



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

JOR508

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	06-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
SIS-kode:	203 JOR508 1 O 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 411

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 18043

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 10

Andre medlemmer i gruppen: 415, 423

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Kvinnens erfaringer og opplevelser i etterkant av en selvbestemt abort: en metasyntese

Women's experiences after an induced abortion: a metanalysis

Kandidatnummer: 411/415/423

Masterstudium i jordmorfag

Fakultet for helse- og sosialfag

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 03.05.2019

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser kvinner hadde i etterkant av en selvbestemt abort.

Problemstilling: Kvinners erfaringer og opplevelser i etterkant av en selvbestemt abort: en metasyntese.

Metode: Denne studien er en metasyntese med en metaetnografisk tilnærming. Etter relevant søk i databaser resulterte det i åtte primærstudier som ble inkludert i studiet.

Resultat: Funnene viste at kvinnene som utførte selvbestemt abort hadde motstridende følelser i etterkant av aborten. Kvinnene erfarte både positive og negative reaksjoner, noe som utgjorde det overordnede temaet: *motstridende følelser*. Å holde aborten skjult kunne føre til negative konsekvenser, mens støtte viste seg å være en relevant faktor for å komme styrket ut av situasjonen.

Konklusjon: Kvinnene hadde individuelle erfaringer og opplevelser i tiden etter aborten. Ulike påvirkningsfaktorer og strategier kunne avgjøre om konsekvensene i etterkant ble negative eller positive.

Nøkkelord: Kvinner, selvbestemt abort, opplevelser, erfaringer, metaetnografi

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to examine what type of experiences women had after an induced abortion.

Thesis question: Women's experiences after an induced abortion: a metasynthesis.

Method: This study is a metasynthesis with a metaethnographic approach. To examine this phenomenon, we searched in relevant bibliographic databases who resulted in eight different studies.

Results: The results showed that the women who performed an induced abortion had conflicting emotions afterwards. The women experienced both positive and negative emotions, which constituted the overall theme: *conflicting emotions*. To keep the abortion as a secret, could lead to negative consequences, but support from others was shown to have a great impact and led to personal growth.

Conclusion: The women had individual experiences after an induced abortion. Different factors and strategies could determine whether the consequences subsequently became negative or positive.

Keywords: Women, induced abortion, experiences, metaethnography

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Hensikt med studien	2
1.3 Avgrensning	2
1.4 Problemstilling	2
2.0 Bakgrunn	3
2.1 Abort	3
2.2 Aborthistoriens utvikling i Norge - Fra dødsstraff til selvbestemt abort	5
2.3 Kvinnehelse i utvikling	6
2.4 Kvinnehelse og reproduktiv helse	6
2.5 Selvbestemt abort - Kvinners rett til å bestemme over sin egen kropp	7
3.0 Teoretisk forankring	8
3.1 Påkjenninger i etterkant av selvbestemt abort	8
3.2 Omsorg ved abort	9
3.3 Kriseteori	9
3.4 Mestringsstrategier	11
4.0 Metode	12
4.1 Metaetnografi som en metasyntese	12
4.2 Kunnskapsbasert praksis	15
4.3 Refleksivitet	15
4.4 Søkestrategi	16
4.5 Inklusjonskriterier	18
4.6 Eksklusjonskriterier	18
4.7 Kvalitetsvurdering av artiklene	19
4.8 Ethiske overveielser	21
5.0 Analysen	21
6.0 Resultat	24
6.1 Motstridende følelser	24
6.2 Positive reaksjoner	25
6.3 Negative reaksjoner	28
7.0 Diskusjon	32
7.1 Resultatdiskusjon	32
7.1.0 Påvirkning	33
7.1.1 Strategier	35
7.1.2 Konsekvenser	37
7.2 Metodediskusjon	40

7.2.0 Intern validitet.....	40
7.2.1 Ekstern validitet	44
7.2.2. Implikasjoner for praksis.....	45
7.2.3 Forslag til videre forskning	46
8.0 Konklusjon.....	47
9.0 Referanseliste.....	48
Vedlegg 1 - Søkehistorikk på oppdatert søk	53
1.	53
2.	53
3.	54
4.	54
5.	55
6.	55
7.	56
8.	56
Vedlegg 2 – Begrunnelse for kvaliteten av artiklene	57
Vedlegg 3 – Eksempel sjekklister	58
Vedlegg 4 – Ekskluderte studier	59
Vedlegg 5 – Flytskjema pilotsøk	60
Vedlegg 6 – Flytskjema oppdatert søk	61
Vedlegg 7 – Eksempel på tekstreduksjon og oversettelse i analysen	62
Tabell 1 – Metaetnografiens 7 trinn	14
Tabell 2 – Analysematrise	20
Tabell 3 – Inkluderte primærstudier og kvalitet	23

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Diskusjonen rundt selvbestemt abort er stor, og mennesker har ulike moralske og religiøse oppfatninger, samt tanker relatert til dette temaet (Stai, 2017). Mellom 2010 og 2014 ble det på verdensbasis utført over 56 millioner selvbestemte aborter hvert år. 45 % av disse abortene ble utført illegalt hovedsakelig i utviklingsland som Asia, Sør-Amerika og Afrika. Selvbestemt abort har derfor på verdensbasis blitt omtalt som et folkehelseproblem fordi dette er noe som berører et stort antall kvinner og kan føre til behandlingskrevende tilstander og i verste fall død (World Health Organization, 2018). I vår vestlige verden vil ikke selvbestemt abort komme under denne kategorien som et folkehelseproblem, men utfordringene knyttet til abort kan sette kvinner som er uønsket gravide i vanskelige livs- og valgsituasjoner. I handlingsplanen i strategi for seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), er det et mål at selvbestemt abort bør forebygges for å sikre at kvinner skal ha kontroll over egen kropp og helse. Nye tall fra folkehelseinstituttet (2018b) viste at det i 2017 ble utført totalt 12733 selvbestemte aborter i Norge, noe som tilsvarer 10,6 aborter per 1000. kvinne. 95,7 % av disse abortene var selvbestemt før utgangen av 12. svangerskapsuke.

Det er i dag mange kvinner verden over som utfører selvbestemt abort og reaksjonene kjennetegnes både som positive og negative i etterkant (Løkeland, 2013). Broen, Moum, Bødtker & Ekeberg (2009) utførte en kvantitativ studie som omhandlet de psykiske korttids- og langtidsreaksjonene som kunne oppstå hos kvinnene i tiden etter en selvbestemt abort. Resultatet av denne studien viste at et stort antall av kvinnene fikk langvarige plager i etterkant, som blant annet angst og depresjon.

Selv etter mer enn 30 år med selvbestemt abort i Norge, er abortspørsmålet fremdeles omstridt. Som både mennesker og samfunnsborgere berører abortsaken de fleste av oss. Abortdebatten har først og fremst dreid seg om lovmessige og etiske sider ved svangerskapsavbrudd, men det har i liten grad blitt fokusert på hvordan kvinnene har det før, under og etter en abort (Huser, 1999). Vi ønsker derfor å utføre en metasyntese som

skal omhandle opplevelser og erfaringer i etterkant av en selvbestemt abort, da det finnes lite kvalitativ forskning som kun tar for seg dette.

1.2 Hensikt med studien

Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser kvinner som utfører selvbestemt abort får i etterkant. Det finnes mye forskning om abort, men det meste er av kvantitativ metode. Det som finnes av kvalitative metoder omhandler hele prosessen både før, under og etter aborten, og lite forskning tar for seg konsekvent erfaringer og opplevelser i etterkant. Det vi ønsker er derfor å få en oversikt over den allerede publiserte forskningen som belyser denne tematikken. Dette kan bidra til en bedre forståelse av hva kvinnene går igjennom, noe som videre kan føre til et bredere fokus på kvinnehelse.

1.3 Avgrensning

Erfaringene og opplevelsene vi har begrenset oss til er det som er relatert til reaksjoner i etterkant av den selvbestemte aborten. Hvis det er påvirkninger fra tiden før og selve hendelsen som har innvirkning på kvinnene i etterkant, er dette også interessant for denne studien. Reaksjoner av positiv eller negativ art er begge relevant, både det som anses som normale reaksjoner og det som kan videreutvikle seg til en psykisk lidelse.

Den type selvbestemt abort som vi tar for oss i vår metasyntese, er begjæringen om selvbestemt abort, der selektiv abort ikke er inkludert.

1.4 Problemstilling

- Kvinner erfaringer og opplevelser i etterkant av en selvbestemt abort: en metasyntese

2.0 Bakgrunn

Under dette avsnittet vil vi komme med en del teori som er sentralt for bakgrunnshistorien innen kvinnehelse. Denne utviklingen har foregått over århundrer og gjorde oss derfor nysgjerrige på hvordan dette har sammenheng med nåtidens syn på kvinnehelse. Dette er med på å gi et grunnlag for hvorfor vi har valgt problemstillingen vår.

2.1 Abort

Abort er en avbrytelse av svangerskapet, og man skiller mellom spontanabort og selvbestemt abort (Johansen, 2017). Her vil vi forklare litt mer i dybden om de forskjellige formene for abort. Dette er for å gi leseren en avklaring på vår begrensning i studien.

Spontanabort er når kroppen selv frastøter fosteret av ulike årsaker og svangerskapet blir dermed avbrutt. Det er en vanlig tilstand, og det er anslått at rundt 10-30 % av alle graviditeter går til grunne. 80 % av de svangerskap som går til grunne, skjer i løpet av de første 12 ukene. Årsaken til aborten kan være kromosomavvik eller genetiske feil som ikke er forenlig med liv (BMJ Best practice, 2018). I andre trimester, etter 12. svangerskapsuke, har spontanabort som regel en annen årsak, som cervixinsuffisiens, infeksjoner eller antifosfolipidsyndrom. Skillet mellom abort og fødsel går ved uke 22 i svangerskapet, eller ved en fostervekt på under 500 gram hvis svangerskapslengden er ukjent. Dersom fosteret er levendefødt, uavhengig av svangerskapslengde, dreier det seg om en fødsel. Symptomene ved spontanabort er kraftig blødning og smerter eller rier (Backe, 2017).

Selvbestemt abort er i følge abortloven § 2 (1976, sist endret 2015):

Finner kvinnen, etter at hun har fått tilbud om informasjon m.v. som nevnt og veiledning etter § 5 annet ledd første punktum, at hun likevel ikke kan gjennomføre svangerskapet, tar hun selv den endelige avgjørelse om svangerskapsavbrudd såfremt inngrepet kan skje før utgangen av tolvte svangerskapsuke og tungtveiende medisinske grunner ikke taler mot det.

Dette er på visse grunnlag som blir beskrevet i abortloven § 5 (1976, sist endret 2015) der:

Begjæringen om svangerskapsavbrudd skal fremsettes av kvinnen selv. Er hun under 16 år, skal den eller de som har foreldreansvaret eller vergen gis anledning til å uttale seg, med mindre særlige grunner taler mot det. Er kvinnen psykisk utviklingshemmet, skal hennes verge på tilsvarende måte gis anledning til å uttale seg.

Selvbestemt abort utføres når en ønsker å avbryte svangerskapet, enten ved bruk av medikamenter eller ved at det utføres et kirurgisk inngrep (Johansen, 2017). Det er forskjellige lover i forskjellige land som sier noe om hvor langt ut i et svangerskap kvinner har mulighet til å ta en selvbestemt abort. I Norge kan kvinnene utføre abort frem til 12. svangerskapsuke, og etter 12. svangerskapsuke må en søke til en nemnd som må innvilge dette (Johansen, 2017; Levels, Sluiter & Need, 2014). En kan selv fremsette begjæring om abort. Kvinnene trenger ikke henvisning fra fastlege, men kan ta direkte kontakt med et sykehus som har gynekologisk avdeling. Når kvinnen kontakter helsepersonellet skal de informere om hvordan aborten gjennomføres og om risiko for komplikasjoner (Helsenorge, 2017).

Medikamentell abort utføres ved at kvinnen får medikamenter som stopper utviklingen av graviditeten og til slutt avstøter kroppen fosteret. Kvinnen får som regel en tablett med *Mifepristone* på gynekologisk poliklinikk på sykehuset. Tabletten inneholder et stoff som hindrer hormonet som bevarer svangerskapet å virke, og dermed stanser den videre utviklingen av svangerskapet. Etter to døgn kommer kvinnen tilbake og får tabletter med *Misoprostol (Cytotec)* satt i skjeden. Tablettene setter i gang sammentrekninger av livmoren, og dermed vil graviditetsproduktene avstøtes. Prosedyren kan utføres på sykehus eller hjemme (Zahl & Bjørge, 2016). Nesten ni av ti selvbestemte aborter blir utført med medikamentell metode (Folkehelseinstituttet, 2018a).

Kirurgisk abort går ut på at legen utfører en utskraping gjennom livmorhalsen via skjeden for å fjerne foster og morkake. Dette er et lite inngrep som kan gjøres i narkose eller ved hjelp av lokalbedøvelse. De aller fleste aborter som utføres i Norge er medisinske aborter. Dette er på grunnlag av større medisinske komplikasjoner ved å få utført en kirurgisk abort (Johansen, 2017).

Selektiv abort eller selektiv fosterreduksjon er en type abort der både ønskede og uønskede foster blir selektert bort etter ønske fra mor, eller terminert på grunnlag av spesifikke egenskaper hos fosteret. De kan enten bli abortert på grunn av sykdom, misdannelser eller diagnoser. I noen tilfeller utføres selektiv abort på grunn av kjønn, men dette er ved restriktive lovbestemmelser. Selektiv fosterreduksjon forekommer hvis kvinnen går gravid i tvilling- eller flerlingsvangerskap, og minst ett av fostrene blir gjenværende (Rebbestad, 2019).

2.2 Aborthistoriens utvikling i Norge - Fra dødsstraff til selvbestemt abort

I følge Kong Christian den femtes lov fra 1687 var abort en dødsstraff. *“Letfærdige quindfolk som deris Foster ombringe skulde miste deris Hals og deris Hoved sættis paa en Stage”* (Austveg, 2006, s. 123).

Denne loven var også gjeldende for spedbarnsdrap, da loven ikke skilte mellom spedbarnsdrap og abort. Dødsstraffen ble stående til 1842, da lovens straff for abort ble straffarbeid i 6 måneder til 6 år. Fra 1889 ble det innført fengselsstraff som ble stående helt til 1964, hvor kvinner som foretok “fosterfordrivelse” fikk fengselsstraff inntil 3 år. Under denne tiden var det også mulig å få utført lovlig abort i Norge, og det var i praksis opp til legen å avgjøre i hvert enkelt tilfelle om det var lovlig grunn til svangerskapsavbruddet. Hvis dette skulle gjennomføres kunne legen selv sette betingelser, slik som at kvinnen måtte gå med på sterilisering eller få psykiatrisk behandling (Austveg, 2006).

På 1930-tallet liberaliserte både Sverige og Danmark sin abortlovgivning, mens Norge beholdt en mer restriktiv lov i ytterlige 30 år. I 1960 ble det vedtatt en ny abortlov, “Lov om svangerskapsavbrudd i visse høve” (Austveg, 2006, s. 123). Det var ingen selvbestemmelse for kvinnene, og den nye loven satte klarere kriterier for når abort kunne foretas, noe som omfattet medisinske, etiske og arvelige årsaker. Sosiale årsaker til abort var ikke et tema. Loven ble praktisert ulikt forskjellige steder i landet på grunn av uklare lovkrav. På denne tiden var også kvinnen avhengig av hvem man møtte i nemnden for å få godkjent abort eller ikke. På bakgrunn av dette kom det i 1975 en ny lov, der sosiale indikasjoner var med, og kvinnen fikk større rett til å søke om abort og å anke etter avslag i nemnd. I 1978 vedtok

stortinget en endringslov til nåværende lovgivning om selvbestemt abort inntil utgangen av 12. svangerskapsuke. Denne loven trådte i kraft 1. Januar 1979. I følge Stenvoll, referert i Austveg (2006, s. 124), «*var dette på hengende håret*» og loven ble vedtatt på stortinget tross store uenigheter. Med denne loven kunne ikke kvinner lenger få fengselsstraff for å ta abort, og abort ble derfor avkriminalisert.

Gjennom 1960- og 1970-tallet var det en betydelig økning i antall abortsøkende kvinner. Det antas at mye av denne økningen ikke skyldtes en faktisk økning av aborttilfellene, men at tidligere illegale aborter nå ble utført innen helsetjenesten. En av de største argumentene for å legalisere selvbestemt abort gjennom historien, har vært knyttet til de kvinnene som ble innlagt med alvorlige følger etter illegale abortinngrep (Birkler, 2014).

2.3 Kvinnehelse i utvikling

Fertiliteten har alltid vært en forutsetning for menneskets vekst og utvikling (Foyn & Tobiassen, 2017). Tidlig på 1900 - tallet fikk kvinner for mange barn for tett, de ble utslitt og var ofte utsatt for komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel. På bakgrunn av dette kom det kunnskap om og tilgang på prevensjonsmetoder, og det ble en del av kvinnesaken. Katti Anker Møller (1869 - 1945) spilte en betydelig rolle i kampen for å bedre kvinners helse, og var en banebryter i forhold til moderskapet og kvinnehelse. Karl Evang (1902 - 1981) var også en som har hatt stor betydning når det kommer til spredning av kunnskap om seksualitet, samliv og prevensjon. Målet var at arbeiderklassens kvinner ikke skulle få livet og helsen ødelagt av mange barnefødsler (Austveg, 2006; Foyn & Tobiassen, 2017).

2.4 Kvinnehelse og reproduktiv helse

I følge FN – sambandet (2019) sin definisjon på reproduktiv helse, innebærer dette det fysiske, mentale og sosiale velværet i forhold til egen reproduksjon. Det inkluderer å ha evne til å få barn, og å ha frihet til å ta og gjennomføre valg i forhold til dette. Begrepet reproduktiv helse har så langt ikke omfattet rett til svangerskapsavbrudd, abort. Man er enige om at abort ikke skal kriminaliseres, noe som betyr at kvinner som tar abort ikke skal straffes og settes i fengsel, men at det skal gis helsetjenester til kvinner som opplever komplikasjoner av abort (Sundby, 2017).

Kvinner tar abort over hele verden og dersom de har bestemt seg for å avbryte et svangerskap, viser erfaringene internasjonalt at det ikke først og fremst er lovligheten av abort som styrer abortforekomsten. Mange av årsakene til svangerskapsavbruddet er manglende støtte fra partner, økonomi eller på grunn av arbeid eller studier. En glemmer også ofte å gi prevensjonsveiledning til kvinner som har hatt abort. Prevensjonsveiledning i forbindelse med abort er en rett kvinnene har, men som de selv kan velge å motta eller ikke (Sosial- og helsedepartementet, 2017).

For å gjøre prevensjon lettere tilgjengelig for kvinnene ble det gitt begrenset rett til forskrivning av hormonelle prevensjonsmidler til jordmødre og helsesøstre. Med en endring av forskriften om legemidler fra apotek i § 2-5 (1998, sist endret 2018) som trådte i kraft 1. januar 2016, fikk de utvidet rett til å rekvirere hormonelle prevensjonsmidler til alle kvinner fra og med fylte 16 år. Dette er med på å gjøre prevensjonsveiledning til et lavterskeltilbud for kvinnene, samtidig redusere antall selvbestemte aborter (Helsedirektoratet, 2015).

2.5 Selvbestemt abort - Kvinners rett til å bestemme over sin egen kropp

Den internasjonale konferansen om befolkning og utvikling som ble holdt i Kairo i 1994, skapte enighet om en handlingsplan vedrørende seksuell helse. Reproduktive rettigheter og reproduktiv helse fikk sitt gjennomslag ved Kairokonferansen etter en lang og omfattende prosess (Austveg, 2006). Selve konferansen dreide seg i stor grad om å skape global enighet om ord og uttrykk innenfor reproduktiv helse, og å gi innhold til disse. Blant annet fikk uttrykkene "seksuell helse" og "reproduktive rettigheter" egne definisjoner.

Det ble også enighet om hvordan verden skal forholde seg til abort som et kvinnehelseproblem, og det ble utarbeidet en egen abortparagraf. Handlingsprogrammets § 8.25, som omhandler selvbestemt abort er oversatt til norsk av FN-sambandet, referert i Austveg (2006, s. 62), og lyder slik:

Ikke i noen tilfeller skal abort fremmes som en familieplanleggingsmetode. Alle regjeringer og relevante mellomstatlige og frivillige organisasjoner, oppfordres sterkt til å styrke sitt engasjement for kvinners helse, og til å behandle de helsemessige følgerne av farlige aborter som et stort folkehelseproblem, og å redusere antallet som tyr til abort, gjennom at prevensjonstjenestene utbygges og styrkes. Forebyggelse av uønskede svangerskap må alltid gis den høyeste prioritet, og alle muligheter må

prøves for å eliminere behovet for abort. Kvinner som er uønsket gravide, skal ha umiddelbar tilgang på troverdig informasjon og omsorgsfull veiledning. Alle tiltak eller endringer i forhold til abort, kan bare bestemmes på det nasjonale eller lokale planet, ifølge den nasjonale lovgivningsprosessen. Der hvor abort ikke er imot loven, skal slik abort være risikofri. I alle tilfeller skal kvinner ha tilgang til tjenester av god kvalitet for behandling av komplikasjoner i forbindelse med abortinngrep. Veiledning, informasjon og prevensjonstilbud skal gis raskt etter aborten, for å hindre ny abort.

Disse rettighetene dreier seg om å slippe uønsket graviditet, å kunne beskytte liv og helse på best mulig måte, og å kunne velge om og når en vil ha barn.

3.0 Teoretisk forankring

Vår teoretiske forankring vil være med på å danne grunnlag for vår studie. Resultatene fra analysen åpnet opp for hvilken teori som skulle anvendes og vil være med på å gi en dypere forståelse for omfanget av resultatene i studien. Dette ble sett på som relevant ut i fra vår hensikt, problemstilling og resultat.

3.1 Påkjenninger i etterkant av selvbestemt abort

Abort foregår over hele verden, og det kommer alltid til å være en del av kvinners liv (Austveg, 2006). World health organization (2014) har utarbeidet en veileder om trygge aborttjenester, og inneholder informasjon og veiledning om psykisk støtte til de som tar abort. I følge Austveg (2006) kan kvinner få vonde ettervirkninger etter utførelse av selvbestemt abort. Det trenger derfor ikke å være en endring av abortpraksisen, men i stedet en bedre oppfølging av de kvinnene som har spesielle behov i etterkant.

I forbindelse med utførelse av abort kan det føre til sterke følelser og reaksjoner som skyldfølelse, sorg, skam, angst og depresjon. Dette er også normale reaksjoner som kan oppstå både før, under eller etter utførelsen. Det er viktig å understreke at det kan være flere faktorer som spiller inn på kvinnenens reaksjoner i ettertid, da noen kan ha hatt en dårligere psykisk helse på forhånd (Hede, Lekander, Lodalen & Yderberg, 1994).

Det er sentralt å skille mellom normale og unormale reaksjoner i etterkant, der både intensiteten, varigheten og hyppigheten spiller en avgjørende rolle for hva slags reaksjon man kan vente. De aller fleste som ender opp med en psykisk lidelse etter en påkjenning, har hatt en naturlig reaksjon på påkjenningen først. Det er viktig å ikke sykeliggjøre normale reaksjoner, og på den andre siden er det fare for å overse en psykisk lidelse. I hvilken grad man tenker at man har skyld i påkjenningen, burde ha unngått den eller gjort noe annerledes, bidrar til å ta hendelsen mer alvorlig. Typisk er tap og opplevelsen av å ha skyld som medfører tristhet og psykisk smerte. Sorgfølelse er den normale reaksjonen på tap av noen som står en nær, men alvorlighetsgraden av en påkjenning er også til en viss grad subjektiv (Reichelt, 2012).

3.2 Omsorg ved abort

Helsepersonell sine oppgaver ved en abort er varierende, spesielt med tanke på årsakene til inngrepet. Det er viktig å være støttende til kvinnen når hun har besluttet seg for abort. Kvinnene bør derfor bli møtt med forståelse og beslutningen for å ta abort bør bli respektert. Flere faktorer spiller inn for at dette er viktig, men støtte kan bidra til at kvinnen lettere får bearbeidet reaksjonene i ettertid av aborten. En god dialog er derfor vesentlig for at kvinnen og eller paret skal oppleve mestring i ettertid (Jerpseth, 2017).

Informasjon om prosedyren, gjøre pasienten oppmerksom på endringer i kroppen og eventuelle psykiske reaksjoner som kommer i ettertid, er sentralt å informere om fra helsepersonellet sin side. Å gjenskape mening kan være at en gjenoppretter opplevelsen av verdi, innhold, sammenheng og betydning. Dette er viktig fordi det kan hjelpe på å få motivasjon som kan føre til at valg kan tas og handling kan utføres. Å lytte, være støttende og å være til stede når pasienten åpner seg er en kommunikativ utfordring, men også en måte å hjelpe pasienten å bearbeide og kanskje oppnå mestring (T. Eide & Eide, 2007).

3.3 Kriseteori

Graviditet eller abort kan oppleves som en stor endring i livet og føre til en krise. En krise kan omtales som alvorlige og vanskelige livshendelser, som sykdom, traumer, katastrofer, vold, tap, dødsfall eller andre store endringer. Mennesker i krise har ofte behov for støtte,

medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. God kommunikasjon kan hjelpe å bearbeide reaksjoner og mestre opplevelsen av krisen bedre (T. Eide & Eide, 2007).

Gjennom Johan Cullbergs (1989) kriseteori kan vi forklare hvordan kvinner kan oppleve selvbestemt abort som en krise. Vi vil dra paralleller fra denne kriseteorien videre i diskusjonsdelen i vår metasyntese.

En krisetilstand kan oppstå når vi opplever en livssituasjon der tidligere erfaringer og reaksjoner ikke er gjenkjennelige og man ikke klarer å beherske den aktuelle situasjonen. Kriser som utløses av livssituasjoner, deles inn i traumatisk krise og utviklingskrise. En traumatisk krise kommer av ytre faktorer, mens en utviklingskrise utløses av hendelser som ofte er veldig nært og tilhører dagliglivet, slik som å få barn eller komme i en situasjon der man utfører selvbestemt abort. Hvordan mennesker reagerer i en slik situasjon er individuelt. Cullberg (1989) refererer til at ulike erfaringer man tilegner seg i oppveksten, har en innvirkning på hvordan man løser vanskeligheter i voksenlivet. Hvilken livssituasjon man står i og det sosiale nettverket er også med på å bestemme hvordan kriser løses. Man kan dele kriser inn i fire forskjellige faser. Disse fasene er: *sjokkfasen*, *reaksjonsfasen*, *bearbeidingsfasen* og *nyorienteringsfasen*.

Sjokkfasen kan vare fra et lite øyeblikk til noen døgn. I denne fasen er det ofte ikke mulig for den enkelte å ta innover seg det som har skjedd og å få bearbeidet det. Det kan hende at personen i denne fasen glemmer hva som har blitt sagt, og det er derfor viktig at man får repetert informasjonen ved en senere anledning. Dette er for eksempel spesielt viktig når helsepersonell gir medisinsk informasjon til den det gjelder.

Reaksjonsfasen varer vanligvis ikke mer enn 4-6 uker. Det kommer ofte opp spørsmål som «hvorfor meg» og at det er urettferdig. Man prøver gjerne i denne fasen «å finne en mening» i den kaotiske situasjonen. *Sjokkfasen* og *reaksjonsfasen* utgjør til sammen krisens akutte fase. Sorgreaksjoner er en viktig del av den akutte krisen. Selvforkastelse, selvdestruktivitet og å distansere seg fra andre er faktorer som gjør denne fasen vanskelig. Dette kan føre til en mer utfordrende vei mot bearbeidelsen.

Bearbeidingsfasen er når den akutte fasen er over og bearbeidingen starter. Denne fasen varierer i lengde, men kan variere fra et halvt år til ett år etter sjokket. I denne fasen begynner man å se fremover og er åpen for nye erfaringer.

Nyorienteringsfasen er den siste fasen. Det er ikke en avslutning, men man lever med et minne som ikke forsvinner eller som hindrer normale levevaner. Det trenger ikke å bety at krisen er ferdig, for tilbakefall kan oppstå og man kan kjenne på følelsene på nytt. Det vil si at denne fasen varer livet ut (Cullberg, 1989).

3.4 Mestringsstrategier

Ut ifra våre resultater ser vi det hensiktsmessig å se disse opp i mot Richard Lazarus' (2006) mestringsstrategier, noe som også blir drøftet i diskusjonskapittelet.

Hvordan mennesker takler uventede situasjoner er forskjellig. Lazarus og Folkman utviklet en mestringsmåling med åtte ulike mestringsfaktorer i samarbeid med en rekke andre forskere. Faktorer som konfronterende mestringsstrategi, distansering, selvkontroll, oppsøking av sosial støtte, aksept av ansvar, flukt/ungåelse, planlagt problemløsning og positiv revurdering ble sett i sammenheng med mestringsstrategier. De ulike mestringsfaktorene munner ut i to forskjellige mestringsstrategier som har to hovedfunksjoner, problemfokuserert mestringsstrategi og følelsesfokuserert mestringsstrategi. Ved den problemfokusererte mestringsstrategien vil personen som opplever en hendelse som er vanskelig primært aktivt løse problemet ved å innhente informasjon, for deretter å foreta handlinger, lage handlingsplan eller prøve å få hjelp fra andre. Slik fokuserer en på den aktuelle situasjonen man ønsker å endre, enten ved å avslutte eller løse problemene knyttet til situasjonen.

Den følelsesfokusererte funksjonen er rettet mot regulering av følelsene sett i sammenheng med den stressende situasjonen. Emosjonsfokuserert mestringsstrategi er ikke å forandre selve problemet direkte, men å endre opplevelsen av det. Man kan for eksempel benekte alvoret i situasjonen eller la være å tenke på problemet ved å distansere seg. En kan gjøre noe med sin egen opplevelse av situasjonen ved å forandre noe av meningen med problemet. Dette innebærer at en forandrer, tolererer eller reduserer intensiteten i det de føler, slik at en opplever å ha kontroll over både seg selv, følelsene eller situasjonen. En kan enten vise

stolthet, tro at noe godt vil komme ut av situasjonen eller holde følelsene for seg selv og håpe på et under. På den måten kan de negative følelsene og reaksjonene dempes (Kalfoss, 2017; Lazarus, 2006).

4.0 Metode

En metode er hvilken struktur forskeren bruker for å samle og analysere datamateriale for å kunne besvare et forskningsspørsmål. Hvilket forskningsspørsmål man har er relevant for hvilken metode som blir valgt (Polit & Beck, 2017). Vårt forskningsspørsmål handler om kvinners erfaringer og opplevelser i etterkant av en selvbestemt abort. Dette kan hjelpe oss som forskere med å få en bedre forforståelse for hvorfor kvinnene handler som de gjør. Spørsmål som retter seg mot menneskers opplevelser, erfaringer og holdninger er kvalitative spørsmål. På bakgrunn av dette vil kvalitative primærstudier nyttiggjøre seg for å kunne besvare vår problemstilling (Malterud, 2017a).

4.1 Metaetnografi som en metasyntese

Metoden som er valgt er en kvalitativ metasyntese. I følge Polit & Beck (2017) er terminologien *metasyntese* et fellesbegrep for metodologiske tilnærminger som utvikler ny kunnskap som er basert på en stringent analyse av allerede eksisterende forskning på området. Metasyntese er en systematisk tilnærming, men i motsetning til en systematisk oversikt vil en metasyntese ha som mål å være noe annet enn bare en sammenfatning eller oppsummering av tidligere forskning som allerede er tolket og vurdert (Malterud, 2017a). Karakteristisk ved en metasyntese er at man samler data og plukker det fra hverandre, for så å få et overblikk over hva som er meningsfylt materiale. Når dette er gjort, skal man på en eller annen måte sammenfatte det meningsfylte materialet ved å tolke dette på sin egen måte og skape en ny helhet. Ved en metasyntese ser man derfor ikke kun på innholdet i materialet, men gir også innholdet en mening. Hvordan man sammenfatter, eller syntetiserer materialet er avhengig av hvilken tilnærming man bruker og det finnes 6 ulike måter å gjøre dette på. Vi har valgt å bruke Noblit & Hares metaetnografi som tilnærming (Polit & Beck, 2017).

Noblit & Hare (1988) hevder at metaetnografien er fast basert på tolkningsparadigmet. Det vil si at metoden ikke bare fokuserer seg på sammenslåing av data, men at man også fortolker. Tilnærmingen er en form for systematisk sammenligning hvor man oversetter studier til hverandre. Samlingen av disse oversettelsene utgjør en metaetnografisk syntese hvor man ved hjelp av sine egne fortolkninger skaper en ny forståelse av fenomenet. Dette blir sett på som en dynamisk prosess, hvor syntesen blir utviklet gjennom prosessen.

Alt i alt er tilnærmingen en 7-trinnsprosess hvor de første tre trinnene går ut på å definere fenomenet som skal studeres, bestemme hvilke primærstudier som er relevant i forhold til forskningsspørsmålet for deretter å nøye lese igjennom studiene som er valgt ut. Fra trinn 4 begynner selve analyseprosessen. Her skal man finne ut hvordan studiene er relatert til hverandre ved å finne fellestrekk på tvers av studiene. Så skal man oversette studiene til hverandre som gir mulighet for sammenlikning for å finne beslektede tema. Deretter skal oversettelsene syntetiseres hvor man lager en ny helhet av fenomenet som har blitt skapt av egne fortolkninger. Siste trinn er å formidle syntesen i tekst, hvor man gjengir den nye oversettelsen. Alt dette er en induktiv prosess, hvor vi ut ifra våre observasjoner trekker slutninger (Noblit & Hare, 1988). Tabell 1 er en oversikt over vår fremgangsmåte i metaetnografiens 7 trinn.

Tabell 1 - Metaetnografiens 7 trinn

7-trinnsprosessen	Vår prosess
1. Oppstart	Her diskuterte vi oss frem til et tema og fikk definert vår problemstilling. Videre fulgte utvikling av avgrensningskriterier før vi startet søkeprosessen i forskjellige databaser i samarbeid med bibliotekar (se vedlegg 1)
2. Utvelgelse	Gjennomføring av et pilotsøk og et oppdatert søk med bibliotekar som til sammen ga 1081 treff. Titler og abstrakt ble gått igjennom for videre utvelgelse av 8 primærstudier som var relevant for problemstillingen. Se vedlegg 5 og 6 for flytskjema.
3. Granskning og kritisk vurdering	Granskning av de inkluderte primærstudiene som senere ble kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister og deretter sendt til videre analyse (tabell 2).
4. Oversikt over hvordan studiene er koblet sammen	Nøkkelmetaforer ble ekstrahert fra det empiriske materialet i hvert enkelt primærstudie. Indeksartikkel ble utvalgt og foreløpige temaer diskutert. Videre førte vi primærstudiene med medfølgende nøkkelmetaforene inn i en matrise med foreløpige temaer for å få oversikt.
5. Oversette studiene til hverandre	Organisering og tekstredusering av nøkkelmetaforer ble gjort. Det ble sett sammenhenger mellom likheter og ulikheter på tvers av studiene.
6. Syntetisering	Ved bruk av resiprok oversettelse fikk vi en ny tolkning som ga oss overordnede oversettelser med ett overordnet tema og to undertemaer som resultat for diskusjon (Tabell 3).
7. Resultat	Resultatene i temaene ble her formidlet i tekst.

4.2 Kunnskapsbasert praksis

I vår studie vil vi jobbe kunnskapsbasert som innebærer å bruke allerede eksisterende forskning i stedet for å forske på egenhånd. Kunnskapsbasert praksis er en kombinasjon av forskningsbasert-, erfaringsbasert- og brukerbasert kunnskap hvor dette settes sammen i en kontekst. Denne konteksten knyttes blant annet opp mot forståelse, kultur, etiske forhold, prioriteringer og politikk. Det vi ønsker med dette er å frembringe kunnskap fra allerede eksisterende forskning og om hvordan dette kan anvendes i praksis (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012).

Når man jobber kunnskapsbasert er det avgjørende å ha et velformulert og fokusert spørsmål som kan besvare vår problemstilling. For at man strukturert skal kunne søke etter ønskede data, er PICO-skjemaet et velanvendt verktøy for å formulere en god problemstilling som er grunnlaget når man skal søke forskningslitteratur. PICO er en måte å dele opp spørsmålet på og klargjøre dette for litteratursøk, utvalgelse og vurdering av litteraturen. Vi brukte et PO-skjema da vår problemstilling ikke er ute etter en intervensjon eller å sammenlikne et tiltak (Polit & Beck, 2017).

P – Pasient/problem: Hvem handler det om?

Kvinner som har fått utført en selvbestemt abort

O – Utfall (outcome): Og hva er utfallet, eller hva ønsker vi å oppnå?

Erfaringer og opplevelser i etterkant av en selvbestemt abort.

4.3 Refleksivitet

I kvalitativ forskning brukes refleksivitet for at forskerne skal beskytte seg selv mot at egenopplevde situasjoner og synspunkter kan påvirke beslutninger som tas. Dette er en prosess hvor man reflekterer og vurderer underveis verdier som kan ha en innvirkning på forskningsprosessen. Det finnes flere strategier for hvordan man kan opprettholde refleksivitet og avgrense subjektivitet, og den mest kjente strategien er å skrive en fortløpende dagbok.

I oppstartsfasen skrev vi ned vår forforståelse rundt temaet for å bevisstgjøre hvilke syn og fordommer vi hadde opp mot selvbestemt abort. Ingen av forskerne har tidligere opplevd selvbestemt abort, noe som vi anser som en fordel her. Gjennom utdannelsen har vi deltatt i prosessen med selvbestemt abort og gjort oss opp mange meninger og reflektert over situasjonene vi har stått i. Allikevel har vi lite erfaring rundt dette temaet, selv om de erfaringene vi hadde var en grunnmur for hvorfor vi valgte temaet. Vi har forsøkt gjennom analyseprosessen å sette våre egne perspektiver til side, for å få en riktig tolkning av datamaterialet (Polit & Beck, 2017).

4.4 Søkestrategi

Etter å ha formulert en problemstilling, begynte vi å lage inklusjons- og eksklusjonskriterier både for å forenkle søkeprosessen, men også for å få så spesifikke søk som mulig. For å få et godt søk er formulering av riktige søkeord, å forhåndsbestemme utgivelsesår på forskningen man søker, språk og ønskede studietyper hensiktsmessig. Når det gjelder utgivelsesår på forskning, så varierer dette på hva slags tema man søker og hvor mye forskning det er på dette området fra før. På vårt tema har vi ikke satt noen tidsramme på utgivelsesår, da vi ønsker å få et så bredt spekter som mulig. Når dette forhåndsarbeidet er gjort kan søkeprosessen starte og her kan man både gjøre referansesøk eller databasesøk og få hjelp av bibliotekar som har god kjennskap til databasene og søking (Forsberg & Wengström, 2015), vi valgte en kombinasjon av dette.

Bibliografiske databaser er de viktigste kildene for systematiske litteratursøk (Malterud, 2017a). Vi startet søket gjennom helsebibliotekets (2018) anbefalte helsefaglige databaser som også er godkjente databaser fra vår høgskole. Deretter fortsatte vi med flere databaser som skolen har tilgang til. Dog var det ikke kjøpt lisens på "maternity and infant care" på vår høgskole, noe som kan gjøre at man mister flere publiserte studier. Samtidig har denne databasen det samme grensesnittet som Pubmed og Medline, slik at man kan regne med at mange av de samme artiklene allerede er funnet der. De databasene der vi fant relevante studier var MEDLINE, PubMed, Embase, PsycINFO, AMED, JBI og BNI som alle inneholder et bredt spekter av medisinsk og jordmorfaglig forskning (Helsebiblioteket, 2018; Polit & Beck, 2017).

Det meste av publisert forskning innen medisin og helsefag er skrevet på engelsk som gjør det lett forståelig for de aller fleste, og det kan derfor virke unaturlig å lese studier på andre språk enn det man behersker. I noen databaser kan abstraktet være skrevet på engelsk, selv om den aktuelle studien er skrevet på et annet språk. Hvis man vurderer en studie på et fremmedspråk til å være aktuell, kan man få hjelp av kyndige til oversetting av teksten. Uansett skal man gjøre en god vurdering om studien skal inkluderes eller ikke. Her må man være sikker på at oversettelsen og språklige nyanser er korrekt, slik at budskapet og teksten i den inkluderte studien blir forstått. Ved misforståelse kan dette ha store konsekvenser for resultatet i studien (Malterud, 2017a). I denne studien har det ikke vært nødvendig å oversette studier fra andre språk, dette på grunnlag av at de artiklene vi har funnet på andre språk, enten ved tittel eller abstrakt, ikke har møtt våre inklusjonskriterier.

Vi startet søkeprosessen med et pilotsøk der vi brukte de relevante søkeordene vi hadde utformet ut ifra vår problemstilling, og koblet sammen disse ved å skrive OR eller AND for å snevre søket. Søkeordene våre var en kombinasjon av fritekst-søkeord og MeSH-termer. Mesh-termer (medical subject headings) er i følge Forsberg og Wengström (2015) en synonymordliste som allerede finnes i utvalgte databaser, som også har underordnede termer som kan kombineres for å spesifisere et søk. Dette søket ga oss et visst utvalg studier og vi gikk derfor gjennom alle overskriftene for å se om dette kunne være relevant for vår oppgave. Hvis overskriftene var relevant gikk vi deretter inn for å se etter land for utgivelse og hvis dette møtte kriteriene leste vi abstraktet. Hvis abstraktet oppfylte deler av våre inklusjonskriterier, ble studien tatt opp i fulltekst for vurdering. Hvis ikke databasen hadde studien tilgjengelig i fulltekst, søkte vi opp tittelen i Google Scholar som er en fritt tilgjengelig søkemotor med tilgang på fulltekstdokumenter av vitenskapelig litteratur. Noen studier fantes heller ikke i fulltekst hos Google Scholar, da brukte vi skolebibliotekets søkemotor og fikk bestilt studien i papirformat eller tidsskrift. En av artiklene vi fant aktuell var en kvalitativ systematisk oversikt. I denne utførte vi et referansesøk som resulterte i at vi inkluderte tre primærstudier (Polit & Beck, 2017).

Senere i prosessen etter å ha vært på nytt søkekurs med bibliotekar, gjorde vi et oppdatert litteratursøk for å sørge for at vi fikk med så mange relevante studier som mulig. Vi ble anbefalt å bruke et filter som finnes i noen av databasene for å filtrere ut alle studier som

ikke var kvalitative. Denne metoden ble brukt i noen av databasesøkene der dette var et alternativ. De samme søkeordene ble også brukt i dette oppdaterte søket. Til sammen ga søkene oss 8 inkluderte primærstudier. Søkeshistorikken kan ses i vedlegg 1.

4.5 Inklusjonskriterier

Metasynthesen omhandler kvalitative primærstudier som inkluderer kvinners erfaringer og opplevelser etter en legal selvbestemt abort. Dersom studier som anvender mixed method som metode blir funnet, kan disse inkluderes hvis det er mulig å ekstrahere kvalitative funn fra disse. Alle artiklene skal omhandle friske kvinner i fertil alder. Vi har valgt å inkludere studier som har studert kvinnes erfaringer og opplevelser i etterkant av en selvbestemt abort uavhengig av abortmetode. På dette grunnlaget har vi med både kirurgisk og medisinsk abort og vil med dette få et større omfang av studier å velge mellom.

Vi inkluderer studier som tar for seg selvbestemt abort helt opp til svangerskapsuke 18, grunnlaget for dette er at abortlovgivningen er ulik i forskjellige land (Rahman, Katzive & Henshaw, 1998). For å nå over alle relevante studier som kan svare på vår problemstilling, har vi ikke satt noen begrensning på når artiklene er skrevet eller publisert, da erfaringer og opplevelser til abort har vært et kjent tema i mange år.

4.6 Eksklusjonskriterier

Vi ekskluderer studier som har hovedfokus på spontanabort eller der årsaken til aborten er incest eller voldtekt. Dette er for å få et tilnærmet likt utgangspunkt hos kvinnene, da spontanabort ikke er et valg kvinnen selv tar. Studier der anomaliteter hos foster er årsaken til selvbestemt abort, samt studier der kvinnen har utført selektiv abort vil også bli ekskludert.

Studier fra Afrika, Asia eller Sør-Amerika er ekskludert fordi de kulturelle forskjellene er store i forhold til norsk kultur i syn av motvillighet ved utførelse av abort, utførelse av utrygg abort og sterke fordommer (Leger uten grenser, 2019). På bakgrunn av dette kan derfor psykisk helse knyttet til abortspørsmålet få et annet utfall satt i en slik kontekst. Disse kontinentene er også preget av en dominerende religion som bidrar til strenge lover og totalforbud ved utførelse av selvbestemt abort (International planned parenthood federation, 2012). Studier

fra USA er også ekskludert fordi kvinnene må ha helseforsikring for å få utført abort, samt at det er store forskjeller i abortlovgivning i de forskjellige statene (Anusha, 2018). Dette kan bidra til utrygge abortinngrep på bakgrunn av store økonomiske ulikheter, som videre kan ha en betydning for kvinnenes erfaringer og opplevelser i etterkant (Krizan, 2018).

4.7 Kvalitetsvurdering av artiklene

Kvalitetsvurdering av inkluderte studier i en metasyntese er mye diskutert. Noen mener at slik vurdering ikke skal gjøres i det hele tatt på inkluderte primærstudier i en metasyntese, andre mener at kun metoden skal kvalitetsvurderes og en tredjepart ønsker at kun resultatene skal vurderes. Om metodekvaliteten i en studie er god, vil ikke dette definere kvaliteten av innholdet i studien (Malterud, 2017a). Pope, Mays & Popay (2007) mener at kvalitetsvurdering er viktig da kvaliteten av studiene eller andre bevis kan påvirke både resultatet i primærstudien eller konklusjonen etter syntetiseringen. Det er også uenighet om kvalitetsvurdering skal gjøres før syntetiseringen eller gjennom prosessen. Noblit & Hare (1988) mener i sin metaetnografi, at verdien i studiene kan bli synlig kun under selve synteseprosessen og at derfor kan studier som blir sett på som svake ha blitt implementert.

Til tross for at dette temaet er mye omdiskutert, har vi som førstegangs forskere valgt å kvalitetssikre arbeidet ved å gjøre vår studie så systematisk som mulig. De primærstudiene som møtte våre inklusjonskriterier og var relevante i forhold til problemstillingen ble vurdert av samtlige av oss før de ble tatt opp for videre vurdering med sjekklister. Det finnes mange sjekklister for kvalitetsvurdering av kvalitative primærstudier, vi valgte å bruke Folkehelseinstituttet (2011) sin versjon som gir en helhetsvurdering av primærstudiene. Ut ifra hvordan man vurderer studiene, kan de få enten lav, middels eller høy kvalitet. Vi vurderte samtlige av våre studier til å ha høy kvalitet, se tabell 2 for en oversikt over de inkluderte studiene, samt kvalitetsvurderingen av disse. En av studiene som ble inkludert var av mixed-method, som inneholder både en kvalitativ og kvantitativ del i studien (Polit & Beck, 2017). Her valgte vi å bruke sjekklister kun på den kvalitative delen, da den kvantitative delen ikke var relevant for vår oppgave. I vedlegg 2 Finnes også en begrunnelse for kvaliteten av artiklene. I vedlegg 4 kan begrunnelse for ekskluderte studier ses.

Tabell 2 – Presentasjon av inkluderte primærstudier

Forfatter, tittel, land og årstall	Metode	Hensikt med studien	Hovedresultat	Kvalitet
<i>Kathryn Dykes, Pauline Slade & Annette Haywood</i> "Long term follow-up emotional experiences after termination of pregnancy: Women's views at menopause" England 2010 *Indeksartikkel	Kvalitativ studie der det var utført intervju med 8 kvinner fra England. Kvinnene ble intervjuet minst 10 år (gjennomsnitt 24 år) etter utførelse av selvbestemt abort	Hensikten med studien var å undersøke kvinnenes langsiktige erfaringer og perspektiver etter avslutning av svangerskap. Kvinnene hadde kommet i overgangsalderen da studien ble utført	Overgangsalderen ble sett på en refleksjonstid, og flere hadde negative tanker rundt tidligere avslutning av svangerskap. Følelser som tap, skam og frykt var dominerende, spesielt tankene der ønsket om flere barn var uoppfyllt	Høy
<i>Aléx & Hammarström</i> "Women's experiences in connection with induced abortion - a feminist perspective" Sverige, 2004	Kvalitativ studie der det var utført intervju med 5 kvinner fra Sverige 1 måned etter utført selvbestemt abort	Hensikten med studien var å undersøke kvinner sine erfaringer av selvbestemt abort fra et feministisk perspektiv. Studien har tatt for seg kvinnenes erfaringer under prosessen ved valget av å utføre aborten, erfaringer med selve aborten og erfaringer i ettertid.	Studien viste at kvinnene etter utførelse av abort følte på lettelse, stolthet over egen kropp, ambivalens og modenhet. Noen av kvinnene kjente også på gleden over å være fruktbar, og at kroppen var i stand til å bære frem et barn.	Høy
<i>Kero, Högberg & Lalos</i> "Wellbeing and mental growth—long-term effects of legal abortion" Sverige 2004	En kombinert Kvalitativ og kvantitativ studie. 58 svenske kvinner ble intervjuet 4 og 12 måneder etter utførelse av abort. Spørreskjema ble også brukt for å kartlegge deres levestandard, årsak til beslutning og følelser om graviditet og abort.	Hensikten med studien var å kartlegge kvinnenes reaksjoner, følelser og holdninger knyttet til tiden etter abort.	De fleste kvinnene opplevde ikke sterke følelsesmessige reaksjoner 1 år etter utførelse av abort. Noen av kvinnene opplevde ulike psykiske reaksjoner i ettertid som ble påvirket av religion, mangel på barnefars støtte og lite tilgang på økonomiske og sosiale ressurser som årsak til å utføre abort.	Høy
<i>Goodwin & Ogden</i> "Women's reflections about their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time" England, 2007	Kvalitativ studie der det var utført dybdeintervju av 10 kvinner som hadde fått utført selvbestemt abort mellom 1 og 9 år.	Hensikten med studien var å undersøke emosjonelle endringer over en lengre periode etter en selvbestemt abort.	Mange av kvinnene opplevde endringer i reaksjonene flere år etter aborten. Noen kjenner fortsatt på sorg, nedstemthet og skam, mens andre var lettet over valget.	Høy
<i>Haldén, Christensson & Olsson</i> "Early abortion as narrated by young Swedish women" Sverige, 2009	Kvalitativ studie der det var utført intervju med 10 kvinner fra Sverige mellom 18-20 år 2-6 uker etter utførelse av selvbestemt abort	Hensikten med studien var å belyse unge svenske kvinners meninger rundt utførelsen av selvbestemt abort	Kvinnene beskrev tiden etter abort som en uvirkelig hendelse som hadde skjedd, lettelse og så frem til å få tilbake et normalt liv. De hadde også tanker om hvordan barnet kunne ha blitt. De beskrev deres fremtidige evne til å bli gravid som tvilsom.	Høy
<i>Stålhandske, Ekstrand & Tydén</i> "Existential experiences and strategies in relation to induced abortion: An interview study with 24 Swedish women" England 2011	Kvalitativ studie der det var utført intervju av 24 svenske kvinner. Kvinnene hadde utført selvbestemt abort for 1 og 9 år siden	Hensikten med studien var å fokusere på de eksistensielle aspektene som svenske kvinner har i forhold til abort. Studien tar for seg valget om å ta abort og tiden etter aborten.	Mange av kvinnene opplevde tiden etter aborten som en prosess hvor man utviklet seg og ble mer moden. Flertallet av kvinnene hadde vanskeligheter med å uttrykke og håndtere de eksistensielle problemene som kunne oppstå i forbindelse med abort	Høy
<i>Mukkavaara, Öhrling & Lindberg</i> "Women's Experiences after an Induced Second Trimester Abortion" Sverige 2011	Kvalitativ studie der det var utført intervju av 6 kvinner fra Sverige 1-4 måneder etter selvbestemt abort i 2. trimester	Hensikten med studien var å undersøke kvinnenes erfaringer under utførelse av selvbestemt abort og i etterkant av prosedyren. Aborten ble utført mellom svangerskapsuke 12 - 18 (Lovlig med selvbestemt abort i Sverige frem til uke 18)	Kvinnene erfarte psykisk smerte som angst, depresjon og urolighet under selve abortprosedyren. Disse reaksjonene vedvarte også i tiden etter aborten, og var beskrevet som emosjonelle forstyrrelser/reaksjoner og følelsesmessige traumer. De beskrev også tiden etter aborten som tung, selv om beslutningen ved å ta abort var deres egen.	Høy
<i>Astbury-Ward, Parry & Carnwell</i> "Stigma, Abortion, and Disclosure—Findings from a Qualitative Study" England 2012	En kvalitativ studie der det er utført semistrukturert intervju med 17 kvinner som hadde utført selvbestemt abort i Storbritannia.	Hensikten med studien var å undersøke hvordan kvinnene opplevde tiden under og etter abort.	Alle kvinnene i studien anerkjente abort som sosialt uakseptert. De møtte også negative og dømmende helsepersonell med dårlige holdninger. De fleste kvinnene følte seg svært alene rundt situasjonen, og hadde få mennesker å snakke med i etterkant. Det at så få av kvinnene fikk mulighet til å snakke om aborten i etterkant hadde uten tvil negative implikasjoner for deres mentale og psykologiske velvære	Høy

4.8 Ethiske overveielser

Før man begynner arbeidet med en litteraturstudie skal man overveie etiske aspekter. Det er utgitt etiske standarder for god medisinsk forskning om hvordan man skal overholde respekt for mennesker og beskytte deres integritet (Malterud, 2017b). Innenfor de etiske standardene gjelder dette også at juks og uærlighet ikke skal forekomme, og i følge Forsberg & Wengström (2015, s. 59) defineres dette som:

Fabrikkering av data, tyveri eller plagiat av data, hypoteser eller metoder uten angivelse av kilde eller forvringning av forskningsprosessen på annet vis, for eksempel gjennom feilaktig inklusjon eller eksklusjon av data eller gjennom misvisende analyse av data som forvrenger tolkningen.

På bakgrunn av at vi skal gjennomføre en litteraturstudie må vi ta hensyn til disse etiske overveielserne. Vi er ikke pliktige til å søke godkjenning fra instanser da vi bruker allerede eksisterende forskning og ikke er brukere av sensitive opplysninger, men allerede aidentifisert materiale (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2015). Det som er hensiktsmessig å gjøre, er at vi gjennom utvelgelsen av studier har valgt studier som har godkjenning fra etiske instanser og der etiske overveielser er blitt gjennomført (Forsberg & Wengström, 2015).

5.0 Analysen

Metaetnografiens analyse er en kompleks og fortolkende prosess hvor man med omhu velger ut det som skal gi en ny mening, men likevel bevarer det primære meningsinnholdet (Noblit & Hare, 1988).

Først leste vi hver enkelt primærstudie gjentatte ganger på egenhånd, der vi hovedsakelig fokuserte på resultatdel, men også hadde et godt overblikk på teori- og diskusjonsdel. Gjennom denne prosessen markerte hver enkelt av oss nøkkelmetaforer i primærstudiene som vi mente var relevant i forhold til vår problemstilling. I følge Noblit & Hare (1988) trenger ikke nøkkelmetaforer kun å være en metafor, men et materiale som gir mening. I etterkant ble alle studiene diskutert der vi i fellesskap kom frem til en indeksartikkel. Denne

indeksartikkelen utmerket seg ved at den inneholdt et bredt og varierende datamateriell, både i form av metaforer og beskrivende resultat (Malterud, 2017a). Denne ble derfor utgangspunktet for videre analyse. Vi satte opp foreløpige temaer som vi tenkte de utvalgte nøkkelmetaforene kunne passe inn. Vi ga ikke disse temaene et spesifikt navn, men endte opp med foreløpige temaer som: negative reaksjoner, positive reaksjoner, skam og skyld, og «ikke påvirket». Etterhvert satte vi opp en matrise med oversikt over hver enkelt primærstudie horisontalt. Indeksartikkelen ble satt lengst til venstre som et utgangspunkt. I de vertikale kolonnene lagde vi båser for de ekstraherte nøkkelmetaforene fra resultatdelen i hver enkelt primærstudie. Hver bås representerte de foreløpige temaene.

Etterhvert som vi jobbet oss horisontalt, tok vi for oss en og en primærstudie, slik kunne vi organisere og tekstredusere de relevante nøkkelmetaforene som representerte hvert foreløpige tema, se vedlegg 7 for eksempel på tekstredusering. Når dette var gjort, begynte vi å se likheter og ulikheter av nøkkelmetaforene på tvers av studiene. Dette førte til at nøkkelmetaforene ble flyttet på slik at de havnet i båser som var beslektet til hverandre, men at de fremdeles beholdt sitt primære meningsinnhold, separat innenfor sin vertikale rad, se tabell 3 for analysematrise. Gjennom denne fasen av analysen har vi brukt en resiprok oversettelse, hvor vi har sett etter beslektede temaer med nøkkelmetaforer på tvers av primærstudiene som hadde lik metaforisk betydning. Denne oversettelsen ga oss et habilt utvalg der kontrastene ble synliggjort og førte oss videre til syntetisering av materialet (Noblit & Hare, 1988; Polit & Beck, 2017; Pope et al., 2007).

Etter å ha fått et nytt overblikk av funnene kunne vi se en større helhet. Dette førte til en selvstendig tolkning og en overordnet oversettelse av materialet. Vi kom frem til to oversettelser, *positive reaksjoner og negative reaksjoner*, med en overordnet oversettelse som ebbet ut i: *motstridende følelser* (Noblit & Hare, 1988; Pope et al., 2007).

Tabell 3 - Analysematrise

	Dykes, Slade & Haywood (2011)	Aléx & Hammarström (2004)	Kero, Högberg & Lalos (2004)	Goodwin & Ogden (2007)	Halldén, Christensson & Olsson (2009)	Stålhandske, Ekstrand & Tydén (2011)	Mukkavaara, Öhrling & Lindberg (2011)	Astbury-Ward, Parry & Carnwell (2012)	Oversettelse	Overordnet oversettelse
Nøkkelmetaforer	<p>*Indeksartikkel</p> <p>Anger og tristhet var nevnt fra alle kvinnene, selv om avgjørelsen om abort var riktig for noen.</p> <p>Utvikling av negativt selvbilde ved at de følte seg svake, fikk depresjon og hadde frykt for infertilitet. Følte seg skyldig på grunn av at abort var en egoistisk avgjørelse.</p> <p>Aborten var en skitten hemmelighet som de skammet seg over – Kvinnene skjulte aborten for andre fordi de hadde en frykt for at andre skulle dømmem dem.</p>	<p>Ambivalens og tomhet var reaksjoner i etterkant.</p> <p>Kvinnene fryktet at en abort kunne føre til sterilitet i fremtiden.</p>	<p>Noen angret og så på aborten som en feil. Andre kjente på negative følelser som «krise» og «depresjon» i etterkant av aborten.</p> <p>Flere følte skam over valget om å ta abort.</p> <p>Skyld, sorg og tomhet var gjentakende følelser, disse følelsene var noe som ble redusert over tid.</p>	<p>Tap, tristhet, depresjon, skyld og elendighet var umiddelbare reaksjoner som ble redusert over tid. For andre kom disse reaksjonene i lang tid etter aborten.</p> <p>Abort ble sett på som både egoistisk og modig, men var tabubelagt av samfunnet.</p> <p>Flere holdt aborten skjult, noe som ga negative følelser.</p> <p>Noen kvinner hadde vedvarende emosjonelle reaksjoner, relatert til ord som «traume», «uroelig» og «kald». Dette påvirket selvbildet og tilknytning til andre negativt.</p>	<p>Noen trodde man kunne bli infertil etter kirurgisk abort. Dette utviklet en frykt for å ikke kunne bli gravid ved en senere anledning.</p> <p>Abort ble sett på som egoistisk ved å ta livet av noe som skulle bli et barn.</p>	<p>Både kvinnene som var ambivalente og de som syntes valget om abort var lett, hadde negative følelser i etterkant. Noen beskrev tiden i etterkant som en «krise» og fikk en mild depresjon.</p> <p>Flere av kvinnene følte på en skyld over aborten.</p>	<p>Anger i etterkant av abort og psykisk smerte som angst, depresjon og fortvilelse var gjentakende blant kvinnene. Erfaringene i etterkant varierte fra emosjonell lidelse, -reaksjon og -traume. Søvnp problemer, mangel på kontroll og sinne ble beskrevet av kvinner. Noen fikk en følelse av å aldri bli normal igjen.</p> <p>Skyldfølelse over å ha tatt et liv ble nevnt.</p> <p>Abort var vanskelig å snakke om til tross for at kvinnene følte behov for støtte. Flere valgte å ikke fortelle andre om aborten.</p>	<p>Noen kvinner fikk et negativt selvbilde og følte de hadde skuffet seg selv ved å ta abort.</p> <p>Å holde aborten skjult ga kvinnene et negativt mentalt og psykologisk velvære, som skyldfølelse i etterkant.</p> <p>Samtlige følte skam da abort ble sett på som sosialt uakseptabelt. De skjulte aborten for andre og følte seg dømt av samfunnet. Dette bidro til en følelse av ensomhet og isolasjon. At de måtte lide i stillhet ble nevnt av noen kvinner.</p>	<p>Negative reaksjoner</p>	<p>Motstridende følelser</p>
	<p>Flere følte at aborten endret selvbildet deres i en positiv forstand ved å vite at de var reproduktive.</p> <p>Abort ga modenhet og utvikling.</p>	<p>Kvinnene følte lettelse fordi det var over.</p> <p>Kvinnene kunne oppleve nye erfaringer og modenhet i forhold til graviditeten i etterkant av abort, og at muligheten til å kunne bli gravid var en gave.</p> <p>Kjente på en ansvarsfølelse av å ikke sette et barn til verden kun for sin egen skyld.</p> <p>Ved å snakke om abort med partner og nære bekjente, følte de seg mindre ensomme. Til tross for at mange syntes det var vanskelig å snakke om.</p>	<p>Kvinnene opplevde en ansvarsfølelse, modenhet, og fikk en dypere selvforståelse og styrket selvfølelse. I etterkant av aborten erfarte kvinnene en morsfølelse og glede av å vite at de var fertile.</p> <p>En stor del av kvinnene erfarte ingen følelsesmessige påkjenninger relatert til aborten.</p> <p>De fleste så på aborten som en lettelse.</p>	<p>Noen så på aborten som en fordel hvor det hadde en positiv innvirkning på livet og var en lettelse.</p> <p>De som snakket om abort med nære håndterte reaksjonene i etterkant bedre.</p>	<p>Flere av kvinnene kjent på en lettelse i etterkant av aborten.</p> <p>De fleste opplevde glede over å være reproduktiv og kjente på en mors- og familiefølelse, samt en følelse av ansvar og modenhet relatert til aborten.</p>	<p>De som opplevde aborten som en krise, fikk en følelse av utvikling og modenhet i senere tid. Lettelse over at aborten var over ble beskrevet av flere kvinner.</p>	<p>Noen av kvinnene følte kroppen rehabiliterte seg fortere enn psyken etter abort.</p> <p>Flere følte de fikk eksepsjonell støtte fra helsepersonell som var viktig for tiden etter abort.</p>	<p>Støtte rundt aborten hadde en stor betydning og gjorde det lettere å bearbeide følelsene i ettertid.</p>		

6.0 Resultat

Hensikten med studien var å få kartlagt hvilke erfaringer og opplevelser kvinner hadde i etterkant av en selvbestemt abort. Resultatet er tatt ut i fra de åtte inkluderte primærstudiene. I disse åtte studiene er det 138 kvinner som beskriver sine erfaringer og opplevelser knyttet til tiden etter abort. Gjennom den tverrgående analyseprosessen kom det frem et hovedtema kvinnene erfarte med selvbestemt abort, og dette var *motstridende følelser*. Dette hovedtemaet ble relatert til tiden etter aborten og faktorer som påvirket denne tiden. Under dette hovedtemaet fremkom det to undertemaer som ble definert til positive reaksjoner og negative reaksjoner.

6.1 Motstridende følelser

Primærstudienes resultater viste at tiden etter en selvbestemt abort hadde en emosjonell påvirkning på kvinnene. Motstridende følelser var det som fremkom blant kvinnene, og det viste seg å være både positive og negative reaksjoner. Flere av kvinnene var også ambivalente i sammenheng med beslutningsprosessen relatert til aborten og tiden i etterkant, dette fordi de var usikre på om de hadde gjort det riktige valget eller ikke. Det kan se ut som at disse kvinnene etter en tid fikk reaksjoner med enten positivt eller negativt utfall. Resultatet viste hvordan kvinnene taklet aborten og hvilke erfaringer de satt igjen med i etterkant, dette var avhengig av ulike påvirkningsfaktorer og hvilke strategier de brukte (Aléx & Hammarström, 2004; Astbury-Ward, Parry & Carnwell, 2012; Dykes, Slade & Haywood, 2011; Goodwin & Ogden, 2007; Halldèn, Christensson & Olsson, 2009; Kero, Högberg & Lalos, 2004; Mukkavaara, Öhrling & Lindberg, 2011; Stålhandske, Ekstrand & Tydén, 2011).

Ambivalens var ofte uttrykt blant kvinnene i beslutningsprosessen om abort og det var flere faktorer som gjorde at kvinnene følte ambivalens til selve valget. Hvilke emosjonelle følelser de hadde til graviditeten, hvor langt de var på vei i graviditeten og om de hadde barn fra før eller ikke, spilte en stor rolle for valget om å ta abort. Gjerne var det førstegangsgravide som syntes at valget var vanskelig å ta, og jo lenger i graviditeten kvinnene hadde kommet, jo mer nølte de med å ta valget om abort (Mukkavaara et al., 2011).

6.2 Positive reaksjoner

Mange av kvinnene hadde positive reaksjoner knyttet til aborten og tiden etter, fordi de blant annet følte en personlig utvikling og modenhet (Aléx & Hammarström, 2004; Dykes et al., 2011; Halldèn et al., 2009; Stålhandske et al., 2011). Utførelsen av abort ble for noen sett på som en enkel prosedyre og kvinnene så på aborten og tiden etter som en lettelse (Halldèn et al., 2009; Stålhandske et al., 2011). De som så på abort som en enkel prosedyre kunne begynne å se fremover i livet og komme tilbake til den normale hverdagen igjen (Aléx & Hammarström, 2004; Goodwin & Ogden, 2007; Halldèn et al., 2009; Kero et al., 2004; Stålhandske et al., 2011). På bakgrunn av dette satt kvinnene igjen med gode erfaringer i etterkant av en selvbestemt abort.

"The relief came straight after I'd had the abortion. It felt wonderful, that the whole circus was over and I could get back to normal. It wasn't relief over getting rid of the child, really, it wasn't like that. It was just that all the trouble was gone" (Halldèn et al., 2009).

Majoriteten av kvinnene i studien til Kero et al. (2004) følte de hadde gjort det riktige valget og flere av kvinnene rapporterte at de ikke hadde noen form for emosjonelle negative følelser knyttet til tiden etter. Heller ikke kvinnene fra studien til Goodwin & Ogden (2007) hadde kjent på negative reaksjoner. I stedet følte de på lettelse og at andre erfaringer i livet ble lettere å takle etter aborten. Disse kvinnene og flere av kvinnene i studien til Stålhandske et al. (2011) hadde også til felles at de hadde vært fast bestemt på avgjørelsen før aborten. Kvinnene nevnte at «det var ikke noe spørsmål», «det var et uhell», «Du må bare takle det».

«I woke up and I just felt like I was light as a feather, for everything» (Goodwin & Ogden, 2007).

Mange av kvinnene følte seg ambivalente i forhold til aborten. Noen følte seg lettet over at graviditeten var avsluttet, men på den andre siden hadde de også tanker om hvordan kroppen deres hadde sett ut dersom graviditeten ikke ble avbrutt (Aléx & Hammarström, 2004). Flere rapporterte også at de hadde kjent på en umiddelbar tristhet etter aborten, men bestemte seg fort for å gå videre og fortsette livet som vanlig. Noen følte skyld sammen med lettelse, mens andre ikke følte skyld i det hele tatt. For noen var anger balansert med tro på at det var den riktige avgjørelsen (Dykes et al., 2011; Goodwin & Ogden, 2007).

«Society is imposing on me, its telling me its big deal when I'm not feeling like it's a big deal» (Goodwin & Ogden, 2007).

Det var ulike faktorer som kunne være avgjørende for at kvinnene opplevde positive erfaringer i etterkant av en selvbestemt abort. Påvirkning fra samfunnet ble for noen ikke sett på som en årsak i den positive sammenheng, da kvinnene i studien til Goodwin & Ogden (2007) mente at de reagerte positivt og negativt uavhengig av samfunnet. Studien til Astbury-Ward et al. (2012) viste at det å få støtte kunne være avgjørende for tiden etter aborten. Det å få støtte fra familie, partnere og helsepersonell før, under og etter abort ble opplevd som et viktig moment. Spesielt mødrenes og partnerens støtte ble satt stor pris på og vurdert som viktig for å komme styrket ut av aborten. Flere av de inkluderte studiene i metaetnografien beskriver at støtte og sympati var viktige faktorer for kvinnenes reaksjoner i etterkant. Dette gjorde det lettere for kvinnene å håndtere de negative reaksjonene som kunne oppstå (Dykes et al., 2011; Goodwin & Ogden, 2007; Halldèn et al., 2009; Mukkavaara et al., 2011).

En annen faktor som var avgjørende for kvinnenes opplevelse av abort, var årsaker til hvorfor kvinnene i utgangspunktet ønsket å ta dette valget. I følge studiene til Goodwin & Ogden (2007), Kero et al. (2004) og Stålhandske et al. (2011), kunne årsaker til aborten være at kvinnene hadde barn fra før eller at det ikke var riktig tidspunkt å få barn på. Da de hadde fått ønsket antall barn eller var under utdanning, fikk de ingen skyldfølelse av å ta abort. Felles for disse kvinnene var at de ikke hadde negative reaksjoner relatert til aborten.

Kvinnene kunne bruke ulike strategier for å håndtere selve perioden rundt aborten. Det å snakke med folk de stolte på og som ikke dømte dem, hjalp med å ikke føle seg alene og dette kunne bli sett på som avgjørende for tiden etter aborten (Dykes et al., 2011; Stålhandske et al., 2011). Derimot var det ikke alle som brukte denne formen for strategi for å takle aborten. Noen brukte en form for distansering ved å «stenge det ute», og kvinnene beskrev dette som en hjelp til å håndtere følelsene og komme seg videre etter aborten (Dykes et al., 2011; Goodwin & Ogden, 2007).

Flere studier viste også andre strategier for å takle aborten. Ved å assosiere graviditeten med et embryo, tumor, mark eller foster kunne kvinnene unngå vanskelige emosjonelle følelser, og derfor ble avgjørelsen lettere. Kvinnene brukte da strategien å distansere seg fra fosteret i magen og dermed erfarte de mindre negative reaksjoner i etterkant (Goodwin & Ogden, 2007; Halldèn et al., 2009; Stålhandske et al., 2011). Noen av kvinnene distanserte seg fra graviditeten ved å fortsette å leve et normalt liv for å gjøre prosessen lettere. De valgte å fortsette å drikke alkohol og bruke tobakk som om de ikke var gravide. Noen brukte mer kreative og symbolske måter å komme seg videre på, som å skrive brev eller lage figurer som var relatert til eller representerte fosteret. Dette var en måte disse kvinnene bearbeidet opplevelsen og fikk en endelig avslutning (Stålhandske et al., 2011).

“..This I am a bit ashamed of, but two days before or something like that, I had like five glasses of wine or something, thinking that now it`s too late anyway. Now it has to be done, because I have ruined everything anyway” (Stålhandske et al., 2011).

Positive konsekvenser i etterkant av aborten ble sett i sammenheng med de ulike påvirkningsfaktorene og strategiene kvinnene brukte. Støtten de fikk av partner og familie, bidro til at flere fikk forsterkede relasjoner seg imellom (Astbury-Ward et al., 2012; Goodwin & Ogden, 2007). Flere følte også aksept i etterkant av aborten, og mente det var mindre stigmatisering knyttet til abort nå enn før. Dette førte til at flere fikk et annet perspektiv ved å ikke være så dømmende ovenfor andre som tok et slik valg, fordi de mente det var kvinnens rett til å velge (Dykes et al., 2011).

“The more people, that you, you know support you and like you have with you, when you go through an experience like that the better” (Goodwin & Ogden, 2007).

Kvinnene følte at aborten ga dem en ansvarsfølelse på flere ulike måter. Noen av kvinnene endret sin livsstil under graviditeten hvor de valgte å leve sunnere, kutte ut røyk og alkohol, spise sunnere mat og bruke setebelte under bilkjøring (Halldèn et al., 2009). I Stålhandske et al. (2011) underbygges dette med å være avholdende fra det som kunne skade fosteret, enten ved å se på det som en straff mot seg selv eller å ta ansvar. Ansvar kunne også ses i sammenheng med å få en morsfølelse og ved å beskrive seg selv som mer kapable til å ta ansvar for sine egne valg knyttet til velvære i et livsløpsperspektiv (Halldèn et al., 2009).

Dette fremkommer også studien til Kero et al. (2004), der mange av kvinnene ga uttrykk for at de opplevde å få en form for ansvarsfølelse i etterkant av aborten.

«Shit, this is how it's like to be a grown up» (Stålhandske et al., 2011).

Flere av kvinnene så på aborten som et vendepunkt med tanke på modenhet og erfaringer, og de mente at man lærte av sine feil. Følelsen av å kunne bli gravid ble sett på som en styrke eller en gave, og ga en følelse av feminitet (Aléx & Hammarström, 2004; Stålhandske et al., 2011). Kvinnene fikk etterhvert en personlig utvikling og kjente på modenhet som de satte pris på når de så på det i senere tid (Stålhandske et al., 2011).

"I have started to think about my body in a different way. What it can do! It is incredible!" (Aléx & Hammarström, 2004).

6.3 Negative reaksjoner

Flere kvinner opplevde negative erfaringer og opplevelser i tiden etter aborten. Flere av grunnene til dette var at kvinnene blant annet følte de fikk mindre støtte rundt abortprosessen og kjente på en stigmatisering fra samfunnet. Flere av kvinnene som hadde vanskeligheter med å ta valget om abort hadde hatt mer emosjonelle reaksjoner i ettertid enn kvinnene som synes valget om abort var lett. Kvinnene som hadde denne erfaringen uttrykte følelser som sorg, tvil og krise i forbindelse med tiden etter aborten (Dykes et al., 2011; Kero et al., 2004). I følge Goodwin & Ogden (2007) og Dykes et al. (2011) hadde kvinnene også kjent på følelser som tristhet, nedstemthet, kaldhet, skam og skyld. Et fåtall av kvinnene i studien til Halldén et al. (2009) hadde følelsen av å være det "aborterte barnets mor" og derfor dukket det stadig opp vonde tanker etter aborten. Det kom frem i to andre studier at kvinnene var redde for å angre senere i livet og fryktet for sterilitet i fremtiden som en konsekvens av aborten (Aléx & Hammarström, 2004; Stålhandske et al., 2011).

Erfaringene relatert til utfallet for valget om abort og følelsene til kvinnene i etterkant var påvirket av ulike faktorer. Disse faktorene virket til å være avgjørende for hvilke erfaringer kvinnene hadde i etterkant av aborten. Faktorer som blant annet religion, manglende sosioøkonomiske ressurser, ikke aksept fra andre eller press fra partneren gjorde at

kvinnene syntes aborten var vanskelig. De manglende sosioøkonomiske ressursene var relatert til lav økonomi og utdanning, ung alder og lite sosialt nettverk (Dykes et al., 2011; Kero et al., 2004).

Informasjonen relatert til selve abortprosedyren var mangelfull, noe som kunne påvirke kvinnene i etterkant. Dette var blant annet informasjon om hva de kom til å se, hvordan prosedyren foregikk og hva man kunne forvente i etterkant. De hadde ikke vært forberedt på hvordan fosteret ville se ut, og beskrev selve opplevelsen som traumatisk og noe de aldri ville glemme (Goodwin & Ogden, 2007). Det samme kom frem i studien til Dykes et al. (2011), hvor det ble beskrevet at synet av fosteret var noe kvinnene ikke var forberedt på.

I følge studien til Mikkavaara et al. (2011), ble et fåtall av kvinnene tvunget til å ta abort av sin egen partner, noe som førte til konsekvenser i etterkant. I en annen studie vises det at kvinnene som hadde gjort valget om abort på egenhånd, uavhengig av andre, følte en større skyld. Disse kvinnene opplevde mye sorg etter aborten, noe som var vanskelig å forutse, selv om de hadde tatt valget selv. Skylden ble sett i sammenheng av deres selvopptatte valg, ved at de tok bort gleden fra familien. Dette påvirket omstendighetene ved at barna ikke fikk søsken og at besteforeldre ikke fikk et nytt barnebarn (Dykes et al., 2011).

«This child of mine would have been (numbers of years) this month, it's the (date) of (month) which is the day I was given and I still think about this baby and I think about it at christmas, it's something I don't think I'll ever forget if I live to be a hundred I would never be able to say, yes, I did the right thing, because I know I didn't» (Dykes et al., 2011).

Alle kvinnene i studien til Astbury-Ward et al. (2012) mente at abort var sosialt uakseptabelt og hadde en frykt for å bli dømt. Noen erfarte at samfunnets syn på abort var negativt. I en annen studie var selvopptatt og tabubelagt nevnt av kvinnene, mens andre hadde splittende tanker om temaet der abort ble sett på lik linje med kvinnenes frigjøring og stemmerett (Goodwin & Ogden, 2007). Noen hadde en positiv holdning i forhold til retten til å ta abort, men negativ holdning til deres egen abort. Dårlige parforhold, dårlig støtte, at de ikke ønsket flere barn og følelsen av å være for ung var grunner til at kvinnene kjente på ambivalens og at de syntes valget var vanskelig å ta. Kvinnene så på abort som en egoistisk handling hvis det ble utført på grunnlag av motiver som var relatert til egne liv. Som for eksempel at

aborten var et hinder for utdanning og en god karriere (Stålhandske et al., 2011). I motsetning ble det ikke sett på som en egoistisk handling hvis grunnlaget var knyttet til selve ansvaret for det å ha et barn. Dette ble sett i sammenheng med at de ikke følte seg kapable til å sette et liv til verden på grunnlag av deres omstendigheter, slik som kvinnenes sosioøkonomiske ressurser og alder (Dykes et al., 2011; Halldèn et al., 2009; Kero et al., 2004).

Ulike strategier som noen av kvinnene tok i bruk var å ikke fortelle det til noen og de følte de måtte «lide i stillhet» som følge av dette (Astbury-Ward et al., 2012). To andre studier beskrev også at kvinnene valgte å tie, og dette var fordi de var redd for å bli dømt av andre. Andre kvinner fortalte om aborten til noen de stolte på etter lengre tid, dette ble sett i sammenheng med at de delvis hadde forsonet seg med valget om abort (Dykes et al., 2011; Mukkavaara et al., 2011). Noen kvinner ønsket derimot å heller dele sine erfaringer med likesinnede kvinner, eller kommunisere i anonyme forum på internett istedenfor for å fortelle det til sin partner. Dette var fordi de mest sannsynlig ikke kom til å bli dømt, da disse kvinnene hadde vært i samme situasjon selv (Astbury-Ward et al., 2012; Mukkavaara et al., 2011).

“What I’ve learnt one of the biggest things women have is the burden of keeping the secret and not sharing it with other people. I think you’re worried about what people are going to say to you” (Astbury-Ward et al., 2012).

I følge studien til Stålhandske et al. (2011) assosierte flere av kvinnene fosteret med ord som barn, unge og “et begynnende liv”. Disse kvinnene holdt seg også unna faktorer som var skadelig for fosterets utvikling, da følelsen av å vite at fosteret utviklet seg inni magen gjorde valget om abort vanskelig. Dette var på grunn av at kvinnene hadde knyttet seg til fosteret og det kunne gi negative reaksjoner etter aborten.

Ulike påvirkningsfaktorer og strategier som ble brukt i forhold til abort kunne føre til negative konsekvenser for mange av kvinnene. Spesielt i det dagligdagse livet hvor det oppstod situasjoner som fremkalte minner. Noen assosierte aborten med å ta livet av et barn (Halldèn et al., 2009). Aborten resulterte i konsekvenser som anger og at de aldri hadde glemt det som hadde skjedd (Dykes et al., 2011; Halldèn et al., 2009).

"You really take your child's life. I think if you see it then, you see that you really do take the life of your child" (Halldén et al., 2009).

Noen så på aborten som et uforglemmelig minne som fikk de til å føle seg skitne, ødelagte og dermed forandret dem som person. Kvinnene kunne være skuffet over seg selv og gav uttrykk for lav selvtillit. Noen følte at skammen forfulgte dem og de angret på at de hadde satt seg selv i denne situasjonen. Videre kunne dette føre til vanskeligheter med deres eget selvbilde, samt å knytte nye relasjoner med andre som en konsekvens. De brukte ord som skitten hemmelighet, billig, tacky og lurvete da de omtalte seg selv etter aborten (Dykes et al., 2011; Goodwin & Ogden, 2007).

Frykt for fremtidig fertilitet og å ha mistet sin eneste sjanse til å bli gravid var også noe av det kvinnene så på som en konsekvens relatert til aborten (Halldén et al., 2009). Dette ble også nevnt av flere kvinner i Dykes et al. (2011). Disse kvinnene mente at man kunne skylde seg selv hvis de ikke ble gravid igjen, og at man derfor kunne se på det som en straff for dårlig handling.

Det å holde aborten skjult for sine venner, familie og partnere var en kilde til ubehag for de fleste av kvinnene, der konsekvensen i ettertid var ensomhet og isolasjon (Astbury-Ward et al., 2012). Noen av de kvinnene som valgte å fortelle om aborten til partner eller familie, mente at dette fikk en negativ innvirkning på forholdet (Dykes et al., 2011). I studien til Mukkavaara et al. (2011) viste det seg at de som ble tvunget til å ta abort opplevde en større sorg, og at de utviklet søvnproblemer, tap av kontroll og sinne.

"This is a loss. It feels like you've never been able to grieve for this child. You know there's grief mixed with relief, but because of the secrecy and silence... women just carry this for the rest of their lives" (Astbury-Ward et al., 2012).

I studien til Halldén et al. (2009) kom det frem at medisinsk abort var svært smertefullt, og det ble i etterkant sett på som en lærepenge der noen av kvinnene lovet seg selv å aldri havne i den samme situasjonen igjen. I Goodwin & Ogden (2007) forteller også flere kvinner at de aldri ville valgt å ta abort igjen, og at det var en skremmende tanke om man ble satt i

samme situasjon en gang til. I flere studier ble det sitert at de kjente på morsfølelse, og at dette var en faktor som gjorde det vanskeligere å ta valget om abort. Tanken på at de hadde "tatt et liv" ga dem skyldfølelse og etter aborten kjente mange av kvinnene både på sorg, tomhet og skyld, selv om de visste at valget var riktig (Dykes et al., 2011; Goodwin & Ogden, 2007; Stålhandske et al., 2011).

For noen forble valget, tankene og følelsene rundt aborten viktig i måneder og år. Disse kvinnene beskrev ofte prosessen som en krise eller en mild depresjon. De kunne ikke fullføre studier og tenkte ofte på aborten, selv etter flere år. Noen av disse fikk også hjelp i form av rådgivning og psykolog (Dykes et al., 2011; Goodwin & Ogden, 2007; Stålhandske et al., 2011). I følge Halldèn et al. (2009) opplevde noen av kvinnene øyeblikk der de følte seg distansert fra virkeligheten. De beskrev en "ut av seg selv - opplevelse" der de følte de forlot sin egen kropp og at de så seg selv fra utsiden der de erfarte realiteten blandet med øyeblikk av å møte den ekte situasjonen.

«It was awful... I just remember sitting in lectures and all that I could think about was that, it was constantly that for about nine months after... It's funny I suppose, nine months after it.. It was horrible for a long time» (Goodwin & Ogden, 2007).

7.0 Diskusjon

I kvalitativ forskning vil diskusjonsdelen ta sikte på å underbygge de tolkede funnene med annen relevant forskning og foreslå hvilke implikasjoner dette kan ha for praksis (Polit & Beck, 2017).

7.1 Resultatdiskusjon

I denne studien har vi sett på kvinnenes erfaringer og opplevelser i etterkant av en selvbestemt abort. Resultatene viser at kvinnene opplevde motstridende følelser, som enten munnet ut i positive eller negative reaksjoner i etterkant. Her vil vi diskutere de positive og negative reaksjonene opp mot hverandre ved å ta i bruk vår teoretiske forankring, samt ta i bruk annen relevant litteratur og forskning for å underbygge våre resultater som skal gi et

svar på problemstillingen. Videre vil vi diskutere hva som kunne påvirke hvorfor noen av kvinnene hadde en positiv reaksjon mens andre fikk en negativ reaksjon i etterkant. Hvilke strategier kvinnene brukte for å takle aborten vil bli sett opp i mot Lazarus' mestringsstrategier, og konsekvensene dette har gitt i etterkant vil blant annet bli diskutert opp mot Cullbergs kriseteori for å få en viss forståelse av hvordan dette kan ha utartet seg.

7.1.0 Påvirkning

Ut ifra vårt resultat og flere av de inkluderte studiene var det tydelig at tiden etter en abort ble påvirket av ulike faktorer. Dette var også i overensstemmelse med den kvantitative studien til Steinberg, Tschann, Furgerson & Harper (2015) som hadde en populasjon på over 300 kvinner fra ulike helseklinikker som utførte selvbestemt abort. Studien kartla kvinnenes psykososiale helse i forkant av en abort i forhold til deres oppvekst og barndom, relasjon til partner, støtte, mental helse, opplevelse av stigma fra samfunnet og økonomiske ressurser. Det fremkom i studien at disse faktorene kunne ha en stor innvirkning på kvinnenes følelser og reaksjoner i etterkant av abort. En stor andel av kvinnene opplevde også stigmatisering knyttet til abort, noe som kunne ha en innvirkning på deres mentale helse, og dermed gi psykiske reaksjoner som angst, depresjon og ulike former for stress.

Det å oppleve støtte fra familie eller partner var også en gjennomgående faktor i de fleste inkluderte studiene, noe som kunne være avgjørende i tiden etter abort. Sett i lys av Lazarus' (2006) sin definisjon på mestringsteori, kunne det å søke følelsesmessig støtte hos andre være en strategi for å forandre en stressfylt situasjon. I følge studien til Astbury-Ward et al. (2012) kunne det å få støtte fra familie, partnere og helsepersonell være avgjørende for tiden etter utførelse av abort. Dette var også i overensstemmelse med studien til Kero (2002), der de fleste kvinnene som tok selvbestemt abort opplevde positive reaksjoner som lettelse og mental vekst i etterkant. Disse kvinnene opplevde god støtte fra partner og var i stabile parforhold.

På den andre siden kunne det å oppleve lite støtte føre til negative følelser og reaksjoner i tiden etter. Dette var noe som fremkom i den kvantitative studien til Söderberg, Janzon & Sjöberg (1998) som forsket på forekomsten av emosjonelle følelser og lidelser i etterkant av

selvbestemt abort. Over 800 kvinner ble intervjuet etter utførelse av selvbestemt abort, og over halvparten av kvinnene opplevde negative følelsesmessige reaksjoner i etterkant. Dette var reaksjoner som skyld, anger og tristhet, hvor noen også utviklet en mild depresjon. Den mest fremtredende faktoren som bidro til dette utfallet var blant annet lite eller fraværende støtte fra familie og venner. Dette ble også underbygget i den kvantitative studien til Major, Richards, Cooper, Cozzarelli & Zubek (1998), som forsket på hvordan stressende livshendelser kunne håndteres ved hjelp av ulike psykologiske modeller. Studiens funn antydte blant annet at støtte fra partner, familie og venner var en viktig faktor som kunne bidra til å redusere stress etter en abort. Studien tok for seg et stort antall kvinner som hadde gjennomgått selvbestemt abort, og kartla hvordan kvinnene håndterte tiden etter utførelse av abort på bakgrunn av deres personlighet og ytre omstendigheter. Det fremkom også at støtte fra nær omkrets eller partner ga ikke nødvendigvis bare positive erfaringer, men kunne også ha en negativ innvirkning knyttet til tiden etter abort.

Informasjonen fra helsepersonell knyttet til selve abortprosedyren beskrev mange av kvinnene som mangelfull. De fysiske komplikasjonene i ettertid ble ofte beskrevet, men det var lite eller ingen informasjon om de psykiske ettervirkningene som kunne oppstå. Ved svangerskapsavbrudd skal det gis standardisert informasjon og tilbys senere samtaler hvis det er behov for dette (Johansen, 2017). I følge den kvantitative studien til Sihvo, Hemminki, Kosunen & Koponen (1998) var det flere av kvinnene som hadde ønsket mer informasjon og flere samtaler og diskusjoner med en lege eller sykepleier knyttet til selve abortprosessen og tiden etter. Psykiske temaer som selvbebreidelse, sorg, rettferdiggjørelse av valget med å ta abort og depresjon var temaer kvinnene ønsket å diskutere mer om. Det er utdypet i de yrkesetiske retningslinjene for jordmødre at de *"psykologiske, fysiske, emosjonelle og åndelige behovene til kvinnene når de søker helsetjeneste, uavhengig av deres livssituasjon, skal bli ivaretatt"* (Den norske Jordmorforening, 2014). I følge den kvalitative studien til Huser (1999) som omhandler kvinners opplevelser ved å gå gjennom en selvbestemt abort, beskrev mange av kvinnene manglende initiativ fra helsepersonell i forhold til tanker og følelser. Dette var en viktig faktor for å oppleve medmenneskelighet, forståelse og respekt. Hvis disse opplevelsene ikke ble møtt kunne kvinnene få vanskeligheter ved å bearbeide opplevelsene i ettertid, og dermed vansker med å legge det bak seg. I følge de yrkesetiske

retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011), skal *"sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene"*.

7.1.1 Strategier

Kvinnene brukte ulike strategier for å håndtere selve perioden rundt en selvbestemt abort, i den hensikt at de kunne komme seg gjennom og legge det bak seg. I følge Huser (1999) som i sin studie undersøkte erfaringene til kvinner i etterkant av en abort, viste funnene at kvinner som hadde vonde og vanskelige tanker i etterspillet av en abortprosess, prøvde å reflektere eller stoppe disse følelsene før de ble for ubehagelige. Funnene fra vårt resultat viste at det ga et positivt utfall å snakke om følelsene de hadde med andre, og dette førte til at de ikke følte seg så alene. Disse kvinnene kom seg raskt tilbake til en normal hverdag og fortsatte livet som vanlig. I vår studie kom det også frem at noen fikk mindre negative utfall ved å distansere seg fra problemet slik at svangerskapet fikk en annen betydning enn et begynnende liv. De som delte erfaringene sine på internett hadde også mindre negative reaksjoner fordi det var en måte å håndtere situasjonen og prøve å få støtte på. En studie utført av Major et al. (2000), handlet om kvinners følelser, evalueringer og mentale helse etter en abort. Funnene i denne studien viste at kvinner med god mental helse før aborten hadde mindre negative utfall og at et fåtall av disse kvinnene angret i ettertid. Det var også en fellesnevner at disse kvinnene hadde god selvtillit. Når disse strategiene tolkes i sammenheng med Lazarus' (2006) mestringssteori, finner vi at å ha kontroll over eget liv, distansere seg og å tie er strategier som er en måte å mestre problemet på. Dette er en del av den emosjonsfokuserede mestringsstrategien som Lazarus beskriver.

På den andre siden viser funnene våre at kvinner kan ha negative reaksjoner som varer over lengre tid. En kvantitativ russisk studie som så på negative psykologiske sekveler i etterkant av en abort, viste at det å knytte seg til fosteret i magen ga mer langvarige negative ettervirkninger (Rue, Coleman, Rue & Reardon, 2004). I den kvantitative studien utført i Norge av Broen et al. (2005) undersøkte man om kvinner hadde forskjellige psykiske reaksjoner etter en spontanabort og en selvbestemt abort. Studien viste at kvinner hadde vanskeligheter med å snakke om at de hadde utført selvbestemt abort på grunn av at temaet var tabubelagt. De distanserte seg derfor fra problemet ved å for eksempel skru av TV'en

hvis programmet handlet om graviditet eller abort, og de distanserte seg også fra familie eller venner med nyfødte barn fordi de følte skyld og skam av å ha tatt en abort. Ved å nekte seg selv å snakke om eller ha følelser til aborten, vil bearbeidelsen av hendelsen bli forsinket og vanskeliggjort. Huser (1999) beskriver i sin studie at tankestopping er en strategi som går ut på å skyve tankene fra seg og holde dem på avstand. Noen kvinner drev derfor på med aktiviteter, var sosiale og arbeidet overdrevent mye med studier eller jobb for å ikke ha mulighet for å tenke på aborten. En studie fra (1999) utført av Major & Gamzow, undersøkte stigmaet av abort og psykologiske utfall hos 442 kvinner, i en tidsperiode over to år. Både studien til Major & Gamzow (1999) og Huser (1999) beskriver at kvinnene brukte strategier for å takle det kognitive-emosjonelle etterspillet av abort ved å holde følelsene og tankene for seg selv. Noen valgte å tie helt eller å legge det bak seg. Samtidig sier kvinnene i studien til Major & Gramzow (1999) at å holde aborten som en hemmelighet kan gi ettervirkninger med negative psykiske utfall.

Kvinner som begynte å planlegge hvordan de kunne unngå en ny abort brukte en planleggingsstrategi slik at de ikke skulle havne i en slik situasjon igjen. Noen kvinner endret livsstil til det sunnere og de holdt seg unna faktorer som var skadelig for fosterets utvikling. Hvis man ser dette i sammenheng med Cullbergs kriseteori (1989) kan man tolke det som at kvinnene er i en fase som Cullberg beskriver som reaksjonsfasen. I denne fasen er det vanlig at man prøver å finne en mening i den kaotiske situasjonen. Studien til Kjelsvik et al. (2019) er en kvalitativ studie som omhandler kvinners ambivalens til abortvalget og deres møte med helsepersonell. Denne studien omhandler også temaer som å holde seg frisk og avstå fra alkohol som en strategi for å beherske situasjonen. Kvinnene ble også spurt om de trengte mer tid til å ta valget, fordi de i utgangspunktet var ambivalente. Dette var noe kvinnene så på som positivt, da de følte aksept og støtte fra helsepersonell i stedet for å bli sett ned på.

Ulike typer mestringsstrategi er beskrevet i forskjellige studier og vi har tolket strategiene kvinnene har brukt i sammenheng Lazarus' mestringsstrategi. Kvinnene brukte distansering for å takle problemet og mange holdt aborten hemmelig for andre. I følge Lazarus (2006) er emosjonsfokusert mestring en måte å takle en stressende situasjon på og gjennom hans teori kan man se at kvinnene brukte strategier som å benekte alvoret, holde følelsene for

seg selv og å distanserer seg. Dette er strategier for å dempe de negative reaksjonene. Men hvis man ser dette i lys av Cullbergs kriseteori (1989) kan man tenke at kvinnene bruker lengre tid på å bearbeide aborten. Dette fordi de holder aborten skjult og distanserer seg, og dette kan på sikt føre til en mer utfordrende vei mot bearbeidelse og aksept.

7.1.2 Konsekvenser

Hvilke faktorer som påvirket og hvilke strategier kvinnene brukte for å takle aborten, viste seg å gi forskjellige konsekvenser for kvinnene. Når man ser tilbake på hvordan kvinnene så på abort som stigmatiserende, kan det se ut som at kvinnene som hadde en positiv reaksjon så annerledes på dette enn kvinnene med en negativ reaksjon. På den ene siden mente noen at påvirkningen fra samfunnet var uavhengig av hvordan de reagerte i etterkant, eller at det var mindre stigmatisering rundt abort nå enn det hadde vært før. Utfallet for majoriteten av disse kvinnene var enten at de ikke opplevde skyld i det hele tatt, at skyld ble sett i sammenheng med lettelse eller troen på at det var den riktige avgjørelsen. I den russiske studien, forklares også at kvinner som hadde tatt abort kjente på lettelse og kontroll over eget liv når aborten var over (Rue et al., 2004).

Støtte til aborten virket avgjørende for at mange av kvinnene kunne håndtere de negative reaksjonene som kunne oppstå. I studien til Norris et al. (2011) hvor de så på stigmatisering i forhold til abort, var det kvinner som opplevde mindre stigmatisering rundt abort enn andre, men det kunne se ut til at dette hadde en sammenheng med utgangspunktet til kvinnene med tanke på alder, sosioøkonomisk situasjon og at de hadde et godt sosialt nettverk rundt seg som ga god støtte. Det ble også hevdet at stigmatisering i forhold til abort hadde en sammenheng med det mennesker ser på som «gode» og «dårlige» årsaker til abort. Men det var ofte individuelt hvordan kvinnen kategoriserte sin egen abort, og de kunne derfor anse at det var lite stigmatisering rundt sin oppfattelse. Dette støttes også i studien til Huser (1999), at hvis avgjørelsen for abort hadde en god begrunnelse, var det akseptabelt fra samfunnet og ga mindre negative reaksjoner i ettertid. Hvis man ser dette opp mot kvinnene i vår studie som hadde positive reaksjoner i etterkant av sin abort, var det flere som var fast bestemt i sin avgjørelse og virket til å ikke bli påvirket av omgivelsene. De hadde derfor lite eller ingen skyldfølelse til valget. Til tross for dette mener Kumar, Hessini & Mitchell (2009),

som undersøkte stigmatisering til abort, at det fremdeles er et åpent spørsmål om det er mindre stigmatisering rundt abort nå enn det var før. Hvordan kvinnene i vår studie erfarte situasjonen kan ses i sammenheng med utilitarismen, som i følge S. B Eide (2013) er en form for konsekvensetikk, der vi vanligvis vil handle ut ifra det som gjør oss mest vell og minske det som gir ubehag. Kvinnene i vår studie kan derfor ha unngått å bli påvirket av omgivelsene, fordi de uansett var sikre på sitt valg om abort og derfor ønsket å gå videre i livet.

På den andre siden var det en stor andel av kvinnene som satt igjen med skyld og skam relatert til aborten. Deres syn på stigmatiseringen rundt abort kan vises å være noe annerledes. At abort var sosialt uakseptabelt, selvoptatt og tabubelagt ble nevnt av kvinnene. På bakgrunn av dette var det et stort antall av kvinnene som valgte å tie om aborten eller kun fortalte det til likesinnede, og et fåtall fortalte det til partner. Hos de få som fortalte det til partner viste det seg at dette kunne ha en negativ innvirkning på forholdet. Dette underbygges av studien til Major & Gramzow (1999), at hvis man fortalte og ikke fikk full støtte, så kunne dette faktisk gi mer plager hos kvinnene enn hos de som holdt det hemmelig. Det ble også funnet at for flere kvinner så er det å holde aborten hemmelig en måte å takle stigmatiseringen fra samfunnet på. Dette er på grunn av frykt for at samfunnet skal dømme dem, og derfor er det lettere å holde det skjult. Dette kommer også frem i Huser (1999) sin studie. Kumar et al. (2009) hevder i sin studie at stigmatiseringen rundt abort kan redusere livskvaliteten til kvinnene, og at skyld og skam er de to vanligste komplikasjonene sett i sammenheng med stigmatisering.

Norris et al. (2011) fant i sin studie at så mange som to tredjedeler av kvinner forventer å bli stigmatisert ved å ta en abort, og tilnærmet like stor andel velger å tie om aborten. At flere av kvinnene i vår studie ønsket å tie for å unngå å bli dømt kan ses i sammenheng med regelutilitarisme, hvor man handler ut ifra det man anser som nyttig i sin egen situasjon. Nødvendigvis så vil ikke dette ha nytte for en selv, men ha nytte for flertallet og derfor være hensiktsmessig (S. B. Eide, 2013). I vår studie kan det se ut til at skyld og skam førte til at flere kvinner på en eller annen måte valgte å straffe seg selv. At de hadde tatt livet av et barn, at det var deres skyld at de hadde havnet i denne situasjonen og om de ikke fikk barn

ved en senere anledning. Cullberg (1989) mener at selvavstraffelse står i sammenheng med skyldfølelse når man har gjennomgått en krise i livet.

Flere av kvinnene opplevde aborten som oppsiktsvekkende hvor de satt igjen med en ansvarsfølelse av det hele. Erfaringene de satt igjen med var at dette endret de som person i den positive retningen, hvor de følte seg mer modne og uttrykte glede over å vite at man en gang kunne få barn. Motsetningen til dette var de kvinnene som følte aborten endret dem som person i negativ retning. De beskrev seg selv med nedlatende ord og var skuffet over egen avgjørelse. Det dukket stadig opp ting i hverdagen som relaterte dem tilbake til aborten, og andre mente de aldri kom til å glemme det de hadde gjort. Hvordan disse kvinnene ser på seg selv og hvilke tanker de har om aborten kan ses i lys av Cullbergs (1989) kriseteori. Disse kvinnene kan ha hatt større vanskeligheter med bearbeidingsfasen som kan føre til at nyorienteringsfasen kanskje har satt større spor enn hos de som satt igjen med en ansvarsfølelse etter aborten. Nyorienteringsfasen vil vare for resten av livet, og er i mer eller mindre grad individuelt for hvordan kvinnene reagerer.

I følge Kjelsvik et al. (2019) ble abort sett på som en komplisert og kompleks situasjon, da alle kvinner opplevde denne situasjonen forskjellig. Noen av kvinnene i vår studie sørget mer over aborten enn andre, og problemer med sinne, søvn og frykt for infertilitet var hos noen aktuelt. For noen ble problemene så store, i form av krise, depresjon og at de ikke klarte å fullføre dagligdagse gjøremål, at de trengte profesjonell hjelp i etterkant av aborten. Dette er tegn som viser at bearbeidingsfasen har hatt større utfordringer og at problemene går så langt at man må ty til profesjonell hjelp for å komme seg videre over i nyorienteringsfasen. Hvis man drar paralleller fra de som satt igjen med en positiv og de som satt igjen med en negativ erfaring til aborten, så kan det se ut til at utgangspunktet for disse kvinnene er forskjellig. De som ofte har det vanskeligere i ettertid har ofte større mangler på det sosioøkonomiske planet og har mindre støtte, noe som også er beskrevet tidligere. Dette er som kjent viktige faktorer for at en bearbeidelse skal bli enklere (Cullberg, 1989). Allikevel ble det utført en stor oppfølgingsstudie i Norge hvor man så på kvinnes mentale helse i etterkant av en selvbestemt abort, og man silte ut faktorer som kunne ha konsekvenser for utfallet til kvinnene etter aborten. Uansett vist det at de som hadde et godt utgangspunkt også hadde en risiko for depresjon etter en selvbestemt abort (Pedersen, 2008). I studien til

Broen et al. (2005) vises også at kvinner på lang sikt etter en selvbestemt abort får flere langvarige plager som depresjon og angst. Her ble det også til en viss grad kartlagt kvinnenes psykososiale standpunkt, som virket til å ikke ha noen spesiell innvirkning på ettervirkningene av aborten. Det er derfor ikke gitt at de sosioøkonomiske forholdene og det sosiale nettverket alltid har en innvirkning på erfaringer og opplevelser i etterkant av en abort. Til tross for at det vises at flere kvinner får sterkere negative reaksjoner i etterkant av en selvbestemt abort, er det viktig å ikke sykeliggjøre dette, da slike reaksjoner til en viss grad blir sett på som normalt i etterkant av en opplevelse som abort (Reichelt, 2012).

7.2 Metodediskusjon

For å finne ut om metoden er relevant og svarer på det den faktisk skal undersøke, er validitet et sentralt begrep. En ønsker at resultatene skal være gyldige og stemme overens med sannheten (Polit & Beck, 2017). Når det gjelder validitet er de dataene som samles inn ikke selve virkeligheten, men representerer deler av den (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Lincoln & Guba (1985) utarbeidet kriterier for "trustworthiness" innenfor det konvensjonelle paradigmet. Disse fire kriteriene er reliabilitet, intern validitet, objektivitet og ekstern validitet. Det er disse aspektene som dekker kvalitetsvurdering innenfor kvalitativ forskning. Synonymer til disse aspektene er utarbeidet hvor intern validitet kan ses i sammenheng med troverdighet, ekstern validitet ses i sammenheng med overførbarhet og objektivitet med bekreftbarhet. Innenfor kvalitativ forskning er ikke reliabilitet like hensiktsmessig, men ordet pålitelighet blir heller brukt. Videre vil vi beskrive hvordan vi ved hjelp av disse aspektene har kvalitetsvurdert vår studie.

7.2.0 Intern validitet

Intern validitet dreier seg om i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget og fenomenet som er undersøkt (Christoffersen et al., 2015). I forhold til det fenomenet som skal studeres, er det i følge Malterud (2017b) viktig å ta i bruk relevante begreper eller kartleggingsmetoder.

Med tanke på vårt forskningsspørsmål som dreier seg om erfaringer og opplevelser, er derfor kvalitativ forskning den mest gunstige metoden for å kunne svare på

problemstillingen. Vi vil i dette underavsnittet drøfte fremgangsmåten i forskningsprosessen samt diskutere valget av metode. Vi som forskere har tatt i bruk allerede innsamlede og tolkede data. I den sammenheng har vi forsøkt å være så transparente som mulig i vår forskningsprosess, ved at vi har holdt dataene vi har funnet så originale som mulig, til tross for at vår tolkning ligger til grunn. Vi har tatt i bruk engelske primærstudier som vi videre har oversatt til norsk, og derfor kan det forekomme mistolkninger og tap av relevant informasjon da engelsk er et bredere språk enn norsk. Allikevel har vi tatt i bruk ordbøker for å få en så god og presis oversettelse som mulig, men vi er klar over at dette kan være en svakhet for studien (Malterud, 2017a). I vår problemstilling har vi valgt å bruke både kvinnenenes opplevelser og erfaringer. Dette er fordi når man bruker engelske MeSH-termer, vil det engelske språket, som nevnt, være bredere enn det norske og vår oppfatning er at “experiences” omfatter både erfaringer og opplevelser.

I følge studien til Atkins et al. (2008) fremkom det at metaetnografi som metode var noe mangelfullt beskrevet. Det var satt spørsmålsteget ved de ulike trinnene som forskerne mente trengte en mer presis avklaring. Dette var spesielt rettet mot kritisk vurdering og kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene. På bakgrunn av dette gir denne type metodikk rom for tolkning av dataanalysen, noe som kan bidra til å svekke validiteten. Den metaetnografiske metoden har også fått mye kritikk for manglende bruk av begrepene reliabilitet, validitet og representativitet, da disse begrepene blir ofte brukt som et vurderingsgrunnlag innenfor forskning (Hounsgaard, 2003).

Til tross for at metaetnografien ikke spesifikt forklarer fremgangsmåten for inkludering og ekskludering av studier, ønsket vi som førstegangs forskere å utføre dette på en mer systematisk måte. For å kunne vurdere studiens relevans og validitet tok vi i bruk et vurderingsverktøy utarbeidet fra Nasjonalt kunnskapssenter. Vi brukte en norskspråklig sjekkliste av kvalitative studier som bestod av ti spørsmål. Hensikten med sjekklisten var å gjennomføre en kritisk vurdering for å skape innsikt i de inkluderte studienes metodiske kvalitet, resultater og overførbarhet (Nylenna, 2015). Ved å bruke en sjekkliste som et vurderingsverktøy målte vi også påliteligheten til studiene, da pålitelighet er en forutsetning for validitet (Bialocerkowski, Klupp & Bragge, 2010; Lincoln & Guba, 1985).

Vi valgte å bruke en metasyntese med en metaetnografi som tilnærming på bakgrunn av vårt forskningsspørsmål. Noblit & Hare sin metode har fått noe kritikk, men til tross for dette valgte vi denne metoden. Det ble diskutert andre former for metode i oppstartsfasen, men for å få en grundig og dyp forståelse av forskningsspørsmålet, ser vi at dette ble den mest gunstige metoden. Opp i mot vår problemstilling mener vi at vi ikke kunne fått en like god forståelse av fenomenet ved bruk av en annen forskningsmetode.

For å unngå for stor skjevhet i vårt forskningsprosjekt, kan det være viktig at vi som forskere forholder oss objektive til forskningsmaterialet. Objektivitet er når to uavhengige forskere kan komme frem til det samme utfallet eller gjøre samme observasjoner av et tema eller fenomen. På grunnlag av at vi er tre som forsker anses dette som en styrke for påliteligheten. I denne studien har vi alle hatt et objektivt syn på abort før studien startet. Det at vi alle har vært upartiske har ført til at all relevant forskning har blitt inkludert og at vi har tolket analysen så transparent som mulig. Allikevel vil alltid kvalitativ forskning være preget av forskerne som utfører studien, og man kan derfor ikke være sikker på om studien kan være fullstendig etterprøvable (Polit & Beck, 2017). I følge Malterud (2017b) er heller ikke pålitelighet et kriterium for i kvalitativ forskning, da man regner med at forskjellige forskere biter seg merke i forskjellige nyanser av det som forskes på.

Selve studien er samskrevet av alle oss tre som forskere, og vi har hatt en like stor rolle i hele skriveprosessen og står for det som er skrevet. I forhold til selve søkeprosessen diskuterte vi oss frem til de ulike MeSh-termene som skulle brukes til søk i de ulike databasene. Søkene i de forskjellige databasene ble gjort hver for oss, noe som kan ses på som en svakhet på bakgrunn av at vi delte opp denne prosessen. Dette ble gjort på grunnlag av manglende tidsressurser. Likevel kan det ses på som en styrke at vi fant flere av de inkluderte studiene i flere forskjellige databaser og at alle studiene som ble vurdert for inklusjon ble gjennomlest og gransket av oss alle tre. Vi utførte et oppdatert søk før vi skulle gå videre i prosessen for å forsikre oss om at vi hadde all relevant forskning som kunne inkluderes. Dette resulterte i at en til studie til ble inkludert, og dette ser vi på som en styrke. Det må nevnes at studien til Dykes et al. (2011) ikke fullstendig møtte et av inklusjonskriterier, men vi valgte likevel å inkludere denne studien etter diskusjon fordi den hadde rike data som var sentral for vår studie. Kvinnene som ble intervjuet var kvinner i overgangsalderen, som i utgangspunktet

var i eksklusjonskriteriene våre. Vi ekskluderte de resultatene som konsekvent omhandlet abort og overgangsalder, og inkluderte kun data som omhandlet abort og kvinnenes reaksjoner i den fertile alderen, da dette var i tråd med vår problemstilling.

I studien til Goodwin & Ogden (2007) ble det etter grundig gransking også avdekket at to av kvinnene som var informanter hadde utført aborten i land som vi i utgangspunktet hadde ekskludert. Studien ble utført i Sverige og ble likevel inkludert på grunnlag av at det kun var to av ti kvinner som hadde utført aborten i andre land. Vi mente derfor at dette nødvendigvis ikke kom til å ha så stor innvirkning på det totale utfallet av resultatet.

Underveis i søkeprosessen fant vi en kvalitativ systematisk oversikt som vi utførte et referansesøk i. Vi ser derimot i etterkant at det kunne vært gunstig å utføre referansesøk i flere av studiene for å se om det var flere studier i referansene som var kvalifisert til å inkluderes. Den systematiske oversikten av Petersen, Jessen-Winge & Møbjerg (2018) inneholdt seks primærstudier av kvalitativ art. Vi tok i bruk tre av primærstudiene som ble inkludert i vår metasyntese. De inkluderte primærstudiene fra den systematiske oversikten var relevante i forhold til våre inklusjonskriterier, samt at store deler av hovedfokuset i studiene var rettet mot erfaringene i etterkant av en abort. Dette type fokus var i liten grad presentert i den systematiske oversikten.

I forhold til vårt forskningsspørsmål som er av kvalitativ art, inkluderte vi kvalitative forskningsstudier og en mixed method. Vi valgte å inkludere studien som var av mixed method på grunn av at den svarte godt på problemstillingen vår. Dette kan ses på som en svakhet da utvalget vårt ikke ble homogent. Et homogent utvalg er når utvalget er likt og ved å kun inkludere kvalitative studier vil man derfor oppnå dette (Polit & Beck, 2017).

Det å ha relevante og dype data er viktigere enn å ha et stort antall informanter, og en bruker gjerne 10-15 informanter i kvalitative studier (Christoffersen et al., 2015). Flere av de inkluderte primærstudiene vi har inkludert har et lite antall deltagere, det vil si mindre enn 10. Dette kan i utgangspunktet være med på å gjøre studien mindre troverdig enn om det hadde vært flere deltakere inkludert. Det fremkom i mange av studiene at det var flere av kvinnene som ikke ønsket å delta, eller som valgte å trekke seg senere i prosessen. Dette er

noe som kan være med på å redusere validiteten, da viktige data kan bli utelukket (Aléx & Hammarström, 2004; Halldén et al., 2009; Kero et al., 2004; Mikkavaara et al., 2011).

Derimot er det totalt 138 kvinner som er intervjuet i de åtte inkluderte studiene. Dette høye antallet informanter totalt, ser vi på som indikasjon til at funnene likevel er av god validitet. Alle de inkluderte studiene var også av samme datainnsamlingsmetode, der det ble brukt kvalitative dybdeintervju. Dette ser vi også på som en styrke for vår studie.

7.2.1 Ekstern validitet

Ekstern validitet omhandler i hvilken grad den nye kunnskapen vil kunne videreformidles til andre. Hvor stor overførbarheten er, er avhengig av fenomenet som forskes på og hvor god formidling forskeren har (Malterud, 2017b). I dette underavsnittet vil vi diskutere hvorvidt våre resultater er overførbare til virkeligheten og i hvilken grad. Vi vil drøfte overføringsverdien i forhold til ulike faktorer, som hvilke områder eller kontinenter primærstudiene er begrenset til, tidsperioden for når kvinnene ble intervjuet og alder på kvinnene.

I forhold til hvor i verden primærstudiene skal ha funnet sted, var våre inklusjonskriterier noe tilbakeholdne. Vi ekskluderte flere kontinenter, dette var av forskjellige årsaker, men i hovedsak for å filtrere ut faktorer som kan ha innvirkning på resultatene og for å få en så stor likhet blant kvinnene som mulig. Med tanke på overførbarhet og i hvilken grad vår studie vil være aktuell, anser vi at til tross for våre begrensninger vil studien fremdeles være overførbart til flere enn kun vestlige land. Dette fordi at erfaringer og opplevelser generelt er subjektivt, og at ytre påvirkning i alle tilfeller ikke trenger å ha en innvirkning på kvinners reaksjoner i etterkant.

Selve tidsperioden for når kvinnene ble intervjuet etter utførelse av abort varierte i de ulike inkluderte studiene. Halldén et al. (2009) utførte intervju av kvinnene 2-6 uker etter utførelsen av abort, mens Dykes et al. (2011) utførte intervju av kvinnene i gjennomsnitt 24 år etter utførelse av abort. På bakgrunn av den store spredningen i antall år kvinnene ble intervjuet etter utførelse av aborten, kan kvinnes reaksjoner variere i ulik grad. Dette kunne derfor bidra til at funnene i artiklene ble mindre sammenlignbare.

En annen faktor som også kan ha en innvirkning på kvinnenes reaksjon i etterkant av en abort, er kvinnenes alder på det tidspunktet de ble intervjuet. I studien til Halldén et al. (2009) og Stålhandske et al. (2011) foregikk mange av intervjuene da kvinnene var mellom 18-20 år. De hadde da utført selvbestemt abort for noen år tilbake. I studien til Dykes et al. (2011) fremkom det at alle kvinnene var mellom 35-63 år på det tidspunktet de ble intervjuet. Her var også den selvbestemte aborten utført for flere år tilbake. I lys av de sprikende aldersforskjellene i de ulike studiene, kan derfor overførbarheten til vår virkelighet bli påvirket.

7.2.2. Implikasjoner for praksis

Vi ønsker at funnene i denne studien kan bidra til økt oppmerksomhet rettet mot kvinnehelse knyttet til abort. Vi ser at selve aborten og tiden etter er en kompleks og subjektiv prosess. Noen ser på aborten som en mindre påkjenning, mens andre føler mye stigmatisering rundt aborten som kan gi komplikasjoner i etterkant. Med dette ser vi det med fordel om abort kunne blitt et enda viktigere tema i seksualundervisning i skolen, dette for å normalisere abort som rammer et stort antall kvinner gjennom fertil alder. Vi tror at man kan få gode diskusjoner og at dette gir rom for åpenhet. Vi anser at dette temaet har overføringsverdi til helsepersonell innen obstetrikk, men også generelt arbeidsgrupper som har denne form for tematikk i sin hverdag.

Studiens funn antyder emosjonell og moralsk støtte som en viktig faktor for kvinnene knyttet til selve abortprosessen. Kvinnene oppga støtte fra både partner, venner, helsepersonell og familie som viktig. Ved å få støtte kunne kvinnene oppleve mindre negative utfall. Derfor mener vi dette er et tema befolkningen generelt burde få mer kunnskap om, slik at det sosiale nettverket til kvinnene kan være mer oppmerksomme på å gi god støtte i en slik situasjon.

Denne studiens funn viser også en sammenheng mellom tiden før og tiden etter abort. Det er flere ulike faktorer i forkant av en abort som kan føre til ulike reaksjoner i etterkant av en abort. I lys av dette mener vi derfor at helsepersonell bør ha økt fokus på den informasjonen

som blir gitt til kvinnene før utførelse av abort, men også under og i etterkant av abort. Vi mener derfor at dette kan være en viktig faktor som kan bidra til at kvinnene mestrer sin situasjon bedre i etterkant.

7.2.3 Forslag til videre forskning

Denne metasyntesen synliggjør temaer innenfor selvbestemt abort som kan være aktuelt for videre forskning. Det finnes allerede mye forskning på dette temaet internasjonalt, men det er lite bredde i den kvalitative forskningen, spesielt i Norge. Det kan derfor være hensiktsmessig å forske mer på hvordan kvinnene erfarer og opplever tiden etter en abort, samt hvilke strategier kvinnene bruker bevisst og ubevisst for å takle en selvbestemt abort. En mer utbredt forskning på dette området kan bidra til økt fokus blant helsepersonell. Det kan også være med på å bevisstgjøre helsepersonellet om hva slags reaksjoner kvinnene kan få i etterkant, noe som kan komme kvinnene til gode i et livsløpsperspektiv.

Stigmatisering rundt temaet abort viser seg å fremdeles være utbredt. I vår tidsalder hvor det generelt er et stort press fra samfunnet, kan mer forskning på dette området være med på å minske det presset som allerede eksisterer. Det er usikkert hvor mye stigmatisering det er rundt abort, men dette er noe vi mener kan forskes mer på.

8.0 Konklusjon

Problemstillingen vår tok sikte på hvilke erfaringer og opplevelser kvinnene satt igjen med i etterkant av en selvbestemt abort. Gjennom denne metasyntesen kom vi frem til at kvinnene opplevde motstridende følelser i etterkant av aborten. Noen av kvinnene opplevde ambivalente følelser, som endte i enten negativt eller positivt utfall. Andre kvinner hadde en mer konsekvent opplevelse med enten negative eller positive reaksjoner i etterkant.

Mange erfarte aborten med positive reaksjoner. Disse kvinnene tok ofte selvstendige valg til utførelsen av abort, og disse ble som oftest ikke påvirket av ytre omgivelser, som partner, familie eller venner. Abort ble nødvendigvis ikke opplevd som stigmatiserende av samfunnet, hverken i forbindelse med aborten eller tiden etter. Dette kunne bidra til at kvinnene ikke opplevde skam og anger, og kunne bidra til positive reaksjoner. Disse kvinnene hadde ofte god støtte til valget om abort og tiden etter. Det å snakke med andre eller distansere seg fra fosteret kunne være strategier disse kvinnene brukte. Dette førte ofte til at kvinnene kom styrket ut av situasjonen og opplevde en personlig utvikling og modenhet.

Negative reaksjoner i etterkant av aborten var påvirket av flere faktorer, der blant annet selvpåttatthet, sosioøkonomiske faktorer og stigmatisering var gjentakende erfaringer for kvinnene. Flere av studiene antydte at stigmatisering var knyttet til både valget om å ta abort eller tiden etter, og dette kunne føre til negative konsekvenser som skyld og skam. Det at kvinnene opplevde stigma knyttet til abort, kunne også føre til at de holdt aborten hemmelig og skam var som oftest årsaken til dette. Ensomhet og dårlig selvbilde kunne være et resultat av å ikke få den støtten de egentlig hadde behov for.

Kvinnene hadde forskjellige påvirkningsfaktorer og brukte ulike strategier som kunne være med på å styre utfallet av konsekvensene. Det å ha god støtte rundt valget om abort og tiden etter var gunstig for å komme styrket ut av situasjonen.

9.0 Referanseliste

- Abortloven. (1976, sist endret 2015). *Lov om svangerskapsavbrudd*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50?q=abortloven>
- Al x, L. & Hammarstr m, A. (2004). Women`s experiences in connection with induced abortion - a feminist perspective *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(2), 160-168. doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00257.x
- Anusha, R. (2018). How the U.S. Health Insurance System Excludes Abortion. Hentet 25.03 2018 fra <https://cdn.americanprogress.org/content/uploads/2018/07/19070034/Abortion-Health-Insurance-System-brief.pdf>
- Astbury-Ward, E., Parry, O. & Carnwell, R. (2012). Stigma, abortion and disclosure - Findings from a qualitative study. *International society of sexual medicine*. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02604.x
- Atkins, S., Lewin, S., Smith, H., Engel, M., Fretheim, A. & Volmink, J. (2008). Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: Lessons learnt. *BMC Medical Research Methodology*. doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-21>
- Austveg, B. (2006). *Kvinnens helse p  spill - Et historisk og globalt perspektiv på fødsel og abort*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Backe, B. (2017). Komplikasjoner i svangerskapet. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (s. 343-344). Oslo: Cappel Damm AS.
- Bialocerkowski, A., Klupp, N. & Bragge, P. (2010). How to read and critically appraise a reliability article. *International journal of therapy and rehabilitation*, 17(3), 114-115.
- Birkler, J. (2014). *Bogen om provokeret abort - Perspektiver og utfordringer*. København: Nyt Nordisk Forlag A/S.
- BMJ Best practice. (2018). Patient information from BJM. Hentet 01.05.2019 fra <https://bestpractice.bmj.com/patient-leaflets/en-gb/pdf/1290014790710.pdf?fbclid=IwAR2KXhTqEpV7bl2DanzeAfgTB01mlpSFdT44AKzdxPZYJk0qPDqbg0SPiVw>
- Broen, A. N., Moum, T., B dtker, A. S. & Ekeberg, Å. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*, 3(18). doi:10.1186/1741-7015-3-18
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S. & Ekeberg,  . (2009). Kvinnens psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort. doi:<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2006.0001>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Cullberg, J. (1989). *Mennesker i krise og utvikling - en psykoanalytisk og sosialpsykiatrisk studie* (2. utg.; C. Hambro, Overs.). Stockholm: H. Aschehoug & Co.
- Den norske Jordmorforening. (2014). Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre. Hentet fra file:///C:/Users/Hannah/Downloads/Yrkesetiskeretningslinjerforjordm dre%202016%20(3).pdf
- Dykes, K., Slade, P. & Haywood, A. (2011). Longterm follow-up of emotional experiences after termination of pregnancy: Women`s views at menopause. *Journal of reproductive and infant psychology*, 29(1), 93-112. doi:10.1080/02646838.2010.513046
- Eide, S. B. (2013). Plikt eller konsekvens. I S. B. Eide & B. Skorstad (Red.), *Etikk - til refleksjon og handling i sosialt arbeid* (3. utg., s. 93-117). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Eide, T. & Eide, H. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- FN-Sambandet United Nations Association of Norway. (2019). Kvinner og likestilling. Hentet fra <https://www.fn.no/Tema/Fattigdom/Kvinner-og-likestilling?fbclid=IwAR2qTAnPARK12mpHzHtpMIUDA8BLohiabS8ETshbxLYoJL5hCmtOz-mFT3Q>
- Folkehelseinstituttet. (2011). Slik oppsummerer vi forskning. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklister.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2018a). Fakta om abort. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikk3/abort---fakta-med-statistikk/>
- Folkehelseinstituttet. (2018b). *Rapport om svangerskapsavbrot for 2017*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/rapport-om-svangerskapsavbrot-for-2017.pdf>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier - vurdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Lettland: Kopieringsförbud.
- Forsktift om legemidler fra apotek. (1998, sist endret 2018). *Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek*. Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-04-27-455>
- Foyn, S. & Tobiassen, L. (2017). Prevensjonsveiledning. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (s. 164 - 179). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Goodwin, P. & Ogden, J. (2007). Women's reflections about their past abortions: an exploration of how emotinal reactions change over time. *Psychology and Health*, 22(2), 231-248. doi:10.1080/14768320600682384
- Halldén, B.-M., Christensson, K. & Olsson, P. (2009). Early abortion as narrated by young swedish women. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(2), 243-250. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00612.x
- Hede, M., Lekander, N., Lodalen, M. & Yderberg, N. (1994). *Det svåra valet. En bok om abort*. Kristianstad: Albert Bonniers Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Regjeringen.no: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/s-trategi_seksuell_helse.pdf
- Helsebiblioteket. (2018). Litteratursøk. Hentet 05.01.19 fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok#Syv#Atte>
- Helsedirektoratet. (2015). Rundskriv – Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler – Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC). Hentet 03.12.2018 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1118/Rundskriv%20rekvireringsrett%20og%20LARC%20IS-13-2015.pdf>
- Helsenorge. (2017). Til deg som vurderer abort. *Direktoratet for e-helse*. Hentet fra <https://helsenorge.no/sex-og-samliv/abort>
- Houngaard, L. (2003). Feltarbejde blandt raske kvinder og computerassisteret analyse og fortolkning af empiriske data. I A. Brødsgaard, B. Degn-Petersen, C. Delmar, L. Houngaard, S. Højlund, H. Høstrup, A. Jørgensen, G. Kirketerp, M. Kjerholt, A.

- Lichtenberg, K. Lomborg, M. Lorensen, I. Moos, A. H. Nyland, D. Overgaard, B. D. Pedersen, I. Poulsen, V. Zoffmann & G. Østergaard-Nielsen (Red.), *Forskning i klinisk sygepleje 2* (s. 73-75). Danmark: Akademisk Forlag AS.
- Huser, B. (1999). Kvinners opplevelse av sårbarhet ved selvbestemt abort. *Kvinneforskning*, 23(Issue), s. 20-28.
- International planned parenthood federation. (2012). Legalize abortion and liberate women
Hentet fra https://www.ippf.org/blogs/legalize-abortion-and-liberate-women?fbclid=IwAR2Pwk49TgwOwqrySAuqmR_WdrEvhzDvEWg41INuXC4Wb9y3w6590QoqLPo
- Jerpseth, H. (2017). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 133-168). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johansen, M. (2017, 18.10.2018). eMetodebok for seksuell helse. Hentet fra <https://emetodebok.no>
- Julia R. Steinberg, J. M. T., Dorothy Furgerson, Cynthia C. Harper. (2015). Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. *Social science & medicine*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.007>
- Kalfoss, M. H. (2017). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 453-497). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kero, A. (2002). Paradoxes in legal abortion: a longitudinal study of motives, attitudes and experiences in women and men. *European Institute for Gender Equality*. Hentet fra <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:442116/FULLTEXT01.pdf>
- Kero, A., Högberg, U. & Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth - Long-term effects of legal abortion. *Social science and medicine*, 58(12), 2559-2569.
doi:10.1016/j.socscimed.2003.09.004
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Nordtvedt, P. & Gjengedal, E. (2019). Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers. *Sage journals*. doi:10.1177/0969733018819128
- Krizan, S. (2018). Abort - det gjelder 56 millioner kvinner, hvert eneste år. Hentet fra <https://sexogpolitikk.no/2018/09/25/abort-det-gjelder-56-millioner-kvinner-hvert-eneste-ar/>
- Kumar, A., Hessini, L. & Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, health & sexuality*, 11(6), 625-639. doi:10.1080/13691050902842741
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser - en ny syntese* (1. utg.; M. Visby, Overs.). København: Akademisk Forlag.
- Leger uten grenser. (2019). Trygg abort. Hentet fra <https://legerutengrenser.no/helse/trygg-abort>
- Levels, M., Sluiter, R. & Need, A. (2014). A review of abortion laws in Western-European countries. A cross-national comparison of legal developments between 1960 and 2010. *Elsevier*, 95-104. doi:10.1016/j.healthpol.2014.06.008
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. California: SAGE publications, Inc.
- Løkeland, M. (2013). Gir abort seinverknader? *Tidsskriftet - den norske legeforening*, 133(606). doi:10.4045/tidsskr.13.0056
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M. & Gramzow, R. H. (2000). Psychological Responses of Women After First-Trimester Abortion. *Arch Gen Psychiatry*. doi:doi:10.1001/archpsyc.57.8.777

- Major, B. & Gramzow, R. H. (1999). Abortion as stigma: cognitive and emotional implications of concealment. *Journal of personality and social psychology*, 77(4), 735-745. Hentet fra <https://psycnet-apa-org.galanga.hvl.no/fulltext/1999-11645-006.pdf>
- Major, B., Richards, C., Cooper, L., Cozzarelli, C. & Zubek, J. (1998). Personal Resilience, Cognitive Appraisals, and Coping: An Integrative Model of Adjustment to Abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*. doi:10.1037/0022-3514.74.3.735
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative Forskningsmetoder for Medisin og Helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mukkavaara, I., Öhrling, K. & Lindberg, I. (2011). Women's experiences after an induced second trimester abortion. *Elsevier*. doi:10.1016/j.midw.2011.07.011
- Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988). Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies. Hentet fra <http://methods.sagepub.com.galanga.hvl.no/Book/meta-ethnography/n2.xml>
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., Zordo, S. D. & Becker, D. (2011). Abortion stigma: A reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Womens health issues*, 21(3), 49-54. doi:10.1016/j.whi.2011.02.010
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Nylenna, M. (2015). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/2015_handbok_slik_opsummerer_vi_forskning.pdf
- Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian journal of public health*, 36(4), 424-428. doi:10.1177/1403494807088449
- Petersen, M. N., Jessen-Winge, C. & Møbjerg, A. C. M. (2018). Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(7), 1537-1563. doi:10.11124/JBISIR-2017-003344
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pope, C., Mays, N. & Popay, J. (2007). *Synthesizing qualitative and quantitative health evidence*. England: The McGraw-Hill companies.
- Rahman, A., Katzive, L. & Henshaw, S. K. (1998). A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985-1997. *International Family Planning Perspectives*, 24. Hentet fra <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/2405698.pdf>
- Rebbestad, S. (2019). Kva går forslaget til endring i abortloven ut på? Hentet fra https://lovdata.no/artikkel/kva_gar_forslaget_til_endring_i_abortloven_ut_pa/2390
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2015). Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK. Hentet 15.11.2018 fra https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&ikbLanguageCode=n

- Reichelt, J. G. (2012). Påkjenninger - normale reaksjoner og psykiske lidelser. I A. A. Dahl & T. F. Arre (Red.), *Praktisk psykiatri* (s. 203 - 213). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Rue, V. M., Coleman, P. K., Rue, J. J. & Reardon, D. C. (2004). Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit*. Hentet fra <https://www.medscimonit.com/download/index/idArt/11784>
- Sihvo, S., Hemminki, E., Kosunen, E. & Koponen, P. (1998). Quality of care in abortion services in Finland. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. Hentet fra <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1034/j.1600-0412.1998.770216.x>
- Sosial- og helsedepartementet. (2017). Abortloven. *Norsk helseinformatikk*. Hentet fra <https://nhi.no/familie/seksualitet-og-prevensjon/sex/abortloven/>
- Stai, M. L. (2017). Fakta om abort. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikk3/abort---fakta-med-statistikk/>
- Stålhandske, L., Ekstrand, M. & Tydén, T. (2011). Existential experiences and strategies in relation to induced abortion: An interview study with 24 swedish women. *Psychology of religion*, 33(3), 2-32. doi:10.3109/0167482X.2012.677877
- Sundby, J. (2017). Kvinnehelse. I A. Brunstad & A. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (s. 93-100). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Söderberg, H., Janzon, L. & Sjöberg, N.-O. (1998). Emotional distress following induced abortion. A study of its incidence and determinants among abortees in Malmö, Sweden. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*. Hentet fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211598000840?via%3Dihub>
- World Health Organization. (2014). Clinical practice handbook for safe abortion. Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97415/9789241548717_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2018). Preventing unsafe abortion. Hentet 16.04.2018 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/>
- Zahl, G. & Bjørge, L. (2016). Provosert abort. *Norsk gynekologisk forening*. Hentet fra <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/Pasientinformasjon/Provosert-abort/>

Vedlegg 1 - Søkehistorikk på oppdatert søk

1. Database: British Nursing Index (BNI)

Dato før søk: 28 mars 2019

<input type="checkbox"/>	Set ▼	Search	Databases	Results	Actions
<input type="checkbox"/>	S10	<input type="checkbox"/> (induced abortion) AND reactions OR experiences OR (psychological effect) ✓ Limits applied	British Nursing Index	88	Actions ▼
<input type="checkbox"/>	S9	<input type="checkbox"/> (induced abortion) AND reactions OR experiences OR (psychological effect)	British Nursing Index	991	Actions ▼
<input type="checkbox"/>	S8	<input type="checkbox"/> S2 AND S5 ✓ Limits applied	British Nursing Index	2,541	Actions ▼
<input type="checkbox"/>	S7	<input type="checkbox"/> S2 AND S5 ✓ Limits applied	British Nursing Index	2,541	Actions ▼
<input type="checkbox"/>	S6	<input type="checkbox"/> S2 AND S5	British Nursing Index	2,612	Actions ▼
<input type="checkbox"/>	S5	<input type="checkbox"/> (mental health) OR reactions OR experiences OR (psychological effect)	British Nursing Index	308,296	Actions ▼
<input type="checkbox"/>	S4	<input type="checkbox"/> S3 AND S2	British Nursing Index	1,554	Actions ▼
<input type="checkbox"/>	S3	<input type="checkbox"/> (mental health) OR reactions	British Nursing Index	156,469	Actions ▼
<input type="checkbox"/>	S2	<input type="checkbox"/> (induced abortion) OR (termination of pregnancy)	British Nursing Index	4,411	Actions ▼
<input type="checkbox"/>	S1	<input type="checkbox"/> induced abortion	British Nursing Index	1,780	Actions ▼

2. Database: Swemed +

Dato for søk: 26 Mars 2019

<input type="checkbox"/>	Nr Söksträng	Antal träffar	Tid
<input type="checkbox"/>	1 post abortion	0	2019-03-26 15:22:41
<input type="checkbox"/>	2 abortion	578	2019-03-28 15:49:53
<input type="checkbox"/>	3 induced abortion	449	2019-03-28 15:51:22
<input type="checkbox"/>	4 provoked abortion	0	2019-03-28 15:53:30
<input type="checkbox"/>	5 induced abortion OR termination of pregnancy OR provoked abortion	0	2019-03-28 15:53:56
<input type="checkbox"/>	6 reactions OR mental health OR experiences	6531	2019-03-28 15:56:18
<input type="checkbox"/>	7 #5 AND #6	0	2019-03-28 15:56:33
<input type="checkbox"/>	8 induced abortion AND experiences	15	2019-03-28 15:57:05
<input type="checkbox"/>	9 induced abortion AND experiences OR mental health	15	2019-03-28 15:59:08
<input type="checkbox"/>	10 induced abortion AND experiences OR mental health OR psychological effects OR reactions	0	2019-03-28 16:00:15
<input type="checkbox"/>	11 induced abortion AND psychological effects	1	2019-03-28 16:00:31
<input type="checkbox"/>	12 induced abortion AND mental health	1	2019-03-28 16:00:57
<input type="checkbox"/>	13 induced abortion AND reactions	1	2019-03-28 16:02:52

3. Database: Psychinfo
 Dato for søk: 25 Mars 2019
 Resultat: 1

▼ Search History (12)						View S
<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results	Type	Actions	Annotations
<input type="checkbox"/>	1	exp Induced Abortion/	2523	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	2	(Provoked abortion or termination of pregnancy or induced abortion or abortion on request).af.	3886	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	3	(Mental health or reactions or experiences or psychological effects).af.	1082555	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	4	2 and 3	1614	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	5	(Mental health or reactions or experiences or abortion on request).af.	1076637	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	6	2 and 3	1614	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	7	provoked abortion.in. or induced abortion.af. or abortion on request.af. or termination of pregnancy.af.	3885	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	8	mental health.in. or psychological effects.af. or psychological factors.af.	128424	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	9	post abortion.in. or post abortion care.af.	73	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	10	experience.in. or experiences.af.	479427	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	11	7 and 8 and 9 and 10	1	Advanced	Display Results More ▼	
<input checked="" type="checkbox"/>	12	7 and 8	271	Advanced	Display Results More ▼	

4. Database: Joanna Briggs Institute EBP database
 Dato for søk: 25 Mars 2019
 Resultat: 1

▼ Search History (10)					
<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results	Type	Actions
<input type="checkbox"/>	1	provoked abortion.mp. [mp=text, heading word, subject area node, title]	0	Advanced	Save More ▼
<input type="checkbox"/>	2	induced abortion.mp. [mp=text, heading word, subject area node, title]	9	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	3	abortion on request.mp. [mp=text, heading word, subject area node, title]	2	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	4	abortion.mp. [mp=text, heading word, subject area node, title]	38	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	5	experiences.mp. [mp=text, heading word, subject area node, title]	1126	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	6	mental health.mp. [mp=text, heading word, subject area node, title]	1188	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	7	psychological effects.mp. [mp=text, heading word, subject area node, title]	62	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	8	5 or 6 or 7	1937	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	9	1 or 2 or 3 or 4	38	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	10	8 and 9	19	Advanced	Display Results More ▼

5. Database: CINAHL with Full Text

Dato for søk: 25 Mars 2019


Monday, March 25, 2019 11:24:11 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S3	(experiences OR mental health OR psychological effects) AND (S1 AND S2)	Limiters - Clinical Queries: Qualitative - High Specificity Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	139
S2	experiences OR mental health OR psychological effects	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	444,693
S1	termination of pregnancy OR induced abortion OR provoked abortion	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	10,452

6. Database: Epistemonikos

Dato for søk: 25 Mars 2019

#	Query	Date	Remove
4	(title:(Provoked abortion) OR abstract:(Provoked abortion)) OR (title:(abortion on request) OR abstract:(abortion on request)) OR (title:(induced abortion) OR abstract:(induced abortion)) OR (title:(termination of pregnancy) OR abstract:(termination of pregnancy)) AND (title:(mental health) OR abstract:(mental health)) OR (title:(psychological effects) OR abstract:(psychological effects)) OR (title:(experiences) OR abstract:(experiences))	25-03-2019 04:49:48 +01:00	✘
3	(title:(Provoked abortion) OR abstract:(Provoked abortion)) OR (title:(abortion on request) OR abstract:(abortion on request)) OR (title:(induced abortion) OR abstract:(induced abortion)) OR (title:(termination of pregnancy) OR abstract:(termination of pregnancy)) AND (title:(mental health) OR abstract:(mental health)) OR (title:(psychological effects) OR abstract:(psychological effects)) OR (title:(experiences) OR abstract:(experiences))	25-03-2019 04:49:09 +01:00	✘
2	(title:(Provoked abortion) OR abstract:(Provoked abortion)) OR (title:(abortion on request) OR abstract:(abortion on request)) OR (title:(induced abortion) OR abstract:(induced abortion)) OR (title:(termination of pregnancy) OR abstract:(termination of pregnancy))	25-03-2019 04:47:58 +01:00	✘
1	provoked abortion OR induced abortion OR abortion on request OR termination of pregnancy AND mental health OR psychological experiences	25-03-2019 04:46:16 +01:00	✘

 Clear history

Showing items 1 - 10 Total: 23 [Export results](#)

7. Database: Medline

Dato for søk: 28 Mars 2019

<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results	Type	Actions
<input type="checkbox"/>	1	(provoked abortion or termination of pregnancy or induced abortion or abortion on request).af.	9709	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	2	(mental health or psychological effects or psychological health or psychological factors).af.	280138	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	3	(experience or experiences).af.	742406	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	4	(post abortion or post abortion care).af.	743	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	5	1 and 2 and 3 and 4	7	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	6	1 and 2	367	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	7	limit 6 to "qualitative (maximizes specificity)"	12	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	8	1 and 3	884	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	9	limit 8 to "qualitative (maximizes specificity)"	107	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	10	1 and 4	178	Advanced	Display Results More ▼
<input type="checkbox"/>	11	limit 10 to "qualitative (maximizes specificity)"	12	Advanced	Display Results More ▼

8. Database: PubMed

Dato for søk: 25 Mars 2019

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#5	Add	Search ((((((provoked abortion) OR induced abortion) OR termination of pregnancy) OR abortion on request)) AND (((mental health) OR psychological health) OR psychological effects) OR psychological reactions)) AND ((experience) OR experiences) AND ((post abortion) OR post abortion care)	54	12:24:22
#4	Add	Search (post abortion) OR post abortion care	3320	11:23:49
#3	Add	Search (experience) OR experiences	742037	11:23:07
#2	Add	Search (((mental health) OR psychological health) OR psychological effects) OR psychological reactions	528312	11:22:43
#1	Add	Search (((provoked abortion) OR induced abortion) OR termination of pregnancy) OR abortion on request	51943	11:21:20

Vedlegg 2 – Begrunnelse for kvaliteten av artiklene

Tittel	Forfatter og år	Beskrivelse
<i>“Wellbeing and mental growth— long-term effects of legal abortion”</i>	Hogberg & Lalos 2004	Selve formålet er tydelig presentert, og samsvarer med resultatet og konklusjonen. Analysen og resultatene er systematisk og grundig gjennomført og godt presentert. Metoden som er brukt er mixed - method, noe som kommer litt uklart frem i teksten, men det er et klart skille mellom hva som er den kvantitative og kvalitative delen.
<i>“Women’s experiences in connection with induced abortion - a feminist perspective”</i>	Aléx & Hammarstrøm 2004	Formålet med studien er godt beskrevet, og det er tydelig og korrekt valg av studiedesign. Populasjonen er relevant og begrunnet og datainnsamlingen er beskrevet. Analyseprosessen er noe uklar og kort presentert. Resultatet er lagt frem systematisk, og har en klar sammenheng med konklusjonen.
<i>“Women’s reflections about their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time”</i>	Goodwin & Ogden 2007	Studiens design er relevant i forhold til problemstillingen og er metodisk godt forklart. Populasjonen og rekrutteringen er beskrevet. Resultatet er godt systematisk presentert, og forskerens ståsted og studiens resultat er diskutert.
<i>“Early abortion as narrated by young Swedish women”</i>	Halldén, Christensson & Olsson 2007	Formålet kommer tydelig frem og er godt beskrevet. Både metodedelen og analysen er korrekt i forhold til problemstillingen. Det er også gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder, samt beskrevet forslag til tiltak som kan bidra til å forebygge provosert abort
<i>“Long term follow-up emotional experiences after termination of pregnancy: Women’s views at menopause”</i>	Dykes, Slade & Haywood, 2010	Formålet med studien samsvarer med resultatet og konklusjonen. Studien har en gjennomgående godt forklart metode, hvor det også er beskrevet hvilken tilnærming som er brukt. Forskerens ståsted og studiens resultat er diskutert.
<i>“Women’s Experiences after an Induced Second Trimester Abortion”</i>	Mukkavara, Öhrling & Lindberg 2011	Studiens formål er tydelig presentert, populasjonen er begrunnet og relevant for problemstillingen. Fremgangsmåten til analysen kommer godt frem i teksten. Sitatene som er beskrevet av informantene i studien har sammenheng mellom de ulike temaene som er presentert i resultatet.
<i>“Existential experiences and strategies in relation to induced abortion: An interview study with 24 Swedish women”</i>	Stålhandske, Ekstrand & Tydén 2011	Formålet, resultatet og konklusjonen samsvarer, og er relevant i forhold til problemstillingen. Metoden og analysen er godt beskrevet. Resultatet er tydelig underbygget med andre informasjonskilder.
<i>“Stigma, Abortion, and Disclosure— Findings from a Qualitative Study”</i>	Astbury-Ward, Parry & Carnwell 2012	Populasjonene er liten, men metoden, datainnsamlingen og analysen er tydelig beskrevet. Selve studien fikk høy score på de fleste sjekkpunktene. To av punktene fikk lav score, men påvirker ikke resultatet og konklusjonen. Studiens resultat understøttes av relevante sitater fra informantene. Studien har ikke underbygget andre relevante metoder.

Vedlegg 3 – Eksempel sjekkliste (Mukkavaara et al., 2011)

SJEKKLISTE FOR KVALITATIVE STUDIER

Sjekkliste for kvalitative studier*		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?	X		
<i>Kommentar:</i>	Formålet er godt beskrevet.			
2	Var det et tydelig og korrekt valgt studiedesign?	X		
<i>Kommentar:</i>	Korrekt valg ved bruk av kvalitativt studiedesign i forhold til studiens formål			
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?	X		
<i>Kommentar:</i>	Konteksten og bakgrunnen er klar, miljøet er beskrevet.			
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?	X		
<i>Kommentar:</i>	Ja, det er presentert.			
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?	X		
<i>Kommentar:</i>	Valget av populasjonen og rekrutteringen er presentert, dette er også relevant for problemstillingen. Alder og begrunnelse for antall deltagere er også beskrevet.			
6	Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk?	X		
<i>Kommentar:</i>	Ja, det er brukt lydopptak og intervjuene ble i etterkant transkribert. Det er ikke gjort rede for hvor intervjuene er utført.			
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?	X		
<i>Kommentar:</i>	Det kommer tydelig frem at det er brukt kvalitativ innholdsanalyse og at det videre er kategorisert i koder.			
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/ metoder?	X		
<i>Kommentar:</i>	Det kommer tydelig frem i teksten at de har underbygd resultatene med andre informasjonskilder. Det kommer ikke frem i teksten at de har brukt andre metoder for å underbygge artikkelen.			
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?	X		
<i>Kommentar:</i>	Det er samsvar mellom konklusjon og resultat. Det er også beskrevet forslag til tiltak som kan videre forskes på.			
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?		X	
<i>Kommentar:</i>	Det kommer ikke fram i teksten hva slags bakgrunn intervjuerne har.			

*Basert på User's Guides for an article reporting the results of qualitative research in health care. Guyatt G, Rennie D, Mead MO, Cook DJ. User's guides to the medical literature, a manual for evidence-based clinical practice. Sec ed. 2008 American Medical Association. The McGraw-Hill Companies, Inc.

* Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. HTA Initiative#13 – February 2004. <http://www.ahfmr.ab.ca/creba/forms/submission.pdf>

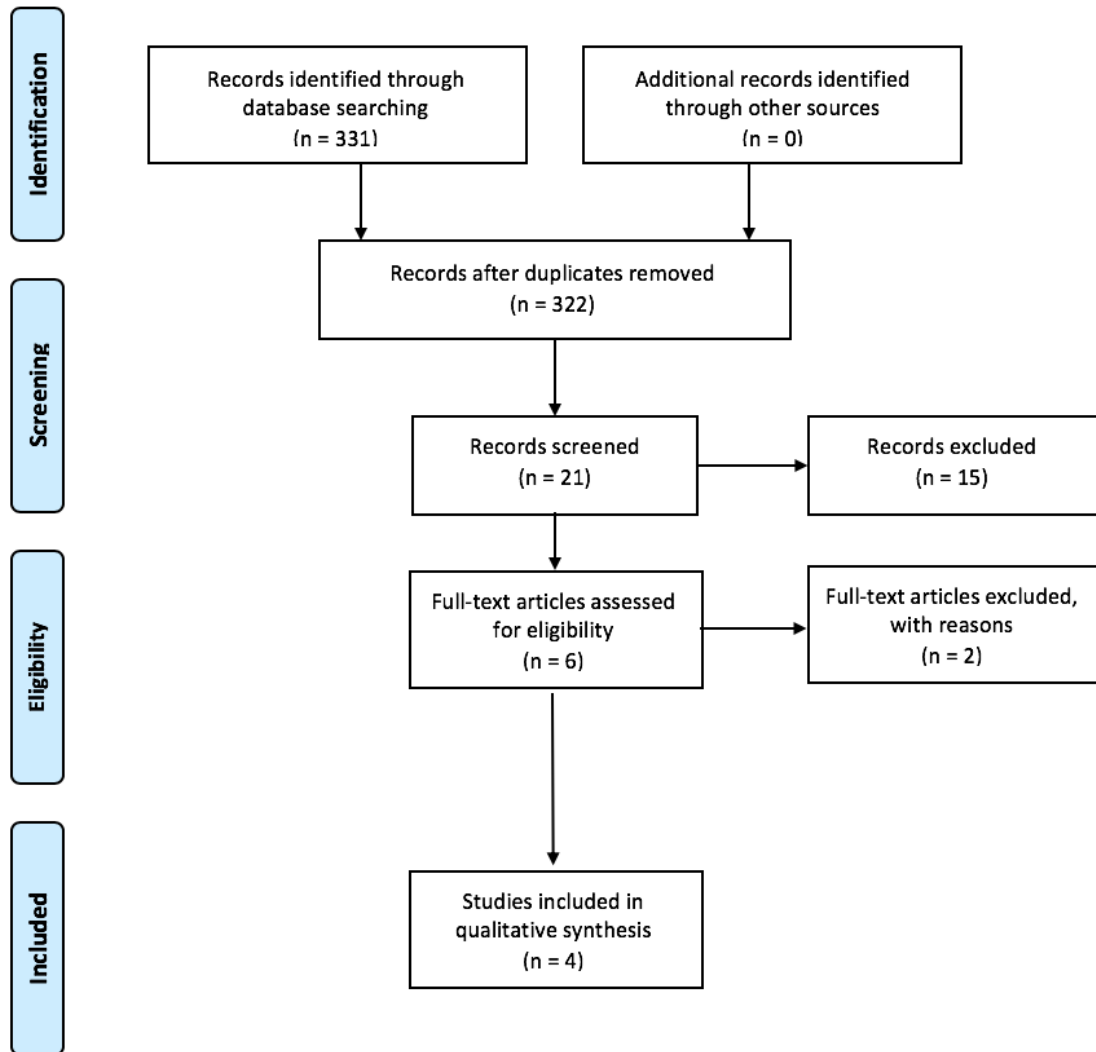
Vedlegg 4 – Ekskluderte studier

Ekskluderte studier	Årsak
<p>Women`s experiences of more than one termination of pregnancy within two years: a mixed – methods study</p> <p><i>C Purcell, J Riddell, A Brown, ST Cameron, C Melville, G Flett, Y Bhushan & L McDaid (2017)</i></p>	<p>Studien fokuserer på induisert abort knyttet til kvinnenes problemer ved bruk av prevensjon, vanskelige økonomiske forhold og vold i partnerskapet.</p>
<p>Meanings of being pregnant and having decided on abortion: young Swedish women's experiences</p> <p><i>Halldén BM, Christensson K & Olsson P (2005)</i></p>	<p>Studien omhandler tiden før utførelse av abort, og erfaringene kvinnene har i forhold til beslutningsprosessen</p>
<p>An illusion of power: qualitative perspectives on abortion decision-making among teenage women in Sweden</p> <p><i>Ekstrand M, Tydén T, Darj E & Larsson M (2009)</i></p>	<p>Hovedfokuset på tanker og refleksjoner rundt selve avgjørelsen ved å utføre abort. Studien fokuserte også på forholdet kvinnene hadde til prevensjon og abort</p>

Vedlegg 5 – Flytskjema pilotsøk



PRISMA 2009 Flow Diagram



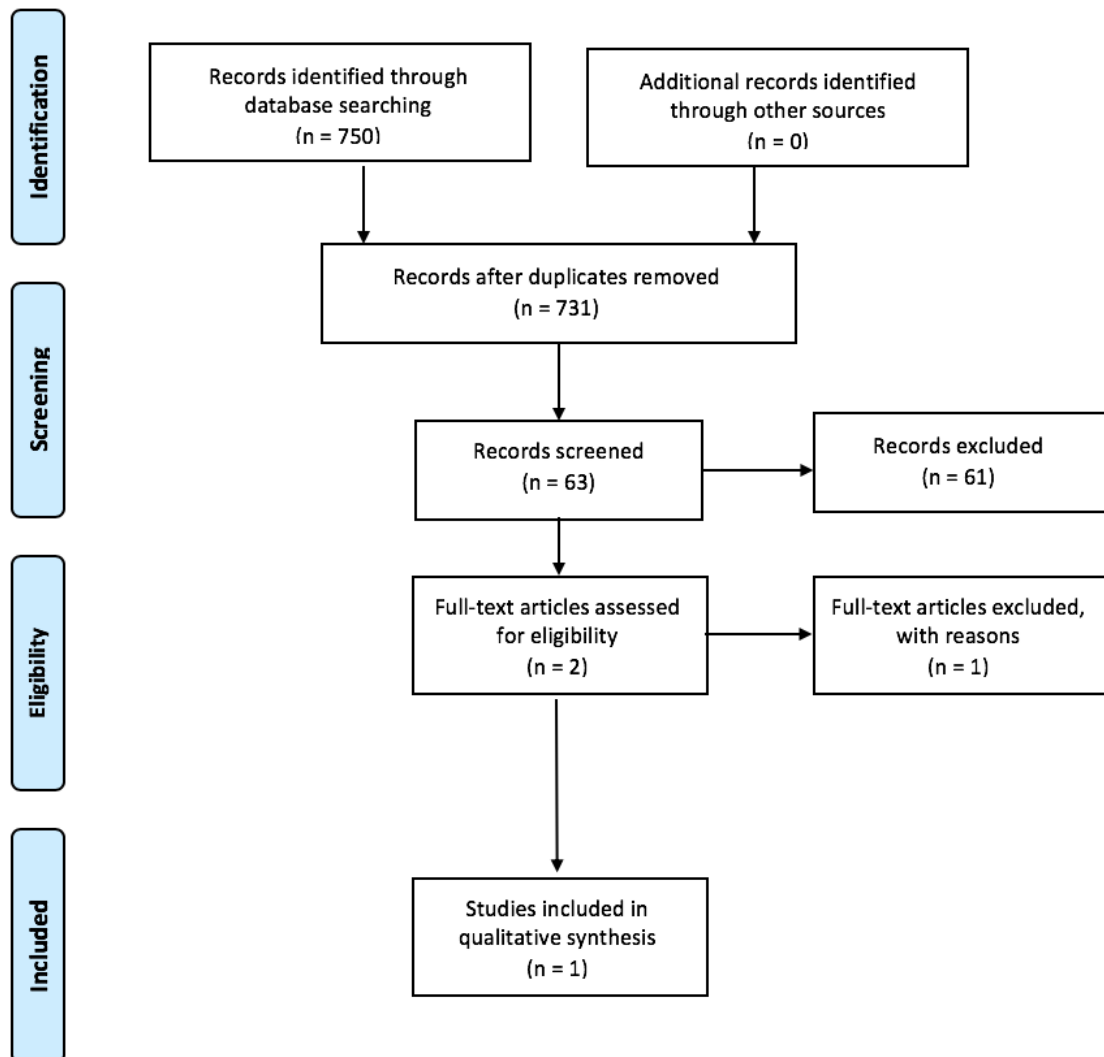
From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Vedlegg 6 – Flytskjema oppdatert søk



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Vedlegg 7 – Eksempel på tekstreduksjon og oversettelse i analysen

Datamateriale fra Aléx & Hammarström, 2004	Oversettelse og tekstreduksjon av Aléx & Hammarström, 2004
Being pregnant could also give the woman another dimension of life, which brought with it experience and maturity. The woman felt that knowing they could become pregnant was a wonderful gift.	Kvinnene kunne oppleve nye erfaringer og modenhet i forhold til graviditeten i etterkant av aborten, og at muligheten til å kunne bli gravid var en gave.
Datamateriale fra Goodwin & Ogden, 2007	Oversettelse og tekstreduksjon av Goodwin & Ogden, 2007
The women in this group expressed being upset to different degrees after their abortion using words such as “loss”, “upset”, “depressed”, “guilt” and “miserable” and had had an abortion 3, 4 and 9 years ago. However, although these women reported feeling so upset at the time of the abortion, they also described how these feelings reduced over time.	Tap, tristhet, depresjon, skyld og elendighet var umiddelbare reaksjoner som ble redusert over tid.
