



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Emotionella och psykologiska följder av abort

En litteraturstudie

Författare: Anna Persson
Maria Stillerman
Janna Wasslöv

Handledare: Anna-Karin Dykes

Kandidatuppsats

Hösten 2012

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Emotionella och psykologiska följder av abort

En litteraturstudie

Författare: Anna Persson
Maria Stillerman
Janna Wasslöv

Handledare: Anna-Karin Dykes

Kandidatuppsats

Hösten 2012

Abstrakt

Bakgrund: År 2011 genomfördes 37 750 legala aborter i Sverige. Vissa forskare hävdar att kvinnor som genomgår en abort löper högre risk att drabbas av psykisk ohälsa medan andra inte funnit något samband. **Syfte:** Syftet var att sammanställa aktuell forskning om abort och psykisk ohälsa för att beskriva eventuella samband och hur sjuksköterskan på bästa sätt kan stödja kvinnor som genomgår en abort. **Metod:** En allmän litteraturstudie gjordes. Tretton vetenskapliga artiklar analyserades och sammanställdes i en integrerad text. **Resultat:** Efter en abort är det vanligt med en naturlig sorgereaktion och majoriteten av de kvinnor som genomgår en abort drabbas inte av psykisk ohälsa utan återhämtar sig väl. Dock finns det kvinnor som mår psykiskt dåligt. En riskgrupp är kvinnor med tidigare psykiska problem samt de som upplevde aborten som traumatisk. Flera kvinnor saknar emotionellt stöd från sjuksköterskan. **Slutsats:** Viktigt är att sjuksköterskan har en medvetenhet om den individuella variation som finns och anpassar omvårdnaden därefter.

Nyckelord

abortion, experience, emotions, nursing, support, depression,
psychiatric, mental health

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund.....	2
Abort.....	2
Psykisk ohälsa.....	3
Reaktioner efter abort.....	4
Sjuksköterskans arbete	5
Syfte	6
Specifika frågeställningar.....	6
Metod	6
Urval.....	6
Datainsamling.....	7
Dataanalys	7
Forskningsetiska avvägningar	8
Resultat.....	9
Psykisk ohälsa efter abort.....	9
Riskgrupper.....	11
Känslor i samband med abort.....	11
Känslor i direkt samband med abort	11
Känslor efter abort i ett långtidsperspektiv	12
Sjuksköterskans arbete	13
Diskussion.....	15
Diskussion av vald metod.....	15
Diskussion av framtaget resultat.....	17
Psykisk ohälsa efter abort.....	17
Sjuksköterskans arbete	20
Slutsats och kliniska implikationer	22
Referenser.....	23
Bilaga 1	27

Introduktion

Problemområde

Flera studier har gjorts om psykisk ohälsa i samband med abort och resultaten är varierande. Bland annat finns studier som visar att negativa känslor före aborten inte nödvändigtvis föranleder psykisk ohälsa (Kero, Högberg & Lalos, 2004). Samtidigt har andra forskare funnit en korrelation mellan de negativa känslornas omfattning vid en abort och psykisk ohälsa senare i livet (Fergusson, Horwood & Boden, 2009). Det finns alltså en delad uppfattning angående ämnet vilket motiverar till en fördjupad inläsning av de studier som tidigare gjorts. Med vår litteraturstudie vill vi beskriva eventuella samband mellan abort och psykisk ohälsa för att öka kunskapen hos den berörda sjukvårdspersonalen.

Bakgrund

Abort

Ordet *abort* kommer från latinets *abortus* som betyder 'komma eller födas för tidigt', i praktiken betyder det dock avbrytande av graviditet (Wahlberg, 2004). Idag finns det två legala metoder för att avbryta en graviditet, medicinsk och kirurgisk abort. En medicinsk abort görs fram till den tolfte graviditetsveckan och innebär att man på farmakologisk väg framkallar aborten och använder tabletter med antiprogesteron som hämmar produktionen av graviditetsbevarande hormon. Därefter tas prostaglandin för att ge upphov till kontraktioner i livmodern vilket medför att graviditeten avslutas. Kirurgisk abort genomförs via vakuumaspiration under narkos eller lokalbedövning. Ingreppet föregås av ett läkemedel som vidgar livmoderhalsen och gör det lättare att skrapa ut innehållet i livmodern. Denna metod används också vanligen upptill tolfte graviditetsveckan. Efter tolfte graviditetsveckan sker aborten ibland i två steg och kallas därför tvåstegsabort eller sen abort vilket innebär en kombination av medicinsk och kirurgisk metod. Tillvägagångssättet är det samma som vid medicinsk abort men kvinnan är inlagd på sjukhus. Som regel utförs ingen skrapning av livmodern men om aborten är ofullständig kan det behövas. Andelen medicinska aborter ökar och utgör 89 % av alla tidiga aborter medan de kirurgiska aborterna fortsätter att minska (Socialstyrelsen, 2011). Både de fysiologiska och psykiska komplikationerna efter en abort minskar ju tidigare aborten görs (Wahlberg, 2004).

Sedan 1975 har Sverige en lag som innebär fri abort där kvinnan tillåts avbryta sin graviditet till och med den artonde graviditetsveckan utan att behöva uppge skäl eller argument till beslutet. Efter den artonde graviditetsveckan får abort endast ske med godkännande från Socialstyrelsen som utfärdat särskilda föreskrifter om hur abortlagen ska tillämpas, SOSFS 2004:4. Sedan 2008 gäller abortlagen även för utländska kvinnor som inte är bosatta, folkbokförda eller som är asylsökande i Sverige (Socialstyrelsen, 2011). År 2011 genomfördes 37 750 aborter i Sverige vilket innebär 20,9 aborter per 1000 kvinnor. Efter att lagen trädde i kraft 1975 ökade de legala aborterna i Sverige och sedan har antalet pendlat mellan ca 30 000-35 000 med en topp under 1990 och 2010. Flest aborter sker i åldersgruppen 20-24 år och kvinnor över 35 år tillhör gruppen som gör minst antal aborter. Globalt sett uppskattas aborterna till ca 45 miljoner per år där ca hälften är illegala abortingrepp. Illegala aborter är en betydande orsak till sjukdom och dödlighet bland kvinnor, särskilt i låginkomstländer. Endast 40 % av världens kvinnor lever i ett land med lag om fri abort (Socialstyrelsen, 2011).

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett begrepp svårt att definiera. Herlofson (2010) menar att det inom psykiatrin inte är lätt att bestämma vad som är friskt och sjukt eftersom flera av de psykiska sjukdomstecknen är subjektiva upplevelser såsom nedstämdhet, ångest och oro vilka kan vara en del av livet, inte sällan efter en negativ livshändelse. När dessa känslor blir intensiva och påverkar det dagliga livet talas det om psykisk ohälsa. För att få en diagnos krävs att flera symtom förekommer tillsammans. Vid psykisk ohälsa utan diagnos är symtomen ofta lindrigare, dock finns en risk att de lindriga symtomen utvecklas till allvarliga psykiska problem om man inte får hjälp. Sådana lindriga symtom har bland ungdomar fördubblats sedan 1990-talet (Statens folkhälsoinstitut, 2007). Statistiska Centralbyrån (2006) skrev en rapport om ohälsa och sjukvård bland befolkningen mellan 1980 och 2005. Rapporten visar att betydligt fler kvinnor än män drabbas av psykiska besvär. År 2005 uppgav hela 30 % av kvinnorna i åldern 16-24 år att de led av oro och ångest, en jämförelse med 13 % av de tillfrågade männen i samma åldersgrupp. Sammanlagt deltog 543 kvinnor och 590 män i den åldersgruppen i studien.

Reaktioner efter abort

Enligt barnmorskan Roxana Aguilar (personlig kommunikation, 21 november 2012) genomförs ca 750 aborter per år på Abortmottagningen i Lund. Hon berättar att de flesta kvinnor som genomgår en abort är säkra på sitt beslut och hon upplever inte att de mår dåligt av det. Vidare säger hon sig inte kunnat se någon specifik grupp av kvinnor som löper högre risk att drabbas av psykisk ohälsa efter aborten annat än de som har en historia av psykisk ohälsa sedan tidigare. Hon poängterar vikten av goda sociala kontakter vid en abort och berättar att många kvinnor har med sig någon närstående eller vän som stöd vilket brukar underlätta.

Fergusson, Horwood & Boden (2009) studerade 104 kvinnors känslor efter abort. De listade negativa känslor som sorg, skuld, ånger, förlust och besvikelse och positiva känslor som lättnad, glädje och tillfredsställelse och bad kvinnorna beskriva hur de kände efter aborten. De fann att 85 % av de deltagande kvinnorna upplevde minst en av de listade negativa känslorna och 35 % upplevde alla nämnda negativa känslor. Samtidigt framkom att 86 % av de tillfrågade kvinnorna upplevde minst en av de nämnda positiva känslorna och ca en tredjedel kände alla nämnda positiva känslor. Författarna tog även reda på kvinnornas inställning till sina beslut och närmare 90 % menade att de tog helt rätt beslut. Endast 2 % upplevde att det var fel beslut, resterande var osäkra på det beslut de fattat. Resultaten från undersökningen tyder på att känslorna efter en abort är väldigt blandade och att majoriteten av kvinnorna upplever både positiva och negativa känslor. Syftet med studien var att undersöka sambandet mellan kvinnornas reaktioner efter en abort och efterföljande psykiska besvär. Det författarna kunde se var en korrelation mellan ett högt antal negativa känslor vid aborten och psykisk ohälsa senare i livet, en förhöjd risk på 1.4 – 1.8 jämfört med de som inte gjort en abort (Fergusson et al., 2009).

Kero et al. (2004) intervjuade 58 kvinnor som genomgått abort för att undersöka deras emotionella reaktioner och copingförmåga. I samband med aborten fick kvinnorna svara på en enkät, sedan intervjuades de fyra månader respektive ett år efter aborten för att se om känslorna förändrats. Resultatet visade att 37 av 58 kvinnor initialt hade enbart negativa känslor i samband med aborten och resten hade både positiva och negativa känslor. En femtedel upplevde aborten som en kris. Ett år efter aborten hade de positiva känslorna ökat från 16 % till 47 % samtidigt som de negativa känslorna sjönk från 30 % till 3 %. Vid samma

tillfälle var det 2 av 58 kvinnor som uppgav sig ha psykiska besvär relaterat till aborten men majoriteten av kvinnorna uppgav att de hade god copingförmåga och kände sig lättade efter sitt beslut. Författarna menar därmed att negativa känslor före aborten inte nödvändigtvis leder till psykisk ohälsa efteråt (Kero et al. 2004).

Sjuksköterskans arbete

En sjuksköterska kan arbeta på gynekologisk mottagning eller kvinnoklinik dit kvinnor söker när de önskar göra abort. Lipp & Fothergill (2009) menar att sjuksköterskans arbete med aborter är unik därför att kvinnorna diagnostiserat sig själva med en oönskad graviditet och därefter väljer att avbryta den. Eftersom den fysiska omvårdnaden inte är i fokus på samma sätt som vid behandling av sjuka individer ställs andra typer av krav på sjuksköterskans profession. Snarare är den psykologiska omvårdnaden den mest betydande. I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2007) står följande: ”I vårdens natur ligger respekt för mänskliga rättigheter, kulturella rättigheter, rätten till liv, till värdighet och till att behandlas med respekt.” (s. 3). En förutsättning för att kunna arbeta med abort är att sjuksköterskan själv reflekterat kring sina egna etiska och moraliska ståndpunkter i abortfrågan (Nicholson, Slade & Fletcher, 2010). Flera studier har gjorts där forskarna belyst upplevda svårigheter hos sjuksköterskan i arbetet med abort. Bland annat kom Gallagher, Porock & Edgley (2010) fram till att personalen upplever sena aborter som de svåraste att arbeta med. De menar att ju längre graviditeten är gången desto mer liknar aborten en förlossning vilket känslomässigt försvårar arbetet.

Enligt Joyce Travelbee är omvårdnadens mål att skapa en mellanmänsklig relation där sjuksköterskans främsta uppgift är att hjälpa individen att finna mening och hopp i sin situation (Kristoffersen, 2006). Hon tar avstånd från de generella rollerna som sjuksköterska och patient och menar att dessa roller tar bort människors personlighet. Ett känt uttryck som Travelbee använder är *att använda sig själv terapeutiskt*. Med detta menar hon att en professionell sjuksköterska har förmågan att använda sin egen personlighet på ett medvetet och ändamålsenligt sätt i interaktionen med patienten. Nicholson et al. (2010) understryker vikten av medmänskliga och rådgivande förmågor hos sjuksköterskan i arbetet med abort. Ovillkorlig acceptans och förståelse för kvinnans situation och hennes känslor är grunden för en framgångsrik omvårdnad.

Syfte

Syftet med litteraturstudien är att sammanställa aktuell forskning inom ämnet abort och psykisk ohälsa.

Specifika frågeställningar

- Hur ofta kan en abort utlösa eller senare ge upphov till psykisk ohälsa?
- Finns det eventuella riskgrupper och vilka är dessa i så fall?
- Hur kan sjuksköterskan stödja kvinnor som genomgår en abort?

Metod

Urval

Litteraturstudien grundar sig på vetenskapliga artiklar som har inhämtats från databaserna Cinahl, PsychNET och PubMed. Sökorden som använts vid datainsamlingen är godtagna MeSH-termer och dessa är följande: *abortion, experience, nursing, support, information, stress, depression, psychiatric, mental disorder* och *mental health* (Karolinska Institutet, 1998). Sökningen inleddes brett inom området abort och fortsatte sedan som en detaljsökning med hjälp av den booleska operatorn *AND* och på så sätt kunde flera sökord kopplas samman (Friberg, 2006). En kort sammanställning av sökschemat redovisas i Tabell 1 för att ge läsaren en snabb överblick. Sökningar från PubMed står inte med eftersom de inte gav några relevanta artiklar. Både kvantitativa och kvalitativa studier samt forskning från hela världen inkluderades i denna litteraturstudie. Exklusionskriterier och avgränsningar vid datainsamlingen var studier publicerade före år 2002 för att upprätthålla en uppdaterad forskningsnivå. Även review-artiklar och artiklar skrivna på annat språk än engelska samt studier med fokus på spontan abort har exkluderats. Trybulskis (2005) kvalitativa studie har hittats genom vad Polit och Beck (2012) kallar *ancestry approach* vilket innebär att man letar upp studier som används i aktuell forskning. Genom att använda sökordet *abort* på den nationella söktjänsten Libris hittades avhandlingar inom ämnet och vidare användes avhandlingarnas referenslistor i syfte att finna relevanta artiklar. Denna sökning redovisas inte i sökschemat. För att få en djupare förståelse kan man i tillägg till artikelsökning använda sig av icke evidensbaserade källor såsom kliniska redogörelser (Polit & Beck, 2012). Genom att

besöka Abortmottagningen i Lund och ha ett samtal med barnmorskan Roxana Aguilar erhöles inblick i hur en abort genomförs samt sjuksköterskans arbete i praktiken.

Datainsamling

Tabell 1. Sökschema i miniformat

Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Initialt granskade	Djupt granskade
Cinahl	<i>abortion</i>	2002-2012 Engelska Fulltext	1157	0	0
Cinahl	<i>abortion AND stress</i>	2002-2012 Engelska Fulltext	26	3	1
Cinahl	<i>abortion AND psychiatric</i>	2002-2012 Engelska Fulltext	5	1	1
Cinahl	<i>abortion AND depression</i>	2002-2012 Engelska Fulltext	25	1	1
Cinahl	<i>abortion AND support</i>	2002-2012 Engelska Fulltext	77	7	1
Cinahl	<i>abortion AND mental health AND nursing</i>	2002-2012 Engelska Fulltext	7	3	1
Cinahl	<i>abortion AND nursing AND experience</i>	2002-2012 Engelska Fulltext	8	1	0
Cinahl	<i>abortion AND nursing AND support</i>	2002-2012 Engelska Fulltext	5	0	0
PsychNET	<i>abortion AND experience</i>	2002-2012 Fulltext	327	3	1
PsychNET	<i>abortion AND psychiatric</i>	2002-2012 Fulltext	392	8	1
PsychNET	<i>abortion AND mental disorder</i>	2002-2012 Fulltext	114	9	3
PsychNET	<i>abortion AND nursing</i>	2002-2012 Fulltext	64	5	2
Totalt:			2207	41	12

Dataanalys

Dataanalysen granskades i två olika skeden, först initialt och ytligt och sedan grundligt och djupt. Den initiala granskningen inriktades framförallt på artiklarnas titel och abstrakt. Den djupare analysen utgick från två särskilda granskningsprotokoll utformade för kvalitetsbedömning av studier med vardera kvantitativ och kvalitativ metod och hämtades ur Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2006) *Evidensbaserad omvårdnad*. Protokollens syfte är att klassificera studierna genom att bestämma grad av vetenskaplig kvalitet. Antal poäng från granskningsprotokollet omvandlas till procent. Evidensgraderingen och dess betydelse visas

nedan i Figur 1. Meningen med en gradering är att möjliggöra för forskaren att gruppera och rangordna studierna för att kunna tolka resultatet på ett adekvat sätt. Studier med evidensgrad 4 rekommenderas inte att användas i en litteraturstudie på grund av dess otillräckliga vetenskapliga nivå, enligt Willman et al. (2006). Således förekommer inte någon studie med denna gradering i vår litteraturstudie. Artiklarnas gradering kan ses i matrisen, Bilaga 2. Av de tretton artiklarna som valdes var åtta kvantitativa och fem kvalitativa i sin metod.

<p>Evidensgrad 1: Starkt vetenskapligt underlag (80-100 %)</p> <p>Evidensgrad 2: Måttligt vetenskapligt underlag (70-79 %)</p> <p>Evidensgrad 3: Begränsat vetenskapligt underlag (60-69 %)</p> <p>Evidensgrad 4: Otillräckligt vetenskapligt underlag (<60 %)</p> <p>(Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006)</p>

Figur 1. Evidensgradering baserat på gradering enligt granskningsmall

Forskningsetiska avvägningar

Forsberg och Wengström (2008) skriver att litteraturstudier i möjligaste mån bör baseras på studier som genomgått en etisk prövning. Idag krävs dessutom ett godkännande från en etisk nämnd för publicering i en vetenskaplig tidskrift och databas. Den etiska prövningen utgår från Helsingforsdeklarationen (2008) och enligt denna bör forskaren vara kompetent och väl förtrogen med det aktuella området han/hon tänker studera samt framföra en så kallad risk- och vinstbedömning. Det innebär att studien ska ha en vetenskaplig bärkraft som genererar betydelsefull och motiverad kunskap. Därutöver måste risker för försökspersoner/patienter noga vägas mot den förväntade vinsten med studien så att vinsterna är större än riskerna. Enligt Olsson och Sörensen (2007) görs vägningen i relation till de fyra etiska grundprinciperna; autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvis principen. Forskningen bör även ta hänsyn till de rådande juridiska lagar och förordningar som landet har. Samtliga artiklar som används i denna litteraturstudie har ett sådant godkännande och följer därmed de etiska riktlinjerna.

Andra forskningsetiska aspekter som är viktiga i arbetet med en litteraturstudie är författarnas tillvägagångssätt i datainsamlingen. Datainsamlingen bör ske på ett sådant sätt som möjliggör att all forskning inom ämnet har lika stor chans att presenteras i resultatet oberoende av författarnas åsikter. Detta förutsätter att författarna har en objektiv och neutral syn på forskningen som granskas. Framförallt är det syftet och graden av vetenskaplighet som avgör vilka studier som kommer att presenteras i litteraturstudien (Forsberg & Wengström, 2008). Vi har därför eftersträvat ett objektivt och kritiskt förhållningssätt för att litteraturstudien ska bestå av artiklar med hög vetenskaplig kvalitet.

Resultat

Psykisk ohälsa efter abort

I en norsk studie undersökte Pedersen (2008) om abort är en riskfaktor för en efterföljande depression genom att studera 768 kvinnor. Kvinnorna fick vid tre tillfällen svara på frågeformulär gällande abort, barnafödande och depression samt andra variabler som sociodemografiska faktorer, familjeförhållanden och individuella egenskaper. Resultatet visade att 125 av de deltagande kvinnorna hade genomgått en abort i tjugooårsåldern (21-26 år) och dessa rapporterade högre poäng på depressionsformuläret jämfört med samma åldersgrupp som aldrig varit gravida. Studien visade en förhöjd risk på 3.5 och resultatet var signifikant efter kontroll av de andra variablerna. Även Yilmaz, Kanat-Pektas, Kilic och Gulerman (2010) såg i sin studie att abort kan öka risken för depression. Sammanlagt 825 kvinnor som genomgått en abort bedömdes en vecka efter ingreppet av kliniskt verksamma psykologer och fick svara på frågeformuläret Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) för att bedöma risken för depression. Resultatet visade att 27 % av de deltagande kvinnorna bedömdes ha en hög risk att drabbas av depression efter aborten. Författarna undersökte även eventuella skillnader på den psykiska reaktionen efter medicinsk respektive kirurgisk abort. Av de kvinnor som genomgick en kirurgisk abort rapporterade 34 % höga poäng på formuläret jämfört med 23 % av de som genomgått en medicinsk abort, de som genomgick en kirurgisk abort löpte alltså högre risk att drabbas av depression efteråt. I motsats till detta presenterar Rousset, Brulfert, Séjourné, Goutaudier och Chabrol (2011) sin undersökning där de kunde se att medicinsk abort ökar risken för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) jämfört med kirurgisk abort. De intervjuade 70 kvinnor direkt efter aborten samt sex veckor senare för att se eventuell förekomst av PTSD.

I en studie av Fergusson, Horwood och Boden (2008) studerades sambandet mellan olika graviditetsavslut och psykisk ohälsa hos en population under trettio år. Sammanlagt 117 kvinnor hade genomgått en eller flera aborter och det visade sig att risken för psykisk ohälsa var 1.54 gånger högre för dessa jämfört med de som aldrig gjort en abort. Ångestsyndrom och drogmisbruk var mest framträdande och efter kontroll av andra faktorer som skulle kunna påverka resultatet fann forskarna det fortfarande signifikant. Även Coleman, Coyle, Shuping och Rue (2009) granskade huruvida abort har ett samband med ångestproblematik, förstämningssyndrom och missbruk. De utgick från en nationell samsjuklighetsstudie som innefattade 399 kvinnor som genomgått abort. I sin studie undersökte de även andra variabler som kunde vara betydelsefulla för resultatet, t.ex. relationsproblematik, socialt stöd, krav från familjen, historia av fysisk misshandel och/eller sexuellt utnyttjande och livshotande eller kronisk sjukdom. Resultatet visade att oberoende av dessa variabler ökade abort risken för psykisk ohälsa. Störst korrelation återfanns mellan abort och alkoholmissbruk, drogmisbruk samt depression.

I motsats till detta finns också studier som pekar på att abort inte föranleder psykisk ohälsa. I Danmark gjorde Munk-Olsen, Munk Laursen, Pedersen, Lindegaard och Mortensen (2011) en populationsbaserad kohortstudie i syfte att utreda samband mellan abort och psykiatrisk kontakt (sluten- eller öppenvård) tolv månader efter aborten jämfört med nio månader innan men fann ingen betydande skillnad. Inte heller Warren, Harvey och Henderson (2010) som undersökte om abort ökar risken för depression och/eller låg självkänsla hos tonåringar kunde se någon utmärkande ökad risk. De utgick från en longitudinell studie om tonåringars hälsa där 69 av de deltagande kvinnorna hade genomgått en abort. En tid efter aborten utvärderades risken för depression och/eller låg självkänsla men utan betydande resultat. Pedersen (2008) såg i sin studie inte heller något samband mellan abort i tonåren (15-20 år) och ökad risk för depression.

Hamama, Rauch, Sperlich, Defever och Seng (2010) undersökte huruvida en tidigare inducerad och/eller spontan abort utgör en risk för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) eller depression under nästkommande graviditet. Av de deltagande kvinnorna hade 405 gjort abort eller fått missfall tidigare. Vid tiden för studien kunde 8 % av dessa diagnostiseras med PTSD och 17 % uppgav sig vara deprimerade. Kvinnorna fick skatta sin upplevelse av aborten som *inte en svår tid*, *en svår tid* eller *trauma*. Av de 199 kvinnor som genomgått inducerad abort ansåg över hälften att det inte varit en svår tid medan 17 % upplevde det som en svår tid och

29 % såg aborten som ett trauma. För de som upplevt sin abort som traumatisk ökade risken för psykisk ohälsa betydligt. Sammanfattningsvis kan man säga att resultaten i studierna inte är entydiga och det finns en delad uppfattning bland forskarna inom ämnet.

Riskgrupper

Som tidigare nämnts såg Yilmaz et al. (2010) att de kvinnor som genomgick en kirurgisk abort löpte högre risk att drabbas av depression efteråt jämfört med de som genomgick en medicinsk abort. Författarna såg även en signifikant lägre ålder samt psykiska besvär sedan tidigare hos de som rapporterade höga poäng på formuläret de använde. Att låg ålder skulle vara en riskfaktor för att drabbas av psykisk ohälsa efter abort stämmer inte överens med de observationer som Pedersen (2008) gjorde. Istället noterade han att risken var större bland de som genomgått abort mellan 21-26 år jämfört med de som var yngre (15-20 år). Inte heller Warren et al. (2010) fann något betydande resultat när de undersökte förekomsten av depression hos tonåringar som genomgått abort.

I motsats till Yilmaz et al. (2010) konstaterar Rousset et al. (2011) att medicinsk abort utgör en riskfaktor för att drabbas av PTSD i högre utsträckning än kirurgisk abort. Författarna såg också att negativa känslor och dissociation i samband med aborten ökade risken för PTSD. Även Hamama et al. (2010) kunde fastställa att risken för psykisk ohälsa efter abort var störst bland de som upplevt aborten som något traumatiskt. Författarna menar att det inte är aborten i sig som utgör risken för psykisk ohälsa utan själva upplevelsen kring den. Detta kan även bekräftas av Goodwin och Ogden (2007) som skriver att det kan finnas ett samband mellan hur kvinnor reflekterar över fostret och hur deras reaktion efter aborten utvecklas. De kunde i sin studie se att kvinnor som såg på fostret som mänskligt och relaterade till det som ett framtida barn uppvisade mer negativa känslor i samband med aborten jämfört med de kvinnor som hade en mindre emotionell syn på fostret.

Känslor i samband med abort

Känslor i direkt samband med abort

Samtliga kvalitativa studier framhäver vikten av en individuell omvårdnad. Mariutti, Almeida & Panobianco (2007) studerade 13 kvinnor inlagda på sjukhus i Brasilien och deras upplevelse av abortvården. Kvinnorna beskrev situationen som existentiellt svår, smärtsam och ångestfylld. Övervägande del var besvikna på sjuksköterskans omvårdnad och ansåg att

den nästan uteslutande koncentrerade sig på fysiska behov, de menade att sjuksköterskan även behöver tillgodose känslomässiga och existentiella behov. Kvinnorna var dessutom ensamma på sjukhuset vilket gjorde situationen svårare att hantera. Oron ökade i samband med att de kände sig bortprioriterade och fick för lite information om vad som skulle ske på avdelningen. En del kvinnor beskrev situationen som traumatisk. Moore, Frohwirth & Blades (2011) redogör för liknande känslor i deras kvalitativa studie med 49 deltagare. Majoriteten av kvinnorna upplevde känslor som sorg, skuld, ambivalens kring beslutet, upplevd självstigmatisering och känslor av isolering (n=38). Flera av kvinnorna förklarade att det kändes svårt och framförallt privat att tala om känslor relaterade till aborten, de önskade hellre anförtro sig åt en nära anhörig än åt sjuksköterskan. Andra kvinnor ansåg att de redan lagt ner så mycket tankearbete på beslutet och att de kändes överflödigt och känslomässigt påfrestande att tala om allt igen. Dock fanns det några kvinnor i studien som upplevde det känslomässiga stödet från sjuksköterskan som mycket givande (n=7). Dessa två studier beskriver flera likartade känslor som kan uppkomma i samband med en abort men studiernas resultat skiljer sig åt gällande behovet av emotionellt stöd från sjuksköterskan.

Känslor efter abort i ett långtidsperspektiv

Till skillnad från författarna ovan studerade Trybulski (2005) abort ur ett långtidsperspektiv. Syftet var att få en djupare förståelse för en aborts inverkan genom att intervjua 16 kvinnor femton år efter att den genomgåtts. Författaren fann nio olika teman som beskrev tankar och känslor relaterat till aborten och ur intervjuerna framkom det att kvinnorna såg aborten som en meningsfull händelse som de tänker på än idag. I likhet med de förstnämnda studierna beskrev kvinnorna i Trybulskis (2005) studie känslor av ensamhet både före och efter aborten. Även kvinnor som fick stöd av familjen upplevde sig ensamma i sin situation. Känslor av lättnad var mycket vanligt förekommande och flera kvinnor har inte ångrat sitt beslut. Dock talade en del om att beslutet togs hastigt och att betänketiden ofta var mycket kort. Minnen av aborten framkallades av händelser i livet, framförallt när vänner fick barn och alla tillställningar runt dem. Kvinnorna reflekterade även kring hur livet skulle ha varit om de inte avslutat sin graviditet, de kunde exempelvis tänka på hur gamla deras barn skulle varit idag. Många kvinnor upplevde att de aldrig riktigt talat ut om aborten. Trybulski (2005) skriver också att kvinnorna menade att aborten gav upphov till tankar av existentiell karaktär och om förhållandet till Gud. Författaren delar därmed mening med Mariutti et al. (2007) gällande att behovet av att tala om känslomässiga och existentiella frågor finns och är efterfrågat inom abortvården.

Goodwin och Ogden (2007) valde att intervjua tio kvinnor i syfte att utforska hur de reflekterar över sina aborter och resultatet kan sammanfattas i fyra olika känslomönster. En del av kvinnorna uppgav sig vara ledsna och upprörda i direkt anslutning till aborten men med tiden reducerades dessa negativa känslor och de har kunnat anpassa sig till livet, något som författarna benämner som *linjär återhämtning*. Exempel på andra känslor som kvinnorna upplevde efter aborten var saknad, skuld och nedstämdhet. De undrade om de kunde/ville ha barn senare i livet och uppgav att de aldrig ville göra abort igen. Vid tiden för intervjun menade de dock att de negativa känslorna hade försvunnit och tillhör deras förflutna. De beskrivna känslorna är i analogi med innehållet från studierna av Mariutti et al. (2007) och Moore et al. (2011). Vidare skriver Goodwin och Ogden (2007) att en del av kvinnorna hade en bestående känsla av att vara upprörd lång tid efter aborten. De uttryckte traumatiska och kalla känslor i direkt anslutning till ingreppet och har än idag kvar dessa känslor. De menade också att händelsen har påverkat hur de ser på sig själva och i relationer med andra i negativ bemärkelse. Det framkom även i Mariuttis et al. (2007), Hamamas et al. (2010) och Roussets et al. (2011) studier att aborten var en traumatisk upplevelse för somliga kvinnor. *Negativ omvärdering* kallas ett annat känslomönster i studien av Goodwin och Ogden (2007) vilket innebär att kvinnorna var upprörda direkt efter aborten men kort därefter blockerades känslorna i syfte att gå vidare i livet. Kvinnorna beskrev att känslorna sedan kom tillbaka efter en tid och behövde bearbetas. De kände även att deras önskan om att få barn hade gått förlorad på grund av aborten. Detta påminner om beskrivningen i Trybulskis (2005) studie där kvinnorna talade om sina minnen och känslor som framkallades i samband med särskilda händelser i livet. Det sista känslomönstret som några kvinnor beskrev i Goodwin och Ogdens (2007) studie benämns *aborten gjorde mig inte upprörd*. De förklarade att de inte kände några negativa känslor vid aborten eller tiden efter. Några upplevde däremot positiva känslor som lättnad av att inte längre vara gravid och kunna återgå till det normala och de ansåg att de hanterade situationen väl. Även Trybulski (2005) fann i sin studie att flertalet kvinnor kände sig lättade efter aborten.

Sjuksköterskans arbete

Goodwin och Ogden (2007) hävdar att stöd från omgivningen spelar stor roll i hur väl kvinnan återhämtar sig efter en abort. Exempel från deras studie är att kvinnor som upplevde mycket stöd från omgivningen oftare följde den linjära återhämtningen. En kvinna som uppgav att hon inte berättade för någon om aborten och därigenom inte fick tillräckligt med

stöd drabbades senare av en negativ omvärdering och var tvungen att bearbeta känslorna i efterhand. Adekvat stöd är därför en viktig komponent i sjuksköterskans omvårdnad för att främja kvinnornas bearbetning tiden efter aborten. I studien från Brasilien hävdar Mariutti et al. (2007) att abortvården är i stort behov av en förbättring med avseende på sjuksköterskans stödjande förmåga. Ett mer emotionellt och existentiellt stöd gentemot patienterna bör eftersträvas. Trybulski (2005) styrker föregående författares mening om betydelsefullt stöd med anledning att kvinnorna har ett behov av att tala om aborten utifrån en känslomässig och existentiell aspekt. Som redan nämnts delar resultatet i Moores et al. (2011) studie inte denna slutsats i lika stor omfattning då kvinnorna i deras studie fann det svårt att tala med en utomstående om känslomässiga frågor. Information är därtill en viktig beståndsdel i sjuksköterskans omvårdnad. Goodwin och Ogden (2007) nämner betydelsen av utförlig information om följderna av en abort såsom blödningen och åsynen av fostret vid en medicinsk abort. I deras studie beskrev en del kvinnor att de blev chockade och förskräckta av denna åsyn och minns det hela som en svår upplevelse. Mariutti et al. (2007) skriver att kvinnorna berättade hur deras oro ökade av bristen på information och när sjuksköterskan inte tillgodosåg deras behov. I Trybulskis (2005) och Mariuttis et al. (2007) intervjuer framkom även en besvikelse gentemot sjuksköterskans inställning till aborter i allmänhet och att den speglar deras bemötande och stödjande förmåga.

Sjuksköterskans inställning till aborter är något som Lipp (2011) har fokuserat på i sin kvalitativa studie. Baserat på tidigare forskning var syftet var att finna förklaringar till varför vissa sjuksköterskor dömer kvinnor inom abortvården. Intervjuerna centrerade kring sjuksköterskornas självbevarelsedrift i arbetet med kvinnor som genomgår en medicinsk abort. Samtliga fem sjuksköterskor erkände att de dömde somliga kvinnor som sökte sig till abortvården men att de alltid strävade efter att inte göra det. Sjuksköterskorna förklarade att det stundtals är svårt och ibland omöjligt att bemöta alla kvinnor på samma sätt. De berättade att deras bemötande skiftar beroende på hur kvinnorna hanterar situationen. En del kvinnor behöver mera informativt stöd och andra mer emotionellt. Sjuksköterskorna berättade även att de emellanåt inte kan känna empati gentemot vissa kvinnor. De talade främst om kvinnor som gör återkommande aborter och uppvisar en likgiltig attityd. För att kunna hantera dessa situationer blockerar sjuksköterskorna sina känslor och 'stänger av'. I studien framkom det även att det är känslomässigt lättare att arbeta med vården kring en medicinsk abort jämfört med en kirurgisk abort (Lipp, 2011).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Idag bedrivs omvårdnadsforskning i allt större utsträckning och omfattningen av publicerade vetenskapliga artiklar ökar. Litteraturstudier är ett sätt att sammanställa det aktuella forskningsläget inom ett område i syfte att underlätta att kunskapen når fram till berörd sjukvårdspersonal. Vidare finns det olika typer av litteraturstudier: allmän litteraturstudie (*overview*), systematisk litteraturstudie (*systematic review*) och begreppsanalys (*concept analysis*) (Forsberg & Wengström, 2008). Vår studie är en allmän litteraturstudie som strävar efter att öka kunskapen inom ämnet abort och psykisk ohälsa genom att sammanställa rådande statistik samt beskriva omvårdnaden av kvinnor som genomgår en abort. Vi valde att göra en litteraturstudie då syftet och frågeställningarna förutsatte både kunskap från kvantitativa och kvalitativa studier. Dessutom tror vi att vald metod genererar ett bredare resultat än en empirisk studie hade gjort.

Forsberg och Wengström (2008) skriver att systematisering rörande litteratursökning, kritisk värdering och analys av resultat är viktiga kriterier för att uppnå en högre nivå av litteraturstudie. Det innebär att samtliga relevanta artiklar inom ämnet ska finnas med i sammanställningen och studier av begränsat eller otillräckligt vetenskapligt underlag väljs bort. De exkluderade studierna och motiveringar till varför de valts bort ska dessutom presenteras för att uppnå kravet för systematisk studie. De studier som vi exkluderat har dock inte beskrivits ingående utan nämns endast i anslutning till urvalsbeskrivningen. Vår litteraturstudie baseras heller inte på alla relevanta artiklar som existerar inom ämnet och den innehåller även ett antal grad 3-studier vilka anses ha ett begränsat vetenskapligt underlag. Detta kan förklaras med att protokollen för kvalitetsbedömning lägger stor vikt på huruvida urvalet varit randomiserat eller inte. Enligt Forsberg och Wengström (2008) anses experimentella randomiserade kontrollerade studier (RCT) ha den högsta bevisnivån efter systematiska litteraturstudier och ingen av de kvantitativa studierna vi granskade uppfyller kraven för grad 1 (starkt vetenskapligt underlag). RCT-metoden används dock sällan inom omvårdnadsforskning där syftet ofta är att beskriva ett fenomen snarare än att jämföra olika behandlingar. Dessutom finns det ett flertal ämnen som inte lämpar sig för experimentell design (Forsberg & Wengström, 2008). Abort är ett ämne som kan vara svårt att studera med hjälp av RCT, dels eftersom metoden förutsätter att en intervention genomförs och dels för att kvaliteten till stor del bestäms av deltagarantalet. Majoriteten av forskarna inom ämnet abort

använder sig istället oftast av kohortstudier då metoden möjliggör en jämförelse mellan en grupp individer som genomgått abort (exponerad grupp) med en grupp som inte gjort det (kontrollgrupp/jämförelsegrupp). Kohortstudier kan vara prospektiva där mätningar görs över tid och retrospektiva då de baseras på historiska data från exempelvis journaler eller register (Forsberg & Wengström, 2008).

En omfattande datainsamling är en förutsättning för att samtliga relevanta studier ska synliggöras. Ett flertal sökord inom ämnet har använts och sökts fram via tre databaser; Cinahl, PsychNET och PubMed. Den sistnämnda har däremot inte varit tillfredställande på grund av att den framförallt innehåller medicinforskning. En svaghet som vår litteraturstudie har är att sökorden mestadels har fokuserat på psykisk ohälsa och inte specifikt på riskgrupper. Det hade därför varit fördelaktigt om datainsamlingen även utgått från MeSH-termerna *risk factors* och/eller *precipitating factors* för att mer utförligt besvara frågeställningen rörande möjliga riskgrupper (Karolinska Institutet, 1998). En styrka som vår litteraturstudie har är att den omfattar forskning från hela världen vilket gör att resultatet mer generellt speglar kvinnors upplevelse av abort. Vid tolkning av resultatet är det dock viktigt att inte förbise kulturens och samhällets eventuella inflytande på de deltagande kvinnorna. För att kunna generalisera litteraturstudiens resultat har datainsamlingen inriktats på legala aborter och i huvudsak använt studier gjorda i länder där abort är tillåtet. En annan styrka som vår litteraturstudie har är att den baseras på både kvantitativ och kvalitativ forskning. För att få en ökad förståelse om ämnet abort och psykisk ohälsa är det viktigt att beskriva de emotionella och psykologiska reaktionerna genom att studera de utifrån olika perspektiv. En indelning har även gjorts för att tydliggöra vilka reaktioner som är vanliga i direkt anslutning till aborten samt vilka som förekommer i ett långtidsperspektiv. Vidare har vi valt att ta med en studie som baseras på sjuksköterskans arbete med abort för att se hur olika faktorer kan påverka sjuksköterskans förhållningssätt, detta med förhoppningen om en djupare förståelse.

Eftersom litteraturstudien är allmän i sin forskningsmetod anser vi att resultatet kan uppmärksamma den psykologiska efterföljden av en abort men dessvärre inte generalisera den. Om litteraturstudien uppfyllt kraven för en systematisk studie hade generaliserbarheten varit högre. En systematisk litteraturstudie är därför motiverad för vidare forskning inom ämnet. För att sjuksköterskan ska känna sig trygg i att tala om existentiella frågor skulle ny forskning kunna vara till hjälp. En form av interventionsstudie kan vara fördelaktigt att genomföra i framtiden där interventionen innefattar en mer psykologisk omvårdnad i syfte att

motverka psykisk ohälsa efter aborten. Interventionsstudier kräver ofta ett stort forskningsunderlag för att vara motiverad och för att få ett etiskt godkännande (Forsberg & Wengström, 2008). I detta avseende verkar vår litteraturstudie gynnsam för fortsatt forskning.

Diskussion av framtaget resultat

Abort är en omtvistad fråga världen över och flera studier har gjorts för att undersöka huruvida en abort föranleder psykisk ohälsa. Målet med litteraturstudien var att sammanställa aktuell forskning rörande abort och psykisk ohälsa för att öka kunskapen hos berörd sjukvårdspersonal. Vi ville undersöka om en abort kan utlösa eller senare ge upphov till psykisk ohälsa och om det finns eventuella riskgrupper samt finna svar på hur sjuksköterskan kan stödja kvinnor som genomgår en abort.

Psykisk ohälsa efter abort

Vi har arbetat med begreppet psykisk ohälsa som ett brett begrepp och vi är medvetna om att det kan finnas svårigheter i att bedöma vad som kan klassas som psykisk ohälsa. Enligt barnmorskan Roxana Aguilar (personlig kommunikation, 21 november 2012) följs de flesta aborter av en naturlig sorgereaktion som med tiden avmattas. Kan en naturlig sorgereaktion tiden efter aborten klassas som psykisk ohälsa? Levander (2008) skriver att den akuta sorgereaktionen är normalpsykologisk och inte bör benämnas som psykisk ohälsa. Han menar att om sorgen varar i mer än två månader och utgör ett påtagligt lidande eller en funktionsnedsättning för individen har den akuta sorgereaktionen övergått i en depression vilket i sin tur klassas som psykisk ohälsa. De studier vi har inkluderat berör olika typer av psykisk ohälsa och fokus har för oss inte legat på någon specifik diagnos utan snarare på fenomenet psykisk ohälsa i stort där även den subjektiva upplevelsen tagits i beaktande.

I majoriteten av de kvantitativa studierna framkom att det finns kvinnor som efter en abort drabbas av någon form av psykisk ohälsa. Pedersen (2008) såg att kvinnor som hade gjort en abort löpte högre risk att drabbas av depression jämfört med kvinnor som aldrig varit gravida. Även Fergusson et al. (2008) fann en förhöjd risk att drabbas av främst ångest och drogmissbruk efter abort. I studien av Hamama et al. (2010) framkom det att nästan en tredjedel av kvinnorna som genomgått en abort upplevde den som ett trauma och för dessa ökade risken för psykisk ohälsa signifikant. Kvinnorna i Mariuttis et al. (2007) kvalitativa studie upplevde också aborten som traumatisk och ansåg att de behövde mer stöd. Det finns

flera tänkbara anledningar till varför aborten kan upplevas som traumatisk. Vissa forskare hävdar att det inte är aborten i sig som utlöser psykisk ohälsa utan snarare hur kvinnan upplevde aborten och beslutet kring den. Till exempel menar Goodwin och Ogden (2007) att kvinnor som ser fostret som ett barn tenderar att ha en sämre psykisk återhämtning jämfört med de som avdramatiserar aborten. Fergusson et al. (2009) såg en korrelation mellan omfattande negativa känslor vid aborten och psykisk ohälsa senare i livet. Vi tänker oss att upplevelsen av aborten också kan påverkas av det aktuella landets lagar och kulturella skillnader. Om kvinnan saknar stöd från sin omgivning eller om hennes beslut inte stämmer överens med samhällets syn på abort kan upplevelsen försvåras. I många kulturer är abort inte tillåtet vilket kan medföra att kvinnan blir helt ensam i sitt beslut och i bearbetningen efteråt. Självstigmatisering och ensamhet är två återkommande begrepp i studierna från USA (Moore et al., 2011; Trybulski, 2005). Då dessa begrepp inte förekommer i samma utsträckning i de övriga studierna skulle en möjlig förklaring kunna vara att samhällets syn på abort återspeglas i kvinnornas upplevelse. I USA uttalar sig både religiösa och politiska ledare kritiskt till abort vilket kan påverka individen till att känna sig skuldbelagd till skillnad från i de länder där abort är accepterat och där kvinnan har rätt att bestämma över sin kropp. Religionen kan också spela roll i hur kvinnorna känner inför aborten. Trybulski (2005) skriver att kvinnorna fick tankar av existentiell karaktär och om förhållandet till Gud. Detta kan delvis förklaras av att flertalet deltagare i studien hade en religiös bakgrund. Andliga tankar och känslan av att ha gjort något moraliskt fel kan bidra till att aborten upplevs mer traumatisk än i sekulariserade samhällen. Upplevelsen försvåras också där abort är förbjudet eftersom kvinnan tvingas söka hjälp i hemlighet, kanske till och med i ett annat land.

Även kvinnans ålder kan ha betydelse för hur aborten upplevs. Enligt Pedersen (2008) var risken för psykisk ohälsa högre hos de som gjorde abort i tjugoårsåldern jämfört med en abort i tonåren. Warren et al. (2010) studerade risk för depression/låg självkänsla hos tonåringar som genomgick en abort men såg inget signifikant samband. Kanske har en vuxen kvinna bättre förutsättningar att behålla barnet vilket medför att beslutet upplevs svårare än i tonåren. Kanske reflekterar hon kring beslutet på ett mer självständigt sätt än vad en tonåring har möjlighet till. Det är samtidigt omöjligt att generalisera dessa reflektioner eftersom det finns en stor variation mellan individer och mängder av faktorer som kan påverka situationen. Att fastställa aborten som anledning till psykisk ohälsa är svårt och kräver att flera olika relevanta variabler studeras, t.ex. familjesituation, sociodemografisk bakgrund, individuella egenskaper och karaktärsdrag, tidigare trauman och psykiatrisk historia.

De kvalitativa studierna fokuserade på känslorna direkt efter en abort samt ur ett långtidsperspektiv. Goodwin och Ogden (2007) hävdar att det inte finns en typisk sorgereaktion efter abort utan fann i sin studie olika känslomönster och sätt att bearbeta händelsen. I direkt samband med aborten uppkom varierande känslor bland kvinnorna som med tiden förändrades och i de flesta fall avmattades. I likhet med Fergussons et al. (2009) studie skriver Moore et al. (2011) om vanliga känslor som skuld, sorg, ambivalens men också lättnad efter en abort. Hela 92 % av deltagarna i Moores et al. (2011) studie var säkra på sitt beslut redan när de kontaktade vården och detsamma kunde ses i Fergussons et al. (2009) studie där 90 % var säkra på beslutet. Även Roxana Aguilar (personlig kommunikation, 21 november 2012) berättar att majoriteten av kvinnorna som söker för en abort är säkra på sitt beslut. Det faktum att kvinnan är säker på sitt beslut och har bestämt sig betyder dock inte att processen är enkel eller att negativa känslor inte uppkommer.

Yilmaz et al. (2010) undersökte om det fanns någon skillnad på risken för psykisk ohälsa efter medicinsk abort jämfört med kirurgisk abort. De såg att kvinnorna som genomgick en kirurgisk abort löpte högre risk att drabbas av depression. Rousset et al. (2011) såg istället att medicinsk abort ökar risken för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Stålhandske, Ekstrand och Tydén (2010) fann i sin kvalitativa studie att många kvinnor uppskattar den kirurgiska aborten eftersom de då kan fokusera på den kliniska proceduren och de existentiella frågorna åsidosätts. Samtidigt föredrar andra kvinnor medicinsk abort eftersom de vill vara vakna under aborten och på så vis vara delaktiga, känna och förstå vad de går igenom. I Lund rekommenderas i första hand en medicinsk abort då den kirurgiska aborten kräver narkos vilket alltid medför en risk för komplikationer. Enligt barnmorskan Roxana Aguilar (personlig kommunikation, 21 november 2012) kan en blödning kvarstå flera veckor efter en medicinsk abort vilket kan vara en anledning till varför man istället väljer en kirurgisk abort. Utifrån detta kan slutsatsen dras att det även här finns individuella skillnader i kvinnans upplevelse och att en metod med enkelhet inte kan konstateras vara bättre än en annan ur psykologisk synpunkt.

Samtidigt finns studier som visar att abort inte nödvändigtvis föranleder psykisk ohälsa. Munk-Olsen et al. (2011) studerade ett stort antal kvinnor som genomgick abort för att se om de efter aborten sökte psykiatrisk vård. De fann ingen signifikant ökning och kunde därför inte dra slutsatsen att abort leder till psykisk ohälsa. Yilmaz et al. (2010) fann däremot en förhöjd risk att drabbas av depression efter abort. Dock svarade kvinnorna i studien på

formuläret endast en vecka efter aborten vilket gör att resultatet kan ifrågasättas. Det hade varit mer intressant om studien gjorts vid ett senare skede då kvinnan endast en vecka efter aborten kanske fortfarande befinner sig i den akuta sorgereaktion som Levander (2008) beskriver.

Sjuksköterskans arbete

Goodwin och Ogden (2007) hävdar att det är viktigt att kvinnorna talar om aborten, antingen med en närstående eller med sjuksköterskan. Enligt dem är det sjuksköterskans uppgift att uppmuntra till samtal för att kvinnan ska kunna bearbeta situationen på bästa sätt. Moore et al. (2011) menar att sjuksköterskan bör öppna upp för en dialog men samtidigt vara lyhörd för kvinnans signaler och respektera hennes eventuella önskan att inte vilja tala om aborten eftersom alla har olika behov. På Abortmottagningen i Lund talas det inte så mycket om känslorna kring aborten, enligt Roxana Aguilar (personlig kommunikation, 21 november, 2012). Hon berättar att alla kvinnor erbjuds kontakta en kurator för samtal men endast en liten del gör det. Att hänvisa till en annan yrkesgrupp kan enligt oss signalera att eventuella problem som kvinnan önskar tala om inte är aktuella för sjuksköterskan. Den psykologiska omvårdnaden blir därmed förskjuten vilket vi tror kan försvåra situationen och bearbetningen efteråt. Enligt den svenska abortlagen behöver kvinnan inte uppge skäl eller argument till aborten (Wahlberg, 2004) vilket kan vara en möjlig förklaring till att sjuksköterskan aktar sig för att prata om det. Istället vill man ge kvinnan känslan av total frihet till sitt beslut. Stålhandske et al. (2010) hävdar att ett problem i den svenska abortvården är att kvinnan remitteras till en medicinsk miljö där lite fokus ligger på det känslöbetonade och existentiella även om det enligt författarna i tidigare studier framkommit att abort väcker frågor kring liv och död, moral och mening. Kvinnorna i Stålhandskes et al. (2010) studie uppfattade omvårdnaden vid aborten som accepterande, naturlig och rationell. Vissa var positivt överraskade över att inte känna sig dömda medan andra kvinnor nämnde att sjuksköterskan var noggrann med att inte fråga hur de mådde psykiskt för att undvika att råka ifrågasätta aborten. Flera av kvinnorna menade att de var övertygade om att de tagit rätt beslut men hade många existentiella frågor som de grubblade på. Även i Mariuttis et al. (2007) studie uppgav kvinnorna att de saknade omvårdnad som går utanför de medicintekniska åtgärderna, t.ex. att tillgodose det psykologiska och existentiella behovet.

Utifrån dessa studier ser vi att omvårdnaden vid en abort bör anpassas individuellt, vissa kvinnor har större behov att prata om situationen medan andra inte behöver lika mycket stöd. Sjuksköterskan bör uppmärksamma kvinnans specifika behov och uppmuntra till samtal och samtidigt behålla det öppna och accepterande klimatet. I *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor* (Socialstyrelsen, 2005) står det skrivet att sjuksköterskan ska "(...) tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga." (s. 11). Sjuksköterskans omvårdnad innefattar alltså flera dimensioner och detta kan anses vara särskilt relevant i samband med en abort där frågor kring liv och död kan vara centrala. En tanke är att sjuksköterskan bör ta initiativ till en dialog vid första kontakten och inte vara rädd att beröra känsliga ämnen. I vår profession bör vi kunna bemöta och bemästra olika typer av behov och anpassa omvårdnaden därefter. Om sjuksköterskan efter ett inledande samtal upplever att kvinnan är i behov av mer omfattande stöd kan kuratorn kontaktas. Om sjuksköterskan däremot inte tar initiativ till en dialog finns risken att kvinnor som behöver stöd inte får den hjälp de behöver.

Roxana Aguilar (personlig kommunikation, 21 november 2012) har inte lagt märke till någon specifik grupp som löper högre risk att drabbas av psykisk ohälsa bland kvinnor som gör abort. Hon säger dock att det oftast är kvinnor som drabbats av psykisk ohälsa tidigare i livet som även drabbas efter aborten. Vi tänker oss att kvinnor som haft psykiska problem sedan tidigare i så fall utgör en relevant riskgrupp vilket sjuksköterskan bör vara extra uppmärksam på. Vidare berättar Roxana Aguilar att det inte sker någon rutinmässig uppföljning efter en abort i Lund. Eftersom flera av våra studier visat att vissa kvinnor riskerar att drabbas av psykisk ohälsa efter en abort kan en uppföljning vara ett sätt att motverka detta. Vårt förslag är att sjuksköterskan en tid efter aborten kallar till ett frivilligt återbesök i syfte att fånga upp de kvinnor som har svårt att bearbeta händelsen. Vi tror att det kan vara lättare för de kvinnor som har behov av samtal att bli kontaktade än att själva ta kontakt.

En förutsättning för att göra ett bra arbete som sjuksköterska inom abortvården är att vara klar över sin egen ställning i abortfrågan (Nicholson et al., 2010). Vi tänker att det inte enbart handlar om att vara för eller emot abort utan att arbetet kräver eftertanke i varje enskild situation. Lipp (2011) skriver i sin studie att sjuksköterskan bör vara medveten om sina fördomar för att lära sig hantera olika etiska dilemman. Hon menar att det ibland kan vara känslomässigt svårt att arbeta med aborter och att sjuksköterskan därför bör ha ett reflekterande förhållningssätt till sitt yrke. Ett återkommande dilemma som författaren

beskriver är kvinnor som gör upprepade aborter och uppvisar en likgiltighet vilket gör det svårt för sjuksköterskan att känna empati. Nicholson et al. (2010) hävdar att en strategi för sjuksköterskan att klara av arbetet är att kommunicera med kollegor och närstående. Sjuksköterskan bör kunna kontrollera sina känslor och hålla sina värderingar neutrala inför patienten trots eventuell frustration och sorgsenhet. Dock är det essentiellt att mötet med patienten inte blir rutinmässigt och alltför distanserat för att skapa en god vårdrelation. Joyce Travelbees definition av omvårdnad är ”(...) en mellanmänsklig process där den professionella omvårdnadspraktikern hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande och, vid behov, finna en mening i dessa upplevelser.” (Kirkevold, 2000, s.130). Hon betonar att det är upplevelsen av sjukdom och lidande som är det betydelsefulla och för att förstå patientens upplevelse förutsätter vi att det finns en god kommunikation mellan patient och sjuksköterska. Flera av våra studier understryker också vikten av kvinnans upplevelse av aborten som en faktor för bearbetningen. Vi tolkar detta som att sjuksköterskans omvårdnad vid en abort har stor betydelse för upplevelsen vilket i sin tur kan ha en förebyggande effekt för psykisk ohälsa efter aborten.

Slutsats och kliniska implikationer

Efter en abort är det vanligt att drabbas av en naturlig sorgereaktion och den psykologiska återhämtningen är individuell. Majoriteten av de kvinnor som genomgår en abort drabbas inte av någon form av psykisk ohälsa efteråt utan återhämtar sig väl. Dock finns det kvinnor som mår psykiskt dåligt efter en abort. En riskgrupp är de kvinnor med psykiska problem sedan tidigare samt de som upplevde aborten som traumatisk vilka löper högre risk att drabbas av psykisk ohälsa. Flera av de kvinnor som genomgår en abort saknar emotionellt stöd från sjuksköterskan. Det är viktigt att sjuksköterskan har en medvetenhet om den individuella variation som finns, hur kvinnorna hanterar sina känslor och tänker kring existentiella frågor. Genom vår studie hoppas vi kunna belysa det faktum att vissa kvinnor har ett större behov av emotionellt stöd i samband med en abort och uppmärksamma sjuksköterskan om vikten av att identifiera dessa kvinnor redan i ett tidigt skede för att underlätta deras bearbetning av sin upplevelse. En annan förhoppning är att inleda en diskussion om rutinmässig uppföljning efter en abort för att skapa gynnsammare förutsättningar för den psykiska återhämtningen.

Referenser

*Coleman, K P., Coyle, T C., Shuping, M. & Rue, M V. (2008). Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *Journal of Psychiatric Research* 43, 770-776.

*Fergusson, M D., Horwood J L. & Boden, M J. (2008). Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry* 193, 444-451.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Boden, J. M. (2009). Reactions to abortion and subsequent mental health. *The British Journal of Psychiatry* 195, 420-426.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Gallagher, K., Porock, D. & Edgley, A. (2010). The concept of nursing abortion in abortion services. *Journal of Advanced Nursing* 66, 849-857.

*Goodwin, P. & Ogden, J. (2007). Women's reflections upon their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time. *Psychology and Health* 22, 231-248.

*Hamama, L., Rauch, A M S., Sperlich, M., Defever, E. & Seng, S J. (2010). Previous experience of spontaneous or elective abortion and risk for posttraumatic stress and depression during subsequent pregnancy. *Depression and anxiety* 27, 699-707.

Helsingforsdeklarationen. (2008). Hämtad 3 december, 2012, från

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

Herlofson, J. (2010) *Psyisk ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Karolinska Institutet (1998), *Svensk MeSH*. Hämtad 4 december, 2012, från

http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm

Kero, A., Högberg, U. & Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth-long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine* 58, 2559-2569.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kristoffersen, N. Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2006). *Grundläggande omvårdnad 4*. Stockholm: Liber AB.

Levander, S. (2008). *Psykiatri: en orienterande översikt*. Lund: Studentlitteratur.

Lipp, A. & Fothergill, A. (2009). Nurses in abortion care: identifying and managing stress. *Contemporary Nurse* 31, 108-120.

*Lipp, A. (2011). Self-preservation in abortion care: a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing* 20, 892-900.

*Mariutti, M.G., Almeida, A.M & Panobianco, M.S. (2007). Nursing care according to women in abortion situations. *Rev Latino-am Enfermagem* 15, 20-26.

*Moore, A.M., Frohwirth, L. & Blades, N. (2011). What Women Want From Abortion Counseling in the United States: A Qualitative Study of Abortion Patients in 2008. *Social Work in Health Care* 50, 424-442.

*Munk-Olsen, T., Munk Laursen, T., Pedersen, C.B., Lindegaard, Ö. & Mortensen, P.B. (2011). Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder. *The New England Journal of Medicine* 364, 332-339.

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

Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

*Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health* 36, 424-428.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

*Rousset, C., Brulfert, C., Séjourne, N., Goutaudier, N. & Chabrol, H. (2011). Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 29, 506-517.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011). *Aborter 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens Folkhälsoinstitut 2007:19. *Lindriga psykiska symtom och risk för psykisk sjukdom – en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Strömbergs distribution.

Statistiska centralbyrån (2006). *Ohälsa och sjukvård 1980-2005*. Örebro: SCB-Tryck.

Stålhandske, M L., Ekstrand, M., Tydén, T. (2010). Women's existential experiences within Swedish abortion care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 32, 35-41.

Svensk sjuksköterskeförening (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

*Trybulski, J. (2005). The Long-Term Phenomena of Women's Postabortion Experiences. *Western Journal of Nursing Research* 27, 559-576.

Wahlberg, V. (2004). *Minnen efter abort*. Lund: Studentlitteratur.

*Warren, J.T., Harvey, S.M & Henderson, J.T. (2010). Do Depression and Low Self-Esteem Follow Abortion Among Adolescents? Evidence from a National Study. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 42, 230-235.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad –En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

*Yilmaz, N., Kanat-Pektas, M., Kilic, S. & Gulerman, C. (2010). Medical or surgical abortion and psychiatric outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 23, 541-544.

Bilaga 1

Författare	Land År	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Goodwin & Ogden	Storbritannien 2007	<i>Women's reflections upon their past abortion: An exploration of how and why emotional reactions change over time.</i>	Utforska hur kvinnor reflekterar över sina aborter i ett långtidsperspektiv, samt vilka faktorer som påverkar känslor och känslomönster.	Semi-strukturerade intervjuer av kvinnor som genomgått abort för 1-9 år sedan. Transkribering. Analys.	n=10 (0)	De fann fyra olika känslomönster: inte upprörda/lättade, linjär återhämtning, bestående känsla av upprördhet, negativ omvärdering. Stöd & syn på fostret avgörande.	Kvalitativ Grad 1
Mariutti, Almeida & Panobianco	Brasilien 2007	<i>Nursing care according to women in abortion situations.</i>	Förstå hur kvinnor betraktar omvårdnaden i samband med abort på sjukhus.	Intervjustudie av kvinnor som genomgått abort. Transkribering och meningsbärande enheter togs ut.	n=13 (0)	För stort fokus på det fysiska, för lite på existentiella/psykologiska. För lite information, bortprioriterade och utan hänsyn till ångestfylldhet. (Olagligt i Brasilien).	Kvalitativ Grad 1
Moore, Frohwirth & Blades	USA 2011	<i>What Women Want From Abortion Counseling in the United</i>	Ta reda på kvinnors förväntningar och önskan av innehåll abortrådgivning.	Semi-strukturerade intervjuer av patienter från 3 olika abortkliniker dag 1 eller dag 14 efter abort. Transkriberade.	n= 49 (0)	92 % hade bestämt sig för abort före besöket. 4 st var osäkra. Känslor: sorg, skuld, ambivalens, självstigmatisering och	Kvalitativ Grad 1

		<i>States: A Qualitative Study of Abortion Patients in 2008.</i>		Meningsbärande enheter togs ut.		känslor av isolering(n=38). Obekvämt att prata med främling. Rädsla för att påverkas i beslutet. Andra ville få sitt beslut bekräftat.	
Lipp	Storbritannien 2011	<i>Self-preservation in abortion care: a grounded theory study.</i>	Förklara varför sjuksköterskor dömer kvinnor som genomgår en abort.	Intervjustudie. Uppföljning av Lipps "Nurses in abortion care: Identifying and managing stress (2009). 5 nya intervjuer. Transkribering. Analyserades och kategoriserades efter innehåll och mening.	n= 5 (0)	Samtliga erkände att de dömde, speciellt återkommande kvinnor. Försökte att inte döma. Pat önskar olika stöd dels informativt dels emotionellt. Svårast att hantera kirurgisk abort.	Kvalitativ Grad 3
Pedersen	Norge 2008	<i>Abortion and depression. A population-based longitudinal study of young women.</i>	Undersöka om abort är en riskfaktor för en efterföljande depression.	Enkätstudie. Depression, abort och barnafödande samt sociodemografiska variabler, familjerelationer och individuella karaktärsdrag analyserades. Kandel and Davies' Depressive Mood Inventory. ISCO-88: för att klassificera föräldrars yrkesstatus. DSM-III-R för att hitta uppförandestörning.	n= 768 (174)	Unga vuxna mer deprimerade. Depression ej korrelerat till tonårsabort. Inget samband mellan depression och antal aborter, fast förhållande eller relation till "graviditetspartnern".	Kvantitativ Grad 3
Yilmaz,	Turkiet	<i>Medical or surgical</i>	Utvärdera risk för depression efter	Retrospektiv studie. Samlade in medicinsk och	n=825	27,1% risk för att drabbas av depression. Högre för	Kvantitativ

Kanat-Pektas, Kilic & Gulerman	2010	<i>abortion and psychiatric outcomes.</i>	abort. Jämföra depressionsrisk vid medicinsk alt kirurgisk abort.	psykiatrisk historia. Bedömdes enligt EPDS 1 vecka efter ingreppet.	(0)	kirurgisk abort (34,3% jämfört med 22,8%). Ökad risk för: yngre och de med tidigare psykisk ohälsa.	Grad 2
Munk-Olsen, Munk Laursen, Pedersen, Lindegaard & Mortensen	Danmark 2011	<i>Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder.</i>	Undersöka om abort medför en risk för efterföljande psykisk ohälsa.	Populationsbaserad. Information från Danish Civil Registration system, Danish Psychiatric Central Register & Danish National Register of Patients. Inkluderade kvinnor utan psykisk åkomma som genomgått abort/förlossning. Man såg på förstagsångskontakt med psykiatrin 12 mån efter ingreppet/födseln jämfört med 9 mån innan.	n= 365 550 (0)	Abort gav ingen ökad risk för psykisk ohälsa. Ökad psykisk ohälsa efter barnafödande.	Kvantitativ Grad 3
Warren, Harvey & Henderson	USA 2010	<i>Do Depression and Low Self-Esteem Follow Abortion Among Adolescents? Evidence from a National</i>	Undersöka om abort ökar risken för depression och/eller låg självkänsla hos tonåringar.	Information från National Longitudinal Study of Adolescent Health. Nationellt Representativt urval av skolelever intervjuade/självintervjuade x 3 under 8 år. CES-D användes för att hitta depression. Rosenberg Self-	n=289 (118)	Inget samband mellan abort och depression eller låg självkänsla funnet. Starkaste prediktatorn för depression och låg självkänsla var tidigare depression och tidigare låg självkänsla.	Kvantitativ Grad 2

		<i>Study.</i>		Esteem Scale.			
Hamama, Rauch, Sperlich, Defever & Seng	USA 2010	<i>Previous experience of spontaneous or elective abortion and risk for posttraumatic stress and depression during subsequent pregnancy.</i>	Undersöka hur tidigare inducerad och/eller spontan abort utgör risk för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) eller depression under följande graviditet.	Datastyrd telefonintervju. Instrument: Life Stressor Checklist, National Women's Study PTSD module.	n=1587 (66)	Av de som genomgått inducerad abort ansåg > 50 % att det inte varit en svår tid, 17 % upplevde det som en svår tid, 29 % såg aborten som ett trauma. För de som upplevt sin abort som traumatisk ökade risken för psykisk ohälsa signifikant. Abort i kombination med medicinskt-eller sexuellt trauma ökad risk för psykisk ohälsa.	Kvantitativ Grad 2
Fergusson, John Hoorwood & Boden	Nya Zeeland 2008	<i>Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study.</i>	Se förekomst av psykisk ohälsa vid abort, spontan abort, förlossning och oönskad graviditet.	Longitudinell studie. Urvalet studerades 22 ggr under 30 år. Intervju/enkätstudie. Känslorna inför graviditeten mättes med en likertskala. Psykiska hälsan utvärderades med DISC.	n=534 (106)	Kvinnor som gjort abort har högre risk för att utveckla psykisk ohälsa. Framförallt ångest och alkoholmissbruk. Ingen signifikant risk för kvinnor som fött önskade barn.	Kvantitativ Grad 2
Trybulski	USA 2005	<i>The Long-Term Phenomena of women's Postabortion</i>	Att förstå hur känslor påsikt visar sig hos kvinnor som genomgått abort.	Intervjustudie. Kvinnor som gjort abort för mer än 5 år sedan. Transkriberades. Meningsbärande enheter fördjupades genom	n=16 (0)	9 olika teman framträdde. Flera kvinnor var fortfarande mycket känslomässigt påverkade	Kvalitativ Grad 2

		<i>experiences.</i>		ytterligare intervju. Van Manens metod användes som guide.		av sin abort.	
Coleman, Coyle, Shuping & Rue	USA 2009	<i>Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey.</i>	Att forska kring sambandet mellan inducerad abort och ångestproblematik, förstämningssyndrom samt missbruk.	Intervjustudie där de såg till 22 variabler. Urvalet togs från National Comorbidity Survey. Kvinnorna diagnostiserades enligt DSM-III-R.	n = 3049 (5049)	Varje psykisksjukdom hade signifikant högre representation hos de kvinnor som genomgått abort. Framförallt vid alkoholmissbruk, drogmissbruk och depression.	Kvantitativ Grad 2
	Frankrike 2011	<i>Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion.</i>	Att bedöma och förutsäga PTSD efter abort och om typen av abort påverkar kvinnans upplevelse.	Enkätstudie genomfördes direkt efter abort samt igen sex veckor senare.	n=70 (16)	38 % rapporterade potentiell PTSD sex veckor efter aborten. Medicinsk abort ökade risken jämfört med kirurgisk.	Kvantitativ Grad 2