekki og Pedersen 2008). For å mestre problemene som oppstår i livet, må man kunne finne mening med livet, håndtere eller forstå hverdagens utfordringer og sammenhenger. Aron Antonovskys teori handler om hvordan helse ivaretas. Han sier at helse ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livet (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring 2014). Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse seg den nye virkeligheten, og setter deg i

stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring 2014).

Kvinnene sine egne erfaringer inngår i deres beslutningsvalg, da de brukte egne erfaringer fra barndommen til å ta beslutningen (Alex og Hammerstrøm 2004, Trybulsky et al. 2008). For at kvinnene skal klare å ta ett valg, er de avhengig av å ha fått nok informasjon og støtte fra både helsepersonell og familie, samt andre utenforstående som har innflytelse på kvinnene. Dette støtter Alex og Hammerstrøm (2004) og Stålhanske, Ekstrand og Tydèn (2011), der kvinnene rapporterte om at behovet og opplevelsen av støtte var forskjellig/individuell for hver enkelt kvinne. Det som var viktig for kvinnene var at helsepersonellet hadde nok kunnskaper om hvilke behov kvinnene hadde for støtte, samt ønsket om å bli behandlet med respekt og forståelse. Noen opplevde at helsepersonellet unngikk å snakke med dem om aborten og dele det følelsesmessige med kvinnene (Alex og Hammerstrøm 2004, Stålhanske, Ekstrand og Tydèn 2011). Dette kan være en kombinasjon av mangel på kunnskaper og personlige holdninger som strider imot kvinnene sitt valg om å gjennomføre en provosert abort. For å kunne støtte og vise respekt og forståelse for kvinnene i deres situasjon er det viktig at sykepleier og kvinnene har gjensidig respekt og kontakt. Dette er noe de opparbeider seg gjennom fire faser i relasjonsbyggingen. I følge Travelbee (1999) må sykepleieren ha evnen til å ha et ønske om å lindre kvinnene sine plager. Når en sykepleier skal utøve yrket nytter det ikke å legge av seg personlige verdier og ikle seg faglige verdier. På den ene siden er det viktig å gå inn i en rolle og legge igjen egne holdninger hjemme, samtidig som man ikke skal endre seg som person, da hjelperen som egen person er noe av det viktigste i faglig arbeid (Aadland 2005). I følge Halldèn, Christensson og Olsson (2009) og Kjelsvik og Gjengedal (2011) kalte kvinnene embryoet for orm eller virus for å objektivisere embryoet i stedet for å kalle det et barn, da det lettet på skyldfølelsen og de ble kvitt tanken på at det er ett barn de bærer inni seg. Kvinnene opplevde også skyld overfor foreldrene sine som ikke får oppleve å bli besteforeldre, samt barnet som ikke får vokse opp og partneren som ikke få bli far (Kjelsvik og Gjengedal 2011, Trybulsky 2008). Opplevelsen av skyld hører til menneskelivet og er en mental sunnhet hos mennesker som ønsker å leve etter visse etiske standarder (Hummelvoll 2004). Skyld er en viktig menneskelig emosjon som definerer oss selv ovenfor oss selv og i forhold til andre. Disse kan oppleves ubehagelig og innebærer at vi vurderer oss selv eller våre handlinger. Skyld er nært knyttet til selvfølelse (Bjørge 2010).

Dagens diskusjoner om legene sin reservasjonsrett kan ha innvirkning på kvinners rett til selvbestemmelse. Provosert abort forblir tabu og kvinnene blir sett på som monstre, da de har muligheten til å velge å ta abort uavhengig av livssituasjon og embryoet sin tilstand. Dette fører til at mange kvinner føler skyld og skam i forbindelse med valget sitt, samt at det å snakke om abort blir vanskelig (Simonsen 2014). Kvinnene beskrev viktigheten av å ha muligheten til å velge å utføre abort dersom dette var eneste løsningen som ble ansett å vere best for både mor og barn (Mackenzius et al. 2013, Alex og Hammerstrøm 2004, Kjelsvik Gjengedal. 2011). Det var også viktig for kvinnene å sitte igjen med en følelse av at dette var hennes valg, ene og alene, uten å ha blitt påvirket av andre sine synspunkter. Selv om kvinnene var bevisste på at de ville ta valget på egenhånd, ble de indirekte påvirket av ting/mennesker utenfra, da de hadde behov for å dele sin utfordring i forbindelse med valget, samt høre andre sine synspunkter. Kvinnene ønsket respekt og forståelse for deres meninger og valg, ikke negative holdninger fra andre rundt seg (Alex og Hammerstrøm 2004, Kimport, Foster og Weitz 2011). Å bli sett og forstått er i seg selv bekreftende. At noen lytter til oss og lever seg inn andre sine følelser og tanker oppleves godt for selvfølelsen og skaper tilknytning og nærhet til andre mennesker (Eide og Eide 2011). For å kunne forstå og respektere andre sine meninger og holdninger er det viktig å sette seg inn i den andre som person og lytte til hennes ønsker rundt situasjonen. I praksis ser vi at det å sette seg ned og ta seg tid til å lytte til en pasient er svært viktig for å kunne skape relasjoner for å utføre sykepleie. Dersom man ikke tar seg tid til å vise interesse for pasienten, skaper det dårligere relasjoner og hjelpen blir da ikke like god.

5.2.2 Under abortforløpet

Ved å ha fokus på hva som er viktig under en abort er det tema som støtte, skyld og lettelse som er i fokus. Kvinnene i studiene Alex og Hammerstrøm (2004) og Stålhanske, Ekstrand og Tydèn (2011) beskrev støtten de fikk fra helsepersonell som både positive og negative. Beskrivelser som støttende, positive og informative, eller kald negativ og uvitende var ord kvinnene bruke for å beskrive hvordan de opplevde helsepersonell. Enkelte følte seg ignorert og opplevde mangel på interesse for å forstå hvilken situasjon kvinnene var i. Kvinnene følte seg trygge når det gjaldt det medisinske og kirurgiske, men de savnet å bli møtt med respekt og å ha noen å kunne snakke med. Under aborten på sykehuset er det beskrevet at kvinnene så på støtten helsepersonellet ga som svært viktig. Ved hjemmeabort

var det nevnt at støtten fra partneren var viktig (Mackenzius et al. 2013, Stålhanske, Ekstrand og Tydèn 2010, Alex og Hammerstrøm 2004). Pasienter som lider har et sterkt behov for at sykepleierne har evne til å se bak pasientens sykdom/valg og heller leve seg inn i pasientens situasjon. De ønsker å møte sykepleieren som tørr å forsøke å forstå deres ønsker og behov. Kunnskap om abort og lidelsen som henger sammen med aborten, vil kunne hjelpe sykepleierne til å være mer forberedt til å møte pasienten der pasienten er, selv om det er vanskelig for en utenforstående å sette seg inn i pasientens ståsted. Klarer sykepleierne å møte pasientene der de er, vil det hjelpe pasienten til å gjennomgå lidelsen og nå frem til en akseptering med mulighet for aktiv mestring av situasjonen (Mekki og Pedersen 2008). Under en hjemmeabort har de like stort behov for støtte, men det er ikke alle kvinnene som har noen som kan støtte dem. Derfor får de telefonnummeret til sykehuset som de kan ringe dersom de hadde behov for det. Kvinnene har behov for støtte under prosessen for å komme seg gjennom situasjonen uten å sitte igjen med en altfor dårlig opplevelse. I praksis så vi at de som hadde med seg personer som støttet dem under abortprosessen virket mer tilfredse enn dem som ikke hadde med seg noen som kunne være støttende.

Å utføre en abort er en ukjent opplevelse for kvinnene og kan utløse stress, da de opplever å ha skyld og dårlig samvittighet under aborten. En hvilket som helst hendelse kan i prinsippet utløse stress. Kvinnene er i en situasjon hvor det oppstår indre konflikter hvor de må velge mellom å beholde et kommende barn eller ta det bort. Dette skaper store ambivalente følelser som viser seg å være belastende på kvinnene. Generelt kan vi si at enhver forandring som krever en eller annen form for tilpasning, kan utløse stress (Bunkholdt 2010). For å unngå for stor grad av stress kan det være viktig med støtte og informasjon underveis i forløpet for at kvinnene skal føle seg trygge på det som skjer under inngrepet. Å hjelpe kvinnene med å fokusere på håp og mestring underveis kan være til nytte gjennom inngrepet. Opplevelsen av håp forbinder nåtid og fremtid. Håp kan knyttes til å se lys i enden av tunnelen, å finne veien fremover, å gå seirende ut av kampen og overvinne bøygen. For å opprettholde håpet er det viktig at kvinnene opplever å mestre det vonde inngrepet de gjennomgår. Det kan være vondt både fysisk og psykisk. Mestring forutsetter og innebærer en tillit til at situasjonen i noen grad vil la seg bringe under kontroll. Hjelp til mestring kan være å lytte, gi støtte og være en god samtalepartner. Å nå et mål gir en følelse av mestring og dermed styrkes motivasjonen for videre arbeid, forandring og fremgang. Små og korte mål er like bra som langsiktige mål, da også disse

kan virke uoverkommelige (Eide og Eide 2011). Kvinnene i studien opplevde lettelse under aborten, da de visste at det ikke var noen mulighet til å endre valget sitt (Alex og Hammerstrøm 2004).

5.2.3 Etter utført provosert abort

I frykt for å miste venner og familie valgte noen av kvinnene å holde aborten hemmelig. Dette fordi de var redde for andres meninger, samt å ikke bli forstått og respekt for valget de tok (Kimport, Foster og Weitz 2011). Mennesker kan ha ulikt syn på abort, noe som ofte har sammenheng med deres kultur og holdninger. Kulturer er kompliserte og sammensatte fenomener. Disse elementene utgjør kulturens fundament. En av disse fundamentene er kunnskap, tro og verdier som omhandler det aktuelle samfunnet og oppfatninger om hva som er virkelig, hva som er sant, hva som er mulig, hva som er viktig, og hva som er godt og vakkert. Verdiene fastlegger hva som er ønskverdig og viktig, og hva som er riktig og galt. Angrep på verdier oppfattes ofte som angrep på selve samfunnets fundament og kan derfor bli møtt med sterke emosjonelle reaksjoner. Verdiene i et samfunn eller gruppe er ikke alltid forenelige. Derfor kan verdikonflikter oppstå både på samfunnsnivå og for enkeltindivid (Schiefloe 2011). I praksis kan dette ha stor betydning for hvor åpen kvinnene kan være i forhold til det å velge provosert abort, da det alltid vil stride imot andre sine holdninger på provosert abort. Mens verdier er generelle og grunnleggende er holdninger mer spesifiserte og situasjonsbetingede (Shiefloe 2011). En holdning er en relativt varig måte å organisere tanker, følelser og atferdstilbøyeligheter på, og er knyttet til verdispørsmål om samfunnet, en etnisk gruppe eller annet (Bunkholdt 2010). Holdninger omfatter både tanker, følelser og handlinger. Holdningene henger sammen med fordommer, da det handler om at mennesker kan ha holdninger til personer og saker de vet lite om. Det kan være at man er uenig med personer i en enkelt sak, eller fordi de tilhører en gruppe vi forbinder med noe negativt. Fordommer er noe som oppstår mellom mennesker med forskjellige kulturer og levesett (Bostad og Paulsen.2013). Flere funn i studiene viser at kvinnene følte lettelse etter at aborten var gjennomført (Alex og Hammerstrøm 2004, Kimport, Foster og Weitz 2011, Halldèn, Christensson og Olsson 2009, Ekstrand et al. 2009, Broen og Paulsen 2006). Til tross for at de kan være utsatt for uønskede holdninger og fordommer.

Studiene viser at kvinnene føler størst lettelse like etter aborten. En kvinne i Ekstrand et al. (2009) sin studie fortalte at når hun våknet like etter aborten hadde hun en god følelse om at hun kunne starte på nytt og gjenoppbygge livet sitt. Hun angret ikke på valget og hun vet at det var det beste for henne. Dette støttes av andre studier (Halldèn, Christensson og Olsson 2009, Kimport, Foster og Weitz 2011). Det var to ulike metoder for å ta abort disse kvinnen var igjennom. Kvinnene som gjennomgikk medisinsk abort var tilstede under prosessen og fikk et eksistensielt perspektiv på hva hun gikk gjennom og at embryoet ble fjernet. Kvinnene som gikk gjennom en kirurgisk abort overlater ansvaret til andre idet hun legges i narkose og mister sin integritet og kontroll over situasjonen. Når kvinnene da våkner opp etter inngrepet har de ikke fått deltatt i prosessen og embryoet har blitt fjernet uten at kvinnene merket noe (Stålhandske, Ekstrand og Tydèn 2010). Hvilken abortmetode kvinnen blir tilbudt eller kan ta er avhengig av hvor langt svangerskapet er kommet og hvordan kvinnens psykiske tilstand er (Knutstad 2010). Ved kirurgisk og medisinsk abort er det viktig at sykepleier støtter og legger til rette for at kvinnene skal føle seg ivaretatt og at det eksisterer et tilbud om oppfølging, da dette kan hjelpe kvinnene med å unngå negative psykiske reaksjoner etter aborten.

Abort kan oppleves stressende, da kvinnene kan ha følelsen av manglende kontroll av situasjonen (Stålhandske, Ekstrand og Tydèn 2010). For at kvinnene skal oppleve lettelse, må de ha evnen til å mestre stress. Stress er relatert til hendelser personer ikke har erfaringer med, og som dermed krever en innsats for å mestre. Stress oppstår i et spenningsforhold mellom en person og omgivelsene, der en opplever at ressursene personen er i besittelse av ikke strekker til, da personen vurderer omgivelsene som svært belastende ifølge Lazarus og Folkman i (Bunkholdt 2010). Mestring er det begrepet som brukes for å beskrive individets aktivitet for blant annet å finne løsninger på en stressfylt situasjon. Det skiller mellom problemfokuset og følelsesfokuset mestring, og det sies at hvert individ har sin egen måte å prøve å mestre stress på, gjerne ved å bruke begge mestringsformene. Følelsesfokuset mestring handler om å forsøke å gjøre noe med de følelsesmessige reaksjonene på det som utløste stressreaksjonene, mens ved problemfokuset mestring prøver man å gjøre noe med selve problemet som utløste stressreaksjonene (Bunkholdt 2010).

I studien til Kimport, Foster og Weitz (2011) kommer det frem at ved å holde aborten for seg selv, kan man hindre å få negative tilbakemeldinger fra andre. Men det forverrer

kvinnene sine følelser, da de må holde aborten hemmelig og redselen for å fortelle det og samtidig bli stigmatisert forverres. Ved å holde aborten skjult for andre får kvinnene indre påkjenninger, som blant annet frykt for at andre skal finne ut om aborten. Dersom kvinnene ikke får snakket om frykten og klarer å finne en måte å håndtere den på, kan det utvikle seg psykiske påkjenninger. I studien til Broen et al. (2006) fulgte de kvinnene gjennom fem år. De hadde spørreundersøkelser i flere ulike tidsperioder for å undersøke angst og depresjonsnivået etter en provosert abort. Kvinnene som hadde utført provosert abort viste at de hadde et høyt angstnivå ved alle spørretidspunktene i femårs perioden. Det var flere ting som kunne forklare det høye angstnivået, men det tyder på at kvinner dårligere psykisk helse på forhånd er i risikobanen for å få høyt angstnivå. Det å skyve unna og unnlate vanskelige følelser og minner kan være med på å fremprovosere angst.

Angst er en reaksjon på hendelse som kan føre til frykt. Frykt er et beskyttelsesfenomen som alle mennesker har, der kroppen gir oss melding om å være på vakt for fare (Snoek et al 2008). Frykt, redsel og angst er normale reaksjoner på ytre og indre reaksjoner som oppleves som truende eller farlig (Norsk helseinformatikk 2013). Angst utløses ved reelle eller innbilte farer som truer behovsoppfyllelsen (Travelbee 1999). Kvinnene prøvde å skyve unna vanskelige følelser og minner, noe som kan bygge opp angstnivået. Begrepene frykt og angst brukes ofte synonymt, men referere likevel til to ulike fenomener. Frykt er svar på trusler utenfor oss selv. Følelsen kommer når man oppfatter noe eller noen som er farlig, man kan si det er noe som er truende. Angsten er noe individet er redd for og det truer individets trygghetsfølelse. Det er en usikker, indre uro uten kjent årsak og den er ikke rettet mot et bestemt ytre objekt. Angst er et vanlig symptom i alle former for depressive lidelser. Angsten er en fryktsom forutelse om at noe ubehagelig skal skje, mens depresjon er svaret på at noe ubehagelig har skjedd (Hummelvoll 2004). Ved depresjon dreier det seg om tap, nedsatt vitalitet og mangel på livslyst. Depresjon fører til vansker med å interessere seg for det som skjer rundt dem. Det føles som om smertene og tristheten ikke vil avta (Hummelvoll 2004).

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke kvinners erfaringer i forbindelse med provosert abort. Funnene viste at ambivalens og autonomi viste seg å være spesielt uttalt i valgprosessen. Følelsen av skyld og anger, samt lettelse var det som gikk igjen under utførelsen av aborten, mens angst, skyld og lettelse kom frem som funn etter utført provosert abort. Behovet for støtte var noe som fulgte kvinnene gjennom hele abortprosessen.

6.1 Konsekvenser for praksis

I praksis er det viktig at sykepleier har nok kunnskap og evner til å sette seg inn i kvinnene sine situasjoner slik at man ivaretar respekt og forståelse for deres valg. Det viser seg at det kan være nødvendig med mer kunnskaper angående kvinners opplevelse i forbindelse med provosert abort. Det er viktig at kvinner har muligheten til å ta kontakt og ha en plass å dra til dersom de skulle ha behov for det etter gjennomført abort. Enkelte kvinner kan ha behov for ekstra oppfølging, derfor kunne det vært aktuelt å ha et tilbud om systematisk oppfølging etter utført provosert abort.

6.2 Forslag til videre forskning

Forslag til videre forskning vil være å forske på hvordan sykepleiere møter kvinner i abortfasen og om deres holdninger til provosert abort har innvirkning på behandlingen de gir før, under og etter aborten.

7.0 Litteraturliste

Aadland, Einar. 2005. *Etikk for helse og sosialarbeidarar*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Alex, Lena og Anne Hammerstrøm. 2004. Women`s experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Nordic College of Caring Science*. 18, 160-168.

Almås, Hallbjørg, Dag – Gunnar Stubberud og Randi Grønseth. 2010. *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Autsveg, Berit. 2006. *Kvinner helse på spill. Et historisk perspektiv på fødsel og abort*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bergsjø, Per, Marit Heiberg, Jo Telje og Janecke Thesen. 2006. *Svangerskapsomsorg*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Bergsjø, Per, Reidun Førde, Sonja Irene Sjøli, Jo Telje og Janecke Thesen. 1998. *Svangerskapsomsorg i allmennpraksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bjørge, Cecilie. 2010. *Skyld og skam i kontroll – mestringsteori*. Hovedoppgave, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen. Tilgjengelig fra:

<https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/4111/69122449.pdf?sequence=1>

Bostad, Tove og Trine Merethe Paulsen. 2013. NDLA Helse og oppvekstfag. Tema: Holdninger

<http://ndla.no/nb/node/25440> (Lest: 20.03.2014).

Bunkholdt, Vigdis. 2010. *Psykologi. En innføring for helse og sosialarbeidere*, 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Broen, Anne, Torbjørn Moum, Anne S. Bødker og Øyvind Ekeberg. 2006. Kvinner psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort. *Sykepleien Forskning* 1(1):24-31.

Brunstad, Anne og Eva Tegnander. 2010. Seksuell og reproduktiv helse i *Jordmorboka*, red. Johanne Sundby, 97. Oslo: Akribe AS.

Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Database for høgre utdanning. (DBH) 2014. *Tema: kvalitetssikring av tidsskrift*, <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Eide, Hilde og Tom Eide. 2011. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*, 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ekstrand, Maria, Tanja Tydèn, Elisabeth Darj og Margaret Larsson. 2009. An illusion of power: qualitative perspectives on abortion decision – making among teenage women in Sweden. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 41(3): 173-180.

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2): 22-26

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 2. utgave. Stockholm: Natur og kultur.

Halldèn, Britt Marie, Kyllike Christensson og Pia Olsson. 2009. Early abortion as narrated by young Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23; 243-250.

Holan, Synne og Mari Landsverk Hagtvedt. 2010. Abort, I *Det nye livet. Svangerskap, fødsel og barseltid*. Red. Marte Jettestad, 255-259. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Hummelvoll, Jan Kåre. 2004. *HELT – ikke stykkevis og delt*. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kero, Anneli, Marianne Wulff og Ann Lalos. 2009. Home abortion implies radical changes for women. *European Society of Contraception and Reproductive Health* 14(5): 324-333.

Kimport, Katarina, Kira Foster og Tracy A. Weitz. 2011. Social Sources of Women`s emotional difficulty after abortion: Lesson from women`s abortion Narratives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 43(2):103 – 109.

Kjelsvik, Marianne og Eva Gjengedal. 2013. Abort eller ikke? *Sykepleien forskning*. http://www.sykepleien.no/Content/1230140/Abort%20eller%20ikke_1491.pdf (Lest: 18.03.2014).

Kjelsvik, Marianne og Eva Gjengedal. 2011. First – time pregnant women`s experiences of the decision making process related to completing or terminating pregnancy – phenomenological study. *Scandinavian Journal Caring Sciences* 25:169-175.

Knutstad, Unni. 2010. *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS.

Kristoffersen, Nina J, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2008. *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Pasientrettighetsloven. 2010. Lov av 2. juli 1999 nr 63 om pasientrettigheter. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Lest: 21.03.2014).

Makenzius, Marlene, Tanja Tydèn, Elisabeth Dar og Margreta Larsson. 2013. Autonomy and dependence – experience of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27: 569-579.

Mekki, Tone Elin og Søren Pedersen. 2008. *Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Akribe AS.

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. 2013. Tema: mestring

<http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/mestring/> (Lest: 18.03.2014).

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar. 2008. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Schiefloe, Lars Morten. 2011. *Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Dagbladet. 2014. Tema: Skyld og skam til evig tid.

http://www.dagbladet.no/2014/03/02/kultur/meninger/abort/reservasjonsrett/8_mars/32100932/(Lest 13.03.14).

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2011. *Psykatri, kunnskap. forståelse. utfordringer*. 3.utg. Oslo: Akribe AS.

Stålhandske, Maria L, Maria Ekstrand og Tanja Tydèn. 2011. Women`s existential experiences within Swedish abortion Care. *Journal Of Psychosomatic Obsteric and Gynecology* 32(1): 35-41.

Travelbee, Joyce. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Trybulsky, Ann. 2008. Making sense: women`s abortion experience. *British Journal Of Midwifery* Vol.16, No 9.

Willmann, Ania, Peter Stolz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Sverige: Studentlitteratur.

Yilmaz, Nafiye, Mine Kanat – Pektas, Sevtap Kilic og Cavidan Gulerman. 2010. Medical and surgical abortion and psychiatric outcome. *The Journal of Maternal fetal and Neonatal Medicine* 23(6): 541 - 544.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
Provoke abort* or induced abort* or surgical abortion* and women* and experience* or reaction*	16.11.13	Ovid medline	114	16	4	1
Abortion induced* or terminate pregnancy* and women* and reaction* or experience*	18.11.13	Ovid Medline	51	19	9	3
Abortion*and experience* and abortion care*	22.11.13	Ovid Medline	37	1	1	1
Induce* or self-determined* or abortion* and experience* or woman*	07.12.13	Ovid Medline	15	4	4	1
surgical* or medical* and abortion* and reaction* or experience* and women*	07.12.13	Ovid Medline	191	26	8	1
Provosert abort and reaksjoner 2004-2010	06.01.14	Norart	15	1	1	1
Induced abortion* or medical abortion* and experience* or reaction*	06.01.14	Ovid Medline	32	8	3	2

År Land Tidsskrift Forfattere	Tittel	Hensikt	Metode/instrument	Deltakere/ frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Nivå
1) Makenzius, Marlene, Tanja Tydèn, Elisabeth Darj og Margreta Larsson 2013 Sverige Scandinavian Journal of Caring Sciences	Autonomy and dependence – experience of home abortion, contraception and prevention	Belyse kvinnene sine erfaringer og behov I forhold til medisinsk abort hjemme.	Semistrukturert interjvuguide innen 6 uker etter utført abort. Intervjuene ble utført både via telefon og møter.	32 kvinner ble spurt. 24 valgte å delta. 2 deltok ikke på grunn av tidspress.	Det å velge abort kan fremkalle følelser som ambivalens, ønsket om å bli behandlet med respekt og empati. Det å velge abort handler om kvinnens behov for å bli møtt med respekt og empati, samt behovet for autonomi og avhengighet.	Godkjent av den regionale medisinske etiske komitè i Uppsala, Sverige.	1
2) Kjelsvik, Marianne og Eva Gjengeldal 2011 Norsk Scandinavian Journal of Caring Sciences	First-time pregnant women`s experiences of the decision making process related to completing or terminating pregnancy – phenomenologi cal study	Skaffe ny og mer omfattende informasjon angående kvinnens erfaringer relater til vurdering om å avslutte graviditeten	Åpne dybdeintervju. Første intervjuet varte i to timer. Andre intervjuet i 1 time.	Fire kvinner i alderen 25- 32. Ingen frafall.	Kvinnene beskriver ønsket om autonomi, samt et behov for forståelse og anerkjennelse fra både familie, venner og helsepersonell. Behovet for kunnskap og veiledning fra helsepersonell er viktig for kvinnene for at de skal oppleve trygghet, respekt og ivaretagelse.	Godkjent i den regionale komitè for medisinsk etisk forskning og den norske social sciences data services.	1

Halldèn, Britt Marie, Kyllike Christensson og Pia Olsson	Early abortion as narrated by young Swedish women	Belyse erfaringer av å ha gjennomført provosert abort blant unge svenske jenter.	Narrative intervju. Kvinner i alderen 18-20 år.	10 kvinner deltok. Ingen frafall.	Etter utført abort sitter kvinner igjen med ulike følelser. Skyld, lettelse og tanker omkring barnet er noen tema. Det er viktig med støtte fra både partner, familie og venner for å hjelpe kvinnene i abortprosessen.	Godkjent av den etiske komitè på Universitetet i Gothenburg, Sverige.	2
3) Kero, Anneli, Marianne Wulff og Ann Lalos 2009 Sverige European society of contraception and reproductive health	Home abortion implies radical changes for women	Undersøke kvinners erfaringer, synspunkter og reaksjoner på utføring av medisinsk abort hjemme	Kvalitativ/kvantitativ Semi- strukturert intervjuguide. Telefonintervju.	113 ble spurt om å delta. 13 valgte å ikke delta. Satt da igjen med 100 deltakere.	Flertallet av kvinner erfarte velvære med muligheten og valget om å abortere hjemme. Det var da rom for privatliv og partneren kunne være der under hele prosessen. Mange vanskelige valg og ambivalente følelser rundt en abort.	Godkjent av den etiske komitè på Universitetet i Umeå.	1
4) Yilmaz, Nafiye, Mine Kanat-Pektas, Sevtap Kilic og Cavidan Gulerman 2008 Tyrkia The Journal Of Maternal Fetal	Medical and surgical abortion and psychiatric outcomes	Undersøke risikoen for å få depresjon etter provosert abort for å evaluere risikofaktorer for	Kvalitativ/kvantitativ. EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ble brukt for å vurdere depresjonsscore. Deltakerne ble delt inn i to grupper, en kirurgisk og en	367 kvinner som hadde kirurgisk og 458 som hadde medisinsk abort. Kvinner som valgte å ikke	229 av 825 kvinner hadde risiko for å få depresjon etter abort. Unge kvinner hadde høyere risiko.	Godkjent av en etisk komitè i Helsinki	1

and Neonatal Medicine		postabortde presjon	medisinsk. Deretter ble de delt inn i høy og lav risikogrupper som var basert på EPDS score. (EPDS er et spørreskjema).	gjennomfør e aborten ble ekskludert.			
5) Kimport, Katarina, Kira Foster og Tracy A. Weitz USA Perspectives on Sexual and Reproductive Health	Social sources of women`s emotional difficulty after abortion: Lessons from womens`s abortion Narratives	Hensikten med studien var å beskrive erfaringer til kvinner med negative følelsemess ige utfall etter abort.	Kvalitativ. Semistrukturert dybdeintervju via telefon.	21 kvinner.	Kvinner har ulike erfaringer etter aborten. Behovet for støtte og ivaretagelse av autonomi er viktig for det psykiske utfallet etter aborten.	Konfidensiali teten ble ivare tatt ved at de brukte pseudonyme navn på deltakerne. Innholdet av funnene ble kvalitetssikret av deltakerne.	1
6) Broen, Anne, Torbjørn Moum, Anne S. Bødker og Øyvind Ekeberg 2006 Norge Sykepleien forskning	Kvinner psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort	Undersøke kvinner psykiske reaksjoner på provosert abort.	Delvis strukturert intervju. De fleste intervjuene ble foretatt ansikt til ansikt. 11 ble utført via telefon eller post.	Startet med 80 kvinner og satt igjen med 70.	Etter utført provosert abort er det vanlig med følelser som skyld, angst, depresjon og lettelse.	Godkjent av en regional faglig etisk komitè	1
7) Ekstrand, Maria, Tanja Tydèn, Elisabeth Darj og	An illusion of power: qualitatives perspectives on	Undersøke hvilket perspektiv kvinner har	Individuelle dybdeintervju 3-4 uker etter gjennomført abort.	35 skrev under på at de skulle delta. 3	Behovet for støtte og veiledning rundt en abortprosess er viktig for kvinnene, da det er mange	Etisk komitè i Uppsala Universitet.	1

Margareta Larsson 2009 Svensk Perspectives on Sexual and Reproductive Health	abortion decision – making among teenage women in Sweden.	på valget rundt en abort, samt synet på prevensjons bruk. Undersøke hvilke innflytelser indirekte/direkte partner, familie, venner og sosiale normer har rundt valget.		kvinner avviste intervjuene, men ville ikke begrunne hvorfor de ikke ville delta. Tilslutt satt de igjen med 25 kvinner.	faktorer utenfra og forskjellige syn som kan møte de som kan påvirke de i ulik grad. Etter aborten var kvinnene redde for at de hadde ødelagt sjansen sin for å bli gravid senere. I tillegg opplevde de følelser som lettelse og anger.		
8) Alex, Lena, Anne Hammarstrøm 2009 Sverige Nordic College of Caring Science	Women`s experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective.	Å belyse kvinners erfaringer av provosert abort fra et feministisk perspektiv.	Det ble brukt intervju med varighet mellom 50 – 140min. Kvinnene valgte hvor intervjuene skulle foregå.	5 kvinner i alderen 19-33 år. Totalt ble 11 spurt om å delta. 5 ble med, og 6 nektet.	Kvinner som gjennomgår abort har behov for støtte og bli respektert for deres autonomi. Helsepersonell må ha forståelse og respekt (samt kunnskaper) for valget kvinnene tar selv om det kan stride imot deres private etiske problemer.	Godkjent av den etiske komitè på Umeå Universitet.	1

<p>9) Trybulsky, JoAnn 2008 USA British Journal Of Midwifery</p>	<p>Making sense: women`s abortion experience</p>	<p>Undersøke kvinners erfaringer med provosert abort</p>	<p>Intervju på bibliotek, café, i hjemmene og helsesenter. Kvalitativ studie. Kvinnene fikk informasjon om at studien var konfidensiell og tausheten ble sikret ved å bruke først bokstaven i navnet deres.</p>	<p>16 amerikanske kvinner i alderen 38-92.</p>	<p>Gjennomgå en abort oppleves forskjellig. Noen er fortrolig med situasjonen, mens andre trenger lenger tid for å bearbeide. Valget som blir tatt må kvinnene leve med resten av livet.</p>	<p>Konfidensialiteten til deltakerene ble ivarettatt ved å bruke kun initialer på besvarelsen ved spørreundersøkelsen. Kvinnene gikk gjennom sammen-draget for kommentar-godkjenning.</p>	<p>1</p>
<p>Stålhandske, Maria L, Maria Ekstrand og Tanja Tydén, 2011 Svensk Journal Of Psychosomatic Obsteric and Gynecology</p>	<p>Women`s existential experiences within Swedish abortion care.</p>	<p>Undersøke kvinners erfaringer av klinisk abortomsorg i forhold til deres behov for støtte.</p>	<p>Semistrukturerte dybdeintervju og spørreskjema. Kvalitativt studie.</p>	<p>24 kvinner mellom 21 og 57 år.</p>	<p>Behovet for omsorg og støtte er ulikt. At kvinner opplever god veiledning, kunnskap og holdninger hos helsepersonell er viktig for at de skal få en god opplevelse. Abort er en stor påkjenning for kvinner og mange kan i etterkant sitte igjen med spørsmål som skyld, identitet og mening.</p>	<p>Godkjent av den regionale etiske komitè i Uppsala, Sverige.</p>	<p>1</p>