



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Kvinnors upplevelse av omvårdnad i samband med abort

- En litteraturstudie

Författare: Ida Pettersson & Sandra Ryberg

Handledare: Helena Rosén

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2019

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Kvinnors upplevelse av omvårdnad i samband med abort

- En litteraturstudie

Women's experience of care in the context of induced abortion

- A litteraturereview

Författare: Ida Pettersson & Sandra Ryberg

Handledare: Helena Rosén

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Våren 2019

Abstrakt

Bakgrund: I Sverige genomförs upp till 38 000 aborter per år och är en påfrestande situation för kvinnor som genomgår processen. Ett bra bemötande kan öka chansen till välbefinnande hos dessa kvinnor. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa hur kvinnor upplever omvårdnaden vid abort. **Metod:** En litteraturstudie genomfördes baserad på 9 artiklar från hela världen, data analyserades med integrerad analys. **Resultat:** 4 kategorier identifierades; *Skam och skuld påverkar abortupplevelsen negativt, En önskan om information och självbestämmande, Kvinnor vill få holistisk omvårdnad vid abort* och *Ett behov av stöd och en närvarande sjuksköterska*. **Slutsats:** Studien visade att sjuksköterskans omvårdnad har stor betydelse för hur kvinnan upplever abort. Många av kvinnorna hade likartade känslor kring abort medan deras behov varierade. Kvinnorna önskade mer information och förebyggande vård gällande både fysisk och psykisk smärta. För att tillgodose att kvinnorna får en god upplevelse av omvårdnaden vid abort måste sjuksköterskan lägga fokus på varje kvinnas individuella fysiska, psykiska och existentiella behov.

Nyckelord

Induced abortion, experiences, care.

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion.....	4
Problemområde	4
Bakgrund	4
Perspektiv och utgångspunkter	4
Om abort.....	5
Att välja abort.....	6
Emotionella konsekvenser av abort.....	6
Kvinnans upplevelse av abort.....	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	8
Datainsamling.....	9
Dataanalys.....	12
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	13
Skam och skuld påverkar abortupplevelsen negativt	13
En önskan om information och självbestämmande	15
Kvinnor vill få holistisk omvårdnad vid abort.....	16
Ett behov av stöd och en närvarande sjuksköterska	17
Diskussion	18
Diskussion av vald metod.....	18
Diskussion av framtaget resultat	20
Holistisk omvårdnad	20
Sjuksköterskans stöd.....	21
Behov av information.....	22
Slutsats och kliniska implikationer	24
Författarnas arbetsfördelning	24
Referenser.....	25

Introduktion

Problemområde

Abort är ett sätt för kvinnor att hantera sin familjesituation och har historiskt sett varit en möjlighet att kontrollera fertiliteten inom de flesta kulturer (Alex & Hammarström, 2004). En oönskad graviditet kan frambringa många känslor såsom chock, glädje, oro och ångest (ibid.). En oplanerad graviditet placerar kvinnan i en ensam situation där ett beslut behöver tas, möjligheten till ett barn eller beslutet om abort gör att känslorna varierar brett (Kjelsvik et al., 2018). Kvinnornas egna tankar kring om de är redo att bli förälder påverkar beslutet, men många känner sig väldigt stressade över att behöva ta ett snabbt beslut (ibid.). Enligt Alex och Hammarström (2004) är kvinnor i Sverige mestadels positiva till abort men ofta negativa till detsamma när det gäller dem själva. Brauer, van Ditzhuijzen, Boeije och van Nijnatten (2019) beskriver att fastän en kvinna har bestämt sig för abort innebär det inte att det var ett lätt beslut. Perioden mellan en bekräftad graviditet och genomgången abort är ofta känslomässigt utmanande (ibid.).

Abort kan vara en känslig fråga för kvinnan och enligt statens medicinsk-etiska råd SMER (2008) finns det ett etiskt dilemma mellan kvinnans rätt till att bestämma över den egna kroppen och fostrets värde. Till följd av den etiska inre konflikten finns ett behov av att närmare förstå hur kvinnor upplever abort och den omvårdnad de får under vårdtiden (Marek, 2004). Ämnet abort behöver belysas för att medverka till att kvinnor som genomgår en abort ska känna sig väl omhändertagna utan att bli kränkta eller negativt dömda på grund av sitt beslut. Kunskapen om hur kvinnor upplever bemötandet är viktig att ha med sig för att sjuksköterskan ska kunna behandla sina patienter på bästa möjliga sätt. Genom ökade kunskaper inom området förbättras vården och fler patienter kan känna sig tillfredsställda och väl bemötta (ibid.).

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Abort är ett sätt för kvinnor att hantera sin familjesituation och har historiskt sett varit en möjlighet att kontrollera fertiliteten inom de flesta kulturer (Alex & Hammarström, 2004). En

oönskad graviditet kan frambringa många känslor såsom chock, glädje, oro och ångest (ibid.). En oplanerad graviditet placerar kvinnan i en ensam situation där ett beslut behöver tas, möjligheten till ett barn eller beslutet om abort gör att känslorna varierar brett (Kjelsvik et al., 2018). Kvinnornas egna tankar kring om de är redo att bli förälder påverkar beslutet, men många känner sig väldigt stressade över att behöva ta ett snabbt beslut (ibid.). Enligt Alex och Hammarström (2004) är kvinnor i Sverige mestadels positiva till abort men ofta negativa till detsamma när det gäller dem själva.

Abort kan vara en känslig fråga för kvinnan och enligt statens medicinsk-etiska råd SMER (2008) finns det ett etiskt dilemma mellan kvinnans rätt till att bestämma över den egna kroppen och fostrets värde. Till följd av den etiska inre konflikten finns ett behov av att närmare förstå hur kvinnor upplever abort och den omvårdnad de får under vårdtiden (Marek, 2004). Ämnet abort behöver belysas för att medverka till att kvinnor som genomgår en abort ska känna sig väl omhändertagna utan att bli kränkta eller negativt dömda på grund av sitt beslut. Kunskapen om hur kvinnor upplever bemötandet är viktig att ha med sig för att sjuksköterskan ska kunna behandla sina patienter på bästa möjliga sätt. Genom ökade kunskaper inom området förbättras vården och fler patienter kan känna sig tillfredsställda och väl bemötta (ibid.).

Om abort

I Sverige genomförs årligen mellan 35 000 och 38 000 aborter, där de flesta utförs tidigt i graviditeten (Socialstyrelsen, 2018). Abortlag (SFS 1974:595) beskriver hur abort får utföras om kvinnan ännu inte gått 18 graviditetsveckor. Det står även att kvinnan ska erbjudas stödsamtal både före och efter utförd abort (ibid.). Under 2017 var 55% av aborterna utförda innan vecka 7 och 85% innan vecka 9 (Socialstyrelsen, 2018). I FN:s mänskliga rättigheter står det även skrivet om sexuella rättigheter och att alla personer har rätt att själva fatta beslut om och när de vill få barn (Hulter, 2014). Kvinnan har rätt att själv bestämma om hon vill genomgå en abort eller inte (SFS 1974:595).

Yang, Che, Hsieh och Wu (2016) beskriver att det finns två olika typer av abort, medicinsk där sjuksköterskan bär ansvaret och kirurgisk då läkare utför ingreppet. Kirurgisk abort

innebär ett mindre ingrepp med vakuumsugning under generell anestesi där fostret och moderkakan försiktigt sugts ut. Medicinsk abort går ut på att graviditeten avslutas med hjälp av läkemedel (ibid.). Lin et al. (2006) beskriver medicinsk abort som ett ingrepp där patienten får läkemedel oralt och sedan kommer tillbaka efter två dagar, varpå ännu ett läkemedel administreras som framkallar sammandragningar av livmodern. Sammandragningarna leder till att en blödning startar där graviditeten stöts ut från livmodern och vilken metod som används bestäms utifrån hur långt graviditeten är gången (ibid.).

Att välja abort

Enligt Makleff et al. (2019) kan kvinnor påverkas negativt till följd av samhällets syn på abort vilket ofta är härledda från sociala normer som relaterar till moderskap, religion, sexuella relationer och det egna ansvaret för preventivmedel. En del kvinnor är dessutom isolerade i processen vid avgörandet för eller mot att genomgå abort, då de till följd av oro för att bli dömda väljer att inte prata med personer i sin omgivning (Chor, Tusken, Young, Lyman & Gilliam, 2019). Att ta ett beslut om abort är vanligtvis ett val präglad av stigma relaterat till sociala normer (ibid.). Enligt Gustin (2015) innebär stigmatisering att personer som tillhör en viss grupp diskrimineras och pekats ut på ett nedvärderande sätt, vilket i sin tur påverkar en människas identitet och ger känslor av att vara utlämnad av andra. Kero, Högberg och Lalos (2004) beskriver också att många kvinnor lider av självstigma, där samhällets stigmatisering gör att de projicerar det synsättet på sig själv, vilket bidrar ytterligare till negativa känslor kring aborten. Trots att majoriteten av de kvinnor som genomgår en abort är säkra på sitt val är det en stor del som samtidigt sörjer och upplever känslor såsom ångest, skuld och tomhet. En del av kvinnorna beskrev också upplevelsen som att befinna sig i en kris (ibid.). Problemet med stigmatisering kan även ses i studien av Herold, Kimport och Cockrill (2015) där kvinnorna beskrev hur de haft svårt att prata med andra om sitt beslut till följd av rädsla av att bli dömda.

Emotionella konsekvenser av abort

Enligt Lie, Robson och May (2008) föreligger ett samband mellan graviditetslängd och hur svåra känslor kvinnan upplevde vid aborten där en längre gången graviditet resulterade i ett sämre emotionellt mående och svårare känslor att bearbeta för individen. Studien visade även att kvinnor som är välinformerade och har bra stöd kring sitt beslut är de som mår bäst efter

genomgången abort (ibid.). Whitney (2017) beskriver att ett lidande efter abort är ett faktum, men också något som är undangömt och svårt att synliggöra då inte många kvinnor pratar om det. Det är därför en angelägenhet att bryta tystnaden kring ämnet om psykologiska och känslomässiga problem till följd av abort (ibid.). Som sjuksköterska är det essentiellt att ständigt utveckla den egna kunskapen om hur hen möter patienten och dennes lidande (Arman, 2017). Ibland befinner sig patienter i ett livslidande där de inte kan ge uttryck för det lidandet av den orsaken att personen skäms, känner sig isolerad eller tycker att hen inte vill lägga den bördan på andra. Det är därför centralt som sjuksköterska att vara närvarande i mötet, och genom att ha ett helhetsperspektiv möjliggör vårdaren det för patienten att överstiga sitt lidande (ibid.).

Kvinnans upplevelse av abort

När en kvinna ska genomgå en abort är det viktigt att sjuksköterskan kan ge stöd till sin patient (Akdag Topal & Terzioglu, 2019). Att genomföra en abort skapar många känslor där det krävs support från familj och vänner men även från sjuksköterskan. Det finns olika tillvägagångssätt för att genomföra en abort men oavsett typ så är stödet från personal, vänner och familj fundamentalt (ibid.). Enligt Smith och Cameron (2019) är det många kvinnor som är rädda och oroliga innan de ska göra en abort för att de inte vet hur det kommer gå till och hur de kommer att må efteråt. Kunskap och information är något som är av stor betydelse i dessa fall då det kan förhindra stor osäkerhet hos patienterna. Det krävs hög kompetens och att sjuksköterskan kan informera kvinnan och hennes närstående så att de kan känna sig säkra när de ska ta beslutet och därefter genomgå en abort (ibid.). Många kvinnor kan känna sig ensamma under hela skedet, både innan och efter aborten och det är då viktigt att som sjuksköterska finnas tillgänglig (Kjelsvik, 2018). Alla patienter kräver olika vård och ibland krävs det bara någon som kan lyssna så att känslan av ensamhet försvinner (ibid.). Det är viktigt med kontinuerligt stöd som ska anpassas till varje kvinnas behov men även behovet för resterande familjemedlemmar (Watson, Simmonds, La Fontaine & Fockler, 2019). Sjuksköterskan kan göra positiv skillnad i hur förlusten vid en abort upplevs samt de tankar och känslor som uppkommer till följd av processen genom att erbjuda ett bra bemötande. Ett bra bemötande minskar riskerna för ett ouppnått välbefinnande och isolering för kvinnan och det krävs oftast inte stora gester från sjuksköterskan för att patienten ska känna sig tillfredsställd (ibid.).

Syfte

Syftet med studien är att belysa hur kvinnor upplever omvårdnaden vid abort.

Metod

Uppsatsen har utförts som en icke-systematisk litteraturstudie i syfte att få en överblick kring den existerande kunskap som finns inom kvinnors upplevelse av omvårdnad vid abort.

Genom att använda redan förekommande evidens kan det bidra till ökad förståelse för ämnet men även identifiera svagheter i existerande forskning (Friberg, 2017). Således erhålls en fingervisning kring vad som vidare behöver undersökas med ny forskning (ibid.). Även Polit och Beck (2014) framhåller att litteraturstudier har en viktig roll i att inspirera andra till vidare forskning inom ämnen där det finns otillräckligt med kunskap. Litteraturstudier lägger således grunden för att locka till nya studier som kan erbjuda viktig lärdom inför framtiden (ibid.).

Urval

Enbart kvalitativa studier har använts eftersom uppsatsen syftar till att skildra kvinnors känslor och erfarenheter. Enligt Kristensson (2014) är det just kvalitativa studier som eftersöker att ge en bild av och beskriva ett visst fenomen. Uppsatsen innefattar 9 artiklar som hittats efter sökning i databaserna PubMed och CINAHL. Vid sökningen begränsades artiklarna till de som är publicerade mellan år 1999–2019, är vetenskapliga artiklar och till de som är skrivna på engelska. Av ekonomiska skäl valdes endast de artiklar som hade tillgång till gratis fulltextläsning. För att få en bred bild av kvinnors upplevelse av omvårdnad vid abort som inte var bunden till specifik religion eller kultur valde författarna att inkludera alla länder vid litteratursökningen. Kriterierna i *Tabell 1* nedan är de som användes i litteraturstudien.

Tabell 1. Sammanfattning av inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Medelhög och hög kvalitet	Låg kvalitet
Tillgång till gratis fulltextläsning	Aborter utförda p.g.a. fosteravvikelse
Kvalitativ studie	Kvantitativ studie
Artiklar skrivna på engelska	Aborter utförda i hemmet
Publicerad 1999–2019	

Datainsamling

Enligt Friberg (2017) samlas data in till en icke-systematisk litteraturstudie genom att söka efter artiklar som passar studiens syfte. Datainsamlingen begränsades genom att det användes relevanta sökord och en identifiering av inklusions- och exklusionskriterier för att hitta artiklar som relaterade till studiens syfte (ibid.). Data samlades in via databaserna PubMed och CINAHL. Litteratursökningen i databaserna delades först upp så att en av författarna sökte i PubMed medan den andre sökte i CINAHL. Därefter gjordes samma sökning igen där författarna bytte databaser för att kontrollera att ingen relevant artikel hade missats. Enligt Polit och Beck (2014) innehåller både CINAHL och PubMed vetenskapligt material relaterat till omvårdnad och hälsa vilket motiverade författarnas val av databaser för litteratursökning till föreliggande studie. I databaserna användes sedan filter för att begränsa artiklarna till de skrivna på engelska, publicerade mellan 1999–2019 och de som kunde läsas i fulltext. I CINAHL tillades även filtret *enbart vetenskapliga artiklar*. Av de 465 artiklar som hittades lästes samtliga titlar och sedan lästes abstract på de 64 artiklar som syntes passa studiens syfte. Därefter valdes 26 artiklar ut för fulltextläsning utifrån relevans till ämnet varpå en sista selektion utfördes baserad på klar koppling till studiens syfte, vilket slutligen resulterade i 9

artiklar att använda till litteraturstudien. Eftersom litteraturstudien endast utgår ifrån kvalitativa artiklar krävdes det att en initial bedömning av artikelns design gjordes för att exkludera kvantitativa studier om så skulle förekomma (Friberg, 2017). Sökningen utfördes på samma sätt och med samma termer i både PubMed och CINAHL.

Karolinska institutet har tagit fram Svensk MeSH, en ämnesordlista som används i PubMed för att underlätta sökning efter artiklar (Karolinska institutet, uå). MeSH-termen “induced, abortion” användes i sökningen tillsammans med fritextsökning med termerna “care” och “experience”, se *tabell 2*. På liknande sätt använde författarna sig av CINAHL Subject Headings för att på bästa sätt identifiera relevant litteratur. I CINAHL användes sökorden “care”, “experience” och “abortion, induced” varpå det sista sökordet var ett CINAHL Subject Headings, se *tabell 3*. Sökorden kombinerades med hjälp av det booleska sökordet “AND” i både PubMed och i CINAHL. Booleska sökord är ett sätt att begränsa eller utöka sökningen mellan de olika sökorden (Polit & Beck, 2014).

Vid valet av artiklar som bestämdes ingå i litteraturstudien utfördes en kvalitetsgranskning. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2014) har tagit fram mallar som verktyg för att kunna granska kvaliteten hos studier med kvalitativ forskningsmetodik. Författarna av föreliggande studie använde granskningsmallen *Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser* för att granska de 9 artiklar som bedömdes vara av intresse (ibid.). Om artikeln inte uppfyllde medelhög eller hög kvalitet så valdes den inte heller in att användas i litteraturstudien. För medelhög kvalitet krävdes det att artikeln uppfyllde 60% av kriterierna från granskningsmallen, respektive 80% för att anses hålla en hög kvalitet. De 9 artiklar som granskades bedömdes alla vara av hög eller medelhög kvalitet och valdes då att ingå i föreliggande litteraturstudie.

Tabell 2, litteratursökning i PubMed

PubMed 22/11-19	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakts	Lästa i fulltext	Granskad e	Inkluderade i resultatet
#1	Care	2,461,734	0			
#2	“Abortion, induced”[MESH]	39,637	0			
#3	Experience	631,917	0			
#4	#1 AND #2 AND #3	294	36	15	4	4

Tabell 3, litteratursökning i CINAHL

CINAHL 22/11-19	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakts	Lästa i fulltext	Granskad e	Inkluderad e i resultatet
#1	Care	1,252,758	0			
#2	Abortion induced (CINAHL Subject headings)	9,533	0			
#3	Experience	217,239	0			
#4	#1 AND #2 AND #3	171	28	11	5	5

Dataanalys

Analys av de inkluderade studierna skedde i enlighet med Friberg (2017), genom användning av integrerad analys. De artiklar som innefattades i studien lästes först igenom i sin helhet flertalet gånger av båda författarna för att få en bild av innehållet som stort. Därefter ändrades fokus till att nå kärnan av artiklarna, vilket innebar att en djupare förståelse för artiklarnas resultat eftersträvades. Som underlag till att grunda en uppfattning av innehållet i artiklarna sammanfattades de till ett kondenserat material. För att eftersträva en opartisk sammanfattning av resultaten gjordes detta separat av båda författarna för att sedan jämföras för att se att likvärdig essens av resultatet hade identifierats. Friberg (2017) beskriver analysen som ett förlopp där en studies helhet plockas isär till olika delar som analyseras för att slutligen komma samman till en ny helhet. Den nya helheten blir således ett nytt resultat i en litteraturstudie. Senare uppfördes en översiktstabell av de artiklar som kom att ingå i studien för att ge bästa förutsättningar för en överblickbar struktur. Det underlättade även nästkommande steg i analysen vilket var att identifiera likheter och skillnader i artiklarna, en förutsättning för att kunna genomföra en integrerad analys i form av att urskilja olika teman (ibid.).

Forskningsetiska avvägningar

Enligt Sandman och Kjellström (2013) är det viktigt att ha i åtanke att värna om andra forskares studier, således är det inte etiskt försvarbart att tolka andra studiers resultat för att bättre passa syftet. Det måste finnas ett respektfullt förhållande till att använda sig av andra studier vid en litteraturstudie och se till att resultatet därifrån inte förvrängs (ibid.). Referenser har återgivits på korrekt sätt enligt APA för att framhålla de valda studiernas resultat och för att förhindra plagiat av text (ibid.). I Sverige finns *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460) som avser att skydda de personer som omfattas i en studie. Lagen har särskilt tyngdpunkt vid att se till att samtycke erhålls, men även att skydda personer under 18 år. De principer som *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* omfattar är något som författarna av stundande studie tog i beaktande vid valet av artiklar för studien (ibid.). I en litteraturstudie är det viktigt att se över om de studier som nyttjats har tagit hänsyn till de etiska principer som ska följas. Enligt Helsinki deklARATIONEN (World Medical Association, 2018) åligger det forskaren att tydligt visa på ett forskningsetiskt resonemang och visa på att det är något som följts genom studiens process. I den här studien har en majoritet av de använda studierna fått etiskt godkännande av olika kommittéer och övriga inkluderade visade på att de följt forskningsetiska riktlinjer. Alla kvinnor som deltagit i

intervjuer har gett ett samtycke om att deras information och åsikter får användas i studien. Vid studier som involverar utsatta grupper är det extra viktigt att se till att deras etiska rättigheter skyddas (Polit & Beck, 2014). Gravida kvinnor räknas till en utsatt grupp och följaktligen krävs ytterligare beskydd. Till följd av att en utsatt grupp studeras krävs det ytterligare noggrannhet i kontroll av att etiska principer följs (ibid.).

Resultat

Efter analys av de artiklar som använts i studien identifierades fyra teman; *Skam och skuld påverkar abortupplevelsen negativt*, *En önskan om information och självbestämmande*, *Kvinnor vill få holistisk omvårdnad vid abort* och *Ett behov av stöd och en närvarande sjuksköterska*. Figur 1 nedan visar dessa teman.

Figur 1.



Skam och skuld påverkar abortupplevelsen negativt

Mariutti, Almeida och Panobianco (2007) beskriver att stigmat kring abort och det faktum att det är illegalt i Brasilien gör att kvinnorna som genomgår abort där känner mycket skam.

Kvinnorna i studien av Mariutti et al. (2007) beskriver också precis som kvinnorna i studien av McLemore, Desai, Freedman, Angel-James och Taylor (2014) att en upplevelse av rädsla för att bli dömda uppstår, både av sjuksköterskan och av närstående. Denna rädslan gör att många av kvinnorna inte delar aborten med någon och vågar inte heller öppna upp sig för sjuksköterskan. Detta visar på att kvinnor från olika delar av världen känner ett visst stigma relaterat till sin abort, som resulterar i känslor av skam (Mariutti et al., 2007; McLemore et

al., 2014). Känslorna uttrycker sig i form av att kvinnorna inte känner att de kan vara ärliga och öppna mot vårdpersonalen i avseende av anamnes gällande abort eller sitt användande av preventivmedel (McLemore et al., 2014; Summit, Casey, Bennett, Karasz & Gold, 2016). Många av kvinnorna känner känslor av skam när de tvingas genomgå en abort men om kvinnan träffar en sjuksköterska som hon känner sig bekväm med på en plats hon känner sig trygg på så lättar dessa känslorna (ibid.). En sjuksköterska som inte är dömande hjälper kvinnan att mäkta med tankar på sig själv som en omoralisk individ (Altshuler, Ojanen-Goldsmith, Blumenthal & Freedman, 2017; Mariutti et al., 2007). Det i sin tur gör det möjligt för kvinnan att resonera med sig själv och känna att abort är det mest rätta alternativet med tanke på hennes situation, även om hon känner mycket skam till att abort är det enda rätta valet (ibid.).

En del kvinnor känner mycket skam kring att ha blivit gravida till att börja med, men också över sitt beslut att genomgå en abort (Altshuler et al., 2017; Mariutti et al., 2007; McLemore et al., 2014). Vissa kvinnor beskriver hur de kämpar med bilden av sig själv som en moralisk individ vid valet att genomgå en abort, även om de känner att det är det rätta valet för deras livssituation (ibid.). Kvinnor som genomgår en abort finner det viktigt att personalen inte är dömande och det är betydelsefullt att sjuksköterskan håller sig neutral utan att uttrycka egna värderingar eller förmedlar negativa tankar kring aborten (Slade et al., 2000; Altshuler et al., 2017; Stålhandske, Ekstrand & Tydén, 2011). Det är viktigt att sjuksköterskan ger omvårdnad som är fördomsfri för att möjliggöra en vårdrelation där kvinnan känner tillit till sjuksköterskan som gör att hon vågar öppna sig och vara ärlig (Mariutti et al., 2007; Slade et al., 2000).

Loi, Lindgren, Faxelid, Oguttu och Klingberg-Allvin (2018) beskriver på samma sätt som övriga studier att kvinnor känner skuld och skam relaterat till att genomgå en abort (McLemore et al., 2014; Mariutti et al., 2007; Slade et al., 2000; Altshuler et al., 2017). Det som däremot skiljer sig åt från de övriga studierna är att majoriteten av kvinnorna är rädda för rykten och social isolering som förknippas med religion och kultur (Loi et al., 2018). Rädsla för att aborten skulle bli känd för omgivningen skapar en tystnadskultur där många är rädda för att bli kallade mördare eller prostituerade. Kvinnorna nämner också sin religion där det ses

som en synd att göra en abort vilket gör att de känner skuld varje gång de kliver in i kyrkan samt har tankar om att Gud inte ska förlåta dem. Sjuksköterskor i Kenya har ofta en negativ syn på abort och låter det påverka den omvårdnad som ges i form av nedsättande attityd mot patienten, kvinnorna känner att de inte får den omvårdnad de borde till följd av detta (ibid.).

En önskan om information och självbestämmande

En stor del av kvinnorna beskriver hur de inte upplever att de fått nog med information under abortprocessen (Stålhandske et al., 2011; Slade, Heke, Fletcher & Stewart, 2001). Det finns däremot ingen konsensus i vad som behöver informeras mer om, utan det är snarare så att kvinnor känner att de hade behövt få mer allmän information men också en möjlighet att få svar på sina funderingar. De beskriver också att det uppskattas att bli erbjuden en kurator, eller om behovet inte finns just vid tillfrågandet, att de blir informerade om hur de vid ett senare tillfälle kan komma i kontakt med en för hjälp och stöd (ibid.). Resultatet visar också att kvinnor vill ha information fortlöpande under aborten och att de känner sig rädda och maktlösa om de blir lämnade ensamma under lång tid (Mariutti et al., 2007; Slade et al., 2001). Resultatet visar att informationen som gavs om tiden efter aborten till stor del var tillfredsställande, däremot önskar majoriteten av kvinnorna att sjuksköterskan hade haft någon form av samtal med de kring vanliga känslomässiga reaktioner tiden efter aborten. En del av kvinnorna anser också att de hade behövt mer kunskap om när de skulle behöva söka vård efter ingreppet, till exempel vid stor blödning eller stark smärta. Även om de flesta kvinnor involverar närstående vid beslutet om att genomgå en abort eller inte så framstår det som ytterst viktigt att kvinnorna får ta autonoma beslut genom abortprocessen. (ibid.). Behovet av mer information är överrepresenterat bland de kvinnor som genomgick medicinsk abort jämfört med gruppen som valt en kirurgisk abort (Kjelsvik et al., 2019; Stålhandske et al., 2011).

I både Kenya och Brasilien är abort olagligt vilket gör att kvinnor där är extra utsatta för risker såsom infektioner och död till följd av abort, även om det finns kliniker som utför säkra aborter (Loi et al., 2018; Mariutti et al., 2007). Trots det beskriver Loi et al. (2018) en större informations- och kunskapsbrist i Kenya där kvinnor inte alltid vet vad en abort innebär och hur den går till och de saknar den informationen från sjukvården. Kvinnorna menar att de är fullt medvetna om riskerna och konsekvenserna en abort kan ge men de anser att risken att

föda ett barn var minst lika stor eftersom att genomgå en graviditet också förknippas med hälsorisker. Det framgår att en del kvinnor kan gå och fråga en apotekare om vilka droger de behöver för att avsluta sin graviditet istället för att nå ut till sjukhusen för hjälp då de tror att abort är lika farligt oavsett var den utförs. Kvinnor har inte alltid autonomi då vissa berättar att de tvingats till abort av deras partner. En del kvinnor ville behålla barnet vid en graviditet men kunde då istället bli tvingade till en osäker och hemlig abort, då deras partner ansåg det generande att kvinnan blivit gravid (ibid.).

Kvinnor vill få holistisk omvårdnad vid abort

Enligt Slade et al. (2001) och McLemore et al. (2014) tycker kvinnor att den jobbigaste aspekten med abort är smärta och blödning, därför är tillfredsställande smärtlindring väldigt viktigt. Oväntade händelser under aborten i form av värre smärta eller större blödningar än förväntat är väldigt svårt att hantera då de inte kunnat förbereda sig mentalt på situationen (ibid.). Kvinnor beskriver hur de valde medicinsk eller kirurgisk abort till följd av hur mycket de ville eller orkade vara aktiv mentalt i abortprocessen (Altshuler et al., 2017). Kvinnor beskriver även hur deras medvetenhet om situationen påverkar magnituden av deras psykiska smärta, en del föredrar att vara mindre mentalt medvetna vid utförandet av aborten, särskilt de som har känslomässiga och moraliska svårigheter kring sitt beslut (Altshuler et al., 2017; Stålhandske et al., 2011). Vissa har en rädsla att större insikt i abortproceduren skulle medföra att de till följd av det skulle må sämre. Däremot menar en del andra kvinnor att genom att vara alerta och väl medvetna om vad som sker så kan de försäkra sig om att processen sker respektfullt och säkert vilket ger en bättre abortupplevelse (ibid.). Det är därför viktigt att sjuksköterskan ser bortom enbart fysiska behov och även ser till sociala, psykosociala och spirituella dimensioner och det sambandet de olika delarna har (Mariutti et al., 2007; Altshuler et al., 2017).

Abort beskrivs som en psykiskt, existentiellt och fysiskt svår process (Mariutti et al., 2007; Altshuler., 2017). Kvinnor upplever att sjuksköterskan är duktig på att lindra fysisk smärta men när det kommer till den existentiella smärtan så räcker det inte alltid till (Stålhandske et al., 2011, Altshuler et al., 2017). Kvinnor beskriver hur den existentiella smärtan kan komma ifatt när de genomgår ett ultraljud för det fick dem att inse att graviditeten är på riktigt.

Tidigare hade många låtit bli att tänka på graviditeten men efter ett ultraljud går det inte att undvika längre. Vid dessa tillfällena beskriver kvinnor att det är viktigt att sjuksköterskan kan bemöta och lindra deras smärta. För att säkerställa att sjuksköterskan tillgodoser varje existentiellt behov krävs vidare utbildning så att de kan hantera de existentiella aspekterna i abortomsorgen och behandla såväl den fysiska smärtan som den psykiska (ibid.).

Ett behov av stöd och en närvarande sjuksköterska

Ett stort antal av kvinnorna känner sig osäkra i sitt val angående abort eller inte, en obeslutsam kvinna behöver stöd för att klara av att gå igenom abortprocessen (Altshuler et al., 2017; Kjelsvik et al., 2019). Många kvinnor är övertygade om att de ska göra en abort när de kommer in till kliniken men kan sedan i sista sekund bli osäkra och ha svårt att slutföra aborten (ibid.). Det kan hjälpa kvinnan i sitt beslut om hon känner att hon möts med respekt och försiktighet av sjuksköterskan, det får kvinnan att känna ett sorts samtycke till aborten (Stålhandske et al., 2011; Halldén et al., 2009). Kvinnor tycker att omvårdnaden fokuserar mycket på det fysiska måendet och för lite på den emotionella aspekten av en abort och de önskar att sjuksköterskan vågar möta deras tankar och aktivt lyssna då det känslomässiga stödet behövs (Stålhandske et al., 2011; Halldén et al., 2009; Kjelsvik et al., 2019). Kvinnor upplever att omvårdnaden blir för distanserad om det verkar som om sjuksköterskan inte vill skapa en känslomässig relation (Stålhandske et al., 2011).

Sjuksköterskans roll är av stor betydelse vid kvinnans upplevelse av abort och sjuksköterskan måste vara ödmjuk, tålmodig och informativ (McLemore et al., 2014; Kjelsvik et al., 2019). Det är också viktigt för kvinnan att bli bekräftad och känna att sjuksköterskan är engagerad för att främja en lugn och trivsamt abortmiljö (ibid.). Bortsett från stödet från sjuksköterskan är det även viktigt att kvinnan kan luta sig tillbaka på sina närstående och inte känna sig ensam i processen (McLemore et al., 2014; Halldén et al., 2009; Loi et al., 2018). Det är många tankar och känslor som uppstår vid abortprocessen och därför är det bra att inte vara ensam för att kunna reflektera tillsammans med någon och dela med sig av abortbeslutet, vilket kvinnor beskrev som något som lugnade den stress de kände inombords (McLemore et al., 2014; Halldén et al., 2009; Loi et al., 2018). Det betonas dock vikten av att denna

personen är någon som kvinnan kan lita fullt ut på av kvinnorna i Kenya, då de var väldigt rädda för konsekvenserna om rykte om aborten skulle komma ut (Loi et al., 2018). Kvinnorna uppskattar att sjuksköterskan är trevlig, vänlig och ser till att de har allt de behöver, vilket kräver att sjuksköterskan är närvarande i stunden och visar ett genuint intresse (Mariutti et al., 2007; McLemore et al., 2014) Det är viktigt att sjuksköterskan skapar möjlighet för att under vårdmötet kunna ge kvinnan tid att prata och för att kunna lyssna. Vissa av kvinnorna känner att omvårdnaden är väldigt ytlig och på ett vis automatisk, där sjuksköterskan ställer frågor men inte ger tid för eftertanke kring vad kvinnan egentligen säger (ibid.).

Altshuler et al. (2017) och Mariutti et al. (2007) beskriver i sina studier att de känslor som kvinnor uttrycker är individuella och alla känslor måste få kunna ta sitt säregna uttryck hur de än visas. Dessa känslouttryck måste tillåtas och uppmuntras av sjuksköterskan. Kvinnor anser också att det är viktigt att sjuksköterskan försöker läsa av de och försöker få en förståelse för introverta känslor, att på något sätt lyckas locka kvinnan till att dela med sig av dessa för att kunna ge stöd i abortsituationen (ibid.).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Det är en fördel om författarna till en litteraturstudie backar och värderar sitt arbete med kritiska ögon för att visa hur de förhåller sig till det resultat som åstadkommit (Friberg, 2017). Kristensson (2014) anser att sökstrategin bör diskuteras mellan författarna för att kunna evaluera dess adekvans och initialt identifierade författarna sökord som antogs ringa in syftet till studien väl. Emellertid efter ett gediget arbete med artikelsökning både ensamma och tillsammans med bibliotekarie bedömdes det vara väldigt svårt att finna litteratur som på ett fullgott sätt ansågs kunna användas i litteraturstudien. Det blev därför nödvändigt för författarna att omvärdera sökorden och fick därefter använda sökord som var betydligt mer inkluderande och således gav ett större antal sökträffar att läsa igenom. Därför är författarna tillfreds med att de 9 artiklar som slutligen valdes representerar det underlag som finns att tillgå och är relevant till litteraturstudiens syfte. Enligt Polit och Beck (2013) är det bra att använda flera databaser vid insamling av data. Att använda fler källor gör det möjligt att få en

djupare förståelse för fenomenet som undersöks (ibid.). Det motiverar valet av databaserna PubMed och CINAHL, däremot begränsas studien av att inte fler databaser användes. Eftersom föreliggande studie har ett kvinnoperspektiv användes först sökordet *women's experience*, men eftersom de först utarbetade sökorden gav så litet underlag breddades sökningen genom att enbart använda sökordet *experience* då detta gav ett större antal artiklar och ett större underlag för författarna att basera studien på, vilket enligt Malterud (2011) är något som ökar en studies överförbarhet.

Enligt Kristensson (2014) är väl valda exklusions- och inklusionskriterier fundamentalt för en bra litteraturstudie. Författarna valde att inte exkludera några länder då syftet inte var att belysa hur upplevelserna var inom en särskild kultur eller religion. Syftet var ändå att det resultat som producerades skulle kunna överföras till svensk vård med motivet att Sverige idag är ett mångkulturellt land och författarna ämnade att få en förståelse för alla kvinnor, inte enbart för kvinnor som lever enligt en västerländsk kultur. Eftersom föreliggande studie inte gjorde en västerländsk exklusion möjliggjordes en djupare och bredare förståelse och eftersom resultatet var snarlika oberoende av geografisk plats anses studiens resultat vara representativt för hur kvinnor upplever omvårdnad vid abort. Polit och Beck (2013) menar att genom att inte inkludera avgränsningar avseende geografi så stärks studiens trovärdighet eftersom den ger ett bredare perspektiv på samma ämne. I studien är ett inklusionskriterie att artikel som ingår ska vara skriven mellan åren 1999 - 2019 vilket kan tyckas är att inkludera en del gammal forskning. Författarna diskuterade valet av årtal, vid ett snävare tidsspänn blev antal artiklar betydligt lägre och därmed också för få. Så för att eftersträva ett godtagbart antal artiklar valdes ett bredare tidsintervall även om forskning är en färskvara visar resultatet att kvinnornas upplevelser och önskningar om omvårdnadens kvalitet var överensstämmande oavsett utgivningsår. Bortfallet i föreliggande studie bestod endast av redovisade exklusionskriterier och de studier som inte fanns som gratis fulltextläsning. Diskuteras kan om resultatet hade blivit annorlunda än det som redovisats. Författarna anser dock att tillräcklig konsensus fanns i resultatet hos de 9 artiklar som ingick i studien att sannolikheten för att de få artiklar som inte var gratis skulle belysa ämnet på annorlunda sätt bedöms vara låg.

I kvalitativa studier är författarnas förförståelse och bakgrund av betydelse för datainsamling och dataanalys (Polit & Beck, 2014). För vetenskap har författarna till föreliggande studie en del förförståelse av kvinnovård med arbete inom kvinnokliniken. Båda har också ambitioner om att bli barnmorska och därmed ett personligt intresse i frågor gällande kvinnovård och anser att fri abort är fundamentalt för en säker vård för kvinnor i fertil ålder. Att datainsamling och analys av data först utfördes separat och sedan jämfördes och diskuterades tills konsensus nåddes anser författarna öka föreliggande litteraturstudies trovärdighet. Enligt Polit och Beck (2014) används begreppet trovärdighet inom kvalitativ forskning för att beskriva hur tillförlitlig en studies resultat är.

Diskussion av framtaget resultat

Ur visat resultat bedömdes följande huvudfynd vara av intresse att diskutera i relation till Kolcabas Comfort Theory; *Upplevelser av brister i holistisk omvårdnad, Sjuksköterskans stöd är betydelsefullt och Kvinnor upplever att de inte får tillräckligt med information.*

Upplevelser av brister i holistisk omvårdnad

Det har i föreliggande studies resultat framgått att den omvårdnad som kvinnor upplever vid abort är väldigt varierande till följd av att sjuksköterskorna inte ger personcentrerad omvårdnad (Mariutti et al., 2007; Altshuler et al., 2017). Enligt Vårdförbundet (2017) bygger personcentrerad vård på holism. Holismen innebär att man som sjuksköterska breddar sitt blickfång och ser på individen som en person snarare än en patient. För att kunna göra detta krävs det att sjuksköterskan ser alla personens fysiska, psykiska, sociokulturella, religiösa och existentiella delar (ibid.). Kvinnor upplever att sjuksköterskan ofta fokuserar på en del i omvårdnaden och missar andra aspekter som till stor del påverkar kvinnors upplevelse av holistisk omvårdnad. Kolcaba (1994) har arbetat fram omvårdnadsteorin *Comfort theory* som visar på hur viktigt det är att ge omvårdnad som ser till en människas samtliga behov och delar. Om sjuksköterskan kan förmedla komfort för kvinnor minskar deras upplevelser av fysisk och psykisk smärta. Genom att arbeta utifrån ett holistiskt synsätt kan kvinnors behov, inte bara av smärtlindring, utan även information och stöd tillgodoses (ibid.). Kolcabas comfort theory stärker att kvinnor behöver holistisk omvårdnad för att nå komfort och tillfredsställelse även i en så svår tid som under abortprocessen. För att kvinnor ska få så bra upplevelse av omvårdnaden som möjligt krävs det att sjuksköterskan är uppmärksam på det sammanhang som de psykiska, fysiska, sociala och existentiella delarna av en individ har. Georgsson och Carlsson (2019) påvisar att kvinnor som genomgått en abort beskriver både

psykisk och fysisk smärta, där den psykiska smärtan är den som upplevs som värst. Den psykiska smärtan som upplevs under aborten förstärker dessutom den fysiska (ibid.). Många kvinnor känner sig oförberedda på de känslor som uppträder men också på den fysiska smärtan. De beskriver att genom att vara i ett underläge och känna rädsla förstärkt också deras fysiska smärta (ibid.).

För att kvinnor ska känna att de får omvårdnad som riktar in sig på hela deras individ är det viktigt att identifiera de kvinnor som kan tänkas behöva ytterligare hjälp med sitt psykiska mående. Även om sjuksköterskan ska kunna hålla i samtal så krävs det ibland andra professioner som en psykolog eller kurator för att kvinnor på bästa sätt kan bearbeta sina känslor. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) talas det om vikten av ett interprofessionellt yrkesutövande och att kunna arbeta i team, vilket kan anser starkt sammankopplat med helhetsperspektivet. Sjuksköterskan har inte möjlighet att lösa alla problem för en patient, men den bör kunna se individen och försöka klura ut vilka bakomliggande behov som finns för att god omvårdnad ska kunna ges. Om sjuksköterskan har den närvaro och översyn som fordras så har den även möjlighet att koppla in andra yrkesgrupper vid behov som kan hjälpa till att ge en vård som täcker patientens alla behov. Enligt Rubin och Russo (2004) hanterar de flesta kvinnor en abort på ett sånt sätt att de inte har några svårigheter att bearbeta sina känslor. Men trots det finns det en del som har mycket svåra känslor inför ett abortbeslut och efter abort, och dessa måste erbjudas rätt hjälp för att kunna hantera de svåra känslorna. Särskilt svåra känslor kan uppstå för de kvinnor som kommer från länder eller kulturer där abort är illegalt och eller stigmatiserat (ibid.).

Sjuksköterskans stöd är betydelsefullt

Föreliggande studies resultat visar på att kvinnor upplever att sjuksköterskans stöd och närvarande är viktigt när kvinnor ska genomgå en abort där ett respektfullt bemötande spelar roll (Altshuler et al., 2017; Halldén et al., 2009; Mariutti et al., 2007). Kvinnor upplever omvårdnaden på olika sätt, en del är nöjda och känner att sjuksköterskan ger stöd och är positiv medan andra känner tvärtom, att sjuksköterskan är kall, negativ och ignorant. Oavsett hur kvinnan känner är det viktigt att inte glömma bort att ge det stöd som individen behöver då allas upplevelser är unika (Alex & Hammarström, 2004). Likaså visar tidigare studier att i situationer där kvinnan känner sig ambivalent kring abortbeslutet är sjuksköterskans stöd viktigt (Törnblom, Ingelhammar, Lilja, Svanberg & Möller, 1999). Abortbeslutet är ofta svårt

att ta och ingen vill ångra sitt val i efterhand. Majoriteten av kvinnor beskriver att det är svårt att bestämma sig då det är många faktorer som påverkar beslutet och ett närvarande stöd är därför viktigt (ibid.). Kvinnor menar att deras partners åsikt spelar en stor roll och studien av Loi et al. (2018) visar att många män i Kenya måste ändra sina uppfattningar om abort och att inte tvinga kvinnan att göra abort mot sin vilja. Istället önskar kvinnor att partnern kan ge stöd och främja hennes autonomi (ibid.). Alex och Hammarström (2004) beskriver att kvinnor kan känna sorg om de är tveksamma och skjuter upp att ta ett beslut. Sjuksköterskan och övrig vårdpersonal måste vara medvetna om kvinnors erfarenhet av beslutsprocessen och hur de upplever aborten för att kunna ge bästa möjliga stöd och omvårdnad (ibid.).

Kvinnorna upplever att det är av stor betydelse att sjuksköterskan bjuder in närstående då de är viktiga för patienten. Enligt Kolcaba, Tiltion och Doruin (2006) består sociokulturell komfort av de relationer en individ har och de kan därför spela stor roll i kontexten av omvårdnaden vid abort. ICN:s etiska kod säger att sjuksköterskans främsta professionella ansvar är personer som är i behov av vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Sjuksköterskan ska skapa en trygg och säker miljö där de mänskliga rättigheterna, värderingar, religioner och kulturer respekteras (ibid.). Resultatet i studien visar genomgående att sjuksköterskans bemötande och yrkesutövande har en stor betydelse för upplevelsen när kvinnan vårdas under sin abort oavsett vilken religion, kultur och ursprung en kvinna har. För att kvinnan ska få en bra upplevelse av omvårdnaden vid abort så krävs det att sjuksköterskan tillsammans med sin patient skapar en vårdrelation där kvinnan kan förmedla sina tankar och känslor (Halldén et al., 2009; Mariutti et al., 2007). På så sätt ger det sjuksköterskan möjlighet att erbjuda det stöd som kvinnan är i behov av (ibid.).

Kvinnor upplever att de inte får tillräckligt med information

Resultatet visar att kvinnor upplever att den information som ges under abortprocessen lämnar mycket att sakna och just avsaknad av tillräcklig information gör att kvinnor blir uppgivna och känner att deras möjlighet till självbestämmande begränsas som följd (Slade et al., 2001; Stålhandske et al., 2011; Mariutti et al., 2007). De beskriver även att de lägger tillit till sjuksköterskan att denne ska upprätthålla kvinnans autonomi genom att se till att kvinnan får tillfredsställande information och på så sätt kan ta egna välinformerade beslut i abortprocessen (ibid.). Likaså tidigare studier visar på hur välinformerade patienter vid abort känner mindre känslor av rädsla och oro och upplever omvårdnaden vid aborttillfället mer

tillfredsställande (Makleff et al., 2019). Resultatet demonstrerar att kvinnor vill att informationen individanpassas för att på bästa sätt tillgodose en personcentrerad omvårdnad. De anser det betydelsefullt att sjuksköterskan efterfrågar vad just den kvinnan behöver för information, vilka kunskaper som hon har kring abort och genom att ha en öppen och fortlöpande dialog med kvinnan gör det att hon vågar ställa frågor (ibid.). Önskan om en personcentrerad omvårdnad beskrivs också i studien av Lie et al. (2008) där kvinnor önskar att själva få välja hur mycket information man vill ta del av. Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor har sjuksköterskan en skyldighet att se till att patienter får information som är lämplig, tillräcklig och anpassad efter individen (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Sjuksköterskan ska också kunna ge information på ett sådant sätt att det förstärker patientens möjlighet till egenvård och främjar dennes hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Föreliggande studie visar att det är viktigt att kvinnor får information under tiden aborten genomförs och kontinuerligt för att känna att de kan bibehålla en viss kontroll över situationen och känna att de får möjlighet till självbestämmande (Mariutti et al., 2007; Slade et al., 2001). Det är en del av sjuksköterskans profession att kunna ge information som i förlängningen förstärker patientens möjlighet till egenvård men också för att främja hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Tillsammans med information från sjuksköterskan blir det tänkbart att kvinnors autonomi då kan förstärkas och fungera som en del i en holistisk omvårdnad. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016) kan sjuksköterskan skydda kvinnors autonomi genom att ge omvårdnad som att förklara och informera, vilket också främjar kvinnors upplevelse av självbestämmande. För att uppnå komfort krävs det enligt Kolcaba (1994) att sjuksköterskan uppmärksammar individens alla behov och patienterna vänder sig till sjuksköterskan för hjälp att uppnå komfort. De negativa upplevelser en kvinna har under en abort till följd av exempelvis fysisk och psykisk smärta kan då enligt Kolcabas komfort theory underlättas genom att förbättra andra delar av en individs behov, såsom behovet av information, och på så sätt öka komforten. Vidare beskriver Kolcaba att en ökad komfort för individen minskar negativa spänningar och de positiva kopplas istället på vilket leder till ett hälsofrämjande beteende hos individen. Det hälsofrämjande beteendet i sin tur är direkt kopplat till upplevd hälsa och välbefinnande hos individen (ibid.).

Studierna av Loi et al. (2018) och Mariutti et al. (2007) visar att kvinnor har ett behov av information och kunskap som är betydligt större än som påvisas i de studier som tagit plats i ett västerländskt sammanhang. Det är något att ha i åtanke vid vårdandet av kvinnor från

andra kulturer och religioner än västerländska. Tidigare forskning beskriver hur kvinnor i Kongo främst ställer frågor om abort till vänner, familj eller andra i byn (Moseson et al., 2019). Det är inte alls säkert att kvinnor har särskilt mycket kunskap om abort, både till följd av att det möjligtvis är illegalt i hemlandet eller att samhällsinformation inte är lika utbredd som i Sverige. Således är det essentiellt att informera alla patienter på lika villkor och att inte anta att kvinnan vet vad en abort innebär och hur processen går till. Det styrker Moseson et al. (2019) som visar att endast en liten del av kvinnor har fått information om abortmetoder via sjukvården.

Slutsats och kliniska implikationer

Ur resultatet framkommer det att kvinnor har ett behov av omvårdnad som sträcker sig utanför deras fysiska behov. Genom ökad kunskap av kvinnors upplevelse av omvårdnad vid abort kan föreliggande litteraturstudie ge sjuksköterskor ökad kunskap och förståelse för hur de på bästa sätt kan observera och synliggöra kvinnors behov under aborten. Resultatet visar att kvinnor önskar att mer fokus bör ligga på deras psykiska och existentiella behov. Vidare beskriver kvinnor att de önskar mer individanpassad information som en del i holistisk omvårdnad och för att stärka deras autonomi samt möjlighet till att ta grundade beslut. Sjuksköterskan utgör ett stort stöd för kvinnor som genomgår abort och det är därför viktigt att sjuksköterskan är närvarande, och lyhörd i sitt bemötande. Många kvinnor känner skam till följd av stigmatisering och vill därför att sjuksköterskan ska hålla sig neutral utan att förmedla egna värderingar kring aborten. För att förbättra kvinnors upplevelse av omvårdnad vid abort kan sjuksköterskan arbeta i enlighet med Kolcaba's *comfort theory* som framhåller vikten av holism i omvårdnadsarbetet. På så sätt kan sjuksköterskan identifiera varje enskild kvinnas behov av omvårdnadsinsatser under abortprocessen. Resultatet av föreliggande studie visar på att det behövs vidare forskning om kvinnors upplevelse av omvårdnaden i samband med abort för att bättre förstå vilka insatser som bäst får en positiv inverkan på upplevelsen.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna har båda deltagit med likvärdig aktivitet under arbetet med litteraturstudien. Båda har varit pålästa och aktiva under processens alla etapper och tagit lika ansvar vid kontakt med handledare och planering fortlöpande. De har arbetat både tillsammans och ensamma för att möjliggöra en effektiv arbetsprocess. Författarna har hela tiden fört en dialog avseende design och textutformning och har tillsammans godkänt den sista versionen.

Referenser

Artiklar som ingår i föreliggande litteraturstudie markeras nedan med *

Abortlag (SFS 1974:595). Stockholm: Socialdepartementet.

Akdag Topal, C., & Terzioglu, F. (2019). Assessment of depression, anxiety, and social support in the context of therapeutic abortion. *Perspectives in psychiatric care*, 55(4), 618–623. doi: 10.1111/ppc.12380.

*Altshuler, A. L., Ojanen-Goldsmith, A., Blumenthal, P. D., & Freedman, L. R. (2017). A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. *Social Science & Medicine*, 191, 109–116.

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

Alqahtani, N., Oh, K. M., Kitsantas, P., & Rodan, M. (2020). Nurses' Evidence- based Practice Knowledge, Attitudes, and Implementation: A Cross- sectional Study. *Journal of clinical nursing*.

Arman, M. (2017). Lidande. I G.L, Wiklund & I, Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 213–224). (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Brauer, M., van Ditzhuijzen, J., Boeijs, H., & van Nijnatten, C. (2019). Understanding Decision-Making and Decision Difficulty in Women With an Unintended Pregnancy in the Netherlands. *Qualitative health research*, 29(8), 1084-1095.

Chor, J., Tusken, M., Young, D., Lyman, P., & Gilliam, M. (2019). Factors Shaping Women's Pre-abortion Communication with Members of Their Social Network. *Journal of community health*, 44(2), 265–271.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (Tredje upplagan) (s. 141-152). Lund: Studentlitteratur.

Georgsson, S., & Carlsson, T. (2019). Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients. *Journal of advanced nursing*, 75(11), 3006-3017.

Gustin, L.W. (2015). *Psykologi för sjuksköterskor*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

*Halldén, B. M., Christensson, K., & Olsson, P. (2009). Early abortion as narrated by young Swedish women. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(2), 243–250.

Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl.) (s. 361-386). Lund: Studentlitteratur.

Herold, S., Kimport, K., & Cockrill, K. (2015). Women's private conversations about abortion: A qualitative study. *Women & health*, 55(8), 943–959.

Hulter, B. (2014). Sexualitet. I A-K. Edberg & H. Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (2. Uppl. s 581–609). Lund: Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet.

Karolinska institutet. (uå). *Svensk MeSH*. Hämtad 2019-03-17 från <https://mesh.kib.ki.se>

Kero, A., Högberg, U., & Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth—long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine*, 58(12), 2559–2569.

Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Chesla, C. A., & Gjengedal, E. (2018). Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. *Health care for women international*, 39(7), 784–807.

*Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Nortvedt, P., & Gjengedal, E. (2019). Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers. *Nursing ethics*, 0969733018819128.

Koehn, M. (2000). Alternative and complementary therapies for labor and birth: an application of Kolcaba's theory of holistic comfort. *Holistic Nursing Practice*, 15(1), 66–77.

Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*, 19(6), 1178–1184.

Kolcaba, K., Tiltion, C. & Doruin, C. (2006). Comfort Theory: A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *The journal of nursing administration* 36(11). 538-544

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (1. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Stockholm: Socialdepartementet.

Lie, M. L., Robson, S. C., & May, C. R. (2008). Experiences of abortion: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 8(1), 150.

Lin, M., Li, Y. T., Chen, F. M., Wu, S. F., Tsai, C. W., Chen, T. H., & Kuo, T. C. (2006). Use of mifepristone and sublingual misoprostol for early medical abortion. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 45(4), 321-324.

*Loi, U. R., Lindgren, M., Faxelid, E., Oguttu, M., & Klingberg-Allvin, M. (2018). Decision-making preceding induced abortion: a qualitative study of women's experiences in Kisumu, Kenya. *Reproductive health*, 15(1), 166.

Makleff, S., Wilkins, R., Wachsmann, H., Gupta, D., Wachira, M., Bunde, W., ... & Baum, S. E. (2019). Exploring stigma and social norms in women's abortion experiences and their expectations of care. *Sexual and reproductive health matters*, 27(3), 1661753.

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Marek, M. J. (2004). Nurses' attitudes toward pregnancy termination in the labor and delivery setting. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 33(4), 472–479. doi: 10.1177/0884217504266912

*Mariutti, M. G., Almeida, A. M. D., & Panobianco, M. S. (2007). Nursing care according to women in abortion situations. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(1), 20–26.

*McLemore, M. R., Desai, S., Freedman, L., James, E. A., & Taylor, D. (2014). Women know best—findings from a thematic analysis of 5,214 surveys of abortion care experience. *Women's Health Issues*, 24(6), 594–599.

Moseson, H., Shaw, J., Chandrasekaran, S., Kimani, E., Maina, J., Malisau, P., ... & Young, Y. Y. (2019). Contextualizing medication abortion in seven African nations: A literature review. *Health care for women international*, 1-31.

Polit, D F., & Beck, C T. (2013[2014]). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice (8. ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rubin, L., & Russo, N. F. (2004). Abortion and mental health: What therapists need to know. *Women & Therapy*, 27(3-4), 69-90.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken – etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Senzon, S. (2011). Five keys to real transformation in health care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(11), 1085–1089.

*Slade, P., Heke, S., Fletcher, J., & Stewart, P. (2001). Termination of pregnancy: patients' perceptions of care. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 27(2), 72–76.

Smith, JL., & Cameron, S. (2019). Current barriers, facilitators and future improvements to advance quality of abortion care: views of women. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 45(3), 207–212. doi: 10.1136/bmjsexrh-2018-200264.

Socialstyrelsen. (2018). *Statistik om aborter 2017*. Hämtad 2019-03-17 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20973/2018-5-17.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Hämtad 2019-03-18 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

Statens medicinsk-etiska råd. (2008). *Abort*. Hämtad 2019-03-15 från <http://www.smer.se/teman/abort/>

*Stålhandske, M. L., Ekstrand, M., & Tydén, T. (2011). Women's existential experiences within Swedish abortion care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(1), 35–41.

*Summit, A. K., Casey, L. M., Bennett, A. H., Karasz, A., & Gold, M. (2016). "I Don't Want to Go Anywhere Else": Patient Experiences of Abortion in Family Medicine. *Fam Med*, 48(1), 30–4.

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2020-01-02 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 2019-03-20 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2019-03-21 från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/>

Thorsén, H. (1997). *Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik* (2 uppl.). Stockholm: Liber.

Vårdförbundet. (2017). *Vad alla behöver veta om personcentrerad vård*. Hämtad 2020-01-06 från <https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-varden-battre/personcentrerad-var-d-och-jamlik-halsa/vad-alla-behover-veta/>

Watson, J., Simmonds, A., La Fontaine, M., & Fockler, M. (2019). Pregnancy and infant loss: a survey of families' experiences in Ontario Canada. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *19*(1), 129. doi:10.1186/s12884-019-2270-2.

Whitney, D. K. (2017). Emotional Sequelae of Elective Abortion: The Role of Guilt and Shame. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, *71*(2), 98–105.

World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2019-12-17 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yang, C. F., Che, H. L., Hsieh, H. W., & Wu, S. M. (2016). Concealing emotions: nurses' experiences with induced abortion care. *Journal of clinical nursing*, *25*(9–10), 1444–1454.