

Sammanfattning

Titel: Kvinnors upplevelser av att genomgå inducerad abort

Författare: Josefine Fransson & Christina George

Institution: Institutionen för Hälsa och Lärande, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i Reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa, RP720A, 15 högskolepoäng

Handledare: Stina Thorstensson

Sidor: 25

Månad och år: Augusti, 2019

Nyckelord: abort, inducerad, upplevelser, kvinnor, vårdpersonal, barnmorska

Bakgrund: Kvinnor har genomgått inducerad abort i alla tider över hela världen. Säkra aborter räddar liv och är en viktig del av den reproduktiva och sexuella hälsan. Trots att abortlagstiftningen i Sverige har blivit liberal med tiden finns det fortfarande attityder gentemot inducerad abort som gör det till ett tabubelagt och kontroversiellt ämne, både i Sverige och internationellt. **Syfte:** Att belysa svensktalande kvinnors upplevelser av att genomgå inducerad abort. **Metod:** En kvalitativ bloggstudie med induktiv ansats och analys av narratives. Nio bloggar med totalt 12 inlägg och 31 kommentarer inkluderades i studien. **Resultat:** Upplevelserna var varierande och resulterade i tre huvudteman; *den emotionella aborten*, *den fysiska aborten* samt *stöd och bemötande*. Dessa teman fick totalt sju subteman. **Konklusion:** Det finns en stor variation i kvinnors upplevelser av inducerad abort. Kvinnorna upplever känslor som sorg och skam samt lättnad och glädje. De beskriver såväl smärta som smärtfrihet och komplikationer såväl som komplikationsfrihet. De upplever att de får ett gott stöd och bemötande från både vårdpersonal och anhöriga samt brist på såväl information som stöd från vårdpersonal och anhöriga.

Abstract

Title: Women's experiences of undergoing induced abortion

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Midwifery, 15 ECTS

Author: Josefine Fransson & Christina George

Supervisor: Stina Thorstensson

Pages: 25

Month and year: August, 2019

Keywords: abortion, induced, experiences, women, healthcare professionals, midwife

Background:

Women have undergone induced abortion at all times throughout the world. Safe abortions save lives and are an important part of reproductive and sexual health. Although abortion legislation in Sweden has become liberal over time, there are still attitudes towards induced abortion that make it a taboo and controversial topic, both in Sweden and internationally. **Purpose:** To highlight swedishspeaking women's experiences of undergoing induced abortion. **Method:** A qualitative blog research with inductive approach and analysis of narratives. Nine blogs with a total of 12 posts and 31 comments were included in the study. **Results:** The experiences were varied and resulted in three main themes; *the emotional abortion, the physical abortion, and support and treatment*. These themes led to a total of seven sub-themes. **Conclusion:** There is a large variation in women's experiences of induced abortion. The women experience feelings such as grief and shame, as well as relief and joy. They describe pain as well as pain relief and complications as well as freedom of complication. They find that they receive good support and treatment from both healthcare professionals and relatives as well as lack of information and support from healthcare staff and relatives.

Förord

Ett särskilt tack till studenterna i handledningsgruppen samt handledaren Stina Thorstensson som stöttat och handlett uppsatsen till det bättre. Ett tack riktas även till Rhodos som bjöd på god mat, fint väder och inspiration till att skriva klart studiens resultat.

Definitioner och terminologi

<i>Akrani</i>	<i>En medfödd fosterskada då fostret saknar skallben.</i>
<i>Anamnes</i>	<i>Sjukdomshistoria</i>
<i>Antikonception</i>	<i>Metoder för att förebygga/förhindra en graviditet</i>
<i>Blogg</i>	<i>En personlig dagbok på webben</i>
<i>Eugenisk</i>	<i>Rashygienisk</i>
<i>Googla</i>	<i>Söka information på nätet via sökmotorn Google</i>
<i>Hysterektomi</i>	<i>Operation då livmodern tas bort</i>
<i>Trisomi 18</i>	<i>Kromosomavvikelse som ger flera missbildningar och ofta leder till missfall eller för tidig död under spädbarnstiden</i>

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Sexuell och reproduktiv hälsa.....	1
Inducerad abort	1
Abort i Sverige ur ett historiskt perspektiv	2
Abortlagstiftning i Sverige idag	3
Olika metoder vid genomförandet av inducerad abort	3
Barnmorskans roll inom abortvården	4
Stöd	4
Attityder till inducerad abort	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE.....	6
METOD.....	7
Val av metod.....	7
Miljö	7
Urval	7
Inklusionskriterier	7
Exklusionskriterier	7
Datainsamling	8
Analys	8
Etiska övervägande.....	9
Förförståelse	10
RESULTAT	11
Den emotionella aborten.....	11
Abortbeslutet - det bästa och ångestskapande beslutet	11
Sorg och skam eller lättnad och glädje	12
Den fysiska aborten	13
Fruktansvärda smärtor och piece of cake.....	13
Återställd dagen efter och blödningar i två år.....	13
Stöd och bemötande.....	14

Tillräcklig och bristfällig information.....	14
Vården skuldbelägger och stöttar.....	15
Anhöriga – ensamhet och trygghet	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion.....	17
Konklusion.....	20
Förslag på klinisk tillämpning	20
Förslag på fortsatt forskning	21
REFERENSLISTA.....	22

INLEDNING

Kvinnor har i alla tider genomgått försök till och/eller fullbordade inducerade aborter och än idag finns det kvinnor i världen som dör till följd av sina osäkra abortförsök. Rätten till att själv bestämma när, om och hur ofta en person vill reproducera sig är en viktig del av den reproduktiva hälsan och i det ingår såväl antikonception som säkra aborter. Det är, trots detta, fortfarande ett kontroversiellt ämne vars lagstiftning har kommit att ifrågasättas de senaste åren även i Sverige p.g.a. fall som lett till massmedial uppmärksamhet. Därmed har ämnet inducerad abort blivit desto mer aktuellt och intressant. Genom att via bloggar undersöka svensktalande kvinnors upplevelser av inducerad abort lyfts ämnet för att minska tabubeläggningen kring det. Förhoppningen är att studiens resultat dessutom kan öka acceptansen för dessa kvinnor och deras val samt implementeras i vården för en förbättrad abortvård.

BAKGRUND

Sexuell och reproduktiv hälsa

Reproduktiv hälsa innebär ett fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande vad gäller alla områden relaterade till det mänskliga reproduktionssystemet såsom rätten att ha ett tillfredsställande och säkert sexliv med möjligheten att reproducera sig om, när och hur ofta individen önskar (WHO, 2004). För att uppnå god reproduktiv hälsa behövs kunskap om och tillgång till smittskydd, födelsekontroll samt trygga förhållanden under graviditet och förlossning (Barnmorskeförbundet, 2015).

Sexuell hälsa innebär möjligheter till att ha ett tillfredsställande och säkert sexliv fritt från tvång, diskriminering och våld (WHO, 2004). För att sexuell hälsa ska uppnås krävs en positiv samt respektfylld inställning till sexuella förhållanden och sexualiteten (Häggström-Nordin, 2016). Sexuell och reproduktiv hälsa är en förutsättning för människans välbefinnande, jämställdhet och hälsa. När någon av dem brister har det en kraftig påverkan på individen och samhällen i världen. För att undvika detta behövs rätten till att få fatta egna beslut om sin kropp och att ha tillgång till hälso- och sjukvård. En av de grundläggande insatserna för sexuell och reproduktiv hälsa är att erbjuda säker abortvård och kunna ge kvinnor behandling vid komplikationer efter osäkra aborter (Folkhälsomyndigheten, 2018). Kvinnor världen över dör varje dag p.g.a. att de inte har tillgång till exempelvis mödravård, preventivmedel eller abort. Det är därför nödvändigt för människors överlevnad att sträva efter att upprätthålla sexuell och reproduktiv hälsa (WHO, 2018).

Inducerad abort

Abort kommer från det latinska ordet abortus som betyder "komma/födas för tidigt" och syftar till ett avbrytande av en graviditet. Detta innefattar både spontan abort, även kallat missfall och inducerad abort, det vill säga framkallad abort (Nationalencyklopedin, u.å).

Årligen sker 25 miljoner osäkra aborter i världen med riskfyllda och ofta illegala metoder, vilket utgör drygt hälften av alla aborter som utförs årligen i världen (Folkhälsomyndigheten, 2018). År 2012 dog ungefär 47 000 kvinnor och ytterligare 5 miljoner kvinnor fick komplikationer till följd av osäkra abortförsök världen över (WHO, 2012). Ungefär 13 % av den totala mödradödligheten är dödsfall relaterade till osäkra abortförsök och många kvinnor drabbas av både övergående och kroniska komplikationer som bland annat kroniska smärtor, infektioner eller infertilitet. En restriktiv abortlagstiftning minskar heller inte antalet utförda aborter,

tvärtom så ses en lägre abortfrekvens i de länder som har en liberal abortlagstiftning (Sedgh et al., 2012).

Genomförandet av abort är ofta väl övervägt av kvinnan där beslutet baseras på kvinnans egen vilja, men kan ibland påverkas av andra (Makenzius, Tyén, Darj & Larsson, 2013). I de fall då kvinnan har en partner är dennes åsikt viktig för kvinnans beslut (Makenzius et al., 2013; Makenzius, Tyén, Darj & Larsson, 2012). Det finns olika anledningar till att kvinnor utför abort t.ex. att graviditeten inte är planerad eller att det inte passar livssituationen. Det kan även bero på ofullständig utbildning, arbetslöshet, dålig privatekonomi och oro för parets förhållande. Andra orsaker till abort är även hälsoproblem och funktionsnedsättningar inom familjen (Makenzius et al., 2013).

När en kvinna i Sverige har beslutat sig för att utföra en abort ska hon erhålla information kring abortmetoder, rätten till kuratorskontakt, hur behandlingen går till, blödningsmängd och blödningstid, biverkningar och vilka symtom hon ska vara observant på. Partner eller närstående uppmuntras att vara närvarande. Rådgivning och förskrivning av preventivmedel ska också ingå i besöket och föregås av anamnes, gynekologisk undersökning inklusive infektionsscreening och en ultraljudsdatering av graviditeten (Gemzell Danielsson, 2015). Tidsbestämning av graviditeten är viktigt för att veta vilken metod som är mest lämplig för kvinnan (WHO, 2012). Efter utförd abort ska kvinnan erbjudas ett återbesök ca 1-3 veckor efter behandlingen, främst för att konstatera att abortbehandlingen har uppnått en avslutad graviditet (Gemzell Danielsson, 2015).

Abort i Sverige ur ett historiskt perspektiv

Det har innan den nuvarande lagstiftningen varit både straffbart och riskabelt för kvinnan att genomgå en abort. Detta trots att aborter och försök till aborter har gjorts av kvinnor i alla tider (Lennerhed, 2008). Det var först år 1864 som dödsstraff för barnamord och fosterfördrivning togs bort och ändringar i abortlagen dröjde till år 1938. Då blev abort tillåtet med medicinska, humanitära och eugeniska indikationer men krävde då två läkarintyg eller tillstånd från dåvarande medicinalstyrelsen, dagens Socialstyrelse. Om aborten utfördes av eugeniska skäl var kvinnan dessutom tvungen att genomgå sterilisering. Utöver dessa undantag var abort fortfarande brottsligt (Gemzell Danielsson, 2015). Under mitten av 1960-talet sökte kvinnorna för sin oönskade graviditet runt graviditetsvecka 10 och det tog i genomsnitt 25 dagar från kvinnans första kontakt till att erhålla Medicinalstyrelsens beslut, vilket resulterade i att genomsnittslängden på en graviditet vid legal abort var 17 veckor. Detta ledde i sin tur till att när kvinnan väl hade fått sitt medgivande från Medicinalstyrelsen var det svårt för henne att hitta en gynekolog som var villig att utföra aborten då den gått så långt (Gemzell Danielsson, 2016). År 1965 tillsattes en abortkommitté vars uppgift var att utforma ett förslag till den nuvarande abortlagen som infördes 1974. Detta på grund av att en stor del av kvinnohälsovårdens resurser gick till komplikationer av osäkra aborter (Gemzell Danielsson, 2015).

Utöver risken att straffas för sin utförda illegala abort har olika abortmetoder genom tiderna inneburit olika risker för kvinnornas hälsa och liv. Försöken har varit allt ifrån harmlösa metoder såsom att lyfta tungt, springa, hoppa, åka i skakiga vagnar, tryckt/masserat buken och bada varmt. Mer invasiva metoder de kunde använda sig av var att med inoljad hand dra ut fostret via livmoderhalsen med ett finger, inta gifter/örter både oralt och vaginalt, föra in en kateter eller så kallad "livmoderspruta" in i livmodern med metallspets för att skada fostret eller framkalla sammandragningar samt kirurgisk abort. Dessa försök gjorde kvinnorna både själva

och med hjälp av så kallade abortörer (Lennerhed, 2008). En av de mest kända och använda örterna som användes i abortsyfte var sävenbom, som fanns beskrivet redan under antiken och i svenska örtmedicinska böcker under 1500-talet. Det var så pass känt och kontroversiellt att man under 1790-talet ryckte upp alla sävenbombsbuskar i Tiergarten i Berlin och ungefär samtidigt så förbjöds odling och försäljning av dem i Österrike. På samma sätt förbjöds fosfortändsstickor 1901 i Sverige. Arsenik som tidigare användes som abortmetod ersattes av fosfor i slutet av 1800-talet och orsakade många dödsfall hos de som försökte framkalla abort genom intag av det (Lennerhed, 2008). Vakuumaspirationstekniken som används idag vid kirurgisk abort kom till Sverige först i mitten av 1960-talet, innan dess användes skrapning av livmodern med skarp curette (Gemzell Danielsson, 2016), en metod som WHO idag avråder från (2012). Vakuumaspiration innebär att en vakuumsug förs in i livmodern och suger ut embryot och moderkakan (RFSU, u.å).

Abortlagstiftning i Sverige idag

Abortlagen ger den gravida kvinnan rätt till att avbryta sin graviditet fram till vecka 18+0 utan att uppge skäl och om det inte antas kunna vara en fara för kvinnans liv eller hälsa p.g.a. sjukdom. Efter vecka 18+0 måste tillstånd sökas från Socialstyrelsen (SFS 1974:595). Socialstyrelsen ger tillstånd för aborter efter graviditetsvecka 18 om synnerliga skäl föreligger men får inte ge ut tillstånd om fostret antas vara livsdugligt utanför livmodern (Socialstyrelsen, u.å.). Idag är den gränsen graviditetsvecka 21+6 men gäller inte då fostret har t.ex. trisomi 18 eller akrani som inte anses vara livsdugligt. Det gäller heller inte om fullgången graviditet innebär en allvarlig fara för moderns hälsa eller liv, då får graviditeten avbrytas oavsett hur långt graviditeten har framskridit (SFS 1974:595; Gemzell Danielsson, 2016). Både innan och efter kvinnan genomgår en abort ska hon enligt lag erbjudas stödsamtal. Endast behöriga att utöva läkaryrket får utföra abort (SFS 1974:595). Vid medicinsk abort ska läkaren ordinera läkemedlet och barnmorskan kan administrera det till patienten (Socialstyrelsen, 2018). Abort får enbart utföras på allmänt sjukhus eller på en annan sjukvårdsinrättning som inspektion för vård och omsorg har godkänt (SFS 1974:595).

Olika metoder vid genomförandet av inducerad abort

Det finns två säkra abortmetoder; dessa är medicinsk abort samt kirurgisk abort. Den medicinska aborten innebär att man avbryter graviditeten med läkemedelsbehandling och den kirurgiska innebär att man instrumentellt utrymmer livmodern (SOSFS 2009:15). Oavsett graviditetslängd så rekommenderar WHO (2012) både den medicinska metoden och den kirurgiska och menar på att i den mån det är möjligt bör klinikerna erbjuda båda. Forskning visar även att kvinnor är nöjda med sin abortmetod när de själva får välja vilken de genomgår (Gemzell Danielsson, 2015).

Enligt abortlagen (SFS 1974:595) ska kvinnan vid en medicinsk abort inleda behandlingen på en sjukvårdsinrättning, men om vårdgivaren bedömer att det är lämpligt och kvinnan önskar så får hon fullfölja behandlingen i hemmet (SOSFS 2009:15). Kvinnan får vid sitt första besök ett läkemedel som påverkar livmodertappen samt livmoderns muskulatur. Efter 24–48 timmar får kvinnan ta ett till läkemedel som sätter igång sammandragningar i livmodern och gör så att fostret stöts ut ur kroppen (WHO, 2012; Gemzell Danielsson, 2016). Rutinerna för abort i hemmet ser olika ut på sjukhusen i Sverige. Ett exempel vid en abort i hemmet är att kvinnan kontaktas först på morgonen, efter lunch och sedan en sista gången när barnmorskorna misstänker att aborten är avslutad. Den sista kontakten som barnmorskan gör är för att kontrollera kvinnans välmående (Lindström, Wulff, Dahlgren & Lalos, 2011). Att utföra abort

i hemmet ökar kvinnors integritet och kontroll över händelsens förlopp, men det finns även kvinnor som upplever det vara svårt att hantera situationen i hemmet (Makenzius, Tydén, Darj & Larsson, 2013). Vid kirurgisk abort får kvinnor först ta tabletter tre timmar innan operation för att underlätta processen genom att vidga livmoderhalsen (WHO, 2012; RFSU, u.å). Operationen kan utföras både under narkos och med lokalbedövning (RFSU, u.å). Enligt WHO rekommenderas vakuumaspiration vid kirurgisk abort (WHO, 2012).

Det finns många olika anledningar till vilken metod som kvinnan väljer. En litteraturöversikt påvisade att kvinnor som väljer medicinsk abort upplever att metoden är lättare och mer naturlig då det efterliknar missfall. En annan anledning till valet av medicinsk abort är rädsla för anestesi eller kirurgi och komplikationerna som kan medfölja en kirurgi, exempelvis skada på livmodern eller infektioner. Väntetiden har också betydelse för kvinnans val av metod då kvinnorna upplever att de inte behöver vänta lika länge till att få utföra medicinsk abort som man behöver för kirurgisk abort. Många kvinnor väljer kirurgisk metod på grund av rädsla för komplikationer såsom biverkningar från läkemedel och blödning. En annan anledning till valet av kirurgisk abort är att kvinnorna vill att det ska vara snabbt över och därför väljer kirurgisk abort då det upplevs gå snabbare (Kanstrup, Mäkelä & Hauskov Graungaard, 2017).

Barnmorskans roll inom abortvården

Enligt barnmorskans kompetensbeskrivning (Svenska barnmorskeförbundet, 2018) är barnmorskans självständiga kompetensområde reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Barnmorskans arbete innefattar hälsofrämjande, förebyggande arbete inom dessa områden samt handläggning av olika tillstånd som bland annat att informera om olika abortmetoder, ge vård vid inducerad abort samt identifiera och ge vård vid abortkomplikationer. I det förebyggande arbetet ingår det att informera, ge råd om preventivmedel och förskriva preventivmedel till friska kvinnor i antikonceptionssyfte samt administrera vissa av dem (Svenska barnmorskeförbundet, 2018).

Det har visat sig att det förebyggande arbetet ökade i Sverige i samband med att dagens abortlag infördes och att barnmorskor fick förskrivningsrätt av preventivmedel, vilket har sänkt antalet oönskade graviditeter och aborter bland unga kvinnor. Utvecklingen av den medicinska aborten har lett till att barnmorskor i större utsträckning utför rådgivning, behandling och omvårdnad vid inducerad abort med en läkare som ytterst ansvarig, vilket är en önskan från Socialstyrelsen (Gemzell Danielsson, 2016). Medicinsk abort som tillhandahålls av barnmorskor har en högre effektivitet än den som tillhandahålls av läkare, det finns ingen signifikant skillnad i säkerhetssynpunkt mellan grupperna men den grupp kvinnor som erhållit abortvård av barnmorskor skulle i högre grad vilja träffa en barnmorska igen vid eventuella framtida medicinska aborter (Kopp Kallner et al., 2015). En medicinsk abort som tillhandahålls av barnmorskor i en säker miljö med tillgång till läkare och ultraljud är således både säker och effektiv samt accepteras i hög grad hos de vårdsökande kvinnorna (a.a.).

Stöd

I barnmorskans roll ingår även stöd för kvinnorna de vårdar, såväl för kvinnornas självbestämmande som för att tillgodose kvinnornas fysiska, psykiska och emotionella behov (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Enligt Thortensson och Ekström (2012) kan stöd indelas i emotionellt, bekräftande, informativt och praktiskt stöd. Det emotionella stödet ingår i det sociala stödet och innefattar fysisk närvaro såväl som vetskapen om att någon finns tillgänglig, via telefon eller på nätet. Att ha någon som lyssnar, dela erfarenheter med, som ger uppmuntran

eller uttrycker oro upplevs som emotionellt stöd, men även normalisering av situationer (Finfgeld-Connett, 2005). Det emotionella stödet ger en känsla av tillhörighet och säkerhet. Det bekräftande stödet innebär bekräftande av personens kompetens och förmågor. Informativt stöd handlar om att ge information som hjälper att lösa problem och det praktiska stödet innebär praktisk hjälp för att lösa problem (Thorstensson & Ekström, 2012).

Attityder till inducerad abort

Många av kvinnorna som söker abortvård upplever skamkänslor. De motiverar detta med att abort är en upplevelse de inte vill behöva gå igenom för att det är "något man inte är stolt över" och ett misslyckande. Kvinnor vill sällan prata om sina aborter vilket gör dem till en osynlig grupp i samhället, då det anses vara privat och tabubelagt, mycket på grund av synen på det som en "kvinnosak" (Kero, 2002). Vårdpersonal har en positiv syn på abort och är tacksamma för att det finns (Lindström, Wulff, Dahlgren & Ann, 2011). Majoriteten av barnmorskor är för abort, det finns fåtal som är emot eller är obeslutsamma kring frågan. De tycker att det är mer acceptabelt för kvinnor att göra abort på grund av kvinnans hälsotillstånd, missbildningar hos fostret eller sociala omständigheter. Det är även mer accepterat att göra en tidig abort än en sen (Handa & Rosenberg, 2016).

I en studie som genomfördes i Afrika kring sjuksköterskors attityder till abort framkom det att sjuksköterskorna uppfattar kvinnorna sakna moral och att kvinnorna inte mådde dåligt av det. Sjuksköterskorna upplever abort vara en synd samt påstår att kvinnorna som genomgår det kommer att straffas då en sådan handling inte är acceptabelt inom den kristna religionen (Chiweshe & Macleod, 2017). I en annan studie som utfördes i Argentina om studenters attityder till abort svarade 55% att abort bör vara lagligt enligt den abortlag som finns i landet samt 21% tyckte att abort alltid ska vara lagligt (Belén, Silvia & Babill, 2016). Runt om i Europa finns fortfarande några av världens mest restriktiva abortlagar. I Malta är det totalförbud mot inducerad abort, där kvinnan kan riskera mellan 1,5 till 3 års fängelse (Svensson, 2017). I Irland var det totalförbud mot inducerad abort fram tills år 2013 då totalförbudet lyftes (Thörnqvist, 2018) och det blev tillåtet att genomgå abort om det fanns en risk för kvinnans liv. Det var innan dess även straffbart att främja och förespråka abort (Svensson, 2017). År 2018 genomfördes en folkomröstning i Irland om fri abort. 66% röstade för och en ny lag trädde igenom om rätt till abort fram till graviditetsvecka 12+0 (Thörnqvist, 2018).

Under år 2014 började enstaka barnmorskor i Sverige stämma landsting för diskriminering då de blev nekade anställning som barnmorskor på grund av att de begärt att undslippa medverka vid abort (Arbetsdomstolen, 2017). Barnmorskorna anser att inducerad abort innebär utsläckande av liv och hänvisar till rätten till samvetsfrihet. De har därefter fått stöd från olika håll som exempelvis olika antiabort-organisationer (a.a). Detta har lett till att aborträtten i högre grad diskuteras och fokus har flyttats från kvinnors upplevelser av abort till Sveriges abortlagstiftning, även när det kommer till forskning (Petersen, Jessen-Winge & Møbjerg 2018). Exempelvis så har enstaka politiska partier valt att lyfta förslag om samvetsfrihet i vården, vilket blivit nedröstat av en bred majoritet (Unosson, 2014). Bland svenska kommunpolitiker ser majoriteten på inducerad abort som en kvinnorättsfråga, 54 % tycker att graviditetsvecka 12 är en adekvat övre gräns för inducerad abort och endast hälften av deltagarna anser att de i sin roll som politiker har en tillräcklig kunskap kring abortrelaterade frågor (Sydsjö, Josefsson, Bladh, Muhrbeck & Sydsjö, 2012).

PROBLEMFÖRMULERING

Abortfrågan har länge varit kontroversiell och även här i Sverige har den, inte allt för långt tillbaka i tiden, varit förknippad med kriminalitet och benämns som barnamord. Detta trots kunskapen om de vinster som fri abortlagstiftning har för kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och det faktum att osäkra aborter riskerar kvinnors liv. Det finns fortfarande attityder som är negativa mot abort, även hos barnmorskor, trots den nuvarande lagstiftningen. Dessa attityder har lett till en tabubeläggning av ämnet som något privat och något kvinnor inte pratar öppet om. Därför är det viktigt att belysa ämnet och lyfta kvinnors upplevelser och erfarenheter kring inducerad abort. Förhoppningen är att studiens resultat ska bidra till ökad förståelse för kvinnor som genomgår inducerad abort samt att kunskapen ska kunna implementeras av barnmorskor i abortvården för ett förbättrat bemötande och en bättre vård.

SYFTE

Att belysa svensktalande kvinnors upplevelser av att genomgå inducerad abort.

METOD

Val av metod

Studien har en kvalitativ metod med induktiv ansats och analys av narratives. Detta då studien avser att belysa kvinnors subjektiva upplevelser vilket kräver en kvalitativ design (Marshall & Rossman, 2011). En induktiv ansats innebär att man utgår från innehållet i en text, det vill säga att man har ett förutsättningslöst letande (Fridlund, 2012). En induktiv ansats föredras då det inte finns tillräckligt med forskning inom ämnet för att bepröva en teori samt för att kunna göra en förutsättningslös analys (Elo & Kyngäs, 2008; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Kvalitativ analys av narratives fokuserar på tolkningar av texter såsom biografier, skönlitteratur eller dagböcker (Dahlborg-Lyckhage, 2017). Analys av narratives användes för att analysera kvinnornas egna berättelser om sina erfarenheter kring abort.

Miljö

Datainsamlingen skedde genom bloggar på internet. I bloggar finns det skrivna livsberättelser kring personers upplevelser av vård, hälsa, ohälsa och lidande, vilket även inkluderar abortvård. Berättelserna har en central roll i vårdandet då det leder till ökad kunskap inom området. Studier som bygger på människors upplevelser av hälsa, ohälsa, vård och lidande kan många gånger vara svåra att studera och därav valet att samla in data genom bloggar. Genom att följa skrivna bloggtexter möjliggörs en djupare förståelse om kvinnors upplevelser av inducerad abort (Dahlborg-Lyckhage, 2017). Enligt Segesten (2017) kan bloggar som är öppna för allmänheten analyseras och användas i examensarbeten. Eftersom bloggarna är tillgängliga på internet ger det även en geografisk bredd som hade varit svårare att få vid datainsamling genom t.ex. intervjuer (Skärsäter & Ali, 2012).

Urval

Studien har ett intensitetsurval vilket innebär att informanterna som inkluderades i studien hade en stor mängd data i sina texter. Eftersom bakgrundsinformation kring informanterna såsom ålder, utbildningsnivå och geografiskt läge inte alltid finns tillgängligt så fokuserar studien på att utvinna ett så informationsrikt material som möjligt (Polit & Beck, 2016). Bloggarna som är utvalda för studien är skrivna på svenska av kvinnor som under genomförandet av aborten levde i Sverige.

Inklusionskriterier

Studien inkluderar kvinnor som genomgått abort både i hemmet och på sjukhus med bloggar/kommentarer skrivna på svenska. För att få en större variation har studien valt att inkludera genomförande av abort i både hemmet och sjukhus, samt samtliga kvinnor oavsett ålder eller tidpunkt för abort.

Exklusionskriterier

Bloggar som var lösenordsskyddade användes inte i studien, då det hade krävt ett etiskt godkännande (Skärsäter och Ali, 2012).

Datainsamling

Datainsamlingen skedde via bloggar på internet. Bloggarnas författare har benämnts som kvinnorna i undersökningen. Bloggarna hämtades från sökmotorn Google och sökorden *abort blogg* användes. Se tabell 1.

Tabell 1. *Sökningsprocessen*

Antal träffar	Antal lästa bloggar	Antal inkluderade bloggar
1 230 000	12	9

Sidor med träffar lästes tills det uppkom svårigheter med att hitta relevanta bloggar. Tolv bloggar lästes men tre exkluderades då innehållet inte besvarade studiens syfte. Författarna försökte även med sökorden *abort upplevelser blogg* men fick då upp samma bloggar som tidigare sökning genererat samt irrelevanta debattartiklar. Bloggarna som lästes numrerades och kallades blogg 1 till och med blogg 9. På grund av svårigheter att hitta tillräckligt med relevant och informationsrik data inkluderades även kommentarer på de inkluderade bloggarna från läsare som skrivit om sina egna upplevelser med samma inklusionskriterier som blogginläggen, se tabell 2.

Tabell 2. *Översikt över inkluderade bloggar*

Antal inkluderade inlägg & kommentarer/blogg	Inlägg	Kommentarer
Blogg 1	3	1
Blogg 2	1	2
Blogg 3	1	12
Blogg 4	2	0
Blogg 5	1	0
Blogg 6	1	2
Blogg 7	1	1
Blogg 8	1	13
Blogg 9	1	0
Summa	12	31

Analys

Data har analyserats med narrativ teknik enligt Dahlborg-Lyckhage (2017). I första steget benämns "bekantgörande skedet". Det innebär att läsa texten och sätta sig in i materialet för att kunna se helheten. Tillslut ska textmaterialet kännas bekant och kunna återberättas i stora drag. I andra steget sker själva analysen och kallas även för "vänta ut" vilket innebär att ha tålamod och inte ha bråttom i sin analys. Analysen präglas av öppenhet, följsamhet och reflektion. Tillslut framträder meningsbärande delar som analyseras för att föra samman likheter och

skillnader i teman. I sista steget behandlas texten igen som en ny helhet utifrån teman som kan bilda ett mönster. Under analysen är det viktigt att vara medveten om sin egen kunskap och föreställningar kring ämnet och kunna ställa dem åt sidan så att det inte styr den pågående analysen. Detta kan motverkas genom att använda reflektioner som ett metodiskt redskap genom analysen (Dahlborg-Lyckhage, 2017). Författarna har var för sig läst igenom all data och sedan tillsammans för att få en överblick av materialet. Därefter har data analyserats tillsammans, först genom att klippa ut alla meningsbärande enheter och klistra in dessa i ett eget dokument och därefter bildat teman genom att hitta likheter och skillnader i enheterna, se tabell 3. Genom att analysera gemensamt har författarna genom reflektion kunnat hålla sin förförståelse åt sidan enligt Dahlborg-Lyckhages (2017) beskrivning.

Tabell 3. *Exempel på dataanalys enligt Dahlborg-Lyckhage (2017)*

Meningsbärande enhet	Subtema	Tema
Att göra abort är det bästa beslutet jag någonsin gjort	Abortbeslutet	Den emotionella aborten

Etiska övervägande

En studie skriven av Salzmann-Erikson och Eriksson (2015) behandlar just kvalitativa studier som är genomförda på samma sätt som denna; med data inhämtat från bloggar. Den stora kritiken som framkommer från studien är att frågorna oftast är väldigt komplexa och datan som inhämtas kan betraktas som känsliga personuppgifter, vilket kräver en etikprövning. De skriver också att många av de föregående kvalitativa studierna baserade på bloggar gör latenta analyser samt glömmer att föra en kritisk diskussion kring det etiska dilemmat med att använda sig utav data utan ett informerat samtycke. Reflektioner kring fynden i den ovan nämnda studien har gjorts och kritiken har använts som en hjälp att kunna genomföra undersökningen trots en avsaknad av informerade samtycken. Eftersom studien är utförd inom ramen för högskolestudier krävs ingen ansökan om etiskt tillstånd enligt SFS 2003:406.

Skärsäter och Ali (2012) anser att datamaterialet som hämtas från bloggar är offentligt och därför kan användas. Den typen av antaganden är problematiska då undersökningen avser att studera en utsatt grupp, men kunskapen som utvinns av studien blir en tillgång för gruppen som informanterna företräder, professionen samt samhället i stort. Det kan därför tänkas överväga bristen på det informerade samtycket (Kjellström, 2012). Inga bloggar som kräver inloggning eller är låsta har använts i studien. Deltagarnas identitet har skyddats och inga hela citat har använts då risken för att kunna härleda till bloggarna är för stor, detta enligt *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460). Istället har författarna citerat ord och uttryck kring upplevelserna för att förstärka resultatet.

Eftersom en bristande kontroll uppkommer vid internet som datainsamlingskanal (Skärsäter & Ali, 2012) så har materialet varit lösenordsskyddat. Konfidentialiteten i undersökningen är viktigare än en eventuellt bristande validitet som kan förekomma vid brist på citatanvändning i resultatet (Skärsäter & Ali, 2012). Särskilt med bristen på samtycke i åtanke. Det finns en medvetenhet om assymetrin i maktbalansen mellan författarna och informanterna, samt risken för känsliga uppgifter (Salzmann-Erikson & Eriksson, 2015). En kontinuerlig etisk diskussion har förts under hela forskningsprocessen mellan författarna, opponenter samt handledare.

Förförståelse

Innan studien påbörjades fanns en viss kunskap kring ämnet inducerad abort men inga personliga erfarenheter. Båda författarna är för inducerad abort. Ämnet abort valdes då det har väckt uppmärksamhet och intresse den senaste tiden genom tidningsartiklar och debatter kring abort och den rådande lagstiftningen. Det går inte att åsidosätta sin förförståelse helt och hållet men för att undvika att resultatet skulle påverkas av förförståelse krävdes en medvetenhet om den (Polit & Beck, 2016). Därför reflekterades det kontinuerligt både enskilt, tillsammans och med handledare genom studiens gång (Dahlborg Lyckhage, 2017).

RESULTAT

Dataanalysen resulterar i följande tre teman med totalt sju subteman som presenteras i tabell 4 nedan.

Tabell 4. *Översikt över teman och subteman*

Temat	Subtemat
Den emotionella aborten	Abortbeslutet - det bästa och ångestskapande beslutet
	Sorg och skam eller lättnad och glädje
Den fysiska aborten	Fruktansvärda smärtor och piece of cake
	Återställd dagen efter och blödningar i två år
Stöd och bemötande	Tillräcklig och bristfällig information
	Vården skuldbelägger och stöttar
	Anhöriga – ensamhet och trygghet

Resultatet som framkommer från kvinnorna är ambivalent och det finns en stor variation i kvinnornas upplevelser av sina inducerade aborter. I resultatet framkommer främst negativa upplevelser vilket diskuteras i metod- och resultatdiskussion.

Den emotionella aborten

Kvinnornas upplevelser av att genomgå inducerad abort är framförallt emotionella och det finns en stor variation av känslor kopplade till aborten. Det framkommer ambivalens kring abortbeslutet där det beskrivs som både det bästa beslutet och det mest ångestskapande beslutet kvinnorna behöver ta. Även upplevelsena av aborterna samt tiden som följer därefter är präglade av varierande känslor; allt från glädje och lättnad till sorg och skam.

Abortbeslutet - det bästa och ångestskapande beslutet

Kvinnorna upplever inte utförandet av abort som en självklarhet. Beslutet av att göra abort är inte något som kvinnorna är glada eller stolta över. Det upplevs som ett svårt och tungt beslut men att det inte finns något annat alternativ än att utföra abort. De beskriver även att de innan aborterna inte kan tänka sig att genomgå det men att det efteråt upplevs vara det bästa de har gjort. Innan beslutet är taget upplever kvinnorna en känsla av skräck, panik och ångest till exempel på grund av att kvinnorna inte är redo att skaffa ett barn till så tätt inpå de barnen de har. Kvinnorna upplever dåligt samvete på grund av att de inte vet om det är rätt eller fel beslut att göra abort. De beskriver även positiva upplevelser av aborterna och beskriver att all oro, ångest och press släpper när de har utfört aborterna. Aborterna upplevs som rätt beslut även när kvinnorna upplever en bergochdalbana av både negativa och positiva känslor. De känner skuld då de är medvetna om att andra kvinnor kämpar med att bli gravida men ångrar inte sina abortbeslut och anser inte beslutet vara skamfullt.

Kvinnorna upplever att de är tvungna att genomgå en abort på grund av att partnern påstår att det annars skulle förstöra partnerns liv och upplever en önskan om att de skulle varit starkare och inte låtit sig styras av partnern. Då partnern övertalat kvinnorna att utföra abort upplever de känslor av naivitet och sorg. Kvinnorna som utför abort mot sin egen vilja på grund av att partnern inte vill eller känner sig redo upplever ångest, gråtattacker, självdestruktivitet, social fobi, stress och att de blir knäckta efter att aborten är utförd. Både partnern och kvinnorna upplever en känsla av ångest av att de gjort fel då aborten är utförd. Kvinnorna beskriver även att de vid tanken på att inte ha gjort abort får ångestladdade känslor på grund av att kvinnorna till exempel har varit i destruktiva förhållanden med sin dåvarande partner och känner en lättнад över att de inte är knutna till den personen med ett gemensamt barn. De beskriver även att de inte mår dåligt av beslutet efteråt utan känner sig lättade och upplever aborten som det bästa beslutet de tagit i sitt liv.

Kvinnornas upplever av att genomgå en inducerad abort är att de skulle kunna genomgå en till abort om dem skulle behöva det och är tacksamma för att den möjligheten finns i Sverige.

Sorg och skam eller lättnad och glädje

Upplevelserna av känslor kopplade till inducerad abort varierar och kvinnorna beskriver både positiva och negativa aspekter. De beskriver att de känner sig oroliga inför aborten, de har en rädsla för smärtan och kan minnas smärtan från tidigare aborter. Det finns även en oro kring att utföra aborten och hantera smärtlindringen själva i hemmet. Kvinnorna googlar om abort och får läsa andras negativa erfarenheter vilket ger kvinnorna panikkänslor.

Aborten beskrivs av kvinnorna som en dimma då det är svårt att minnas upplevelsen utöver smärtan, blödningar och när graviditeten stöts ut. Vid kirurgisk abort beskriver kvinnor ångest då de sövs ner, en "domedagskänsla". I skedet då graviditeten stöts ut upplevs panik och äckelkänslor. Kvinnorna är inte beredda på att det kan efterlikna en bebis så mycket vilket känns väldigt jobbigt och som något de aldrig kommer att glömma. Kvinnorna upplever att något dör i dem när de spolar bort graviditeten i toaletten. De beskriver att de känner sig som mördare, ovärdiga sina tårar och känner en stark empati för fostret. Det upplevs vara ett psykiskt lidande, en chock och en personlig kris. Kvinnorna upplever sig själva som små, vilsna själar som känner sig utlämnade.

Efter aborten beskriver kvinnorna det till exempel som meningslöst och omänskligt. De känner sig utmattade och sorgsna, de känner en saknad av sin graviditet och önskar att få den tillbaka. Kvinnorna upplever en känsla av tomhet efter att aborten är genomförd. Kvinnorna beskriver abortdagen som den värsta i sitt liv och kommer aldrig att kunna göra en abort igen och rekommenderar inte det till någon. Kvinnorna ångrar att de inte tänkte igenom sitt val av metod och att de inte krävde att få göra aborten på sjukhuset. Efter aborten blir kvinnorna deprimerade under en lång tid och skuldbelägger sig själva. Kvinnorna upplever en känsla av att de får skylla sig själva och att det är rätt åt dem som får blöda så mycket efter att aborten är utförd. Då kvinnorna mår psykiskt väl efter aborten uppger de att de får dåligt samvete för att de anser att de borde må dåligt över det. Efter att ha genomgått en abort förstår kvinnorna vikten av att använda preventivmedel just för att undslippa samma situation igen. I de fall då aborten inte är fullständig och att kvinnorna måste åka tillbaka för att fullfölja aborten upplevs detta leda till psykisk ohälsa.

Kvinnorna upplever även lättnad samt lycka efter att aborten är utförd och kvinnorna tänker inte på eller sörjer aborten efteråt. Kvinnorna beskriver hur de går från nedstämdhet på grund

av graviditeten till emotionell balans då aborten är genomförd. De beskriver att både medicinska och kirurgiska aborter går väldigt bra och upplevs smidiga. Vid medicinska aborter i hemmet kan de äta godis och kolla på film medan "tablettorna får göra sitt". De beskriver att de ligger på uppvaket efter aborten och är "lulliga" av narkosen och skrattar. Att göra kirurgisk abort jämförs av kvinnorna med andra operationer och de därför upplever det avdramatiserat. Kvinnorna upplever inte att de har mördat eller tagit fostrets liv, snarare att de är glada över att deras samt det eventuella barnets liv inte förstördes. När graviditeten stöts ut beskrivs en fascination över att kvinnornas kroppar har lyckats skapa det samt är tacksamma över vetskapen att de kan bli gravida senare i livet. De beskriver aborten som det bästa de har gjort och att de aldrig mått så bra som efteråt. Att läsa bloggar från andra kvinnor som varit med om samma situation upplevs hjälpa dem psykiskt då de inte känner sig lika dumma eller ensamma.

Den fysiska aborten

Kvinnornas upplevelser av att genomgå inducerad abort präglas även av fysiska upplevelser både under och efter aborterna. Även dessa upplevelser varierar men innefattar smärta, smärtfrihet, blödningar i varierande mängd, illamående och komplikationer.

Fruktansvärda smärtor och piece of cake

Kvinnorna upplever aborten som mer smärtsam än vad de hade trott. Kvinnorna beskriver det som en fruktansvärd smärta som gör att de ligger i fosterställning och bara vill gråta. Att föda barn vaginalt upplevs ge en "skönare smärta" än smärtan som uppstår vid abort då kvinnorna upplever att de får en belöning av smärtan när de föder barn. Kvinnorna upplever även en molande värk i magen likt menssmärtor som de anser släpper snabbt, beskriver aborten som nästintill helt smärtfri och som "en piece of cake". Kvinnorna upplever att det är skönt att få vara i sitt hem under aborten så de slipper transportera sig till och från sjukhus med smärtor. De upplever även att den farmakologiska smärtlindringen de får har god effekt, TENS och ett varmt bad beskrivs som skönt och smärtlindrande.

Under aborten upplever kvinnorna en känsla av utmattning. Kvinnorna uppger att de känner sig illamående och kräks hela den dagen som graviditeten stöts ut. När graviditeten stöts ut upplevs en känsla av att något stort halkar ur dem. Efter en abort upplever kvinnorna trötthet och beskriver sig som "slitna". De beskriver hur de går från illamående till att ha god aptit när aborten är genomförd.

Återställd dagen efter och blödningar i två år

Beskrivningar av komplikationer efter genomgångna aborter är få men varierande. Efter aborten upplever kvinnorna en lindrig mensblödning och lite trötthet som ej stör kvinnorna och uppger att de är fysiskt återställda så pass snabbt att de kan återgå till sina sysselsättningar som vanligt efteråt. Kvinnorna beskriver även att de blöder mycket efter aborten och får biverkningar utav aborttablettorna som gör att de blöder i flera veckor. När de medicinska aborterna inte är kompletta utan får kompletteras med kirurgisk abort och kvinnorna får infektioner som följd får de upplevelsen av att medicinsk abort är slitsamt för deras kropp och att en kirurgisk abort från början hade besparat dem den fysiska belastningen.

När kvinnor med myom genomgår en medicinsk abort beskrivs blödningar som inte slutar och att detta leder till att de får genomgå en hysterektomi. De uppger att de inte saknar sin livmoder eller sörjer hysterektomin, utan sörjer de två åren då de är konstant trötta, erhåller hormonbehandling och upplever att de inte orkar med sin vardag. Upplevelsen ger kvinnorna

uppfattningen av att det saknas kunskap och forskning kring inducerad abort som hade kunnat hindra kvinnorna från att genomgå en medicinsk abort och därmed bespara dem dessa två år av blödningar.

Stöd och bemötande

Kvinnornas upplevelser av att genomgå inducerad abort innefattar även deras upplevelser av stöd från både vårdpersonal och anhöriga. Stödet från vårdpersonal innefattar såväl informativt stöd som emotionellt stöd och bemötande.

Tillräcklig och bristfällig information

Kvinnorna i studien beskriver både att de får bristande information av vårdpersonal samt tillräckligt med information inför aborten. Kvinnorna får kontakt med kurator både innan och efter aborten men upplever ändå att de inte får tillräckligt med information om t.ex. att det är vanligt att bli deprimerad efteråt. De upplever att de får mer information av att läsa andra kvinnors upplevelser på nätet än vad de får från vården, men upplever också informationen som skrämmande. Kvinnorna uppger även att de får tillräckligt med information från vårdpersonal om hur en abort går till, när kvinnorna ska ta tablettorna samt ett telefonnummer till sjukhuset som de kan ringa vid behov vid utförande av abort i hemmet. De beskriver hur en gynekolog förklarar att fostret är mindre i storlek än en jordnöt och består mest av vatten vilket kvinnorna upplever som ett empatiskt bemötande.

Informationen kring blödningen i samband med aborten upplevs bristfällig. Kvinnorna upplever sig få fel information kring medicinsk abort som vårdpersonalen förespråkar och får information om att man knappt blöder eller att det inte är märkbart. De har en upplevelse av att de håller på att förblöda trots att vården förespråkar medicinsk abort som så pass säker och okomplicerad att det går att genomföra i hemmet. De uppger att de inte får information kring den fysiska smärtan i samband med aborten vilket skapar panik hos kvinnan. Kvinnorna får information av barnmorska att det inte ska göra lika ont som tidigare aborter då kvinnorna inte är lika långt gångna i sin graviditet och erhåller därför mindre smärtlindring. De upplever även att de inte får rätt information kring smärtlindringen de får ansvara för själva och tar därför inte alla smärtlindrande tabletter samtidigt som rekommenderat. Som följd av detta får kvinnorna utstå mer smärta och skuldbeläggande från vårdpersonal för att de inte har tagit smärtlindringen som de ska och upplever att personalen njuter av att se kvinnorna lida. Ilska riktas då mot vårdpersonalen och kvinnorna upplever att det är personalens fel att de har så ont, trots att de samtidigt förstår att det inte är hela sanningen.

Kvinnorna upplever att vårdpersonalen förväntar sig på grund av kvinnornas ålder att de ska klara av att utföra aborten på egen hand i hemmet. Kvinnorna upplever att de inte får välja var aborten ska genomföras då vårdpersonalen endast pratar utifrån abort i hemmet och inte nämner andra alternativ. De uppger att de hade valt annorlunda om de hade fått all information kring de olika metoderna. Kvinnorna beskriver också att de får träffa en kurator när de har beslutat sig för att göra abort och får gå igenom de olika abortmetoderna med kuratorn och välja metod själva. De beskriver även hur en stängd mottagning öppnar och släpper in dem för att ta hand om dem. När kvinnorna får välja mellan medicinsk och kirurgisk abort väljer de medicinsk på grund av långa väntetider till den kirurgiska aborten, de uppger att de hade valt den kirurgiska metoden om det inte vore för väntetiden. De upplever att vården brister i sin individuella bedömning och inte ger nyanserad information kring för- och nackdelar med de olika abortmetoderna. De erbjuds heller inte återbesök till mottagningen eller samtalskontakt efteråt vilket kvinnorna hade önskat.

Kvinnorna beskriver även hur de efter att ha tagit första aborttablett på mottagningen får information om att de inte ska vara ensamma hemma under aborten och har då svårt att få hjälp av anhöriga eftersom de jobbar och inte har fått någon information om detta tidigare. De beskriver skräck då de intar läkemedel de får från vårdpersonal utan att få förklarad vad dessa läkemedel är. Informationen om aborten kan upplevas så pass bristfällig att kvinnorna uppger att de hade tagit ett annat beslut kring sin graviditet om de hade fått tillräckligt med information innan aborten.

Vården skuldbelägger och stöttar

Vårdpersonalen upplevs inte ha ett bra bemötande eller vara stöttande gentemot kvinnorna men kvinnorna beskriver även att bemötandet från vården berör dem. Kvinnorna upplever att vårdpersonalen skam- och skuldbelägger kvinnorna, förminskar dem och ifrågasätter aborten samt efterfrågar varför de blivit gravida. Vårdpersonalen bekräftar också att kvinnorna är långt ifrån ensamma med att ta beslut att göra abort på grund av att det inte passar kvinnornas livssituation vilket upplevs som positivt. De upplever att vårdpersonalen tar hand om dem på bästa möjliga sätt samt upplever att ingen yrkeskategori inom vården skam- eller skuldbelägger dem för aborten utan bekräftar att det är kvinnornas val och att vården är där för att hjälpa dem. När ultraljud utförs med skärmen bortvänd från kvinnorna upplevs det som ett professionellt agerande från vårdpersonalen.

Vårdpersonalen påtalar att blödningen är straffet kvinnorna får för sin abort och kvinnorna beskriver att de blir chockade över hur moraliserande vårdpersonalen upplevs vara. Vårdpersonalen upplevs vifta bort kvinnornas sorg och rädsla samt inte bry sig då kvinnorna gråter. De upplevs även avfärda kvinnorna då de upplever att de har onormalt stora blödningar och tar inte kvinnornas oro på allvar. De beskriver även hur personal blir arga då kvinnorna blöder mycket. Kvinnorna upplever att de blir nekade smärtlindrande läkemedel när de ber om det och att personalen är hårdhänta. Kvinnorna beskriver hur en student har ett fint bemötande och håller kvinnorna i handen när resten av vårdpersonalen inte har det. Det beskrivs hur vårdpersonal, trots att kvinnorna gråtandes ber dem att låta bli då de upplever att de är nära på att svimma, pratar om preventivmedel och hur en p-stav sätts in i armen. Vårdpersonalen upplevs påstridiga då de vill att kvinnorna ska sätta in en spiral när kvinnorna mår som värst. De vill också att kvinnorna ska testa sig för könssjukdomar vilket kvinnorna upplever som kränkande då det känns som att vårdpersonalen antar att kvinnorna har sex med "allt och alla i hela sin stad". Kvinnorna uppger att de blir utskälda av vårdpersonal av diverse anledningar som att de inte har använt preventivmedel eller glömt att anmäla sig i receptionen, vilket leder till att de känner sig dumma och värdelösa. Kvinnorna upplever också ett väl omhändertagande och bemötande från vårdpersonalen. Vårdpersonalen beskrivs som trevliga, vänliga och lättsamma.

Kvinnorna upplever att vårdpersonal har mycket kvar när det gäller bemötandet av kvinnorna och beskriver ett hat gentemot abortvården. De beskriver att det bristfälliga bemötandet från vårdpersonal har förlängt deras psykiska återhämtning efter aborten och att det är det enda negativa de minns från sina aborter. Kvinnorna beskriver att de önskar mer stöd då aborten är utförd.

Anhöriga – ensamhet och trygghet

Kvinnorna upplever ett varierande stöd från partner och övriga anhöriga. De beskriver att de får ett dåligt stöd från sin före detta partner som inte stödjer beslutet att göra abort. Partnern upplevs oförstående och upplevs inte ge stöd när kvinnorna berättar för sin partner att aborten inte är fullständig. Efter att aborten är utförd ignorerar och lämnar partnern kvinnorna vilket ger en upplevelse av ensamhet. Kvinnorna upplever även ett bra stöd från sina vänner, partner och före detta partner. Stödet från anhöriga ger kvinnorna en känsla av tacksamhet och lättnad.

Kvinnorna får nedlåtande kommentarer från omgivningen vilket sårar kvinnorna samt ifrågasättande om kvinnorna inte har skuldkänslor eller mår dåligt efteråt. De får även kommentarer om att aborten ska vara en sorg. Kvinnorna upplever bristen på stöd samt skuldbeläggande från omgivningen som det värsta med att göra abort. Att söka efter andra kvinnors upplevelser av abort på internet och få läsa om det ger en upplevelse av stöd och minskar känslor av ångest och ensamhet. Vid utförande av abort är anhörig med kvinnorna på sjukhuset vilket upplevs som en trygghet och kvinnorna får uppmuntran från anhöriga med presenter som uppskattas mycket. De gör även aborterna ensamma men får hjälp från anhöriga i form av utlåning av pengar till att köpa graviditetstest.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Kvalitativ metod valdes för att få en fördjupad förståelse om kvinnors upplevelse av inducerad abort. Metoden syftar till få en djupare förståelse och kunskap om fenomenet och ansågs därför lämplig för att svara på studiens syfte (Henricson & Bullhult, 2017). Kvalitativ metod är enligt Dahlborg-Lyckhade (2017) en lämplig metod när upplevelser ska undersökas för att få en förståelse i dess relation till olika hälsofaktorer. För att stärka trovärdigheten av studiens resultat, bör resultatet diskuteras utifrån begreppen tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet (Graneheim et al., 2008).

Bloggar användes som datainsamling. Användning av bloggar som datainsamlingskanal har både för- och nackdelar. Enligt Keim-Malpass, Steeves och Kennedy (2014) är det en fördel att använda sig av bloggar när syftet är att studera levda upplevelser. Större delen av resultatet handlade om negativa upplevelser, vilket kan bero på att kvinnor med negativa upplevelser har ett större behov av att berätta om dem. Det gick inte att fördjupa sig i vissa upplevelser på samma sätt som vid intervjuer då man kan ställa följdfrågor. Det finns dock en styrka med en kvalitativ undersökning med den här formen utav datainsamling. Vid intervjustudier finns ofta en risk för en intervjuareffekt då deltagaren anpassar sitt svar till vad den tror att forskaren vill höra, eller att forskaren påverkar svaren med ledande frågor (Kjellström, 2012). Vid bloggande så påverkas inte informanten av undersökaren eller studien utan skriver frivilligt om det som för stunden känns relevant. Det finns en större öppenhet för känsliga frågor och känslan av anonymitet kan få informanten till att bli mer öppen och uppriktig (Skärsäter & Ali, 2012). Tillgängligheten av informationen dygnet runt underlättar (Skärsäter & Ali, 2012) vilket har varit en styrka då författarna har varit tidsbegränsade.

Före datainsamlingen var blogginlägg äldre än 10 år gamla med aborter utförda tidigare än tre år innan blogginlägget var skrivet, ett exklusionskriterie. Detta för att få med så aktuella texter som möjligt. Under datainsamlingen fanns det svårigheter med att få med tillräcklig datamängd för att kunna analysera ett resultat då relevanta upplevelser blev exkluderade p.g.a. kriteriet. Det fanns många abortupplevelser där det inte framkom när aborten var utförd som också var relevanta för studien. Då abortmetoderna beskrivs som de metoder som används idag är upplevelserna fortfarande överförbara och aktuella, även om aborten utfördes för över 10 år sedan. Därför togs även inklusionskriteriet om att aborten ska vara utförd i Sverige bort då det inte framkommer i alla blogginlägg och kommentarer. Istället blev kriteriet att inläggen och kommentarerna ska vara skrivna på svenska.

Enligt Ali och Skärsäter (2017) ökar resultatets styrka vid bred variation av informanter som deltar i studien. För att stärka resultatets överförbarhet var ett inklusionskriterie att ta med kvinnor i karakteristiska drag såsom ålder, civilstatus, geografiskt läge, osv. Det var p.g.a. bristen på data som det kriteriet exkluderades samt anledningen till varför bloggarnas kommentarer även inkluderades då det framkom många relevanta upplevelser där, trots att information om informanterna inte alltid fanns tillgänglig. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att det är just en studies beskrivning av kultur, sammanhang och deltagarnas karakteristiska drag som stärker överförbarheten. Det finns en medvetenhet om att det är bristfälligt i den här studien då det inte var möjligt att garantera deltagarnas kultur, miljö och karakteristiska drag. Kvinnornas upplevelser ansågs viktigare än att ha en spridning på kvinnornas karakteristiska drag då deras berättelser var tydligt beskrivande av fenomenet i relation till studiens syfte vilket stärker studiens giltighet. Studiens rika datamaterial ökar även överförbarheten (Graneheim & Lundman, 2004).

Enligt Graneheim et al (2008) är det grundläggande att hitta deltagare som tydligt beskriver fenomenet för att uppnå giltighet. Med tanke på antalet informanter samt de informanter som det finns bakgrundsinformation om, så anses spridning så pass god att den inte påverkar överförbarheten negativt. Både genomförande av abort i hemmet och sjukhus inkluderades för att få en större variation vilket styrker studien resultat (Ali och Skärsäter, 2017).

Analys av narratives ansågs vara relevant för att svara på studiens syfte då den används för att analysera en skriven berättelse som kan ge en inblick kring människans upplevelser (Dahlborg-Lyckhage, 2017). För att hitta relevant datamaterial användes Google som sökmotor. Internet är ett nätverk som konstant förändras var dag vilket innebär att information såsom blogginläggen och bloggkommentarerna som används i studien kan försvinna vilket ses som en svaghet. Bloggarna som valdes ut styrdes av hur väl de stämmer överens med studiens syfte. Enligt Dahlborg-Lyckhage (2017) väljs materialet i en analys av narratives ut beroende hur väl det svarar på problemformuleringen och syftet. Under analysen behölls ett öppet sinne och medvetenhet om tidigare förförståelse under för att tillåta dess komplexitet att framträda. Förförståelsen kan begränsa öppenheten då inläsningen och tolkningen av datamaterialet kan påverkas av förutfattade meningar och känslomässiga bindningar till ämnet (Dahlborg Lyckhage, 2017). Då förförståelsen inte går att helt och hållet åsidosätta krävdes en medvetenhet (Polit & Beck, 2016). Därav har en reflektion kring förförståelsen diskuterats under hela studiens gång vilket stärker tillförlitligheten (Dahlberg, 2014).

För att skydda deltagarnas identitet användes inga hela citat då risken för att härleda till bloggarna är för stor (SFS 2003:460) vilket kan ses som en svaghet då bloggtexten kan ha förvrängts eller feltolkas (Dahlberg, 2014). För att öka trovärdigheten användes istället citerade ord och uttryck som kvinnorna upplevde för att stärka resultatet (Johansson, 2005). De citerade ord och uttryck som används i resultat har provats i sökmotorn google för att se om det går att härleda till bloggarna, vilket inte gick.

Resultatdiskussion

Abortbeslutet upplevs vara ambivalent då kvinnorna både upplever en känsla av att aborten är det bästa kvinnorna har gjort samt negativa känslor såsom ångest och skuld. De beskriver skam och sorg samt lättnad och glädje, både innan, under och efter aborten. Upplevelserna är allt från att de önskar att få tillbaka sin graviditet efter aborten till att aborten är det absolut bästa de har gjort. Detta överensstämmer med Petersen, Jessen-Winge & Møbjergs (2018) studie som också beskriver att kvinnor som väljer att utföra abort upplever ambivalenta känslor kring sin graviditet och abort. De uppger att de känner både skam och glädje över graviditeten samt vid beslutsfattandet kring abort känner sig kluvna mellan möjligheten till ett föräldraskap och det förväntade och logiska beslutet av att göra abort som ofta uppmuntras av vänner och familj. När aborten är utförd upplever de också motstridiga känslor som både lättnad och en känsla av att ha förlorat något (Petersen, Jessen-Winge & Møbjerg 2018). Kvinnorna upplever även känslor som sorg, ilska och skuldskänslor samt en besvikethet på sig själv och sin partners brist på stöd (Stålhandske, Makenzius, Tydén & Larsson, 2012). Kvinnorna i den här studien beskriver att ta beslut om att utföra abort inte är en självklarhet och upplevs både svårt och tungt. Detta stämmer väl överens med en annan studie där det framkommer att genomförandet av abort ofta är väl övervägt av kvinnan där beslutet baseras på kvinnans egna vilja (Makenzius, Tyén, Darj & Larsson, 2013).

I resultatet framkommer det att kvinnorna upplever att de blir övertalade av sin partner att genomföra en abort, vilket ger en upplevelse av naivitet och en önskan om att vara starkare och inte låta sig styras av partnern. Resultatet stämmer väl överens med en annan studie där det framkom att kvinnornas beslut ibland påverkas av andra (Makenzius, Tyén, Darj & Larsson, 2013) och att i de fall då kvinnorna har en partner är dennes åsikt viktig för kvinnans beslut (Makenzius et al., 2013; Makenzius, Tydén, Darj & Larsson, 2012). Som barnmorska är det därmed viktigt att vara medveten om hur anhöriga påverkar kvinnan och hennes beslut för att kunna bemöta även hennes anhöriga samt ge henne möjligheten till ett informerat val. Det är viktigt att kvinnorna får fatta ett eget beslut om sin kropp och att ha tillgång till hälso- och sjukvård då sexuell och reproduktiv hälsa är en förutsättning för att uppnå välbefinnande, jämställdhet och hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2018).

I mötet med vården framkommer det att kvinnor upplever bristande information inför aborten från vårdpersonal som påverkar deras upplevelser negativt. Kvinnorna upplever att de exempelvis inte får tillräckligt med information om hur stor mängd de kommer att blöda eller hur smärtsam aborten är. Liknande resultat framkommer i en annan studie som handlar om kvinnors upplevelse av tidig medicinsk abort i hemmet, där det framkommer att nästan hälften av kvinnorna upplever att blödningarna är större än förväntat. En tredjedel av kvinnorna upplevde även att de inte fick tillräckligt med information från vårdpersonal om blödning och smärtan vid abort (Hedqvist, Brolin, Tydén & Larsson, 2016). Resultatet strider även mot de riktlinjer som finns kring informationen som de abortsökande kvinnorna ska erhålla av vårdpersonal samt mot barnmorskans kompetensbeskrivning (Gemzell Danielsson, 2015; Svenska barnmorskeförbundet 2018). Cavet, Fiala, Scemama och Partouche (2017) utförde en studie i Frankrike kring kvinnors upplevda smärta vid medicinskt inducerade aborter i hemmet. Det var ingen signifikant skillnad mellan gruppen som uppgav låg/medelmåttig smärta och gruppen som uppgav svår smärta vad gäller ålder, civilstatus, stöd i hemmet och tidigare aborter. Däremot såg man att de som inte hade fått barn tidigare, fått en bristande information kring smärtan vid den medicinska aborten eller inte fått välja metod för abort uppgav i högre grad svår smärta (Cavet, Fiala, Scemama & Partouche, 2017). Även detta stämmer med föreliggande studies resultat, som inte har några uppgifter kring karakteristiska drag såsom ålder och civilstatus vad gäller informanterna, men beskrivningen av brist på information, brist på valmöjlighet av abortmetod och stark smärta är densamma. Detta sammantaget pekar på att barnmorskor behöver reflektera över hur information i samband med abort ges och hur delaktigheten för kvinnor kan stärkas. Då den här studiens resultat dessutom överensstämmer med studien som är utförd i Frankrike kan det antas att kvinnornas upplevelser av inducerad abort kan vara oberoende av kultur och miljö.

I resultatet lyfts även kvinnors upplevelse av brist på valmöjligheter kring vilken abortmetod de vill utföra samt var aborten ska genomföras. Informationen som ges om de olika abortmetoder upplevs också som bristfällig då kvinnorna uppger att de hade valt annorlunda om de hade fått all information kring metoderna. Kvinnorna som får välja abortmetod upplever att de hellre väljer medicinsk abort på grund av långa väntetider till den kirurgiska aborten men ångrar valet efteråt. Resultatet stämmer väl överens med en annan studie där det visade sig att väntetiden har en betydelse för kvinnans val av metod då kvinnorna upplever att de inte behöver vänta lika länge till att få utföra medicinsk abort som de behöver för kirurgisk abort (Kanstrup, Mäkelä & Hauskov Graungaard, 2017). I den studien framkom det även att valet av abortmetod i större utsträckning påverkas av kvinnornas egna erfarenheter, personliga resonemang och känslor, framförallt rädsla. Därför krävs det verktyg och riktlinjer för barnmorskor för att kunna ge ett informerat val och resonera kring kvinnornas tankar kring abortmetoder så att valet baseras på den medicinska informationen kvinnorna får (Kanstrup, Mäkelä & Hauskov

Graungaard, 2017). Enligt Gemzell Danielsson (2015) är kvinnorna nöjda med sin abortmetod när de själva får välja vilken de vill genomgå vilket både bekräftar och dementerar den här studiens resultat. Kvinnorna är både missnöjda med att inte ha fått välja samt ångrar sitt val av metod då de har fått valmöjlighet. Att ge information kring de olika abortmetoderna ingår också i barnmorskans kompetensbeskrivning (Svenska barnmorskeförbundet, 2018).

Kvinnorna i studien beskriver att det bristfälliga bemötandet från vårdpersonal har förlängt deras psykiska återhämtning efter aborten och att det är det enda negativa de minns från sina aborter. Kvinnorna beskriver att de önskar mer stöd då aborten är utförd. Det finns beskrivningar både kring att de får möjlighet till kuratorskontakt samt att de inte erbjuds någon kuratorskontakt, vilket frångår de riktlinjer som finns för abortsökande kvinnor (Gemzell Danielsson, 2015). I Petersens, Jessen-Winges & Møbjergs studie (2018) är kvinnorna nöjda med bemötandet från vårdpersonalen men upplever en brist på emotionellt och existentiellt stöd. Även om en majoritet av barnmorskor är för abort så finns det ett fåtal som är emot eller obeslutsamma i frågan, det finns även de som anser att vissa omständigheter gör det mer eller mindre acceptabelt (Handa & Rosenberg, 2016). Vårdpersonalens attityder gentemot ett visst fenomen kan påverka kvaliteten på stödet de ger i sitt vårdande och attityderna är beroende av vårdpersonalens känslor och kunskap kopplade till fenomenet (Thorstensson & Ekström, 2012). Enligt barnmorskans kompetensbeskrivning och gällande lagstiftning ska inte personliga åsikter påverka vårdens kvalitet men som tidigare fastställt så har resultatet som framkommit av kvinnornas upplevelser frångått gällande riktlinjer och lagar (Svenska barnmorskeförbundet, 2018; Folkhälsomyndigheten, 2018; SFS 1974:595).

Resultatet visar att kvinnorna upplever att de förstår innebörden med att använda preventivmedel för att motverka en graviditet så dem inte behöver hamna i samma situation igen. Kvinnorna blir kränkta av att vårdpersonalen upplevs antaga att de ska genomgå en abort igen och beskriver att de inte vill utsätta sig för en abort igen, att dagen för den inducerade aborten är den värsta i deras liv. I en artikel påstod svenska politiker att svenska kvinnor använder abort som preventivmedel (Paula Bieler, u.å) vilket inte stämmer överens med studiens resultat. Om svenska kvinnor med en liberal abortlagstiftning skulle missbruka inducerad abort skulle det heller inte överensstämja med att länder med liberal abortlagstiftning har lägre abortstatistik än de länder som har restriktiv lagstiftning (Sedgh et al., 2012).

Konklusion

Kvinnornas upplevelser av inducerad abort har en stor variation. De upplever skam och skuld, ångest, stark smärta och stora blödningar men även glädje, lättnad, smärtlindring, större aptit och fascination över kvinnokroppen. Kvinnorna får stöd från anhöriga men upplever också att de har ett bristande stöd från sin omgivning med nedlåtande kommentarer eller att de t.o.m. blir påtvingade abort av sin dåvarande partner. De upplever en stor brist på såväl informativt som emotionellt stöd från vården, att de inte får möjlighet att göra ett informerat val av abortmetod och att långa väntetider påverkas deras val. Det beskrivs även att vården erbjuder t.ex. kuratorskontakt och att kvinnorna upplever sig välinformerade. Vårdpersonalen upplevs avfärdande och skuldbeläggande samt omhändertagande och vänliga.

Förslag på klinisk tillämpning

Genom att få en förståelse för kvinnors upplevelser av att genomgå inducerad abort bör barnmorskor fokusera på att se till att kvinnorna känner sig välinformerade och trygga med abortmetoden de genomgår. Det är viktigt att i de fall det är möjligt, ge kvinnorna möjlighet att

välja metod baserat på ett informerat val och i de fall det inte är möjligt, informera om varför. Barnmorskor bör vara lyhörda och individanpassa informationen, stödet och diskussionen om preventivmedel. Informationen ska inte bara ges utan barnmorskorna behöver verktyg för att se till att informationen de ger kan mottas och förstås av kvinnorna de möter.

Förslag på fortsatt forskning

I den här studiens resultat framkommer det att kvinnorna upplever att de får god information samt att de upplever att de får bristande information och framtida studier kring kvinnors upplevelser bör fördjupa sig kring vilka faktorer som bidrar till att kvinnorna upplever sig välinformerade. Eftersom det framkommer att kvinnorna även upplever att de får ett bristade bemötande från vårdpersonalen bör framtida forskning även studera hur barnmorskor upplever vårdandet av kvinnor som genomgår inducerad abort.

REFERENSLISTA

Arbetsdomstolen. (2017, 12 april). *Dom nr 23/17, Mål nr B 10/16*. Hämtad från arbetsdomstolens webbplats: <http://www.arbetsdomstolen.se/upload/pdf/2017/23-17.pdf>

Barnmorskeförbundet. (2015). *Sexual and Reproductive Health and Rights SRHR*. Hämtad 16 Januari, 2019, från: <https://www.barnmorskeforbundet.se/forbundet/sexuell-reproduktiv-halsarattigheter/>

Belén, P., Silvia, O. & Babill, S. (2016). Healthcare students' knowledge and opinions about the Argentinean abortion law. *Sexual & Reproductiva Healthcare*, 7, 21-26

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(1), 158. doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0645-6>

Cavet, S., Fiala, C., Scemama, A., & Partouche, H. (2017). Assessment of pain during medical abortion with home use of misoprostol. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(3), 207–211. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1080/13625187.2017.1315092>

Chiweshe, M. & Macleod, M. (2017). 'If You Choose to Abort, You Have Acted As an Instrument of Satan': Zimbabwean Health Service Providers' Negative Constructions of Women Presenting for Post Abortion Care. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 856-863. doi: 10.1007/s12529-017-9694-8.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa & vårdande*. Stockholm: Natur och kultur.

Dahlborg-Lyckhage, E. (2017). Att analysera berättelser (narrativa). I Friberg, F. (Red), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (uppl. 3:1, s. 171-181) Lund: Studentlitteratur AB

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), 107–115. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Fingeld-Connett, D. (2005) Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship*. (37) 4-9. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00004.x>

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för alla*. Hämtad 10 Januari, 2019, från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat->

<material/publikationsarkiv/s/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-for-alla-/?pub=56256>

Fridlund, B. (2012). Kritisk incident teknik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (uppl. 1:2, s. 178-190). Lund: Studentlitteratur.

Gemzell Danielsson, K. (2015). Abort och sterilisering. I Janson, P. & Landgren B-M. (Red.), *Gynekologi*. (uppl. 2:1, s. 137-152) Lund: Studentlitteratur AB

Gemzell Danielsson, K. (2016). Abortvård. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A.K. (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde*. (s. 169-184.) Lund: Studentlitteratur AB

Graneheim, U., Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B.Höglund Nielsen (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälsa och sjukvård* (s. 159- 172). Lund:Studentlitteratur.

Granheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, producers, and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hedqvist, M., Brodin, L., Tydén, T. & Larsson, M. (2016). Women's experiences of having an early abortion at home. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 9, 48-54. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.07.003>

Henricson, M. & Billhult, A (2017). Kvalitativ metod. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (uppl. 2:2, s.111-120). Lund: Studentlitteratur AB.

Horvath, S., & Schreiber, C. A. (2017). Unintended Pregnancy, Induced Abortion, and Mental Health. *Current Psychiatry Reports*, 19(11), 77. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1007/s11920-017-0832-4>

Hägström-Nordin, E. (2016). Hbtq. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A.K. (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde*. (s. 208-213.) Lund: Studentlitteratur AB

Kanstrup, C., Mäkelä, M. & Hauskov Graungaard, A. (2017). Women's reasons for choosing abortion method: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46 (8), 835-845

Keim-Malpass, J., Steeves, R., & Kennedy, C. (2014). Internet ethnography: A review of methodological considerations for studying online illness blogs. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1686 – 1692.

Kero, A. (2002) *Paradoxes in legal abortion. A longitudinal study of motives, attitudes and experiences in women and men*. Avhandling, Umeå universitet.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (uppl. 1:2, s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.

Kopp Kallner, H., Gomperts, R., Salomonsson, E., Johansson, M., Marions, L. & Gemzell Danielsson, K. (2015) The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial. *BJOG*, 122(4), 510-517. doi: 10.1111/1471-0528.12982

Johansson, A. (2005). *Narrativ teori och metod: med livsberättelsen i fokus*. Lund: Studentlitteratur.

Lennerhed, L. (2008) *Historier om ett brott*. Stockholm: Atlas

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(3), 542-8. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00862.x.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund Nielsen, B. & Granskär, M. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (uppl. 3:1, s. 211-225) Lund: Studentlitteratur AB

Makenzius, M., Tyén, T., Darj, E. & Larsson, M. (2013). Autonomy and dependence--experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 569-79. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01068

Marshall, C. & Rossman, G.B. (2011) *Designing qualitative research*. London: Sage Publications

Nationalencyklopedin (u.å). *Abort*. Hämtad 12 december, 2018, från: <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/abort>

Paula Bieler. (u.å). Nyheter24. Hämtad från <https://nyheter24.se/paula-bieler>

Petersen, M. N., Jessen-Winge, C., & Møbjerg, A. C. M. (2018). Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBISIRIR-2017-003344*. <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2017-003344>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Salzmann-Erikson, M. & Eriksson, H. (2015). Forskningsdata från cyberrymden: Analys och vägledning utifrån vårdvetenskaplig kunskapsteori. *Nordic Journal of Nursing Research*, 0 (0), 1-7. Doi: 10.1177/0107408315571501.

Sedgh, G., Singh, S., Shah, I., Ahman, E., Henshaw, S. & Bankole, A. (2012) Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 379(9816), 625-632. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61786-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8)

Segesten, K. (2017) Användbara texter. I Fridberg, F. (Red.), *Dags för uppsats*. (uppl. 3:1, s.49-58) Lund: Studentlitteratur AB

SFS 1974:595. *Abortlagen*. Hämtad 21 december, 2018, från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595_sfs-1974-595

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 12 december, 2018, från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Skärsäter, I. & Ali, L. (2012) Att använda internet vid datainsamling. I Henricson, M (red.) *Vetenskaplig teori och metod* (uppl. 1:2, s. 251-265). Studentlitteratur: Lund

Socialstyrelsen (2018, 13 februari) *Vem får utföra abort?* Hämtad 9 Januari, 2019, från: <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/arbetsuppgifter/vem-far-utfora-abort>

Socialstyrelsen (u.å) *Abort*. Hämtad 12 december, 2018, från: <http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/kvinnorshalsaochgraviditet/abort>

SOSFS 2009:15. *Socialstyrelsens föreskrifter om abort*. Hämtad 14 december, 2018, från: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-15>

Svenska barnmorskeförbundet (2018) *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 21 december, 2018, från: <https://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/ny-kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-2/>

Svensson, A. (2017, 18 mars). *Aborträtten i Europa – land för land*. SVT Nyheter. Hämtad 9 Januari, 2019, från: <https://www.svt.se/nyheter/utrikes/abortratten-i-europa-land-for-land>

Sydsjö, A., Josefsson, A., Bladh, M., Muhrbeck, M. & Sydsjö, G. (2012) Knowledge and attitudes of Swedish politicians concerning induced abortions. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 17(6), 438-450 doi: <http://dx.doi-org.libraryproxy.his.se/10.3109/13625187.2012.719656>

Thorstensson, S. & Ekström, A. (2012) Support as a concept and with a focus on childbearing. *Journal of nursing and care*. 1:4, 1-2. doi:10.4172/2167-1168.1000e109

Thörnqvist, I. (2018, 14 december). *Lag om fri aborträtt antagen i Irland*. SVT Nyheter. Hämtad 9 Januari, 2019, från: <https://www.svt.se/nyheter/utrikes/abortratt-for-kvinnor-pa-irland>

Unosson, E. (2014, 17 december) *Nej till samvetsfrihet vid abort*. SVT Nyheter. Hämtad 27 december, 2018, från: <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/smaland/nej-till-samvetsfrihet-vid-abort>

WHO (2004) *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Hämtad 21 december, 2018, från: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68754/WHO_RHR_04.8.pdf?sequence=1

WHO (2012) *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*. Hämtad 14 december, 2018, från: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/9789241548434/en/>

WHO (2018) *Maternal mortality*. Hämtad 28 augusti från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>