



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA  
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Akademien för hälsa, vård och välfärd

# KVINNORS ERFARENHETER AV MEDICINSK ABORT

Enkätundersökning

**EMELIE NILSSON**

**VICTORIA PALM**

*Huvudområde:* Vårdvetenskap med  
inriktning reproduktiv, perinatal sexuell  
hälsa

*Nivå:* Avancerad nivå

*Högskolepoäng:* 15 hp

*Program:* Barnmorskeprogrammet

*Kursnamn:* Examensarbete inom  
reproduktiv, perinatal sexuell hälsa

*Kurskod:* VAE116

*Handledare:* Magdalena Mattebo

*Examinator:* Marianne Velandia

*Seminariedatum:* 20-10-29

*Betygsdatum:* 20-11-18

# SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Omkring 37000 aborter i Sverige utförs årligen där 96% är medicinska. Barnmorskor ska förhålla sig professionellt genom att ge information, stöd och rådgivning vid abort. Trots detta visade tidigare forskning att det förekommer stigma inom abortvården och att kvinnor får bristande information och stöd.

**Syfte:** Att kartlägga kvinnors erfarenheter av medicinsk abort på sjukhus.

**Metod:** Webbaserad enkätundersökning med kvantitativ metod. Materialet analyserades med beskrivande statistik och med inspiration av Polit och Becks (2017) beskrivande analys av öppna frågor vid kvantitativ ansats.

**Resultat:** Enkäten besvarades av 155 kvinnor. Majoriteten var nöjda med abortvården men 51% saknade information om bland annat komplikationer, psykiskt mående, smärta och blödning. Övervägande positiva erfarenheter fanns av stöd och bemötande där barnmorskorna varit empatiska, inkännande och närvarande. En femtedel hade dock negativa erfarenheter av dömande, oempatiska och otillgängliga barnmorskor. För 36% var smärtlindringen otillräcklig i samband med aborten. Majoriteten av kvinnorna (n=29) som vårdats på kombinerad kvinnoavdelning hade negativa erfarenheter och tyckte det var psykiskt påfrestande.

**Slutsatser:** Majoriteten av kvinnorna var nöjda med abortvården men bättre information efterfrågades. Mindre dömande samt mer förstående och närvarande personal önskades av flertalet kvinnor. Förbättringsförslag som lyftes fram var bättre utbud av smärtlindring och möjlighet att slippa vårdas på kombinerad kvinnoavdelning.

**Nyckelord:** Barnmorskor, Beskrivande statistik, Erfarenheter, Kvantitativ

## ABSTRACT

**Background:** Around 37 000 abortions are performed in Sweden every year, where 96% are medical. Midwives should behave professionally by providing information, support and advice in the event of an abortion. Despite this, previous research shows that there is a stigma in abortion care and that women receive a lack of information and support. **Purpose:** The aim was to investigate women's experiences of medical abortion in hospitals. **Method:** Web-based survey with quantitative method. The material was analysed with descriptive statistics and with inspiration from Polit and Beck's (2017) descriptive analysis of open questions in quantitative approach. **Results:** The survey was answered by 155 women. The majority were satisfied with the abortion care, but 51% lacked information about complications, mental state, pain and bleeding. Positive experiences were of support and treatment where the midwives were empathetic and present. One-fifth had negative experiences with judgmental, unsympathetic and unavailable midwives. For 36% pain relief was insufficient in connection with the abortion. The majority who were cared for in the combined women's ward had negative experiences and found it psychologically stressful.

**Conclusion:** Women demand better information in conjunction with abortion, less judgmental, more understanding and present healthcare professionals. Women also wish for better range of pain relief and the opportunity to avoid being cared for in a combined women's ward.

**Keywords:** Descriptive Statistics, Experiences, Midwives, Quantitative

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
2.1	Definition av abort .....	1
2.1.1	<i>Sexuell hälsa och rättigheter och abortlagen</i> .....	1
2.1.2	<i>Abortmetoder</i> .....	2
2.2	Abort ut ett globalt perspektiv .....	3
2.3	Abort i svensk historia .....	4
2.4	Barnmorskans roll och ansvar .....	4
2.5	Abortbeslutet .....	5
2.5.1	<i>Kvinnors upplevelser av stigmatisering kring abortbeslut</i> .....	6
2.6	Kvinnors upplevelse av information och stöd .....	6
2.7	Kvinnors upplevelser av smärta och smärtlindring .....	7
2.8	Teoretisk referensram .....	8
2.9	Problemformulering .....	9
<b>3</b>	<b>SYFTE</b> .....	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>METOD</b> .....	<b>9</b>
4.1	Design .....	9
4.2	Webbenkät .....	10
4.2.1	<i>Pilotstudie</i> .....	10
4.3	Urval .....	11
4.4	Datainsamling .....	11
4.5	Dataanalys .....	11
4.6	Etiska överväganden .....	12
<b>5</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
5.1	Bakgrundsdata .....	13
5.2	Kvinnors erfarenheter av information .....	14

5.2.1	<i>Information under första besöket inför abort</i> .....	14
5.2.2	<i>Information under och efter aborten</i> .....	14
<b>5.3</b>	<b>Kvinnors erfarenheter av bemötande</b> .....	<b>16</b>
5.3.1	<i>Bemötande vid första besöket inför abort</i> .....	16
5.3.2	<i>Bemötande under aborten</i> .....	17
<b>5.4</b>	<b>Kvinnors erfarenheter av stöd och närvaro</b> .....	<b>19</b>
5.4.1	<i>Stöd från anhörig</i> .....	19
5.4.2	<i>Stöd och närvaro från vårdpersonal</i> .....	19
<b>5.5</b>	<b>Kvinnors erfarenheter av smärta och behov av smärtlindring</b> .....	<b>22</b>
<b>5.6</b>	<b>Kvinnors erfarenheter av att vårdas på en kombinerad kvinnoavdelning</b> .....	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>YTTERLIGARE ERFARENHETER AV ABORTVÅRD</b> .....	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>26</b>
7.1	<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>26</b>
7.2	<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>30</b>
7.3	<b>Etikdiskussion</b> .....	<b>32</b>
<b>8</b>	<b>SLUTSATSER OCH KLINISKA IMPLIKATIONER</b> .....	<b>33</b>
<b>9</b>	<b>FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA FORSKNING</b> .....	<b>33</b>
	<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>35</b>

**BILAGA A INFORMATIONSBREV**

**BILAGA B WEBBENKÄT**

**BILAGA C ARTIKELMATRIS**

# 1 INLEDNING

Författarna till examensarbetet har valt att kartlägga kvinnors erfarenheter av medicinsk abort på sjukhus. Idén kom från att vi båda jobbat med aborter på en kvinnoavdelning och därmed fått erfarenheter om kvinnors olika behov gällande abortvård. Vissa kvinnor önskar mycket stöd från både personal och anhöriga medan vissa vill vara ensamma. Vi har också observerat att smärtupplevelsen är unik. Genom våra erfarenheter har vi skapat oss ett intresse för hur kvinnor upplever sina aborter samt hur vården till denna patientgrupp skulle kunna förbättras.

## 2 BAKGRUND

Bakgrunden består av begreppsförklaring, abortlag och sexuella rättigheter, barnmorskans ansvarsområde, tidigare forskning, teoretisk referensram samt avslutas med en problemformulering.

### 2.1 Definition av abort

En abort innebär avbrytande av graviditet, antingen medicinsk med läkemedel eller kirurgisk genom en mindre operation (1177 Vårdguiden, 2019). Enligt Socialstyrelsen (2019) utförs mellan 35000–38000 aborter i Sverige varje år, 85 procent av dessa sker innan vecka nio. En procent sker efter vecka 18. År 2019 gjordes 96 procent av alla aborter medicinskt och 81 procent av aborterna innan vecka nio var hemaborter (Socialstyrelsen, 2019).

#### 2.1.1 *Sexuell hälsa och rättigheter och abortlagen*

Enligt Socialstyrelsen (2018) är rätten till en sexualitet fri från diskriminering, fördomar, tvång och våld grundläggande för individens upplevelse av hälsa och välbefinnande. Sexuell och reproduktiv hälsa innebär ett tillstånd av fysiskt, psykiskt, emotionellt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion, där alla individer har rätt att fatta beslut om sina egna kroppar. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården har insatser som stödjer den rättigheten.

Enligt Sveriges abortlag (SFS 1974:595) får gravida kvinnor genomföra abort till och med graviditetsvecka 18+0 utan att behöva redogöra för orsak till beslutet, efter denna vecka behövs tillstånd av Socialstyrelsens Rättsliga råd samt att synnerliga skäl föreligger. Sådana skäl kan exempelvis vara drog- eller alkoholproblem, psykisk ohälsa eller att fostret har en missbildning (1177 Vårdguiden, 2019). Sedan januari 2008 är det enligt lag tillåtet för utländska kvinnor, som ej är svenska medborgare, att genomföra abort i Sverige. Den övre gränsen för abort avgörs av fostrets förmåga att överleva utanför livmodern. Det betyder att en abort i dagsläget inte beviljas efter 22 fullgångna graviditetsveckor. Om en graviditet innebär en allvarlig risk för kvinnans hälsa eller liv samt om fostret ej kan överleva utanför livmodern kan abort beviljas efter vecka 22 (SFS 1974:595).

### **2.1.2 Abortmetoder**

Det finns två olika abortmetoder, medicinsk och kirurgisk. Medicinsk går att göra under hela perioden abort är tillåtet, sen medicinsk abort räknas från vecka 12. Medicinsk abort påbörjas alltid på sjukhus genom att kvinnan får en tablett att svälja. Den aktiva substansen i läkemedlet heter Mifepristone och förbereder utdrivningen av fostret genom att mjuka upp och vidga livmoderhalsen (FASS, 2019). Mellan 24–48 timmar efter att kvinnan erhållit Mifepristone får hon Misoprostol som administreras vaginalt och gör att livmodern drar ihop sig, Misoprostol ges var tredje timme fram tills att graviditeten stötts ut. Om kvinnan börjat blöda efter första dosen ges tabletterna oralt (Gemzell Danielsson, 2015; Nissi, Santala, Immonen, Talvensaaari-Mattila, 2016). Fram till graviditetsvecka 9+0 och i vissa regioner upp till 10+0 kan aborten utföras hemma om kvinnan önskar, är fullt frisk, har en myndig person med sig samt kan förstå instruktioner och göra sig förstörd via telefon (Gemzell-Danielsson & Kopp Kallner, 2020). Enligt Hsia, Lor, Taylor och Crainin (2019) går cirka 95 procent av de medicinska aborterna komplikationsfritt, vilket innebär att det är en säker abortmetod. Enligt Carlsson, Breding och Larsson (2018) är den främsta komplikationen vid medicinsk abort att den blir ofullständig vilket innebär att graviditetsrester finns kvar i livmodern och orsakar blödningar. För cirka 0,4 procent krävs kirurgi för att fullfölja aborten (Hsia, Lor, Taylor och Crainin, 2019). Det är ovanligt att kvinnor drabbas av sepsis eller behöver blodtransfusion efter medicinsk abort men det förekommer i sällsynta fall. Cirka 0,4 procent aborterar efter enbart Mifepristone (Hsia, Lor, Taylor och Crainin, 2019). Kontraindikationer till medicinsk abort är tidigare allergisk reaktion mot Mifepriston eller Misoprostol, kronisk binjurebarkssvikt eller långtidsbehandling med kortikosteroider, porfyri samt ektopisk graviditet (Gemzell Danielsson, 2015). Vårdtiden för tidig medicinsk abort är vanligtvis mellan 4–6 timmar och för sen medicinsk abort upp till några dygn (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2018a).

Kirurgisk abort innebär att livmodern töms operativt med hjälp av en tunn slang som kopplas till ett vakuumsug. Detta görs oftast under narkos (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2018a). Någon nedre tidsgräns för kirurgisk abort finns inte. Dock är risken för fortsatt graviditet och för inkomplett abort högre vid kirurgisk abort före graviditetsvecka sju. Enligt svensk tradition genomförs kirurgisk abort till och med 12 fulla graviditetsveckor. Vid kirurgisk abort >12 veckor förbehandlas cervix med Misoprostol 400 mikrogram, detta reducerar risken för cervixskada, minskar blödningen och risken för uterusperforation och postoperativ infektion (Gemzell Danielsson, 2015). Vårdtiden för kirurgisk abort är cirka ett dygn (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2018a).

## **2.2 Abort ut ett globalt perspektiv**

Enligt WHO (2019) utfördes omkring 56 miljoner aborter årligen mellan år 2010 och år 2014 av kvinnor i åldrarna 15 - 44 år. Av dessa aborter var ca 25 miljoner osäkra. Enligt riksförbundet för sexuell upplysning RFSU (2019) är komplikationer kring graviditet och förlossning den vanligaste dödsorsaken för kvinnor mellan 15 - 19 år. Osäkra aborter står för majoriteten av dessa dödsfall. Osäkra aborter innebär att kvinnor utan tillgång till laglig abortvård tar till drastiska metoder för att avsluta sina graviditeter. Metoderna kan vara att äta krossat glas, dricka blekmedel eller att föra upp vassa föremål i underlivet. Detta kan leda till infektioner, blodförlust eller blodförgiftning och i värsta fall orsaka dödsfall. Abort är förbjudet i 26 länder trots att sexuell och reproduktiv hälsa ses som en mänsklig rättighet (a.a). I Europa är abort olagligt eller starkt begränsat i sex länder, dessa är Andorra, Liechtenstein, Malta, Monaco, Polen och San Marino (Amnesty International, 2020). Abortförbudet påverkar omkring 90 miljoner kvinnor (Amnesty International, 2019). Av dessa dör cirka 47 000 kvinnor och flickor årligen till följd av osäkra aborter (WHO, 2019). Kvinnor som lever i fattigdom är hårdast drabbade. Av de 25 miljoner osäkra aborterna som utförs varje år sker mer än hälften i Asien. I Afrika och Latinamerika utförs tre av fyra aborter på ett osäkert sätt. Risken för att kvinnor dör i samband med abort är högst i Afrika. För att förebygga osäkra aborter krävs sexualundervisning, säkra och effektiva preventivmetoder samt en laglig och fungerande abortvård (WHO, 2019). I FN:s Agenda 2030 finns 17 globala mål för hållbar utveckling. Mål tre handlar om god hälsa och välbefinnande, ett av delmålen handlar om att säkerställa att alla människor ska få tillgång till sexuell och reproduktiv hälso- och sjukvård, familjeplanering och utbildning. Mål fem handlar om jämställdhet och ett delmål är att säkerställa allmän tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (Regeringskansliet, 2017).



## **2.3 Abort i svensk historia**

Fram till 1864 dömdes kvinnor i Sverige till dödsstraff vid genomförande av abort, på den tiden kallades det för barnamord eller fosterfördrivning. Samma år som kvinnor fick rösträtt, år 1921 ändrades straffet till max två års fängelse. Om kvinnors liv och hälsa var i fara kunde en abort tillåtas. År 1938 var det fortfarande brottsligt att genomföra en abort men vissa undantag kunde göras. Lagen tillät abort på tre indikationer; medicinsk, humanitär och rashygienisk. Det tillkom sedan ytterligare indikationer, social-medicinsk indikation år 1946 och fosterskadeindikation år 1963. För att få tillstånd att genomföra en abort krävdes två läkarintyg eller beslut från dåvarande medicinalstyrelsen. Trots att abort blev lagligt ökade illegala aborter. Detta resulterade i att stora resurser inom sjukvården gick till vård av komplikationer som uppstått efter illegala aborter. År 1965 tillsattes därför en abortkommitté som utarbetade förslag till abortlagen. Detta resulterade i abortlagen som började gälla år 1974 och med ändringar gjorda år 1995 fortfarande gäller idag (Gemzell- Danielsson, 2015). De främsta ändringarna år 1995 gällde kvinnans rätt till fosterdiagnostik samt stödsamtal i samband med abort (Prop. 1994/95:142).

## **2.4 Barnmorskans roll och ansvar**

Enligt Svenska Barnmorskeförbundets kompetensbeskrivning för leg. barnmorskor (2018) ska barnmorskan främja sexuell hälsa och förebygga sexuell ohälsa. Barnmorskan ska arbeta hälsofrämjande och förebyggande i ett livscyelperspektiv då barnmorskan möter kvinnor i olika skeenden i livet. Barnmorskan ska arbeta efter lagar, författningar, föreskrifter samt allmänna råd inom hälso- och sjukvård. I sin professionella roll ska barnmorskan tillgodose kvinnors rätt till information och självbestämmande samt respektera och stötta kvinnors val och beslut. Barnmorskan ska ge vård vid både spontan och inducerad abort samt identifiera och ge vård vid abortkomplikationer. Gemzell- Danielsson (2015) beskriver att barnmorskan ska informera om abortmetoder både muntligt och skriftligt så kvinnor får tillräcklig information för att möjliggöra ett fritt val. Oavsett abortmetod ska barnmorskan ta anamnes och göra en allmän och gynekologisk undersökning samt en infektionsscreening.

Barnmorskan ska förse kvinnor med tydlig information om behandling, blödningsmängd, blödningstid, biverkningar och vilka symtom som inte hör till det normala. Informationen bör innehålla att det är normalt att blöda som en mensblödning i några veckors tid efter en abort, att mensen vanligtvis brukar vara tillbaka efter fyra till sex veckor. Under tiden som blödningen pågår är det viktigt att inte bada eller föra upp något i slidan på grund av det kan orsaka en infektion. Tecken på infektion kan vara feber, illaluktande flytning eller blödning, kraftiga smärtor i magen samt rikliga blödningar. Omkring fyra veckor efter aborten görs ett graviditetstest för att undersöka om det finns rester kvar i livmodern vilka i sådana fall

avlägsnas antingen genom skrapning eller med hjälp av läkemedel. Om behov finns ger återbesöket även kvinnor möjligheten att prata om abortprocessen (Gemzell- Danielsson, 2015; Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2018b). Kvinnor som söker abortvård ska även erbjudas information och förskrivning av preventivmedel. Barnmorskan bör uppmuntra partners eller närståendes delaktighet vid abort (Gemzell- Danielsson, 2015). I en studie av Andersson, Gemzell-Danielsson och Christensson (2014) beskriver barnmorskor vikten av att bemöta kvinnor som genomgår abort enligt deras personliga önskemål. Det är individuellt hur kvinnor vill bli bemötta under sina aborter och det är nödvändigt för barnmorskan att kunna känna av och förstå vilket bemötande som lämpar sig bäst. Svenska Barnmorskeförbundet (2018) betonar att barnmorskan ska stödja kvinnors självbild, värdighet och integritet genom att skapa tillit, trygghet och delaktighet. Barnmorskor ska vara lyhörd för psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov hos kvinnor som söker hälso- och sjukvård, oberoende av kvinnornas omständigheter. Gallagher, Porock och Edgley (2009) påpekar vikten av ett gott bemötande från barnmorskan och betydelsen av ett tydligt och korrekt språk. Abortbeslutet är alltid kvinnors att ta, barnmorskor ska förhålla sig till den professionella rollen, vilket innebär ge information, stöd och rådgivning.

## **2.5 Abortbeslutet**

Enligt Gemzell Danielsson (2015) är några av de vanligaste orsakerna till abort dålig ekonomi, relationsproblem, att kvinnan anser sig vara antingen för ung eller för gammal eller att kvinnan vill fokusera på sin egen utbildning och karriär. Det finns även kvinnor som utsatts för våld och övergrepp vilka är särskilt utsatta och behöver extra stöd och vård vid sina abortbeslut. Enligt en studie som undersökt kvinnors orsaker till att göra abort globalt var den vanligaste orsaken socioekonomiska problem (Chae, Desai, Crowel & Sedgh, 2017).

Ett abortbeslut upplevs oftast svårt då det innefattar olika känslor och funderingar (Altshuler, Ojanen-Goldsmith, Blumenthal & Freedman, 2017). En del kvinnor upplevde abort som smärtsamt, skamfullt och sorgligt där skuld-känslor, ångest, rädsla och en besvikelse över sig själva och sitt beslut var förekommande (Stålhandske, Makenzius, Tydén & Larsson 2012). För vissa kvinnor upplevdes beslutet som det värsta de tagit i sina liv medan det för andra upplevdes som en lättnad. Majoriteten av kvinnorna upplevde att beslutet om abort var rätt oavsett hur enkelt eller svårt det var att ta (Stålhandske m.fl., 2012; Nyboe Petersen, Jessen-Winge & Meinertz Møbjerg, 2018). Enligt en studie av Rocca, Samari, Foster, Could och Kimport (2020) framkom det att kvinnor som redan hade barn kände sig mer osäkra över abortbeslutet än de som inte hade barn. En annan orsak som

bidrog till att kvinnor var osäkra över beslutet var hur mycket stigma det fanns kring abort i området där kvinnorna bodde.

### **2.5.1 Kvinnors upplevelser av stigmatisering kring abortbeslut**

Med stigma menas en oönskad social stämpling som orsakar bland annat skam, lidande och minskad självuppskattning.

Aborträtten ses av många som en tabubelagd och kontroversiell fråga vilken ofta debatteras som antingen rätt eller fel. Ofta är skuld starkt betonat i abortfrågan vilket leder till en stigmatisering som gör det svårt för kvinnor att berätta om sina erfarenheter (Gemzell Danielsson, 2015). Enligt tidigare forskning upplevde vissa kvinnor förväntningar från vänner, familj och vårdpersonal att göra abort. Förväntningarna gjorde det svårt för kvinnor att prata om de blandade känslorna som graviditeten innebar. Vissa kvinnor hade i stort sett blivit övertalade att genomgå abort med argument att kvinnorna var studerande, inte hade ett fast förhållande eller behövde tänka på framtiden (Stålhandske, Ekstrand & Tydén, 2011). Kvinnor beskrev upplevelser av stigma, framförallt från samhället men även från familj, partners, vänner och vårdpersonal. Abortbeslutet uppfattades ibland som oacceptabelt, ont och själviskt vilket ledde till att kvinnor upplevde ett dömande och förakt från samhället. Detta bidrog till att kvinnor ofta valde att hålla abortbeslutet hemligt (Hanschmidt, Linde, Hilbert, Riedel Heller och Kersting, 2016). Tidigare forskning visade att barnmorskor upplevde olika reaktioner från samhället angående abortvård. Barnmorskorna blev varse om samhällets reaktioner när kvinnorna som skulle genomgå abort verkade skämmas och känna skuld över att söka abortvård (Gallagher, Porock & Edgley, 2009). Enligt tidigare forskning upplevde en del kvinnor svensk abortvård som neutral, rationell och effektiv. Vissa kvinnor uppskattade detta medan andra kvinnor ansåg att det var otillräckligt för kvinnornas behov (Stålhandske, Ekstrand & Tydén, 2011).

## **2.6 Kvinnors upplevelse av information och stöd**

Kvinnor som inte fått tillräckligt med information kring abort var oroliga och rädda över hur situationen skulle hanteras. Kvinnorna belyste vikten av kontinuerlig och upprepad information i abortprocessen. Vissa kvinnor uttryckte okunskap om hur lång tid en abort skulle ta och vilken sorts smärta som kunde förväntas (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014). Flera kvinnor kände sig oförberedda på det psykiska lidandet och hade önskat mer förberedande information samt tillräcklig kunskap om hur en abort utförs (Georgsson & Carlsson, 2019). I enlighet med vad Georgsson, Krautmeyer, Sundqvist och Carlsson (2019) beskriver, att kvinnor upplevt hur vårdgivare fokuserat på fel sorts

information där bland annat information om blödningsmängd, komplikationer, den fysiska och emotionella upplevelsen samt uppföljning med stöd och preventivmedel uteblivit. Flertalet kvinnor hade även önskat skriftlig information vilket inte givits.

Forskning visade att kvinnor som genomgick abort upplevde stöd från anhöriga som viktigt (Nyboe Petersen m.fl., 2018). Majoriteten av kvinnorna sökte stöd hos sin manliga partner (Petersen, Jessen-Winge & Meinerts Møbjerg, 2018). Det fanns behov av att känna stöd från vårdpersonal där kvinnorna främst vill bli bemötta med respekt och empati (Makenzius, Tydén, Darj & Larsson, 2012a). En del kvinnor upplevde brist på emotionellt och existentiellt stöd från barnmorskor före, under och efter aborten (Stålhandske, Ekstrand & Tydén, 2011). Tidigare forskning visar att barnmorskor som både arbetade med förlossning och abortvård hade svårigheter att följa det professionella ansvaret gällande att ge känslomässigt stöd. (Garel, Etienne, Blondel & Dommergues, 2007). Andra kvinnor hade goda erfarenheter av abortvård särskilt när det gällde enkelheten att få tag i kliniken, möjligheten till bra information, rådgivning och stöd, samt känslan av att kunna tillkalla hjälp och få tillräckligt med smärtlindring (Makenzius, Tydén, Darj & Larsson, 2012b). Att få möjlighet att prata om känslor efter en abort hjälpte kvinnorna att hantera det psykiska lidandet (Georgsson & Carlsson, 2019).

## **2.7 Kvinnors upplevelser av smärta och smärtlindring**

Tidigare forskning visade att smärtupplevelsen vid medicinsk abort var individuell. Kvinnor beskrev smärtan som konstant, eskalerande och ojämn. Vissa kvinnor jämförde smärtan med andra smärttillstånd såsom mensvärk, förlossning, endometriosis, magont och placentaavlossning. Vissa kvinnor beskrev endast en smärtekänsla vid själva aborterandet. När abortsmärta jämfördes med förlossningssmärta beskrev kvinnorna att smärtan var lika stark eller värre. Kvinnorna beskrev även att den psykiska smärtan var värre än den fysiska och att den psykiska smärtan ökade den fysiska (Georgsson & Carlsson, 2019). Vissa kvinnor kände sig oförberedda på att hantera den fysiska smärtan då kvinnorna inte förstått att en medicinsk abort innebar starka livmoderssammandragningar som resulterade i att foster och placenta stöttes ut (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson 2014).

Enligt tidigare forskning påverkades smärtan av olika faktorer och var svår att mäta (Gemzell Danielsson, 2015). I samband första administreringen av Misoprostol bör NSAID preparat samt paracetamol erhållas, därefter tillägg av morfinpreparat vid behov (Gemzell Danielsson & Kopp Kallner, 2020). Tidigare forskning visade att det var mer effektivt att erhålla smärtlindring från start än att få det administrerat vid smärtgenombrott (Grossman, Raifman, Bessenaar, Lan Dung, Tamang & Dragoman, 2019). Upplevelsen av smärtlindring

varierade hos kvinnor, en del upplevde inte någon smärtlindring alls medan andra kvinnor upplevde god smärtlindring (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014). Enligt Georgsson & Carlsson (2019) beskrev hälften av kvinnorna att smärtlindringen inte var tillräcklig samt administrerades för sent. Enligt Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson (2014) så bidrog morfinpreparat generellt till att smärtan reducerades samt att de värsta smärttopparna i samband med livmodersammandragningar minskade. För kvinnor som inte upplevde smärtlindring av läkemedel kunde andning samt en bekväm och avslappnande kroppsställning lindra. I en studie av Lerma, Goldthwaite, Blumenthal & Shaw (2020) framkom det att användning av TENS kunde vara ett alternativ till smärtlindring vid abort. Studien visade att utökade smärtlindringsalternativ skulle kunna förbättra abortvården. Enligt Carlsson (2019) var flera lokala riktlinjer i Sverige bristfälliga när det gällde rekommendationer angående smärtlindring i form av epiduralanalgesi (EDA), lustgas och icke-farmakologiska metoder.

## **2.8 Teoretisk referensram**

I alla tider och kulturer har det funnits ett vårdande, att bli vårdad är ett mänskligt behov, något som är livsnödvändigt för människans utveckling och överlevnad. Att vårda är därför naturligt. Varje människa är unik och ska respekteras i professionellt vårdande (Berg, 2010). I detta arbete användes modellen stödja och stärka av Berg (2010) som teoretisk referensram. Enligt Berg (2010) bygger det professionella vårdandet på det naturliga vårdandet men innefattar även vetenskap och etik. Det professionella vårdandet ser olika ut för olika yrkesutövare och bygger på de yrkesetiska koderna medan det naturliga vårdandet finns naturligt hos alla. I vårdandet är människosynen central. Det är viktigt att vårdandet grundas på en helhetssyn och att barnmorskor ser varje kvinna som unik och vårdar kvinnan utifrån det. Om kvinnor objektifieras finns risk att helhetssynen försvinner. I flera lagar, policydokument och yrkesprofessionella koder betonas att hälso- och sjukvården ska vila på en humanistisk värdegrund som står för att icke döma, utöva makt eller ha ett kränkande bemötande. Detta innefattar även att stödja och bekräfta rätten till självbestämmande och gott självförtroende. Ett professionellt bemötande och tillfredsställande av behov bevarar kvinnors integritet. Det engelska ordet midwife betyder ”med kvinnan” är vad den vårdande relationen bör bygga på. För att uppnå det behöver barnmorskor vara öppna för kvinnors unika behov, för att kunna stötta och ge kvinnor mening i den aktuella situationen. Anpassad smärtlindring, närvaro och medvetenhet om lidandet kvinnor känner kan leda till en positiv upplevelse trots att situationen i sig är obehaglig. Alla kvinnor har själv rätt att bestämma om en graviditet ska avslutas och det valet ska stödjas av barnmorskor (Berg, 2010).

## **2.9 Problemformulering**

Tidigare forskning visade att abort är något som är påfrestande för många kvinnor att genomgå, både på ett fysiskt, psykiskt och emotionellt plan där behov av stöd och god information upplevs viktigt. Otillräcklig information gällande abort har visat sig bidra till oro och rädsla. Många kvinnor har varit oförberedda på det psykiska lidandet under aborten men möjligheten att prata om känslor efter abort bidrog till att det psykiska lidandet lindrades. Kvinnor har i studier uttryckt behov av att känna stöd från vårdpersonalen samt en önskan om att bli bemötta med respekt och empati. Brist på emotionellt och existentiellt stöd från barnmorskor före, under och efter aborten har beskrivits. Smärtupplevelse och smärtlindring vid abort upplevdes olika av kvinnor. Fler alternativ till smärtlindring skulle förbättra abortvården då det visat att rekommendationer angående smärtlindring i olika former varit bristfällig. Med detta arbete är avsikten att undersöka och kartlägga kvinnors erfarenheter av medicinsk abort på sjukhus och därigenom få en överskådlig bild av vilka områden som eventuellt behöver belysas och förbättras inom abortvården.

## **3 SYFTE**

Syftet med arbetet var att kartlägga kvinnors erfarenheter av medicinsk abort på sjukhus.

## **4 METOD**

I detta avsnitt presenteras arbetets design, utformning av webbenkät, urval, datainsamling, analysmetod och etiska överväganden.

### **4.1 Design**

Examensarbetet genomfördes med en kvantitativ ansats med tvärsnittsdesign. Data inhämtades genom webbenkäter med egenkonstruerade frågor. Tvärsnittsstudie ansågs lämplig då den ger en bild av en population under en viss tidpunkt och utgörs vid ett enda tillfälle (Billhult, 2017a). Kvantitativ metod innebär att strukturerade observationer eller mätningar används för att få fram data som på olika sätt kan representeras av siffror. För att analysera resultatet användes metoder för beskrivande statistik. Beskrivande statistik

används för att beskriva och sammanställa data med bland annat diagram (Polit & Beck, 2017).

## **4.2 Webbenkät**

Enligt Billhult (2017b) är det lämpligt att använda sig av enkäter när information ska samlas in från en större grupp människor under en tidsbegränsad period. Att göra en enkätstudie ansågs därför lämpligt då det enkelt nådde ut till en stor grupp kvinnor och på så vis kunde data samlas in för att lyfta deras erfarenheter och besvara arbetets syfte.

Enkäten utformades i Google Formulär som är ett webbaserat verktyg för att skapa och analysera undersökningar. Enkäten bestod av 48 frågor som utformades av författarna och sedan godkändes av handledaren. Anledningen till att egenkonstruerade frågor användes var för att kunna anpassa upplägget efter arbetets syfte (Billhult, 2017b). Först fick deltagarna ta del av ett informationsbrev där de genom att klicka sig vidare till enkäten gav sitt samtycke. Frågorna var uppdelade i fyra olika avsnitt; bakgrundsfrågor, inför aborten, under aborten och efter aborten. Se (BILAGA B) för enkätfrågorna. Av enkätens 48 frågor var 35 strukturerade med svarsalternativ varav två, ålder och ålder vid aborttillfället, fylldes i självständigt. Sju av frågorna var graderingsfrågor där kvinnorna kunde gradera mellan 0–10, där 0 exempelvis stod för sämsta tänkbara och 10 för bästa tänkbara. Enkäten innehöll 13 öppna följdfrågor där kvinnorna med egna ord kunde beskriva sina erfarenheter. Frågorna var standardiserade och strukturerade, samma frågor ställdes till alla deltagare (Trost, 2014).

### **4.2.1 Pilotstudie**

Då enkäten utgjordes av egenkonstruerade frågor genomfördes en pilotstudie för att undersöka om enkäten var förståelig (Billhult, 2017b). Författarna publicerade ett inlägg på sociala medier och efterfrågade frivilliga till pilotstudien, totalt sju kvinnor svarade på pilotstudien. Syftet med pilotstudien var att testa validitet och reliabilitet. Validitet innebär att mätinstrumentet mäter vad som avsetts att mätas. Reliabilitet innebär hur stor chans det är att resultatet blir detsamma om studien skulle upprepas, undersöker om studiens resultat är pålitligt (Billhult, 2017c; Trost & Hultåker, 2016). Kvinnor som besvarade enkäten och ingick i pilotstudien ombads ge konstruktiv kritik så att omformuleringar av frågor och svarsalternativ kunde genomföras (Billhult, 2017b). Inga synpunkter om frågornas utformning kom fram och därmed genomfördes inga omformuleringar. Svaren från pilotstudien inkluderades i resultatet.

### **4.3 Urval**

Inklusionskriterier för studien var; kvinnor som gjort medicinsk abort på sjukhus vid 18 års ålder eller äldre. Med medicinsk abort på sjukhus menas abort som görs polikliniskt på gynekologisk mottagning upp till vecka 11+6 eller inneliggande på avdelning upp till vecka 21+6. Kvinnor som kunde läsa och förstå svenska, detta för att försäkra samtycke och på ett adekvat och trovärdigt sätt kunna besvara frågorna i enkäten (Billhult, 2017b).

Exklusionskriterier för studien var; kvinnor som gjort kirurgisk abort, kvinnor som gjort medicinsk abort i hemmet samt kvinnor under 18 års ålder.

Enkäten publicerades i tre Facebookgrupper där enbart kvinnor och icke-binära var medlemmar. Grupperna söktes fram genom en Google sökning efter tjejgrupper på Facebook, varje grupp hade drygt 10 000 medlemmar. Urvalet skedde via ett bekvämlighetsurval där grupperna ansågs representera populationen som arbetet hade för avsikt att undersöka (Polit & Beck, 2017). Enkäten publicerades även på författarnas egna Facebooksidor och Instagram så fler kunde dela vidare enkäten, anledningen till att Facebook och Instagram användes som plattformar var möjligheten till stor spridning och bra respons över hela landet.

### **4.4 Datainsamling**

Efter pilotstudien och godkännande av handledaren publicerades enkäten i tre olika Facebookgrupper samt på författarnas egna Facebooksidor och Instagram. För att få tillstånd om att publicera i grupperna tillfrågades först administratörerna för grupperna. Efter godkännande och beviljat medlemskap i grupperna konstruerades ett inlägg med kort information om inklusionskriterierna och tillhörande länk till informationsbrev och webbenkät. Efter att webbenkäten varit aktiv på Facebook och Instagram i nio dagar hade 178 kvinnor besvarat enkäten och den stängdes ned. Varje insamlat svar numrerades automatisk i Google Formulär, vilket underlättade analysen. Inmatning av data skedde genom automatisk överföring från Google Formulär till Microsoft Excel.

### **4.5 Dataanalys**

Deskriptiv statistik, även kallad beskrivande statistik användes för att analysera materialet. Detta innebar att resultatet sammanställdes och presenterades i en helhetsbild och lättöverskådligt för läsaren. Centralmått i form av medelvärde har använts på frågor där det varit applicerbart (Billhult, 2017d). Resultatet redovisades med hjälp av tabeller och diagram



skapade i Microsoft Excel. För att på ett tydligt sätt presentera resultatet användes frekvensfördelning i antal kvinnor samt i procent.

Enkätens öppna frågor hanterades med inspiration av Polit och Becks (2017) beskrivning av öppna frågor vid kvantitativ ansats. Kvantitativa resultat kan förklaras och bli förstärkt av kvalitativa resultat. Svaren lästes och sammanfattades samt sammanfogades i olika kategorier (Polit & Beck, 2017).

#### **4.6 Etiska överväganden**

Innan arbetet påbörjades skickades en etikansökan till handledaren, etikansökan godkändes och arbetet påbörjades. Vetenskapsrådets (2017) forskningsetiska principer har beaktats under arbetet för att skydda deltagarna i enkäten. Principerna består av informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Vid insamling av data bifogades ett informationsbrev (se bilaga A) där det fanns tydlig information om arbetet, att deltagandet var frivilligt och att deltagarna som besvarade enkäten närsomhelst kunde avbryta. Det fanns kontaktuppgifter till båda författarna samt handledare för att deltagarna skulle kunna höra av sig med eventuella frågor. Samtycke till att delta i enkäten lämnades genom att deltagarna besvarade enkäten, detta informerades det om i informationsbrevet. Konfidentialitetskravet innebär bland annat att inga uppgifter ska kunna hamna hos utomstående (Vetenskapsrådet, 2017). Deltagarna som besvarade enkäten var anonyma, all data har kodats genom att varje insamlat svar numrerades automatisk i Google Formulär. På så sätt ej möjligt att spåra till deltagarna som besvarat enkäten. Enligt nyttjandekravet får den insamlade datan inte användas till något annat än arbetets syfte. Insamlad data användes endast för examensarbetet och kommer raderas efter arbetet är klart och godkänt. Enligt Vetenskapsrådet (2017) hör det till god sed att publicera resultatet så att samhället får tillgång till det. Detta efterlevs genom att det färdiga examensarbetet publiceras i Digitala vetenskapliga arkivet [DiVA]. Examensarbetet kommer även publiceras i samma Facebookgrupper som webbenkäterna publicerades i där medlemmarna har möjlighet att ta del av resultatet.

## **5 RESULTAT**

Först redovisas bakgrundsdata vilket ger överblick över sociodemografiska faktorer, sedan presenteras frågorna från webbenkäten. Kvantitativa resultatet presenteras i text, figurer och

tabeller därefter presenteras kvalitativa följdfrågor där kvinnorna fick svara i fritext. Det kvalitativa resultatet stärks med citat. Totalt besvarade 155 kvinnor enkäten, dock svarade inte alla 155 kvinnor på alla 48 frågor men slutförde enkäten. Dessa deltagare valdes att inkluderas i resultatet där svarsfrekvensen anges i förekommande fall, redovisas per fråga. Ett bortfall av 23 svaranden tillkom då dessa ej uppfyllde inklusionskriterierna, dessa enkäter exkluderades vilket resulterade i totalt 155 godkända enkätsvar.

## 5.1 Bakgrundsdata

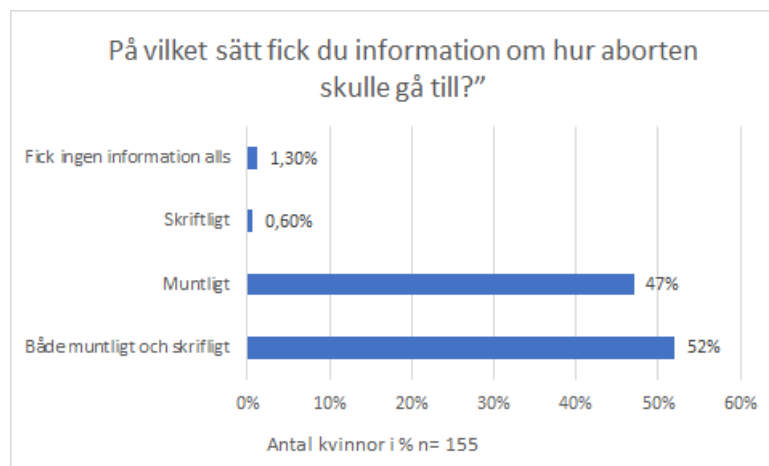
Deltagarnas ålder vid besvarande av enkäten varierade mellan 18 - 56 år, medelåldern var 30 år. Vid aborttillfället varierade åldern mellan 18 - 42 år, medelåldern var 24 år. Två procent uppgav ofullständig abort. I tabell 1 presenteras bakgrundsdata, i vilken graviditetsvecka kvinnorna var i när aborten genomfördes samt vart aborten utfördes.

Tabell 1. Bakgrundsdata

<b>Civilstatus</b>	<b>Antal n=155 n (%)</b>
Gift	37 (24%)
Sambo	73 (47%)
Särbo	10 (6%)
Ensamstående/Singel	31 (20%)
Annat	4 (3%)
<b>Utbildningsnivå</b>	
Grundskola	6 (4%)
Gymnasium	30 (39%)
Högskola eller likvärdigt	89 (57%)
Annat	0 (0%)
<b>Sysselsättning</b>	
Arbete på heltid	80 (52%)
Arbete på deltid	20 (13%)
Student	33 (21%)
Arbetslös	5 (3%)
Föräldraledig	9 (6%)
Sjukskriven	3 (2%)
Annat	5 (3%)
<b>Boendeort</b>	
Stad	117 (75%)
Landsbygd	38 (25%)
<b>I vilken vecka utfördes aborten?</b>	
Innan vecka 9	64 (41%)
Mellan vecka 9–12	48 (31%)
Mellan vecka 12–18	32 (21%)
Efter vecka 18	10 (6%)
Vet ej	1 (0,65%)
<b>Vart utfördes aborten?</b>	
Mottagning	44 (28%)
Avdelning	89 (57%)
Vet ej	0

## 5.2 Kvinnors erfarenheter av information

### 5.2.1 Information under första besöket inför abort

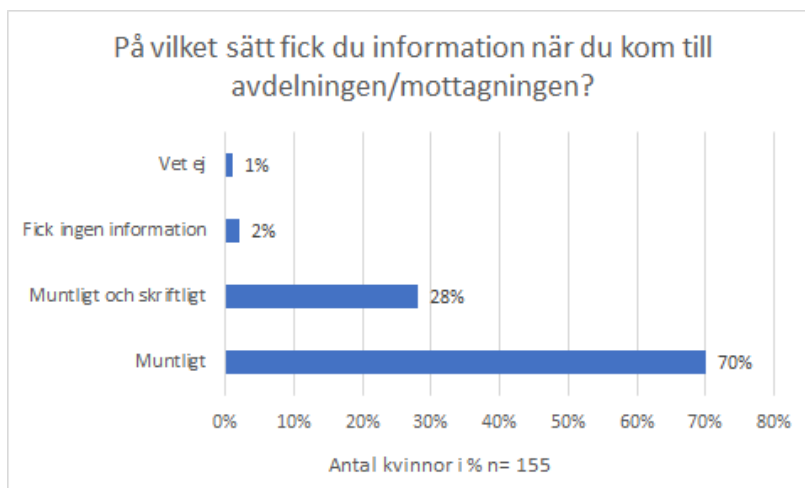


Figur 1: Hur gavs information om abort under första besöket.

Drygt hälften av kvinnorna (52 %) erhöll både skriftlig och muntlig information om abort under första besöket (se figur 1). Kvinnorna fick i en följdfråga möjlighet att beskriva med egna ord vad som saknats angående informationen, av samtliga svarade 79 kvinnor (51 %). Kvinnorna saknade främst information om hur smärtupplevelse, hur abortprocessen skulle gå till, hur lång tid det skulle ta samt risken för eventuella komplikationer. Många kvinnor saknade information kring det psykiska måendet under aborten och möjligheten att få stöd innan, under och efteråt. Flera kvinnor saknade information kring blödningsmängden under och efter aborten. Några kvinnor saknade skriftlig information. Tre kvinnor beskrev att det skulle behövts information om risken att abortera hemma redan efter första tabletten.

### 5.2.2 Information under och efter aborten

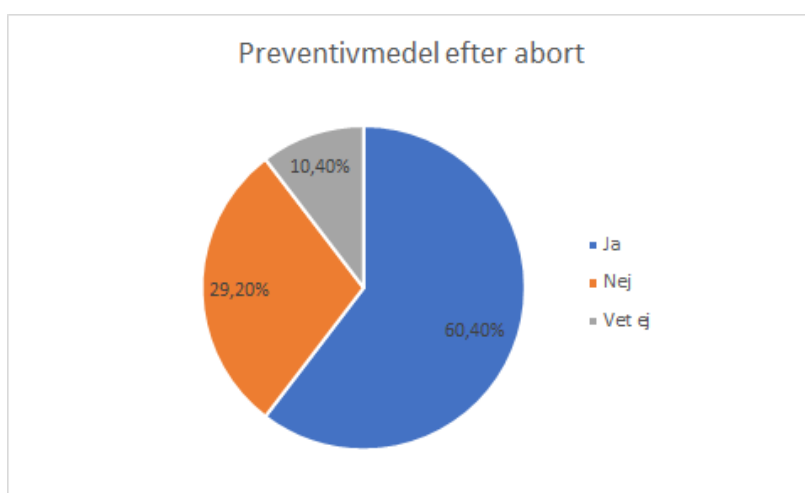
Figur 2 illustrerar hur kvinnorna (n = 155) svarat på frågan "på vilket sätt fick du information när du kom till avdelningen/mottagningen för att genomgå aborten?". På följdfrågan "anser du att informationen var tillräcklig?" svarade 67% ja, 23% nej och 11% visste inte.



Figur 2: Hur gavs information när det var dags att genomgå abort.

Kvinnorna fick beskriva om något angående informationen saknats. Följdfrågan besvarades av 61 kvinnor. Vissa hade önskat mer information om vilken smärta som kunde förväntas samt vad det fanns för utbud av smärtlindring. Kvinnorna beskrev också avsaknad av information kring hur en abort går till, hur lång tid en abort kan ta samt förväntad blodmängd. Kvinnorna saknade information om hur det skulle kännas och vad som kunde förväntas efteråt relaterat till fysiskt, psykisk och emotionellt mående. Kvinnorna önskade mer information om eventuella komplikationer som till exempel illamående och kräkningar.

Figur 3 illustrerar hur kvinnorna (n=154) svarat på frågan "Fick du information, stöd och hjälp med preventivmedel efter aborten?".



Figur 3: Om kvinnorna fått hjälp med preventivmedel.

En följdfråga ställdes där kvinnorna fick beskriva på vilket sätt stöd och hjälp med preventivmedel förekommit. Totalt svarade 75 kvinnor. Bland svaren framkom att kvinnorna främst fick hjälp genom att barnmorskan bokade tid för preventivmedelsrådgivning eller tid för insättning av p-stav eller spiral. Många kvinnor fick en p-stav insatt i samband med

aborten, en stor del kvinnor fick information och gick igenom olika preventivmedel tillsammans med barnmorskan. Några kvinnor fick recept utskrivet på preventivmedel. Ett fåtal kvinnor uppgav att barnmorskan krävde att kvinnorna skulle skaffa preventivmedel även om kvinnorna ej ville ha något i dagsläget. I citatet nedan beskriver en av kvinnorna sitt missnöje över preventivmedelsrådgivning i samband med aborten.

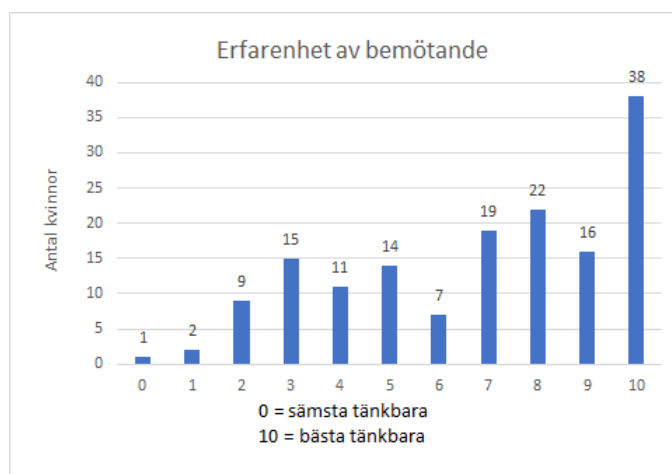
*Stöd är kanske fel ord, jag tycker vården skuldbelägger mig och avkräver mig svar om hur jag skulle skydda mig i framtiden. Jag hade hellre velat få frågan: "vill du ha hjälp med preventivmedel?" (Kvinna nr.21)*

Frågan "Fick du information om vad du skulle tänka på efter aborten?" besvarades av 154 kvinnor. Majoriteten (69 %) svarade ja, 20 % svarade att de inte fått information och 11 % visste inte om de fått information.

## 5.3 Kvinnors erfarenheter av bemötande

### 5.3.1 Bemötande vid första besöket inför abort

I figur 4 illustreras hur kvinnorna (n = 154) skattade upplevelsen av bemötandet från vårdpersonalen under sitt första fysiska vårdbesök i samband med aborten. Medelvärdet för skattning av bemötandet inför aborten var 6,9. En fjärdedel (25 %) av kvinnorna skattade mellan 0–4 och 75 % av kvinnorna skattade mellan 5–10.



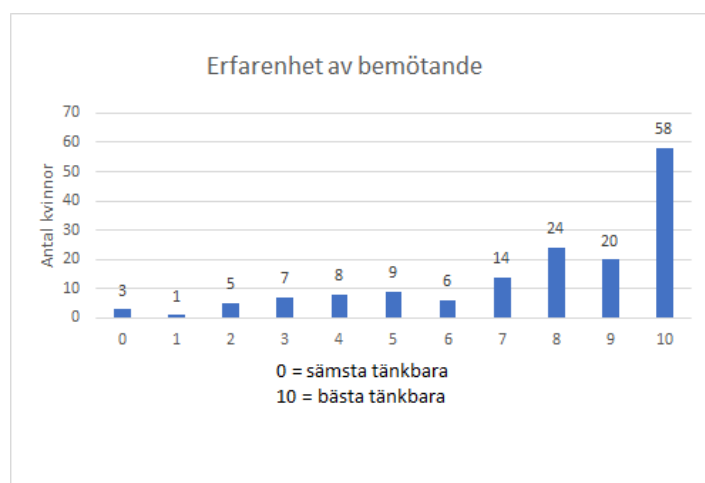
Figur 4: Erfarenhet av bemötande vid första vårdbesöket.

I en följdfråga fick kvinnorna beskriva vad som skulle kunna gjort bemötandet bättre, totalt svarade 80 kvinnor (52%). Det framgick att flera ansåg att barnmorskor och läkare varit dömande, skuldbeläggande och ifrågasättande, kvinnorna menade att om barnmorskor och

läkare inte varit det hade upplevelsen av bemötandet varit bättre. Kvinnorna beskrev också en önskan om att bli mer lyssnade på samt få mer information om hur en abort går till. Kvinnorna önskade mer närvarande och empatisk personal där kvinnorna ville bli bemötta med omsorg, medmänsklighet och stöd. Kvinnorna beskrev att barnmorskor och läkare inte bör överföra sina egna värderingar och åsikter i abortbeslutet, vilket barnmorskor och läkare hade gjort. Flera av kvinnorna önskade också mer psykiskt och emotionellt stöd.

### 5.3.2 Bemötande under aborten

Figur 5 illustrerar kvinnornas skattning av bemötandet från vårdpersonalen när det var dags att genomgå abort. Medelvärde för skattning av bemötandet under aborten var 7,7. Femton procent av kvinnorna graderade bemötandet mellan 0–4 och 85% av kvinnorna mellan 5–10, majoriteten (37%) graderade bästa tänkbara bemötande.



Figur 5: Erfarenheter av bemötande under aborten

Kvinnorna fick tre följdfrågor om upplevelsen av bemötande med möjligheten att beskriva vad som gjorde bemötandet bra, dåligt samt vad som hade kunnat göra det bättre. På följdfrågan om vad som bidragit till upplevelsen av ett bra bemötande svarade 101 kvinnor. I svaren framkom det att majoriteten av kvinnorna blivit bemötta med förståelse och respekt. Många kvinnor hade fått information om hur abortprocessen skulle gå till och vad som väntades, vilket skapade en känsla av trygghet. En stor del av kvinnorna beskrev att barnmorskorna varit lugna, varma och inte ifrågasatt eller varit dömande. Något som också bidrog till upplevelsen av ett bra bemötande var att kvinnorna fått adekvat smärtlindring där barnmorskorna tagit smärtupplevelsen på allvar. Många beskrev även att barnmorskorna var omhändertagande samt att barnmorskorna gjort täta tillsynsbesök vilket skapade en känsla av trygghet. I citatet nedan beskrivs att barnmorskorna tagit sig tid för att lyssna och besvara kvinnornas frågor.

*“Personalen var väldigt omtänksamma och måna om att allt kändes bra. Dom var väldigt uppmärksamma på ifall att man behövde smärtstillande och så vidare”*

*(Kvinna nr. 115)*

Nästa följdfråga riktade sig till kvinnor med erfarenhet av ett dåligt bemötande, i svaret fick kvinnorna beskriva vad som bidrog till den erfarenheten. Frågan besvarades av 31 kvinnor och bland svaren framkom motsatserna till vad som upplevts som ett gott bemötande. Flertalet kvinnor beskrev hur barnmorskor och läkare varit kalla, oempatiska och dömande i sitt bemötande, att kvinnorna ej blivit lyssnade på, ej fått tillräckligt med smärtlindring samt blivit lämnade ensamma. I citatet nedan beskrivs detta oetiska bemötande.

*“Jag uppfattade personalen som oempatisk. Jag var en nittonårig tjej som råkat bli gravid. Jag var helt själv på avdelningen och visste inte vad jag skulle förvänta mig. Jag fick väldigt ont och bad flertalet gånger om smärtlindring. Tillslut fick jag två stycken paracetamol tillsammans med orden ”nu får du inget mer, det är såhär det är”. “*

*(Kvinna nr.38)*

Kvinnorna beskriver även hur brist på information samt tidsbrist för barnmorskorna bidragit till erfarenhet av dåligt bemötande. Några kvinnor beskrev känslan av att vården skedde på “löpande band”. I citatet nedan beskriver en kvinna hur barnmorskan övertalat kvinnan mot sin vilja att se fostret efter aborten, något som skapat ett stort lidande.

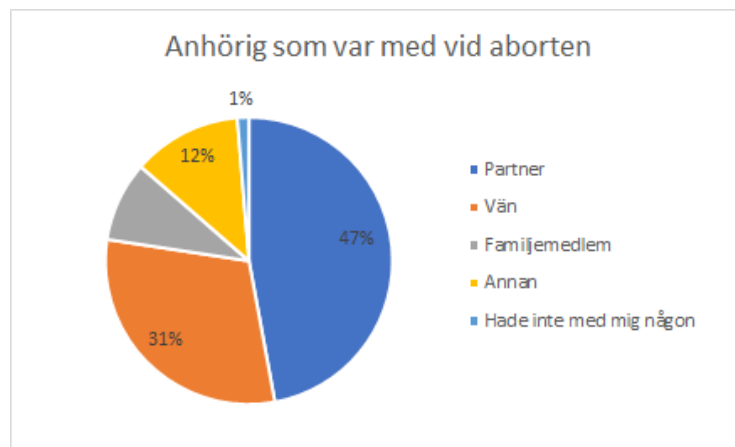
*“Vid ul så fick vi inte se på skärmen eftersom vi hade bestämt oss att göra abort, för att det inte skulle påverka vårt beslut eller att det skulle påverka oss efter aborten. Men efter aborten så övertalade ena personalen mig att jag skulle se fostret, jag ville absolut inte men hon propsade på att det var bäst. Hon var hemsk som utsatte oss för det där och även om det har gått många år så lider jag fortfarande av den synen!!!! När moderkakan skulle ut var hon så elak. Det kände som att vissa i personalen ville straffa mig för att vi valde att göra abort.”*

*(Kvinna nr. 130)*

Som sista följdfråga fick kvinnorna beskriva vad som kunnat bidra till ett bättre bemötande. Frågan besvarades av 45 kvinnor. Flera av kvinnorna beskrev en önskan om att barnmorskor samt övrig personal skulle vara mer stöttande, förstående och lyhörda. Flera kvinnor önskade också mer tillsyn och närvaro, samt mer respekt, ömhet och omsorg. Vissa kvinnor ansåg att bemötandet var för sakligt och önskade mer empati och engagemang.

## 5.4 Kvinnors erfarenheter av stöd och närvaro

### 5.4.1 Stöd från anhörig



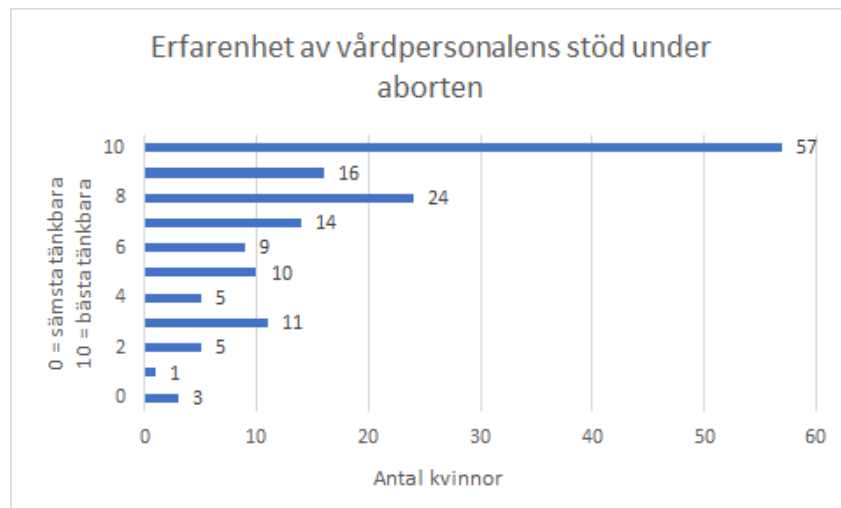
Figur 6: Vem var med som stöd under aborten

Figur 6 illustrerar vem kvinnorna (n = 155) hade med sig som stöd under aborten. På frågan *“hur upplevde du stödet från personen du hade med dig?”* fick kvinnorna gradera svaret mellan 1–10. “sämsta tänkbara stöd” motsvarade siffran 0 och “bästa tänkbara stöd” motsvarade siffran 10. Frågan besvarades av 115 kvinnor, medelvärdet för skattning av stödet från anhörig var 7,4. Det var 20 % av kvinnorna som graderade stödet från den anhöriga mellan 0–4 medan 80% graderade stödet mellan 5–10. Totalt upplevde 49 % av kvinnorna bästa tänkbara stöd från personen som var med medan åtta procent inte upplevde något stöd alls.

### 5.4.2 Stöd och närvaro från vårdpersonal

Figur 7 illustrerar kvinnors erfarenhet av vårdpersonalens stöd under aborten. Kvinnorna (n=155) fick skatta stödet mellan 0–10, medelvärdet för skattning av stödet från vårdpersonal var 7,5. Sexton procent skattade stödet mellan 0–4 och majoriteten (84 %) skattade stödet mellan 5–10. Totalt beskrev 37 % av kvinnorna att de fått bästa tänkbara stöd från vårdpersonalen medan två procent inte fick något stöd alls.





Figur 7: Kvinnors erfarenhet av vårdpersonalens stöd

Kvinnorna ställdes frågan *“upplevde du att du blev tagen på allvar?”*, 153 kvinnor besvarade frågan och 77% svarade ja, 14% nej och 13% svarade “vet ej”. För att undersöka hur trygga kvinnorna kände sig under tiden kvinnorna var inlagda för abort fick kvinnorna gradera upplevelsen av trygghet mellan 0–10 där 0 stod för “inte trygg alls” och 10 stod för “maximalt trygg”. Majoriteten av kvinnorna (n=151) 40% kände sig maximalt trygga medan fyra procent inte kände sig trygga alls, medelvärdet var 7,5. Arton procent skattade upplevelsen av trygghet mellan 0–4 och 82% skattade mellan 5–10. På frågan *“Upplevde du att du kunde tillkalla personalen när du ville och hur ofta du ville?”* svarade 152 kvinnor, 70% svarade ja, 22% svarade nej och sju procent svarade “vet ej”.

I en följdfråga fick kvinnorna som inte upplevde möjligheten att tillkalla personal vid behov beskriva varför. Alla kvinnor som svarat nej (22%) på föregående fråga lämnade ett svar. Bland dessa framkom att en stor del upplevde ett nonchalant bemötande från vårdpersonalen, ett exempel på detta beskrivs i citaten nedan.

*“Dom viftade bort många av mina frågor och förminskade mina känslor genom att ofta säga  
“ja men så är det bara, det får du bara hantera”  
(Kvinna nr.14)*

*“Jag fick uppfattningen att jag fick klara mig själv, med min medföljare”  
(Kvinna nr.62)*

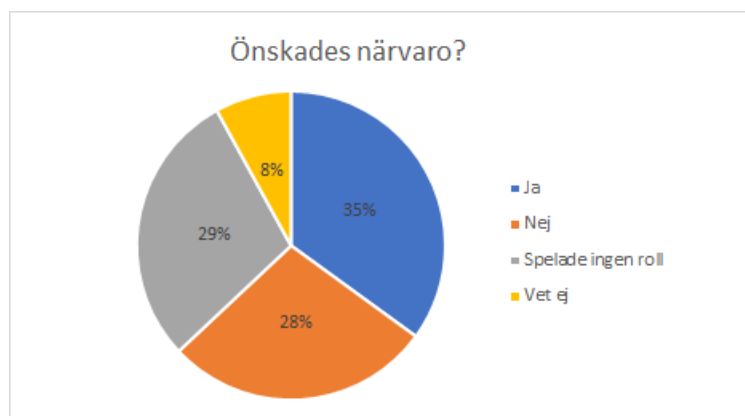
Flera kvinnor beskrev hur vårdpersonalen inte svarat eller svarat efter lång tid när kvinnorna ringt på klockan. För många kvinnor fick personen som var med tillkalla på hjälp. Flertalet kvinnor beskrev att barnmorskorna verkat stressade och upptagna vilket bidrog till känslan

av att inte kunna tillkalla hjälp. I citatet nedan beskriver en kvinna hur barnmorskan varit upptagen och inte funnits till hands.

*“Fick ett 100% bra bemötande precis hela tiden förutom när missfallet skulle komma ut för att personalen var tvungna att hjälpas åt med en annan patient så jag fick missfallet i mina trosor ståendes ensam med min vän utanför som försökte leta upp personalen.”*  
(Kvinna nr.70)

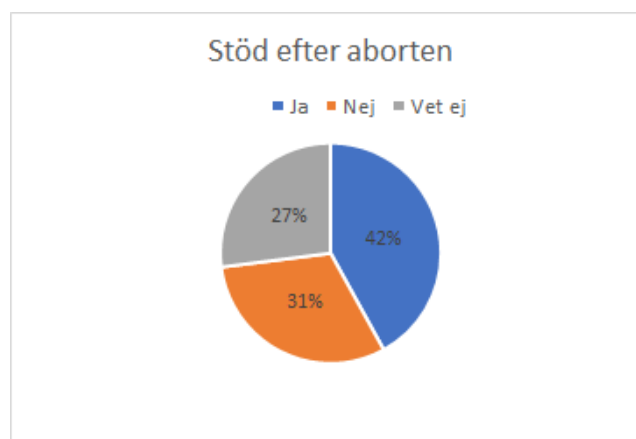
Några kvinnor ville inte störa personalen genom att ringa på klockan. En del kvinnor upplevde ett dömande bemötande från barnmorskorna samt att inte bli tagna på allvar vilket bidrog till att kvinnorna inte kallade på hjälp.

Kvinnorna fick ett par frågor som handlade om huruvida närvaro av vårdpersonal önskades på rummet eller inte. Figur 8 illustrerar om kvinnorna (n=153) önskade närvaro av vårdpersonal.



Figur 8: Om kvinnorna önskade närvaro av vårdpersonal på rummet

Kvinnorna (n= 72) fick även besvara ifall närvaron varit tillräcklig vilket resulterade i att 50 % svarade nej, 36% ja och 14% "vet ej".

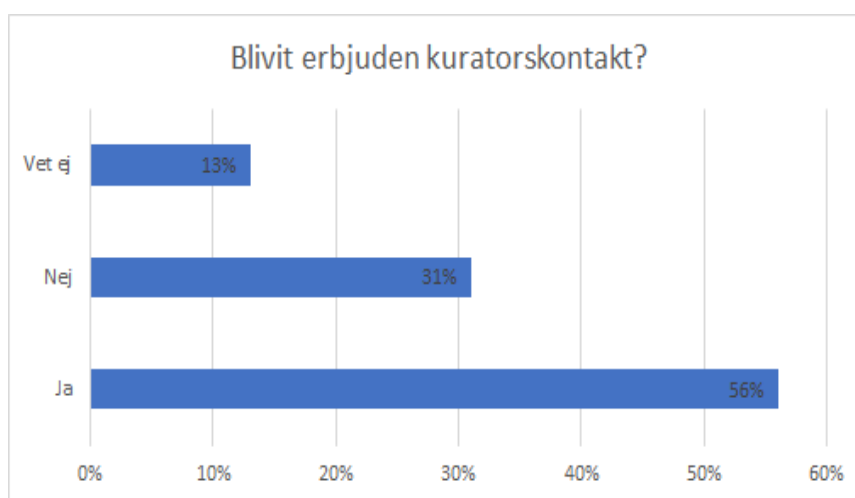


Figur 9: Om kvinnorna fick stöd efter aborten

Kvinnorna som svarat ja i figur 9 fick möjlighet att beskriva på vilket sätt personalen gav stöd, 53 kvinnor besvarade denna följdfråga. Kvinnorna beskrev erfarenhet av stöd i möjligheten att ringa tillbaka till avdelningen/mottagningen för kommande frågor och funderingar. Kvinnorna blev erbjudna kuratorskontakt och blev lyssnade på. Tillsyn och närvaro av barnmorskor och undersköterskor ansågs också som stöd. Flera kvinnor beskrev att barnmorskorna hade ett varmt och fint bemötande där kvinnorna kände att barnmorskan tog kvinnorna på allvar. Vissa kvinnor beskrev erfarenhet av stöd genom att få svar på relevanta frågor och att vården var personcentrerad.

Kvinnorna som hade erfarenhet av bristande stöd hade möjligheten att beskriva varför upplevelsen var så, 25 % av kvinnorna besvarade följdfrågan. Kvinnorna beskrev en avsaknad av stöd då erbjudandet om det aldrig kommit på tal, endast återbesök för graviditetstest. Vissa kvinnor saknade erbjudande om kuratorskontakt samt uppföljning. Flera kvinnor beskrev också en ”löpande band” känsla samt erfarenheter om att inte bli tagna på allvar.

Kvinnorna (n=154) besvarade frågan om kuratorskontakt erbjudits efter aborten, resultatet presenteras i figur 10.



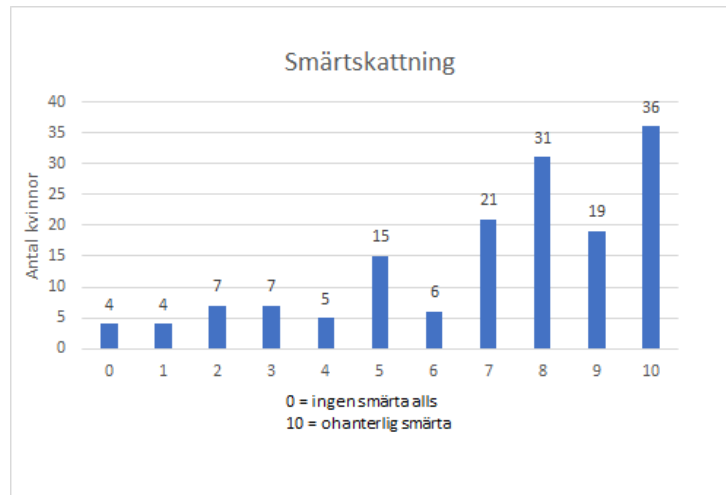
Figur 10: Kuratorskontakt

Som följdfråga fick kvinnorna svara på om kuratorskontakt önskats men ej blivit erbjudet. Frågan besvarades av 60 kvinnor. Det var relativt jämnt fördelat mellan svaren, 40% svarade ja, 38% svarade nej och 22% svarade ”vet ej”.

## 5.5 Kvinnors erfarenheter av smärta och behov av smärtlindring

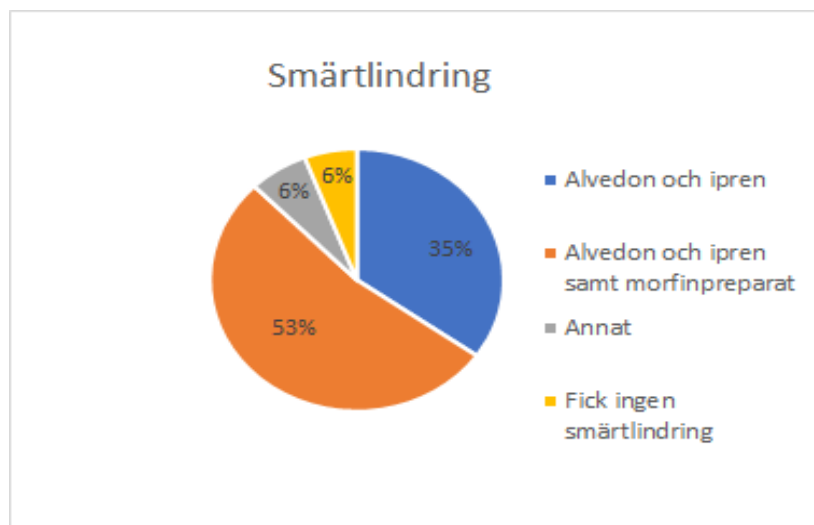
På frågan ”Hur upplevde du smärtan under aborten?” fick kvinnorna (n = 155) skatta smärtupplevelsen, svaren visas i figur 11. Medelvärdet för skattningen var 7.0. Sjutton

procent av kvinnorna skattade smärtan mellan 0–4 och 83 % mellan 5–10. Totalt 23 % av kvinnorna skattade smärtan som ohanterlig.



Figur 11: Smärtskattning

Figur 12 illustrerar vilken typ av smärtlindring kvinnorna (n= 155) fick under aborten.

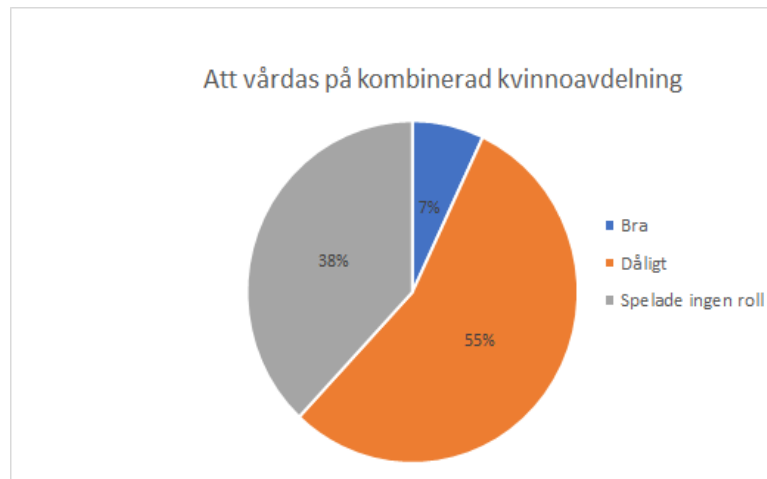


Figur 12: Typ av smärtlindring

Därefter fick kvinnorna skatta ifall smärtlindringen varit tillräcklig. Frågan besvarades av 150 kvinnor, 54 % upplevde tillräcklig smärtlindring medan 36% upplevde otillräcklig smärtlindring och 10% svarade “vet ej”.

## 5.6 Kvinnors erfarenheter av att vårdas på en kombinerad kvinnoavdelning

Tre frågor i enkäten handlade om ifall aborten skedde på en kombinerad kvinnoavdelning och kvinnornas upplevelse av det. Nästan hälften (47 %) av kvinnorna hade inte vårdats på en kombinerad kvinnoavdelning, medan 31 % hade gjort det, 21% av kvinnorna svarade "vet ej". För kvinnorna som hade vårdats på en kombinerad kvinnoavdelning ställdes en fråga om det hade upplevts bra eller dåligt. Resultatet presenteras i figur 13.



Figur 13: Hur det var att vårdas på en kombinerad kvinnoavdelning

Kvinnorna som ansåg det dåligt att vårdas på en kombinerad kvinnoavdelning fick möjlighet att beskriva i en följdfråga varför, alla 29 kvinnor som vårdats på en kombinerad kvinnoavdelning svarade på frågan. Majoriteten av kvinnorna beskrev hur jobbigt det varit att genomgå en abort och samtidigt höra barnskrik samt se nyfödda barn och deras föräldrar. Vissa av kvinnorna hade blivit tvungna att genomgå abort på grund av fosterskador eller missed abortion. Ett fåtal kvinnor på grund av tvång från partner och familj. Dessa kvinnor beskrev att det kändes extremt jobbigt psykiskt att vårdas på en kombinerad kvinnoavdelning eftersom aborten inte var frivillig. I citaten nedan beskrivs att det varit psykiskt påfrestande att vårdats på en kombinerad kvinnoavdelning.

*“Vi gjorde abort pga fosterskador. När vi skulle åka hem så möttes vi i korridoren av ett par som var på väg hem med deras nyfödda barn. Det var som ett slag i ansiktet och hade det inte varit en kombinerad avdelning hade det kunnat undvikas.”*

*(Kvinna nr.96)*

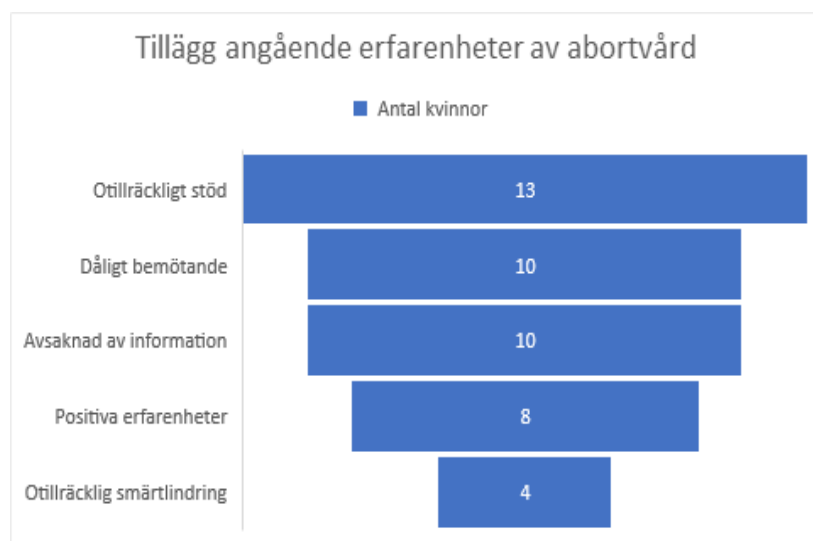
*“Det kändes psykiskt påfrestande att höra små bebisar samtidigt som jag själv var där för att "ta bort" något som skulle kunna bli en bebis. Även om jag var helt säker på mitt beslut så kändes det jobbigt mentalt.”*

*(Kvinna nr.4)*

## 6 YTTERLIGARE ERFARENHETER AV ABORTVÅRD

Nedan presenteras resultatet av den avslutande öppna frågan i webbenkäten. Frågan efterfrågade om kvinnorna hade något att tillägga angående erfarenheter av abortvården.

Den avslutande öppna frågan besvarades i fritextsvar av 53 kvinnor. Sju kvinnor ville inte tillägga något och två kvinnor önskade författarna lycka till med arbetet. Av resterande 44 svar bildades fem kategorier; otillräckligt stöd, dåligt bemötande, avsaknad av information, positiva erfarenheter samt otillräcklig smärtlindring. En del kvinnor skrev svar som passade in i fler kategorier.



Figur 14: Tillägg angående erfarenheter av abortvård

Den största kategorin var otillräckligt stöd. Kvinnorna beskrev en avsaknad av emotionellt stöd från barnmorskan samt önskan om att bli erbjudna kuratorskontakt. Vissa kvinnor ansåg att barnmorskan inte var tillräckligt tillgänglig eller närvarande på rummet.

Nästa kategori var dåligt bemötande där barnmorskor och läkare beskrevs som kalla, dömande och ifrågasättande till kvinnornas abortbeslut. Vidare framkom erfarenheter där vårdpersonal inte försäkrat att aborten genomfördes frivillig samt att ha påtvingat preventivmedel mot kvinnornas vilja.

I kategorin avsaknad av information fanns önskemål om skriftlig information då det varit svårt att ta till sig all information muntligt. Ytterligare önskemål var information om att aborten kunde sätta igång redan efter första tabletten, innan det var dags att infinna sig på sjukhuset. Information om hur lång tid aborten skulle ta, hur återhämtningen skulle se ut samt kring uppföljning. Det framkom även avsaknad av information kring eventuella komplikationer samt att besöket kostade pengar.

I kategorin som belyste otillräcklig smärtlindring fanns erfarenheter av smärtupplevelser såsom ohanterlig smärta och att smärtlindringen inte räckte till eller att den gavs för sent framkom. Vidare beskrevs att andra smärtlindringsmetoder såsom TENS hade bättre effekt än läkemedel.

I kategorin som handlade om positiva erfarenheter av abortvården, framkom att ett gott bemötandet kännetecknades av vårdpersonal som varit varma och inkännande. Andra positiva erfarenheter var uppskattning av att abortvården var neutral och generös samt nöjdhet över att ha fått en tid snabbt och nöjdhet över vårdupplevelsen i helhet.

## **7 DISKUSSION**

Syftet med arbetet var att kartlägga kvinnors erfarenheter av medicinsk abort på sjukhus. I resultatet presenterades kvinnors erfarenheter genom en sammanställning av enkätsvaren. Resultatet visade att majoriteten av kvinnorna var nöjda med abortvården men det framkom även olika brister samt områden som skulle kunna förbättras. I detta avsnitt framställs resultat-, metod- och etikdiskussion. I resultatdiskussionen presenteras det kvantitativa och kvalitativa resultatet i sin helhet tillsammans med det aktuella forskningsläget samt författarnas egen analys.

### **7.1 Resultatdiskussion**

Resultatet visade att majoriteten av kvinnorna fått tillräcklig information angående abortprocessen. Majoriteten fick både muntlig och skriftlig information vid första fysiska besöket men endast muntlig information när det var dags att genomgå aborten. Skriftlig information önskades då det var svårt att ta till sig all information muntligt. Kvinnorna saknade främst information kring hur abortprocessen gick till, smärtupplevelsen, tidsförloppet, blödningsmängd samt risken för komplikationer. Resultatet visade även att flera kvinnor saknade information om det psykiska måendet under aborten och möjligheten till stöd. Enligt Barnmorskeförbundets kompetensbeskrivning för leg. barnmorskor (2018) ska information ges både muntligt och skriftligt gällande abortprocessen. Barnmorskor ska informera om behandling, blödningsmängd, blödningstid, biverkningar och vilka symtom som inte hör till det normala. Barnmorskor ska informera om rätten till kuratorskontakt, vilket kan hjälpa kvinnor att ta sig igenom det psykiska och emotionella lidandet.

Kvinnors erfarenheter av information går i linje med vad tidigare forskning beskrivit. Georgsson, Krautmeyer, Sundqvist och Carlsson (2019) beskrev att kvinnor saknat tilläggande skriftlig information i samband med abortvård. Tidigare forskning belyste även vikten av kontinuerlig och upprepad information (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014). Samt upplevelsen om att barnmorskorna fokuserat på fel sorts information och utelämnat information om blödningsmängd, komplikationer samt den fysiska och emotionella upplevelsen (Georgsson, Krautmeyer, Sundqvist & Carlsson, 2019) vilket skapat oro under abortprocessen (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014). Information är en stor och viktig del i abortprocessen som bidrar till en känsla av trygghet och kontroll. Det är av största vikt att barnmorskor håller sig till sin professionella yrkeskod, lagar och föreskrifter samt till lokala riktlinjer.

Erfarenheterna av bemötande visade sig vara övervägande goda. Majoriteten av kvinnorna skattade sina erfarenheter av bemötande högt både gällande första besöket inför aborten samt under tiden aborten genomfördes. Vad kvinnorna beskrev varit särskilt bra gällande bemötandet var att barnmorskorna visat förståelse, respekt, inte varit dömande samt varit lyhörda. En fjärdedel av kvinnorna hade erfarenheter av ett sämre bemötande under första vårdbesöket. Under andra besöket var det 15% av kvinnorna som skattade bemötandet som lågt. Erfarenheter av kyliga, nonchalanta och dömande barnmorskor förekom. Det fanns även barnmorskor och övrig vårdpersonal som ställt sig direkt frågande till abortbesluten. Kvinnorna uttryckte att bemötandet kunde varit bättre om barnmorskorna inte varit lika dömande, ifrågasättande och skuldbeläggande. Kvinnorna hade även erfarenheter av att vårdandet skedde på löpande band vilket bidrog till känslor av inte bli sedda eller lyssnade på. Berg (2010) beskriver i teorin stödda och stärka att människosynen i vårdandet bör vara central. Barnmorskor bör ha ett professionellt bemötande och se till kvinnors unika behov. Tidigare forskning visade att kvinnor upplevt skuldbeläggning av abortbeslutet, dels från samhället i form av stigmatisering, dels från anhöriga och vårdpersonal (Hanschmidt, Linde, Hilbert, Riedel Heller & Kersting, 2016). Abortlagen beskriver att kvinnor ej behöver redogöra för abortbeslutet (SFS 1974:595). Enligt Socialstyrelsen (2018) ska den sexuella hälsan vara fri från diskriminering och fördomar. Barnmorskor ska stötta kvinnors val och beslut (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Ordet midwife står för "med kvinnan" vilket innebär att barnmorskor ska bemöta kvinnorna respektfullt och ge mening utifrån situationen kvinnorna befinner sig i. Om kvinnor objektifieras så försvinner helhetssynen (Berg, 2010). Eftersom övervägande erfarenheter kring abortvård varit positiva påvisar det att yrkesverksamma barnmorskor förhåller sig professionellt, med hänsyn till såväl lagar, kompetensbeskrivning och etiska koder. Barnmorskor som bemöter kvinnor dömande, skuldbeläggande samt ifrågasätter kvinnors abortbeslut bör inte arbeta inom abortvården. Dåligt bemötande strider mot allt som barnmorskor bör förhålla sig till och kan i värsta fall



orsaka ett psykiskt lidande för kvinnorna som redan befinner sig i en påfrestande situation. Att kvinnor haft känslan och erfarenheten av att vården skett på löpande band kombinerat med ett alltför sakligt bemötande kan vara ett resultat av att synen på kvinnan objektifieras, att barnmorskor inte sett till kvinnorna som individer och därmed inte bemött kvinnorna på ett meningsfullt sätt.

I resultatet framkom att majoriteten av kvinnorna hade med sig sin partner som stöd vid aborten. Nästan hälften av kvinnorna skattade stödet som bästa tänkbara från personen som var med. Vad gäller kvinnors erfarenheter av barnmorskans stöd var det övervägande positivt, 37 % av kvinnorna skattade stödet som bästa tänkbara. En övervägande majoritet (77 %) kände förtroende från vårdpersonalen samt upplevde sig bli tagna på allvar. Majoriteten av kvinnorna ansåg att barnmorskorna var maximalt kompetenta och gick att tillkalla vid behov. Kvinnorna var nöjda över att ha fått ett varmt bemötande, blivit tagna på allvar, fått svar på sina frågor och blivit lyssnade på. Att kunna ringa tillbaka vid behov samt att få möjligheten till kuratorskontakt ansågs också som stödjande bland kvinnorna.

Det framkom att 16 % av kvinnorna hade erfarenhet av bristande stöd. En del kvinnor upplevde inget stöd alls. Arton procent av kvinnorna skattade erfarenheten av att känna trygghet under vårdtillfället mellan 0–4 och för sex kvinnor var erfarenheten av trygghet obefintlig. En dryg femtedel av kvinnorna ansåg att det inte gick att tillkalla barnmorskorna vid behov. Orsaken till detta beskrevs vara att barnmorskorna hade ett nonchalant och dömande bemötande, vara svåra att få tag i, verkade stressade samt inte verkade ta kvinnornas känslor och frågor på allvar. Resultatet går i linje med tidigare forskningsresultat. Kvinnor som haft goda erfarenheter av abortvård var nöjda med information, rådgivning och stöd samt möjligheten av att kunna tillkalla barnmorskorna vid behov och få adekvat smärtlindring (Makenzius, Tydén, Darj & Larsson, 2012b). Tidigare forskning visade att kvinnor upplevde behov av att känna stöd från vårdpersonalen genom att bli bemötta med respekt och empati (Makenzius, Tydén, Darj & Larsson, 2012a). En del kvinnor upplevde dock bristande emotionellt och existentiellt stöd från barnmorskor före, under och efter aborten (Stålhandske, Ekstrand & Tydén, 2011). Enligt Svenska barnmorskeförbundet (2018) ska barnmorskor tillgodose psykiska och emotionella behov hos kvinnor oberoende av omständigheterna samt tillgodose rätten till information och självbestämmande. Barnmorskor ska således skapa tillit, trygghet och delaktighet (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). I Bergs (2010) teori, stödjande och stärkande, beskrivs att hälso- och sjukvården ska vila på en humanistisk värdegrund som ej ska vara dömande eller kränkande.

Att majoriteten av kvinnorna haft sin partner med samt skattat stödet från medföljande som bästa tänkbara påvisar vikten av att ha med sig någon under aborten för att öka känslan av stöd och trygghet. Detta borde barnmorskorna informera om och uppmuntra till under första

vårdkontakten inför aborten. Vad gäller kvinnornas dåliga erfarenheter av abortvården tyder det på att barnmorskorna ej vårdat kvinnorna enligt kompetensbeskrivning och etisk kod. Att barnmorskorna varit svåra att få tag i när kvinnorna haft behov av det kan ha olika orsaker. Den vanligaste orsaken är förmodligen bristande resurser och hög arbetsbelastning. Detta är något som påverkar kvinnornas erfarenheter av vård negativt och borde kunna förebyggas.

Resultatet visade att smärtupplevelsen under abort är individuell, majoriteten av kvinnorna upplevde stark smärta under aborten. Dock fanns det kvinnor (17%) som skattade smärtan mellan 0–4, där 0 representerade ingen smärta alls. Resultatet visade att majoriteten av kvinnorna upplevde tillräcklig smärtlindring, dock hade 36% erfarenhet av bristande smärtlindring. En del kvinnor upplevde att smärtlindringen erhållits för sent. Det framkom även att smärtlindringsmetoder såsom TENS hade bättre effekt mot smärtan än läkemedel för en del kvinnor. Den varierande upplevelsen av smärta och smärtlindring överensstämmer med tidigare forskning som visade att upplevelsen av smärtlindring varierade hos kvinnor. Vissa upplevde inte någon smärtlindring medan andra kvinnor upplevde god smärtlindring (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014). Tidigare forskning visade också vikten av att erhålla smärtlindring tidigt istället för att erhålla vid smärtgenombrott (Grossman, Raifman, Bessenaar, Lan Dung, Tamang & Dragoman, 2019). I tidigare forskning framkom att TENS kan vara ett alternativ till smärtlindring vid abort (Lerma, Goldthwaite, Blumenthal & Shaw, 2020). Utökade smärtlindringsalternativ såsom epiduralanalgesi, lustgas och icke-farmakologiska metoder skulle förbättra abortvården enligt Carlsson (2019). Anpassad smärtlindring, närvaro och medvetenhet om lidandet kvinnor känner kan leda till en positiv upplevelse för kvinnor trots att situationen i sig är obehaglig (Berg, 2010). Enligt Berg (2010) bygger vårdandet på både naturligt och professionellt vårdande och i abortvården är båda delar viktiga. Ett omsorgsfullt vårdande skulle kunna lindra kvinnors emotionella lidande vid abort. Vilket kanske skulle lindra den fysiska smärtupplevelsen. Förbättrade riktlinjer kring smärtlindring vid abort skulle förbättra abortvården. Författarna anser att barnmorskor bör ha ett väl utformat PM att utgå ifrån för att på bästa sätt erbjuda personcentrerad vård och adekvat smärtlindring.

Resultatet visade att 55% av kvinnorna som vårdats på kombinerad kvinnoavdelning (n=29) uttryckte negativa erfarenheter av att vårdas på kombinerad kvinnoavdelning. Det var psykiskt påfrestande för kvinnorna att höra och se nyfödda barn. Tidigare forskning beskriver att barnmorskor som arbetat med både förlossning och abortvård uttryckte svårigheter att följa det professionella ansvaret samt att ge psykologiskt och känslomässigt stöd (Garel, Etienne, Blondel & Dommergues, 2007). En kombinerad kvinnoavdelning kan vara bra, exempelvis på grund av organisatoriska skäl såsom resursfördelning. Dock visade både tidigare forskning (a.a) och resultatet på det motsatta. Att vårdas på en kombinerad

kvinnoravdelning skapar ett psykiskt lidande för kvinnor som bör kunna undvikas. Detta är ett etiskt dilemma vilket borde ses över genom andelen för och nackdelar, utifrån såväl patientens perspektiv, vårdpersonalens samt på organisationsnivå.

## 7.2 Metoddiskussion

Kvantitativ metod med deskriptiv ansats valdes i detta arbete för att kartlägga kvinnors erfarenheter av medicinsk abort på sjukhus. Enkäter är fördelaktigt när information från flertal människor ska insamlas under tidsbegränsad period (Billhult, 2017b). Urvalet begränsades till 18 år och äldre, en svaghet kan vara att inte ha en övre åldersgräns då ett av svaren var från en kvinna som genomgått abort på 70-talet. Svaret blir inte relevant för hur abortvården ser ut idag. Urvalet begränsades ej till något specifikt län vilket hjälpt författarna att samla in ett stort antal svar från hela Sverige under en kort tidsperiod.

Anledningen till valet av webbenkät istället för pappersenkät var att pappersenkät hade inneburit fördröjning med manuell inmatning av svar samt effektiviteten att snabbt nå ut till ett stort antal kvinnor, vilket underlättats via sociala medier. En ytterligare anledning till valet av webbenkät framför intervjuer var att författarna ville ha en större svarsfrekvens. En nackdel med webbenkät är att datorvana krävs för att kunna delta (Billhult, 2017b).

En pilotstudie genomfördes för att testa reliabilitet och validitet. Då pilotstudien mätte det som var avsett att mäta så stärktes validiteten. Reliabiliteten, det vill säga trovärdigheten stärktes genom att deltagarna i webbenkäten tycktes tolka frågorna på samma sätt som deltagarna i pilotstudien. Dock har frågorna inte testats i tidigare forskning vilket är en svaghet gällande reliabiliteten (Borglin, 2017).

Enkätfrågorna konstruerades med syftet i fokus, med hjälp av egna erfarenheter och med litteraturen som stöd. En svaghet gällande enkätfrågorna var att författarna valde att fråga efter vårdpersonalens bemötande och inte specificera till barnmorskans. Detta leder till att det ej går att säkerställa om det är barnmorskor som vårdat kvinnorna vilket kan ses som en svaghet gällande resultatet. Vid analys av den insamlade datan insåg författarna att två frågor inte besvarade syftet, dessa frågor plockades bort och analyserades inte. För att öka reliabiliteten genom att kontrollera frågornas tydlighet genomfördes en mindre pilotstudie. Enligt Billhult (2017c) stärker detta reliabiliteten och avser hur trovärdig mätningen blir. Svaren som insamlades vid pilotundersökningen valdes att inkluderas i resultatet eftersom inga korrigeringar gjordes. Enligt Billhult (2017b) finns det en fördel med egenkonstruerade enkäter då de stärker validiteten eftersom de endast mäter vad som är avsett att mätas.

Enligt (Trost, 2014) kan reliabiliteten hotas när skattningsfrågor används då det finns risk att deltagarna tolkar frågorna olika och resultatet blir missvisande. Författarna ansåg dock att skattningsfrågorna i kombination med övriga frågor var relevanta för att öka förståelsen för kvinnors erfarenheter och därmed stärka arbetet.

Webbenkäten publicerades i tre facebookgrupper samt på författarnas egna facebooksidor och Instagram. Målet var att samla in 100 enkäter, till en början var webbenkäten endast publicerad i två grupper samt på författarnas sociala medier, efter några dagar när den tredje gruppen godkände enkäten ökade antalet svar snabbt. Därav blev deltagarantalet högre än förväntat. Enkäten stängdes ned efter nio dagar och 178 svar. Relaterat till den begränsade tidsperioden för examensarbete valde författarna att stänga ned enkäten vid nio dagar för att kunna hantera inkomna svar på ett bra sätt. Stort antal svar stärker validiteten och reliabiliteten då resultatet blir mer tillförlitligt med högre svarsfrekvens (Billhult, 2017a). Ett bortfall på 23 svar tillkom då dessa inte uppfyllde inklusionskriterierna. Relaterat till bortfallet kan författarna anta att alla deltagare inte läst informationsbrevet och därigenom missat inklusionskriterierna vilket är en svaghet med att publicera på sociala medier.

Bakgrundsfrågorna gav övergripande beskrivning av deltagarna som besvarat enkäten. Internt bortfall fanns på totalt 30 frågor. Enligt Billhult (2017d) anses bortfallet rimligt och svarsfrekvensen har presenterats i varje enskild fråga där det funnits internt bortfall. Anledningen till det interna bortfallet kan vara att den enskilda individen inte ville svara på frågan. Det var även bortfall på vissa följdfrågor där endast de som exempelvis svarat ”ja” skulle besvara frågan.

Google Formulär som användes för att konstruera enkäten gav möjlighet att exportera materialet till Microsoft Excel vilket underlättade dataanalysen. Detta minskade risken för felinmatning av data. Kvalitativa svar presenterades efter kvantitativa svar, detta på grund av att författarna ansåg att det stärkte resultatet. På den avslutande öppna frågan analyserades svaren med Polit och Beck (2017) beskrivning av öppna frågor vid kvantitativ ansats. Svaren till denna fråga lästes och sammanfattades i kategorier. Frågan besvarades av 55 kvinnor och gav mer data än förväntat. Det kan antas att kvinnorna hade behov av att förklara sina erfarenheter med egna ord då ämnet väcker många känslor. Anledning till att författarna valde att ha med öppna frågor var att de ansågs berika arbetet med erfarenheter gällande medicinsk abort på sjukhus. De öppna frågorna fylldes inte i av alla kvinnor vilket kan ses som en svaghet och kan kopplas till ovilja eller oförmåga att uttrycka sig i skrift (Polit & Beck, 2017). Författarna reflekterade över det kvalitativa resultatet med medvetenheten om en förekommande förförståelse då båda författarna har erfarenhet av att arbeta som sjuksköterskor med abortpatienter. När svaren analyserats har neutral hållning intagits i största möjliga mån. Enligt Billhult (2017d) kan egna erfarenheter och yrkesverksamhet

påverka förståelsen samt tolkningen av insamlad data. Tillförlitligheten och pålitligheten förstärks dock genom medvetenheten av detta.

### 7.3 Etikdiskussion

Författarna har haft Vetenskapsrådets (2017) fyra etiska principer i beaktning under hela arbetet. Huvudkraven som beaktas för att skydda deltagarna är; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

En anledning till att webbenkät valdes framför intervjuer var på grund av att abort ses som ett känsligt ämne vilket förmodligen är lättare att besvara via webbenkät, bakom en datorskärm. En risk med webbenkät är att författarna inte kan försäkra sig om vem som svarat på enkäten, det finns en möjlighet att deltagarna inte varit kvinnor från 18 år som gjort medicinsk abort. Enkätfrågorna är dock utformade på ett sätt att det inte bör finnas intresse för andra att besvara enkäten. Ett inklusionskriterium var att deltagarna skulle vara 18 år och äldre. Författarna valde att ha 18 år som en undre gräns eftersom kvinnan då är myndig, om författarna inte haft någon undre gräns skulle det blivit ett etiskt dilemma.

Informationsbrev bifogades med enkäten och i ett inledande inlägg på Facebook och Instagram uppmanades deltagaren att läsa informationsbrevet innan enkäten besvarades. I informationsbrevet framkom arbetets syfte, att svaren var anonyma och att samtycke lämnades genom att besvara enkäten samt att deltagarna närsomhelst kunde välja att avbryta sin medverkan. Enkätsvaren kodades automatisk i Google Formulär och författarna visste ej vem den enskilda deltagaren var. Detta kan ses som en styrka då författarna värnar om deltagarnas integritet och anonymitet men även som en svaghet på grund av att det inte fanns möjlighet att få kompletterande svar i efterhand. Abort är ett känsligt ämne och om känslor skulle väckas hos deltagarna lämnades kontaktuppgifter till författarna samt till handledaren för eventuella frågor. Ingen deltagare kontaktade författarna eller handledare under arbetets gång.

All insamlad data fanns på lösenordsskyddade datorer, den insamlade datan och resultatet har endast använts för examensarbetet och kommer raderas efter publicering.

Erfarenheter från icke svensktalande presenterades inte i resultatet då förståelse för det svenska språket var ett inklusionskriterie, detta kan ses om ett etiskt dilemma. Kanske skiljer sig erfarenheter från icke svensktalande från svensktalande kvinnors erfarenheter. På grund av den tidsbegränsade perioden valdes att inte översätta enkäten till andra språk.

Både positiva och negativa erfarenheter har lyfts fram i resultatet vilket kan ses som en styrka då resultatet inte blivit vinklat åt något håll.

## **8 SLUTSATSER OCH KLINISKA IMPLIKATIONER**

Syftet var att kartlägga kvinnors erfarenheter av medicinsk abort på sjukhus. Resultatet visade att majoriteten av kvinnorna var nöjda med abortvården i sin helhet, men 51% saknade tillräcklig information kring abortprocessen samt om fysisk och psykisk påverkan. Detta indikerar att informationen i samband med abort behöver tydliggöras och utformas utifrån kvinnors önskemål och behov. Likadana riktlinjer över hela Sverige skulle vara att föredra för en mer jämlik abortvård, där likvärdig information ges till alla kvinnor. En dryg femtedel av kvinnorna hade erfarenheter av dåligt bemötande, bristande stöd samt stressade och otillgängliga barnmorskor. Att se över bemanningen i samband med medicinska aborter och avsätta barnmorskor som endast fokuserar på denna patientgrupp skulle kunna minska stressen och främja kvinnornas erfarenheter av stöd och bemötande. I resultatet framkom att erfarenheter av smärta under aborten skattades högt och för en stor del av kvinnorna var smärtlindringen otillräcklig. Detta visar på ett bristande utbud av smärtlindring där nya PM bör utformas och utbudet av smärtlindring ses över för att minska onödigt lidande. Majoriteten av kvinnorna som vårdats på en kombinerad kvinnoavdelning hade negativa erfarenheter av det och tyckte det var psykiskt påfrestande. Att separera abortpatienter från nyförlösta genom att särskilja avdelningarna skulle förmodligen minska kvinnornas psykiska lidande och därmed främja erfarenheten av abortvården.

## **9 FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA FORSKNING**

Intervjustudier med samma syfte skulle kunna genomföras för att få fram djupare erfarenheter genom möjligheten att ställa följdfrågor. Även en studie som riktar sig till icke svensktalande kvinnor vore fördelaktigt för att få fram och kunna belysa alla kvinnors erfarenheter. För kvinnorna som vårdats på kombinerad kvinnoavdelning var erfarenheterna övervägande negativa, förslag på ytterligare forskning kring detta föreslås där andelen avdelningar i Sverige med kombinerad kvinnovård kan ses över. Majoriteten av kvinnorna

hade erfarenheter av bristande smärtlindring under aborten och förslag finns att studera alternativ till smärtlindringen som erbjuds i dagsläget.

## REFERENSLISTA

- Altshuler, A. L., Ojanen- Goldsmith, A., Blumenthal, P. D., & Freedman, L. R. (2017). *A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care*. *Social science & Medicine*, 191, 109–116. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.010>
- Amnesty international. (2019). *Abort*. Hämtad den 3 september 2020 från (<https://www.amnesty.se/vara-rattighetsfragor/kvinnors-rattigheter/srhr/abort/>)
- Amnesty international. (2020). *Rätten till abort i Europa måste garanteras även under coronapandemin*. Hämtad den 5 november 2020 från <https://www.amnesty.se/aktuellt/europa-ratten-till-abort-maste-garanteras-aven-under-coronapandemin/#:~:text=I%20sex%20europeiska%20%C3%A4nder%20%C3%A4r,liv%20och%20h%C3%A4lsa%20i%20fara>.
- Andersson, I-M., Christensson, K., & Gemzell-Danielsson, K. (2014). *Experiences, Feelings and Thoughts of Women Undergoing Second Trimester Medical Termination of Pregnancy*. *Plos One*, 9(12), 1-22. DOI:10.1371/journal.pone.0115957
- Andersson, I-M., Gemzell-Danielsson, K., Christensson, K. (2014). *Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy*. *Contraception*, 460–465. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.01.012>
- Berg, M. & Lundgren, I. (red.) (2010). *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A. (2017a). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* d (ss. 99–110). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A. (2017b). Enkäter. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* d (ss. 121–132). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A. (2017c). Mätinstrument och diagnostiska test. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* d (ss.133–141). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A. (2017d). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* d (ss.265–273). Lund: Studentlitteratur.
- Borglin, G. (2017). Mixad metod- en introduktion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (ss.233-250). Lund: Studentlitteratur.



- Carlsson, T. (2019). *Management of physical pain during induced second-trimester medical abortions: a cross-sectional study of methodological quality and recommendations in local clinical practice guidelines at Swedish hospitals*. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 33, 111–118 doi: 10.1111/scs.12608
- Carlsson, I., Breding, K., Larsson, P-G. (2018) *Complications related to induced abortion: a combined retrospective and longitudinal follow-up study*. *BMC Women's Health*, 18:158 <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0645-6>
- Chae, S., Desai, S., Crowell, M., Sedgh, M. (2017). *Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries*. *Contraception* 96, 233–241. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.014>
- FASS. (2019). *Mifegyne*. Hämtad från [https://www.fass.se/LIF/product?nplId=19920904000068&userType=2#:~:text=1\)%20F%C3%B6r%20medicinskt%20avbrytande%20av,efter%20att%20du%20tagit%20Mifegyne.](https://www.fass.se/LIF/product?nplId=19920904000068&userType=2#:~:text=1)%20F%C3%B6r%20medicinskt%20avbrytande%20av,efter%20att%20du%20tagit%20Mifegyne.)
- Gallagher, K., Porock, D., & Edgley, A. (2009). *The concept of 'nursing' in the abortion services*. *Journal of advanced nursing*, 66(4), 849–857. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05213.x
- Garel, M., Etienne, E., Blondel, B., & Dommergues, M. (2007). *French midwives' practice of termination of pregnancy for fetal abnormality. At what psychological and ethical cost?*. *Wiley Interscience*, 27, 622–628. DOI: 10.1002/pd.1755
- Gemzell Danielsson, K., & Kopp Kallner, H. (2020, 19 februari). *Abort*. <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/gynekologi-obstetrik/abort/#>
- Gemzell Danielsson, K. (2015). *Abort och sterilisering*. I P O. Janson, B-M, Landgren (Red.), *Gynekologi* (s. 137–151). Lund: Studentlitteratur.
- Georgsson, S., & Carlsson, T. (2019). *Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients*. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 3006–3017. DOI: 10.1111/jan.14132
- Georgsson, s., Krautmeyer, S., Sundqvist, E., Carlsson, T. (2019). *Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study*. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24:5, 380–389, DOI: 10.1080/13625187.2019.1647334.
- Grossman, D., Raifman, S., Bessenaar, T., Lan Dung, D., Tamang, A., & Dragmoman M V. (2019). *Experiences with pain of early medical abortion: qualitative results from Nepal, South Africa, and Vietnam*. *BMC Women's Health*, 19(11), 2–11. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0816-0>

- Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., RiedelHeller, S G., Kersting, A. (2016). *Abortion Stigma: A Systematic Review*. Perspectives on Sexual & Reproductive Health, 48(4):169–177, doi: 10.1363/48e8516.
- Hsia, J K., Lohr, P A., Taylor, J., Creini, M D. (2019). *Medical abortion with mifepristone and vaginal misoprostol between 64 and 70 days' gestation*. Contraception, 100, s.178–181. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.05.006> 0010-7824/
- Lerma, K., Goldthwaite, L.M., Blumenthal, P.D., & Shaw, K.A. (2020). *Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain control during first-trimester abortion: A single-blinded randomized controlled trial*. Contraception, 101, 355–359. doi:10.1016/j.contraception.2020.03.015
- Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2012a). *Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention*. Scandinavian Journal of caring sciences. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x
- Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2012b). *Women and men's satisfaction with care related to induced abortion*. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 17, 260–269. DOI: 10.3109/13625187.2012.688149
- Nissi, R., Santala, M., Immonen, E., Talvensaaari-Mattila, A. (2016). *Mifepristone and misoprostol is safe and effective method in the second-trimester pregnancy termination*. Archives of Gynecology and Obstetrics, 294, 1243–1247. Doi: 10.1007/s00404-016-4169-8
- Nyboe Petersen, M., Jessen-Winge, C., Meinerts Møbjerg, A C. (2018). *Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review*. JBI database of systematic reviews and implementation reports, 16(7), p.1537-1563. Doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003344
- Polit, D., & Beck, C. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Prop. 1994/95:142. Fosterdiagnostik och abort. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/fosterdiagnostik-och-abort\\_GI03142/html](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/fosterdiagnostik-och-abort_GI03142/html)
- Regeringskansliet. (2017). *17 globala mål för hållbar utveckling*. Hämtad från Regeringskansliet: <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling/>
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2018a, 26 april). *Kirurgisk abort*. Hämtad 2020-09-17 från <https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-1/verksamhet-gynekologi-och-reproduktionsmedicin2/a-o/kirurgisk-abort/>
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2018b, 26 april). *Tidig medicinsk abort/hemabort*. Hämtad 2020-11-18 från <https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-1/verksamhet-gynekologi-och-reproduktionsmedicin2/a-o/tidig-medicinsk->

aborthemabort/?fbclid=IwAR3y6GMqOSJuP\_sxxNqakQCsyDG97cBvgeHoSVXu5D  
LogmORoXccUFS\_eI

SFS 1974:595. *Abortlag*. Stockholm. Socialdepartementet.

Stålhandske, ML., Ekstrand, M., & Tydén T. (2011). *Women's existential experiences within Swedish abortion care*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(1), 35-41. Doi: 10.3109/0167482X.2010.545457

Stålhandske, ML., 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*, 33(2), 53–61. DOI: 10.3109/0167482X.2012.677877

Svenska barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2020-08-17 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Svenska barnmorskeförbundet. (2020). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Hämtad 2020-09-28 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>

Trost, J. (2014). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Trost, J., & Hultåker, O. (2016). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2017). *Forskningsetiska principer: inom humanistisksamhällsvetenskaplig forskning*. Hämtade den 1 september 2020 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

WHO. (2019). *Abortion*. Hämtad den 3 september 2020 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

1177 Vårdguiden. (2019). *Abort*. Hämtad den 1 oktober 2020 från <https://www.1177.se/Sormland/barn--gravid/graviditet/avbruten-graviditet/abort/>

# BILAGA A INFORMATIONSBREV

## Tillfrågan om deltagande i magisterarbetet "Kvinnors erfarenheter av medicinsk abort på sjukhus".

Hej! Vi heter Emelie Nilsson och Victoria Palm och är studenter på Barnmorskeprogrammet vid Mälardalens högskola i Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med vårt arbete är att kartlägga kvinnors erfarenheter av medicinsk abort på sjukhus.

Vår fråga till dig är om du vill delta i detta arbete,

### **Medverkan är frivillig och vill du inte vara med kan du bortse från detta brev. Alla svar är anonyma.**

Att delta i projektet skulle för din del innebära att du besvarar en enkät med frågor kring dina erfarenheter av abortvård. Det beräknas ta 10-15 minuter. För att delta i arbetet ska du ha gjort en medicinsk abort antingen på en gynekologisk mottagning eller på en gynekologisk avdelning när du var 18 år eller äldre. Du behöver även kunna läsa och förstå svenska.

Resultatet av enkäterna kommer analyseras, sammanställas och användas i magisteruppsatsen. Förhoppningsvis kommer just din medverkan att bidra till praktisk nytta i framtiden.

Du kan när som helst avbryta din medverkan i arbetet utan att du behöver ange någon orsak. Detta gör du genom att stänga ner enkäten, men har du skickat in ditt svar finns ingen möjlighet att återta ditt deltagande då inga IP adresser sparas. Data behandlas konfidentiellt vilket innebär att alla uppgifter och data kodas och förvaras så att ingen utomstående kan ta del av insamlade uppgifter. I den färdiga uppsatsen kommer inga uppgifter att kunna härledas till dig. När arbetet blivit godkänt raderas alla data.

### **Information om arbetets resultat**

Resultaten kommer att publiceras i form av ett självständigt arbete vid Mälardalens högskola. Arbetet kommer även att publiceras på den offentliga hemsidan DiVA, där forskningspublikationer och studentuppsatser publiceras för allmänheten. Genom att besvara enkäten har du lämnat ditt samtycke till att vara med i arbetet.

### **Tack för ditt deltagande!**

Om du har frågor angående enkäten eller funderingar kring arbetet är du välkommen att kontakta oss, se kontaktuppgifter till oss och till vår handledare nedan.

Med vänliga hälsningar

**Emelie Nilsson**, leg. sjuksköterska, barnmorskestuderande.  
Telefonnummer: 076-2313424  
E-post: [enn20002@student.mdh.se](mailto:enn20002@student.mdh.se)

**Victoria Palm**, leg. sjuksköterska, barnmorskestuderande.  
Telefonnummer: 076-0673505  
E-post: [vpm20001@student.mdh.se](mailto:vpm20001@student.mdh.se)

**Magdalena Mattebo**, Lektor/ leg. Barnmorska  
Telefonnummer: 021-103108  
E-post: [magdalena.mattebo@mdh.se](mailto:magdalena.mattebo@mdh.se)

# BILAGA B WEBBENKÄT

## Bakgrundsfrågor

1. Hur gammal är du?

2. Hur gammal var du när aborten gjordes?

2. Är du?

- Gift
- Sambo
- Särbo
- Ensamstående/Singel
- Annat

3. Sysselsättning

- Arbete på heltid
- Arbete på deltid
- Student
- Sjukskriven
- Arbetslös
- Föräldraledig
- Annat

4. Vilken utbildningsnivå har du?

- Grundskola
- Gymnasie eller likvärdigt

Universitet eller högskola

Annat

5. Hur bor du?

Stad

Landsbygd

6. I vilken vecka utfördes aborten?

eller

v. 9-12

v. 12-21+6

Vet ej

7. Utfördes aborten på

Mottagning

Avdelning

Vet ej

## Frågor om tiden innan aborten gjordes, under din första kontakt med vården

*Här nedan kommer frågor som rör information och bemötande du fått från vården.*

*Detta gäller din första fysiska vårdkontakt efter att du fattade beslut om abort.*

1. På vilket sätt fick du information angående hur aborten skulle gå till?

Muntligt

Skriftligt

Både muntligt och skriftligt

Fick ingen information

Annat

2. Anser du att informationen var tillräcklig?

- Ja
- Nej
- Vet ej

3. Saknade du något angående informationen?

4. Hur upplevde du bemötandet från personalen vid ditt första fysiska besök?

Sämsta tänkbara	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Bästa tänkbara
0										10

5. Berätta gärna vad som skulle kunna gjort att du upplevde ett bättre bemötande från vårdpersonalen?

## Frågor relaterade till hur du upplevde tiden på avdelningen under aborten

*Här nedan kommer fler frågor som berör hur du upplevt information, stöd och bemötande. Dessa frågor handlar om tiden du var inlagd på sjukhus och aborten genomfördes.*

1. På vilket sätt fick du information när du kom till avdelningen/mottagningen för att utföra aborten?

- Muntligt
- Skriftligt
- Både muntligt och skriftligt
- Fick ingen ordentligt information
- Vet ej

2. Anser du att informationen var tillräcklig?

- Ja
- Nej
- Vet ej

3. Saknade du något angående informationen?

4. Hur upplevde du bemötandet från personalen när du var inlagd för att genomgå abort?

Sämsta tänkbara	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Bästa tänkbara
0										10

5. Om du upplevde att bemötandet var övervägande bra, beskriv gärna vad det var som gjorde att du upplevde det bra?

6. Om du upplevde att bemötandet var övervägande dåligt, beskriv gärna vad det var som gjorde att du upplevde det dåligt?



7. Berätta gärna vad som skulle kunna gjort att du upplevde ett bättre bemötande från vårdpersonalen?

8. Vem hade du med dig som stöd under aborten?

- Partner
- Vän
- Familjemedlem
- Hade inte med mig någon
- Annan

5. Hur upplevde du stödet från din anhöriga?

Sämsta tänkbara	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Bästa tänkbara
0										10

6. Hur upplevde du stödet från personalen?

Sämsta tänkbara	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Bästa tänkbara
0										10

7. Upplevde du att du blev tagen på allvar?

- Ja
- Nej
- Vet ej

8. Hur trygg kände du dig under tiden du var inlagd för aborten?

Inte trygg alls	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Maximalt trygg
0										10

9. Upplevde du att du kunde tillkalla personalen när du ville och hur ofta du ville?

- Ja
- Nej
- Vet ej

10. Om du svarade nej på föregående fråga beskriv gärna varför du upplevde att du inte kunde tillkalla personalen när du ville och hur ofta du ville?

10. Kände du förtroende för personalen?

- Ja
- Nej

11. Hur kompetent upplevde du personalen?

Inte kompetent alls	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Maximalt kompetent
0										10

12. Ville du ha närvaro av personal på rummet?

- Ja
- Nej
- Spelade ingen roll
- Vet ej

13. Om du svarat ja, upplevde du tillräcklig närvaro av vårdpersonalen?

- Ja
- Nej

14. Hur upplevde du smärtan under aborten?

Ingen smärta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ohanterlig smärta
0										10

15. Upplevde du att smärtlindringen du fick var tillräcklig?

- Ja
- Nej
- Vet ej

16. Vad fick du för smärtlindring?

- Alvedon och ipren
- Alvedon och ipren samt morfinpreparat
- Fick ingen smärtlindring
- Vet ej
- Annat

17. Gjordes aborten på en kombinerad kvinnoavdelning, dvs en avdelning som vårdar både abortpatienter men även nyförlösta mammor och deras barn?

- Ja
- Nej

- Vet ej

18. Om du svarat ja, hur upplevde du det att vårdas på en kombinerad kvinnoavdelning?

- Bra  
 Dåligt  
 Spelade ingen roll

19. Om du upplevde det dåligt att vårdas på en kombinerad kvinnoavdelning beskriv gärna varför du upplevde det dåligt.

17. Avslutades aborten med hjälp av kirurgiskt ingrepp dvs en skrapning?

- Ja  
 Nej

18. Hur länge var du kvar på sjukhuset från det att aborten påbörjades?

- Åkte hem samma dag  
 Åkte hem dagen efter  
 Var kvar 1 dygn eller mer

## Frågor relaterade till hur du upplevde tiden på avdelningen efter aborten

*Frågorna som kommer här nedan berör även dom din upplevelse av stöd och information. Frågorna riktar sig till tiden efter du aborterat fram tills att du lämnade avdelningen/mottagningen.*

1. Fick du det stöd du ville ha av personalen efter aborten?

- Ja  
 Nej

Osäker

2. Om du svarat ja, beskriv/berätta gärna på vilket sätt du fick stöd av vårdpersonalen?

3. Om du svarat nej, beskriv gärna varför du upplevde att du inte fick det stöd du behövde?

4. Blev du erbjuden kontakt med kurator?

Ja

Nej

Vet ej

5. Om du svarat nej på föregående fråga, hade du önskat kontakt med kurator?

Ja

Nej

Vet ej

6. Fick du information om vad man ska tänka på efter en abort?

Ja

Nej

Vet ej

7. Angående preventivmedel, fick du information, stöd och hjälp med detta efter aborten?

Ja

Nej

Vet ej

8. Om du svarat ja, beskriv gärna på vilket sätt du fick stöd/hjälp med preventivmedel efter aborten

9. Har du något annat du gärna skulle vilja tillägga angående dina erfarenheter av abortvård?



## BILAGA C ARTIKELMATRIS

<b>Författare</b>  <b>Artikels titel</b>  <b>Tidskrift, år</b>  <b>Land</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>  <b>Urval</b>  <b>Datainsamling</b>  <b>Analys</b>  <b>Design</b>	<b>Resultat</b>
<p>Altshuler, A. L., Ojanen-Goldsmith, A., Blumenthal, P. D., &amp; Freedman, L. R.</p> <p>A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care.</p> <p><i>Social science &amp; Medicine, (2017)</i></p> <p>USA</p>	<p>Att jämföra kvinnors behov och preferenser i samband med abort med de kvinnor som föder barn.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ  <b>Urval:</b> n=20 kvinnor som hade erfarenheter både av abort och av att genomgå en förlossning.  <b>Datainsamling:</b> semistrukturerade intervjuer samt fältstudier  <b>Analys:</b> Innehållsanalys och deskriptiv analys  <b>Design:</b> Grounded theory</p>	<p>Ett abortbeslut upplevs oftast som svårt att ta på grund av det innefattar olika känslor och funderingar. Kvinnorna uttryckte känslomässiga behov under abortvården, troligtvis på grund av olika omständigheter och sociopolitiska sammanhang av abort. Att skraddarsy tjänster och svara på individuella behov kan bidra till en bra abortupplevelse.</p>
<p>Andersson, I-M., Christensson, K., &amp; Gemzell-Danielsson, K.</p>	<p>Att undersöka kvinnors förväntningar och upplevelser av abort</p>	<p><b>Metod:</b> Kvantitativ och kvalitativ  <b>Urval:</b> n= 30 kvinnor  <b>Datainsamling:</b> Frågeformulär och intervjuer</p>	<p>Både fysisk och psykisk smärta upplevdes under abortprocessen och beskrivs av kvinnorna. Att ta mifepriston upplevdes som särskilt känslomässigt svårt för många deltagare. Professionellt stöd från personalen tillsammans med stöd från partnern, en vän eller släkting hjälpte kvinnorna att genomgå aborten. Före</p>



<p>Experiences, Feelings and Thoughts of Women Undergoing Second Trimester Medical Termination of Pregnancy</p> <p><i>Plos One, (2014)</i></p> <p>Sverige</p>	<p>under andra trimestern.</p>	<p><b>Analys:</b> Beskrivande statistik och innehållsanalys <b>Design:</b> Tvärsnittsstudie</p>	<p>aborten uppgav de flesta kvinnor att de inte ville se fostret men kvinnor som valde att se fostret beskrev detta som ett sätt att konfrontera verkligheten och en möjlighet att säga farväl till graviditeten / fostret.</p>
<p>Andersson, I-M., Gemzell-Danielsson, K., Christensson, K.</p> <p>Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy.</p> <p><i>Contraception, (2014)</i></p> <p>Sverige</p>	<p>Att utforska erfarenheterna och uppfattningarna hos sjuksköterskor / barnmorskor som tar hand om kvinnor som genomgår abort under andra trimestern.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ <b>Urval:</b> n= 20 barnmorskor/sjuksköterskor <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer <b>Analys:</b> Innehållsanalys</p>	<p>Att ta hand om kvinnor som genomgår abort under andra trimestern är en uppgift som kräver professionell kunskap, empati och förmåga att reflektera över etiska attityder och överväganden. Svåra situationer som uppstår under processen är lättare att hantera med ökad kunskap och erfarenhet.</p>
<p>Carlsson, I., Breding, K., Larsson, P-G.</p> <p>Complications related to induced</p>	<p>Att ge en översikt över komplikationer av medicinsk och kirurgisk abort och att utvärdera effekterna av</p>	<p><b>Metod:</b> Kombinerad retrospektiv och prospektiv uppföljningsstudie <b>Urval:</b> kvinnor som hade en inducerad abort på Skaraborgs sjukhus mellan</p>	<p>Andelen komplikationer relaterade till medicinska aborter &lt;12 veckor ökade signifikant under 2008–2015 utan någon uppenbar orsak.</p>

<p>abortion: a combined retrospective and longitudinal follow-up study.</p> <p><i>BMC Women's Health, (2018)</i></p> <p>Sverige</p>	<p>bakteriescreening för att förhindra postabortala infektioner.</p>	<p>2008 och 2015.  <b>Datainsamling:</b> Insamling av journaler och abortregister.  <b>Analys:</b> Uppgifterna beskrivs med hjälp av frekvenser och proportioner. SPSS version 22 användes.  <b>Design:</b> Kvantitativ</p>	
<p>Carlsson, T.</p> <p>Management of physical pain during induced second-trimester medical abortions: a cross-sectional study of methodological quality and recommendations in local clinical practice guidelines at Swedish hospitals.</p> <p><i>Scandinavian Journal of Caring Science, 2019</i></p> <p>Sverige</p>	<p>Att bedöma kvaliteten och beskriva rekommendationer för smärtlindring i lokala riktlinjer för klinisk praxis angående medicinska aborter under andra trimestern vid svenska universitetet och länsjukhus.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvantitativ  <b>Urval:</b> n= 25 riktlinjer (pm) från universitets- och länsjukhus  <b>Datainsamling:</b> Skickade förfrågningar till sjukhusen ifall de kunde skicka deras riktlinjer (pm) angående medicinsk abort.  <b>Analys:</b> Beskrivande statistik  <b>Design:</b> Metodisk kvalitetsbedömning</p>	<p>Riktlinjer för medicinsk abort under andra trimestern är av otillräcklig metodisk kvalitet och majoriteten saknar rekommendationer angående smärtlindring. Brist på rekommendationer angående smärtlindring såsom epiduralanalgesi, lustgas och icke-farmakologiska metoder.</p>

<p>Chae, S., Desai, S., Crowell, M., Sedgh, M.</p> <p>Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries.</p> <p><i>Contraception, (2017)</i></p> <p>USA</p>	<p>Att presentera orsaker till att kvinnor väljer att göra abort.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvantitativ  <b>Urval:</b> Data från 14 länder  <b>Datainsamling:</b> Officiell statistik, befolkningsbaserade undersökningar och anläggningsbaserade undersökningar av abortpatienter.  <b>Analys:</b> Beskrivande statistik</p>	<p>I de flesta länder var de vanligaste orsakerna till abort socioekonomiska problem eller begränsad fertilitet. Data från tre länder där flera skäl kunde rapporteras i undersökningen visade att kvinnor ofta har mer än en anledning till abort.</p>
<p>Gallagher, K., Porock, D., &amp; Edgley, A.</p> <p>The concept of 'nursing' in the abortion services.</p> <p><i>Journal of advanced nursing, (2009)</i></p> <p>Storbritannien</p>	<p>Att undersöka uppfattningarna hos sjuksköterskor som arbetar med abortvård.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ  <b>Urval:</b> n= 9 sjuksköterskor  <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer  <b>Analys:</b> Tematisk analys</p>	<p>Sjuksköterskorna blev varse om samhällets reaktioner när kvinnorna som skulle genomgå abort verkade skämmas och känna skuld över att söka abortvård. Sjuksköterskorna och barnmorskorna betonar vikten av ett gott bemötande från barnmorskor/sjuksköterskor och betydelsen av ett tydligt och korrekt språk. De lyfter även att abortbeslutet alltid är kvinnors att ta och att barnmorskor ska förhålla sig till den professionella rollen, vilket innebär ge information, stöd och rådgivning.</p>
<p>Garel, M., Etienne, E., Blondel, B., &amp; Dommergues, M.</p> <p>French midwives' practice of</p>	<p>Att studera de kliniska, emotionella och moraliska svårigheter som franska barnmorskor möter på avdelningen</p>	<p><b>Metod:</b> Kvantitativ  <b>Urval:</b> n= 92 barnmorskor  <b>Datainsamling:</b> Enkätundersökning  <b>Analys:</b> beskrivande statistik</p>	<p>Resultatet visade att barnmorskor som arbetade både med förlossning och med abortvård uttryckte svårigheter att följa det professionella ansvaret, att ge psykologiskt och känslomässigt stöd. Det visade även på att det behövdes utbildning för barnmorskor angående psykologiska och etiska aspekter i samband med abortvård.</p>

<p>termination of pregnancy for fetal abnormality. At what psychological and ethical cost?</p> <p><i>Wiley Interscience, (2007)</i></p> <p>Frankrike</p>	<p>när de arbetar med abortpatienter.</p>		
<p>Georgsson, S., &amp; Carlsson, T.</p> <p>Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients.</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing, (2019)</i></p> <p>Sverige</p>	<p>Att utforska minnen av smärta och smärtlindring vid aborter.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvantitativ och kvalitativ  <b>Urval:</b> n=185 kvinnor  <b>Datainsamling:</b> webbaserad undersökning med öppna frågor  <b>Analys:</b> kvalitativ innehållsanalys  <b>Design:</b> Mixad metod</p>	<p>Minnen av smärtintensitet illustrerade betydande smärta liknades med andra smärtsamma tillstånd som dysmenorré och förlossning. Upplevelser av otillräcklig behandling av smärta och missnöje med smärtlindring, inklusive ineffektiv behandling och brist på professionell närvaro. Psykologiska aspekter och konsekvenser illustrerade att deltagarna relaterade psykisk nöd till fysisk smärta, kände sig oförberedda för den fysiska smärtan och betonade vikten av psykologiskt stöd.</p>
<p>Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E., &amp; Carlsson, T.</p>	<p>Att utforska bekymmer, rädslor och beredskap relaterade till den upplevda upplevelsen</p>	<p><b>Metod:</b> kvantitativ och kvalitativ  <b>Urval:</b> n= 185 kvinnor.  <b>Datainsamling:</b> webbaserad undersökning med skattningsfrågor och</p>	<p>Aborten var förknippad med oväntade händelser, samt känslor av oro och rädsla. Respondenter beskrev brist på förberedande information, vilket ledde till osäkerhet på grund av otillräcklig information. Respondenterna berättade också att den förberedande informationen fick spegla inte den faktiska abortupplevelsen</p>

<p>Abortion- related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study.</p> <p><i>European Journal of Contraception &amp; Reproductive Health Care, (2019).</i></p> <p>Sverige</p>	<p>av att ha en inducerad abort</p>	<p>öppna frågor  <b>Analys:</b> kvalitativ innehållsanalys och beskrivande statistik.  <b>Design:</b> mixad metod</p>	
<p>Grossman, D., Raifman, S., Bessenaar, T., Lan Dung, D., Tamang, A., &amp; Dragmoman M V.</p> <p>Experiences with pain of early medical abortion: qualitative results from Nepal, South Africa, and Vietnam.</p>	<p>Att bättre förstå kvinnors erfarenheter av smärta med medicinsk abort och strategier för att förbättra vårdkvaliteten.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ  <b>Urval:</b> n= 42 kvinnor  <b>Datainsamling:</b> Intervjuer och observerade fokusgrupper  <b>Analys:</b> Tematisk innehållsanalys  <b>Design:</b> Trearmad randomiserad kontrollerad studie i Nepal, Vietnam och Sydafrika</p>	<p>Medicinsk abort är relativt mindre smärtsamt jämfört med att föda och relativt smärtsammare än menstruation, baserat på fyra faktorer: smärtintensitet, varaktighet, associerade symtom och biverkningar och svar på smärtstillande medel. Majoriteten av respondenterna rapporterade att rådgivning om smärtlindring före abort och stöd under abortprocessen hjälpte till att lindra deras smärta och känslomässiga stress.</p>

<p><i>BMC Women's Health, (2019)</i></p> <p>USA</p>			
<p>Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., RiedelHeller, S G., Kersting, A.</p> <p>Abortion Stigma: A Systematic Review.</p> <p><i>Perspectives on Sexual &amp; Reproductive Health, (2016)</i></p> <p>Tyskland</p>	<p>Att undersöka abortrelaterat stigma.</p>	<p><b>Metod:</b> Systematisk litteratursökning.  <b>Urval:</b> Sju kvantitativa studier och sju kvalitativa studier.  <b>Datainsamling:</b> Artikelsökning i databaserna Medline, PsycArticles, PsycInfo, PubMed and Web of Science  <b>Analys:</b></p>	<p>Majoriteten av studierna visade att kvinnor som genomgått abort hade upplevt rädsla för social bedömning, själv bedömning och behov av sekretess. Vissa studier fann stigmatiserande attityder hos allmänheten.  Bevis på interventioner för att minska abortstigma var knappt.</p>
<p>Hsia, J K., Lohr, P A., Taylor, J., Creini, M D.</p> <p>Medical abortion with mifepristone and vaginal misoprostol between 64- and 70-days' gestation.</p> <p><i>Contraception, (2019)</i></p>	<p>Att utvärdera resultaten med 200 mg mifepriston oralt följt 24–48 timmar senare av misoprostol 800 mg vaginalt för medicinsk abort vid 64–70 dagar av graviditeten.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvantitativ  <b>Urval:</b> n= 2673 kvinnor  <b>Datainsamling:</b> granskade elektroniska databaser och medicinska journaler  <b>Analys:</b> framgår ej  <b>Design:</b> framgår ej</p>	<p>Cirka 95 % av de medicinska aborterna går komplikationsfritt, vilket innebär att det är en säker abortmetod. Kvinnor som får komplikationer i samband med medicinsk abort får det främst i form av blödningar och för cirka 0,4 % krävs kirurgi för att fullfölja aborten. Cirka 0,4 % aborterar efter enbart mifepristone.</p>

<p>Lerma, K., Goldthwaite, L.M., Blumenthal, P.D., &amp; Shaw, K.A.</p> <p>Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain control during first-trimester abortion: A single-blinded randomized controlled trial.</p> <p><i>Contraception, 2019</i></p> <p>USA</p>	<p>Att jämföra TENS med intravenös sedering (IV) för smärtskontroll vid kirurgisk abort under första trimestern.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvantitativ  <b>Urval:</b> n= 109 kvinnor  <b>Datansamling:</b> Kontrollgrupper  <b>Analys:</b> beskrivande statistik <b>Design:</b> non-inferiority enblindad randomiserad kontroll studie</p>	<p>Användning av TENS som smärtlindring skulle kunna vara ett alternativ för smärtlindring vid kirurgisk abort. Utökade smärtlindringsalternativ skulle kunna förbättra abortvården.</p>
<p>Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., &amp; Larsson, M.</p> <p>Autonomy and dependence – experiences of home abortion,</p>	<p>Att utforska kvinnors och mäns erfarenheter och behov relaterade till vård i samband med en abort i hemmet samt undersöka vilka åsikter om preventivmedel och</p>	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ  <b>Urval:</b> n= 24 kvinnor och 13 män  <b>Datansamling:</b> Intervjuer  <b>Analys:</b> Innehållsanalys  <b>Design:</b> Kvalitativa intervjustudien rekryterade kvinnor och män genom</p>	<p>Två övergripande teman identifierades: Autonomi - beslutet att genomgå en abort och valet av metod var väl övervägda av kvinnan, och partnern gav sitt stöd. Hemmiljön ökade deras integritet och kontroll, vilket hjälpte dem fritt att uttrycka och dela sina känslor. De var motiverade att undvika efterföljande abort och ansåg att det var ett individuellt ansvar; dock preventivmedel och uppföljningsbesök var sällsynta.</p>

<p>contraception and prevention.</p> <p><i>Scandinavian Journal of caring sciences, (2012)</i></p> <p>Sverige</p>	<p>förebyggande av oönskade graviditeter deltagarna hade.</p>	<p>avdelningar för obstetrik och gynekologi vid fem sjukhus i centrala Sverige.</p>	
<p>Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., &amp; Larsson, M.</p> <p>Women and men' s satisfaction with care related to induced abortion.</p> <p><i>The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, (2012)</i></p> <p>Sverige</p>	<p>Att undersöka tillfredsställelse med abortvård bland kvinnor och deras manliga partner.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvantitativ och kvalitativ  <b>Urval:</b> n= 798 kvinnor och 590 män  <b>Datainsamling:</b> Enkäter  <b>Analys:</b> Beskrivande statistik och innehållsanalys</p>	<p>De flesta kvinnor och hälften av männen var nöjda med den uppmärksamhet de hade fått. Både kvinnor och män beskrev att personalen var omtänksam och medmänsklig och verkar vara den viktigaste faktorn i samband med tillfredsställelse när det gäller abortvård.</p>
<p>Nissi, R., Santala, M., Immonen, E., Talvensaaari-Mattila, A.</p> <p>Mifepristone and misoprostol is safe and effective method in the second-trimester</p>	<p>Att utvärdera faktorer som påverkar klinisk effekt av medicinsk abort under andra trimestern med kombination av mifepriston och misoprostol.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvantitativ  <b>Urval:</b> n= 142 kvinnor  <b>Datainsamling:</b> Kliniska data samlades in från patientjournaler från Uleåborgs universitetssjukhus för perioden mellan januari 2008 och juni 2011.  <b>Analys:</b> Olika statistiska tester såsom Chi-square</p>	<p>Majoriteten (92%) av kvinnorna aborterade inom 24 timmar och betraktades som dagpatienter med liten komplikationsgrad jämfört med andra patienter på sjukhus.</p>



<p>pregnancy termination.</p> <p><i>Archives of Gynecology and Obstetrics (2016)</i></p> <p>Finland</p>		<p><b>Design:</b> retrospektiva observationsstudie</p>	
<p>Nyboe Petersen, M., Jessen-Winge, C., Meinerts Møbjerg, A C.</p> <p>Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review.</p> <p><i>JBI database of systematic reviews and implementation reports, (2018)</i></p> <p>Sverige, Danmark och Norge</p>	<p>Att utforska erfarenheterna från skandinaviska kvinnor som genomgått abort, det vill säga före, under och efter interventionen.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ  <b>Urval:</b> Nio studier  <b>Datainsamling:</b> tre-steps sökstrategi användes för att identifiera publicerade och opublicerade studier från 1973 till juni 2016  <b>Analys:</b> Data extraherades från de sex inkluderade studierna med hjälp av det standardiserade dataextraktionsverktyget från JBI. Totalt 24 kvalitativa forskningsresultat slogs samman med JBI-metodik.  <b>Design:</b> Litteraturoversikt</p>	<p>De allra flesta deltagarna i studierna var mellan 15 och 24 år vid aborttidpunkten. Kvinnorna upplevde motstridiga känslor. De känner både glädje och skam över sina graviditeter och under beslutsprocessen slets de mellan möjligheten till moderskap och det rimliga och förväntade valet av abort som stöds av deras föräldrar och vänner. Majoriteten av kvinnor upplever värre smärta och obehag än väntat i samband med abortförfarandet.</p>
<p>Stålhandske, M L., Ekstrand, M., &amp; Tydén T.</p> <p>Women's existential experiences within</p>	<p>Att utforska svenska kvinnors erfarenheter av klinisk abortvård i förhållande till deras behov av existentiellt stöd.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvalitativ och kvantitativ  <b>Urval:</b> n= 24 kvinnor  <b>Datainsamling:</b> Halvstrukturerade fördjupningsintervjuer och ett frågeformulär</p>	<p>Även om kvinnorna hade liknande upplevelser av den abortvård som erbjöds, varierade de behov de uttryckte. Svensk abortvård beskrivs som rationell och neutral, med fysiska frågor som dominerar över existentiella. För vissa kvinnor utlöste de medicinska procedurerna existentiella upplevelser av liv, mening och moral. Medan vissa kvinnor avstod från någon form av existentiellt stöd, uttryckte andra ett behov av att reflektera över de existentiella aspekterna och / eller att förena sitt beslut känslomässigt.</p>

<p>Swedish abortion care.</p> <p><i>Journal of Psychosomatic Obstetrics &amp; Gynecology,(2011)</i></p> <p>Sverige</p>		<p><b>Analys:</b> Latent innehållsanalys  <b>Design:</b> Studien var explorativ och kvalitativ i design</p>	
<p>Stålhandske, ML., Makenzius, M., Tydén, T., &amp; Larsson, M.</p> <p>Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation.</p> <p><i>Journal of Psychosomatic Obstetrics &amp; Gynecology, (2012)</i></p> <p>Sverige</p>	<p>Att undersöka förekomsten av existentiella upplevelser och behov bland kvinnor som har genomgått inducerad abort.</p>	<p><b>Metod:</b> Kvantitativ  <b>Urval:</b> n= 499 kvinnor  <b>Datainsamling:</b> Enkäter  <b>Analys:</b> Beskrivande statistik  <b>Design:</b> Tvärsnittsstudie</p>	<p>Existentiella upplevelser och behov var vanliga. För 61% av kvinnorna var existentiella tankar om liv och död, mening och moral relaterade till abortupplevelsen. Nästan 50% av kvinnorna rapporterade behov av speciella handlingar i samband med aborten. 67% av kvinnorna tänkte på graviditeten i termer av ett barn. Resultatet visade också svårigheter att fatta abortbeslut och dåligt psykiskt välbefinnande efter aborten.</p>







**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00  
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00  
**E-post:** [info@mdh.se](mailto:info@mdh.se) **Webb:** [www.mdh.se](http://www.mdh.se)