

Carina Dagberg Hasselblad & Sandra Samuelsson

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKG11X, VT2015

Grundnivå

Handledare: Mona Söderlund

Examinator: Vera Dahlqvist

Sjuksköterskors upplevelser när de medverkar vid genomförandet av abort

En litteraturöversikt

Nurses´ experiences of participation in abortion procedures

A literature review

Sammanfattning

- Bakgrund:** Abort innebär att havandeskapet avbryts. Enligt World Health Organization genomförs cirka 46 miljoner inducerade aborter årligen. Det kan användas olika tillvägagångssätt vid abort så som medicinska och kirurgiska metoder. Den medicinska metoden har en påverkbar faktor på sjuksköterskors upplevelser. Kvinnan kanske genomgår denna abortprocess endast en gång under sin livstid, medan sjuksköterskorna genomgår det flertalet gånger i veckan. Dessa situationer kan vara moraliskt svåra för sjuksköterskorna och kan skapa ett etiskt dilemma mellan kvinnans rättigheter och fostrets skyddsvärde.
- Syfte:** Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva sjuksköterskors upplevelser när de medverkar vid genomförandet av inducerad abort.
- Metod:** En litteraturöversikt har genomförts, där tio vårdvetenskapliga artiklar har använts. Samtliga av dessa var av kvalitativ design.
- Resultat:** Analysen av resultatet delades in i två teman: *sjuksköterskors förhållningssätt till abort*. Känslor som kunde uppstå i relation till aborten var skuld, chock, skräck, ilska och sorg. Flertalet sjuksköterskor använde sig av självbevarelsedrift för att utestänga känslor. *Särskilt påfrestande och utmanande situationer*. Alla sjuksköterskor påverkades känslomässigt, särskilt vid återkommande och sena aborter. Det kunde även uppstå en etisk konflikt mellan kvinnans rättighet och fostrets skyddsvärde. Det var viktigt för sjuksköterskorna att få möjlighet att diskutera och reflektera sina erfarenheter sinsemellan.
- Diskussion:** Det som togs upp i diskussionen var känslor förknippat med sena och återkommande aborter samt sjuksköterskors behov av stöd när de vårdar kvinnan som genomgår abort. Resultatet diskuterades i relation till Jean Watsons omvårdnadsteori.
- Nyckelord:** Abort, upplevelse, sjuksköterskor, vårdande, etik.

Abstract

Background: Abortion implies that the pregnancy is interrupted. According to the World Health Organization approximately 46 million induced abortions are carried out each year. Different methods of abortion can be used such as medical and surgical methods. The medical method especially affects a nurse's experience of the procedure. Most likely, a woman undergoes the abortion process only once in her lifetime, while the nurse may face the experience several times a week. Induced abortion can be morally difficult for nurses and can generate ethical dilemmas between the woman's right and the fetus value of protection.

Aim: The aim of this literature review was to describe nurses experiences when they participate in the implementation of induced abortion.

Method: A literature review has been conducted, where ten caring sciences articles were studied. The articles were all of qualitative design.

Results: The analyses of the results were divided into two themes: *nurses approaches to abortion*. Feelings that could occur in relation to abortions were guilt, shock, fear, anger and sadness. Most nurses used self-preservation to shut out emotions. *The most demanding and challenging situations*. All nurses were affected emotionally, especially in relation to repeated and late abortions. It could also occur an ethical conflict between a woman's right and the fetus value of protection. It was therefore important for the nurses to have the opportunity to discuss and reflect on their experiences.

Discussions: The discussion addressed: feelings associated with late and repeated abortions as the nurses need support to care for women undergoing an abortion. The results were discussed in relation to Jean Watson theory of nursing.

Keywords: Abortion, termination of pregnancy, experience, nurses, nursing, ethics.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 HISTORIK	1
2.2 ABORT	1
2.2.1 Medicinsk abort.....	3
2.2.2 Kirurgisk abort.....	3
2.2.3 Globalt perspektiv	4
2.3 SJKSKÖTERSORS FÖRHÅLLNINGSSÄTT OCH UPPLEVELSER	4
2.4 SJKSKÖTERSORS ETISKA DILEMMA.....	6
2.5 PROBLEMFÖRMULERING.....	6
3. SYFTE.....	7
4. TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	7
4.1 JEAN WATSONS OMVÅRDNADSTEORI	7
4.1.1 Humanistisk och altruistiskt värdesystem.....	8
4.1.2 Accepterandet av positiva och negativa känslor	8
4.1.3 Att främja interpersonell undervisning och lärande	8
5. METOD	9
5.1 DATAINSAMLINGSMETOD	9
5.1.1 Sökord och sökvägar	9
5.2 URVAL	9
5.2.1 Inklusionskriterier och exklusionskriterier	9
5.3 DATAANALYS	10
5.3.1 Kvalitetsgranskning.....	10
6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
7. RESULTAT	11
7.1 SJKSKÖTERSORS FÖRHÅLLNINGSSÄTT TILL ABORT.....	12
7.1.1 Acceptans inför abort.....	12
7.1.2 Besluts- och informationsprocessen.....	12
7.1.3 Strategier för att hantera potentiella krav och utmaningar i yrkesrollen	13
7.1.4 Svårigheter att upprätthålla ett icke-dömande förhållningssätt	13
7.2 SÄRSKILT PÅFRESTANDE OCH UTMANANDE SITUATIONER	14
7.2.1 Sena aborter	14

7.2.2 Återkommande aborter	15
7.2.3 Att balansera olika kontraster i arbetet	15
7.2.4 Etiskt dilemma och känslan av skuld	16
7.2.5 Sjuksköterskors personliga upplevelser samt behov av stöd	16
8. DISKUSSION	17
8.1 METODDISKUSSION.....	17
8.2 RESULTATDISKUSSION	19
8.2.1 Själsro inför särskilt påfrestande och utmanande situationer	19
8.2.2 Självbevaringsdrift och balans utifrån olika kontraster i arbetet	19
8.2.3 Känslor förknippat med abort.....	20
8.2.4 Sjuksköterskors undervisande funktion och pedagogiskt lärande.....	21
8.2.5 Sjuksköterskors behov av stöd för att finna harmoni.....	22
8.2.6 Kvinnans och fostrets rättigheter	22
8.3 KLINISKA IMPLIKATIONER.....	23
8.4 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	24
9. SLUTSATS	24
10. REFERENSFÖRTECKNING	25
BILAGA 1. SÖKMATRIS	29
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT.....	30

1. Inledning

Vi har under vår verksamhetsförlagda utbildning varit studenter på en gynekologisk avdelning där sjuksköterskorna medverkade vid genomförandet av abort. Vi har även bekanta som genomgått abort och som har uttryckt missnöje kring vården då de har upplevt att de har behandlats känslolokalt. Därför väcktes intresset för hur sjuksköterskorna upplevde medverkandet vid abort, samt hur detta påverkade vårdandet. Sjuksköterskorna på avdelningen samtalande mycket om känslorna och problematiken som förelåg vid medverkandet av abort. Dessa känslor framträdde både under rapportering och under reflektionstid i samband med vår verksamhetsförlagda utbildning. Vi uppmärksammade även att sjuksköterskorna ställdes inför svåra känslor, vilket i sin tur påverkade deras förhållningssätt och ibland ledde detta till etiska problem hos sjuksköterskorna på avdelningen då kvinnorna hade olika orsaker till abort och därmed olika behov.

2. Bakgrund

2.1 Historik

Under 1900-talets början växte kvinnors rättighet fram i och med att kvinnan fick rösträtt i Sverige. Under denna tid mildrades även fängelsestraffet till 0,5-2 års fängelse för fosterfördrivning (Gemzell Danielsson, 2015). Tidigare ansågs fosterfördrivning som barnamord och kvinnan kunde dömas till dödsstraff. År 1938 var det fortfarande brottsligt att utföra abort enligt lag, men vissa undantag kunde göras om det var av medicinska, humanitära och eugeniska (ärftlighetsindikation) skäl. Abortlagen utvecklades successivt och förtydligades ytterligare år 1974. Detta innebär att kvinnan har rätten själv att fatta beslut om abort till och med den artonde graviditetsveckan (SFS 1974:595, § 1). Efter den artonde graviditetsveckan måste det finnas synnerliga skäl för att Socialstyrelsen ska kunna ge tillstånd (SFS 1974:595, § 3). Genom historien har sjuksköterskor kämpat för att göra abort fritt tillgängligt (Huntington, 2002). En grundläggande princip är att sjuksköterskorna ska tillhandahålla en tjänst som ger kvinnan rätten till att fatta sina egna beslut gällande deras hälsa och välbefinnande.

2.2 Abort

Abort innebär att havandeskapet avbryts (Marshall, Gould & Robert, 1994). Abort härstammar från det latinska ordet *abortus*, vilket betyder ”gå ned”, ”komma eller födas för

tidigt” enligt Nationalencyklopedin (NE, u.å). Abort står för två olika benämningar. Spontan abort benämns som naturligt missfall och inducerad abort benämns som framkallat missfall (Borgfeldt, Åberg, Andersberg & Andersson, 2010).

I Sverige utfördes inducerad abort 36600 gånger under 2013, vilket motsvarar 20,3 aborter per 1000 kvinnor i reproduktiv ålder (Socialstyrelsen, 2015). *Inducerad abort* betyder framkallat missfall. *Inducera* betyder att framkalla, föranleda och införa (Lindskog, 2014). Vid en medicinsk inducerad abort framkallas alltså ett missfall av ett embryo eller ett foster. Embryoperioden stäcker sig från den tredje veckan i graviditeten till och med den åttonde veckan efter befruktningen enligt (NE, u.å). Resten av graviditeten kallas för fosterperiod.

De vanligaste orsakerna till inducerad abort är pågående utbildning, ålder, tillfällig förbindelse, dålig ekonomi, arbetslöshet och saknad av bostad (Wahlberg, 2004). Även fostermisbildning kan vara en grund till att havandeskapet avbryts. I en kvantitativ enkätstudie av Mokgethi, Ehlers och Van der Merwe (2006) var sjuksköterskorna mer förstående till aborten och visade sympati då kvinnan var fattig eller ung samt om skolgången blev påverkad.

Ju tidigare en graviditet avbryts desto enklare och riskfriare är metoden för kvinnan (Weström, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010). Det kan användas olika tillvägagångssätt vid abort så som medicinska och kirurgiska metoder. Det vanligaste förekommande vid ett tidigt avbrytande är den medicinska metoden. Enligt Harvey, Beckman och Satre (2001) ska sjuksköterskan eller barnmorskan rådgöra med kvinnan om vad det finns för för- och nackdelar med de olika abortmetoderna, samt hjälpa kvinnorna att identifiera vad som är det bästa alternativet för dem. Det ska alltid tas en anamnes för att man sedan ska kunna bedöma valet av abortmetod (Socialstyrelsen, 2015). Det utförs också oftast ett vaginalt ultraljud. Det vaginala ultraljudet syftar till att mäta graviditetslängden i veckor och dagar och för att se om graviditeten är normal. Om kvinnan söker abort tidigt i graviditeten så kan hon själv påverka beslutet av abortmetod, delaktigheten bör därför uppmuntras (Gemzell Danielsson, 2014). Informationen bör ske muntligt och skriftligt så att kvinnan får tillräckligt med faktaunderlag för att kunna fatta ett välgrundat beslut (Gemzell Danielsson, 2015). Enligt The World Health Organization (WHO) bör kvinnan få direkt preventivmedelsrådgivning när hon genomgår abort (WHO, 2012). Om inte denna rådgivning når fram till kvinnan kan detta resultera i upprepade aborter (Mokgethi et al., 2006).

2.2.1 Medicinsk abort

Inducerad abort kan i Sverige betraktas som ett mycket säkert ingrepp med relativt liten komplikationsrisk (Gemzell Danielsson, 2015). Läkemedelsbehandlingen framkallar cervixmognad och uteruskontraktion, vilket leder till att graviditeten utstöts. Mifepriston® är ett läkemedel som hämmar progesteronutsöndringen. Preparatet är i tablettform och intas på avdelningen. Detta läkemedel kombineras med Misoprostol® som innehåller den aktiva substansen prostaglandiner som i sin tur orsakar livmoderskontraktioner som spontant avstöter graviditeten. Enligt Gemzell Danielsson (2014) kan medicinsk behandling utföras om graviditeten inte har överskridit 63 dagar.

Den senaste tiden har medicinsk abort blivit den vanligaste metoden jämförelsevis med kirurgisk abort (Lipp, 2008). Sjuksköterskorna involveras alltmer i medverkandet av medicinska aborter. Denna medicinska metod har en påverkbar faktor på sjuksköterskors upplevelser, då sjuksköterskorna känner ett ökat ansvarstagande när deras sjuksköterskeroll har ändrats succesivt. Enligt Lipp (2008) kommer den medicinska metoden öka och sjuksköterskan kommer behöva vara behjälplig i olika mentalt stressande situationer. Dessa situationer kan vara enormt känsloladdade och emotionellt påtagliga då kvinnan drabbas av både blödningar och smärta (Slade, Heke, Fletcher & Stewart, 2001). Själva synen av fostret kan också innebära stress både för kvinnan och sjuksköterskan. Fördelen med denna abortprocess är att det liknar mer ett naturligt missfall och kvinnan slipper genomgå ett större kirurgisk ingrepp som kan orsaka komplikationer så som infektion eller blödning (Harvey et al., 2001).

2.2.2 Kirurgisk abort

Vid en kirurgisk abort måste först och främst livmoderhalsen uppmjukas och utvidgas för att undvika komplikationer, detta gör man med hjälp av ett slidpiller (Gemzell Danielsson, 2015). Sedan töms uteruskaviteten genom livmoderhalsen med hjälp av vakuumaspiration och andra relevanta instrument. Ingreppet tar mellan 10-15 minuter och kan göras med hjälp av lokalbedövning och lugnande läkemedel eller med hjälp av en kortvarig narkos (SOU 2005:90). Denna metod kan användas till och med graviditetsvecka 12.

I en intervjustudie av Lipp (2008) var den kirurgiska aborten uppskattad av sjuksköterskorna, trots att det finns en viss anestetisk risk. Sjuksköterskorna menade att denna metod var den minst traumatiserande, då kvinnan var sövd och inte behövde genomlida involveringen på samma sätt som vid medicinsk abort. I en intervjustudie av Slade et al.

(2001) upplevde kvinnan denna process som oproblematisks förutsatt att inget oväntat skedde. Men däremot kunde det finnas en viss oro förknippat med väntandet inför operation. Den kirurgiska metoden var också fördelaktig på det viset att kvinnan ej fick smärtsamma kramper samt att ingreppet gick relativt snabbt (Harvey et al., 2001). Men den medicinska metoden är mer fördelaktig på det viset att den orsakar mindre komplikationer för kvinnan (Gemzell Danielsson, 2015).

2.2.3 Globalt perspektiv

Enligt WHO (2012) genomförs omkring 46 miljoner inducerade aborter årligen, cirka 20 miljoner görs under osäkra förhållanden vilket kan skapa stora komplikationer för kvinnan. I många länder är abort fortfarande illegalt där både moraliska, etiska och religiösa värderingar har gjort att avbrytande av havandeskapet ansetts som brottsligt om inte kvinnans liv har varit i fara (Borgfeldt et al., 2010). Illegal abort har alltid förekommit i alla samhällen trots förbud och straff. Även i Sverige utfördes illegala aborter på 1930-talet. Mödradödligheten var därför stor och motsvarade en fjärdedel av dödsfallen. Som sjuksköterska i Sverige kan vi möta människor från olika etniska grupper (Hanssen, 2007). Många invandare kommer i nuläget till Sverige från Somalia, Syrien, Afghanistan och Irak (<http://www.migrationsinfo.se/>), där abort endast är tillåtet om kvinnans liv är i fara (<http://www.worldabortionlaws.com>). Med fokus på den tvärkulturella komplexa människan är det därför viktigt att sjuksköterskor har redskap för att möta patienter från etniska minoriteter (Hanssen, 2007).

2.3 Sjuksköterskors förhållningssätt och upplevelser

Det är mänskligt att inte klara av att ge god omvårdnad, men detta kan få stora konsekvenser och skapa ett vårdlidande hos patienten (Dahlberg & Segesten, 2010). När kvinnan söker vård så blir hon mer eller mindre sårbar. En icke vårdande situation kan bli förödande och kan få svåra konsekvenser för kvinnan. I anslutning till abort upplever vissa kvinnor att sjuksköterskorna innehar ett okänsligt förhållningssätt och att medverkandet vid aborten sker på löpande band (Murphy, Jordan & Jones, 2000). Därför är det mycket viktigt att sjuksköterskors attityder inte inverkar på kvinnans integritet. Således är det viktigt att kvinnan erhåller information och stöd, samt att hon förbereds inför abortprocessen. Utmaningen föreligger i att sjuksköterskorna ska ge den individanpassade informationen för att tillmötesgå kvinnans behov på bästa möjliga sätt.

I en litteraturstudie av Marek (2004) som utfördes i norra Kalifornien visades det sig att en stor del av sjuksköterskorna skulle acceptera att medverka vid genomförandet av abort om det var något fel på fostret eller om det hade avlidit i livmodern. Om sjuksköterskors upplevelser av abort förknippades med sorg och förlust kunde deras förhållningssätt påverkas negativt. Dessa resultat bekräftades även av Marshall et al. (1994). Detta kan förklaras med att ju fler negativa upplevelser man har desto mer känslor har man angående abort (Marek, 2004). Enligt Marshall et al. (1994) framkom det även att kvinnor som genomgick abort inte fick den stödjande och icke-dömande vård som de önskade. Enligt Marek (2004) fanns det situationer där ingen sjuksköterska ville ta ansvar för abort, men de upplevde ändå att de var tvungna att medverka då de arbetade på en gynekologisk avdelning. En del av sjuksköterskorna som vägrade att medverka vid abort blev mycket kritiserade och ansågs oproffsiga. I ett av fallen uttryckte en sjuksköterska att hon hade erhållit negativa kommentarer då hon vägrade att medverka vid genomförandet av abort, då en kollega uttryckligen ansåg att de var kvinnan som skulle vårdas och inte fostret som ändå skulle aborteras snart.

Enligt McQueen (1997) framkom det att sjuksköterskorna alltid ville sträva efter ett professionellt förhållningssätt. Det var även viktigt att sjuksköterskornas egna känslor var erkända och medvetandegjorda. Oavsett sjuksköterskornas personliga åsikter om abort var engagemang och empati två grundläggande komponenter som de ansåg var betydande för att tillgodose kvinnans behov. Sjuksköterskorna medgav också att det fanns en emotionell komponent gällande medkänsla och empati. Den viktigaste faktorn när det gäller abortvården är att personalen är närvarande, detta för att förmedla ett lugn och inge en avslappnande miljö (Slade et al., 2001). Majoriteten av kvinnorna uttryckte att sjuksköterskorna var varma och hade ett vänskapligt förhållningssätt, samt att de var sensitiva och stödjande. För att sjuksköterskorna ska kunna stödja och tillhandahålla utförandet av abort så måste de kunna hantera den psykologiska inverkan som deltagandet medför (Huntington, 2002). Kvinnan kanske genomgår denna abortprocess endast en gång under sin livstid, medan sjuksköterskorna medverkar vid abort flertalet gånger i veckan. Detta kunde innebära att upplevelserna upprepades gång på gång för sjuksköterskorna.

Det framkom även att en stor del av sjuksköterskorna ansåg att religion, familj och vänner påverkade deras förhållningssätt. Religionen hade också en stor påverkan på hur sjuksköterskorna utvecklade sina attityder gentemot abort (Lipp, 2008; Marshall, 1994). Judendomen, kristendomen och islam är de religionerna som är mest förknippade med de negativa attityderna. Sjuksköterskorna citerar religionen som den primära anledningen till de negativa attityderna. De upplevde även skuld, depression och ångest samt en religiös konflikt

när de medverkade vid abort. Majoriteten av sjuksköterskorna var kristna och kände en etisk problematik när de medverkade vid abort då de är utbildade att främja liv (Mokgethi et al., 2006).

2.4 Sjuksköterskors etiska dilemma

Ordet etik handlar om ”läran om god moral” och härstammar från det grekiska *ethico*’s enligt (NE, u.å). De moraliska principerna i omvårdnaden syftar till att förverkliga det som är gott för andra individer (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008). Detta är en altruistisk verksamhet som innebär att man ställer andras intressen framför sina egna för att slutligen öka individens välfärd, välbefinnande och lycka och därmed minska kvinnans elände, lidande samt olycka. Sjuksköterskornas uppdrag är därför att sträva efter att göra gott och inte skada. Enligt International council of nurses ICN:s etiska kod ska sjuksköterskan uppvisa ett professionellt förhållningssätt som innebär respekt för medkänsla och lyhördhet, samt visa hänsyn gentemot individens integritet (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Sjuksköterskor som arbetar med abort konfronteras ständigt utifrån situationer som är moraliskt svåra såsom deltagandet och avbrytandet av graviditeten (Arries, 2005). Sjuksköterskan bör därför vara medveten om sina känslor och inneha ett professionellt förhållningssätt. De moraliska aspekterna i abortfrågan har alltid väckt argument som talar för eller emot abort (Arlebrink, 2013). Arlebrink menar att de som är emot abort bär med sig känslan av att utsläcka ett mänskligt liv. Därför kan det uppstå ett etiskt dilemma mellan kvinnans rättigheter och fostrets skyddsvärde. De som är för abort anser att fostret inte har en självständig existens utan är en del av den kvinnliga kroppen precis som alla andra delar av kroppen. Enligt WHO ska man respektera varje individs individuella val gällande deras personliga hälsotillstånd (World Health Organization, refererad i Mokgethi et al., 2006).

2.5 Problemformulering

Som sjuksköterska ställs man inför etiska dilemman när olika värden ställs i konflikt med varandra. Denna etiska konflikt kan handla om kvinnas rättigheter och fostrets skyddsvärde. Sjuksköterskorna som medverkar vid abort och hanteringen av det aborterade fostret kan ibland uppleva situationen som moralisk svår.

Det är sedan tidigare välkänt att kvinnan som går igenom denna process, riskerar att få svåra psykiska och fysiska besvär. Forskning som fokuserar på sjuksköterskornas psykiska och fysiska upplevelser i samband med abort kan lyfta fram viktiga aspekter i sjuksköterskans

arbete. Dessutom ökar sjuksköterskornas involvering och ansvar när medicinsk abort blir alltmer vanligt förekommande. Det saknas relevant forskning på hur sjuksköterskorna kan hantera dessa svårigheter som kan orsaka moralisk stress. Sammanställningar av den aktuella forskningen kan bidra till förståelse av detta område. Författarna har därför valt att beskriva sjuksköterskors upplevelser när de medverkar vid genomförandet av abort.

3. Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser när de medverkar vid genomförandet av inducerad abort.

4. Teoretisk utgångspunkt

I denna litteraturöversikt kommer resultatet att diskuteras mot Jean Watsons omvårdnadsteori. Jean Watsons omvårdnadsteori anknyter till konsensusbegreppet vårdande och är en lämplig teoretisk utgångspunkt för att den är filosofiskt förankrad och fokuserar på den mänskliga omsorgen och sjuksköterskans förhållningssätt (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

4.1 Jean Watsons omvårdnadsteori

Den mänskliga omsorgen innefattar en vilja och ett engagemang att ge omsorg, liksom värderingar, kunskap, omsorgshandlingar och konsekvenser (Watson, 1993). Detta är en strävan som tar hänsyn till både sjuksköterskan och individens position i tid och rum. Omsorgen innefattar även etiska och moraliska ideal som har som mål att sträva efter att stärka, skydda och bevara mänsklig värdighet. Det etiska och det moraliska idealet har som mål att vägleda sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

I det mänskliga mötet mellan sjuksköterska och patient speglas två individers kropp, själ och ande i ögonblickets upplevelse (Watson, 1993). I detta gemensamma ögonblick skapas upplevelser i en atmosfär som sträcker sig bortom tid och rum. En individs känslor och tankar är själens fönster där både fysiska och materiella värden överskrids. I denna unika vårdrelation skapas en emotionell och subjektiv värld. Med hjälp av omsorgshandlingar och de mellanmänskliga omsorgsprocesserna bemöter sjuksköterskan individens inre subjektiva värld där sjuksköterskan försöker hjälpa individen att finna mening i tillvaron trots disharmoni, lidande och oro. Självkontroll, valmöjligheter och självbestämmande är viktiga faktorer för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Watson (1993) menar att de tio carativa omvårdnadsfaktorerna utgör en ram för att sjuksköterskan ska kunna använda sig av caritasprocessen i vårdandet. Den caritative processen handlar om den mänskliga omsorgen, där syftet är att bevara det mänskliga. Processen bejakar den personliga subjektiviteten inför andras välbefinnande. Den ger också rum för att sjuksköterskan själv ska kunna utvecklas och lära sig något nytt. Av dessa tio carativa omvårdnadsfaktorer kommer litteraturöversiktens resultat att diskuteras mot tre fördjupade faktorer, vilka är humanistisk och altruistiskt värdesystem, accepterande av positiva och negativa känslor samt att främja interpersonell undervisning och lärande.

4.1.1 Humanistisk och altruistiskt värdesystem

Watsons första carativa omvårdnadsfaktor handlar om att utveckla en kärleksfull välvilja och tolerans gentemot sig själv och andra (Watson, 2008). Detta är en omsorgsfull medvetenhet där man låter sig vägledas av humanistiska och altruistiska värden. För att sjuksköterskan ska finna harmoni i tillvaron så måste hon eller han vara fördragssam och balanserad i situationen och finna själsro i sinnet, kroppen och själen. Med denna själsro intar sjuksköterskan ett icke-dömande förhållningssätt gentemot sig själv och andra. Om sjuksköterskan skulle handla rutinmässigt så finns en disharmoni och obehag i kroppen och själen, vilket gör att sjuksköterskan blir mindre fördragssam och balanserad.

4.1.2 Accepterandet av positiva och negativa känslor

I omvårdnaden måste sjuksköterskan tillsammans med kvinnan vara närvarande och stödjande samt inneha ett icke-dömande förhållningssätt gentemot både positiva och negativa känslor (Watson, 2008). Det är först då den autentiska närvaron uppstår när sjuksköterskan och individen har förmågan att lyssna och förstå känslornas innebörd. Att vara närvarande i en mänsklig relation där individen uttrycker lidande, sorgsenhet, ilska och rädsla kan vara utmanande för sjuksköterskan. Sjuksköterskan behöver därför gå utanför sin bekvämlighetzon och lägga sina värderingar och prestige åt sidan för att kunna närma sig den andres livsrum. I livsrummet ges utrymme för känslor som är undermedvetna. Sjuksköterskan kan därmed spegla livsberättelsen så att hon eller han kan få en djupare mening till situationen.

4.1.3 Att främja interpersonell undervisning och lärande

Tidigare erfarenheter och upplevelser kan bidra till hur individen förstår sig själv och sin situation (Watson, 2008). Sjuksköterskan behöver på ett genuint sätt undervisa och tillämpa

sina inlärningserfarenheter utifrån den andres unika subjektiva värld. Det vill säga anpassa de vårdpedagogiska åtgärderna så att patienten förstår innebörden av den erhållna informationen. Om informationen upplevs integrerad skapas en enhet av mening och sammanhang. Sjuksköterskan ska därför vara medveten om att information inte är detsamma som kunskap och förståelse. Bemötandet är också ett viktigt grundläggande villkor för kunskap då det skapar en trygg atmosfär. Där ges också möjlighet för patienten att ställa frågor.

5. Metod

Denna uppsats baseras på en litteraturöversikt enligt Fribergs modell (Friberg, 2012). Modellen har varit en utgångspunkt för att författarna ska kunna skapa sig en översikt över det aktuella kunskapsläget inom det omvårdnadsrelaterade forskningsområdet. Att göra en litteraturöversikt innebär ett strukturerat arbetssätt för att beskriva data inom ett valt område. Litteraturöversikt baseras på ett systematiskt urval av forskningsartiklar som har relevans för sjuksköterskans kompetens och grundutbildning. Analysen grundar sig alltså på färdigställda forskningsartiklar för att sammanställa aktuell forskning

5.1 Datainsamlingsmetod

5.1.1 Sökord och sökvägar

Författarna har i denna litteraturöversikt använt sig av databaserna *CINAHL Complete* och *Medline with full text* (se bilaga 1). För att få fram ett relevant sökord använde författarna sig av *Medical Subject Headings* (MeSH). I MeSH översätts medicinska termer på svenska och engelska. En term som översattes var inducerad abort. De engelska sökorden som användes var: *midwives or nurses, termination of pregnancy, experience, experiences, nursing experience, nurse, nursing, midwives, ethics, induced, abortion, abortion services*. Sökorden kombinerades sedan enligt boolsk söklogik (Östlundh, 2012).

5.2 Urval

5.2.1 Inklusionskriterier och exklusionskriterier

Vårdvetenskapliga artiklar som har inkluderats i resultatet har belyst både sjuksköterskors och barnmorskors upplevelser när de medverkar vid genomförandet av inducerad abort. I denna litteraturöversikt har författarna endast använt begreppet sjuksköterskor, men även barnmorskors upplevelser har inkluderats. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar söktes, men endast kvalitativa artiklar inkluderades i litteraturöversikten. Kvantitativa artiklar

exkluderades då syftet var att beskriva upplevelser. Avgränsningsfunktioner som har använts i båda databaserna är Full text. I *CINAHL Complete* och *Medline with full text* valdes även avgränsningsfunktionen *Peer Reviewed* och *Reviewed Articles* för att få fram artiklar från vetenskapligt granskade tidskrifter (Östlundh, 2012). I *Medline with full text* användes *Abstract Available* för att säkerställa att de utvalda orden fanns med i artikelns abstrakt. Denna litteraturöversikt har baserats på tio vetenskapliga originalartiklar (se bilaga 2). Samtliga artiklar som identifierades var av kvalitativ design från olika länder så som Sydafrika, Schweiz, Storbritannien, USA, Sverige, Japan och Danmark. I urvalet valde författarna att ej begränsa sig gällande år i sökarbetet. Spannet på artiklarna var mellan år 2000-2011.

5.3 Dataanalys

Artiklarna har analyserats utifrån Fribergs modell (Friberg, 2012). Först har författarna läst artiklarna individuellt. Sedan har författarna analyserat och diskuterat artiklarna tillsammans för att få en bredare förståelse inom det forskningsrelaterade området. Därefter gjordes en översiktstabell och en sammanfattning av varje artikel som var ett stöd under analysarbetet. Detta kan ses som en validering så att all väsentlig fakta har uppfattats och dokumenterats. När den bärande informationen ur artiklarnas resultat hade bearbetats och sammanfogats så skapades en ny helhet. För att få fram likheter och skillnader gällande sjuksköterskors upplevelser använde författarna en markeringspenna för att få fram relevanta fenomen för att besvara syftet. Innehållet har därefter sorterats in i teman och subteman.

5.3.1 Kvalitetsgranskning

Vid kvalitetsgranskningen användes ett protokoll utifrån Willman, Stoltz och Bathsevani (2011). I litteraturöversikten har författarna varit noggranna med att syftet, problemformuleringen och urval har varit tydligt beskrivna för att försäkra sig om att artiklarna var av vetenskaplig karaktär. Författarna var också noggranna med att datainsamlingen utfördes på en gynekologisk vårdavdelning som hade relevans för respektives studiers syfte och metod. Författarna ville också försäkra sig om att artiklarna var tydligt och väl beskrivna gällande resultat och analys.

6. Forskningsetiska överväganden

I denna litteraturöversikt har författarna varit noggranna med att artiklarna ska ha forskningsetiska överväganden. Enligt Olsson och Sörensen (2011) är det viktigt att göra en etikprövning då det är en grundläggande princip för att respektera människovärdet.

Författarna i denna litteraturöversikt har därför reflekterat om forskaren har tagit etiskt ansvar i studien och respekterat människans välfärd gentemot vetenskapens behov. Enligt lag är forskningsetiska bedömningar nu obligatoriska (SFS 2003:460). Dessa innehåller riktlinjer om hur forskning ska bedrivas på människor för att respektera de mänskliga rättigheterna, människovärdet samt den grundläggande friheten (Olsson och Sörensen, 2011).

Under arbetets gång har ett kritiskt förhållningssätt tillämpats. Författarna har varit noggranna med att översätta artiklarnas innehåll så att resultatet inte återges och tolkas felaktigt på grund av eventuell förförståelse. Eftersom att kvalitativa artiklar är uppbyggda på olika sätt och har olika metoder och teoretiska utgångspunkter så har författarna läst artiklarna med stor öppenhet och följsamhet. Författarna har därför försökt att inneha ett öppet sinne och hanterat förförståelsen genom diskussion och medvetenhet.

7. Resultat

Resultatet innehåller två teman och nio subteman.

- Sjuksköterskors förhållningssätt till abort
 - Acceptans inför abort
 - Besluts- och informationsprocessen
 - Strategier för att hantera potentiella krav och utmaningar i yrkesrollen
 - Svårigheter att upprätthålla ett icke-dömande förhållningssätt

- Särskilt påfrestande och utmanande situationer
 - Sena aborter
 - Återkommande aborter
 - Att balansera olika kontraster i arbetet
 - Etiskt dilemma och känslan av skuld
 - Sjuksköterskors personliga upplevelser samt behov av stöd

7.1 Sjuksköterskors förhållningssätt till abort

7.1.1 Acceptans inför abort

Sjuksköterskorna ansåg att kvinnorna redan hade fattat ett svårt och välgrundat beslut samt att de hade goda skäl till att genomgå aborten (Nicholson, Slade & Fletcher, 2010; Gallagher, Porock & Edgley, 2010). Därför var det en självklarhet för sjuksköterskorna att stödja och respektera kvinnans val (Nicholson et al., 2010; Vinggaard Christensen, Hjøllund Christiansen & Petersson, 2012; Mizuno, 2011; Gallagher et al., 2010; Cignacco, 2002; Lindström, Wulff, Dahlgren & Lalos, 2011). Sjuksköterskorna ansåg även att alla kvinnor hade lika värde och skulle behandlas lika oavsett orsaken till abort (Lipp, 2011). Vidare framkom det att sjuksköterskorna ansåg sitt arbete som värdefullt (Nicholson et al., 2010; Gallagher et al., 2010). Dels för att motverka illegala aborter men även för att aborten skulle vara så säker som möjligt för kvinnan (Lindström et al., 2011; Nicholson et al., 2010).

7.1.2 Besluts- och informationsprocessen

Sjuksköterskorna upplevde ett etiskt dilemma när de inte var delaktiga i besluts- och informationsprocessen utan endast deltog i medverkan vid abort (Cignacco, 2002; Vinggaard Christensen et al., 2012). Problematiken förelåg i att sjuksköterskorna var den sista länken i kedjan då den delegerade uppgiften skulle utföras (Cignacco, 2002). Innan kvinnan genomgår aborten ville sjuksköterskorna försäkra sig om att kvinnan hade fått adekvat information, samt att kvinnan var övertygad om att detta var det rätta beslutet (Nicholson et al., 2010; Lindström et al., 2011; Gallagher et al., 2010). Särskilt ville sjuksköterskorna försäkra sig om detta när kvinnorna var under 18 år (Lindström et al., 2011). Dessa framträdande aspekter var en viktig nyckel för att sjuksköterskorna skulle känna att deras deltagande var berättigat. I en intervjustudie från Sydafrika ansåg sjuksköterskorna att den informativa delen inför aborten var en viktig aspekt då kvinnan utstrålade mindre rädsla samt var lugnare under själva genomförandet om hon hade erhållit information (Mayers et al., 2005). Sjuksköterskorna upplevde även en oro och en emotionell börda när de förväntades att informera om abortprocessen. Vidare ansåg sjuksköterskorna i denna intervjustudie att de hade fått bristande utbildning i att ge information och stöd till kvinnan.

7.1.3 Strategier för att hantera potentiella krav och utmaningar i yrkesrollen

Det påvisades i flertalet studier att sjuksköterskorna använde sig av självbevaringsdrift (Lipp, 2011; Gallagher et al., 2010; Hanna, 2005; Mayers et al., 2005; Nicholson et al., 2010; Mizuno, 2011; Botes & Cur, 2000; Cignacco, 2002). Att utestänga känslor vid abort var en strategi för majoriteten av sjuksköterskorna (Nicholson et al., 2010; Mizuno, 2011; Lipp, 2011; Cignacco, 2002). Dels för att inte bli påmind om det aborterade fostret (Nicholson et al., 2010; Mizuno, 2011), men även för att dölja sorg och frustration gentemot kvinnan (Nicholson et al., 2010; Lindström et al., 2011). Detta förnekande gjorde så att sjuksköterskorna kunde fortsätta med sitt arbete och inte ständigt bli påmind av tidigare upplevelser (Mizuno, 2011). Vissa likheter gick även att tyda i en annan intervjustudie där sjuksköterskorna förträngde sina känslor och var ovilliga att diskutera och reflektera upplevelser med andra (Hanna, 2005).

7.1.4 Svårigheter att upprätthålla ett icke-dömande förhållningssätt

Sjuksköterskorna ansåg att deras roll skulle innehålla vissa egenskaper så som att vara empatiska, omtänksamma, snälla och ha ett icke-dömande förhållningssätt (Nicholson et al., 2010). Sjuksköterskorna ansåg även att dömande av olika slag var viktigt att dölja inför den aborterande kvinnan (Lindström et al., 2011). Men sjuksköterskorna medgav ändå att det fanns vissa svårigheter att distansera sig från sitt eget dömande, samt att undanhålla de svåra känslorna som var förknippade med abort (Hanna, 2005; Nicholson et al., 2010). Det kunde även bli svårt att upprätthålla ett professionellt förhållningssätt (Hanna, 2005; Lindström et al., 2011), men denna ambivalens påverkade inte kvinnorna enligt sjuksköterskorna (Lindström et al., 2011). Sjuksköterskorna uttryckte också att medverkandet vid abort hade blivit mer som en rutin och att de inte reflekterade tillräckligt mycket omkring deras upplevelser vilket kunde påverka deras förhållningssätt (Mayers et al., 2005). Sjuksköterskorna betonade också en problematik som förelåg i att de är utbildade att rädda liv och inte döda. Detta ledde till att sjuksköterskorna ifrågasatte sig själva och sin framtida yrkesprofession. De ifrågasatte även om det är en uppgift som sjuksköterskan bör göra då abort väcker kontroversiella tankar (Gallagher et al., 2010).

7.2 Särskilt påfrestande och utmanande situationer

7.2.1 Sena aborter

Att sjuksköterskorna påverkades känslomässigt när de medverkade vid abort kunde påvisas i flertalet studier (Nicholson et al., 2010; Lindström et al., 2011; Mayers et al., 2005; Hanna, 2005; Cignacco, 2002; Gallagher et al., 2010; Mizuno, 2011; Lipp, 2011). Det upplevdes särskilt påfrestande och utmanande att hantera fostret när det var sena aborter (Nicholson et al., 2010; Lindström et al., 2011; Mayers et al., 2005; Gallagher et al., 2010; Lipp, 2011). Sjuksköterskorna ansåg att fostret hade likheter med en människa då fostret var potentiellt livsdugligt (Nicholson et al., 2010; Lindström et al., 2011). Särskilt moraliskt svårt var det när de kunde se identifierbara kroppsdelar så som händer, fötter och ögon (Hanna, 2005). Dessa upplevelser beskrevs olika så som obehagligt, ovärdigt, svårt samt en känsla av att släcka mänskligt liv (Nicholson et al., 2010; Hanna, 2005; Botes & Cur, 2000). Sjuksköterskorna upplevde också att själva medverkandet vid genomförandet av abort var emotionellt svårt (Cignacco, 2002; Vinggaard Christensen et al., 2012), inte bara för kvinnan utan också för dem (Vinggaard Christensen et al., 2012). Särskilt när barnet var önskat och kvinnan uttryckte motvilja såsom sorg, gråtmildhet och ånger (Hanna, 2005). Kvinnans emotionella smärta påverkade även sjuksköterskornas förhållningssätt och väckte motsägelsefulla känslor så som chock, skräck, ilska och sorg (Hanna, 2005; Mizuno, 2011). Detta kunde leda till att sjuksköterskan ville fly från den obehagliga situationen. Medicinskt sena aborter ansågs också som speciellt svåra då de hade likheter med en vanlig förlossning (Lindström et al., 2011).

Sjuksköterskorna upplevde att de blev lämnade med ett stort ansvar, särskilt påfrestande var det när fostret visade tecken på liv (Vinggaard Christensen et al., 2012; Hanna, 2005). De upplevde att de hade blivit lämnade med någon annans misstag särskilt om läkaren inte hade ordinerat tillräckligt med läkemedel för att fostret skulle dö i livmodern.

När sjuksköterskorna hanterade det aborterade fostret som fortfarande var varmt och andades väcktes känslor av ilska då de inte kunde göra något mer (Vinggaard Christensen et al., 2012; Hanna, 2005). En sjuksköterska uttryckte att hon inte ville röra vid det aborterade fostret då hon kände värmen från fostret och detta väckte en progredierande känsla av skuld (Mizuno, 2011). Detta föranledde till att sjuksköterskorna kunde reflektera över om fostret hade känt smärta eller ej under själva aborterandet. En sjuksköterska upplevde tacksamhet över att inte behöva delta i sena aborter då hon var osäker på hur hon skulle hantera denna svåra process emotionellt. En sjuksköterska ville skydda kvinnan från att se fostret för att det

kunde ha en negativ påverkan på kvinnan (Nicholson et al., 2010). Sjuksköterskan medgav också att hon påverkades starkt när hon hanterade det döda fostret. Därför upplevde sjuksköterskorna att de behövde stöd och riktlinjer när de medverkade vid sena aborter (Vinggaard Christensen et al., 2012).

7.2.2 Återkommande aborter

Upprepade aborter var också svåra att förstå för sjuksköterskorna (Lindström et al., 2011; Mayers et al., 2005; Lipp, 2011; Nicholson et al., 2010; Hanna, 2005). Särskilt när kvinnan genomgick sin andra, tredje eller fjärde abort under en kort period och hade erhållit undervisning om preventivmedel vid den första aborten (Hanna, 2005; Lipp, 2011). Denna situation kunde leda till att sjuksköterskorna upplevde frustration och en mindre acceptans och förståelse för kvinnan (Nicholson et al., 2010). Sjuksköterskorna upplevde även ilska inför att kvinnan använde abort som ett preventivmedel (Mayers et al., 2005; Hanna, 2005). Men de kunde även innebära en känsla av att ha misslyckats då det informerande budskapet inte nått fram (Lindström et al., 2011). Sjuksköterskorna uttryckte att kvinnan borde ta ansvar för sin sexuella hälsa istället för att tänka att abort är en enkel preventivmetod (Nicholson et al., 2010). Sjuksköterskorna upplevde även att det var hopplöst och slöseri med tid och att de snart skulle återkomma (Mayers et al., 2005), de ansåg även att det var ett själviskt handlande och att kvinnan inte respekterade mänskligt liv (Botes & Cur, 2000).

7.2.3 Att balansera olika kontraster i arbetet

Det framkom att det fanns vissa svårigheter att vårda flera kvinnor samtidigt som hade olika individuella behov och orsaker till abort (Nicholson et al., 2010). Sjuksköterskorna upplevde att det var ansträngande att gå från patient till patient (Nicholson et al., 2010; Lipp, 2011). Dessa omständigheter orsakade emotionell påfrestning för sjuksköterskorna (Lipp, 2011). Kontrasterna kunde handla om att en av kvinnorna gjorde en sen abort på grund av sociala omständigheter medan den andra kvinnan var på avdelningen på grund av att fostret var missbildat. Några kvinnor kunde utstråla likgiltighet inför aborten medan andra utstrålade sorg. Sjuksköterskorna upplevde att de måste hela tiden tänka på vad de gör och säger för att motverka stress hos kvinnan (Nicholson et al., 2010; Gallagher et al., 2010). Det upplevdes också svårt när sjuksköterskan skulle medverka i hanteringen av fostret, då sjuksköterskan skulle klä fostret och anordna ett fint avslut (Lindström et al., 2011). I andra situationer skulle

man hantera genomförandet mindre emotionellt så som att placera fostret i en plastpåse (Nicholson et., 2010). Dessa omständigheter upplevdes som en emotionell svår balansering.

7.2.4 Etiskt dilemma och känslan av skuld

Det framkom även att två etiska principer kunde stå i konflikt till varandra när sjuksköterskorna medverkade vid abort, detta skapade en emotionell börda (Cignacco, 2002). Etiska dilemman handlade om kvinnans rätt till självbestämmande och fostrets rätt till liv. Det etiska dilemmat mynnade ut i stress och oro samt en känsla av att slitas mellan att vara sjuksköterska och abortionist. Sjuksköterskorna kunde också känna sig obekväma i den sena abortprocessen och detta kunde skapa ett etiskt dilemma och ett mindre stödjande förhållningssätt gentemot kvinnan (Lindström et al., 2011). När mänskligt liv avslutades kunde därför ett etiskt dilemma uppstå då ett liv förlorades genom aborterandet (Mayers et al., 2005; Vinggaard Christensen et al., 2012; Mizuno, 2011). Att ständigt bli konfronterade med liv och död resulterade i en enorm emotionell börda (Nicholson et al., 2010; Mizuno, 2011). Även den religiösa tron adderade till det etiska dilemmat och sjuksköterskan kände sig ytterligare obekväma i situationen då detta var emot deras religiösa synsätt (Mayers et al., 2005). I studier som utfördes i Sydafrika var majoriteten av sjuksköterskorna emot abort då det var emot deras religiösa principer (Mayers et al., 2005; Botes & Cur, 2000). De var även osäkra på om medverkanen vid abort var en del av deras yrkesprofession (Cignacco, 2002; Botes & Cur, 2000).

7.2.5 Sjuksköterskors personliga upplevelser samt behov av stöd

Sjuksköterskorna talade om vikten av att kunna prata med andra och diskutera deras arbetssituation med både kollegor och utanför verksamhetens område (Nicholson et al., 2010; Mayers et al., 2005). I rollen som sjuksköterska var det därför viktigt att de fick support från teamet samt att de kunde diskutera erfarenheter sinsemellan (Gallagher et al., 2010; Mayers et al., 2005). Att sjuksköterskorna kunde diskutera abortfrågor med kollegor som förstod och delade samma erfarenheter var av stor vikt då de öppet kunde resonera med varandra utan att vara rädda för sociala konsekvenser (Gallagher et al., 2010). Vissa sjuksköterskor som hade haft en svår upplevelse kunde ändå känna att de inte kunde diskutera sina erfarenheter på grund av rädsla för att bli dömda av sina kollegor (Hanna, 2005). Därför undvek de konversationer och diskuterade sällan sina upplevelser sinsemellan. Men även om sjuksköterskorna fick stöd av kollegor så ansågs inte detta motsvara deras behov (Mayers et

al., 2005). Sjuksköterskorna som medverkade vid abort kunde uppleva en känsla av ensamhet. Därför valde vissa av sjuksköterskorna att ha med sig en kollega som ett moraliskt stöd när fostret aborterades. En sjuksköterska blev så moraliskt påverkad vid medverkan till abort att hon fick lämna behandlingsrummet (Hanna, 2005). Situationen var så påfrestande att hon fick bestående men under en längre tid. Den moraliska stressen var påtaglig och uttryckte sig i fysiska symtom så som migrän, huvudvärk och mag- och tarmproblem. Även psykiska problem kunde identifieras så som nedstämdhet och ångest. Sjuksköterskorna tog i vissa fall med sig arbete och känslor hem och detta kunde resultera i mardrömmar (Lipp, 2011).

Sjuksköterskorna förtydligade att det fanns en länk mellan deras privatliv och känslorna inför deltagandet och medverkandet vid abort, särskilt när de hade egna små barn (Nicholson et al., 2010). Vissa svårigheter noterades också då sjuksköterskan var infertil, vilket kunde leda till svårigheter att medverka vid genomförandet av abort (Hanna, 2005).

Sjuksköterskorna upplevde även att ju mer erfarenhet de hade desto mer kompetent och självsäker kunde man vara vid svåra situationer (Nicholson et al., 2010).

8. Diskussion

8.1 Metoddiskussion

I datainsamlingsmetoden användes inledningsvis databaserna *CINAHL Complete*, *Medline with full text* och *PubMed*. Dock framkom samma artiklar i *CINAHL Complete* och *PubMed*. Därför valde författarna att söka i en ytterligare databas *Medline with full text*. Efter detta ansåg författarna att databaserna *CINAHL Complete* och *Medline with full text* var tillräckliga. Att söka i många databaser ser författarna som en styrka då aktuell forskning inte går förlorad. Sent under arbetets gång blev författarna dock medvetna om att trunkering kunde ha använts och detta ser författarna som en svaghet då ordets rot och böjelser inte togs i beaktan (Karlsson, 2012). Dock använde författarna sig av olika begrepp så som *nurse*, *nurses*, *nursing*, *midwives* och *midwifes*. Författarna tror inte att denna förbisedda trunkering har påverkat resultatet. I sökprocessen användes sökorden *termination of pregnancy* och *abortion*, detta för att inte gå miste om olika globala benämningar på abort som används i vårdvetenskapliga sammanhang.

Denna litteraturöversikt är grundad på tio kvalitativa artiklar, vilka författarna ansåg var relevanta för det valda syftet. Kvalitativa artiklar belyser individens unika livssituation (Segesten, 2012). Därmed kan det skapas en fördjupad förståelse för ett valt fenomen som tar hänsyn till individens upplevelser, förväntningar, behov och erfarenheter. Men detta kan

också ses som en svaghet då kvalitativa artiklar ibland endast har några få deltagare. Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser när de medverkar vid genomförandet av abort. Det valda fenomenet undersöks lämpligast genom att skapa en fördjupad förståelse för hur sjuksköterskorna upplever och erfar olika situationer i abortvården.

I litteraturöversikten har författarna försökt att ha ett globalt perspektiv så att inte arbetet har färgats av en viss världsdel. Detta har resulterat i att artiklar från fyra olika världsdelar har inkluderats. Men det kan också ses som en svaghet då olika världsdelar har olika kulturer och därmed olika synsätt som är färgade av religioner och attityder. En annan svaghet kan vara att fri abort har varit lagligt olika länge i olika länder och därmed kan upplevelserna vara mer eller mindre starka. I litteraturöversikten märkte författarna att det fanns mycket forskning utförd i Sydafrika angående sjuksköterskornas medverkan vid genomförandet av abort. Deras resultat var många gånger utstickande ur mängden insamlad data. Därför har författarna flertalet gånger blivit påverkade starkt känslomässigt vid starka uttalanden. Författarna ser det som en svaghet då detta kan ha medfört att vissa av sjuksköterskornas uttalanden och andra upplevelser har förbisetts. I urvalet valde författarna att ej begränsa sig gällande år i sökarbetet. Spannet på artiklarna var mellan år 2000-2011. Detta kan ses som en svaghet då forskningen kan vara mindre aktuell. Men å andra sidan så tror författarna att upplevelserna inte har förändrats avsevärt mycket gällande resultatets relevans.

I datainsamlingsmetoden valde författarna att inkludera barnmorskors perspektiv då det fanns begränsat med artiklar gällande sjuksköterskors upplevelser. Detta kan ses som en svaghet då barnmorskorna är specialistutbildade och kanske hade mer formell kompetens än sjuksköterskorna. Författarna anser att denna inkludering inte nämnvärt påverkat resultatet då barnmorskorna i grund och botten är sjuksköterskor samt att detta var en nödvändighet för att få fram ett relevant resultat för det aktuella ämnet. I resultatet styrktes detta resonemang då upplevelserna föreföll vara av liknande karaktär.

Författarna blev också överraskade över att positiva upplevelser var mindre beskrivna. Därför väcktes funderingar på om forskarna hade en förförståelse som färgade artiklarnas resultat. Men å andra sidan så kanske deltagarna mer naturligt talade om svårigheterna som yrkesrollen inkluderade.

På grund av erfarenheter under den verksamhetsförlagda utbildningen inom gynekologi, så finns det en möjlighet att författarna i vissa fall har en förförståelse. Men författarna vill ändå poängtera att de blev överraskade av resultatet och innehållet som framträdde.

8.2 Resultatdiskussion

I denna resultatdiskussion har författarna diskuterat det som var mest framträdande i resultatets teman. Huvudfynden i denna litteraturöversikt handlar om sjuksköterskors upplevelser, samt hur sjuksköterskorna använder sig av självbevaringsdrift för att hantera olika svåra situationer. Sjuksköterskorna upplevde särskilt svåra känslor förknippade med sena och återkommande aborter. Författarna har även valt att diskutera sjuksköterskors pedagogiska och informativa del av vårdandet samt sjuksköterskornas behov av stöd. Vidare diskuteras kvinnans och fostrets moraliska status. Dessa huvudfynd diskuteras i förhållande till Jean Watsons teori, detta för att knyta an teori med sjuksköterskornas upplevelser.

8.2.1 *Själsro inför särskilt påfrestande och utmanande situationer*

Watson (2008) beskriver att sjuksköterskan behöver finna en balans mellan kroppen, själen och sinnet. I situationer behöver sjuksköterskan finna en harmoni inom sig själv och i förhållande till andra, en typ av själsro för att ha ett icke-dömande förhållningssätt. För att sjuksköterskan ska finna själsro och acceptans inför medverkan vid abort så var det viktigt att sjuksköterskan värdesatte sitt arbete. I resultatet framkom det att sjuksköterskorna ansåg att abort skulle vara legalt och att alla kvinnor skulle behandlas lika oavsett orsaken till abort. Detta kan liknas med en altruistisk verksamhet där sjuksköterskan åsidosätter sina egna värderingar för att slutligen handla utifrån vad som är gott för andra i dennes tid och rum. Att vägledas av ett humanistiskt förhållningssätt och omsorgsfull välvilja är viktigt för att sjuksköterskan ska finna acceptans i situationen (Watson, 2008).

8.2.2 *Självbevaringsdrift och balans utifrån olika kontraster i arbetet*

Sjuksköterskorna tog också upp i resultatet att medverkandet vid abort ibland kunde bli mer som en rutin. Enligt Watson (2008) är detta en antydning på disharmoni i kropp och själ, vilket kan resultera i att sjuksköterskan blir mindre fördragsam och balanserad. Disharmonin kunde uttrycka sig i form av självbevaringsdrift där sjuksköterskorna utestängde känslor som upplevdes svåra. Sjuksköterskorna upplevde det särskilt påfrestande vid sena aborter. När sjuksköterskan kunde se identifierbara kroppsdelar så som händer, fötter och ögon upplevde de att fostret hade likheter med människan. Sjuksköterskorna kunde då uppleva en obalans och ett etiskt dilemma i förhållande till fostrets skyddsvärde och kvinnans rättigheter (Arlebrink, 2013). Enligt Watson (2008) grundar sig detta på en icke balanserad tillvaro som

kan resultera i en mindre tolerans gentemot kvinnan. Tillvaron kunde ibland upplevas obalanserad i och med att sjuksköterskan skulle hantera fostret på olika sätt. I vissa situationer skulle ett fint avslut anordnas och i en annan situation skulle fostret hanteras utan värdighet, såsom att lägga fostret i en plastpåse. Detta kunde upplevas moraliskt svårt. I en studie av Boetzkes, Robert och Swanson (2002) styrks detta resonemang. De fann en moralisk ambivalens när sjuksköterskan skulle behandla fostret. Den moraliska ambivalensen handlade om att sjuksköterskan skulle behandla fostret som en människa som förtjänade respekt. Medan i andra situationer som till exempel inför obduktion av fostermissbildning, behandlades fostret mindre humant och respektfullt. Författarna menar att sjuksköterskorna skulle må bättre av att värdesätta allt mänskligt liv och hantera alla fostren utifrån lika värde, därmed kan sjuksköterskorna undgå problematiken som fosterhanteringen medför. Detta för att alla ska få ett fint avslut.

8.2.3 Känslor förknippat med abort

Utifrån Watsons (2008) teori är det viktigt att sjuksköterskan innehar ett accepterande förhållningssätt gentemot sina positiva och negativa känslor. Att vara autentisk närvarande i en situation kan vara utmanande för sjuksköterskan då kvinnan uttrycker lidande, sorgsenhet, ilska och rädsla. När sjuksköterskorna förnekade sina känslor så var de inte närvarande inför sina känslouttryck. När kvinnan projicerade upplevelsen på sjuksköterskan så kunde detta leda till att sjuksköterskan ville fly från den obehagliga situationen. Enligt Kero och Lalos (2000) styrks detta resonemang då människor har en tendens att projicera känslor när de möts i olika situationer så som i privata och arbetsrelaterade situationer. Detta görs oftast omedvetet och sjuksköterskan kan ta på sig komplexa känslor som framkallar ambivalens. Därför är det viktigt att sjuksköterskorna medvetandegör både positiva och negativa känslor och går utanför sin bekvämlighetszon (Watson, 2008). När sjuksköterskan innehar ett okänsligt förhållningssätt kan kvinnan uppleva att sjuksköterskan ej är närvarande i hennes upplevelser och livsrum (Murphy, Jordan & Jones, 2000). Enligt Watson (2008) är sjuksköterskan då inte öppen inför sina känslouttryck och kan verka känslolokall gentemot kvinnan. I resultatet framkom det att sjuksköterskorna erkände sina avtrubbade känslor gentemot kvinnan, men att de undanhöll dessa för kvinnan. Författarna ställer sig ändå frågande inför om känslorna går att dölja i så hög utsträckning som sjuksköterskorna ville tro samt att detta ändå påverkade kvinnan i negativ riktning. Att negativa känslor döljs styrks även i intervjustudien av Vaiani (2009). Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om att negativa känslor kan påverka kvinnan. Detta kan även påverka sjuksköterskans omdöme och

därmed påverka vårdandet. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) kan en icke vårdande situation få stora konsekvenser och kan bli förödande för patienten. Därför är det viktigt att sjuksköterskan har ett reflektivt förhållningssätt.

8.2.4 Sjuksköterskors undervisande funktion och pedagogiskt lärande

Utifrån kvinnans subjektiva värld är det viktigt att sjuksköterskan anpassar de vårdpedagogiska åtgärderna så att kvinnan förstår innebörden av den erhållna informationen (Watson, 2008). Sjuksköterskorna ville i samband med aborten försäkra sig om att kvinnan hade fått adekvat information, samt att informationen hade blivit förstådd så att kvinnan kunde ta ett välgrundat beslut. Detta kan ses som en vårdpedagogisk åtgärd då sjuksköterskan ville försäkra sig om att informationen var integrerad så att mening och sammanhang kan skapas. När sjuksköterskorna ansåg att deras deltagande av abort var berättigat fann de enligt Watsons (2008) teori en harmoni och behag i kroppen och själen. Sjuksköterskorna ansåg att informationen inför aborterandet var en viktig aspekt då resultatet blev att kvinnan utstrålade ett lugn och mindre rädsla. Enligt Watson (2008) är denna omsorgshandling en viktig aspekt för att kvinnan ska inneha självkontroll, valmöjligheter och självbestämmande.

Sjuksköterskorna upplevde också frustration och en mindre acceptans inför kvinnan när hon hade gjort upprepade aborter. Att sjuksköterskan ser individen ur sin helhet är viktigt för att motverka dömande av olika slag (Watson, 2008). Vid återkommande abort så kan detta förhållningssätt vara svårt att upprätthålla. När sjuksköterskan ser individen utifrån en helhet så öppnas den emotionella och subjektiva världen. Författarna tror att det finns en möjlighet att grundproblematiken i återkommande aborter förelåg i att det informerade budskapet inte riktigt nått fram gällande vad det finns för valmöjligheter av preventivmedel. Detta resonemang styrks även i enkätstudien av Mokgethi et al. (2006). Därför anser författarna att valet av preventivmetod är högst individuellt och ingen preventivmetod är applicerbar på alla individer. Behandlingen bör därför individanpassas så att kvinnan känner sig trygg gällande preventivmetoden. Detta kan ses som en brist i informationskedjan enligt Watsons (2008) teori, då sjuksköterskorna inte använt sig av vårdpedagogiska åtgärder som syftar till att se kvinnans unika subjektiva värld. Därför är det viktigt att sjuksköterskan ser till att informationen integreras för att slutligen minska frekvensen av återkommande aborter.

8.2.5 Sjuksköterskors behov av stöd för att finna harmoni

Att sjuksköterskorna kände behov av att diskutera erfarenheter sinsemellan gällande abortfrågor var framträdande i flertalet studier. Det är viktigt att sjuksköterskor känner en öppenhet inför att resonera med varandra utan att känna rädsla inför sociala konsekvenser. Att diskutera särskilt påfrestande situationer så som sena aborter, återkommande aborter och olika kontraster som abortvården innebär var av stor vikt för att sjuksköterskan emotionellt skulle kunna fortsätta hantera sitt arbete.

För att sjuksköterskan ska ha möjlighet att medverka vid genomförandet av abort så måste hon eller han kunna hantera den psykologiska inverkan som deltagandet medför (Huntington, 2002). Om inte detta sker kan en disharmoni uppstå (Watson, 2008). För att sjuksköterskan ska finna harmoni i arbetet och tillvaron bör en balans uppstå i kroppen, själen och sinnet. Författarna menar att harmoni uppstår vid diskussion och reflektion då sjuksköterskan har möjlighet att balansera svåra känslor. Vid gruppdiskussion så lyssnar sjuksköterskan till andras berättelser. Detta kan möjliggöra att svåra känslor återupptas, känslor som har behövts bearbetats men undantryckts av försvarsmekanismen. Sjuksköterskorna uttryckte att det var emotionellt svårt vid sena aborter, inte bara för kvinnan utan också för dem. Detta styrks även av Huntington (2002) där det fastställs att sjuksköterskorna behöver nästan lika mycket omsorg som kvinnorna som genomgick abort. Enligt Lipp och Fothergill (2009) är det önskvärt att regelbunden handledning och reflektion ska hjälpa sjuksköterskorna att hantera potentiell stress och de svåra känslorna som kan upplevas vid aborterandet. Detta symboliserar att stöd är nödvändigt för att vården ska upplevas trygg för båda parter enligt författarna. Enligt Aneblom et al. (2006) så behövs ett organiserat sätt på arbetsplatsen för att sjuksköterskorna ska kunna ges möjlighet till att diskutera svåra situationer för att slutligen kunna bemästra känslor som är kopplade till medverkandet av abort. Detta anser författarna fortfarande är problematiskt då sjuksköterskorna uttryckligen i resultatet inte fick det stödet som motsvarade deras behov på arbetsplatsen.

8.2.6 Kvinnans och fostrets rättigheter

Det framkom även i resultatet att sjuksköterskorna ansåg att fostret hade likheter med mänskligt liv då fostret var potentiellt livsdugligt. Detta menar Arlebrink (2013) kan väcka en känsla av att man utsläcker ett mänskligt liv. Därför ställer sig författarna frågan vad som egentligen är ett potentiellt mänskligt liv? Enligt svensk lag kan abort genomföras fram till och med vecka 22 (SFS 1974:595). Samhällets moraluppfattningar verkar därför vara att

fostret inte har rätt till liv fram till denna tidpunkt (Arlebrink, 2013). De som är emot abort grundar sina argument på att allt liv börjar redan vid befruktning. De anser att fostret har samma moraliska status som en människa. Att släcka ett mänskligt liv har därför likheter med att döda en människa. Denna abortproblematik grundar sig alltså på en intressekonflikt mellan kvinnans självbestämmanderätt och fostrets skyddsvärde. Vidare belyser Arlebrink (2013) att fostret inte har en självständig existens utan är en del av kvinnans kropp precis som alla andra delar av kroppen. Skillnaden föreligger i att kroppen kan ses som en helhet där fostret knappast utgör en del av det, men att de lever i en slags fysisk symbios. Watsons (2008) teori innefattar omsorg av etiska och moraliska ideal där målet är att sträva efter att stärka, skydda och bevara mänsklig värdighet. Författarna anser därför att det går att ha respekt för allt mänskligt liv, vilket innefattar respekt för både fostrets och kvinnans värdighet.

Abortfrågan väcker ofta debatt och har varit och kommer alltid att vara en kontroversiell fråga i vården (Semby et al., 2014). Debatten om samvetsfrihet skulle kunna innebära att en barnmorska/sjuksköterska skulle kunna neka deltagandet i abortingreppet på grund av frågans komplexitet. Författarna anser att denna debatt är ett mer komplext problem än vad som finns utrymme till att diskutera i denna litteraturöversikt.

8.3 Kliniska implikationer

Litteraturöversiktens resultat visade på att abortvården påverkade sjuksköterskorna emotionellt. Det som var mest framträdande i litteraturöversikten var att sjuksköterskorna påverkades starkt känslomässigt vid medverkandet av abort, särskilt påfrestande var det vid sena aborter. En del sjuksköterskor diskuterade arbetssituationen med kollegor medan andra undantryckte sina känslor och var ovilliga att diskutera känslorna sinsemellan. Dels på grund av rädsla för att bli dömda men även för sociala konsekvenser. Sjuksköterskorna ansåg även att stödet inte var tillräckligt och att de ibland tog med sig känslorna hem. Detta kunde leda till en emotionell börda som resulterade i nedstämdhet och ångest. Författarna anser därför att handledning och reflektionstid är en viktig del i abortverksamheten, vilket innebär att alla sjuksköterskor får möjlighet att lyfta sina upplevelser på arbetsplatsen.

I klinisk verksamhet är det viktigt att sjuksköterskorna är medvetna om olika känslor och problem som kan upplevas inom abortvården. Därför är det viktigt att en tillåtande atmosfär för diskussion och reflektion prövas i abortverksamheten. Inom abortvården är det viktigt att sjuksköterskorna reflekterar över kvinnornas rättighet och fostrets skyddsvärde. Denna

litteraturoversikt kan bidra med en förståelse för sjuksköterskornas emotionella börda och lyfta problematiseringen som vårdandet innebär.

8.4 Förslag till fortsatt forskning

Författarna anser att mer forskning bör bedrivas angående sjuksköterskornas upplevelser vid medverkan av abort. Förslagsvis skulle det vara berättigat att göra en intervjustudie med kvalitativ design med ett större urval av deltagare från olika kliniker som fokuserar på sjuksköterskors upplevelser i abortvården. Detta för att ytterligare lyfta problematiken som föreligger samt lyfta fram ny forskning och utveckling som vårdverksamheten är i behov av. Det skulle även vara intressant att undersöka olika genusaspekter mellan kvinnliga och manliga sjuksköterskors upplevelser när de medverkar vid genomförandet av abort.

9. Slutsats

Alla sjuksköterskor påverkades känslomässigt, särskilt vid sena aborter då fostret hade större likheter med människan. Sjuksköterskorna använde sig av självbevaringsdrift för att utestänga känslor. Att dölja känslor kunde resultera i att sjuksköterskorna hade svårigheter att distansera sig från sitt eget dömande. Detta kunde påverka deras förhållningssätt och arbetet kunde bli mer som en rutin. Särskilt moraliskt svårt var det när de kunde se identifierbara kroppsdelar så som händer, fötter och ögon. När sjuksköterskorna hanterade fostret som fortfarande var varmt och andades väcktes känslor av skuld, chock, skräck, ilska och sorg. Det upplevdes också svårt för sjuksköterskorna vid hanteringen av fostret då de skulle klä fostret och anordna ett fint avslut, medan i andra situationer skulle man placera fostret i en plastpåse. Att stödja och respektera kvinnans val till abort var ändå en självklarhet för sjuksköterskorna. Oavsett orsaken till abort så strävade sjuksköterskorna efter att behandla kvinnorna likvärdigt. När sjuksköterskorna inte var delaktiga i beslutsprocessen var de osäkra på om kvinnan hade fattat rätt beslut angående aborten. Sjuksköterskorna kunde då uppleva ett etiskt dilemma när de endast deltog vid abort. Upprepade aborter var också svåra att förstå för sjuksköterskorna, särskilt när kvinnan använde abortmetod som ett preventivmedel. Detta kunde leda till att sjuksköterskorna upplevde frustration och ett mindre accepterande förhållningssätt gentemot kvinnan. Sjuksköterskorna upplevde också att två etiska principer kunde stå i konflikt till varandra gällande kvinnans rätt till autonomi respektive fostrets rätt till liv. I abortvården var det därför viktigt för sjuksköterskorna att diskutera och reflektera kring erfarenheter sinsemellan.

10. Referensförteckning

*= Resultatartiklar

Abortus. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 16 mars, 2015, från <http://www.ne.se/>

Aneblom, G., Bondestam, K., Brynhildsen, J., Bygdeman, M., Cederholm, M., Gemzell...
Östlund, I. (2006). *Inducerad abort*. Östersvåla: Arbets- och referensgruppen för familjeplanering. Svensk förening för obstetrik och gynekologi.

Arlebrink, J. (2013). *Grundläggande vårdetik: teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Arries, E. (2005). Virtue ethics: an approach to moral dilemmas in nursing. *Curationis*, 28(3), 64-72. Hämtad från databasen CINAHL Complete

Boetzkes, E., Robert, D., & Swanson, C. (2002). Secrecy, integrity, agency: nurses and genetic terminations. *The Journal of Clinical Ethics*, 13(2), 124-130. Hämtad från databasen CINAHL Complete

Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E., & Andersson, U.-B. (2010). *Obstetrik och gynekologi*. Lund: Studentlitteratur.

*Botes, A., & Cur, D. (2000). Critical thinking by nurses on ethical issues like the termination of pregnancies. *Curationis*, 23(3), 26-31. Hämtad från databasen CINAHL Complete

*Cignacco, E. (2002). Between professional duty and ethical confusion: midwives and selective termination of pregnancy. *Nursing Ethics*, 9(2), 179-191. doi: 10.1191/0969733002ne496oa

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Etik. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 16 mars, 2015, från <http://www.ne.se/>

Embryo. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 24 april, 2015, från <http://www.ne.se/>

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (2. uppl., s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

*Gallagher, K., Porock, D., & Edgley, A. (2010). The concept of 'nursing' in the abortion services. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 849-857. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05213.x

Gemzell Danielsson, K. (2015). Abort och sterilisering. I P. O. Janson & B.-M. Landgren (Red.), *Gynekologi* (2. uppl., s. 137-148). Lund: Studentlitteratur.

(Gemzell Danielsson, K. (2014). Inducerad abort. I M. Bixo & T. Bäckström (Red.), *Gyn: problemorienterad gynekologi och obstetrik* (s. 123-131). Stockholm: Liber AB.

- *Hanna, D. R. (2005). The lived experience of moral distress: nurses who assisted with elective abortions. *Research and Theory for Nursing Practice*, 19(1), 95-124. Hämtad från databasen CINAHL Complete
- Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Harvey, S. M., Beckman, L. J., & Satre, S. J. (2001). Choice of an satisfaction with methods of medical and surgical abortion among U.S. clinic patients. *Family Planning Perspectives*, 33(5), 212-216. Hämtad från databasen CINAHL Complete
- Huntington, A. D. (2002). Working with women experiencing mid-trimester termination of pregnancy: the integration of nursing and feminist knowledge in the gynaecological setting. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 273-279. Hämtad från databasen CINAHL Complete
- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kero, A., & Lalos, A. (2000). Ambivalence – a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men. *Journal of Psychosomatic, Obstetrics and Gynecology*, 21, 81-91. Hämtad från databasen PubMed
- Lindskog, B. I. (2014). *Medicinsk mini-ordbok*. Lund: Studentlitteratur.
- *Lindström, M., Wulff, M., Dahlgren, L., & Lalos, A. (2011). Experiences of working with induced abortion: focus group discussion with gynaecologists and midwives/nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 542-548. Hämtad från databasen CINAHL Complete
- *Lipp, A. (2011). Self-preservation in abortion: a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5/6), 892-900. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03462.x
- Lipp, A. (2008). A women centred service in termination of pregnancy: a grounded theory study. *Contemporary Nurse*, 31, 9-19. Hämtad från databasen CINAHL Complete
- Lipp, A., & Fothergill, A. (2009). Nurses in abortion care: identifying and managing stress. *Contemporary Nurse*, 31(2), 108-120. Hämtad från databasen CINAHL Complete
- Marek, M. J. (2004). Nurses' attitudes toward pregnancy termination in the labor and delivery setting. *JOGNN*, 33(4), 472-479. doi: 10.1177/0884217504266912
- Marshall, S. L., Gould, D., & Roberts, J. (1994). Nurse's attitudes towards termination of pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 20(3), 567-576. Hämtad från databasen CINAHL Complete
- *Mayers, P. M., Parkes, B., Green, B., & Turner, J. (2005). Experiences of registered midwives assisting with termination of pregnancies at a tertiary level hospital. *Health SA Gesondheid*, 10(1), 15-25. Hämtad från databasen CINAHL Complete

- McQueen, A. (1997). The emotional work of caring, with a focus on gynaecological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 6(3), 233-240. Hämtad från databasen Cinahl Complete
- *Mizuno, M. (2011). Confusion and ethical issues surrounding the role of Japanese midwives in childbirth and abortion: a qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, 13(4), 502-506. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00647.x
- Mokgethi, N. E., Ehlers, V. J., & Van der Merwe., M. M. (2006). Professional nurse's attitudes towards providing termination of pregnancy services in a tertiary hospital in the North West province of South Africa. *Curationis*, 29(1), 32-39. Hämtad från databasen CINAHL Complete
- Murphy, F., Jordan, S., & Jones, L. (2000). Care of women having termination of first trimester pregnancy. *British Journal of Nursing*, 9 (21), 2235-2241. Hämtad från databasen CINAHL Complete
- *Nicholson, J., Slade, P., & Fletcher, J. (2010). Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2245-2256. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05363.x
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (2. uppl., s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.
- Semby, J., Seidal, T., Dahlgren, J., Pahlm, J., Holford, D., Marklund, E., & Landgren, V. (2014, 11 oktober). Är förbundet redo för diskussion om samvete i vården? *Läkartidningen*. Hämtad från <http://lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2014/11/Ar-forbundet-redo-for-diskussion-om-samvete-i-varden/>
- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2008). *Omvårdnadens etik: sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber AB.
- SFS 1974:595. *Abortlag*. Hämtad 10 mars, 2015, från riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Abortlag-1974595_sfs-1974-595/
- SFS 2013: 460. Lag om etikprovning av forskning som avser människor. Hämtad 29 maj, 2015, från riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/
- Slade, P., Heke, S., Fletcher, J., & Stewart, P. (2001). Termination of pregnancy: patients' perceptions of care. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 27(2), 72-77. Hämtad från databasen CINAHL Complete
- SOU 2005:90. Abort i Sverige. Stockholm: Regeringen. Hämtad 16 mars, 2015, från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/05/26/38/df939b6f.pdf>

- Socialstyrelsen. (2015). *Aborter i Sverige under år 2013*. Hämtad 16 mars, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/statistik-aborter-2013.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm.
- Vaiani, C. (2009). Personal conscience and the problem of moral certitude. *Nursing Clinic of North America*, 44, 407-414. Hämtad från databasen CINAHL Complete
- *Vinggaard Christensen, A., Hjöllund Christiansen, A., & Petersson, B. (2012). Faced with a dilemma: danish midwives' experiences with and attitudes towards late termination of pregnancy. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 913-920. doi: 10.1111/scs.12004
- Wahlberg, V. (2004). *Minnen efter abort*. Lund: Studentlitteratur.
- Watson, J. (2008). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder: University Press of Colorado.
- Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad: omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Weström, L., Åberg, A., Anderberg, E., & Andersson, U.-B. (2010). *Obstetrik och gynekologi: klinik och vård* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Hämtad 16 mars, 2015, från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf?ua=1
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (2. uppl., s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL Complete	Nurses OR Midwives AND Experience AND Termination of pregnancy	5	Peer Reviewed Full text	5	4	Vinggaard Christensen, A., Hjøllund Christiansen, A., & Pettersson, B. (2013). Mizuno, M. (2011). Cignacco, E. (2002). Mayers, P. M., Parkes, B., Green, B., & Turner, J. (2005).
CINAHL Complete	Midwife OR Nurse AND Experience AND Nurse	36	Peer Reviewed Full text	3	3	Hanna, D. R. (2005).
CINAHL Complete	Midwives OR Nurses AND Abortion AND Experiences	22	Peer Reviewed Full text	4	1	Lindtröm, M., Wulff, M., Dahlgren, L., & Lalos, A. (2011).
CINAHL Complete	Nursing AND Abortion AND Induced AND Ethics	44	Peer Reviewed Full text	24	3	Botes, A. (2000).
CINHAL Complete	Induced AND Nursing AND Abortion services	53	Peer Reviewed Full text	15	2	Gallagher, K., Porock, D., & Edgley, A. (2010).
CINHAL Complete	Abortion AND Induced AND Nursing	239	Peer Reviewed Full text	7	2	Lipp, A. (2011).
Medline with full text	Nursing experience AND Induced AND Abortion	23	Reviewed Articles Full text Abstract available	2	1	Nicholson, J., Slade, P., & Fletcher, J. (2010).

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Botes, A., & Cur, D.	Critical thinking by nurses on ethical issues like the – termination of pregnancies.	2000, Sydafrika, Curationis.	Studiens syfte var att utforska hur sjuksköterskor tänker gällande etisk problematik som föreligger vid abort, samt hur de ser på detta.	Metod: Kvalitativ metod med explorativ och deskriptiv design. Urval: 22 sjuksköterskor som arbetar inom abortvården. Datainsamling: Fokusgruppintervjuer. Analys: Analysen inspirerades av Grounded theory med öppen kodning med hjälp av Morse and Field och Strauss and Corbin.	I resultatet framkom det att majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att abort var en självvisk handling då fostrets liv inte respekterades. Dessa upplevelser beskrevs olika så som obehagligt, ovärdigt, svårt samt en känsla av att släcka mänskligt liv. Endast en minoritet i studien ansåg sig vara för abort. Det reflekterade också mycket lite angående etisk problematik.
Cignacco, E.	Between professional duty and ethical confusion: midwives and selective termination of pregnancy.	2002, Schweiz, Nursing Ethics.	Studiens syfte var att undersöka hur barnmorskor såg på abort när fostret hade patologisk missbildning, samt klargöra deras etiska ställningstaganden.	Metod: Kvalitativ induktiv forskningsansats. Urval: 13 barnmorskor. Datainsamling: Intervjuer som varade i 40-90 minuter. Analys: En innehållsanalys gjordes med hjälp av latent och manifest inriktning.	I resultatet framkom det att sjuksköterskorna kände ett etiskt dilemma då kvinnan var självbestämmande, men å andra sidan hade barnet rätt till liv. Denna konflikt skapade emotionell stress och yrkesmässiga identitetsproblem. Sjuksköterskorna upplevde även ett etiskt dilemma när de inte var delaktiga i information och beslutsprocessen utan endast medverkade vid aborten.
Gallagher, K., Porock, D., & Edgley, A.	The concept of 'nursing' in the abortion services.	2010, UK, Journal of Advanced Nursing.	Studiens syfte var att beskriva uppfattningar hos sjuksköterskor som arbetar inom abortvården.	Metod: Kvalitativ metod med en explorativ design. Urval: 9 sjuksköterskor på tre olika gynekologiska kliniker i England intervjuades. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Tematisk analys.	Två övergripande teman sammanställdes 1) Attityder Sjuksköterskorna ansåg att beslutet gällande abort var kvinnans fria val, dock framkom det att vissa sjuksköterskor upplevde en viss svårighet vid sen abort. 2) Copingstrategier Det framkom att sjuksköterskorna tog fram olika strategier för att hantera etiska dilemman. Särskilt påfrestande var sena aborter. Detta kunde hanteras genom att diskutera erfarenheterna sinsemellan.

Hanna, D. R.	The lived experience of moral distress: nurses who assisted with elective abortions.	2005, USA, Research and Theory for Nursing Practice.	Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskornas erfarenheter av moralisk stress i samband med abort.	<p>Metod: Kvalitativ metod med en fenomenologisk ansats.</p> <p>Urval: 10 legitimerade sjuksköterskor som arbetar inom abortvården.</p> <p>Datinsamling: Fenomenologiska och semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Analys: Analys med hjälp av Roy Adaption Model of Nursing (RAM).</p>	Olika typer av moralisk stress var framträdande. Under medverkan av abort uppstod känslor av ilska, sorg, ånger, skuld, chock och skräck. Samt att sjuksköterskorna trängde undan känslor vilket orsakade andra fysiska symtom så som migrän, huvudvärk, illamående och mag- och tarmproblem.
Lindström, M., Wulff, M., Dahlgren, L., & Lalos, A.	Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses.	2011, Sverige, Scandinavian Journal of Caring Sciences.	Studiens syfte var att belysa gynekologer, barnmorskor och sjuksköterskors upplevelser av att arbeta i abortvården.	<p>Metod: Kvalitativ metod med en deskriptiv design.</p> <p>Urval: 8 sjuksköterskor, 7 barnmorskor och 25 gynekologer.</p> <p>Datinsamling: Fokusgruppsintervjuer med fem deltagare i varje grupp där teman diskuterades.</p> <p>Analys: En innehållsanalys med latent och manifest inriktning.</p>	Sjuksköterskorna upplevde att sena aborter och återkommande aborter var speciellt påfrestande. Sjuksköterskorna upplevde olika känslor kopplade till abort. Men de ansåg att denna sorg och frustration var viktig att dölja inför kvinnan. Alla sjuksköterskor bekräftade att olika situationer kunde vara både svåra och otrevliga.
Mayers, P. M., Parkes, B., Green, B., & Turner, J.	Experiences of registered midwives assisting with termination of pregnancies at a tertiary level hospital.	2005, Sydafrika, Health SA Gesondheid.	Studiens syfte var att undersöka den levda erfarenheten och upplevelsen av att assistera vid abort.	<p>Metod: Kvalitativ explorativ metod med en fenomenologisk ansats.</p> <p>Urval: 3 sjuksköterskor intervjuades som hade minst 6 månaders erfarenhet inom abortvården.</p> <p>Datinsamling: Fenomenologiska intervjuer.</p> <p>Analys: Intervjuerna analyserades med hjälp av Hycner's guidelines där teman togs fram.</p>	<p>Fem övergripande teman sammanställdes.</p> <p>1) Upplevelsen av hinder vid assistering av abort De upplevde även en oro och en emotionell börda när de förväntades att informera om abortprocessen.</p> <p>2) Känslor relaterat till abort Det upplevdes särskilt påfrestande och utmanande att hantera fostret när det var sena aborter.</p> <p>3) Konflikter relaterat till abort Sjuksköterskorna upplevde även ilska inför att kvinnan använde abortmetod som ett preventivmedel.</p> <p>4) Copingstrategier relaterat till abort Sjuksköterskorna använde sig av självbevarelsedrift.</p> <p>5) Stöd relaterat till medverkan vid genomförandet av abort Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att</p>

					stödja och dela erfarenheterna med varandra.
Mizuno, M.	Confusion and ethical issues surrounding the role of Japanese midwives in childbirth and abortion: a qualitative study.	2011, Japan, Nursing and Health Sciences.	Studiens syfte var att undersöka hur barnmorskor upplever medverkan av abort samt förlossning.	Metod: Kvalitativ metod. Urval: 11 barnmorskor. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer som tog 40-90 minuter. Analys: Tematisk analys.	I resultatet framkom det att barnmorskorna kände en etisk börda när det ständigt konfronterades med liv och död. Detta skapade känslor så som sorg, ilska och skuld. Denna ambivalens hanterades genom att förneka och isolera känslorna. En sjuksköterska uttryckte att hon inte ville röra vid det aborterade fostret då hon kände värmen från fostret och detta väckte en progredierande känsla av skuld.
Nicholson, J., Slade, P., & Fletcher, J.	Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses.	2010, UK, Journal of Advanced Nursing.	Studiens syfte var att identifiera sjuksköterskors upplevelser i samband med abort.	Metod: Kvalitativ metod. Urval: 7 sjuksköterskor som arbetar inom abortvården. Datainsamling: Intervjuer utifrån frågeformulär. Analys: Fenomenologisk analys.	Sjuksköterskorna ansåg att deras roll skulle innehålla vissa egenskaper så som att vara empatiska, omtänksamma, snälla och inneha ett icke-dömande förhållningssätt. De ville även stödja och respektera kvinnans val. Flertalet sjuksköterskor använde sig av självbevaringsdrift för att utestänga känslor som påminde om det aborterade fostret. Sjuksköterskorna försökte dölja denna sorg och frustration gentemot kvinnan.
Lipp, A	Self-preservation in abortion care: a grounded theory study.	2011, UK, Journal of Clinical Nursing.	Att försöka finna en förklaring till varför sjuksköterskorna medger dessa attityder och fördomar samt hur de döljer detta för kvinnan som utför abort.	Metod: Kvalitativ metod. Urval: 5 sjuksköterskor. Datainsamling: Intervjuer. Anteckningar i dagbok och minnesanteckningar. Analys: Grounded theory study samt Stauss och Corbins teoretiska ram användes vid analysarbetet.	Olika aspekter framkom varför sjuksköterskorna dolde sina fördomar. Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att inte döma, men vidare framkom det att alla hade gjort det men försökt att dölja detta för kvinnan. Självbevaringsdrift var något som flertalet sjuksköterskor tillämpade för att skydda sig emotionellt.
Vinggaard Christensen, A., Hjøllund Christiansen, A., & Petersson, B.	Faced with a dilemma: danish midwives' experiences with and attitudes towards late termination of pregnancy.	2010, Danmark, Scandinavian Journal of Caring Sciences.	Syftet med studien var att undersöka danska barnmorskors attityder och upplevelser gentemot sena aborter.	Metod: Kvalitativ explorativ studie. Urval: 10 barnmorskor som har tidigare erfarenheter gällande sena aborter. Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer. Analys: Analysen gjordes med hjälp av grounded theory av Strauss and Corbin.	Moraliska frågor väcktes när barnmorskorna vårdade kvinnor som utförde sena aborter. Sjuksköterskorna upplevde att de blev lämnade med ett stort ansvar, särskilt påfrestande var det när barnet visade tecken på liv. Barnmorskorna upplevde även att det var en balansgång mellan fostrets rätt till att leva och kvinnans självbestämmanderätt.

