

# BACHELOROPPGAVE

Emnekode: SPU110

Navn: Linn Gudrun Kolstad

---

Kvinner's psykiske reaksjoner etter abort

Women's psychological reactions after  
abortion

---

Dato: 18.05.16

Totalt antall sider: 53

## Abstrakt

**Introduksjon:** I 2015 ble det gjennomført 14.061 aborter i Norge. Abort er et tungt valg som mange kvinner må leve med. Abort er vanlig, men kvinnen forblir ofte usynlig. **Hensikt:** Belyse mulige psykiske reaksjoner hos kvinner som velger abort. **Metode:** Allmenn litteraturstudie, hvor 14 forskningsartikler er inkludert for å belyse hensikten. **Resultater:** Funnene viser variasjoner. Noen kvinner er uberørt etter hendelsen. Andre påminnes stadig aborten og har blandede følelser. En siste gruppe med kvinner har betydelige emosjonelle plager. **Diskusjon:** Funnene er diskutert opp mot annen relevant forskning og pensum. Diskusjonen berører personlighet og sosialt nettverk, samt støtte fra sykepleiere som faktorer som kan ha sammenheng med kvinners reaksjoner. I metodediskusjonen belyses oppgavens styrker og svakheter. **Konklusjon:** Det emosjonelle er lite i fokus, da sykepleiere blant annet ikke stiller de vanskelige spørsmålene. Kvinner som mangler støtte, trøst og trygghet kan få det vanskeligere etter aborten. Det er viktig med informasjon om reaksjonene som kan komme.

Nøkkelord: Abort, svangerskapsavbrudd, psykiske reaksjoner, erfaringer, sykepleie

## Abstract

**Introduction:** In 2015, there was 14.061 completed abortions in Norway. Abortion is a difficult choice and many women have to live with it for the rest of their lives. Abortion is common, but the women often remains invisible. **Purpose:** Illuminate possible psychological reactions of women who choose abortion. **Method:** Literature study, where 14 research papers are included to illustrate the purpose. **Results:** The findings show variations. Some women are unaffected by the incident. Others being reminded constantly about the abortion, and have mixed feelings. The last group of women have substantial emotional distress. **Discussion:** The discussion includes the findings, compared to other relevant research and the curriculum. The discussion contains personality and social network, and support from nurses as factors that may relate to women's reactions. The last part of the discussion is highlighting strengths and weaknesses. **Conclusion:** The emotional aspects is not the nurses' focus. Nurses tend to avoid asking the hard questions. Some women lack support, comfort and safety, which might cause emotional distress. The women needs information about the psychological reactions that may come.

Keywords: Abortion, termination of pregnancy, psychological reactions, experience, nursing

# INNHOLD

INTRODUKSJON .....	5
Oppgavens hensikt .....	6
BAKGRUNN .....	7
Kvinnehelse .....	7
Kommunikasjon .....	8
Lovverk .....	8
Selvbestemt abort .....	9
METODE .....	11
Framgangsmåte .....	11
Søkestrategi .....	12
Utvalgsstrategi.....	13
Etiske vurderinger .....	14
Analyse.....	14
RESULTAT .....	17
De ubesvarte kvinnene .....	17
Kvinner som stadig lar seg påminne .....	18
Kvinner med betydelige emosjonelle plager .....	19
DISKUSJON .....	23
Resultatdiskusjon .....	23
Metodediskusjon .....	29
AVSLUTNING .....	31
LITTERATUR .....	33

Antall ord: 9689

## VEDLEGG

Vedlegg 1: Granskningsprotokoll (Sjöblom & Rygg, 2012)

Vedlegg 2: Tabell 3, oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 3: Tabell 4, innholdsanalyse

## INTRODUKSJON

På verdensbasis ender om lag ett av fem svangerskap i provosert abort. I løpet av de årene Norge har hatt selvbestemt abort har denne statistikken også vært gjeldende her (Folkehelseinstituttet, 2015; Vigran & Lappegård, 2003). Aborttallene i Norge er statistisk sett på nivå med gjennomsnittet for Norden, med omtrent 16000 utførte aborter pr år (Jerpseth, 2010; Jettestad, 2010). I løpet av de siste årene har aborttallene gått ned, og i 2014 ble det ifølge Folkehelseinstituttet (2015) utført 14061 aborter. Broen (2008) mener at det kan være et stort antall kvinner som går med plager i forhold til aborten. Kvinnene lider ofte i ensomhet og i stillhet, fordi abort og deres ettervirkninger fortsatt er et tabuområde i Norge. Jettestad (2010) viser også at kvinner kan ha psykiske problemer i etterkant av en abort. Temaet abort gir grobunn for diskusjoner fordi det griper inn i samfunnsmessige interesser, tro, etikk og moral, samt at det er store kulturelle og religiøse forskjeller å ta hensyn til. Dette kan være med å gjøre situasjonen vanskeligere for kvinnene.

Å gjennomføre en selvbestemt abort er for mange kvinner et tungt valg, som ofte er forbundet med skam og seksuell løssluppenhet. Spontane aborter derimot, er mer akseptabelt å snakke om, og kvinner som opplever det blir møtt med sympati og forståelse for reaksjonene de har. Årsakene til svangerskapsavbrudd kan være mange, deriblant psykiske, fysiske, sosiale og/eller økonomiske grunner. Noen kan ha følt seg presset til å ta en abort. Ofte er valget preget av flere faktorer, og av ambivalens. Forklaringen bak aborttallene kan også være manglende informasjon og prevensjon, og usikkerhet for fremtiden. Sivilstatus, forhold til barnets far, utdannings- eller yrkessituasjon, alder og helse spiller også inn. Samtidig er kvinnens holdning til abort som en mulig løsning viktig (Vigran & Lappegård, 2003; Jerpseth, 2010).

I sykepleiestudiet er det lite undervisning om kvinnehelse. Enda mindre om temaet abort. Av statistikken ser man at mange kvinner på et eller annet tidspunkt kommer i kontakt med helsetjenesten for å få utført en abort. Mange kvinner trenger å prate om valget sitt i etterkant, men abort er et følsomt tema, som kraver at sykepleieren tar seg godt tid til å lytte og være tilstede for kvinnen (Jettestad, 2010). Norsk sykepleieforbund (2011) har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som presiserer at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Hvilke behov et menneske har kan variere. Noen trenger hjelp med å sortere tanker og følelser. Det er viktig å huske at kvinner som velger abort kan være i forskjellige aldre og hver situasjon vil være ulik. Det er derfor viktig at støtte og informasjon tilpasses den enkelte.

Alle kvinner som går gjennom en abort må leve med valget videre. Allerede på sykehuset begynner mange kvinner å bearbeide hendelsen. Mange av disse kvinnene vil dessuten før eller siden komme i kontakt med helsevesenet igjen. Psykiske reaksjoner kan komme i situasjoner hvor det ikke er ventet, for eksempel ved en senere graviditet, eller andre urelaterte undersøkelser og behandlinger. Tanker og følelser rundt aborten kan komme tilbake og påvirke kvinnen og hennes helse. Det vil derfor være nyttig for allmennsykepleiere å vite noe om temaet, da kvinnen kan ha behov for ekstra samtale og støtte ved et senere tidspunkt. Det kan også tenkes at noen kvinner som velger abort er i en livssituasjon som tilsier at de har behov for oppfølging i etterkant av aborten. Til tross for at abort er vanlig, forblir ofte den abortsøkende kvinnen usynlig (Kero, 2005). Dette bør endres. For å kunne gjøre det må utfordringer rundt provosert abort komme fram, øke forståelsen og engasjementet, både hos sykepleiere, helsepersonell og samfunnet for øvrig.

### **Oppgavens hensikt**

Hensikten med denne oppgaven er å belyse mulige psykiske reaksjoner hos kvinner som velger abort. De valgte artiklene har intervjuet kvinner på ulike tidspunkt etter aborten. Det er kun provosert abort som inkluderes i studien, da dette vil oppleves annerledes enn for kvinner som opplever spontanabort. Pasientperspektivet brukes for å finne hvordan kvinnene selv opplever det å ta abort, og hvilke tanker, reaksjoner og problemer de har hatt etter inngrepet. Det er viktig å belyse temaet om ettervirkninger av abort for å optimalisere omsorg i sykepleierens møte med kvinner.

## **BAKGRUNN**

### **Kvinnehelse**

Begrepet kvinnehelse rommer kunnskap om sykdom og skade som kan ramme kvinner og hvordan sykdomsprosessene og behandling eventuelt skiller seg ut fra det man vanligvis finner hos menn. Det er en fundamental forskjell på kvinner og menn helt ned på cellenivå. Kvinnehelse omfatter selvfølgelig svangerskap, fødsel og abort, men begrepet er mer omfattende enn som så. På noen områder er ulikheten mellom kvinner og menn knyttet til biologien. Blant annet har kvinner betydelig større sjanse for å få brystkreft enn menn, noe som kommer av sammenhengen mellom kvinnelige kjønnshormoner og brystets utforming. Sosiale normer for kvinnelighet har også innvirkning – man ser for eksempel oftere spiseforstyrrelser hos jenter enn gutter. Ofte dør kvinner av samme sykdommer som menn, men også her er det ulikheter. Kvinner får i snitt hjerteinfarkt 10 år senere enn menn, og symptomene er ulike hos menn og kvinner. Kvinner har også større forekomst av mentale lidelser som angst og depresjon, mens menns mentale lidelser oftere tar form av vold, selvskade og rusbruk (Sundby, 2010).

Reproduktiv helse er i størst grad knyttet til kvinner, og er et uttrykk for god helse i alt knyttet til seksualitet og reproduksjon. Begrepet innebærer de reproduktive prosessene, funksjonene og systemene på alle stadier i livet. Reproductiv helse betyr at folk har et ansvarlig og godt seksualliv, og at de kan reprodusere seg når og hvor ofte de ønsker. Dette innebærer å ha adgang til trygge prevensjonsmidler og rett til helsetjenester som gjør reproduksjon trygt. Kvinner skal kunne overleve fødsel, få fødselshjelp, svangerskapsomsorg, behandling for kjønnssykdommer og infertilitet, og informasjon om seksualitet og samliv som unge. I Norge er kvinner vel ivaretatt, selv om det også her hender at kvinner dør av problemer knyttet til graviditet/fødsel. Globalt sett er kvinnehelse en betydelig utfordring, særlig i fattige land. Nesten en halv million kvinner dør av unødvendige svangerskapskomplikasjoner hvert år og mange tusen dør av farlige og illegale aborter. Begrepet reproductiv helse har ikke hittil omfattet rett til svangerskapsavbrudd, de enkelte land har egne regler hvilket kan være svært forskjellige. Det er derimot på flere FN-konferanser besluttet at kvinner som tar abort ikke skal kriminaliseres (Sundby, 2010).

## **Kommunikasjon**

Kommunikasjon er en viktig del av sykepleierollen, og danner grunnlaget for utøvelsen av faget. Gjennom kommunikasjonsferdigheter kan sykepleieren veilede, undervise, støtte og vise forståelse (Kristoffersen, 2005). Sentralt i sykepleien er også opplevelsen av lidelse og tap, hvilket er uunngåelig for mennesker. Lidelse er en del av livet, og mennesket har en evne til å søke mening i både lidelse, sykdom og smerter (Travelbee, 1999). Sykepleierens oppgave vil være å hjelpe den lidende til å finne mening i situasjonen. For å kunne gjøre dette vil etablering av et menneske-til-menneske forhold være et viktig redskap. Etableringen av forholdet skjer gjennom symbolikk og innlevelse, og sykepleieren må vite hvordan det er passende å kommunisere for å vise at man har forstått den andre (Hummelvoll, 2014). Prosessen går ut på å formidle tanker, følelser og opplysninger til hverandre, og skjer først og fremst med ord, men også mimikk, tonefall, kroppsholdning og berøring (Travelbee, 1999; Hummelvoll, 2014).

## **Lovverk**

I Norge trådte den første abortloven i kraft i 1964, da var det ei nemnd av to leger som tok avgjørelsen om grunnlaget for abort var godt nok. Gjennom hele 70-tallet ble politikere presset for å revidere loven, og et nytt vedtak kom i 1975 (Jettestad, 2010). I abortloven (1975) § 2 står det spesifisert at kvinnen selv har mulighet til å ta den endelige avgjørelsen om svangerskapsavbrudd inntil uke 12 i svangerskapet. Det var likevel først i 1979 at kvinner i praksis fikk selvbestemt abort. Abortsøkende kvinner kan i dag henvende seg direkte til sykehuset, til helsesøster eller til jordmor, og trenger ikke å gå til lege for å underskrive abortbegjæring (Jettestad, 2010).

I likhet med Abortloven (1975) § 14, står det beskrevet i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011) at sykepleieren kan be seg fritatt for plikter som hører inn under sykepleierens funksjonsområde, hvis pliktene er i strid med sykepleierens samvittighet. I tillegg, legges det også vekt på at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet. Pasienten skal få helhetlig sykepleie, har rett til medbestemmelse og rett til ikke å bli krenket. Sykepleieren skal respektere pasientens valg.



## Selvbestemt abort

Provosert, elektiv og indusert abort er alle begreper som brukes om selvbestemt abort. Begrepene kan brukes om hverandre, men alle betegner en abort eller et svangerskapsavbrudd som er kunstig fremkalt, i den hensikt å hindre en fødsel av et barn (Nesheim, 2014). Som nevnt tidligere er det viktig at kvinnen støttes av sykepleieren når hun har bestemt seg for å ta abort (Norsk sykepleieforbund, 2011; Jerpseth, 2010). Kvinnen må møtes med forståelse, og valget må respekteres. Selv om kvinner i praksis har hatt selvbestemt abort siden 1979, virker det som om dette er et tema som fortsatt er noe tabubelagt og forbundet med negative og vonde følelser, både for kvinnen selv og omgivelsene. Aborten kan gjennomføres kirurgisk eller medisinsk.

**Kirurgisk abort** var tidligere den vanligste metoden for å få utført abort. Nå er det mulig å velge mellom kirurgisk og medisinsk abort. Kirurgisk abort kan foretas fram til uke 12 i svangerskapet. Innleggelse skjer etter at kvinnen har vært i samtale med lege og sykepleier på poliklinikken. Før operasjonen får kvinner som ikke har født før, en stikkpille i skjeden som mykner opp og utvider livmorhalsen. Dette er for å gjøre selve operasjonen så skånsom som mulig. Selve operasjonen skjer i narkose eller ved lokalbedøvelse rundt livmorhalsen. Hele inngrepet tar omtrent 20 minutter (Norsk Helseinformatikk, 2014). Fosteranlegget fjernes gjennom et sug som settes inn i livmorhulen (Norsk helseinformatikk, 2014; Jettestad, 2010). I 2010 ble 27 % av alle aborter foretatt kirurgisk i Norge.

**Medikamentell abort** har blitt vanligere de siste årene, og i 2010 var andelen på 73 %. Aborten innledes ved at kvinnen får tabletter med mifepriston. Virkestoffet gjør at livmoren ikke lenger reagerer på kroppens eget hormon, progesteron. Utviklingen av graviditeten stopper. Kvinnen kan dra hjem, og etter 2 døgn skal hun komme tilbake til sykehuset. Behandlingen fortsettes med misoprostol, som plasseres i skjeden. Livmoren vil trekke seg sammen, og de aller fleste aborterer innen 4-6 timer (Norsk helseinformatikk, 2013; Jettestad, 2010). Medisinsk abort er smertefullt, men anses som mer skånsomt for kroppen. Noen sykehus tilbyr hjemmeabort hvis visse kriterier oppfylles (Norsk helseinformatikk, 2013).



## METODE

Denne oppgaven er et litteraturstudie som er utført så systematisk som mulig. Den er kvalitativt orientert for å kunne gå mer i dybden og få flere opplysninger. Dette får fram variasjon, både det som er spesielt og det som avviker. I denne litteraturstudien tilstrebes at kravene til validitet og reliabilitet imøtekommes, og feilmarginer belyses.

Litteraturstudien er kritisk gjennomført, og er et sammendrag av utvalgt forskning innenfor abort, for å sette hensikten i sammenheng. Oppgaven er bygget opp av kunnskap som allerede eksisterer. Gjennomgangen av forskningen er utført med et kritisk blikk, inspirert av Polit & Beck (2012) og Forsberg & Wengstrøm (2008). I denne studien ble det først formulert en hensikt, og deretter bestemt inklusjons- og eksklusjonskriterier (se tabell 1). Systematisk søk ble så gjennomført for å finne svar på denne hensikten.

**Tabell 1 – oversikt over utvalgskriterier**

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Original vitenskapelig artikkel	Fagartikkel, systematisk oversikt, brev
Pasientperspektiv	Pårørende- eller sykepleieperspektiv
Norsk, svensk, dansk- eller engelskspråklig.	Alle andre språk utelukkes
Provosert abort	Artikler som kun omhandler spontan abort.
Tidlig abort (første trimester)	Aborter tatt på grunn av fosterskade eller artikler som kun omhandler senaborter
Gjennomført i vestlige land, eller land med overføringsverdi til Norge	Forskning gjennomført i u-land, som ikke har direkte overføringsverdi til Norge

### Framgangsmåte

Det ble benyttet strukturert og manuelle søkemetoder i litteraturstudien. Søket etter artikler ble gjennomført i januar 2016. Ut fra hensikten ble det funnet ulike søkeord. Søket begynte bredt, og ble senere snevret inn med ulike kombinasjoner av søkeord, og ved bruk av AND. Polit & Beck (2012) belyser at AND snevrer søket inn til at samtlige søkeord skal inngå i treffet.

## Søkestrategi

I søket etter forskningsartikler ble Academic Premier Search, Cinahl, PsycINFO og Swemed+ benyttet. Disse databasene har forskningsartikler nasjonalt og internasjonalt. Polit & Beck (2012) anbefaler særlig Cinahl og Medline for sykepleie, Forsberg & Wengstrøm (2008) anbefaler i tillegg PsycINFO og Swemed+. Søkestrategier ble utforsket i alle databasene. Strategien er dokumentert i tabell 2, som viser dato for søk, database, avgrensninger og søkeord, samt antall treff. Søkematriksen er inspirert av Polit & Beck (2012):

**Tabell 2 – Søke- og utvalgsstrategi**

Dato	Database	Avgrensninger	Søkeord	Treff	Lest tittel	Lest abstrakt	Lest artikkel	Utvalg
05.01 2016	Academic Premier Search	Full text English 2000-2015	Abortion, induced AND nursing	165	165	12	5	2
07.01 2016	Academic premier search + Cinahl	Full text 2000-2015	Feelings or emotions AND termination of pregnancy	98	98	7	5	3
07.01 2016	Cinahl	2000-2015	Abortion, induced AND stigma or social values	72	72	3	2	1
11.01 2016	Swemed+		Provosert abort	10	10	3	2	1
14.01 2016	Academic Premier Search	Full text 2005	Women's experiences AND induced abortion	115	115	2	2	2
27.01 2016	PsycINFO	2000-current	exp Induced abortion AND exp Emotional responses or exp emotional trauma or exp emotions	117	117	5	1	1
27.01 2016	PsycINFO	2000-current	Exp Emotions AND exp induced abortion AND exp women	29	29	6	2	1
27.01 2016	PsycINFO	2000-current	Exp Human females AND exp Experiences (events) AND exp induced abortion	27	27	3	2	2

## Utvalgsstrategi

I tabell 2 har antall treff per søk blitt dokumentert. Første påfølgende kolonne viser antall titler som ble lest. Dersom tittelen virket relevant, ble også abstraktet lest. Her står det gjerne litt mer om innholdet i artikkelen, og dersom det ikke var noen klare eksklusjonskriterier (tabell 1), ble artikkelen lagret og lest i sin helhet. På dette tidspunktet ble et skjema av Sjöblom & Rygg (2012) (se vedlegg 1) brukt for å granske artiklene i forhold til vitenskapelig nivå og kvalitet. Mange ble ekskludert på grunn av de bestemte utvalgsriteriene (tabell 1), og etter vurdering av kvalitet og reliabilitet. Skjemaet av Sjöblom & Rygg (2012) ble funnet gjennom Nord Universitet sine sider.

De valgte artiklene ble undersøkt nøye, og det var viktig at artiklene var fagfellevurdert og/eller at tidsskriftet var på akseptert vitenskapelig nivå. For å finne hvilket vitenskapelig nivå tidsskriftet er på ble de søkt opp i registeret over autoriserte publiseringskanaler (Database for statistikk som høgre utdanning, 2014). De fleste utvalgte artiklene har vitenskapelig nivå 1, og noen av artiklene er på nivå 2. Artiklene ble også vurdert med tanke på struktur. Det er foretrukket at IMRaD-strukturen er benyttet, da det ifølge Polit & Beck (2012) vanligvis er den som brukes i forskningsartikler. Totalt ble 26 artikler lest i sin helhet og 12 forkastet. Av de 14 utvalgte artiklene ble én artikkel funnet etter et manuelt søk. Informasjon om de 14 artiklene ble samlet i tabell 3, som er inspirert av Polit & Beck (2012) (se vedlegg 2 for hele tabellen):

**Tabell 3 – eksempel fra oversikten over inkluderte forskningsartikler**

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar til kvalitet
Aléx, Lena & Hammarström , Anne  Scandinavian Journal of Caring Sciences, “Women’s experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective”  2004, Sweden	Studiens hensikt var å belyse kvinners opplevelse av provosert abort fra et feministisk perspektiv.	Kvalitativ studie  Intervju med kvinner en måned etter utført abort	5 kvinner i alderen 19-33 år.  Noen kvinner trakk seg i prosessen	Kvinnene forklarer følelser som sjokk og glede da de finner ut at de er gravide. Ingen av kvinnene i studien planla graviditet. En kvinne planla selvmord som følge av graviditeten. Kvinnene hadde erfaring med både fysisk og psykisk tunge opplevelser, noen av dem følte at helsepersonell ignorerte eller ikke hadde forståelse for dette. Andre beskrev stor støtte fra helsepersonell, men de fleste hadde ikke støtte fra en partner av ulike årsaker ...	- Peer review - Vitenskapelig nivå 1 - God metodeutførelse med rekruttering fra flere forskjellige sykehus. - Frivillig deltakelse, samtykke og anonymitet - Få deltakere, ikke nødvendigvis representativt

### Etiske vurderinger

I likhet med Polit & Beck (2012) og Dalland (2000), ble det i vurderingen av de inkluderte forskningsartikler undersøkt at forfatterne har høyere utdanning og at artiklene er relevante for denne litteraturstudien. Ikke alle de inkluderte artiklene er godkjent av en etisk komite, men de har blitt vurdert ut fra etiske retningslinjer. Blant annet informerer samtlige forfattere om ivaretagelse og anonymisering av deltakere. Mange sørget for et skriftlig, frivillig samtykke. Deltakere kan når som helst trekke seg fra undersøkelsen, og i flere av forskningsartiklene har det skjedd. Artiklene og teori brukt i denne studien er vurdert i forhold til kilder, og henvisninger i teksten er på riktig sted. Mange av forskningsartiklene er skrevet på engelsk, og disse har blitt oversatt til norsk. Oversettelsen er gjort så nøyaktig som mulig.

### Analyse

For å analysere innholdet i forskningsartiklene ble det brukt en innholdsanalyse med lite tolkning, inspirert av Graneheim & Lundman (2004). Det ble funnet elementer som er felles i flere av forskningsartiklene, og disse utgjør et meningsfullt mønster. De meningsbærende enhetene ble skrevet inn i tabell 4, ble skrevet ut på papir og fikk fargekoder for å finne likheter. De meningsbærende enhetene som hadde likheter ble samlet i underkategorier, som til slutt ble sortert i hovedkategorier (tabell 4):

**Tabell 4 – underkategorier og kategorier**

Underkategorier	Kategorier
Kvinner følte en lettelse etter aborten	De ubesvæerte kvinnene
Kvinner sa at de ikke angret og at avgjørelsen var riktig	
Ingen emosjonelle plager over tid	
Unngåelse av tilbakevendende tanker	Kvinner som stadig lar seg påminne
Det må være en mening med aborten	
Tanker kom først ei stund etter aborten	Kvinner med betydelige emosjonelle plager
Kvinner beskriver ambivalens og kroppslig tomhet	
Skam, sorg og skyldfølelse, selvbedømmelse og ensomhet er vanlig i etterkant av abort	
Stigmatisering gir flere negative følelser	
Noen kvinner er sårbare i forhold til angst og depresjon	
Skuffelse ovenfor seg selv, angrer	
Smertefull ansvarsfølelse og personlige omstendigheter viktig for opplevelsen	

Se vedlegg 3 for underliggende meningsbærende enheter





## RESULTAT

Resultatet i denne litteraturstudien omfatter 14 vitenskapelige artikler, hvor 8 studier anvender kvalitativ metode, 4 anvender kvantitativ metode og 2 studier har kombinert metodene. Studiene er gjennomført i Sverige, Norge, USA og Storbritannia. Gjennom analysen av de vitenskapelige artiklene ble det funnet 3 kategorier; «De ubesvæerte kvinnene», «Kvinner som stadig lar seg påminne» og «Kvinner med betydelige emosjonelle plager», med 13 underkategorier.

### **De ubesvæerte kvinnene**

**Kvinner føler en lettelse** over at graviditeten var blitt avsluttet (Aléx & Hammarström, 2004; Broen, Moum, Bødtker, & Ekeberg, 2006; Goodwin & Ogden, 2007; Halldén, Christensson & Olsson, 2009; Stålhandske, Makenzius, Tydén & Larsson, 2012; Trybulski, 2006; Weitz & Kimport, 2012). Noen kvinner i denne gruppen forteller at de ikke var ulykkelig umiddelbart etter aborten, og at de heller ikke har vært det i tiden etter. Noen har opplevd gode følelser, og var svært lettet når livet gikk tilbake til det normale igjen. Disse kvinnene forteller at hendelsen ikke var så stor i deres liv, og at de sjelden tenker på det som skjedde (Goodwin & Ogden, 2007; Halldén et al., 2009). En kvinne sier «The relief came straight after I'd had the abortion. It felt wonderful... I could go back to normal» (Halldén et al., 2009, s 249). Lettelsen som kvinnene opplever kommer av at de følte den riktige avgjørelsen ble tatt.

I denne gruppen var det vanlig med en rekke argumenter til fordel for abort. Noen hadde usikre forhold og ville ikke oppdra et barn på egenhånd. Noen argumenterte med at økonomien ikke strekker til eller at de er for unge for å få barn; «I was unemployed. I had no income. I felt that I had nothing to give my child» (Alex & Hammarström, 2004 s. 163). Kvinnene diskuterte hvordan de positive følelsene hadde vedvart fra aborten og fram til intervjuet. For noen hadde det ikke vært et spørsmål om de skulle beholde eller ikke, og for flere var det ikke riktig tidspunkt å få et barn. For flere kvinner var det likevel viktig at de selv kunne rettferdiggjøre aborten da valget ble tatt: «I certainly don't dwell on it and it doesn't make me feel upset, or depressed, or guilty I mean but then I didn't have those feelings to begin with because to me I could justify doing it» (Goodwin & Ogden, 2007, s. 240).

**Denne gruppen kvinner angret ikke**, og sa at de hadde tatt den riktige avgjørelsen. Noen synes avgjørelsen var vanskelig, men også den eneste mulige valget (Stålhandske et al., 2012; Broen et al., 2005). For disse kvinnene var det viktig at et barn skulle være ønsket, noe det

ikke var denne gangen. Årsakene for abort, og de personlige omstendighetene framstår som viktige for utfallet av de emosjonelle reaksjonene. Det er viktig at kvinnen tar valget selv (Broen et al., 2006; Weitz & Kimport, 2012). De som tilhører denne gruppen, gir gjerne også uttrykk for flere gode følelser utenom lettelse. Noen følte seg i bedre psykisk form, og føler et ansvar ovenfor familie, partner og tidligere barn. Opplevelsen av å ha tatt den riktige avgjørelsen hang sammen med lettelse; «like a stone had been lifted» (Stålhandske et al., 2012, s. 56). I tillegg klarte en del av kvinnene å glede seg over å ha opplevd et svangerskap, og følte seg med ett mer moden (Aléx & Hammarström, 2004). Når kvinner ble intervjuet på ulike tidspunkt etter aborten, ble det funnet at de positive følelsene sto sterkt på alle tidspunkt (Broen et al., 2005).

**Emosjonelle plager** eksisterte ikke over tid. Selve avgjørelsen var lite konfliktfylt. Årsakene til abortene er gjerne at enkelte kvinner hadde fått de barna de hadde ønsket seg, eller at de ikke ønsket å bli foreldre enda (Kero, Högberg & Lalos, 2004). De fleste, som nevnt, føler de har tatt den riktige avgjørelsen, og de tenkte mindre og mindre på aborten etter hvert som tiden gikk. Videre forklarer mange kvinner at alle følelser, positive som negative, ble redusert over tid (Rocca, Kimport, Roberts, Gould, Neuhaus & Foster, 2015). Kvinnene med lite emosjonelle plager, har dessuten gjerne sosial støtte og var aktiv i studier eller jobb, hvilket hjalp dem å rettferdiggjøre avgjørelsen de hadde tatt (Rocca et al., 2015).

### **Kvinner som stadig lar seg påminne**

**Unngåelse av tilbakevendende tanker** er typisk for noen kvinner. De som kommer inn under denne kategorien skåret høyt på undersøkelser som viser unngåelse av minner. Noen av kvinnene beskriver at de slår av TV hvis det kommer et program om graviditet eller abort. Enkelte vegrer seg for å besøke venninner og søsken som nylig har fått barn. Hvis abort kom opp som et diskusjonstema forteller enkelte kvinner at de ikke ville delta i diskusjonen (Broen et al., 2006; Trybulski, 2006). Et fåtall forteller om at de opplevde en emosjonell endring etter aborten, som involverte negative, tilbakevendende tanker. De var triste og hadde det vanskelig i tiden rundt aborten. De prøvde å gå videre ved å stenge hendelsen ute eller bare legge det bort, fordi de måtte tilbake i jobb og ønsket seg tilbake til «normalen». Likevel begynte etter hvert de å tenke på aborten igjen og ble påvirket emosjonelt av det (Goodwin & Ogden, 2007). En kvinne forklarer at hun hadde lagt bort hele hendelsen, men mange år senere hadde blitt trist; «I decided to get that box out and open, you know open it and examine the contents and no it wasn't very nice» (Goodwin & Ogden, 2007, s. 237).

**Tanker om aborten kom tilbake** gjerne ei stund etter aborten var gjennomført. Enkelte ble overrasket over at tankene ikke kom med en gang etter aborten (Stålhandske, Ekstrand & Tydén, 2011). Andre trodde gjerne at tankene og følelsene i forhold til aborten var overstått, og ble derfor overrasket over å få dem tilbake flere år senere. En viktig, avgjørende trigger var forsøk på graviditet, eller en graviditet. Flere som tenkte tilbake på aborten, tenkte på hvordan barnet ville blitt, og hvilke likheter med søsken det ville hatt. En kvinne forklarer at hun på tidspunktet for aborten hadde tanker om at det smarteste var å gi seg selv og partneren en mulighet for en ny start ved å avslutte svangerskapet, gifte seg på tradisjonelt vis, og tilslutt få barn. De fikk vanskeligheter med å få barn, og hun sier: «I am like, Oh my God, here I am trying to get pregnant at 39 or 40 and I can't do it. And here I terminated a beautiful child when I was 36» (Trybulski, 2006, s. 686). Siden de eksistensielle tankene kom ei stund etter aborten, var det mange som ikke fikk den støtten de følte at de hadde behov for. Svangerskapsomsorgen beskrives som rasjonell og nøytral, med for lite fokus på det emosjonelle. Noen synes derfor at det ble for rart og merkelig å skulle snakke med personalet på avdelingen (Stålhandske et al., 2011).

**Meningen med aborten** er for mange også et viktig punkt. En del forsøkte å finne en mening med aborten. Denne prosessen var pågående, og tilbakevendende. For noen av kvinnene var ikke det å ta en abort et problem, men det var viktig at det ble gjort av valide årsaker. Noen opplevde at ritualer kunne ha en trøstende effekt, både tradisjonelle, religiøse ritualer eller noen personlige ritualer som avsluttet prosessen (Trybulski, 2008). Blant de aborterende kvinnene var det noen som, selv etter flere år, fortsatt forsøkte å integrere hendelsen i livet. En kvinne forteller åpent om at hun har uløste problemer:

«I think one can just accept the fact that there was a time in your life and there were issues and you were weak. I have come to really believe it was just solely because I was trying to please him that I gave in to myself. That even then I knew it was wrong, but I did because I was trying to please and I thought maybe I would save the relationship by doing it, which didn't make any difference, even still... I feel in many ways God has just punished me...» (Trybulski, 2008, s. 580).

### **Kvinner med betydelige emosjonelle plager**

De som tilhører denne kategorien forteller i større grad om sorg, tvil og krise, enn kvinner i de to andre kategoriene. 4 måneder etter aborten er mange i gang med en sorgprosess, i krise

eller depresjon, hvorav noen sørger over et tapt barn. Etter ett år sier mange at de har forsonet seg med hendelsen, selv om de vonde følelsene fortsatt er tilstede (Kero et al., 2004).

**Ambivalens og kroppslig tomhet** er for mange kvinner helt normalt etter en abort. Som en kvinne selv sier: «The worst thing was that whatever choice I made it would be wrong» (Aléx & Hammarström, 2004, s. 163). For noen var det umulig å velge mellom en abort og det å føde et barn. Mange kvinner var positive til retten til å ta abort, men de var meget negative ovenfor sin egen abort. En grunn for dette var at valget de tok kan komme til å bli vanskelig senere i livet. Noen frykter også at de ikke kan få barn ved et senere tidspunkt hvis de tar abort. Enkelte av disse kvinnene ble dessuten spontant glade da de fant ut at de var gravide og skulle få barn, og synes derfor abort følte feil (Aléx & Hammarström, 2004). Selve avgjørelsen om å ta abort, er for svært mange konfliktfylt og vanskelig. Noen sier at de ønsker å føde barnet, noen er ambivalente. Religiøse synes gjerne at avgjørelsen blir enda vanskeligere. På den ene siden strider abort mot troen, hvilket kan føre til større grad av selvbedømmelse. På den andre siden er religiøse oftere kritisert av samfunnet for valget som er tatt (Cockrill et al., 2013). En kvinne følte at hun gikk ut av seg selv og så seg selv som en annen person som opplevde realiteten, samtidig som hun ble blendet av realiteten:

«Something big has happened to me... Sometimes I felt like I really stood outside myself and just looked at someone I didn't know that was experiencing this, and other times it felt like it was me that was going through it and then it became real» (Halldén et al., 2009, s. 246).

Kvinnene forklarer at de ser for seg at de har tatt bort et lite barn og beskriver den kroppslige tomheten, følelsen av at de egentlig skulle vært mor og ser partneren som en potensiell far. Mange situasjoner i dagliglivet minner dem på at de har gått glipp av det å bli mor, for eksempel når de ser foreldre med barnevogn, og noen tenker at det kunne vært dem som hadde med seg barnevognen ut (Halldén et al., 2009).

**Skam, sorg og skyldfølelse, selvbedømmelse og ensomhet** er vanlig i etterkant av en abort (Stålhandske et al., 2012; Broen et al., 2005; Broen et al., 2006). Sorg og skyldfølelsen avtar betraktelig fra 6 måneder til 2 år etter aborten (Broen et al., 2005). Det ble funnet at kvinner kan ha en «lineær» form for bedring, hvor sorgen, skyldfølelsen og tapsfølelsen ble gradvis redusert over tid. Redusert ble også ulykkelighet, uro og depresjon. Selv om det var en bedring, beskrev mange av kvinnene etter aborten at de følte på tapet og skyldfølelsen, i tillegg til at de var særlig ulykkelige (Goodwin & Ogden, 2007). En kvinne beskriver at hun hadde lyst til å stenge alt ute, og sa «... The period immediately after, I did have to deal with a lot of guilt» (Goodwin & Ogden, 2007, s. 236). Det kan også sees sammenhenger mellom

årsak til abort og psykiske reaksjoner i etterkant. Press fra mannlig partner, økonomiske årsaker, press fra venner, hjemmesituasjon og at partner ikke ønsker barn enda, er alle årsaker som kan relateres til negative psykologiske reaksjoner (Broen et al., 2005; Kero et al., 2004).

Skam, anger og sinne er sentrale følelser for mange (Broen et al., 2005; Broen et al., 2006). Mange av de nevnte negative følelsene opptrer sammen hos kvinnene. Skam var i større grad tilstede hos kvinner med provosert abort, sammenlignet med kvinner med spontan abort. Kvinner med provosert abort har ikke så sterke reaksjoner tidlig i forløpet, men hadde mer langvarige reaksjoner enn spontanaborterende kvinner (Broen et al., 2006). Cockrill et al. (2013) beskriver at selvbedømmelse i større grad finnes hos kvinner som i noen grad er religiøse. Disse har også større sjanse for å isolere seg, og dermed være mer ensom.

Mange kvinner i denne gruppen hadde eksterne motiver for å velge abort, blant annet forhold og partner. Det viser seg at det er noen som opplevde dårlig samvittighet, og for noen var religion en faktor som gjorde det vanskeligere. Ei stund etter aborten var det typisk at disse kvinnene fortsatt var triste, ensomme, skammet seg, angret på inngrepet og følte seg skyldig. Mange opplevde som nevnt selve valget som konfliktfyllt av mange årsaker, hvilket gjorde prosessen med bearbeidelse vanskeligere i etterkant (Kero et al., 2004). En kvinne hadde det spesielt vanskelig og forteller om opplevelsen 4 måneder etter:

«... Felt like a murderer... abortion is completely wrong... I have been depressed since the abortion suffered anguish and sleeping problems... isolated myself... a week ago I asked the child and God to forgive me and now I have started to talk to my partner... it has been better and this last week I have felt much better...» (Kero et al., 2004, s. 2566).

**Stigmatisering** gir flere negative følelser for kvinnene. Trossamfunn og religiøsitet var assosiert med stigma. Protestantiske og katolske kvinner hadde høyere sjanse for å bekymre seg for å bli dømt, isolere seg, dømme seg selv og bli dømt av samfunnet. De som ikke i det heletatt var religiøse eller spirituelt hadde mindre bekymringer rundt det å dømmes av andre. Det viste seg at religiøse opplevde samfunnet de er en del av som mer fiendtlig innstilt til abort (Cockrill, Upadhyay, Turan & Foster, 2013). Ved en oppfølging over 3 år viste det seg at kvinner med mer planlagte svangerskap hadde store vanskeligheter med å søke abort, og de var mer utsatt for stigma. Disse kvinnene rapporterte også flere negative følelser i etterkant av aborten. Stigmatisering og mindre sosial støtte var assosiert med negative følelser (Rocca et al., 2015).

**Sårbarhet i forhold til angst og depresjon** varierer, og noen kvinner er mer disponert for å oppleve angst og depresjon i etterkant av aborten. Kvinner som velger abort har oftere angst

enn normalbefolkningen. De hadde også forhøyet sjanse for depresjon de første 6 måneder etter aborten (Broen et al., 2006). Rett etter aborten var det svært mange kvinner med negative følelser, og en del brukte ord som «deprimert» og «ulykkelig» for å beskrive opplevelsen (Goodwin & Ogden, 2007). Kvinner som tidligere har opplevd noe traumatisk, og har posttraumatisk stresslidelse (PTSD) eller symptomer på dette, har særlig høyere forekomst av angst og depressive symptomer etter aborten. I tillegg hadde kvinner som rapporterte høye nivåer av angst eller depresjon da inngrepet ble gjennomført hadde større sjanse for å innfri kriterier for PTSD (Lundell et al., 2013).

**En del opplever skuffelse** ovenfor seg selv og angret på det de har gjort. Noen kvinner forteller om at de er vedvarende opprørt. Følelsene var like ille i lang tid (3-5 år) etter aborten, som de hadde vært umiddelbart etter inngrepet. De forklarer at hendelsen oppleves som traumatisk, oppskakende og kald. En kvinne forteller åpent om at det er en evig krig på innsiden, hvor hun har skuffet seg selv og alt hun har trodd på, og ser ingen mulighet for å komme seg igjen (Goodwin & Ogden, 2007). Som en kvinne selv sier: «I didn't realise how traumatic it was going to be» (Goodwin & Ogden, 2007, s. 237). Noen synes avgjørelsen var vanskelig og smertefull, de fleste sa at det var riktig å ta abort, men samtidig var det noen som angret i etterkant. Mange brukte sterke uttrykk og forklarte at det var «my worst decision ever» (Stålhandske et al., 2012, s. 56).

**Ansvarsfølelsen var smertefull**, og var, sammen med personlige omstendigheter viktig for opplevelsen av aborten. Noen tok ansvar straks de visste at de var gravide, og levde et sunnere liv. De ville beskytte graviditeten ved å få bedre vaner og sluttet med alkohol og røyk. Det å velge abort ble sett på som både egoistisk og ikke egoistisk: alt etter som hva motivet for aborten er. Noen forteller at de følte et ansvar for at barnet, og at det for barnets beste ikke skulle fødes. Dette ble ikke oppfattet som en egoistisk handling (Halldén et al., 2008).

Eksistensielle tanker er også vanlig blant disse kvinnene. En del forteller at de tenker på fosteret som et barn, noen har tanker rundt livet og døden, mening og moral, alt i relasjon til aborten. De beskriver at de har prøvd å være rasjonelle og ikke la følelsene ta overhånd. Likevel beskrives smertefulle følelser som skam, skyld, tristhet og sorg. I tillegg er noen sint og skuffet over seg selv for å ha gjort en feil. Enkelte angret i etterkant, eller hadde blandede følelser. De som så på fosteret som et barn, tenkte på aborten som et drap. Dette oppleves smertefullt (Halldén et al., 2009; Stålhandske et al., 2012). Historiene som fortelles gir et tydelig uttrykk for at personlige omstendigheter og kontekst er viktig for kvinners emosjonelle opplevelse av aborten (Weitz & Kimport, 2012).

# DISKUSJON

## Resultatdiskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse mulige psykiske reaksjoner hos kvinner som velger abort. Funnene i resultatet viser at kvinnene opplever aborten forskjellig. Kvinnene kunne deles i tre hovedkategorier som beskriver reaksjons- og tankemønstre som kan ha betydning for deres psykiske helse. Noen kvinner opplevde at de ikke tenkte eller følte noe negativt i etterkant av aborten, mens andre hadde tilbakevendende, negative tanker. En gruppe kvinner hadde særlig vanskelig med å godta valget som var tatt, og hadde psykiske plager i lenger tid etter hendelsen.

I møte med disse kvinnene vil relasjonen mellom sykepleier og den enkelte kvinnen være viktig, uansett om kvinnen er av den ubesvarte eller mer plagede typen. Dinc & Gastmans (2011) viser at sykepleiere som har en trygg og rolig væremåte skaper trygghet rundt pasienter i en vanskelig situasjon. Det å bry seg om kvinnen krever sykepleierens moralske forpliktelse for å behandle pasienter med raushet, nestekjærlighet og medfølelse. Sykepleieren må være bevisst på hvordan hun møter disse kvinnene, da enhver form for kommunikasjon har som mål å oppnå kontakt, skape trygghet og tillit.

*De ubesvarte kvinnene* opplevde ikke aborten som noe stort i deres liv, tenker sjelden på det som skjedde og føler en lettelse over at graviditeten er avsluttet. Resultatet viser at disse kvinnene ikke opplevde selve avgjørelsen som konfliktfylt. En stor studie fra the Academy of Medical Royal Colleges fastslår at en abort ikke fører til økte risikoer for psykiske plager hos mor. Selve svangerskapet, derimot, assosieres med økt risiko for psykiske plager dersom det er uønsket, uavhengig hva kvinnen velger (Cantwell et al., 2011). Selv om forskning og statistikk viser en økt risiko for psykiske plager ved uønsket graviditet, er det slettet ikke alle som opplever dette som vanskelig. Kero (2005) viser at både beslutningsprosessen og inngrepet var forbundet med lettelse og ansvarlighet for mange, hvilket også framkommer av resultatene i denne litteraturstudien. Noen kvinner ble positivt overrasket over hvor bra det hadde gått. Omgivelsene derimot, kan ha forventninger om at det er svært vanskelig, og noen kvinner kan derfor føle at deres reaksjoner er «umenneskelige». Tryggheten og tilliten sykepleieren opparbeider bør brukes til å støtte kvinnen, og informere om at følelsene hun har er normale og på ingen måte gjør henne umenneskelig.

Det kan tyde på at personlige omstendigheter er svært viktige for hvordan utfallet av aborten blir. Trolig kan det tenkes at mestring av situasjonen har sammenheng med personligheten til de kvinnene som har gjennomgått aborten. I følge Torgersen (2008) er

personlighetstrekk forskjellige, hvilket gjør at ulike kvinner vil reagere ulikt på en og samme situasjon. Kort fortalt opptrer vanligvis grupper med personlighetstrekk sammen, korrelerer med hverandre, hos en person. Kvinners sårbarhet vil antagelig være viktig i abortsituasjonen. Innenfor sårbarhet er selvtillit og følelsesliv sentralt. En person som er mindre sårbar, vil naturligvis ha mer tro på seg selv, selvbevisst og sikker. En studie gjort i USA med 527 deltakende kvinner undersøker kvinners innstilling til aborten. Studien fant at kvinner hadde en tendens til å oppgi høy optimisme, selvtillit og kontroll. Disse tre var svært korrelert med hverandre. I tillegg, har kvinner med mer fleksible personligheter opplevd mindre problemer etter abort og er mer fornøyd med beslutningen, fordi de i utgangspunktet vurderte sine aborter som mindre stressende enn andre kvinner. I tillegg hadde de høy tro på at de skulle mestre situasjonen (Major, Richards, Cooper, Cozzarelli & Zubek, 1998).

I følge Torgersen (2008), har «den ubesvarte» en personlighetstype som gjerne har en utadvendt holdning, er trygg på seg selv og sine oppfatninger, uavhengig og selvstendig. Noen kan gjerne være avslappet i forhold til moral og verdier. De fungerer gjerne bra i uvante situasjoner og vippes ikke av pinnen over en krisesituasjon. De kan oppleves som ufølsomme. Kero (2005) viser i sin studie at dette gjelder for en del kvinner. De opplever seg som ufølsomme, hvilket i tillegg kommer fram i resultatet av denne litteraturstudien. Det kan virke som om disse kvinnene ikke har et stort behov for omsorg, men det er viktig at de støttes og respekteres i sine valg.

*Kvinner som stadig lar seg påminne* hendelsen preges av behovet for å unngå minnene. Minner og konfrontasjoner som kan bli ubehagelige unngås. Det kan innvirke på deres sosiale liv ved at de kan føle behov for å unngå venner og familie som nylig har fått barn eller hvor diskusjoner om graviditet og abort kan komme. Dette kan være uheldig. Dahl (2012) og Hummelvoll (2014) viser at sosialt nettverk har en beskyttende effekt mot psykiske lidelser. Å ha noen nær har betydning for opplevelse av helse og livskvalitet. Sosial støtte og et godt sosialt nettverk har en beskyttende virkning mot påkjenninger, og at det kan ha en terapeutisk virkning for de som allerede har psykiske problemer. Dahl (2012) utdyper at personlighetsvariabler kan spille en rolle enten fordi personligheten kan være slik at vedkommende skaffer et dårlig nettverk, eller fordi personen opplever nettverket som utilstrekkelig. Dette støttes av Torgersen (2008), og kommer til syne i de inkluderte artiklene, hvor det vises at kvinnene har mottatt ulik form for støtte. I Goodwin & Ogden (2007) ser det ut til at støtten som kvinner har mottatt fra profesjonelle og familie er relatert til kvinnens egne reaksjoner etter aborten. Noen mottok mye støtte, hvilket gjorde at de etter en tid kom seg gjennom de emosjonelle reaksjonene. Andre ønsket ikke å fortelle om aborten, og



unngikk å ta telefonen fordi de ikke ønsket å snakke med noen. Disse opplevde mer negative følelser knyttet til nye tanker og vurderinger etter aborten.

Sykepleieren er ofte den som først møter kvinnen på sykehuset, og det er viktig at kvinnen allerede da kan føle at hun er respektert og støttet. Dette er dessuten pålagt sykepleiere ifølge de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleieforbund, 2011). Der presiseres det at den enkelte pasient skal respekteres og verdigheten ivaretas. I en relasjon med kvinner vil sykepleieren la seg påvirke av deres situasjon, og på den måten involveres evnen til å tolke og forstå. Kristoffersen & Nortvedt (2005) forklarer at evnen til å oppdage de små tegn på forandringer er av stor betydning i møte med pasienter i vanskelige situasjoner. Følsomhet og fag spiller sammen og danner et godt grunnlag for utøvelse av sykepleie. Om sykepleiere skal unngå unødig lidelse, og kunne lindre når det er behov for det, må de kunne tolke alle tegn på ubehag, forandringer og nedsatt velvære. Hummelvoll (2014) beskriver at samarbeid med pasienten i vanskelige situasjoner er viktig, og at empati hos sykepleieren er en forutsetning for medlidenhet og et tegn på engasjement ovenfor pasienten.

Abortloven (1975) presiserer som nevnt innledningsvis at helsepersonell kan be seg fritatt fra plikter som strider mot samvittigheten, men man er pålagt å gi pleie og omsorg før og etter abortinngrepet. Det kan tenkes at sykepleiere som stiller seg negativ til abort, og reserverer seg mot å delta på inngrepet, kan ha vanskelig for å forholde seg til abortsøkende kvinner også etter inngrepet. Disse sykepleierne kan settes i en utfordrende situasjon mellom sine personlige meninger og sin profesjonelle framtrede på jobb. Når det er sagt, bør sykepleiere jobbe med seg selv og andre for å redusere stigma som påfører abortsøkende kvinner ytterligere skam. En sykepleier med negative holdninger, kan i offentlige ytringer vedlikeholde stigma gjennom sin posisjon som helsepersonell. Sykepleiere har makt, og det må alle sykepleiere være seg bevisst. For det første har sykepleieren faglig makt i kraft av sine kunnskaper og ferdigheter, gitt ut fra utdanning og erfaringer. Slettebø (2009) belyser dessuten også at sykepleiere kan ha karismatisk makt, hvilket betyr at hun/han har en overbevisende/sjarmerende personlighet. Til sist kan sykepleieren også ha sosial makt, den makten en sykepleier har i kraft av sin rolle. Dette er en makt gitt av samfunnet og pasienten tillater sykepleieren å ha på grunn av sin posisjon og funksjon i samfunnet. Rollen og makten sykepleieren har kan brukes til å påvirke samfunnet, ut fra egne holdninger.

I resultatet kan man se at tanker om aborten kom tilbake for mange kvinner, gjerne ei stund etter aborten. Noen kvinner ikke opplever behov for å prate om det som har skjedd like etter aborten. Enkelte opplever dessuten at svangerskapsomsorgen har for lite fokus på det emosjonelle, hvilket kan gjøre det litt vanskelig å ta opp temaet. Sykepleiere som møter

kvinner som ikke viser interesse for å prate etter hendelsen, bør informere om muligheter for rådgivning og veiledning hvis behovet skulle dukke opp senere. Amatheia er en kjent, landsdekkende helsetjeneste i Norge som arbeider med informasjon og veiledning ved valg knyttet til graviditet og abort. Amatheia tilbyr samtale før og etter abort, alenesamtaler eller parsamtaler og har tilbud innenfor graviditet og oppfølging (Amatheia, 2014). For kvinner som opplever tunge tanker ei stund etter aborten kan det være aktuelt å kontakte Amatheia for å kunne prate med noen som har lang erfaring og opptrer nøytralt.

Resultatet viser at det er viktig for mange at aborten har en mening, og at det ble gjort av valide grunner. Hvis grunnene for aborten er sterke og kvinnene finner en mening i det vonde vil hendelsen være lettere å leve med. Denne prosessen er pågående, og mange opplever at dette henger tett sammen med de tilbakevendende tankene og minnene. Som nevnt innledningsvis har mennesket evne til å lete etter en mening i lidelse. Her kan sykepleieren hjelpe kvinnen til å finne meningen i situasjonen gjennom å bygge en relasjon og ha fokus på kommunikasjon (Travelbee, 1999). Giger, Davidhizar, Poole & Dowd (2000) viser med sin forskning at det å finne mening etter en oppskakende hendelse kan være utfordrende. De som ikke klarer å finne en mening er ofte mer ulykkelige, mens de som klarer å finne en mening kan gå videre med optimisme. Meningen bak, kan kvinnen finne i sine personlige livssyn og tro, eller den kan komme i en stressfull tid som en måte å håndtere situasjonen. I likhet med Giger et. al. (2000) kan sykepleieren, når hun snakker med kvinnen, finne ut hvilke holdninger kvinnen selv har til aborten og om hun kan uttrykke en mening med den. Hvis hun har funnet en mening kan sykepleieren med fordel oppmuntre til å prate om det. De kvinner som ikke har funnet en mening kan bli spurt spørsmål som får i gang refleksjon, som f.eks. «hva har du lært etter aborten», «hva betyr abort for deg» eller «på hvilken måte vil du gjøre ting annerledes nå?». Ferdigheter innenfor kommunikasjon er som nevnt viktig hvis sykepleieren skal kunne lede vei og hjelpe kvinnen å prate gjennom problemene.

*Kvinner med betydelige emosjonelle problemer* opplevde stigmatisering som en vanskelig faktor. Hummelvoll (2014) forklarer at mennesket, ifølge sosiologisk menneskesyn, er et produkt av den sosiale sammenheng og av samfunnet de lever i. De livsbetingelser som individet lever under, kan gi sykdom. Avvik skapes av samfunnet, og defineres som brudd på kulturelle normer. I resultatdelen vises det at samfunnets stigmatisering fører til at kvinnene blir holdt fast i avviksrollen. En studie gjort av Major & Gramzow (1999) viser i tillegg at stigmatisering og å bli frarøvet sorgprosessen kan gjøre det vanskelig for kvinner å integrere opplevelser av tapet i sine liv, hvilket kan lede til en krise for den enkelte. Stigmatisering rundt abort, gjør at en del kvinner velger å holde aborten hemmelig fra familie og venner.

Undertrykkelsen av tanker som mange kvinner opplever, er assosiert med mer påtrengende tanker. I resultatet kommer det fram at kvinner som er religiøse eller har planlagt svangerskapet i større grad stigmatiseres, og disse kvinnene sliter også mer med negative følelser i etterkant. Det er viktig for sykepleiere å være klar over konsekvensen stigmatisering har for den enkelte, og være bevisst på seg selv og sine holdninger. I tillegg kan sykepleiere med fordel arbeide for å bekjempe stigmatisering i det daglige. Det er viktig å tenke over hvordan man omtaler abort både i arbeidssammenheng og i det private. Sykepleiere kan besvare uttalelser i det daglige med kunnskap for å opplyse andre om temaet, og forhindre at fordommer og usannheter spres. Lipp (2011) presiserer også viktigheten av at sykepleieren har selvinnsikt og at man er klar over sine tanker og holdninger rundt abort. Først når man er bevisst kan man bygge et forhold av tillit og forståelse til disse kvinnene.

Videre opplever kvinnene blant annet ambivalens, tomhet og sorg. Reichelt (2012) beskriver sorg er en naturlig reaksjon. Sorgen innebærer følelser som ofte er omtalt i resultatet, blant annet tristhet, tomhet, forlatthet, ensomhet og fortvilelse. Det er vanlig med mange tanker, og dette kan påvirke søvnen, appetitten og enkelte isolerer seg sosialt. I forhold til abort, kan det for noen utenforstående være vanskelig å forstå at en selvbestemt abort kan gi sorgreaksjoner, i og med at dette er et valg de selv har tatt. Selv om valget er riktig, er det mange kvinner som skulle ønske at de slapp å ta aborten, og noen kan ønske barnet men ser ingen mulighet for å beholde det i sitt liv. Sorgen er gjerne også knyttet til skyldfølelse, og skyldfølelsen gjør det vanskeligere å legge hendelsen bak seg.

Resultatet i litteraturstudien viser at sorg og skyldfølelsen avtar betraktelig i løpet av de første årene etter aborten. Likevel er det slik at det for noen vil være svært vanskelig å gå videre. Årsakene til abortene kan som nevnt ha sammenheng med de psykiske reaksjonene. Særlig press fra nettverket som en årsak, er direkte relatert til negative psykiske reaksjoner. Reichelt (2012) og Hummelvoll (2014) belyser at individer som opplever langvarig og dyp sorg, kan oppleve at prosessen har stoppet opp, og at det egentlig dreier seg om en depresjon. Sorg skiller seg fra depresjon ved at den sørgende ikke i særlig grad er preget av skyldfølelse og selvbebreidelse, mens disse følelsene er mer framtrædende hos deprimerte. Denne definisjonen på sorg og depresjon kan være vanskelig å forholde seg til i forhold til abort, da mange av kvinnene som sørger føler skyld og selvbebreidelse for det de har gjort. Litteraturstudien peker på at noen er mer disponert for å oppleve angst og depresjon etter aborten, og da særlig de kvinner som har opplevd noe traumatisk tidligere. Det viser seg også i en relativt ny studie (Rousset, Brulfert, Séjourné, Goutaudier & Chabrol, 2011), at en del kvinner potensielt kan utvikle PTSD, selv om de ikke har lidelsen fra før. De er i en stresse

situasjon, og en del har rapportert angst- og depresjonssymptomer, samt traumatiske opplevelser i forbindelse med aborten. Resultatet i denne litteraturstudien viser derimot at det generelt sett dreier seg om svært få kvinner som får så alvorlige utfall. For sykepleiere som møter disse kvinnene vil det være viktig å observere og undersøke disse tegnene, for at kvinnen skal få hjelp så tidlig som mulig.

De kvinnene som opplever at sorgen stadig er tilstede og sorgprosessen har stoppet opp trenger særlig oppfølging. Abort kan være det vanskeligste valget noen kvinner står ovenfor i løpet av livet, og de kan derfor trenge støtte. Når sykepleieren forholder seg nøytral i forhold til spørsmålet om abort vil det være lettere å gi omsorg til kvinnene. Omsorgen blir uavhengig av ens egne holdninger og årsakene til aborten. Resultatet viser at mange kvinner er usikker på avgjørelsen de har tatt, og trenger bekreftelse i form av moralsk støtte og forståelse. Sykepleieren har en viktig oppgave med å imøtekomme disse behovene (Jettestad, 2010). I resultatet ser vi også at en del ønsker aksept. Sykepleieren må akseptere kvinner for det mennesket de er, valget de har tatt og situasjonen de er i. I en studie av Nicholson, Slade & Fletcher (2010) nevnes også dette med aksept mellom sykepleiere og kvinner, og at ubetinget aksept gir en bedre forståelse og empati for kvinnene. Man kan anta at det for sykepleierne er viktig å identifisere utfordrende situasjoner tidlig, slik at man kan reflektere med kollegaer, skape diskusjoner og potensielt forbedre tjenesten og kvaliteten av omsorgen de gir.

Mortell (2015) har skrevet en artikkel som omhandler rollen til psykiatrisykepleiere i møte med komplisert sorg. Mye av det hun skriver er relevant for allmennsykepleiere som møter abortsøkende kvinner også. Blant abortkvinnene er det noen som bærer på en sorg som de ikke åpent vil erkjenne, for eksempel på grunn av sosialt stigma, og sorgen kan bli komplisert. Som nevnt tidligere kan sorg utvikle seg til andre helseproblemer, som depresjon. Manglende empati kan være et av problemene. Fordi noen kvinner bærer sorgen som en hemmelighet vil de heller ikke motta empati fra omgivelsene, og en del mangler kanskje empati til seg selv. Manglende empati kan igjen gi problemer med å finne en mening rundt tapet de opplever. I likhet med Mortell (2015) bør kvinnen ideelt sett få hjelp med å finne en mening i samspill med andre, gjerne en sykepleier. Aktiv lytting er en viktig del av å vise empati. Sykepleieren kan dessuten bistå med å belyse faktorer som hemmer sorgprosessen. Som med andre typer sorg, kan også støttegrupper spille en rolle for kvinner som har det ekstra tungt etter aborten. I en gruppe kan kvinnene danne et forhold og utforske virkningen av tapet. I tillegg kan man i relasjoner med andre oppleve at sorgen er valid, og få oppmuntring og tips for å mestre situasjonen.

Eide & Eide (2011) nevner, i likhet med Mortell (2015), at en kombinasjon av aktiv lytting, trøst, støtte, informasjon og omsorg bidra til kontroll over følelsene. For kvinnene som sliter mest vil dette være til hjelp, og det vil kunne fremme mestring. Det er viktig å nevne tidlig, gjerne før aborten, hvilke reaksjoner som kan oppstå etter aborten, slik at kvinnene er forberedt på hva som kan komme. I tillegg vil dette trygge kvinnene på at alle de blandede følelsene er naturlig og vanlig. Som nevnt tidligere, og som Slettebø (2009) og Norsk Sykepleieforbund (2011) beskriver, er respekten for det enkelte mennesket grunnleggende i sykepleieutøvelsen. Sykepleieren må ta kvinnens opplevelse på alvor og lytte til det hun forteller. For en kvinne som sitter igjen med en traumatisk opplevelse etter aborten er det særlig viktig å ta seg tid til å sitte ned, vise tålmodighet, vennlighet, ærlighet og oppriktighet. Når kvinnen velger å åpne for samtale må sykepleieren være varsom og hensynsfull, og vise at det kvinnen sier er betydningsfullt. Det er også viktig for videre samtale og åpenhet, at kvinnen ikke opplever at sykepleieren bagatelliserer det hun sier. Kvinnene må oppmuntres til å stole på seg selv og at valget som er tatt er det riktige.

## **Metodediskusjon**

Oppgaven begynte med valg av tema, og noen spontane søk for å undersøke hva som finnes av forskning. Hensikten ble dannet som et utgangspunkt for oppgaven, og søket startet bredt. Relevante søkeord som dekker hensikten med tanke på abort og psykiske reaksjoner ble funnet tidlig i prosessen. Søkene ble snevret inn, og gjennomført i forskjellige databaser for å kvalitetssikre treffene. Mange av artiklene ble oppdaget som treff i flere databaser. Polit & Beck (2012) beskriver at omfanget avhenger av hensikt med oppgaven. Hensikten med denne oppgaven er å belyse psykiske reaksjoner etter abort, innenfor gitte rammer fra Nord Universitet med tanke på tid, antall forskningsartikler og omfang. Et stort antall studier ble gjennomgått. Det er derfor utelukket en mengde artikler, som også kan ha vært relevante for temaet.

Det er ønskelig med oppdatert forskning, og en grense på 10 år ble derfor satt. Denne avgrensningen ble utvidet for å få nye og flere treff, og søkene ble gjort fra år 2000. De to eldste artiklene er fra 2004. En granskningsprotokoll (Sjöblom & Rygg, 2012) ble brukt som hjelpemiddel for å bestemme kvalitet på artiklene. Resultatet i oppgaven kan være påvirket av at noen av studiene hadde svært få deltakere, som ikke nødvendigvis er representative for den store gruppen av abortsøkende kvinner. Som Thagaard (2009) beskriver, er det lagt vekt på at

artiklene skulle ha direkte overføringsverdi til Norge, og studier i utviklingsland ble derfor ikke vurdert som relevante.

Statistikken i de ulike forskningsartiklene har dessuten store forskjeller, hvilket viser det store spriket mellom kvinners reaksjoner. Kvinners opplevelser belyses fra flere sider, hvilket gjenspeiler virkeligheten godt. Når det kommer til deltakerne, er det viktig å huske at abort kan være et tema det er vanskelig å snakke om. Det kan føre til at noen synes det er vanskelig å fortelle hva de egentlig tenker og føler rundt det. Tidspunkt for når deltakerne ble forsket på varierer fra like etter aborten til flere år i etterkant. Det betyr at noen ble forsket på i krisefase, mens andre etter krisen. Intensitet på opplevelse og følelse vil derfor være ulik. Dette kan derfor belyse endringer over tid.

Fordelen med litteraturstudiet er at kunnskapen blir oppsummert og kan gi ny, samlet kunnskap. Det er også en fordel at man ikke trenger direkte tilgang på pasienter, men at andre allerede har undersøkt en gruppe og samlet informasjonen. Ulemper kan være at det kan være vanskelig å få en egen vinkling, og at man er avhengig av andres arbeid. Dessuten vil andres arbeid inneholde deres tolkning i større eller mindre grad. Thagaard (2009) beskriver hvordan grunnlaget for utvikling av teori i kvalitative studier baseres på fortolkninger av dataens meningsinnhold, og at forskeren tolker data ut fra sitt faglige ståsted hvilket kan gi annen forståelse enn informantens. I denne oppgaven har det blitt brukt originale forskningsartikler, for å begrense andres tolkning. Det er for øvrig tatt i bruk artikler som anvender kvalitative og kvantitative metoder. Dette kan være med å styrke troverdigheten, da noen artikler er litt generelle og har mange deltakere, mens andre har mindre deltakere og får fram bredere og dypere informasjon.

## AVSLUTNING

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse mulige psykiske reaksjoner hos kvinner som velger abort. Å sette fokus på psykiske reaksjoner kan gi økt kunnskap til sykepleiere. Det kan igjen føre til bedre helhetlig omsorg. Funnene viser at noen kvinner har vanskelig for å prate om det emosjonelle, da sykepleiere blant annet ikke tok seg tid til å stille de vanskelige spørsmålene. Fokuset hos sykepleiere lå ikke alltid på den psykiske påkjenningen, men mer på prosedyrene. Det viser seg å være svært uheldig, da kvinner som mangler støtte, trøst og trygghet kan få det vanskeligere etter aborten. Det er viktig at kvinnene informeres godt om reaksjonene som kan komme, og at blandede følelser er helt normalt. Sykepleiere som møter kvinner som har det vanskelig, må være bevisst på sine holdninger og sin væremåte. Å bygge en god relasjon er viktig, og har mye å si for hva kvinnen velger å fortelle. Noen sykepleiere har et forbedringspotensial, og kan bli bedre på å våge å ta den vanskelige samtalen. Refleksjoner med kollegaer kan for mange sykepleiere være til stor hjelp for å takle disse samtalen.

Studiet er relevant for sykepleiefaget, særlig i den grad at det er svært lite fokus på temaet i universitetets undervisning og pensum. Videre forskning er foretrukket for å belyse andre utfordringer rundt abort, blant annet parforhold og mannens stilling i forhold til aborten. I dagens samfunn, hvor roller i hverdagen stadig er i endring, kan det være nyttig å belyse flere sider av abort.





## LITTERATUR

- Abortloven, LOV-1975-06-12-50. (1975). Hentet 05.03.16 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50?q=abortloven>
- Al  x, L., & Hammarström A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2004; 18, 160–168. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2004.00257.x
- Amathea (2014).   rsrapport. Hentet 08.04.16 fra <http://www.amathea.no/wp-content/uploads/2015/03/209206-%C3%A5rsrapport-2014.pdf>
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S. & Ekeberg,   . (2005). Reasons for induced abortion and their relation to women’s emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry* 27 (2005): 36– 43. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2004.09.009
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S. & Ekeberg,   . (2006). Kvinners psykiske reaksjoner p   spontan og provosert abort. *Sykepleien Forskning* 2006 1 (1): 24-31. DOI: 10.4220/sykepleienf.2006.0001
- Broen, A. N (2008). Følelsene etter abort. *Aftenposten Debatt*. Hentet 27.01.16 fra <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Folelsene-etter-abort-6575561.html>
- Cockrill, K., Upadhyay, U. D., Turan, J., Foster, D. G. (2013). The Stigma of Having an Abortion: Development of a scale and Characteristics of Women Experiencing Abortion Stigma. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2013, 45(2): 79-88. DOI: 10.1363/4507913
- Cantwell, R., Kendall, T., Bhatti, H., Bird, V., Halton, M., Jackson, H., ... & Whittington, C. (2011). Induced abortion and mental health. Hentet 04.02.16 fra [http://www.aomrc.org.uk/doc\\_view/9432-induced-abortion-and-mental-health](http://www.aomrc.org.uk/doc_view/9432-induced-abortion-and-mental-health)
- Dahl, A. A. (2012). Psykiatriske forståelsesmodeller. I A. A. Dahl & T. F Aarre (red.), *Praktisk psykiatri* (s. 42-76). Bergen: Fagbokforlaget
- Dalland, O. (2000). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Database for statistikk om høgre utdanning (2014). Publiseringsskanaler. NSD. Hentet 15.01.16 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside>
- Dinc, L., & Gastmans, C. (2011). Trust and trustworthiness in nursing: an argument-based literature review. *Nursing Inquiry*, 2012; 19(3): 223-237. DOI: 10.1111/j.1440-1800.2011.00582.x
- Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner*, 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Folkehelseinstituttet. (2015). Abort - fakta med statistikk. Hentet 06.01.16 fra <http://www.fhi.no/tema/abort/fakta-om-abort>
- Forsberg, C. & Wengstr  m, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier- Vardering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur

- Giger, J. N., Davidhizar, R. E., Poole, V. & Dowd, S. B. (2000). Finding meaning in illness: can nurses help? *Canadian nurses association*, 2000; 96(4): 39. Hentet 26.02.16 fra: <http://search.proquest.com/docview/232049228?accountid=172203>
- Goodwin, P., & Ogden, J. (2007). Women's reflections upon their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time. *Psychology & Health*, 2007, 22(2): 231-248. DOI: 10.1080/14768320600682384
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*; 24, 105-112. DOI:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Halldén, B.-M., Christensson, K. & Olsson, P. (2009). Early abortions as narrated by young Swedish women. *Scandinavian journal of Caring Sciences*, 2009; 23; 243–250. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00612.x
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – Ikke stykkevis og delt*, 7 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Jerpseth, H. (2010). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie bind 2*. (s. 17-50). Oslo: Gyldendal akademisk
- Jettestad, M. (2010). Abort. I S. Holan & M. L. Hagtvedt (red.), *Det nye livet*. (s.255-259). Bergen: Fagbokforlaget
- Kero, A., Högberg, U. & Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth – long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine*, 2004; 58(12): 2559-2569. DOI: 10.1016/j.socscimed.2003.09.004
- Kero, A. (2005). Abort – en tabubelagd rettighet. *Läkartidningen* 2005; 102(48), 3677-3680.
- Kristoffersen N. J & Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (s. 137-183). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lipp, A. (2011). Stigma in abortion care: Application to a grounded theory study. *Contemporary nurse*, 2011; 37(2): 115-123. DOI: 10.5172/conu.2011.37.2.115
- Lundell, I. W., Poromaa, I. S., Frans, Ö., Hellström, L., Högberg, U., Moby, L., ... Svanberg, A. (2013). The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2013; 18: 480–488. DOI: 10.3109/13625187.2013.828030
- Major, B., Richards, C., Cooper, M. L., Cozzarelli, C. & Zubek, J. (1998). Personal resilience, Cognitive Appraisals, and Coping: An integrative Model of Adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998; 74(3), 735-752. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.3.735>
- Major, B., Gramzow, R. H. (1999). Abortion as Stigma: Cognitive and Emotional Implications of concealment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999; 77(4), 735-745. DOI: 10.1037/0022-3514.77.4.735
- Mortell, S. (2015). Assisting Clients with Disenfranchised Grief. *Journal of psychosocial nursing*, 2015; 52(4), 52-57. DOI: 10.3928/02793695-20150319-05

- Nesheim, B.-I. (2014). *Abort*. I Store medisinske leksikon. Hentet 21.01.16 fra <https://sml.snl.no/abort>
- Nicholson, J., Slade, P., & Fletcher, J. (2010). Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2010; 66, 2245-2256. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05363.x
- Norsk Helseinformatikk (2014, 22. mai). *Kirurgisk abort*. Hentet 21.01.16 fra <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/kvinne/kirurgisk-abort-5658.html?page=1>
- Norsk Helseinformatikk (2013, 27. februar). *Medikamentelt svangerskapsavbrudd*. Hentet 21.01.16 fra <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/kvinne/medikamentell-abort-5622.html?page=3>
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice, 9<sup>th</sup> ed.* Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health
- Reichelt, J. G. (2012). Påkjenninger – normale reaksjoner og psykiske lidelser. I A. A. Dahl & T. F. Aarre (red.), *Praktisk psykiatri* (s. 203-236). Bergen: Fagbokforlaget
- Rocca, C. H., Kimport, K., Roberts, S. C. M., Gould, H., Neuhaus, J. & Foster, D. G. (2015). Decision rightness and emotional responses to abortion in the United States: A longitudinal Study. *PLoS ONE*, 10(7): e0128832. DOI: 10.1371/journal.pone.0128832
- Rousset, C., Brulfert, C., Séjourné, N., Goutaudier, N., & Chabrol, H. (2011). Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2011; 29(5): 506-517. DOI: 10.1080/02646838.2012.654489
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*, 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Stålhandske, M. L., Ekstrans, M., Tydén, T. (2011). Women's existential experiences within Swedish abortion care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2011; 32(1): 35-41. DOI: 10.3109/0167482X.2010.545457
- Stålhandske, M. L., Makenzius, M., Tydén, T. & Larsson, M. (2012). Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2012; 33(2): 53-61. DOI: 10.3109/0167482X.2012.677877
- Sundby, J. (2010). Kvinnehelse. I A. Brunstad & E. Tegnander (red.), *Jordmorboka* (s. 93-99). Oslo: Akribes
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse*, 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget
- Torgersen, S. (2008). *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*, 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Trybulski, J. (2006). Women and abortion: the past reaches into the present. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; 54(6): 683-690. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03871.x
- Trybulski, J. (2008). Making sense: women's abortion experiences. *British Journal of Midwifery*, 16(9), 576-582. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2008.16.9.30880>
- Vigran, Å. & Lappegård, T. (2003). *25 år med selvbestemt abort i Norge*. Samfunnsspeilet, 3/2003; 40-46. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Weitz, T. A., Kimport, K. (2012). A need to expand our thinking about “repeat” abortions. *Contraception*, 85 (2012) 408–412. DOI: 10.1016/j.contraception.2011.09.0

# VEDLEGG

## Vedlegg 1: Granskningsprotokoll

### Artikkelgransking/vurdering

(Sjöblom & Rygg, 2012),

inspirert av Hellzén, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

Database :..... Datum:.....

Tittel:.....  
.....

Forfattere:.....  
.....

År:..... Tidsskrift/journal:.....

Land hvor studien ble gjennomført:.....

**Type studie:** Original  Review  Andre .....

Kvantitativ  Kvalitativ

### Nøkkelord:

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

**Kvalitetsvurdering:** Høy (I)  Middels (II)  Lav (III)

Kommentar/begrunnelse.....  
.....  
.....

Fortsatt vurdering: Ja  Nei

Motivering:.....

## KVALITETSVURDERING

**Problemstilling/hypotese:**.....  
.....  
.....  
.....

### Type studie

**Kvalitativ:**    Deskriptiv                        Intervensjon              
                  Andre                    .....

**Kvantitativ:**    Retrospektiv                        Prospektiv              
                  Randomisert                        Kontrollert              
                  Intervention                        Andre                    .....

**Studiens omfang:**    Antall forsøkspersoner (N):.....            Frafall (N) .....

Tidspunkt for studien?.....            Studiens lengde.....

**Betraktes:**    Kjønnforskjeller?    Ja     Nei             Aldersaspekter?    Ja     Nei

### Kvalitative studier

Tydelig avgrensing/Problemformulering?            Ja             Nei   
Er perspektiv/kontekst presentert?            Ja             Nei   
Finns et etisk resonnement?            Ja             Nei   
Er utvalget relevant?            Ja             Nei   
Er forsøkspersonene vel beskrevet?            Ja             Nei   
Er metoden tydelig beskrevet?            Ja             Nei   
Kommuniserbart: Er resultatet klart beskrevet?            Ja             Nei   
Gyldighet: Er resultatet logisk, forståelig, i  
overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttig?            Ja             Nei

### Kvantitative studier

**Uvalg:**    Fremgangsmåten beskrevet            Ja             Nei   
                  Representativt            Ja             Nei

Kontekst beskrevet Ja  Nei

**Frafall:** Analysen beskrevet Ja  Nei

Størrelsen beskrevet Ja  Nei

Intervensjonen beskrevet Ja  Nei

Adekvat statistisk metode Ja  Nei

Hvilken statistisk metode ble brukt?

.....  
.....

Etisk resonnement Ja  Nei

**Hvor troverdig er resultatet?**

Er instrumentet -valide Ja  Nei

-reliable Ja  Nei

Er resultatet generaliserbart? Ja  Nei

**Hovedfunn:**

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

## Vedlegg 2: Tabell 3, oversikt over inkluderte artikler

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design Intervensjon Instrument	Deltakere Bortfall	Hovedresultat	Kommentar til kvalitet
Aléx, Lena & Hammarström, Anne  Scandinavian Journal of Caring Sciences, «Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective»  2004, Sweden	Studiens hensikt var å belyse kvinners opplevelse av provosert abort fra et feministisk perspektiv.	Kvalitativ studie  Intervju med kvinner en måned etter utført abort	5 kvinner i alderen 19-33 år.  Noen kvinner trakk seg i prosessen.	Kvinnene forklarer følelser som sjokk og glede da de finner ut at de er gravide. Ingen av kvinnene i studien planla graviditet. En kvinne planla selvmord som følge av graviditeten. Kvinnene hadde erfaring med både fysisk og psykisk tunge opplevelser, noen av dem følte at helsepersonell ignorerte eller ikke hadde forståelse for dette. Andre beskrev stor støtte fra helsepersonell, men de fleste hadde ikke støtte fra en partner av ulike årsaker. Kvinnene møtte personell som var enten støttende, positive og informative eller ignorerende og negativ. Sistnevnte gruppe påførte kvinnene følelser som skam, ensomhet, usikkerhet og generell tristhet. Vanskelige fysiske reaksjoner: store blødninger, følelse av sykdom og smerter. Psykiske reaksjoner: skyld, fremmedgjøring, skam. Følelse av å ta «den enkle utveien». Etter aborten: Følelser av ambivalens. Lettelse over at det var over, andre tenker mye på hva som kunne blitt. Noen uttrykker glede over å vite at de kan bli gravide. Varierende utfall av forhold til far; noen glir fra hverandre, andre kommer nærmere hverandre.	- Peer review - Vitenskapelig nivå 1 - God metodeutførelse med utvelgelse fra flere forskjellige sykehus. - Frivillig deltakelse, samtykke og anonymitet - Svært få ville være med i studien, og deltakerne er ikke nødvendigvis representativ for alle kvinner.



<p>Broen, Anne N., Moum, Torbjørn, Bødtker, Anne S. &amp; Ekeberg, Øivind</p> <p>General Hospital Psychiatry «Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two- year follow-up study»</p> <p>2004, Norway</p>	<p>Identifisere de viktigste årsakene til provosert abort, og undersøke sammenhengen med emosjonelle problemer i en oppfølgings- studie.</p>	<p>Kombinert metode; En oppfølgingsstudie med intervjuer og spørreskjema 10 dager, 6 måneder og 2 år etter en provosert abort</p>	<p>80 deltagende kvinner. Ingen frafall.</p>	<p>De viktigste årsakene til abort var at jobb eller utdanning ble vanskelig gjennomførbart, et barn bør være ønsket (noe dette barnet ikke var), økonomi, mannlige partner som ikke ønsker barnet, press fra partner, har nok barn, tretthet/utslitt, bosituasjon, vil ikke ha barn, for gammel, for ung, kjenner ikke mannen godt nok eller vil ikke ha denne mannen som far til sine barn.</p> <p>Følelser knyttet til aborten var at det var det rette valget, lettelse, sorg, tomhet, tap, skyldfølelse, savn etter barnet, skam, anger, skuffelse. Alle følelsene var ganske stabile. Det som forandret seg mest var en nedgang i det å føle seg tom, og sorg.</p> <p>Sammenhengen mellom årsak til aborten og reaksjoner etterpå var viktig. Press fra partner, økonomi, press fra venner og bosituasjon var svært relaterte til negative psykiske reaksjoner. Også «mannen vil ikke ha barn akkurat nå» var også sterkt relatert til en negativ reaksjon.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peer Review</li> <li>- Vitenskapelig nivå 1</li> <li>- Godkjenning av Norwegian Regional Ethical Committee</li> <li>- Solid mengde kvinner for en oppfølgingsstudie med intervju og spørreskjema.</li> </ul>
<p>Broen, Anne N., Moum, Torbjørn, Bødtker, Anne S. &amp; Ekeberg, Øivind</p> <p>Sykepleien forskning, «Kvinner psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort</p> <p>2006, Norge</p>	<p>Hensikten var å kartlegge psykiske ettervirkninger etter spontan og provosert abort, i de fem første årene etter aborten ble gjennomført.</p>	<p>Kvantitativ studie i all hovedsak. Selvutfylling av spørreskjema og tester. Kvalitative virkemidler som samtaler ble tatt i bruk, og kvinnene fikk tilføre tanker rundt aborten.</p>	<p>120 kvinner mellom 18 og 45 år ble inkludert i undersøkelsen. 109 kvinner fullførte.</p>	<p>Studien har sammenlignet to grupper med kvinner, hvorav den ene gruppen fikk utført en provosert abort, mens den andre gruppen av kvinner spontanaborterte. Det ble funnet en signifikant forskjell mellom de to gruppene, både med tanke på antall barn, sivilstand og yrkesaktivitet. I tillegg var det forskjell på den tidligere psykiske helsen.</p> <p>Det ble gjennomført en traumatetest i begge gruppene. De kvinnene som hadde en provosert abort hadde ikke like sterke reaksjoner som kvinnene som spontant aborterte, men de hadde betydelig høyere skår i lengden, som vil si at kvinner som gjennomfører en provosert abort har mer langvarige plager. Kvinnene med provosert abort var ved alle tidspunkt i undersøkelsen mer lettet, samtidig som de på nesten alle tidspunkt hadde betydelig større følelser av skam og skyld.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagfellevurdert</li> <li>- Vitenskapelig nivå 1</li> <li>- Godkjent av regional faglig-etisk komité.</li> <li>- Bare halvparten av kvinnene ville bli med på studien. De som ikke ville hadde antagelig like store plager som de som deltok.</li> <li>- Kvinnene ble intervjuet 4 ganger, med høy svarprosent. 91 % fullførte hele femårsundersøkelsen.</li> </ul>

<p>Cockrill, Kate, Upadhyay, Ushma D., Turan, Janet &amp; Foster, Diana G.</p> <p>Perspectives on Sexual and Reproductive Health, «The Stigma of Having an Abortion: Development of a scale and Characteristics of Women Experiencing Abortion Stigma»</p> <p>2013, USA</p>	<p>Hensikten var å finne et gyldig og pålitelig mål på stigma i forbindelse med abort. Målet er deretter å bruke verktøyet til å presentere en analyse av sosiale og demografiske karakteristika assosiert med stigmatisering av aborterende kvinner.</p>	<p>Kvalitativ studie; Utviklet et verktøy, kognitive intervjuer, implementere spørreundersøkelsen, datainnsamling og analyse</p>	<p>34 kvinner ble intervjuet. De fleste var mellom 19 og 29 år gammel da abortene fant sted.</p>	<p>Faktoranalysen kom fram til en modell med fire faktorer for abortstigma hos kvinnen: bekymringer for å bli dømt av andre, isolasjon, selvbedømmelse og kritikk fra samfunnet. Katolske og protestantiske kvinner hadde høyere nivåer av stigma enn ikke-religiøse kvinner. På skalaene hadde kvinnene med de sterkeste religiøse troene høyere nivåer av selvbedømmelse, og de ble i større grad kritisert av samfunnet enn andre, mindre religiøse kvinner. Andre forskjeller som ble funnet blant rase, alder, utdanning, og morskap på delskalaene. Den eneste forskjellen som ble funnet relatert til utdanning var isolasjonsskalaen. De med lavest utdanning har lettere for å isolere seg enn de med høyere utdanning. Med et slikt måleverktøy kan det bli lettere å forstå forholdet mellom stigma og mental helse, fysisk helse, og emosjonell trivsel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peer review</li> <li>- Vitenskapelig nivå 1</li> <li>- Komplisert språk med noen vanskelige setninger gjør artikkelen vanskeligere å forstå.</li> <li>- Undersøkelsen er ikke nasjonalt representativt, fordi kvinnene er rekruttert fra familieplanleggingscenter, og gruppen kan avvike fra befolkningen på den måten at de er yngre og fattigere enn den brede populasjonen av kvinner som har tatt abort.</li> </ul>
<p>Goodwin, Phillipa &amp; Ogden, Jane</p> <p>Psychology and Health «Women's reflections upon their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time»</p> <p>2007, Storbritannia</p>	<p>Hensikten var å finne ut hvilke følelser kvinner har på ulike tidspunkt etter en abort. Det innebar å se på hvordan tanker og følelser forandret seg over tid.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p>	<p>10 kvinner ble intervjuet om aborten de hadde for 1-9 år siden. Kvinnene var mellom 23 og 31 år.</p>	<p>Kvinnene i gruppen diskuterte hvordan følelsene hadde forandret seg over tid. Analyse av deres historie antyder at ikke alle kvinner har et lineært mønster av bearbeidelse av sorg. De ulike endringsmønstrene var lineær bedringsprosess, vedvarende opprørt, negativ revurdering og noen som aldri ble opprørt. Kvinner i gruppen med lineært mønster beskriver hvordan de hadde vært helt fra seg ved aborten, men nevnte at disse følelsene reduseres over tid, og livet går tilbake det normale. De kvinnene som sa de var vedvarende opprørt sa at følelsene var like etter aborten, og i lenger tid etterpå. De beskrev hendelsen som traumatisk, oppskakende og kald.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peer review</li> <li>- Vitenskapelig nivå 2</li> <li>- Godkjenning fra King's College London Research Ethics Committee</li> <li>- Intervjuene skjedde ansikt til ansikt, og inneholdt åpne spørsmål.</li> <li>- Kun 10 kvinner var deltakere, derfor noe usikkert om disse ti er</li> </ul>

				Andre kvinner rapporterte et mønster av emosjonell endring etter aborten, som involverte negativ revurdering noen år etter aborten. I likhet med de to forrige gruppene var også disse kvinnene opprørt rett etter aborten. Den siste gruppen av kvinner sa at de aldri hadde vært opprørt over hendelsen. Noen hadde hatt positive følelser, fordi de kunne begrunne hendelsen godt nok ovenfor seg selv.	representativ for alle kvinner. - Inkluderer mange direkte sitater fra kvinnene selv, som viser deres forklaring direkte.
Halldén, Britt-Marie, Christensson, Kyllike & Olsson, Pia  Scandinavian journal of Caring Sciences «Early abortion as narrated by young Swedish women»  2009, Sweden	Hensikten med studien var å belyse betydningen av å ha gjennomført en provosert abort	Kvalitativ studie  Narrative intervjuer	10 kvinner mellom 18 og 20 år gammel ble intervjuet 2-6 uker etter aborten ble gjennomført.	Fokuset til kvinnene var på tiden før de ble gravide, aborten i seg selv og framtiden. Opplevelsen av abort syntes å være en pågående prosess dominert av å finne meningen med å ta bort et liv, og komme til enighet i sin egen avgjørelse. I denne prosessen fokuserte kvinnene på sitt ansvar for fosteret og for andre mennesker enn seg selv. Etter aborten virket svangerskapet som en fjern og ubeskrivelig hendelse, og kvinnene hadde mange tanker om hvordan barnet ville blitt. Den strukturerte analysen resulterte i 4 temaer. Temaet «Har tatt vare på og beskyttet en uvirkelig graviditet» avdekket de unge kvinnenes følelse av overraskelse og ansvar i forhold til graviditeten. «Tatt livet av mitt barn med store smerter» viser at kvinnene hadde tanker om at den provoserte aborten tar livet av barnet deres. De hadde særlige tanker om å drepe et nytt liv, drepe et barn. «Å være følsom for godkjenning og aksept fra andre», innebar at de var følsomme ovenfor sine foreldre, partnere og helsepersonell. «Se for seg å ha tatt bort et barn» viser kvinners forklaringer om kroppslig tomhet, følelse av å være mor og se partner som far.	- Peer review - Vitenskapelig nivå 1 - Etisk godkjenning fra Research Ethics Committee, Medical Faculty, University of Gothenburg, Sweden. - De 10 kvinnene ble rekruttert fra to klinikker i to ulike byer i Sverige. - Resultatet har funnet 4 momenter som var sentral for kvinnene. Det viser også at kvinnene reflekterte mye rundt etikken og ansvaret for å velge mellom abort og å bli foreldre. - Inneholder direkte sitater fra kvinnene.
Kero, A., Högberg, U. & Lalos, A.	Denne studien har som mål å øke kunnskapen om	Kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ studie.	61 kvinner deltok i første intervju (4	De fleste kvinnene opplevde bare smertefulle følelser rundt graviditeten, som f.eks. panikk, fortvilelse, sorg og følelsen av at det var uvirkelig. De resterende kvinnene hadde positive følelser	- Peer review - Vitenskapelig nivå 2

<p>Social Science &amp; Medicine «Wellbeing and mental growth – long-term effects of legal abortion»</p> <p>2004, Sweden</p>	<p>håndtering av abort ved å studere kvinners resonnement, reaksjoner og følelser i en periode på ett år.</p>	<p>Kvinner svarte på spørreskjema, deretter ble de spurt om å delta videre i intervjuer.</p>	<p>måneder), 58 kvinner deltok på det siste intervjuet (12 måneder). Flest kvinner var i alderen 20-29 år.</p>	<p>som overraskelse og glede. En tredjedel av kvinnene rapporterte at de visste før de ble gravid at de ville tatt abort om de skulle bli gravid. De fleste var fast bestemt på aborten, men opplevde vonde følelser ved gjennomføringen: angst, sorg, skyld, krise og tomhet. Ett år etter aborten var det en kvinne som angret, og en som snakket om aborten som en feiltakelse. Resten av kvinnene kjente på lettelse eller følte seg løslatt. De fleste følte seg ansvarsfulle ved å ta valget.</p>	<p>- Godkjent av Ethics Committee of the Medical Faculty of Umeå University. - Framgangsmåten ved rekrutteringen virker solid. Rekruttering skjedde ved et Universitetssykehus nord i Sverige. 61 kvinner ble inkludert, noe som gir et godt materiale å jobbe med.</p>
<p>Lundell, Inger W., Poromaa, Inger S., Frans, Örjan, Hellström, Lotti, Högberg, Ulf, Moby, Lena, Nyberg, Sigrid, Sydsjö, Gunilla, Öhman, Susanne G., Östlund, Ingrid &amp; Svanberg, Agneta</p> <p>The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care «The prevalence of posttraumatic stress</p>	<p>Hensikten er å belyse utbredelse og mønster av traumatiske opplevelser. Forekomst av PTSD og PTSS, identifisere risikofaktorer og undersøke sammenheng mellom PTSD og PTSS med angst og depressive symptomer blant kvinner som</p>	<p>Kvantitativ undersøkelse. Spørreskjema ble brukt for å samle informasjon. Screeningverktøy for PTSD ble brukt, i tillegg til Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).</p>	<p>1514 kvinner samtykket. 44 fylte ikke ut hele skjemaet og ble derfor ekskludert. Totalt 1470 kvinner fullførte.</p>	<p>Av deltakerne var 92 % født i Sverige, og 5 % utenfor Europa. Alder varierte fra 15 til 52 år, men en gjennomsnittsalder på 28 år. Den samlede forekomsten av traumer var 41 %, og så mange som 4 % hadde erfaring fra krig. De fleste av de traumatiserte var utsatt for alvorlige fysiske trusler, psykiske trusler, og fysiske skader. I tillegg hadde 12 % og 18 % av kvinnene erfaring med henholdsvis seksuelle overgrep og ran. De viktigste funnene i denne artikkelen var at kvinner som ba om provosert abort hadde økt forekomst av PTSD og PTSS på henholdsvis 4 % og 23 %. Kvinner med PTSD og PTSS har høyere forekomst av angst og depressive symptomer enn kontrollgruppen. Selv om PTSD synes å være sjelden blant aborterende kvinner er det mange som sliter med PTSS (post-traumatisk-stress-symptom). Kvinner med traumatiske opplevelser trenger mer oppmerksomhet når de kommer inn for svangerskapsavbrudd.</p>	<p>- Peer review - Vitenskapelig nivå 1 - Godkjent av Independent Research Ethics Committee i Uppsala. - Kvinnene fikk utlevert grundig informasjon - Samtykke underskrevet - En stødig populasjon rekruttert fra ulike steder i landet gir pålitelige data - Av alle utførte aborter i perioden var det få som faktisk deltok i studien</p>

among women requesting induced abortion»	søker abort i Sverige.				
2013, Sweden					
Rocca, Corinne H., Kimport, Katrina, Roberts, Sarah C. M., Gould, Heather, Neuhaus, John & Foster, Diana G.  PLoS ONE, «Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study»	Hensikten var å undersøke hvordan kvinners syn på beslutningen om å avbryte svangerskapet og følelser endrer seg over 3 år.	Kvantitativ studie  Longitudinell studie	De rekrutterte 956 kvinner som søkte abort mellom 2008-2010. Gruppen ble delt i to, hvorav den ene gruppen kvinner hadde abort før uke 12, mens andre gruppen hadde abort etter dette. Undersøkelsen ble gjort på telefon.	Kvinnene i studien var fra 15 år og opp. Gjennomsnittsalderen på kvinnene var 25 år. Over 53 % rapporterte at beslutningen om å søke abort var vanskelig eller svært vanskelig. Få hadde planlagt graviditet. Sammenlignet med «Near limit» gruppen (kvinner som søkte abort nært 20 uker), var «First-trimester» gruppen eldre, og hadde større sjanse for å både være student og i jobb. Disse hadde litt mindre vansker med å søke aborten. De hadde også større sannsynlighet for at en mann var involvert i graviditeten og beslutningen. Kvinner med planlagte svangerskap større vanskeligheter med å søke abort, og ble også i større grad stigmatisert, og rapporterte flere negative følelser i ettertid. Disse kvinnene slet også med å føle lettelse eller glede over at valget var tatt. Generelt tenkte kvinner sjeldnere på abortprosessen over tid. Overveldende mange følte at det var riktig avgjørelse over de tre årene med oppfølging, 95 % rapporterte at det var riktig. Kvinnene følte redusert intensitet i følelsene over tid. I de tre år etter aborten hadde kvinner generelt tendens til å håndtere hendelsen godt følelsesmessig. Kvinnene følte stort sett på at abort var riktig avgjørelse både på kort sikt og på lang sikt. Tankene rundt aborten ble mindre etter en viss tid. Høy mestring ble ikke observert blant alle individer; særlig de med mer planlagte graviditeter hadde problemer. Arbeid med å bekjempe	- Peer review - Vitenskapelig nivå 1 - Etisk vurdert og godkjent av University of California, San Francisco, Committee on Human Research. - Solid metodeutførelse, de 956 kvinnene er rekruttert fra 30 ulike institusjoner - Før intervjuene startet måtte de signere papirer. De som var mindreårige måtte enten ha godkjenning fra foreldre for å delta, eller gjennomføre en screening for å undersøke om de evne til å delta. - Studien tar for seg mer enn denne litteraturstudien da noen av abortene gjennomføres etter uke 12,
2015, USA					

				stigmatisering kan støtte kvinners følelsesmessige velvære etter abort.	men utvalget er representativt.
Stålhandske, Maria L., Ekstrand, Maria & Tydén, Tanja  Journal of psychosomatic Obstetrics & Gynecology «Women's existential experiences within Swedish abortion care»  2011, Sweden	Målet med denne studien var å utforske svenske kvinners erfaringer med abortomsorgen, I forhold til deres behov for eksistensiell støtte.	Kvalitativ studie, med kvantitative momenter, intervju og spørreskjema.	24 kvinner mellom 20 og 59 år ved tidspunkt for intervju. Abortene skjedde på forskjellige tidspunkt i kvinnenens liv.	Kvinner behov for eksistensiell støtte i forhold til en abort varierer. Noen kvinner vil gjerne avstå fra enhver form for eksistensiell støtte mens andre uttrykker et behov for støtte og til å reflektere over aspekter av situasjonen og/eller følelsesmessig akseptere situasjonen. Den svenske abortomsorgen er beskrevet som rasjonell og nøytral. Et problem som beskrives er at de fysiske utfordringene kommer over psykiske, og noen kvinner blir skuffet over helsepersonellens manglende evne til å svare på tanker og følelser relatert til aborten. Selv om kvinnene hadde lignende opplevelser av abortomsorgen de ble tilbudt, var behovene de uttrykte forskjellige. Noen verdsatte den nøytrale holdningen til personellet. Disse kvinnene ville ikke ha mer støtte utenom det fysiske fordi de ikke syntes abort var spesielt vanskelig å gå gjennom, eller hadde funnet andre måter å håndtere problemene. Noen andre kvinner opplevde av personalet var upersonlig og fraværende.	- Peer review - Vitenskapelig nivå 1 - Etisk prosedyre fulgt, godkjent av regional ethical committee in Uppsala. - Metoden var godt gjennomført med spørreskjema som ble pilot-testet før studien ble satt i gang. - Alle kvinnene ble rekruttert fra en studentklinikk i Sverige og via en annonse i studentblad. Kvinnene i studien var derfor homogen i forhold til etnisitet, sosial klasse, utdanning. Abortene fant sted mellom en måned og 10 år før intervjuet. - Intervjuene skjedde ansikt til ansikt, og de brukte mellom 60 og 120 minutter av forskere med

					erfaring innen seksuell helse/jordmorfar.
Stålhandske, Maria L., Makenzius, Marlene, Tydén, Tanja & Larsson, Margareta  Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, «Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation»  2012, Sweden	Hensikten var å utforske eksistensielle opplevelser og behov blant kvinner som har hatt en provosert abort. I tillegg undersøkes det om disse opplevelsene er knyttet til bakgrunn som alder, utdanning, familiesituasjon, åndelighet og kvinnens psykiske helse etter aborten.	Kvantitativ studie  Tverrsnitts- undersøkelse.  Bruk av et spørreskjema	Et spørreskjema ble gitt til 499 kvinner som ba om abort (Omtrent dobbelt så mange ble spurt om å svare på skjemaet).	Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 25,9 år. De fleste kvinner (94 %) var født i Sverige. 74 % rapporterte at de hadde et stabilt forhold, og 46 % hadde barn fra før. Eksistensielle komponenter var vanlig. 67 % av kvinnene oppgir at de tenker på fosteret som et barn. Tanker om liv og død er vanlig, sammen med mening og moral i forhold til aborten. Nesten halvparten (48 %) av kvinnene rapporterer at de hadde gjennomført, eller ønsket å gjennomføre, en spesiell handling for å markere slutten av prosessen eller å forson seg med aborten. Kvinnene hadde mulighet til å skrive noe med egne ord, og der kom det fram at noen prøvde å opptre rasjonelt uten å la sine følelser overta. Mange kvinner kommenterte smertefulle følelser som skam, skyld, tristhet og sorg, men også sinne og skuffelse ovenfor dem selv for å gjøre feil. I tillegg kom det fram at mange følte sinne/skuffelse ovenfor partner og andre personer i nærheten for mangel på støtte. Selv om selve avgjørelsen var smertefull og vanskelig, var de fleste bestemt på at aborten var den riktige avgjørelsen og eneste utvei. Noen angret i etterkant. Mange sa at dette var «the worst decision ever».	- Peer review - Vitenskapelig nivå 1 - Lettleselig artikkel - Spørreskjemaet ble besvart av 499 kvinner, som gir et godt grunnlag for at studien skal representere befolkningen. - Resultatet viser at eksistensielle komponenter var vanlige, 67 % av kvinnene tenkte på fosteret som et barn. - Kvinnene ble invitert til å skrive en egen kommentar på spørreskjemaet, 294 kvinner valgte å bruke denne muligheten.
Trybulski, JoAnn  Journal of Advanced Nursing «Women and abortion: the past reaches into the present»  2006, USA	Hensikten med artikkelen var å studere kvinners reaksjoner på aborten over lenger tid	Kvalitativ studie	16 kvinner ble intervjuet om aborten de hadde fått utført minst 15 år tidligere.	Hver av kvinnene snakket om at de hadde tenkt på aborten(e) på varierende tidspunkt. Aborten(e) var ikke en tidsbegrenset hendelse. Tankene, følelsene og meninger rundt aborten var kontinuerlig til stede etter hvert som livets gikk videre. Fortiden kom tilbake til nåtiden i varierende grad og på forskjellige, uplanlagte tidspunkt. Senere svangerskap, milepæler i livet og ulike sammenkomster som også involverer venners barn var vanlige	- Peer review - Vitenskapelig nivå 2 - The institutional Review Board committees fra to institusjoner har sett på studien, og deltakere

				<p>triggere for at tankene skulle komme tilbake. Disse tilbakevendende tankene ble forsøkt unngått og undertrykt, og de opplevdes som inntrengende/upassende.</p> <p>Kvinnene som deltok forteller at opplevelsen var en uendelig hendelse i deres tanker og følelser som fortsetter å finne nye synsvinkler og nye meninger på det som skjedde.</p>	<p>bestemte tid og sted for intervju.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metoden var annerledes enn andre studier, da kvinnene var mellom 38 og 92 år gamle.</li> <li>- Resultatet av artikkelen viser at kvinnene kan ha tilbakevendende tanker og følelser rundt sine aborter.</li> </ul>
<p>Trybulski, JoAnn</p> <p>British Journal Of Midwifery,</p> <p>«Making sense: women's abortion experiences»</p> <p>2008</p> <p>USA</p>	<p>Hensikten var å se nærmere på et viktig, felles fenomen i tidligere studier; trangen til å finne en mening med aborten</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Intervju med kvinner som har utført abort for mange år siden.</p>	<p>Intervju med 16 kvinner i alderen 38 til 92 år.</p> <p>Abortene ble gjennomført mellom 1930- og 1980-tallet.</p>	<p>Kvinnene har søkt etter en mening med aborten på forskjellige måter. For noen var dette konsekvent gjennom hele prosessen. Det var avgjørende å se aborten som nødvendig for deres liv. For mange var det å ta en abort ikke et problem i seg selv; men det var svært viktig at det var for en grunn. Å bruke abort som prevensjon er etter deres mening ikke greit.</p> <p>Noen kvinner følte seg ikke klar for å bli mor, og har i senere tid brukt det som en mening med valget. De som i senere tid fikk barn har en følelse av å være en bedre mor fordi de den gangen selv bestemte når de ville bli mor. Noen bruker ritualer som å skrive brev til barnet, innrømme aborten ovenfor noen nære, og spirituelt snakke med barnet og si adjø. Kvinner søker tilgivelse fra den ufødte og sine barn for det som har skjedd. Tilgivelse fra Gud.</p> <p>Felles for mange kvinner er at prosessen med å søke en mening fortsetter over år.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peer review</li> <li>- Vitenskapelig nivå 1</li> <li>- 16 kvinner er ikke nødvendigvis representativ for den øvrige gruppen, men intervjuene gir et godt grunnlag for analyse.</li> <li>- Abortene ble gjennomført langt tilbake i tid, som kan virke positivt: litt mer overblikk over situasjonen som var, eller negativt: glemt viktige detaljer og følelser.</li> </ul>
<p>Weitz, Tracy A. &amp; Kimport, Katrina</p> <p>Contraception,</p>	<p>Hensikten er å undersøke antakelsen om at gjentakende</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Intervjuer over telefon.</p>	<p>21 kvinner som har fått utført 2 eller flere aborter</p>	<p>Generelt sa kvinnene at hver abort var forskjellig og at noen aborter var harde. I noen tilfeller opplevdes aborten annerledes på grunn av alder. For en kvinne var det lettere da hun var 22 år enn da hun var 28 år. Emosjonelt var abort nummer to hardere. Andre kvinner</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peer review (godkjent av Institutional review board, University of California).</li> <li>- Vitenskapelig nivå 1</li> </ul>



<p>«A need to expand our thinking about “repeat” abortions»</p> <p>2012, USA</p>	<p>aborter oppleves likt som den/de foregående aborten(e). Fokus på aborten i seg selv.</p>		<p>ble intervjuet om sine opplevelser.</p>	<p>oppgå også dette. En annen kvinne tok abort første gang som 15-åring, og synes denne var verre enn den andre fordi foreldrene tok valget for henne. På det tidspunktet var det vanskelig å ikke ha kontroll over situasjonen. For andre kvinner var første abort også vanskelig: en kvinne tok abort fordi hun var redd for at fosteret var resultat etter utroskap. En kvinne hadde lik opplevelse på to aborter fordi mannen hun var sammen med var voldelig, og saboterte prevensjonen hennes. Da hun visste at det ikke var noen framtid, og tenker ikke så mye over abortene i det hele tatt.</p> <p>Generelt varierer omstendighetene rundt abortene, som også gjør at det emosjonelle og opplevelsene varierer. Noen omstendigheter gjør det lettere, andre gjør det vanskeligere. Mye kommer an på hva livet er for kvinnen på det tidspunktet aborten gjennomføres.</p> <p>Alle kvinnes historier viser at personlige omstendigheter og kontekst er viktige; forhold, alder, sosialt etc.</p>	<p>- Kvinnene ble rekruttert via hjelpelinjer på telefon, og deltakere fra en tidligere studie som hadde godtatt å bli kontaktet igjen.</p> <p>- Etnisk, sosial og geografisk variasjon blant kvinnene.</p> <p>- Krav om at kvinnen er over 18 år, og snakker engelsk.</p>
--	---	--	--	---	--

### Vedlegg 3: Tabell 4, innholdsanalyse

Meningsbærende enheter	Subkategori	Kategorier
Etter aborten beskriver kvinner følelser som ambivalens og tomhet.	Kvinner følte en lettelse etter aborten	De ubesvarte kvinnene
Ansvarsfølelse og glede over å få oppleve graviditet.	Kvinner sa at de ikke angret og at avgjørelsen var riktig	
Lettelse etter svangerskapsavbruddet	Ingen emosjonelle plager over tid	
Positive følelser sto sterkt på alle de tre intervju-tidspunktene: de føler de har gjort det rette, og føler seg lettet.	Unngåelse av tilbakevendende tanker	Kvinner som stadig lar seg påminne
Negative følelser skåret lavere, men var stort sett stabile. Skyld, skam, anger, sinne ble nevnt, men i liten grad.	Tanker kom først ei stund etter aborten Det må være en mening med aborten	
Sorg og skyldfølelsen hadde signifikant nedgang i løpet av de første 2 år etter aborten.	Sorg og skyldfølelse er vanlig i etterkant av abort	Kvinner med betydelige emosjonelle plager
Svært mange forsøkte å unngå minnene rundt aborten, dette holdt seg uforandret gjennom 5 år.	Noen kvinner er sårbare i forhold til angst og depresjon	
Kvinner med provosert abort hadde høyere skår enn normalbefolkningen på angst og depresjon.	Følelser som skam, skyld, selvbedømmelse og ensomhet var vanlig	
Følte i større grad lettelse enn kvinner som har spontanabortert.	Stigmatisering gir flere negative følelser	
Følelse av skam og skyld i lenger tid etter aborten.	Skuffelse ovenfor seg selv, angrer	
Religiøse var mer utsatt for stigmatisering og var mer bekymret for å bli dømt enn andre.	Smertefull ansvarsfølelse og personlige omstendigheter viktig for opplevelsen	
Religiøse hadde større grad av selvbedømmelse enn andre, og ble mer kritisert av samfunnet.	Ambivalens og kroppslig tomhet	

<p>Kvinner var urolige, deprimert, følte seg skyldig og ulykkelig rett etter aborten, men følelsene var redusert over tid til det normale.</p> <p>Noen kvinner beskrev aborten som traumatisk, og følte seg urolige og kald, og følelsene vedvarte.</p> <p>Noen rapporterte et mønster av emosjonell endring etter aborten, som involverte negative tilbakevendende tanker/anger.</p> <p>En gruppe var aldri opprørt verken etter aborten eller en tid etterpå. Noen var lettet etter aborten. De dveler ikke ved avgjørelsen.</p> <p>Det iboende ansvaret for å ha tatt livet av det som skulle bli et barn ble ledsaget av smerte.</p> <p>Suksessfull svangerskapsavbrudd og at framtiden skulle bli normal igjen føltes som en lettelse.</p> <p>Kvinnene beskrev: kroppslig tomhet og vond følelse av at de egentlig skulle vært mor.</p> <p>Nesten 2/3 kvinner hadde ingen emosjonelle plager etter aborten.</p> <p>Omtrent 17 % av kvinnene var i en gruppe med milde/moderate emosjonelle plager. Følelser som tristhet, ensomhet, skam, skyld og anger var sentral.</p> <p>I en gruppe med alvorlige emosjonelle plager (omtrent 20 %), og brukte ord som sorg, tvil og krise, og i mindre grad lettelse.</p> <p>Av kvinnene som tok abort hadde 4 % PTSD, og 23 % hadde PTSS. Disse var ekstra sårbar og hadde i større grad angst og depresjon etter aborten.</p>		
--	--	--

<p>Kvinner tenkte generelt mindre på aborten over tid.</p> <p>Kvinner med planlagte svangerskap opplevde større grad av stigmatisering og flere negative følelser i ettertid.</p> <p>Abortomsorgen ble sett på som nøytral, rasjonell og effektiv. Noen savnet mer emosjonell støtte.</p> <p>Noen følte et behov for støtte etter aborten. Noen forklarte at eksistensielle tanker kom først ei stund etter aborten.</p> <p>Noen prøver å opptre rasjonelt uten å la følelser overta. Likevel opplevde mange følelser som skam, skyld, tristhet og sorg.</p> <p>Noen opplevde sinne og skuffelse ovenfor seg selv for å gjøre feil.</p> <p>Noen konkluderte med at avgjørelsen var riktig.</p> <p>Enkelte angret i etterkant, eller hadde blandede følelser.</p> <p>Noen hadde positive opplevelser, som bedret psykisk velvære og lettelse.</p> <p>Etter svangerskapsavbruddet forteller kvinnene om lettelse.</p> <p>Noen sa flere år etter at det var den beste avgjørelsen for dem, og at de ikke angret.</p> <p>For de som angret på avgjørelsen, kom fortiden tilbake til nåtiden hyppigere og med mer levende tanker.</p> <p>De kvinnelige deltakerne søkte en mening med abortene sine</p>		
--	--	--

<p>For mange kvinner var idéen om å ta en abort ikke problematisk. Likevel var det viktig at grunnen for å avbryte svangerskapet var gyldig.</p> <p>Historiene viser klart at personlige omstendigheter og kontekst er viktig for kvinners emosjonelle opplevelse av aborten.</p> <p>Å ta eierskap over avgjørelsen om å ta abort gjorde at enkelte kvinner fikk en lettere abort, og at tiden etterpå ble emosjonelt lettere.</p>		
--	--	--