



**LUNDS**  
UNIVERSITET

# Individens upplevelse av att genomgå en abort

Författare: Malin Almgren & Oline Nyström

Handledare: Jan-Åke Hansson

Kandidatuppsats

Hösten 2017

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

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

Box 157, 221 00 LUND

# Individens upplevelse av att genomgå en abort

Författare: Malin Almgren & Oline Nyström

Handledare: Jan-Åke Hansson

Kandidatuppsats

Hösten 2017

## Abstrakt

**Syfte:** Syftet med studien var att studera individens upplevelse av att genomgå en abort. I studien belyses de faktorer och aspekter som påverkar individen under abortprocessen.

**Metod:** Studien är en litteraturstudie med integrerad analys där 9 vetenskapliga artiklar ligger till grund för det framtagna resultatet. Samtliga artiklar som inkluderats i resultatet är kvalitetsgranskade.

**Resultat:** Det framtagna resultatet visar på en rad olika aspekter som påverkar individens upplevelse av att genomgå en abort. De huvudresultat som är framtagna är *bemötande, självbestämmande, miljö och information*. För både den abortsökande kvinnan och hennes eventuella partner är det bemötande man får en stor del av helhetsupplevelsen under abortprocessen. Självbestämmande är en annan viktig aspekt av helhetsupplevelsen. De män som varit delaktiga under abortprocessen värdesätter delaktighet till hög grad och aborter som avslutas i hemmet har fått dem att känna ett ökat ansvar och delaktighet.

Vårdpersonalens bemötande influerade helhetsupplevelsen till hög grad.

**Slutsats:** Individer som genomgått en abort har till hög grad en positiv upplevelse av mötet med vården vid abort. Det som värderas högt och påverkar upplevelsen som mest är vårdpersonalens bemötande.

## Nyckelord

Abort, upplevelse, individen, partner, bemötande

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

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

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning	
<b>Problemområde</b>	<b>4</b>
<i>Abort</i>	5
<i>Individens upplevelse av abort</i>	6
<i>Omvårdnadsteoretisk förankring</i>	7
<i>Omvårdnad</i>	7
<i>Lidande</i>	8
Definitioner	9
<b>Syfte</b>	<b>9</b>
<b>Metod</b>	<b>9</b>
<b>Urval</b>	<b>10</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>10</b>
<b>Dataanalys</b>	<b>11</b>
<b>Forskningsetiska avvägningar</b>	<b>12</b>
<b>Resultat</b>	<b>13</b>
<i>Bemötande</i>	13
<i>Självbestämmande</i>	14
<i>Miljö</i>	15
<i>Information</i>	17
<b>Diskussion av vald metod</b>	<b>17</b>
<b>Diskussion av framtaget resultat</b>	<b>20</b>
<i>Bemötande</i>	20
<i>Självbestämmande</i>	21
<i>Miljö</i>	22
<i>Information</i>	25
<b>Slutsats</b>	<b>26</b>
<b>Författarnas arbetsfördelning</b>	<b>26</b>
<b>Referenser</b>	<b>27</b>
<b>Bilaga</b>	<b>32</b>

# Introduktion

## Problemområde

Sveriges riksdag antog år 1974 abortlagen som ger kvinnor rätten att fram till 18 veckors graviditet själv ta ett beslut om abort (SFS 1974:595). Aborten är i Sverige en rättighet för varje kvinna, därmed skall hon även slippa varken förklara varför hon vill göra en abort, eller argumentera för att få den utförd (Wahlberg, 2004). Detta är en rättighet som vi i Sverige kan ta för givet, men så är långt ifrån fallet världen över. Både kulturella och religiösa aspekter sätter stopp för rätten till abort i många av världens länder, något som istället resulterar i stora mängder illegala aborter där kvinnor har livet som insats. Världshälsoorganisationen uppger att det utförs över 21.6 miljoner illegala aborter världen över varje år där risken för infektion är stor och ingreppen dyra (WHO, 2011). Varje år dör ca 47 000 kvinnor till följd av komplikationer efter illegala aborter. Detta utgör cirka 13% av den totala mödradödligheten i världen (WHO, 2011).

Vi i Sverige har mycket goda förutsättningar att bedriva en säker vård vid abort både ur ett medicinskt perspektiv och ett omvårdnadsperspektiv. Att utföra aborter har alltid väckt starka känslor hos samhället och mött motstånd. Religiösa, moraliska och etiska aspekter medför stort motstånd till aborter som är ett omdebatterat ämne (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010). Omvårdnaden är en viktig del för de kvinnor som genomgått en abort och speglar hur vården har upplevts i helhet. I en studie gjord av Stålhandske, Ekstrand & Tydén (2011) visade resultatet att faktorer såsom stöd och empati var viktiga delar i hur helheten kring den inducerade aborten upplevdes. Detta visar hur viktigt det är med en god kommunikation mellan patient och sjuksköterska, samt vikten av att som sjuksköterska vara lyhörd. Att söka för abort kan vara ett svårt steg att ta, då det kan vara ett beslut med blandade känslor (Stålhandske, Ekstrand & Tydén, 2011). Detta medför en ökad sårbarhet och det gäller för vårdgivaren att vara lyhörd och stöttande i sitt förhållningssätt. Då det är kvinnans eget beslut bör hon alltid få möjlighet att diskutera sitt beslut samt informeras om vad ingreppet innebär. Bemötandet av kvinnor såväl som män i en situation av en oönskad graviditet kräver en öppenhet för etiska dilemman och till synes paradoxala känslor (Gemzell-Danielsson, 2015). Då varje individ är unik krävs ett personligt bemötande från sjuksköterskan för att tillfredsställa den unika individens behov (Gemzelle-Danielsson, 2015).

## Bakgrund

### *Abort*

Ordet abort används i två sammanhang, spontan abort, som vanligen kallas missfall, och inducerad abort, som genom olika metoder innebär att avsluta en graviditet (Gemzell-Danielsson, 2016). Ordet abort kommer i denna studie innebära inducerad abort. Abortprocessen kommer i denna studie innefatta helheten, från det att man tar beslutet om att genomföra en abort, tills dess att individen upplever att processen är avslutad.

I Sverige utfördes år 2016 cirka 38 000 aborter på kvinnor i åldrarna 15-44 år, vilket är 20,8 st per 1000 kvinnor. Det är en ökning från 20,2 per 1000 från föregående år. Av dessa aborter görs cirka 94 procent innan gravidvecka 12 och 53 procent redan innan gravidvecka 7 (Socialstyrelsen, 2017). Av samtliga aborter som utförs i Sverige är ungefär 92 procent medicinska, en metod som infördes 1990. Från 2004 blev det även tillåtet med hemaborter, vilket numer utgör 71 procent av samtliga aborter innan graviditetsvecka 9 (ibid). Sedan början av 1990-talet har andelen medicinska aborter före graviditetsvecka 7 ökat markant. Förklaringen till detta är införandet av medicinska aborter och en mer utvecklad ultraljudsdiagnostik (ibid). Utav en fullgången graviditet på 40 veckor kan en abort utan godkännande från Socialstyrelsen göras fram till vecka 18. Om en graviditet önskas avbrytas efter vecka 18 ska det finnas särskilda skäl och tillstånd måste sökas hos Socialstyrelsen (SFS 1974:595). Beroende på hur långt graviditeten är gången när man väljer att avsluta den finns det olika metoder för abort, kirurgiska samt medicinska (Gemzell-Danielsson, 2016). Vid en abort före vecka 12 dominerar medicinska metoder helt, vilka är både enklare att genomföra och mer riskfria. Vid en medicinsk abort erhåller kvinnan ett preparat som framkallar ett missfall, det vill säga hämmar graviditetens fortskridande. Läkemedlet stimulerar sedan livmodern till sammandragningar som stöter ut fostret. En liten del, ca 1-3 procent av dessa aborter måste även kompletteras med vakuumaspiration för att bli fullständiga (ibid). Med vakuumaspiration menas att man med ett instrument via livmoderhalsen aspirerar rester. Vakuumaspiration är även den metod som tillämpas vid kirurgiska aborter. Ultraljudsdiagnostik används för att tidsbestämma graviditetslängden samt som en efterkontroll vid genomförd abort (ibid). Enligt abortlagen är det endast en person med erhållen läkarlegitimation som får avbryta en graviditet medicinsk såväl

som kirurgisk (SFS 1974:595). Hur olika sjukhus och vårdinstanser väljer att förhålla sig till att endast läkare tillåts genomföra den medicinska aborten kan skifta. I Region Skåne kan en graviditet avbrytas medicinskt av en barnmorska, med efterföljande ultraljudsdiagnostik (Region Skåne, 2016). Detta utesluter inte sjuksköterskan från processen då en stor del av arbetet kring aborten handlar om att tillgodose kvinnans fysiska, emotionella och existentiella välbefinnande och då sjuksköterskan möter individen både före, under och efter aborten är denne en del av helheten (Gemzell-Danielsson, 2016).

### *Individens upplevelse av abort*

Ett gott bemötande från vårdpersonal belyser Makenzius, Tydén, Darj & Larsson (2012a) som en del i helhetsupplevelsen av att genomgå en abort. Detta är övergripande för både kvinnor och män som kommit i kontakt med denna typ av vård. Ett beslut om abort väcker vanligen mycket tankar och känslor hos de berörda och konflikter av både existentiell, etisk och moralisk karaktär (Wahlberg, 2004). När en patient befinner sig i en situation de upplever svår förväntas de möta vårdpersonal som ser och förstår även den inre situationen, där exempelvis upplevelser av lidande är inkluderade (Arman, 2012). Att möta människor i olika delar och situationer av livet är en central del av sjuksköterskans arbete. Sjuksköterskans bemötande gentemot patienter har en betydande påverkan på människor, och är en stor del av en helhetsupplevelse (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005). Sjuksköterskan tar själv ansvar för sin attityd, och de eventuella reaktioner som kan medfölja denna attityd bör anpassas efter varje enskild situation (Kristoffersen et al., 2005).

Det finns ett behov av säkra aborter, och det är sjuksköterskans uppgift att finnas där för de individer som önskar en inducerad abort. Makenzius, Tydén, Darj & Larsson (2012a) belyser i sin studie gjord på både män och kvinnor att det finns ett missnöje med vården kring abortprocessen. De män som medverkade i studien lyfter det faktum att de inte kände sig fullständigt integrerade i abortprocessen, något en del kvinnor även belyste. Att visa empati och vara tillgänglig är två av de faktorer som värderas högt hos vårdpersonal (ibid). Detta styrker även Stålhandske, Ekstrand & Tydén (2011) i sin intervjustudie. En stor del av dessa kvinnor upplevde tillfredsställelse med omvårdnaden kring aborten. Existentiella frågor kring liv och död

upplevs vara något det finns ett behov av att samtala om. Enligt 6 § abortlagen har samtliga kvinnor som genomgår en inducerad abort rätt till stödsamtal med en kurator både innan och efter ingreppet (SFS 1974:595). Det är av stor vikt att samtliga kvinnor som genomgår en abort uppmärksammas och att eventuellt extra stöd erbjuds (Gemzell-Danielsson, 2016). Någon som kan hamna i skymundan under processen av att genomföra en abort är den eventuella partnern som har del i graviditeten. Papworth (2011) beskriver den kvinnocentrerade vården kring abort som en plats där en partner lätt kan bli förbisedd. Författaren belyser vidare att det är viktigt att försöka främja partners delaktighet i den mån den abortsökande kvinnan tycker känns lämpligt. Det framkommer även att kvinnor som har en partner genom hela abortprocessen kan uppleva ett bättre stöd och en känsla av att de ej går igenom processen själva (Papworth, 2011). Aborten är en kvinnas rättighet, men mannens känslor och upplevelser av processen är viktiga att ta hänsyn till, vilket i vården ibland kan vara bristande (Makenzius et al., 2012a). Sjuksköterskan arbetar under Hälso- och sjukvårdslagen, HSL som menar att det övergripande målet för sjuksköterskan är att främja hälsa på lika villkor hos patienten. Ett kontinuerligt arbete med patienter samt upprätthållandet av en god kontakt är essentiellt (SFS 1982:763). Sjuksköterskan ska i samtliga mellanmänniska möten med patienter visa respekt och vara lyhörd och arbeta för en god relation. Att främja hälsa och sociala behov hos samtliga patienter är av yttersta vikt (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). I förarbetet till abortlagen omnämns det att de som är engagerade i abortverksamhet bör ha en positiv syn på kvinnan och hennes rättigheter och arbeta för att hennes behov är tillfredsställda. En negativ attityd kan leda till både skuld- och skamkänslor, samt en stigmatisering (Gemzell-Danielsson, 2016).

### *Omvårdnadsteoretisk förankring*

#### *Omvårdnad*

Travelbees teori fokuserar på omvårdnadens mellanmänniska dimension. För att förstå vad omvårdnad är, och hur den bör vara, måste man också förstå vad som sker mellan patient och sjuksköterska vid ett möte. Teorin bygger på en existentialistisk åskådning, där människan definierar sig själv genom sina handlingar. Viktiga begrepp anses vara människan som domän, individ, mening, lidande, mänskliga relationer samt kommunikation (Kirkevold, 2000). Travelbee menar att människan är "en unik och oersättlig individ, lik men också olik varje annan person som någon gång har levat eller kommer att leva" (Kirkevold, 2000, s.131). Omvårdnaden

ska ske på individnivå. Förståelsen för vad en människa är spelar en viktig roll för vad hälsa och omvårdnad är, då den förståelsen ligger till grund för våra värderingar. Människan är unik och ska bemötas utifrån ett personcentrerat förhållningssätt efter sina förutsättningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Varje möte med en individ som väljer att genomgå en abort bör betraktas som unikt och dennes förutsättningar skall alltid ligga till grunden för omvårdnaden. Insatser för att främja individuell hälsa kan innebära att förebygga och motverka sjukdom, lidande och död - men det kan också vara insatser som riktas mot att stärka en persons resurser och förmågor samt att belysa mening i upplevelser (ibid).

Travelbee tar starkt avstånd från en generaliserande människosyn, då generaliserade synsätt suddar ut individuella egenskaper och bara framhäver de drag som är gemensamma (Travelbee, 2002). I abortverksamheten blir detta applicerbart då varje individ behöver bli bemött individuellt efter sina egna behov (Gemzell-Danielsson, 2016). Om samförstånd mellan patient och sjuksköterska uppnås kommer en känsla av förtroende för sjuksköterskan infinna sig hos patienten. Patienten kommer inse att sjuksköterskan är någon att lita på, att hen är intresserad av patienten och att sjuksköterskan vet hur hen ska ge adekvat vård (Travelbee, 1963). Genom känslan av det uppnådda förtroendet kommer patienten då också att erhålla betydande emotionellt stöd. Det patienten kommer att komma ihåg är hur sjuksköterskan relaterade till dennes situation - oavsett om sjuksköterskan är intresserad av patienten i sig. Sjuksköterskan kommer ständigt behöva ifrågasätta värdet av sina handlingar och sitt lärande, just för att fortsätta kunna förbättra sin färdighet (ibid).

### *Lidande*

Lidande anses vara en fundamental mänsklig erfarenhet och är en ofrånkomlig del av att vara människa (Travelbee, 2002). Samtidigt är lidande ett personligt fenomen och kan upplevas genom erfarenhet. Det är därför viktigare för sjuksköterskan att förhålla sig till individens upplevelse av lidande, än till sin egen eller annan vårdpersonal objektiva bedömning av vad lidande är (ibid). Stålhandske et al. (2011) menar att behovet av att samtala om existentiella frågor hos abortsökande kvinnor är stort, men att alla inte har det behovet. För varje individ innebär inte alltid en abort lidande, vilket gör att sjuksköterskan behöver anpassa sitt bemötande utifrån varje patient. Detta medför en utmaning för vårdgivaren där det är av yttersta vikt att vara



lyhörd för den enskilda individens behov. Existentiell filosofi handlar om människans existens, upplevelser, frihet, ansvar för sitt eget liv samt idén om att människan har möjlighet att skapa sitt eget liv och livsmening (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Upplevelsen av en icke önskad graviditet inkluderar ofta starka känslor, ibland relaterade till existentiella frågor. När en abortsökande individ bestämmer sig för en abort blir hen refererad till en medicinsk miljö, som övervägande fokuserar på den fysiska aspekten istället för den psykiska (Stålhandske et al., 2011).

## Definitioner

En *upplevelse* definieras som en känsla som är svår att analysera, den bygger på något vi har varit med om, där vi är med om något som direkt berörd part. Ofta på något anmärkningsvärt sätt, en negativ eller en positiv upplevelse (Nationalencyklopedin, u.å). Människan upplever företeelser på olika sätt och beror mycket på hur man tar in yttre information och bearbetar denna. Ett gott möte mellan patient och vårdpersonal spelar stor roll i all sjukvård. Relationen mellan patient och personal kan spela stor roll för individens upplevelse av vårdtillfället. Patientens beroendeställning gör personalens medmänsklighet extra viktig (Ottosson & Ottosson, 2007). Olika uppfattningar kan aktualiseras beroende på var i ett sjukdomsförlopp man befinner sig. En individ kan förklara sjukdom på olika sätt beroende på sin situation (Rydén & Stenström, 2015).

## Syfte

Syftet med studien är att beskriva individens upplevelse av att genomgå en abort.

## Metod

Studien ämnar beskriva individens upplevelser av abort inom sjukvården. Metoden är en icke systematisk litteraturstudie där avsikten är att sammanställa och analysera tidigare forskning inom området (Kristensson, 2014). En litteraturstudie innebär att vetenskaplig litteratur granskas kritiskt och sammanställs inom det valda problemområdet (ibid).

## Urval

Studien grundar sig på 9 utvalda vetenskapliga artiklar, funna från databaserna Cinahl och PubMed. I PubMed heter ämnesorden *MeSH-termer* och i *Cinahl headings*. Sökord som har använts är *abort\**, *women*, *experience*, *satisfaction*, *partner*, *men*. Exklusionskriterier för vetenskapliga artiklar är att artiklar är skrivna på andra språk än svenska och engelska, samt att artiklarna ej är äldre än 10 år (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2016). Endast artiklar som är publicerade i en vetenskaplig tidsskrift har inkluderats. Vid insamlingen av texter hittades även artiklar genom att studera referenslistorna i varje relevant artikel, detta medförde ytterligare en studie som svarade på syftet.

## Datainsamling

Insamlingen av artiklar har genomförts i databaserna PubMed och CINAHL då dessa är de två största databaserna med omvårdnadsvetenskapliga artiklar. I PubMed har sökningarna genomförts med tidigare nämnda MeSH-termer, där just dessa termer gav författarna ett bra sökresultat. I CINAHL har subject heading list använts för att få fram de rätta söktermerna. Artiklarna som framkom av sökresultaten blev relevanta för denna studie. Både kvalitativa samt kvantitativa studier har inkluderats. Artiklar som anträffats vid sökning i databaserna presenteras genom ett sökschema i tabellform nedan (Willman et al., 2016).

Sökning	Sökord	Träffar i PubMed	Lästa abstracts	Lästa fulltext	Granskade	Artiklar inkluderade i resultatet
#1	Abortion AND experience	3159	-	-	-	
#2	Women	859 356				
#3	Partner	66 114				
#4	Satisfaction	170 707				
#5	#1 AND #2	589				
#6	#1 AND #2 AND #4	37	5	2	2	2

#7	#1 AND #3	60	6	3	2	2
#8	#1 AND #3 AND #4	1	1	-	-	-

Sökning	Sökord	Träffar i <b>Cinahl</b>	Lästa abstracts	Lästa fulltext	Granskade	Artiklar inkludera de i resultatet
#1	Abortion AND experience	945				
#2	Women					
#3	Partner					
#4	Men					
#5	Satisfaction					
#6	#1 AND #2	526				
#7	#1 AND #2 AND #5	37	5	3	3	3
#8	#1 AND #2 AND #6 AND #7	3	1	1	1	1

## Dataanalys

För att kunna sammanställa funna resultat användes metoden integrerad analys. Den integrerade analysen skedde i tre steg (Kristensson, 2014). Vid första steget lästes de nio valda artiklar igenom för att identifiera övergripande likheter eller skillnader som svarade mot föreliggande litteraturstudies syfte. Senare kategoriserades de sammanfattande resultaten från artiklarna. Slutligen sammanställdes resultaten under de valda kategorierna. Kategorierna ligger till grund för valda rubriker och presenteras i resultatet

Kvalitetsgranskning av artiklarna har skett i flera steg. Första steget innebar genomläsning av abstrakts som valts baserade på relevans inom det valda studieområdet. I andra steget lästes dessa artiklar i fulltext för att sedan bedömas ytterligare baserat på relevans. I tredje steget skedde en kritisk granskning av de artiklar som bedömdes som relevanta från steg två. Granskning av artiklar på detta vis går ut på att bedöma artiklarnas kvalitet (Kristensson, 2014).

Kvalitetsgranskning av artiklarna skedde med hjälp av följande nämnda granskningsmallar från SBU. *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser* (SBU, 2014a) för kvalitativa studier och *Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier* (SBU, 2014b) för kvantitativa studier. Artiklarna poängsattes med hjälp av de använda granskningsmallarna där varje fråga motsvarade ett poäng vid ett jakande svar (Willman et al. 2006). Utifrån respektive granskningsmall togs en procentuell siffra fram för varje artikel. Författarna fastställde att artiklar med 50-70 procent ansågs vara av medelhög kvalitet och artiklar med 71-100 procent var av hög kvalitet. Endast artiklar som har genomgått granskning och bedömts vara av hög till medelhög kvalitet inkluderades i studien.

### **Forskningsetiska avvägningar**

Endast artiklar med ett godkännande från vederbörandes etiska råd har studerats. Vikt lades på att samtliga som deltagit i dessa studier gör det frivilligt och att autonomi och anonymitet har tillämpats. Ett tydligt syfte med studien där ett resultat kan gynna människan var viktigt. Detta i enlighet med Helsingforsdeklarationen, som är specifikt riktad mot medicinsk forskning som involverar människor (World Medical Association, 2013). Även vid en litteraturgranskning behöver ställning tas till om de studier som ska granskas är etiskt försvarbara eller inte (Kristensson, 2014). SFS:2003:460 lag om etikprövning av forskning som avser människor, har bland annat som utgångspunkt att 7 § *forskning får godkännas bara om den kan utföras med respekt för människovärdet* samt 9 § *forskning får godkännas bara om de risker som den kan medföra för forskningspersoners hälsa, säkerhet och personliga integritet uppvägs av dess vetenskapliga värde* (SFS:2003:460). Författarna till studien avser att värna om granskat materials vetenskapliga integritet och att inte lägga egna värderingar i resultatet. För studiens syfte är det viktigt att förhålla sig objektiv till vald litteratur samt att sträva efter att återge resultatet sanningsenligt.

## Resultat

Resultatet till denna litteraturstudie som utfördes med integrerad analys grundades på 9 stycken vetenskapliga artiklar som granskats och tematiseras. Resultatet utmynnade i fyra kategorier: *bemötande, självbestämmande, miljö* och *information*. Resultatet som tagits fram utifrån de olika studierna kommer samtliga fram till likande resultat där bemötandet från vårdpersonalen under abortprocessen påverkar deras upplevelse till hög grad.

### *Bemötande*

I en kvalitativ studie från USA av McLemore, Desai, Freedman, James och Taylor (2014) utfördes en tematisk analys där 5214 kvinnor som genomgått en abort intervjuades. Nära 70 procent av deltagarna upplevde att de var över förväntan nöjda med vården kring aborten. 26 procent upplevde att vården överensstämde med deras förväntningar och 3,4 procent upplevde processen under förväntan. Att bemötande i någon form påverkade kvinnorna belyses i studien som identifierar vårdpersonalens bemötande som ett huvudtema i helhetsupplevelsen. Tilles, Denny, Cansino och Creinin (2016) får i sin studie som fokuserade på kvinnor i USA som genomgått en kirurgisk abort liknande resultat. I enkätstudien som genomfördes på 210 kvinnor upplevdes tillfredsställelse med vården i 92 procent av fallen. Att bli väl bemött av vårdpersonal nämns som det som till största grad påverkade kvinnornas upplevelse (ibid).

I en kvalitativ intervjustudie av Altshuler, Ojanen-Goldsmith, Blumenthal och Freedman (2017) beskrivs de aspekter som som påverkar kvinnans upplevelse av att genomgå en abort till det positiva. I studien deltog 20 kvinnor från USA som genomgått en abort och genom intervjuer där kvinnorna fick svara på frågor gällande vad de värderade som viktiga aspekter under abortprocessen. Studien beskriver vårdpersonalens bemötande som en viktig komponent för att kvinnorna skulle känna sig respekterade för sitt beslut. Liknande resultat belyser Makenzius, Tydén, Darj och Larsson (2012b) som bland annat identifierar huvudtemat *beroende* gentemot vårdpersonal i sin kvalitativa intervjustudie där 24 kvinnor och 13 män från Sverige som genomgått en abort i hemmet deltog. En subkategori till *beroende* är empati och respekt där individerna i studien belyser bemötandet från vårdpersonalen där vänlig och respektfull

behandling på lika villkor sågs som essentiellt för både männen och kvinnorna. En av männen i studien kände att han inte fick svar på sina frågor, samtidigt som kvinnan i förhållandet kände att det bara fokuserade på henne och aldrig på "oss" (Makenzius et al., 2012b). Att möta personal som värnade om integritet och inte på något sätt var dömande i den abortsökande kvinnans situation belyser Altshuler et al. (2017), McLemore et al. (2014) samt Tilles et al. (2016) som en mycket stor del av en positiv upplevelse av processen. Altshuler et al. (2017) belyser vidare att de kvinnor som genomgår en abort värdesätter vårdgivarens lyhördhet oerhört. Stålhandske, Makenzius, Tydén och Larsson (2012) styrker detta i sin kvantitativa studie där existentiella upplevelser och behov hos 499 kvinnor som genomgått en abort undersöktes. Existentiella frågor och upplevelser var vanligt bland kvinnorna där frågor kring liv och död uppkom hos 61 procent av kvinnorna. I samma studie såg 67 procent av kvinnorna fostret som ett barn vilket också väckte mycket tankar och känslor. Vanliga känslor var sorg, ledsamhet och skuld men även ilska och en känsla av eget misslyckande förekom i samband med aborten och bemötande och samtalsstöd värderades högt av kvinnorna i studien (Stålhandske et al., 2012).

I en intervjustudie av Halldén och Christensson (2010) där 10 män i åldrarna 16-20 som haft en partner som genomgått en abort belyste männen sina upplevelser av processen. Halldén och Christensson (2010) menar att bemötandet från vårdpersonalen påverkade männens upplevelse och att känna sig sedd och som en del av processen tillsammans med partnern. Kero, Lalos och Wulff (2010) belyser helhetsupplevelsen av att genomföra en hemabort i sin studie genomförd på 23 par två veckor efter aborten. Av de som medverkade i studien upplevde en man att han kände sig förbisedd av vårdpersonalen och att bemötandet endast fokuserade på kvinnan.

### *Självbestämmande*

Oberoende hur aborten utförs, medicinskt, kirurgiskt, på klinik eller i hemmet, så vägs känslan av självbestämmande högt för både män och kvinnor (Altshuler et al., 2017; Kero et al., 2010; Makenzius et al., 2012; Tilles et al., 2016; McLemore et al., 2014). Altshuler et al. (2017) beskriver i sin studie att en del av kvinnorna som medverkade även värdesatte att själva få besluta hur medvetna de skulle vara under själva aborten. Att få välja att sövas värdesattes hos en del för att slippa de känslor de beförde skulle komma under själva ingreppet. Andra kände att de

ville vara alerta och medvetna om vad som hände. Detta ökade även deras känsla av självbestämmande samt att beslutet kring aborten var deras. Att ses som en självbestämmande individ tas fram som ett huvudtema i studien (ibid). *Autonomi* är ett av två huvudbegrepp i studien av Makenzius et al. (2012b). Med självbestämmande kommer också känslan av integritet och kontroll, både när det gäller om aborten skall genomföras, var och hur aborten skall utföras samt eventuell prevention av ny önskad graviditet (Makenzius et al., 2012b).

I en enkätstudie av Coyle och Rue (2015) genomförd i USA studerades 89 mäns upplevelser av att ha en partner som genomgått en abort. I studien framkommer det att en del män känner skuld och skam över aborten. En del män kände även att beslutet helt hade legat på kvinnan och att de själva hade exkluderats från beslutsprocessen fullständigt (Coyle & Rue, 2015). I en studie av Costescu och Lamont (2013) deltog 30 par som sökte för att genomföra en abort. Studien som genomfördes i Kanada belyser att kvinnorna i studien i hög grad konsulterade sin partner gällande beslutet, men att kvinnan ofta hade det avgörande bestämmandet. Makenzius et al. (2012b) belyser att beslutet att genomgå en abort fattades av kvinnan, men var samtidigt influerat av den manliga partnern och deras aktuella livssituation. Studien visade också att flertalet män är i hög grad involverade i proceduren kring abort och bör därför ses som individer som också har behov i samband med aborten (Makenzius et al., 2012b). I studien av Kero et al. (2010) upplevde 22 av 23 män att de hade varit delaktiga i beslutsfattandet vilket stämmer väl överens med hur deras partner hade svarat. Männerna kände sig mer delaktiga än de antogs vara ifall aborten hade ägt rum på ett sjukhus, vilket sågs som en positiv upplevelse (ibid).

### *Miljö*

Kvinnorna i studien av Altshuler et al. (2017) värderar högt att bli omhändertagna enskilt och att slippa väntrum och vilorum efter aborten som delades med andra kvinnor på abortkliniken. Detta för att slippa ta del av andras lidande, vilket en del upplevde som påfrestande för dem själva. McLemore et al. (2014) styrker detta i sin studie som belyser att mer privata och enskilda väntrum där man inte behöver sitta så tätt är att föredra. Att bli omhändertagen med diskretion upplevdes även viktigt för en del kvinnor. Altshuler et al. (2017) samt McLemore et al. (2014) får i sina respektive studier fram diskretion i vården som resultat av en positiv helhetsupplevelse

i vården. Att ha möjligheten att utföra den medicinska aborten i hemmet är något som värderas högt enligt Makenzius et al. (2012) som i sin studie finner att detta även ökar den eventuella partners delaktighet i processen och ses som en viktig komponent i bearbetningen av händelsen. Enligt Kero et al. (2010) upplevde de män som medverkade i studien en ökad delaktighet i abortprocessen än vad de trodde sig skulle ha haft på en klinik. Samtliga män som deltog i studien beskrev sitt engagemang dagen för aborten som det viktigaste. Att finnas till för kvinnan och att vara i närheten. Kero et al (2010) belyser vidare partners delaktighet som en viktig del i processen. I studien visade resultatet att de män som medverkade i studien upplevde att de fyllde en större funktion när de själva fick ansvara för det eventuella stöd dess partner behövde under dagen då aborten skulle genomföras (Kero et al., 2010). Detta styrker även Makenzius et al. (2012b) som menar att partners delaktighet upplevdes som ökad vid hemabort.

Att vara i en miljö där man känner sig trygg upplevs som en mycket positiv aspekt av att få göra aborten i hemmet (Makenzius et al., 2012). Makenzius et al. (2012) belyser vidare att kvinnorna och deras eventuella partner även upplevde större kontroll över situationen när de befann sig i hemmet, något som ökade tryggheten ytterligare. Detta styrks även av Altshuler et al. (2017), Tilles et al. (2016) som samtliga menar att den positiva effekten av att befinna sig i en miljö där man känner sig trygg är mycket stor. I både studien av McLemore et al. (2014) samt Tilles et al. (2016) belyser kvinnorna missnöje med att inte få ha med en vän, partner eller någon som stöttar kvinnan under själva aborten. Detta styrker Halldén och Christensson (2010) som menar att en negativ erfarenhet i abortprocessen var att inte få vara närvarande när kvinnan vaknade efter ingreppet, vilket medförde att männen kände sig förminskade av vårdpersonalen.

Att få en tid till aborten inom en rimlig tid ses enligt Tilles et al. (2016) som en viktig faktor. När beslutet om abort väl är fattat så anses väntan vara en period som endast påverka processen negativt. McLemore et al. (2014) styrker detta och menar att väntan i längre än sju dagar på att få en tid för abort kunde medföra ökad ångest och oro hos kvinnorna som beslutat sig för abort.



## *Information*

Makenzius et al. (2012b) tar upp vikten av ge paret rätt förutsättningar för att kunna genomgå abortprocessen i hemmet vilket inkluderar fullgod information kring proceduren. Information innan abortbeslutet är taget är även det något som värderas högt enligt Makenzius et al. (2012b) som belyser behovet av fullgott stöd i beslutsprocessen för de som önskar. Information kring aborten, hur man går tillväga, eventuella biverkningar och komplikationer till läkemedel och ingrepp samt råd kring preventivmedel anses vara en viktig del av abortprocessen och hur den upplevs (Stålhandske et al., 2012; Makenzius et al., 2012b; Tilles et al., 2016). I studien av Makenzius et al. (2012b) fick kvinnorna som skulle slutföra sin abort i hemmet ett nummer till vårdpersonal dit man kunde ringa om man hade frågor och funderingar, eller ifall något oväntat inträffade. Detta värderades mycket högt och ansågs som en extra trygghet. Halldén och Christensson (2010) belyser att männen i studien kände sig bortglömda och i vägen, då information om proceduren från vårdpersonal riktades enbart mot kvinnan. Partnern kände sig då exkluderad och kände att de inte kunde ställa frågor till vårdpersonalen. Känslan av hjälplöshet infann sig då hos partnern, som inte visste hur han kunde stötta sin partner under abortprocessen. Detta styrker Kero et al. (2010) som belyser att det fanns ett visst missnöje med informationen kring deras roll i processen, då vårdpersonalen enbart fokuserade på kvinnan.

Icke adekvat smärtlindring var en av de faktorer som stack ut i studien av McLemore et al. (2014) hos de kvinnor som upplevde abortprocessen som värre än väntat. I Studien av Tilles et al. (2016) upplevde en stor del av kvinnorna att de var nöjda med smärtlindring både under och efter aborten.

## Diskussion

### **Diskussion av vald metod**

En litteraturstudie ger översikt över kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterat område. Metoden innebär att ta reda på befintlig forskning för att få en uppfattning om vad som studeras. En litteraturstudie ansågs därför lämplig för författarnas avsikt med studien, vilket var att försöka ge en övergripande bild över hur situationen inom området ser ut idag (Friberg, 2017). En annan

fördel med studieformen är den översikt av ämnet den ger. Att resultatet som tagits fram i föreliggande studie är en sekundär sammanställning av studiers resultat kan ses som en nackdel då eventuell tolkning samt färgning av resultatet kan förekomma. Det faktum att det endast inkluderats nio stycken artiklar i föreliggande studie kan ses som en svaghet då detta är en liten del av alla de studier som finns. En fördel kan dock vara att de inkluderade studierna är utvalda för att passa föreliggande studie så bra som möjligt då författarna till studien har strävat efter att vara så selektiva som möjligt inom det valda problemområdet.

Artiklarna som användes är skrivna på engelska. Detta inklusionskriterium valdes eftersom det är det enda språk, förutom svenska, som författarna behärskar. Eventuella värdefulla artiklar skrivna på andra språk kan ha fallit bort på grund av detta. Författarna valde medvetet att inkludera artiklar från USA, Kanada, England och Sverige - då författarna gör ett antagande om att sjukvården i de tre engelskspråkiga länderna tillhör den västliga kultursfären och därför är likvärdig med sjukvården i Sverige. Detta gör det också överförbart att kunna använda i svensk hälso- och sjukvård. Artiklar äldre än 10 år exkluderades, då författarna var intresserade att i största möjliga mån försöka få den mest aktuella forskningen inom området.

Vid sökning efter artiklar använde sig författarna till stor del av fritexter, vilket enligt Kristensson (2014) ökar bredden på sökningen vilket kan ge fler artiklar. Studier som ännu inte blivit indexerade, i exempelvis PubMed, kunde vi fånga med hjälp av fritextord. En eventuell nackdel med denna typ av sökning är att artiklarna blir för generella för att passa studiens syfte (Kristensson, 2014).

I studien har 7 stycken kvalitativa samt 2 stycken kvantitativa studier inkluderats. Kvalitativa studier har i föreliggande arbete en fördel då kvalitativ forskning utgår ifrån att varje människa är unik. Verklighetsuppfattningen hos individen är individuell och formas genom dennes tolkningar (Kristensson, 2014). En nackdel med kvalitativ forskning är att det föreligger tolkningar av resultat som kan anses starkt subjektiva då de oftast grundar sig på enstaka individers åsikter eller upplevelser. Kvantitativ forskning söker en mätbar verklighet och strävar efter att vara objektiv vilket ses som en fördel. Kvantitativ forskning avser även att ge resultat som kan

generaliseras och vara överförbar på populationen den avser. En svaghet med kvantitativ forskning är att den har svårt att fånga djupet i mänskliga individuella upplevelser (ibid).

En del av studierna som inkluderats i resultatet är framtagna på en liten population vilket kanske ej ger resultatmättnad. I en studie inkluderades endast 10 män, detta är ett exempel på vad vi kan anse vara en liten population. Studier med relativt liten studiepopulation inkluderades ändå. Det är svårt att definiera resultatmättnad när det kommer till något så subjektivt som en upplevelse, då det är individen som står i fokus hellre än populationen. Då de studier som inkluderats med en betydligt större population ger likartade resultat kring upplevelsen som de med låg population har författarna inte sett detta som en nackdel. Två av studierna Kero et al. (2010) samt Makenzius et al. (2012b) fokuserar endast på upplevelser av att genomföra abort i hemmet, dessa har inkluderats då så stor andel av de medicinska aborterna som genomförs i Sverige faktiskt genomförs i hemmet (Socialstyrelsen, 2016).

Sökningarna som gjorts i databaserna PubMed och CINAHL resulterade i 9 stycken vetenskapliga artiklar. Det var något problematiskt att finna artiklar som svarade på syftet och inklusions samt exklusionskriterium. Detta resulterade i att författarna till föreliggande studie valde att granska referenslistor till de vetenskapliga artiklar man redan funnit. Vidare resulterade detta även i att fyra artiklar av medelhög kvalitet inkluderats. Dessa studier svarar på föreliggande studies syfte men uppnår inte hög kvalitet i enlighet med SBU (2014) granskningsmallar.

Trovärdigheten i föreliggande resultat kan anses förhållandevis starkt då både studier av kvalitativ samt kvantitativ metod har fått liknande resultat när det kommer till upplevelser kring att genomgå en abort. Att studera ett så pass komplext fenomen som en upplevelse är dock problematiskt då det är svårt att återge en känsla som en upplevelse medför.

## Diskussion av framtaget resultat

Syftet med föreliggande studie var att belysa individens upplevelse av att genomgå en abort. Resultatet som är baserat på nio vetenskapliga artiklar gav fyra stycken kategorier: *bemötande*, *självbestämmande*, *miljö* och *information*.

I mötet med vården är individen ofta i en utsatt beroendeposition. Genom abortprocessen kan detta vara ett dilemma. Sjuksköterskan bär ansvaret att möta alla individer med värdighet och respekt oavsett bakgrund. Var och en som arbetar inom hälso- och sjukvård har ett personligt och professionellt ansvar att bemöta patienter på ett sätt som ger dem lika möjligheter i mötet med vården (Socialstyrelsen, 2015).

### *Bemötande*

Att dagligen möta individer i vården är något samtliga sjuksköterskor gör. Individen skall bemötas med respekt och värdighet. Alla individer är unika och en del av dem kommer vara svåra att bemöta då deras värderingar går emot det sjuksköterskan själv tror på. Egna tankar, känslor och värderingar är något som inte får influera den vården vi bedriver (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Bemötandet den abortsökande kvinnan och en eventuell partner får kan bygga på vårdpersonalens attityd gentemot aborten. En rad olika aspekter tycks påverka vårdpersonalens attityd gentemot aborten (Gallagher Porock & Edgley, 2010; Lindström Wulff, Dahlgren & Lalos, 2011).

Stöttning och vägledning till att fatta ett beslut om abort värderas högt hos kvinnorna och där spelar sjuksköterskan en stor roll (Costecu & Lamont, 2013; Makenzius et al., 2012; Stålhandske et al., 2012). Hur sjuksköterskan hanterar processen beror mycket på egna erfarenheter hos sjuksköterskan, hur långt graviditeten är gången samt hur de kan distansera sig till känslorna den medför (Gallagher et al., 2010; Lindström et al., 2011). Att som individ själv veta att man tagit ett väl grundat beslut ses som en viktig aspekt för det psykiska välbefinnandet. Samtalsstöd i form av eventuell kuratorskontakt kan vara ett komplement till det stöd sjuksköterskan ger (Lindström et al. 2011). Sjuksköterskan ansvarar för kvinnans omvårdnad och ska finnas där för att få henne att känna sig väl omhändertagen och respekterad för sitt beslut. Bemötande och behandling ska ske utifrån aktuell sjukdom eller dess symtom, inte utifrån

vårdpersonalens föreställningar om kvinnans livsval eller identitet. Behandling som sker genom en personcentrerad vård där patienten är delaktig, ökar motivationen till att följa vårdens råd samt ger bättre behandlingsresultat. I sin tur spar det både lidande och pengar (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Vad som upplevs som en god vård för en enskild individ, kan skilja sig från vad andra värdesätter i samma situation. I en situation där man känner sig underlägsen medför det ett ökat behov av att mötas av respekt och vänlighet. Travelbee (2002) menar att det är sjuksköterskans uppgift att planera, styra och leda det mellanmänniska mötet med individen hen möter i vården. Detta skall genomföras på ett sätt så att sjuksköterskans och individens ändamål uppnås (ibid).

Ett gott bemötandet både före, under och efter aborten är något som värderas mycket högt (Altshuler et al., 2017; Kero et al., 2011; Makenzius et al., 2012b; McLemore et al., 2014; Tilles et al., 2016). Ett gott bemötande kan exempelvis vara lyhördhet, respektfullhet, att vara vänlig samt att inte på något sätt döma den abortsökande kvinnan och hennes eventuella partner för deras abortbeslut (Altshuler et al., 2017; Makenzius et al., 2012; Tilles et al., 2016). Makenzius et al. (2012a) styrker detta och menar att ett gott bemötande från vårdpersonal hänger till hög grad ihop med en positiv helhetsupplevelse av abortprocessen. Bemötandet från all vårdpersonal beskrivs i Altshuler et al. (2017), Kero et al. (2011), Makenzius et al. (2012b) McLemore et al. (2014), Tilles et al. (2016) som en viktig faktor för att minska känslor av skam kring aborten.

### *Självbestämmande*

I många studier upplevdes självbestämmande gå hand i hand med att bli bemött med respekt och värdighet (Altshuler et al., 2017; Kero et al., 2011; Makenzius et al., 2012a; Makenzius et al., 2012b; McLemore et al., 2014, Tilles et al., 2016). I Sverige har vi en abortlag som ger varje kvinna rätt att bestämma över sin egen kropp och därmed avslutandet av en graviditet om så önskas (SFS 1974:595). Detta är en rättighet som Lindström et al. (2011) belyser som något vårdpersonal är stolt över. I världen sker det upp till 21,6 miljoner illegala aborter som skördar upp till 47 000 kvinnoliv varje år (WHO, 2011). Vi i Sverige står på så sätt med rätt förutsättningar för att kunna bedriva en väl fungerande vård där samtliga individer bemöts med den respekt och värdighet de förtjänar. I förarbetet till den svenska abortlagen belyses det faktum

att de som är engagerade i abortverksamheten bör ha en positiv syn på kvinnan och hennes rättigheter. En negativ attityd kan leda till både skuld och skamkänslor, samt en stigmatisering (Gemzell-Danielsson, 2016).

Stålhandske et al. (2012) beskriver en rad olika känslor som kan uppkomma under en abort. Som sjuksköterska är det av stor vikt att vara väl införstådd med att ingen upplevelse är den andre lik och att särskilda behov kan uppkomma i samband med abortprocessen. Sjuksköterskans ansvar är att se till att individens behov tillfredsställs i den möjligaste mån. Stålhandske et al. (2011) belyser att för många sågs aborten som det förväntade valet och då upplevdes pressen att genomföra aborten högre. En del kvinnor upplevde att de hade velat bli ifrågasatta ifall abort verkligen var rätt beslut, men att det samtidigt inte är något vårdpersonal bör göra då det kan uppfattas som avsaknad av respekt för beslutet samt frånta kvinnan hennes autonomi (Stålhandske et al., 2011). Att känna att kvinnan och hennes eventuella partner är säkra på sitt beslut ses som essentiellt för både sjuksköterskan och barnmorskan i vården kring abort. Det betyder inte att de måste veta anledningen till varför en viss individ har beslutat sig för en abort, men att man som vårdpersonal känner att beslutet är väl grundat (Lindstöm et al. 2011; Gallagher et al. 2010).

Något som omnämns i studien av Coyle och Rue (2015) är det faktum att en del av de män som medverkade i studien beskrev känslor så som hjälplöshet och att det inte hade något att säga till om kring beslutet av abort. Detta skiljer sig från studien av Kero et al. (2011) där 22 av 23 män upplevde att beslutet kring abort var något man tagit tillsammans samt i studien av Costescu och Lamont (2013) som menade att männen i studien kände sig inkluderade i beslutet även om det till största del lades på kvinnan.

### *Miljö*

Att få genomföra aborten i hemmet värderades högt enligt Kero et al. (2011) samt Makenzius et al. (2012b). Detta kan hänga samman med en ökad känsla av trygghet och kontroll i hemmet. Det bjuder även in den eventuella partnern att vara en större del av processen. Att känna sig trygg i miljön där aborten genomförs värderas mycket högt (Altshuler et al., 2017; Kero et al., 2011;

McLemore et al., 2014; Makenzius et al., 2012b; Tilles et al., 2016). Lindström et al. (2011) belyser från vårdpersonalens perspektiv sina erfarenheter av hemaborter som något positivt och något de uppmuntrat till om kvinnorna känner sig trygga med det samt och det finns en trygghet i hemmet, eventuellt i form av en partner eller vän. När en abort genomförs i hemmet ligger ansvar på vårdpersonalen att försäkra sig om att individen känner sig trygg och att allt går bra vid aborttillfället (Gemzell-Danielsson, 2016).

Studien av Halldén och Christensson (2010) beskriver att männen som deltog i studien kände sig mindre delaktiga och förbisedda av vården. Detta kan kopplas samman med att studien gjordes på män som varit en del av en abortprocessen som skedde på sjukhus, där partnern inte fick ta lika stor del i processen. Även McLemore et al. (2014) och Tilles et al. (2016) belyser fenomenet och menar att det fanns ett missnöje med att inte låta en partner delta under själva aborten, något de upplevde skulle medföra en ökad trygghet. Detta styrker Papworth (2011) som menar att en ökad delaktighet hos partnern i abortprocessen kan skapa trygghet hos den abortsökande kvinnan.

Hur den kliniska miljön ser ut diskuteras i Altshuler et al. (2017), McLemore et al. (2014) samt Tilles et al. (2016) som samtliga belyser att det är en faktor som påverkar helhetsupplevelsen till mindre del. Att slippa dela väntrum med andra som gör abort är dock en aspekt som diskuteras lite närmare. Altshuler et al. (2017) får fram att det hos en del kvinnor kunde öka deras egna lidande att behöva se andra lida.

Altshuler et al. (2017) nämner i sin studie att en del av kvinnorna som medverkade i studien värdesatte att själva få besluta hur närvarande de skulle vara under själva aborten. Att få välja att sövas värdesattes hos en del för att slippa de känslor de beförde skulle komma under själva ingreppet. Yilmaz et al. (2010) beskriver i sin studie att det är högre risk för kvinnor som genomgår en kirurgisk abort att drabbas av depression. Resultatet visar att av 367 tillfrågade kvinnor var 34,3% i riskzonen att drabbas av depression efter en kirurgisk abort jämfört mot 22,8% vid en medicinsk abort. Medicinsk abort ökade istället risken för PTSD. Sex veckor efter genomförd abort blev 86 kvinnor tillfrågade om hur de mätte utifrån en enkät med PTSD-symtom. Av dessa 86 kvinnor visade 38 procent sig ha en ökad risk för PTSD och ångest

(Rousset, Brulfert, Séjourné, Goutaudier & Chabrol, 2011). Stålhandske et. al (2011) beskriver känslor hos kvinnan i själva stunden när kvinnan tar ett piller för att genomföra den medicinska aborten. Proceduren väcker många känslor och en kvinna beskrev att allt låg i hennes händer vilket medförde en känsla av att det inte fanns någon återvändo.

I en studie av Goodwin & Ogden (2007) fann författarna att kvinnor som inte mådde psykiskt dåligt efter abortprocessen också tenderade att se fostret mindre mänskligt, hade bra socialt stöd och upplevde aborten som en lättnad. Kvinnor som upplevde jobbiga känslor efter aborten visade sig istället se fostret som mänskligt, hade inte särskilt stort socialt stöd och en tro att samhället dömde dem. Studierna visar hur komplext en abort är och att det är av stor vikt att utveckla en form av emotionell support till kvinnan. Detta styrker Stålhandske et al. (2012) som menar att aborten hos en del individer medförde skuld-känslor gentemot fostret. Lindström et al. (2011) belyser lindrande av lidande, fysiskt såväl som psykiskt som en stor del av abortprocessen, vilket Gallagher et al. (2010) även styrker i sin studie. Detta är förenligt med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor som har lindrande av lidande som en av 4 ansvarsområden i sjuksköterskans yrke och kompetens (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Lidande är ett personligt fenomen och fås genom erfarenhet. Sjuksköterskan bör förhålla sig till individens upplevelse av lidande, inte till sin egen eller annan vårdpersonals diagnos eller objektiva bedömning. För varje individ innebär inte alltid en abort lidande, vilket gör att sjuksköterskan behöver anpassa sitt bemötande utifrån varje patient (Travelbee, 1963).

Något som uppmärksammades i studien av Coyle & Rue (2015) var religionens betydelse för männens synsätt i abortprocessen. Männen i studien använde sig frekvent av kristen terminologi för att kunna förklara sitt själsliga läkande. För att kunna respektera individens tro kan det förslagsvis vara bra att ge stöd i form av personal som praktiserar spirituella perspektiv, såsom en präst eller vårdpersonal som delar individens syn. Studien av Coyle och Rue (2015) är gjord i USA vilket kan medföra att det finns en annan syn på aborten än i exempelvis Sverige och att kulturella och religiösa aspekter kan ha större inverkan.



## *Information*

Altshuler et al. (2017), Makenzius et al. (2012b), Kero et al., (2010), McLemore et al. (2014), Halldén och Christensson (2010), samt Tilles et al. (2016) belyser samtliga att fullgod samt adekvat information kring abortprocessen är viktigt. Makenzius et al. (2012a) styrker detta och menar att adekvat information kring abortprocessen är en viktig faktor som bidrar till en positiv helhetsupplevelse. Informationen skall vara anpassad till mottagaren och där ligger ett stort ansvar på sjuksköterskan. Att kunna förmedla information på ett pedagogiskt och lättförståeligt sätt är av yttersta vikt (Kristoffersen et al., 2005). I de två studier som belyste upplevelser kring hemabort låg extra fokus på information då den ökade känslan av trygghet inför proceduren i hemmet (Makenzius et al., 2012b & Kero et al., 2010).

McLemore et al. (2014) belyser smärtlindring som en faktor som påverkade kvinnorna i studien till att uppleva abortprocessen som värre än väntat. Information kring ingreppet samt vilka typer av smärtor det kan medföra innan själva ingreppet är då av yttersta vikt för att förbereda kvinnorna. Information kan medföra att den abortsökande kvinnan är förberedd på vad som väntar, vilket kan resultera i en bättre upplevelse (Gemzell-Danielsson, 2016). I Studien av Tilles et al. (2016) upplevde en stor del av kvinnorna att de var nöjda med smärtlindring både under och efter aborten. Detta kan tala för att det finns skillnader i hur mycket information som ges, samt hur lyhörd vårdpersonalen är på kvinnans behov. Även Altshuler et al. (2017), McLemore et al. (2014) samt Tilles et al., (2016) belyser fysiska problem som illamående och smärta, fenomen som gör upplevelsen bättre om behovet av läkemedel tillgodoses. Varken smärtstillande eller prevention av illamående värderades dock inte så högt i någon av studierna. Detta styrker Tilles et al. (2016) som menar att bemötande från vårdpersonalen värderas högre än exempelvis smärtstillande hos individen.

Att möta individer som gör upprepade aborter diskuteras även i både Gallager et al. (2010) samt Lindstöm et al. (2011). Där upplevs ibland ett misslyckande med rådgivning kring preventivmedel, något som Makenzius et al. (2012b) belyser som en viktig faktor hos de individer som genomgår en abort. Här ligger ansvar på vårdpersonalen att framföra tydlig och konkret information kring preventivmedel (Gemzell-Danielsson, 2016).

## **Kliniska implikationer**

Svensk sjuksköterskeförening (2016) menar att vårdpersonal ska ha patientens hälsa som det främsta målet och att omvårdnaden då sker på individnivå. Människan ska betraktas som en fri individ och sjuksköterskans egna värderingar ska inte hindra vårdandet. Inom vården är detta av stor vikt, då varje människa är unik och kommer vilja bli bemötta olika. Förhoppningen ligger i att vårdpersonal kontinuerligt ifrågasätter sina attityder och sitt bemötande gentemot individer som söker abort.

## **Slutsats**

Varje individ som söker sig till vården är i en sårbar situation, vilket medför att vårdpersonalens bemötande behöver genomsyras av empati, respekt och värdighet. I Sverige har vi mycket goda förutsättningar att bedriva vård vid abort utifrån ett holistiskt perspektiv där hela individens hälsa är i fokus. Vården ska vara inkluderande och autonomi ska stå i fokus. Genom personcentrering kan sjuksköterskan få individen att känna sig sedd och förstådd. Då litteraturstudien syftar på att belysa individers upplevelse av ett specifikt fenomen är det viktigt att ha i åtanke att varje upplevelse är unik. Av studien framkommer att bemötandet från vårdpersonal i abortprocessen är essentiellt för individens helhetsupplevelse av vårdtillfället. Som blivande sjuksköterskor kan vi med hjälp av kunskap och förståelse reducera onödigt lidande hos individer som vill genomgå en abort. Under föreliggande arbete har författarna ålagt sig ny kunskap och förståelse kring individers upplevelse av att genomgå en abort.

## **Författarnas arbetsfördelning**

Arbetsfördelningen mellan författarna har under arbetets gång varit jämn. Sökningen i olika databaser gjordes var för sig, för att sedan tillsammans analysera artiklar som sedan användes i resultatet. Under arbetets gång fördes också en kontinuerlig diskussion för att kunna säkerställa arbetets fortskridning samt författarnas delaktighet. Tillsammans kom författarna fram till en slutsats och diskussion kring det valda ämnesområdet.

## Referenser

- 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.
- Arman, M. (2012). Lidande. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E., & Andersson, U.-B. (2010). *Obstetrik och gynekologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Costescu, D-J & Lamont, J-A. (2013). Understanding the Pregnancy Decision-Making Process Among Couples Seeking Induced Abortion. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada*, 10, 899-904
- Coyle, C. T., & Rue, V. M. (2015). A Thematic Analysis of Men's Experience With a Partner's Elective Abortion. *Counseling and Values*, 60, 138-150.
- Gallagher, K., Porock, D., & Edgley, A. (2010). The concept of 'nursing' in the abortion services. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 849-857.
- Gemzell-Danielsson, K. (2015). Abort och sterilisering. I Janson, P.O. & Landgren, B (red.), *Gynekologi*. (2. uppl., s.137-153). Lund: Studentlitteratur.
- Gemzell-Danielsson, K. (2016). Abortvård. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A. (red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (s. 169-184). Lund: Studentlitteratur.
- Goodwin, P., & Ogden, J. (2007). Women's reflections upon their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time. *Psychology and Health*, 22, 231-248.
- Halldén, B., & Christensson, K. (2010). Swedish young men's lived experiences of a girlfriend's early induced abortion. *International Journal of Men's Health*, 9, 126-143.
- Helkama, K., Myllyniemi, R. & Liebkind, K. (2000). *Socialpsykologi: en introduktion*. (1. uppl.) Malmö: Liber.

- Kero, A., Lalos, A., & Wulff, M. (2010). Home abortion: Experiences of male involvement. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15, 264–270.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (red.) (2005). *Grundläggande omvårdnad 1*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Lindström, M., Wulff, M., Dahlgren, L., & Lalos, A. (2011). Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 542-548.
- Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M (2012a). Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 17, 260-269.
- Makenzius, M., Tydén, t., Darj, E., Larsson, M. (2012b). Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 3, 569-579
- McLemore, M-R., Desai, S., Freedman, L., Angel James, E., Taylor, D. (2014). Women Know Best-Findings from a Thematic Analysis of 5,214 Surveys of Abortion Care Experience. *Women´s Health Issue*, 24, 594-599
- Nationalencyklopedin, *upplevelse*. Hämtad 13 mars, 2017 från <http://www.ne.se>
- Ottosson, H. & Ottosson, J. (2007). *Psykiatriboken*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Papworth, V. (2011). Abortion services: The need to include men in care provision. *Nursing Standard*, 25, 35–37.

Region Skåne. (2016). *Abort – legal*. Hämtad 22 november, 2017 från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/lokala-riktlinjer/kvinnosjukvard-sus/abort-legal.pdf>

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

Rydén, O. & Stenström, U. (2015). *Hälsopsykologi: psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. (4. uppl.) Stockholm: Sanoma utbildning

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 1974:595. *Abortlagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2015). *Att mötas i hälso- och sjukvård – Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*. Hämtad 4 december, 2017, från Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). Statistik om aborter 2016. Hämtad 13 mars, 2017 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20204/2016-5-20.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014a). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 26 mars, 2017 från [http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_kvalitativ\\_forskningsmetodik.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf)

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014b). *Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 26 mars, 2017 från [http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_randomiserade\\_studier.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_randomiserade_studier.pdf)

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2017). *Litteratursökning*. Hämtad 4 december, 2017, från [http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok\\_kapitel04.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel04.pdf)

Stålhandske, M. L., Makenzius, M., Tydén, T., & Larsson, M. (2012). Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 33(2), 53-61.

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

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 21 november, 2017, från Svensk sjuksköterskeförening: [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad\\_reviderad\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 13 mars, 2017 från [http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Tilles, C., Denny, A., Cansino, C., & Creinin, M-D. (2016). Factors influencing women's satisfaction with surgical abortion. *Contraception*, 93, 164-169

Travelbee, J. (1963). What do we mean by rapport?. *The American journal of nursing*, 70-72.

Travelbee, J. (2002). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. (2. utg.) Köpenhamn: Munksgaard.

Wahlberg, V. (2004). Abortsituationen i Sverige. I Wahlberg, V. (red.), *Minnen efter abort: vad unga flickor och pojkar berättat*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., Bahtsevani, C. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2011). *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Hämtad 13 mars, 2017 från [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf)

World Medical Association. (2013). *World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 13 mars, 2017 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.

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

## Bilaga

Artikel, författare och årtal	Syfte	Metod, design och deltagare	Resultat	Kvalitet
<p>Altshuler, Ojanen-Goldsmith, Blumenthal, &amp; Freedman (2017).</p> <p>A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care.</p> <p>USA</p>	<p>Att undersöka kvinnors upplevelser av att genomgå en abort samt vilka faktorer som påverkade helhetsupplevelsen. Man studerade resultatet i förhållande till faktorer som upplevdes viktiga under en förlossning.</p>	<p>En kvalitativ intervjustudie där 20 kvinnor som genomgått en eller flera aborter deltog</p>	<p>Baserat på intervjuerna framkom 3 teman. <i>Moralisk beslutsfattare, närvaro &amp; diskretion</i>. Stigma kring abort togs upp som något som</p>	<p>Hög</p>



<p>Costescu, &amp; Lamont, (2013).</p> <p>Understanding the Pregnancy Decision-Making Process Among Couples Seeking Induced Abortion</p> <p>Kanada</p>	<p>Syftet med studien är en ökad förståelse i hur par resonerar kring och kommer fram till beslutet att genomföra en abort samt att undersöka hur delaktiga de är i beslutsfattandet.</p>	<p>En enkätstudie som bygger på frågeformulär de olika paren har fått svara på individuellt. 30 st par som bestämt sig för att göra en abort har medverkat i studien.</p>	<p>Hälften av kvinnorna hade redan innan de berättat för sin partner om graviditeten bestämt sig för att genomföra aborten. Resterande vände sig till sin partner för stöd i beslutsprocessen. En stor del (84%) var nöjda med den diskussion de haft med sin partner kring graviditeten och aborten, men en del kände att frågan kunde ha diskuterats vidare. Två tredjedelar av deltagarna ansåg att de hade tagit beslutet tillsammans medan en fjärdedel ansåg att det hade varit helt kvinnans beslut.</p>	<p>Medelhög</p>
--	---	---	---	-----------------

<p>Coyle &amp; Rue, (2015).</p> <p>A Thematic Analysis of Men's Experience With a Partner's Elective Abortion.</p> <p>USA</p>	<p>Att undersöka mäns erfarenhet av en partners abort.</p>	<p>En kvalitativ enkätstudie via internet där 89 män i åldrarna 18-64 år svarade.</p>	<p>Tre teman kom fram efter analys av enkäterna. <i>Förlust och sorg, hjälplöshet/offrande</i> samt <i>spirituell healing</i>. Flera män kände en sorg över att förlora ett barn och kände sig samtidigt sviken av sin partner. Trots deras känsla av hjälplöshet försökte männen stötta sin partner. Oron för partnern var även tydlig hos dem som var emot aborten.</p>	<p>Medelhög</p>
---	--	---	---	-----------------

<p>Hallden, &amp; Christensson, (2010).</p> <p>Swedish young men's lived experiences of a girlfriend's early induced abortion.</p> <p>Sverige</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka unga mäns upplevelse av deltagandet i abortprocessen.</p>	<p>En kvalitativ intervjustudie där 10 stycken deltagare blev intervjuade om deras upplevelser. Männerna var i åldrarna 16-20 år när deras flickvän hade genomgått aborten.</p>	<p>Hjälplöshet var en övergripande känsla hos deltagarna under medicinsk abort, dels för deras egna reaktioner och dels för flickvännens smärta. Vissa av männen nekades av vårdpersonalen att vara med sin flickvän under processen, vilket upplevdes som en negativ erfarenhet. Studien visar att det finns ett behov av att hjälpa unga män vid abortprocessen, men också med aborten i sig.</p>	<p>Medelhög</p>
<p>Kero, Lalos, &amp; Wulff, (2010).</p> <p>Home abortion: Experiences of male involvement.</p> <p>Sverige</p>	<p>Syftet med studien är att belysa mäns upplevelser av att vara en del av processen av en abort i hemmet.</p>	<p>En kvalitativ intervjustudie som bygger på intervjuer av 23 st par där kvinnan i förhållandet genomförde en abort i hemmet. Studien har en kvalitativ ansats och intervjuerna hölls 2-3 veckor efter aborten.</p>	<p>Samtliga män som medverkade i studien stöttade sin partner i beslutet om en abort. De upplevde att hemmiljön var trygg samt att de fick utrymme att ta hand om sin partner under processen. Många upplevde att det gick lättare än förväntat och en återkommande känsla hos männen var lättnad</p>	<p>Medelhög</p>

<p>Makenzius, Tydén, Darj, &amp; Larsson, (2012).</p> <p>Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention</p> <p>Sverige</p>	<p>Syftet med studien är att undersöka män och kvinnors upplevelse av att avsluta sin abort i hemmet</p>	<p>En kvalitativ intervjustudie som innefattande 24 st kvinnor och 13 st män som hade erfarenheter av abort i hemmet.</p>	<p>Två huvudteman identifierades i studien. <i>Autonomi och beroendeställning</i>. Hemaborter tenderade en ökad känsla av autonomi. Studien visar även att deltagarna i studien vill bli bemötta med respekt och empati, samt få adekvat information för att kunna genomföra hemaborten (Beroendeställning)</p>	<p>Hög</p>
<p>McLemore, Desai, Freedman, Angel James, &amp; Taylor, (2014).</p> <p>Women Know Best - Findings from a Thematic Analysis of 5,214 Surveys of Abortion Care Experience.</p> <p>USA</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka vilka upplevelser kvinnor hade av att genomgå en abort, samt vilka aspekter som upplevdes som viktiga för att få en positiv upplevelse</p>	<p>En kvalitativ studie där svarsblanketter från 5214 kvinnor som genomgått en abort inkluderades. Studien innehöll både kryssfrågor och öppna frågor. Av de som svarade på frågorna inkluderades endast de som besvarat de öppna frågorna (5215 av totalt 9087)</p>	<p>Fem huvudteman framtofs i studien. <i>Skuld och stigma, smärt och symptomlindring, bemötande, miljön på kliniken</i> samt <i>tidsperspektiv</i>. En stor del av kvinnorna som inkluderades i studien var över förväntan nöjda med hela abortupplevelsen (3600st). Andelen som upplevde aborten värre än förväntat var markant mindre (136st)</p>	<p>hög</p>

<p>Stålhandske, Makenzius, Tydén, &amp; Larsson, (2012).</p> <p>Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation.</p> <p>Sverige</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka vilka typer och existentiella frågor och tankar som uppkom i samband med en abort.</p>	<p>En kvantitativ tvärsnittsstudie där 499 kvinnor från både landsbygd och städer som valt att genomgå en abort deltog. Samtliga kvinnor fick fylla i frågeformulär med både flersvarsalternativ samt öppna frågor.</p>	<p>Existentiella frågor var vanligt i samband med Aborten. 67% av kvinnorna i studien såg exempelvis fostret som ett barn. En del kvinnor kände skuld, skam och sorg i samband med beslutet och aborten. Det var inte ovanligt med starka uttryck så som "detta var det svåraste beslutet jag någonsin tagit".</p>	
<p>Tilles, Denny, Cansino, &amp; Creinin, (2016).</p> <p>Factors influencing women's satisfaction with surgical abortion</p> <p>USA</p>	<p>Studiens syfte var att belysa vilka aspekter av genomförandet av en kirurgisk abort i första trimestern som upplevdes som viktiga, samt hur nöjda kvinnor är med genomförandet i helhet.</p>	<p>I en kvantitativ enkätstudie efter en abort fick 210 kvinnor från 6 olika kliniker i norra Kalifornien skatta sitt omdöme av genomförandet med olika skalor, samt beskriva vilka aspekter och faktorer som upplevdes viktiga.</p>	<p>Studien visade på ett mycket gott resultat där endast 2% eller mindre var neutrala eller missnöjda med vården relaterat till aborten. De tre viktigaste aspekterna som framgick var: <i>Att få tid till ingrepp inom resonabel tid, att bli väl omhändertagen och väl bemött av vårdpersonal, samt fullgod information.</i></p>	<p>Hög</p>