

Abortpatienters upplevelser av handledning de fått av hälsovårdare

Mirjam Lännerholm

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	2711
Författare:	Mirjam Lännerholm
Arbetets namn:	
Handledare (Arcada):	Maj-Len Törnqvist
Uppdragsgivare:	Kvinnoprojektet
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta examensarbete är en kvalitativ empirisk studie. Syftet med studien är att få en ökad förståelse för hur kvinnor upplevt handledningen de fått av hälsovårdare före avbrytandet av en graviditet, för att förbättra möjligheterna att ge vård som möter kvinnornas behov. För att få en grund för det empiriska arbetet gjordes en litteraturöversikt över tidigare forskning om abortpatienters upplevelser samt om patienters upplevelser av handledning. Inga artiklar specifikt om abortpatienters upplevelser av handledning hittades, vilket tyder på ett behov av forskning inom detta tema. Den centrala frågeställningen är: "Hur upplever abortpatienter handledning de fått av en hälsovårdare?". Studien avgränsades till kvinnor som genomgått abort före graviditetsvecka 12. Som teoretisk referensram för arbetet användes Barbro Gustafssons teori om bekräftande omvårdnad samt SAUK-modellen för bekräftande omvårdnad. Datainsamlingen gjordes med hjälp av enkät med öppna frågor. Enkäten delades ut via ITU-projektet som är ett projekt för stödverksamhet för kvinnor som genomgått abort. Enkäten besvarades av tre personer och svaren analyserades med en induktiv innehållsanalys (Elo & Kyngäs 2007). Ur svaren framkom att kvinnorna fått handledning och information om själva aborten. Kvinnorna upplevde dock att det var viktigt att få emotionellt stöd och stöd i att fatta abortbeslutet. Endast en av kvinnorna hade fått handledning där dessa behov togs i beaktande. Information gavs främst i muntlig form och komplement i form av skriftlig information efterlystes.</p>	
Nyckelord:	abort, handledning, bekräftande omvårdnad, bemötande, Kvinnoprojektet
Sidantal:	39
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	6.6.2011

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	2711
Author:	Mirjam Lännerholm
Title:	Abortion patients' experiences of patient education given by a public health nurse
Supervisor (Arcada):	Maj-Len Törnqvist
Commissioned by:	Kvinnoprojektet
<p>Abstract: This degree thesis is a qualitative empiric study. The purpose of the study is to achieve a greater understanding of women's experiences of patient education before having an abortion, in order to increase the possibilities of giving them care that meets their needs. To form a basis for the empiric study, a literature review on experiences of abortion patients and on patients' experiences of patient education was carried out. No specific research regarding patients' experiences of patient education in connection with abortion was found, which indicates that there is need for more research in this area. The key research question is: "How do abortion patients experience the patient education given by a public health nurse?". The study was limited to women who had had an abortion prior to the 12th week of pregnancy. Barbro Gustafsson's theory of confirming nursing and the SAUC model for confirming nursing were used as theoretical frames of reference. A questionnaire with open-ended questions was used for data collection. The questionnaire was distributed through "ITU-projekt", a project that supports women who have gone through an abortion. It was answered by three women, and the results were analyzed using inductive content analysis (Elo & Kyngäs 2007). The answers indicated that all women had received patient education and information about the abortion. The women experienced, though, that receiving emotional support and support for their decision making were important issues. Only one had received patient education where these needs were met. Information was mainly given orally, and additional written information had been considered useful.</p>	
Keywords:	abortion, patient education, confirming nursing, treatment, Kvinnoprojektet
Number of pages:	39
Language:	Swedish
Date of acceptance:	6.6.2011

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitotyö
Tunnistenumero:	2711
Tekijä:	Mirjam Lännerholm
Työn nimi:	Raskaudenkeskeytyspotilaiden kokemuksia terveydenhoitajalta saadusta ohjauksesta
Työn ohjaaja (Arcada):	Maj-Len Törnqvist
Toimeksiantaja:	Kvinnoprojektet
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämä opinnäytetyö on kvalitatiivinen empiirinen tutkimus. Sen tarkoitus on luoda lisää ymmärrystä siitä, miten naiset ovat kokeneet terveydenhoitajalta ennen raskauden keskeyttämistä saamansa ohjauksen, jotta pystyttäisiin paremmin antamaan naisten tarpeita vastaavaa hoitoa. Empiirisen työn perustaksi tehtiin kirjallisuuskatsaus aiempaan tutkimukseen raskaudenkeskeytyspotilaiden kokemuksista ja siitä, miten potilaat ovat kokeneet saamansa ohjauksen. Artikkeleita, jotka olisivat käsitelleet erityisesti raskaudenkeskeytyspotilaiden ohjaukseen liittyviä kokemuksia, ei löytynyt, mikä viittaa siihen, että aihetta koskevaa tutkimusta tarvitaan.</p> <p>Keskeinen tutkimuskysymys oli seuraava: ”Miten raskaudenkeskeytyspotilaat kokevat terveydenhoitajalta saamansa ohjauksen?”. Tutkimus rajattiin naisiin, joiden raskaus oli keskeytetty ennen 12. raskausviikkoa. Teoreettisena viitekehyksenä käytettiin Barbro Gustafssonin teoriaa kannustavasta ja potilasta tukevasta hoito-otteesta (”bekräftande omvårdnad”) ja siihen liittyvää ns. SAUK-mallia. Tietojen keruu tapahtui avokysymyksistä koostuvalla kyselyllä. Kyselylomakkeet jaettiin ITU-projektin kautta, joka on raskaudenkeskeytyksen läpikäyneiden naisten tukihanke. Kyselyyn vastasi kolme henkilöä, ja vastausten käsittelyssä oli menetelmänä induktiivinen sisällönanalyysi (Elo & Kyngäs 2007). Vastauksista ilmeni, että naiset ovat saaneet ohjausta ja tietoa itse raskaudenkeskeytyksestä. He kokivat kuitenkin, että tuen saaminen tunnetasolla ja raskaudenkeskeytystä koskevan päätöksen tekemisessä olisi tärkeää. Vain yksi nainen oli saanut ohjausta, jossa nämä tarpeet huomioitiin. Tietoa annettiin lähinnä suullisesti, ja tiedon täydentämistä kirjallisella aineistolla olisi kaivattu.</p>	
Avainsanat:	raskaudenkeskeytys, potilasohjaus, bekräftande omvårdnad, kohtaaminen, Kvinnoprojektet
Sivumäärä:	39
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	6.6.2011

INNEHÅLL / CONTENTS

1	Inledning.....	9
2	Centrala begrepp	10
2.1	Abort.....	10
2.1.1	Medicinsk abort	11
2.1.2	Kirurgisk abort	12
3	Litteraturoversikt	12
3.1	Litteratursökningen.....	12
3.2	Patientens upplevelser i samband med aborten	14
3.2.1	Relationen till de närstående.....	15
3.2.2	Behov av stöd från vårdpersonalen.....	16
3.2.3	Faktorer som påverkar kvinnans beslut	16
3.3	Patientens upplevelser av handledning	17
3.4	Vårdrelationen	18
3.5	Artiklarna som utgångspunkt för empirisk studie	19
4	Syfte och Centrala frågeställningar.....	19
4.1	Avgränsningar	19
5	Teoretisk referensram	20
5.1	Bekräftande omvårdnad	20
5.2	SAUK-modellen	21
5.3	SAUK-modellens relevans för denna studie	21
6	Metodbeskrivning.....	22
6.1	Kvalitativ metod	22
6.2	Enkätstudie.....	22
6.3	Val av material.....	23
6.4	Metod för dataanalys	23
7	Etiska reflektioner.....	24
8	Studiens genomförande.....	25
9	Resultatredovisning	26
9.1	Bakgrundsinformation	27
9.2	Handledning och information.....	27
9.2.1	Information om abort	28

9.2.2	<i>Information om preventivmedel</i>	28
9.2.3	<i>Information om stödverksamhet för kvinnor som genomgått abort</i>	28
9.3	Tidsanvändningen under besöket	29
9.4	Bemötandet av kvinnan	29
9.5	Emotionellt stöd	30
9.6	Stöd i beslutsfattandet kring aborten.....	30
9.6.1	<i>Objektivt stöd</i>	30
9.6.2	<i>Styrande av kvinnans beslut</i>	31
10	Diskussion	31
11	Kritisk granskning	34
12	Avslutning	35
	Källor	37
	Bilaga 1a	40
	Bilaga 2a	46
	Bilaga 2b	47
	Bilaga 3a	48
	Bilaga 3b	49

FÖRORD

Skrivandet av detta examensarbete har varit en lång process på ungefär två och ett halvt år, och mycket har hunnit hända på vägen. I september 2010 föddes min son Vincent, och detta har naturligtvis fördröjt arbetet en hel del men även sporrat mig att kämpa på för att få min examen. Nu då jag äntligen ska avsluta detta kapitel av mitt liv vill jag tacka några personer som hjälpt mig. Tack till Maj-Len för handledning, stöd och uppmuntran! Tack till Outi Papunen för all hjälp med datainsamlingen! Tack till min kära fästman Niklas för alla de stunder då du ensam skött Vincent medan jag suttit fastklistrad vid datorn!

1 INLEDNING

Abort har varit lagligt i Finland sedan den nuvarande abortlagen stiftades år 1970. Sedan Finlands abortlag stiftades år 1970 har det gjorts allt mellan 23 362 och 9 872 aborter årligen (Käypä hoito 2007: 1). De flesta åren har det varit kring 10 000 aborter, men under de senaste åren har det skett en sänkning i abortantalen vilket i huvudsak beror på en minskning i aborter bland unga kvinnor under 20 år. Av de aborter som utfördes i Finland år 2008 gjordes 92,9 % före vecka 12 och den mest representerade åldersgruppen var 20–24-åringar. (THL 2009) Nästan hälften av abortpatienterna har fött barn tidigare, och en tredjedel har även genomgått en eller flera aborter tidigare. (Käypä hoito 2007: 2-3) För att patienten ska få genomgå abort krävs en motivering som är i enlighet med abortlagen. Den vanligaste orsaken är sociala skäl, vilket kan betyda till exempel att kvinnan känner att hon inte klarar av att föda ett barn i den livssituation hon för stunden befinner sig i. Andra grunder för abort i Finland är sjukdom hos någondera föräldern som skulle försvåra barnskötseln, sjukdom eller skada hos fostret, att graviditeten är ett resultat av våldtäkt eller att kvinnan är över 40 år eller under 17 år. (Käypä hoito 2007: 3)

Lagen om avbrytande av graviditet är entydig, men då det gäller människors uppfattningar kring de etiska aspekterna så finns det mycket meningsskiljaktigheter. En del anser att embryot eller fostret är en del av kvinnans kropp. Eftersom hon har rätt att fatta besluten gällande sin egen kropp ska hon då även ha rätt att genomgå abort. Andra fördömer abort då de anser att fostret är en individ separat från mamman med en okränkbar rättighet till liv. (Hede et al 1994: 41-43) Hos hälso- och sjukvårdspersonal finns naturligtvis också olika attityder till abort. I enlighet med sjukskötarens yrkesetik ska dessa personliga attityder dock inte påverka kvaliteten på den vård som abortpatienter får. Varje människa har rätt att få en god vård, ett gott bemötande samt god handledning och information av de personer som vårdar henne (Lag om patientens ställning och rättigheter 1992: § 3, § 5). En kvinna som blivit oplanerat gravid befinner sig i en svår situation och hon är speciellt sårbar. Det är viktigt för henne är att få information, att få stöd då hon ska fatta beslutet, och att ha någon att spegla sina känslor mot (Hede et al 1994: 80-81). Jag vill med detta arbete få en större förståelse för hur kvinnor som genomgått

abort har upplevt sitt besök hos hälsovårdare före aborten, och speciellt hur de upplevt den handledning och information de fått.

Examensarbetet ingår i projektet för kvinnohälsa som är ett samarbete mellan Arcada och Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt.

2 CENTRALA BEGREPP

I detta kapitel presenteras sådana begrepp som har en central roll i detta examensarbete.

Handledning innebär enligt Nationalencyklopedin (2011) ”praktisk-pedagogiskt stöd som ges under utbildning eller praktik, främst i form av samtal, i grupp eller individuellt”.

Information är enligt Nationalencyklopedin (2011) en ”generell beteckning för det meningsfulla innehåll som överförs vid kommunikation i olika former. [...] Information innebär att någon får kännedom om någonting ("blir informerad").”

Med begreppet *abort* avses i detta arbete *inducerad abort* (se kapitel 2.1). Termen *avbrytande av graviditet* används parallellt med *abort*.

Graviditetsvecka anger hur långt framskriden graviditeten är. En fullgången graviditet är i genomsnitt 40 veckor lång. (Nationalencyklopedin 2011)

I arbetet används parallellt termerna *hälsovårdare* samt *vårdare* som kan syfta på antingen hälsovårdare, sjukskötare eller barnmorska.

2.1 Abort

Inducerad abort innebär att en graviditet avsiktligt avbryts, det vill säga att fostret eller embryot är vid liv i då ingreppet utförs och att kriterierna för förlossning inte uppfylls (Käypä hoito 2007). Enligt lagen kan abort göras då graviditeten varat högst 12 veckor

med beslut av antingen en eller två läkare, beroende på omständigheterna. I de fall då kvinnan är antingen under 17 år eller över 40 år gammal eller redan har fött fyra barn räcker utlåtande av en läkare för att hon ska få genomgå abort. Om kvinnan däremot är mellan 17 och 40 år gammal och har mindre än fyra barn från tidigare krävs utlåtande av två olika läkare för att hon ska få abort. Tillstånd från två läkare krävs även i de fall då graviditeten allvarligt hotar kvinnans liv eller hälsa, och då kan abort genomföras oberoende av längden på graviditeten. I specialfall kan man med tillstånd av Valvira (Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården) genomföra abort ända upp till graviditetsvecka 20 och vid grava avvikelser hos fostret även upp till graviditetsvecka 24. (Käypä hoito 2007: 2-3) Abort kan utföras antingen kirurgiskt eller med hjälp av läkemedel. (Tiitinen 2008) Förutsatt att aborten skett utan komplikationer är kvinnans framtida fertilitet inte nedsatt och man har inte kunnat konstatera att det skulle finnas större risk för komplikationer i kommande graviditeter. (Toivonen 2001: 164-168) Efter aborten görs en efterkontroll som kan utföras av en hälsovårdare förutsatt att det inte varit några komplikationer i samband med aborten. Syftet med efterkontrollen är att bedöma patientens behov av psykiskt eller socialt stöd, att ge preventivrådgivning samt att med hjälp av laboratorieprov av graviditetshormonet hCG försäkra att graviditeten blivit avbruten. (Käypä hoito 2007: 10)

2.1.1 Medicinsk abort

Den medicinska metoden för abort togs i bruk i Finland år 2000. Medicinsk abort utförs med läkemedlen misoprostol och mifepristol. Misoprostol är ett syntetiskt prostaglandin som påverkar livmoderns muskulatur genom att få den att kontraheras och således tömmas genom en vaginal blödning. Mifepristol är ett antiprogestin som effektiviserar misoprostolens verkan och får aborten att framskrida fortare. (Toivonen 2001: 164-168) Medicinsk abort är särskilt effektiv upp till vecka 9 + 0 och är den primärt använda abortmetoden upp till denna graviditetsvecka. I de fall då en graviditet avbryts efter vecka 12 + 0 görs detta alltid medicinskt. (Honkanen 2010) Medicinsk abort har blivit allt vanligare under de senaste åren, år 2006 utfördes 58 % av aborterna med hjälp av läkemedel medan det år 2000 var endast 4 %. (Käypä hoito 2007: 2-3)

2.1.2 Kirurgisk abort

Kirurgisk abort innebär att livmoderhalsen först mjukas upp med läkemedlet misoprostol och sedan utförs en skrapning, s.k. vacuumaspiration, av livmodern. Vanligtvis sker detta under narkos. (Tiitinen 2008) Skrapningen kan även ske under paracervikalbedövning. Nackdelar med kirurgisk abort är att risken för komplikationer är större än vid medicinsk abort. Komplikationerna kan vara olika skador av livmodern samt infektioner. Den kirurgiska metoden är dock snabbare än den medicinska och efterblödningen är kortare. Den kirurgiska metoden utnyttjas främst mellan veckorna 9 + 0 och 12 + 0, men även medicinsk abort är möjlig under dessa veckor. (Toivonen 2001: 164-168)

3 LITTERATURÖVERSIKT

I detta kapitel beskrivs hur litteratursökningen genomförts och vad som kommit fram ur tidigare forskning gällande abortpatienter samt patienthandledning. I artiklarna behandlas abortpatientens upplevelser och även vårdpersonalens attityder och sätt att bemöta abortpatienten. Dessutom valdes några artiklar som handlar om relationen mellan patient och vårdare eftersom god patienthandledning kräver insikt i vad som kännetecknar god vårdrelation. De utvalda artiklarna beskrivs kort i tabell 1 och i den löpande texten presenteras de gemensamma temaområden som hittades i artiklarna.

3.1 Litteratursökningen

Material har sökts under tiden 20.5.–23.5.2009 på de elektroniska databaserna. Sökningar gjordes via EBSCO och där valdes databaserna Academic Search Elite och Cinahl. Även på Medline gjordes sökningar men mest relevanta artiklar hittades på de två förstnämnda databaserna. Avgränsningar som gjordes var årtal, ”full text” och ”scholarly (peer reviewed) journals”. Årtalet begränsades i första hand till 1999-2009 men sökningar gjordes även från tidigare årtal om relevanta träffar inte hittades från de tio senaste åren.

Sökorden ”abortion” och ”experience” gav 169 träffar. Fyra av dessa artiklar (Alex & Hammarström, Avlos, L, Christenssen et al, Edmunds et al.) valdes.

Sökorden ”nurse” och ”abortion” på årtalen 1999-2009 gav inga sådana träffar som ansågs som relevanta. Sökningen utvidgades till årtalen 1990-2009 vilket gav 115 träffar varav en artikel (Gould et al.) valdes.

Sökorden ”patient education” och ”experience” i abstraktet gav 202 träffar och två av dessa artiklar valdes (Hätönen et al., Kyngäs, H).

Sökorden ”patients’ experiences” och ”nursing” som titelord under åren 1995-2009 gav 14 träffar och två av dessa valdes (McCabe, C, Kralik et al).

Tabell 1. Översikt över artiklarna som valdes

Författare + land	Forskningens titel	Årtal	Metod	Sam-pel	Resultat
Aléx, L. & Hammarström, A. Sverige	Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective	2004	Intervju	5	Det finns en stor komplexitet av känslor abortpatienter upplever, bl.a. ambivalens och skuld. Kännedom om dessa känsloupplevelser är viktig för att garantera en god vård och möjligheter till optimalt stöd av de kvinnor som söker abort.
Avlos, L. USA	Hindsight and the abortion experience: What abortion means to women years later	2005	Intervju	4	Då tiden förflyter ändras kvinnornas känslor kring aborten, och de upplever detta bero på sitt eget mognande och större möjlighet att förstå och analysera vad de genomgått.
Halldén, B-M. et.al. Sverige	Meanings of being pregnant and having decided on abortion: Young Swedish women's experiences	2005	Intervju	10	Kvinnor som valt att göra abort är ofta tacksamma och rentav förvånade över sin egen fertilitet, men känner att de inte har de resurser som behövs för att kunna bli förälder.
Fielding, S. et. al. USA	Having an abortion using Mifepristone and home Misoprostol: A qualitative analysis of women's experience's	2002	Öppna enkäter	43	Innan aborten känner kvinnorna olika känslor så som ambivalens, skuld och oro. Efter att ha genomgått aborten lindras många av de negativa känslorna. Viktiga faktorer i aborten är att få bevara sin självbestämmanderätt och kontroll över olika områden i livet.
Gould, D. et. al. Storbritannien	Nurses' attitudes towards termination of pregnancy	1994	Enkät	84	Attityden till abort ligger hos majoriteten av vårdarna mellan neutral och positiv. Få har starkt positiva eller negativa attityder. Olika faktorer hos vårdaren kan ha inverkan på hennes förhållningssätt till abort, t.ex. religiös bakgrund.

Hätönen, H. et. al. Finland	Mental health: Patients' experience of patient education during inpatient care	2007	Intervju	51	Patienterna anser ofta att de får för lite information och att det finns problem i kommunikationen mellan vårdare och patient.
Kralik, D. et. al. Australien	Engagement and detachment: Understanding patients' experiences with nursing	1997	Intervju	9	Patienterna upplever olika vårdare antingen som engagerade eller distanserade. Engagerade vårdare anses som goda vårdare för att de är lättillgängliga, varma, vänliga samt lyhörda för patienternas behov. De ger tillräcklig information och handledning. Distanserade vårdare har bristande intresse för vården, behandlar patienterna som objekt och är hårdhänta.
Kyngäs, H. Finland	Patient education: Perspective of adolescents with a chronic disease	2003	Intervju	40	Handledningen utgår enligt informanterna mer från personalens villkor än deras egna. Handledningen är ej tillräckligt individuellt anpassad efter patientens behov och utvecklingsnivå. Informanterna anser ändå att i de fall de får god handledning har de verklig nytta av den.
McCabe, C. Irland	Nurse – patient communication: An exploration of patients' experiences	2003	Intervju	8	I de fall då sjukskötaren använder sig av ett patientcentrerat närmelesätt istället för uppgiftscentrerat, så har hon förutsättningar för god kommunikation med patienten.

3.2 Patientens upplevelser i samband med aborten

Ambivalens är en känsla som starkt kommer fram i olika forskningar då de gäller abortpatientens upplevelser. De flesta kvinnor har svårigheter att fatta beslutet om att genomgå abort. Ambivalensen medför även andra känslor så som skam och ångslan (Fielding et al. 2002: 4). Det kan förekomma ett pendlande mellan närhet och distans gentemot den levande varelsen inuti den egna kroppen. Att visualisera fostret eller embryot som ett omänskligt objekt istället för något mänskligt kan göra det lättare för kvinnan att fatta beslutet gällande abort. (Halldén et al. 2005: 8-9) Kvinnan kan ha en generell positiv inställning till rätten att genomgå abort, men däremot känna negativt gällande sin egen abort. Detta kan bero på rädsla för att i framtiden inte kunna bli gravid då hon önskar det. Även efter att aborten är över förekommer känslor av ambivalens, å ena sidan finns en lättnad över att aborten är överstökad men å andra sidan finns funderingar om hur den egna kroppen skulle se ut och i vilket skede fostrets utveckling skulle vara vid olika tidpunkter ifall graviditeten hade fortsatt. (Alex & Hammarström 2004: 4-5).

Trots att abort för de flesta är en negativ upplevelse kan det hos kvinnan finnas även positiva känslor i samband med den oplanerade graviditeten. Vetskapen om den egna förmågan att bli gravid kan medföra glädje och att ha upplevt graviditet kan ge kvinnan en känsla av mognad. Många uppfattar sin egen kropp på ett nytt sätt efter att ha varit gravid och fått uppleva vad den egna kroppen är förmögen till. (Alex & Hammarström 2004: 5) En del kvinnor kan rent av vara förbluffade över att de kan bli gravida. Då de tidigare haft en oförklarlig övertygelse om att de inte kan bli gravida medför den oavsiktliga graviditeten en glädje över den bevisade fertiliteten. Ofta hör det till kvinnans livsplan att i något skede få barn, men graviditeten kan ha inträffat tidigare än önskat då kvinnan slarvat med preventivmedel på grund av misstron till den egna fertiliteten. (Halldén et al 2005: 6 & 12)

Rädsla och ångest förekommer allmänt hos kvinnor som ska genomgå abort. En källa till dessa svåra känslor kan vara vänner och bekantas skrämmande berättelser om sina erfarenheter av abort. Både då det gäller medicinsk och kirurgisk abort förekommer rädsla och nervositet. (Halldén et al. 2005: 9) Många kvinnor är oroliga inför smärtan i samband med aborten. Rädsla för det kirurgiska ingreppet gör att en del kvinnor föredrar medicinsk abort hemma. (Fielding et al. 2002: 5)

3.2.1 Relationen till de närstående

I många fall finns ett bristande stöd av partnern då kvinnan blivit oplanerat gravid. Om mannen inte vill bli förälder påverkar detta även kvinnans beslut gällande abort. Det är sällan kvinnan fattar sitt beslut oberoende av andra personers, så som partnerns, åsikt. (Alex & Hammarström 2004: 4 & 6) Kvinnan kan välja att göra abort för att rädda parförhållandet, hon ser då aborten som den enda utvägen för att kunna fortsätta ett förhållande där ena eller båda parterna inte är redo att bli förälder (Avalos 1999: 19). Efter aborten kan det förekomma en viss bitterhet gentemot mannen, speciellt om han inte gett kvinnan sitt stöd eller kanske rentav har lämnat henne då hon blev gravid. En del parförhållanden återgår däremot till ungefär vad de varit innan graviditeten, eller kan t.o.m. föra mannen och kvinnan närmare varandra. (Alex & Hammarström 2004: 5)

En del kvinnor, speciellt de yngre, är rädda för vad de egna föräldrarna ska tänka om sin dotter. De vill inte ge upphov till besvikelse hos föräldrarna. Samtidigt finns ett behov av acceptans och stöd, vilket beslut kvinnan än fattar gällande fortsättandet av graviditeten. Det förefaller viktigt för kvinnan att öppet få tala om sina känslor med personer som står henne nära. (Halldén et al. 2005: 7-8)

3.2.2 Behov av stöd från vårdpersonalen

Abortpatienten kan i värsta fall uppleva vårdpersonalen som kall, oförstående, dömande och moraliserande. Det förekommer känslor av att bli ignorerad av vårdpersonalen och att bli behandlad opersonligt, som en i mängden. Det finns dock även positiva upplevelser av vården av abortpatienter. För att patienten ska kunna få dessa positiva upplevelser är det essentiellt att hon känner att hon får stöd av sina vårdare. (Fielding et al. 2002: 5; Aléx & Hammarström 2004: 4-7)

Vårdpersonalens attityder gentemot abort bör inte inverka på det stöd patienten får. En studie utförd av Gould et al (1994) indikerar att de flesta vårdares inställning till abort ligger mellan neutral och positiv. De vårdare som arbetat länge (över sex års tid) med abortpatienter har enligt studien mer negativa attityder. Statistiken i studien visar även att de vårdare som har en religiös övertygelse generellt tenderar att ha en mindre positiv inställning till abort. (Gould et al 1994: 5)

3.2.3 Faktorer som påverkar kvinnans beslut

Kvinnans aktuella livssituation påverkar beslutet om att göra abort. Att kunna ha kontroll över sitt liv och sin framtid anses vara viktigt. Att få ett barn medför stora förändringar i livet och genom att göra abort får man en möjlighet att undvika dessa stora förändringar för att i stället kunna fortsätta leva som tidigare. Speciellt unga kvinnor upplever att de har sådana mål i livet som de vill uppnå innan de är redo för att få barn, som till exempel att skaffa sig en utbildning. En rädsla för att ta ansvar för ett barn, samt en motvilja till att bli ensamstående förälder kan stödja beslutet att göra abort. Ekonomiska faktorer spelar också in, kvinnorna vill ha möjlighet att försörja barnet och en dålig ekonomisk situation ökar kvinnans benägenhet att välja abort. (Fielding et al. 2002: 3-4)

Många yngre kvinnor tvivlar på sin förmåga att kunna vara en bra mor på grund av sin unga ålder och detta kan vara den primära orsaken till att välja abort. De ser det som barnets rättighet att ha en kärleksfull mor men känner att de själva inte är redo för den rollen. För att kunna vara en bra förälder anser de att man bör ha en utbildning, arbete, ett eget hem och ett stabilt parförhållande. (Halldén et al. 2005: 10; Alex & Hammarström 2004: 3-4)

3.3 Patientens upplevelser av handledning

Då man handleder patienter borde detta ske på patientens villkor, men så är inte alltid fallet, vilket framkommer i Kyngäs studie (2003) om unga kroniskt sjuka patienters upplevelser. I stället äger handledningen ofta rum i utrymmen som inte är ändamålsenliga, på tidpunkter som passar för vårdpersonalen men inte nödvändigtvis för patienten. Inte heller patientens tidigare kunskaper tas alltid i beaktande, utan informationen som ges är likadan för alla patienter. Hätönen et al. (2007: 6) summerar problemen gällande patienthandledning i tre kategorier. Den första är brist på information, det vill säga att patienten upplever att vårdpersonalen inte ger tillräcklig information. Detta kan bero till exempel på bristande motivation hos vårdpersonalen. För det andra finns det problem i interaktionen vilket inverkar negativt på inläringen. Det kan handla om att patienten har negativa erfarenheter av kommunikation med vårdare, att patienten upplever att hon inte blir sedd som en individ, och att patienten upplever personalen som ovänlig. Därtill kan en känsla av att vårdaren har bråttom inverka negativt på kommunikationen ur patientens synvinkel. Även Kralik et al (1997: 6) tangerar hur patienthandledningen påverkas negativt av att patienten upplever att vårdaren är för upptagen. Om patienten då är i ett sårbart tillstånd vågar hon inte ställa frågor, trots att hon skulle vilja veta vad som pågår i hennes vårdprocesser och vad hon själv kan göra som patient för att främja dem.

Det som skulle önskas av patienterna är att handledningen var väl planerad och utgick från deras egna behov, samt att deras känslor togs i beaktande och diskuterades mer. Optimal inläring kunde uppnås genom en god atmosfär på handledningstillfället. En god atmosfär uppstår då patienten upplever sig sedd och respekterad av vårdaren, och vårdaren är närvarande, stödjande och använder ett språk som patienten förstår. Då vå-

gar patienten uttrycka sig själv och vara aktiv under handledningstillfället. (Kyngäs 2003: 5-6) De allra flesta patienter önskar sig information genom samtal med vårdare. Broschyrer och böcker anses också vara goda hjälpmedel i handledningen enligt patienterna. Också internet kunde gärna utnyttjas, speciellt då det gäller yngre patienter. (Kyngäs 2003: 6 & Hätönen et al 2007: 7)

3.4 Vårdrelationen

Kralik et al. kategoriserar på basis av sin studie (1997) vårdare som antingen engagerade eller distanserade ur patientens perspektiv. En engagerad vårdare möjliggör en positiv upplevelse av vårdförhållandet för patienten, medan en distanserad vårdare ger patienten en negativ upplevelse av vården. McCabe (2002) tangerar till stor del samma problematik i kommunikationen mellan vårdare och patient.

Det finns vissa drag som karakteriserar en så kallad distanserad vårdare, och dessa drag eller beteenden får patienten att känna sig otrygg och sårbar. Den distanserade vårdaren undviker en personlig kontakt med patienten och behandlar henne mer som ett objekt än som en människa, har ofta en kylig attityd och bristande empati. Patienten upplever att den distanserade vårdaren inte ger tillräcklig handledning utan den begränsas till mycket allmän information. Ofta har den distanserade vårdaren en auktoritär framom vårdande roll. (Kralik et al 1997: 5-6)

För att kunna möjliggöra en god vårdrelation är det viktigt att vårdaren genuint strävar efter att förstå patienten och hennes behov, och bekräftar patientens behov. Att ta med patienten i vården så att hon har en aktiv roll och kan påverka vården är av stor vikt. Patienten behöver få se vårdaren som en genuin människa som bryr sig om henne, inte som någon som bara ”gör sitt jobb” på ett opersonligt sätt. Värme och vänlighet, öppen dialog samt det att vårdaren är tillgänglig för patienten ger en grund för en positiv relation. (Kralik et al. 1997: 3-4) En vårdare som har ett sinne för humor anses vara lättare att ty sig till, och det kan kännas bra för både patient och vårdare att ibland kunna lätta på stämningen genom skämt och humor. (Kralik et al. 1997: 3 & McCabe 2002: 4)

3.5 Artiklarna som utgångspunkt för empirisk studie

I forskningsöversikten kommer det fram mycket sådant som är värt att beakta i bearbetningen av resultatet av den empiriska studien. Det stiger fram många problem i patienthandledningen och i relationen mellan patient och vårdare. Vårdarna anses ibland vara för distanserade, ha för bråttom och ge för lite information. Det kommer att bli intressant att se huruvida detta är fallet även bland kvinnorna i denna studie, eller om de upplevt relationen till sin hälsovårdare samt handledningen som god. De problem som existerar i patienthandledningen samt i vårdrelationen visar att det finns behov av vidare forskning. Det vore även viktigt att få kunskapen att nå ut till vårdarna i det praktiska vårdarbetet.

Litteraturöversikten ger en insikt i de upplevelser kvinnan har i samband med abort. För att i detta examensarbete kunna analysera materialet i den empiriska delen är det viktigt att ha en förståelse för dessa upplevelser och känslor. En förståelse för vad kvinnan går igenom i samband med aborten är väsentligt för att kunna ge henne god handledning inför beslutet att genomgå abort.

4 SYFTE OCH CENTRALA FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med examensarbetet är att genom kvalitativ empirisk studie få en ökad förståelse för hur kvinnor upplever handledningen de fått av hälsovårdare före avbrytandet av en graviditet, för att förbättra möjligheterna att ge vård som möter kvinnornas behov.

Den centrala frågeställningen är: Hur upplever abortpatienter handledningen de fått av en hälsovårdare?

4.1 Avgränsningar

Den empiriska studien avgränsas enbart till kvinnor som genomgått abort under första trimestern, det vill säga före graviditetsvecka 12 + 0. Av etiska skäl begränsas studien även till kvinnor över 18 år.

Kvinnornas upplevelser av efterkontrollen hos hälsovårdare behandlas inte i denna studie, utan fokus ligger enbart på upplevelserna av handledningen under det första besöket, det vill säga före aborten. Detta val gjordes för att ämnet inte skulle bli för brett och svårhanterligt, i och med att kvinnans upplevelser kan tänkas vara ganska olika under hälsovårdarbesöket före aborten jämfört med besöket efter aborten.

5 TEORETISK REFERENSRAM

Som teoretisk referensram för arbetet används Barbro Gustafsson teorier om bekräftande omvårdnad samt SAUK-modellen för bekräftande omvårdnad som är utvecklad av Gustafsson & Pörn.

5.1 Bekräftande omvårdnad

Bekräftelse ger evidens som bevarar och förstärker människans självbedömning, självbestämmande och självförverkligande (Gustafsson 1997: 60).

Grundtanken i bekräftande omvårdnad är att påverka patientens livskompetens i positiv riktning; att understöda och befrämja den. Detta skall göras på ett sätt som respekterar patientens självbestämmanderätt och individualitet. (Gustafsson 1997: 15) Gustafsson definierar livskompetens som ”människans kvalificerade förmågor att förverkliga sina livsmål i aktuell livsmiljö” (Gustafsson 1997: 78). Exempel på kvalificerade förmågor är att kunna forma realistiska mål i sitt liv samt att kunna modifiera sin inre miljö (känslor, tankar och värderingar). För att kunna ha en god livskompetens kan det ses som nödvändigt att ha en ”känsla av sammanhang”, det vill säga att känna att livet är meningsfullt och hanterbart (Gustafsson 1997: 75-76).

I vården är bekräftelse en viktig komponent som i hög grad är förknippad med välbefinnande och hälsa hos patienten. Då en människa blir sjuk medför detta samtidigt hos henne en ökad sårbarhet och ett hot mot hennes existens. I och med en bekräftande interaktion i vården kan man minska denna sårbarhet och således stödja hälsoprocesser hos patienten genom att öka hennes självvärdering. Den bekräftande vården ökar också

patientens tillit till vårdaren och hennes mottaglighet för handledning. I en bekräftande relation finns alltid en ömsesidig önskan hos både patienten och vårdaren att uppehålla relationen. Det har visats att patienter som har en upplevelse av bekräftelse från vårdaren har en större kapacitet till anpassning och förändring samt mognad. (Gustafsson 1997: 30-31) En god livskompetens resulterar i välbefinnande, lycka och ett meningsfullt liv, alltså kan en människas livskompetens utvärderas utgående från dessa faktorer (Gustafsson 1997: 81-82).

5.2 SAUK-modellen

SAUK-modellen är utvecklad som verktyg för att ge bekräftande omvårdnad som stärker patientens hälsa, självvärdering och livskompetens. Bokstäverna S, A, U och K står för de olika komponenterna eller faserna som bygger upp en bekräftande vård.

S – Vårdaren uttrycker *sympati* för patienten.

A – *Accepterande* och tillåtande dialog där patienten genuint vågar uttrycka sina känslor.

U – Vårdaren strävar till att få en kännedom av patientens *upplevelsemässiga innebörd* av den situation hon befinner sig i.

K – Att skapa och synliggöra en *kompetens* baserad på kunskap om patientens egna resurser och livssituation.

(Gustafsson 1997: 58; 63-64)

5.3 SAUK-modellens relevans för denna studie

S-fasen kommer fram i vården genom att vårdaren visar sympati för patienten i den svåra situation hon befinner sig i. Detta leder till A-fasen som i relation till abortpatienten har en central roll. Hälsovårdaren kan ha sina egna attityder gentemot abort, men dessa ska inte inverka på vårdrelationen. En icke-dömande attityd förutsätter enligt Gustafsson (1997: 93-95) att vårdaren har självkännedom och -medvetenhet. I en accepterande dialog får kvinnan möjlighet att fritt uttrycka sina tankar, rädslor, förhoppningar, frågor etc., och dessa ska av vårdaren mötas med uppmärksamhet och respekt för patientens individualitet. Vårdaren ska bekräfta patienten i hennes behov och känslor, så att patientens integritet och mänskliga värde bevaras. U-fasen spelar in i kvinnans besluts-

fattande, då hennes känslor och personliga upplevelse av situationen påverkar hur hon vill framskrida. Genom att kunna förstå kvinnans känsloupplevelser och vilken känslomässig innebörd abort har för just henne så kan vårdaren ge henne bästa möjliga stöd och handledning. K-fasen, som är slutmålet i vården enligt SAUK-modellen, innebär att vårdaren uppnår en helhetsförståelse för patientens livssituation och resurser, som inverkar på kvinnans känslor kring aborten och beslutsfattandet gällande aborten. De olika faktorerna i kvinnans liv påverkar både hennes beslut om att genomgå abort eller låta graviditeten fortskrida, samt vilken metod för abort (medicinsk eller kirurgisk) som är den mest passande för just henne. Genom vårdarens kompetens gällande patientens livssituation kan hon bäst stöda och bekräfta kvinnan i denna process.

6 METODBESKRIVNING

I detta kapitel beskrivs metoden för datainsamling samt dataanalysmetoden.

6.1 Kvalitativ metod

En kvalitativ metod präglas av en strävan att komma så nära forskningsobjektet som möjligt och att förstå henne ur det egna personliga perspektivet. Det finns en strävan till att se helheter och inte lämna bort något, att få en förståelse för fenomenet som forskas. (Eriksson 1992) Därmed lämpar sig ett kvalitativt närmelsesätt väl för denna studie, eftersom syftet är att skapa förståelse för abortpatienters upplevelser av handledning.

6.2 Enkätstudie

Som datainsamlingsmetod används enkät med öppna frågor. Ett följebrev med information riktad till informanten gällande studien och dess syfte (se bilaga 1 & 3) bifogas med enkäterna då de delas ut.

Davidson & Patel (1991: 61-62) betonar vikten av att kunna motivera informanten att svara på enkäten. Det är viktigt att beskriva syftet med undersökningen så att individen kan se betydelsen av att hon deltar. Gärna ska man även relatera syftet med undersök-

ningen till personens eget liv så att hon har ett eget intresse i att svara på enkäten. Det kan handla om att personen genom att delta kan vara med och förbättra något, till exempel vårdtjänster som hon själv använder. Allt detta ställer stora krav på enkäten och följebrevet; de måste vara tillräckligt informativa och motiverande.

En utmaning då det gäller enkätundersökningar är att utforma frågor som är entydiga, lättförstådda och täcker hela det problemområde man vill undersöka. Eftersom kompletteringar efteråt inte är möjliga på samma sätt som när det gäller intervjuer så är det viktigt att enkäten är väl utarbetad. (Davidson & Patel 1991: 64-65)

6.3 Val av material

Eftersom studien är kvalitativ används ett strategiskt urval av informanter. Strategiskt urval innebär enligt Eriksson (1992: 132-133) att man väljer ut sina informanter på ett sådant sätt att man maximerar sina chanser att få en så mångsidig bild som möjligt av det fenomen man vill undersöka. På så sätt skiljer sig urvalet från det i en kvantitativ studie som kännetecknas av slumpmässigt urval.

Informanterna söktes via ITU-projekti, som är ett projekt för stödverksamhet för kvinnor som genomgått abort. Projektet är verksamt på fem orter i Finland. Via Outi Papunen som leder projektet delades enkäten ut till kvinnor på två av dessa orter. Det ursprungliga målet var att få tillbaka 5-10 ifyllda enkäter, men på grund av svårigheter att få informanter sänktes antalet till 3-4 ifyllda enkäter.

6.4 Metod för dataanalys

Innehållsanalys är en etablerad dataanalysmetod inom vårdforskning. Den lämpar sig väl för forskning där man vill uppnå en bred förståelse för det fenomen man undersöker. Innehållsanalys kan göras antingen induktivt eller deduktivt. Det induktiva förhållningssättet är att föredra i forskning där man inte har mycket tidigare kunskap inom temat. Den induktiva analysen innebär att man analyserar materialet för att hitta kategorier som man sedan kan forma en teori eller en större helhet av. Man använder sig alltså inte av någon färdig teori då man analyserar materialet utan utgår från innehållet i materialet.

Deduktiv innehållsanalys däremot används då man i sin forskning baserar sig på tidigare teorier eller modeller för att testa dessa. (Elo & Kyngäs 2007: 2-3)

I denna studie användes induktiv innehållsanalys som analysmetod för det empiriska materialet. Metoden går ut på att materialet först läses igenom flera gånger för att bilda en helhetsuppfattning om innehållet. Därefter organiseras materialet genom öppen kodning, det vill säga att man gör anteckningar och skriver in rubriker i marginalen på det skriftliga materialet. Tillräckligt många rubriker bör skrivas in så att hela det betydelsefulla innehållet ur materialet fås med. Rubrikerna eller anteckningarna kategoriseras under huvudrubriker och de rubriker som liknar varandra slås samman så att de minskas till antalet. Genom abstraktion bildar man en generell beskrivning av materialet, detta sker genom att kategorier skapas. Man bildar underkategorier genom att gruppera ihop teman som liknar varandra och av dessa kategorier bildas huvudkategorier. Varje kategori namnges så att namnet beskriver innehållet i kategorin och på detta sätt kan man beskriva fenomenet som undersökts och öka kunskapen och förståelsen för fenomenet. (Elo & Kyngäs 2007: 3-5)

7 ETISKA REFLEKTIONER

En av de grundläggande forskningsetiska principerna är att man inte får skada eller orsaka onödigt lidande hos informanterna eller patienterna vars vård man forskar i. (Eriksson 1992: 21) Abort kan innebära olika känslor hos kvinnan, så som sorg samt skam- och skuld-känslor. Det är därför viktigt att vara finkänslig och noggrant ta i beaktande etiska principer då man forskar, för att undvika lidande hos informanterna. Enkätundersökning kan således vara en mer lämplig datainsamlingsmetod än intervju i denna studie. Det kan vara lättare för kvinnan att få skriva ner sina tankar i lugn och ro istället för att ansikte mot ansikte med en främmande person tala om dessa personliga och privata upplevelser. Då frågeformuläret utarbetades togs det i beaktande att frågorna skulle vara formulerade på ett sätt som respekterar informanten och inte kan tolkas som kränkande. Enkätmetoden ger informanterna möjlighet att själva avgöra vad de vill berätta och vad de eventuellt vill låta bli att avslöja, till exempel genom att låta bli att svara på någon

fråga, och på så sätt undvika psykiska olägenheter (Forskningsetiska delegationen 2009: 8).

I all vårdforskning ska forskaren beakta patientens bästa. Detta innebär att deltagandet alltid är frivilligt för patienten och att hon får information om studien så att hon på basis av denna kunskap kan besluta huruvida hon vill delta eller inte. (Eriksson 1992: 21) I enlighet med Forskningsetiska delegationens etiska principer för forskning (2009: 9) beaktas informanternas integritetsskydd genom att informanterna i denna studie deltagit anonymt. I enkäterna frågas inte efter personuppgifter eller annan information som skulle göra det möjligt att känna igen informantens identitet. Endast skribenten och handledaren har haft tillgång till de ifyllda enkäterna.

Vidare bör enligt Eriksson syftet med forskningen vara etiskt försvarbart. Då man forskar för att uppnå ny kunskap och föra den vidare, och då denna kunskap kan hjälpa till att göra något gott för andra människor, som att till exempel förbättra vården, uppfylls detta kriterium. (Eriksson 1992: 21)

I forskning där man har människor som informanter bör en etisk kommitté granska forskningsplanen för att kontrollera att etiska aspekter tas i beaktande (Notter & Hott 2000: 50-51). Planen för detta examensarbete har granskats och godkänts av Etiska rådets arbetsutskott vid Arcada (ETIX).

8 STUDIENS GENOMFÖRANDE

Arbetet på denna studie påbörjades under hösten 2008 och har varit en lång process. Den ursprungliga idén var att söka informanter via hälsostationer i Helsingfors, genom att hälsovårdarna skulle dela ut enkäterna till abortpatienter som kom till deras mottagning. Eftersom syftet med studien är att undersöka kvinnans upplevelse av just hälsovårdarens handledning, kunde det med tanke på studiens tillförlitlighet vara bättre att någon annan än hälsovårdaren delade ut enkäten till kvinnorna. Annars vore det möjligt både att hälsovårdaren i sitt arbete påverkades av studien, samt att informanten svarade på enkäten ett annat sätt än om den tilldelats av en helt utomstående person. Det finns

även en risk hälsovårdarna skulle ha kunnat känna igen enskilda kvinnor de handlett då de läst det färdiga arbetet. Av dessa orsaker började jag ta i beaktande alternativa sätt att hitta informanter. Jag råkade via en tidningsannons få veta om ett projekt, ITU-projekt, som ordnar stödverksamhet för kvinnor som genomgått abort, och beslöt att ta kontakt med projektets ledare Outi Papunen. Jag informerade henne om mitt examensarbete och dess syfte (se bilaga 2) och hon var villig att hjälpa till med att dela ut enkäter på ett par av ITUs verksamhetsställen. Enkäterna piloterades på två utomstående personer för att kontrollera att frågorna var välformulerade och ändamålsenliga. Jag lämnade därefter in min förkortade forskningsplan till ETIX i april 2010 och planen godkändes 22.4.2010 med vissa rekommendationer på förbättringar som jag beaktade innan jag började med datainsamlingen.

Datainsamlingsprocessen pågick via Itu från maj 2010 till april 2011, detta på grund av att det var svårt att få in tillräckligt många svar. I enlighet med Outi Papunens önskan gjordes under hösten 2010 ett elektroniskt frågeformulär som komplement till pappersversionen, på så sätt blev det ännu lättare för informanterna att svara på enkäten. I april 2011 hade jag fått tre svar och då gjordes beslutet att avsluta datainsamlingen. På enkäterna gjordes en induktiv innehållsanalys som speglades mot den teoretiska referensramen.

Eftersom antalet informanter förblev lågt speglas resultatet av den empiriska studien ytterligare mot tankar av kvinnor som genomgått abort i boken *Det svåra valet – En bok om abort* av Hede et al. (1994) i kapitlet Diskussion. På så sätt fås ett större djup i förståelsen för kvinnors upplevelser kring abort.

9 RESULTATREDOVISNING

Tre informanter deltog i studien, varav två besökt hälsovårdare före aborten och en endast besökt läkare. Samtliga informanter svarade på enkäten på finska. En informant fyllde i enkäten i pappersform och två informanter fyllde i den elektroniska enkäten.

I detta kapitel beskrivs resultatet från dataanalysen. En induktiv innehållsanalys (Elo & Kyngäs 2007) gjordes på materialet och på så sätt steg fem huvudkategorier fram. Två av dessa kategorier innehåller underkategorier. Kategorierna sammanfattas i figur 1 och beskrivs därefter närmare i kapitlen 9.2 till 9.6.

Handledning & information	Tidsanvändningen under besöket	Bemötandet av kvinnan	Emotionellt stöd	Stöd i beslutsfattandet
Information om abort Information om preventivmedel Information om stödverksamhet				Objektivt stöd Styrande av kvinnans beslut

Figur 1. Resultatet i form av huvud- och eventuella underkategorier

9.1 Bakgrundsinformation

Med hjälp av tabellen nedan beskrivs informanternas bakgrundsfaktorer.

18-20	0	0%	grundskola	0	0%	ensamstående	2	67%
21-25	0	0%	gymnasium	0	0%	särbo	0	0%
26-30	1	33%	yrkesskola	1	33%	sambo	1	33%
31-35	1	33%	yrkeshögskola	2	67%	gift	0	0%
36-40	0	0%	högskola/universitet	0	0%	frånskild	0	0%
41-45	1	33%						
46+	0	0%						

Figur 2. Informanternas ålder, utbildning och civilstånd.

9.2 Handledning och information

Det mesta av informationen och handledningen gavs i muntlig form. Skriftlig information skulle dock ha uppskattats som komplement till det muntliga. Eftersom kvinnan under besöket före aborten är i ett speciellt känsligt tillstånd så är det svårt att komma ihåg

allt som diskuterats under besöket: ”Pää oli ihan sekaisin, tuntui että muistikin heikkeni, keskittymiskyky ei ollut paras / Tankarna var en enda röra, det kändes att minnet försämrades, koncentrationsförmågan var inte den bästa”.

9.2.1 Information om abort

Kvinnorna upplevde att de fick information om själva ingreppet det vill säga hur aborten går till. De upplevde sig dock ha ett stort behov av handledning som sträckte sig längre än till bara ingreppet. De två kvinnor som varit hos hälsovårdare fick mer information än kvinnan som enbart besökt läkare. Denna kvinna beskrev informationen som ensidig, ”tiedonanto olin hyvin yksipuolista, keskittyi vain raskaudenkeskeytykseen / informationen var mycket ensidig, koncentrerades bara på aborten”.

En av kvinnorna var mycket nöjd, då hon fått mångsidig handledning med betoning på diskussion gällande de olika alternativ hon hade att välja mellan: abort, att behålla barnet själv eller att ge barnet till adoption efter födseln. Under hennes besök hos hälsovårdaren fick hon även veta i vilket skede abort är möjlig och huruvida aborten kan påverka henne i framtiden. En annan kvinna berättar att handledningen hon fick koncentrerades på själva ingreppet som hon fick noggrann information om, samt den fysiska återhämtningen och eventuella komplikationer.

9.2.2 Information om preventivmedel

En av kvinnorna beskriver hur hälsovårdaren rekommenderade att hon skulle börja använda preventivmedel omedelbart efter aborten men gav inte desto mer handledning gällande detta. Hälsovårdaren uppmanade bara kvinnan att boka tid till en läkare för att få spiral eller recept på p-piller. Kvinnan önskade att hälsovårdaren tillsammans med henne hade diskuterat mera kring olika preventivmedel för att hitta det lämpligaste alternativet för just henne.

9.2.3 Information om stödverksamhet för kvinnor som genomgått abort

De kvinnor som besökt hälsovårdare fick skriftlig information om eller kontaktuppgifter till stödverksamhet eller -grupper för kvinnor som genomgått abort. Den ena av dem var

glad över denna information och upplevde att hon hade hjälp av denna. Den andra kvinnan var dock på grund av psykiskt illamående inte förmögen att ta kontakt trots att hennes behov av stöd var stort:

[...] oli erittäin kova syyllisyyden tunne abortista [...] enkä voinut kuvitella meneväni tuntemattomien ihmisten eteen "tuomittavaksi" uudelleen [...] / [...] jag hade mycket stora skuld känslor över aborten [...] jag kunde inte tänka mig på nytt att gå och bli "dömd" av främmande människor [...]

9.3 Tidsanvändningen under besöket

Att ha tillräckligt med tid och att inte hälsovårdaren har bråttom ansågs viktigt. Då har kvinnan bättre möjligheter att föra fram sina egna frågor och tankar. ”Keskustelu kasvotusten kesti yli tunnin. Kiirettä ei ollut. / Samtalet ansikte mot ansikte tog över en timme. Det var ingen brådska”.

En kvinna berättar att hon under besöket var för ångestfylld för att kunna föra fram sina tankar och frågor, och att en längre mottagningstid hade gett bättre möjlighet att i lugn och ro ”öppna sig” för hälsovårdaren, ”en osannut esittää oikein kysymyksiä vaikka tuntui että pää oli niitä täynnä / jag kunde inte riktigt sälla frågor trots att det kändes att huvudet var fullt av sådana”. Hon beskriver ytterligare hur en stor del av tiden på mottagningen gick till det att hälsovårdaren ringde till sjukhuset samt ringde till och skrev remiss till laboratoriet.

9.4 Bemötandet av kvinnan

Betydelsen av bemötandet stiger starkt fram ur materialet. Kvinnorna för fram vikten av att bli bemött med värme. Får kvinnan ett kyligt bemötande blir helhetsupplevelsen av mötet med vårdaren sämre och det uppstår en känsla av att inte ha fått den handledning hon hade behövt.

En kvinna beskriver hälsovårdaren som empatisk, lyssnade, förstående, icke dömande och informativ. Samma kvinna var mycket nöjd med sitt besök hos hälsovårdaren och kände att hon fick det stöd och den handledning hon behövde: ”minulla taisi olla onnea saada NOIN hyvä terveydenhoitaja / jag var nog lyckligt lottad att få en SÅDÄR bra hälsovårdare”.

9.5 Emotionellt stöd

Det finns hos kvinnorna ett starkt behov av emotionellt stöd och förståelse. Aborten innebär ofta skamkänslor hos kvinnan och hon därför inte nödvändigtvis vill gå igenom upplevelsen med till exempel sina vänner. Eftersom kvinnorna inte alltid har någon annan de kan tala med för står hälsovårdaren i en central roll att ge emotionellt stöd:

Oikeastaan mitään henkisen/ psyykkisen puolen tukea en saanut [...] kun en saanut keskusteluapua [...] vatvoin aborttia päässäni 1,5 vuotta ilman apua[...] / Jag fick egentligen inget stöd på den mentala/ psykiska sidan [...] då jag inte fick någon samtalshjälp [...] grubblade jag i mitt huvud över aborten i 1,5 år utan hjälp [...]

För att kvinnan ska känna att hon får emotionellt stöd bör hälsovårdaren uppvisa en icke-dömande attityd och ge sig tid att lyssna på kvinnan. Uppföljning även efter graviditeten uppfattas som en viktig del av det emotionella stödet, till exempel en telefonkontakt till eller ett besök hos samma hälsovårdare efter att kvinnan genomgått aborten.

9.6 Stöd i beslutsfattandet kring aborten

Kvinnorna för fram ett behov av att få stöd då de ska fatta det stora beslutet att göra eller inte göra abort. Bara en av informanterna upplevde att hon hade fått ett sådant stöd.

9.6.1 Objektivt stöd

En positiv upplevelse av stödet i beslutsfattande kännetecknades av att hälsovårdaren visade ett neutralt förhållningssätt till kvinnans beslut:

teinpä minkä päätöksen tahansa, se olisi minun päätökseni ja siksi oikea. Hyvin neutraali suhtautuminen [...]terveydenhoitaja ei edes yrittänyt tehdä päätöstä tai johdatella [...] / vilket beslut jag än fattade så var det mitt eget och därför det rätta. Mycket neutral inställning [...] hälsovårdaren försökte inte ens fatta beslutet eller leda mig [...]

Vidare upplevdes det som positivt att hälsovårdaren satte sig in i kvinnans problematiska livssituation och parförhållande, och att hon lyssnade på kvinnans tankar kring faktorerna som påverkade abortbeslutet.

9.6.2 Styrande av kvinnans beslut

Den kvinna som hade besökt enbart läkare upplevde att hon styrdes till att genomgå abort:

[...]raskauden jatkamisesta ei puhuttu ollenkaan, vaan keskityttiin ainoastaan aborttiin[...] Koin tulleetni ohjailluksi. Tai sitten en osannut tuoda esiin omaa haluani jatkaa raskautta tarpeeksi hyvin, voi olla että lääkäri ymmärsi väärin. / [...]det talades inte alls om att fortsätta graviditeten, utan fokus låg endast på aborten[...]Jag upplevde mig ha blivit styrd. Eller så lyckades jag inte föra fram min önskan att fortsätta graviditeten tillräckligt bra, det kan vara att läkaren missuppfattade.

En annan kvinna upplevde att hon inte fick något stöd att fatta det beslut som för henne var det rätta utan att hon blev delvis pressad till att genomgå aborten inom snar framtid. Detta skriver hon att berodde på att det bara var två veckor kvar tills hon skulle nå graviditetsvecka 12 och det skulle var för sent att göra abort. Hon kände sig ambivalent gällande beslutet och hade behövt stöd av hälsovårdaren, ”olin hyvin ahdistunut, olin koko ajan kahdenvaiheella voinko tehdä abortin / jag var mycket ångestfylld, jag var hela tiden i valet och kvalet om jag kunde göra abort”.

10 DISKUSSION

Forskningsfrågan jag ville få svar på genom denna studie var hur kvinnor som genomgått abort upplevt handledningen de fått av en hälsovårdare. Alla informanter, även den informant som inte besökt hälsovårdare utan enbart läkare, upplevde sig ha fått handledning gällande ingreppet. Handledning som enbart fokuserades på ingreppet upplevdes dock som ensidig och ej tillräcklig. En kvinna upplevde emellertid att hon hade fått mycket bra handledning som inte bara kretsade kring genomförandet av aborten utan även sträckte sig till diskussion om olika alternativ utöver abort och till abortbeslutet i relation till kvinnans aktuella livssituation. Hon upplevde sig ha haft tur som fick så bra handledning och ett gott, varmt bemötande. Denna hälsovårdares sätt att bemöta kvinnan uppfyller kriterier på bekräftelse och enligt Gustafsson (1997: 30-31) resulterar bekräftande omvårdnad i att kvinnan blir mottagligare för handledning då hon känner tillit till vårdaren.

Endast en av informanterna upplevde att hon fick all den handledning hon önskade medan de två andra upplevde att deras behov inte tillgodosågs. Det som fattades var en bredare diskussion kring aborten och framför allt om de känslor som aborten för med sig. Samtliga informanter ansåg sig behöva ett emotionellt stöd av vårdaren men alla upplevde sig inte ha fått det. Det vore viktigt för kvinnan att hennes individuella handledningsbehov blev beaktade samt att hon blev bemött med värme och respekt.

Ett intressant fynd i studien var det att den kvinna som ansåg sig ha fått ett gott bemötande och emotionellt stöd även var nöjd med handledningen och tyckte sig ha fått tillräckligt med information. De som inte fick emotionellt stöd och inte var nöjda med bemötandet upplevde sig inte heller ha fått tillräcklig handledning. Jag tolkar detta som en antydning mot att kvinnorna upplever handledningen som mycket mer är bara information. En upplevelse av god handledning är summan många faktorer, däribland bemötandet, informationen och det emotionella stödet. Det emotionella stödet syns i Gustafssons SAUK-modell där startpunkten för den bekräftande vården är S-fasen, som går ut på att vårdaren visar sympati. Sympatin kan uttryckas till exempel genom att vårdaren visar att hon bryr sig om patienten och är villig att dela hennes oro, att hon visar värme och engagemang och att hon håller ögonkontakt med patienten (1997: 90). Om vårdaren inte visar medkänsla det är det svårt att få till stånd en accepterande dialog (A-fasen) och vården blir således inte bekräftande.

I boken *Ett svårt val – en bok om abort* finns intervjuer med kvinnor som blivit oavsiktligt gravida och genomgått abort. Jag har granskat dessa intervjuer för att få reda på huruvida det finns några gemensamma teman i dessa kvinnors berättelser och i mitt empiriska material. Något som stiger fram ur intervjuerna och som jag anser värt att uppmärksamma är hur olika de upplevelser är som kvinnor har av sina aborter. Många kvinnor mår psykiskt dåligt efter aborten men det finns även de som inte gör det, ”det kanske låter konstigt men jag har aldrig haft ångest eller känt att jag har dödat ett liv” (1997: 104).

Vårdpersonalens sätt att bemöta kvinnan tycks vara en stor faktor i hurdana känslor och minnen kvinnan har från aborten. Precis som i resultatet från min dataanalys kommer det fram en del brister i bemötandet:

Särskilt minns jag personalens kyla [...] Man var inte värd någonting. Inte ett vänligt ord från någon. Det här satte sina spår. (Hede et al. 1994: 110)

En annan kvinna berättar hur hon möttes av en dömande attityd av en läkare trots att denna inte visste något om hennes situation:

Den här kvinnan visste inget om mig. Det kunde ju faktiskt ha varit så att jag blivit våldtagen. Jag var helt utlämnad [...] (Hede et al. 1994: 99)

Ett annat tema som kom upp både i min studie och i en av intervjuerna i boken av Hede et al. är preventivmedel. Det att preventivmedel trugas på kvinnan utan att hennes egna önskningar tas i beaktande upplevs som negativt. ”Nu skriver jag ut p-piller eftersom du uppenbarligen inte vet hur kondomer skall skötas” berättar en kvinna sig ha fått höra av läkaren som skötte aborten (1994: 99).Handledning om preventivmedel och diskussion kring kvinnans aktuella situation och individuella behov vore alltså viktigt.

Att vårdaren ger stöd i beslutsfattandet, utan att försöka påverka, var något som samtliga informanter i studien ansåg viktigt. Här kommer grundtanken i Gustafssons teori om bekräftelse fram genom att vårdaren främjar kvinnans livskompetens och samtidigt respekterar hennes självbestämmanderätt (1997: 15). Accepterande dialog, A-fasen i SAUK modellen, kännetecknas av det att vårdaren lyssnar uppmärksam och låter patienten på sitt eget sätt föra fram allt det hon anser relevant, samt att vårdaren tar henne på allvar (1997: 93-94) Från detta tema drog jag paralleller till Gadows term *existentiellt representantskap* (Kalkas & Sarvimäki 1996: 122-124) som beskriver idén om vårdaren som representant för patienten. Grundtanken i existentiellt representantskap är att patientens självbestämmanderätt över sitt eget liv är den allra främsta av de mänskliga rättigheterna. Vårdaren bör därför främja patientens möjligheter att bestämma över sitt eget liv i den situation patienten befinner sig i, ”hjälpa patienten att bli medveten om vad hon vill”, bland annat genom att ge kunskap (Kalkas & Sarvimäki 1996: 122). I U- och K-faserna av SAUK-modellen sker just detta. Vårdaren strävar i U-fasen, upplevelsemässig innebörd, efter att få kunskap om och förstå patientens egen uppfattning av sitt liv samt att lära känna patientens resurser (Gustafsson 1997: 102-103). Detta följs av K-fasen, kompetens, där vårdaren har uppnått en kompetens att ge patienten individuell handledning där hennes mål och önskningar i livet beaktas. Med hjälp av sin kompetens

kan vårdaren hjälpa och stödja patienten att fatta för henne rätt beslut gällande sitt liv (1994: 109-121).

Också i intervjuerna i boken av Hede et al. lyfts temat beslutsfattande och kvinnans rätt att bestämma om sitt liv fram. Det förekommer både positiva och negativa erfarenheter av vårdarna i anknytning till detta tema. Generellt kan man konstatera att ett gott bemötande i vården av kvinnorna verkar kunna minska de negativa känslor kvinnorna har efter aborten. En kvinna berättar att ”alla behandlade mig vänligt och hänsynsfullt. Inga förmaningar eller övertalningsförsök” (Hede et al. 1994: 103). Hon kände sig mycket väl bemött genom hela vårdprocessen och hon ser i retrospekt på aborten som rätt beslut och har inga skuld känslor eller trauma av aborten. Det finns även vårdare som inte är lika professionella i vården av abortpatienter:

Hon [sköterskan] frågade inte efter vad jag ville utan utgick från att jag skulle föda barnet [...] Hon frågade aldrig om min åsikt. Hon behandlade mig som en liten skolflicka. (1994: 97)

Det är med andra ord viktigt att vårdaren visar en accepterande attityd gentemot kvinnan och det beslut hon fattar. Gustafsson betonar detta i sina teorier och speciellt i A-fasen av SAUK-modellen. För att kunna få till stånd en accepterande dialog är det viktigt att vårdaren har självkänedom (1997: 93), hon bör vara väl medveten om sina egna känslor, värderingar och attityder för att kunna säkerställa att de inte påverkar bemötandet av patienten.

11 KRITISK GRANSKNING

I detta kapitel granskas studien kritiskt och faktorer som kan tänkas påverka dess tillförlitlighet diskuteras. Med validitet avses hur väl den valda datainsamlingsmetoden undersöker eller mäter det fenomen som forskaren vill undersöka. Reliabilitet syftar på hur väl studien går att upprepa med samma resultat, det vill säga hur tillförlitlig metoden är. (Notter & Hott 1996: 193-194)

Eftersom endast tre informanter deltog i den empiriska studien så kan man inte få en särskilt bred uppfattning om hur abortpatienter i allmänhet upplevt handledningen. På grund av det lilla samplet blir studiens reliabilitet och validitet inte de bästa möjliga. Det

kom emellertid fram värdefull kunskap som ger förståelse för hurdana upplevelser den enskilda kvinnan kan ha. En av informanterna hade inte varit hos hälsovårdare före aborten, vilket egentligen var ett kriterium för att svara på enkäten så som det framgår ur följebrevet, vilket kan inverka negativt på studiens tillförlitlighet. Denna informants enkätsvar togs ändå med i dataanalysen eftersom de ansågs innehålla värdefull information om kvinnans upplevelser av handledning i samband med abort. Det var även intressant att jämföra hurdan handledning och hurdant bemötande denna informant som endast besökt läkare hade fått, jämfört med dem som varit hos hälsovårdare.

Då det gäller datainsamlingen kunde eventuellt andra tillvägagångssätt ha tagits i beaktande eftersom antalet frivilliga informanter förblev så litet. Genom att söka informanter t.ex. genom ett diskussionsforum hade det kunnat finnas möjlighet att nå ett större antal potentiella informanter. En möjlig faktor i det låga svarsantalet kan även vara det känsliga temat samt det att kriterierna för deltagandet var rätt snäva (åldern, abort före graviditetsvecka 12, att ha besökt en hälsovårdare före aborten).

Alla informanter i studien har haft kontakt med ITU, som är ett projekt för stödverksamhet för kvinnor som genomgått abort. Detta kan tänkas påverka studiens tillförlitlighet. Informanterna är alltså alla sådana kvinnor som upplevt ett behov av extra stöd efter sin abort, vilket kan påverka resultatet i den empiriska studien.

12 AVSLUTNING

Att abort medför starka känslor är inte så konstigt, det handlar ju om liv och död, rätt och fel, vad jag vill med mitt liv, vem jag är. Det här är frågor som berör alla människor, och det är ett av skälen till att abortfrågan engagerar människor så djupt. (Hede et al. 1994: 80)

Abort är alltid en personlig upplevelse och då man som vårdare möter en kvinna som står inför detta svåra val kan man aldrig i förhand veta exakt vad just hon går igenom. Med detta arbete har jag dock ökat min förståelse för hur olika kvinnor kan uppleva sin situation samt vilka faktorer det kan löna sig att ta i beaktande då man som vårdare kommer i kontakt med dessa kvinnor. Speciellt det att en del kvinnor upplever att de inte får tillräcklig handledning och att de blivit dåligt bemötta motiverar till att arbeta för en bättre vård. Resultaten från studien visar även att det finns behov av mer forsk-

ning i ämnet. Forskning om upplevelser kring abort tar i beaktande främst kvinnans perspektiv, därför vore det intressant att få en inblick också i hurdana upplevelser männen har då det gäller abort.

KÄLLOR

- Aléx, Lena & Hammarström, Anne. 2004. Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. [Tillgängligt: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=15&sid=165c980c-eea9-4501-b2e8-faf8a8406f09%40sessionmgr12&vid=5> Hämtat 21.5.2009, kräver inloggning på Nelliportalen via Arcadas bibliotek.]
- Avlos, Lisa. 1999. Hindsight and the abortion experience: What abortion means to women years later. [Tillgängligt: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=15&sid=ae47337b-e7a6-4b38-84ac-9bd6487ff0a9%40sessionmgr15&vid=28> Hämtat 21.5.2009, kräver inloggning på Nelliportalen via Arcadas bibliotek.]
- Davidson, Bo & Patel, Runa. 1991. *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur. 124 s.
- Elo, Satu. Kyngäs, Helvi. 2007. The qualitative content analysis process. [Tillgängligt: http://academic.csuohio.edu/kneuendorf/c63309/ArticlesFromClassMembers/Am_y.pdf Hämtat 27.4.2011]
- Eriksson, Katie. 1992. Broar – introduktion i vårdvetenskaplig metod. Vasa: Åbo Akademi, institutionen för vårdvetenskap. 331 s.
- Fielding, Stephen. Edmunds, Emme. Schaff, Eric. 2002. Having an abortion using Mifepristone and home Misoprostol: A qualitative analysis of women's experiences. [Tillgängligt: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=15&sid=ae47337b-e7a6-4b38-84ac-9bd6487ff0a9%40sessionmgr15&vid=28> Hämtat 21.5.2009, kräver inloggning på Nelliportalen via Arcadas bibliotek.]
- Lag om avbrytande av havandeskap. 1970. [Tillgängligt: [http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1970/19700239?search\[type\]=pika&search\[pika\]=abort*](http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1970/19700239?search[type]=pika&search[pika]=abort*) Hämtat 25.2.2011]
- Lag om patientens ställning och rättigheter. 1992. [Tillgängligt: [http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=Lagen%20om%20patientens%20st%C3%A4llning*](http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=Lagen%20om%20patientens%20st%C3%A4llning*) Hämtat 2.3.2011]
- Forskningsetiska delegationen. 2009. *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. Helsingfors. [Tillgängligt: http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/542 Hämtat 3.5.2011]
- Gould, Dinah, Marshall, Sara L. & Roberts, Julia. 1994. Nurses' attitudes towards termination of pregnancy. [Tillgängligt: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=15&sid=ae47337b-e7a6-4b38-84ac-9bd6487ff0a9%40sessionmgr15&vid=28> Hämtat 21.5.2009, kräver inloggning på Nelliportalen via Arcadas bibliotek.]

[15&sid=ae47337b-e7a6-4b38-84ac-9bd6487ff0a9%40sessionmgr15&vid=9](#) hämtat 21.5.2009, kräver inloggning på Nelliportalen via Arcadas bibliotek.]

Gustafsson, Barbro. 1997. *Bekräftande omvårdnad. SAUK-modellen för vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur. 260 s.

Halldén, Britt-Marie. Christensson, Kyllike. Olsson, Pia. 2005. Meanings of being pregnant and having decided on abortion: Young Swedish women's experiences. [Tillgängligt: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=15&sid=ae47337b-e7a6-4b38-84ac-9bd6487ff0a9%40sessionmgr15&vid=28> Hämtat 21.5.2009, kräver inloggning på Nelliportalen via Arcadas bibliotek.]

Hede, Maria. Lekander, Nina. Lodalen, Mian. Ydberg, Nina. 1994. *Det svåra valet – en bok om abort*. Kristianstad: Albert Bonniers förlag. 136 s.

Honkanen, Helena. 2009. Raskauden keskeytystä haluava potilas. I: *Lääkäriin käsikirja*. [Tillgängligt: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.arcada.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00657&p_haku=abortti 25.2.2011]

Hätönen, Heli. Kuosmanen, Lauri. Malkavaara, Heikki. Välimäki, Maritta. 2007. Mental health: patients' experiences of patient education during inpatient care. [Tillgängligt: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=15&sid=ae47337b-e7a6-4b38-84ac-9bd6487ff0a9%40sessionmgr15&vid=13> Hämtat 22.5.2009, kräver inloggning på Nelliportalen via Arcadas bibliotek.]

Kalkas, Hertta. Sarvimäki, Anneli. 1996. *Omvårdnadsetikens grunder*. Stockholm: Liber utbildning AB. 224 s.

Kralik, Debbie. Koch, Tina. Wotton, Karen. 1997. Engagement and detachment: understanding patients' experiences with nursing. [Tillgängligt: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=15&sid=ae47337b-e7a6-4b38-84ac-9bd6487ff0a9%40sessionmgr15&vid=15> hämtat 22.5.2009, kräver inloggning på Nelliportalen via Arcadas bibliotek.]

Käypä hoito. 2007. Raskaudenkeskeytys. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. [Tillgängligt: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/extra/hoi/hoi27050.pdf> Hämtat: 11.11.2009]

Kyngäs, Helvi. 2003. Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. [Tillgängligt: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=15&sid=ae47337b-e7a6-4b38-84ac-9bd6487ff0a9%40sessionmgr15&vid=19> Hämtat 22.5.2009, kräver inloggning på Nelliportalen via Arcadas bibliotek.]

McCabe, Catherine. 2003. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. [Tillgängligt:

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=15&sid=ae47337b-e7a6-4b38-84ac-9bd6487ff0a9%40sessionmgr15&vid=29>
Hämtat 22.5.2009, kräver inloggning på Nelliportalen via Arcadas bibliotek.]

Nationalencyklopedin. 2011. [Tillgängligt: http://www.ne.se/?i_type=1 Hämtat 13.5.2011]

Notter, Lucille E. Hott, Jaqueline Rose. 1996. *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. 201 s

THL 2009. Raskaudenkeskeytykset 2008 – ennakkotiedot.
[Tillgängligt:
http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/raskaudenkeskeytykset/raskaudenkeskeytykset_ennakko.htm. Hämtat: 30.5.2009]

Tiitinen, Aila. 2008. Raskauden keskeytys. I: *Lääkärikirja Duodecim*
[Tillgängligt:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.kotip_artikkeli=dlk00166&p_teos=dlk&p_selaus=7801 Hämtat: 30.5.2009]

Toivonen, Juhani. 2001. Raskaudenkeskeytys. I: Ylikorkala, O & Kauppila, A, red. *Naistentaudit ja synnytykset*, Duodecim, s. 164-168.

BILAGA 1A

De tre första frågorna handlar om Din bakgrund, kryssa där i det lämpligaste alternativet. Därefter följer öppna frågor, d.v.s. Du får fritt formulera ditt svar på raderna efter varje fråga. Skriv gärna så detaljerat som möjligt! Vid behov kan Du fortsätta på baksidan av pappret.

Tack för Ditt deltagande!

1. Ålder

18-25

26-30

31-35

36-40

41-45

46+

2. Civilstånd

ensamstående

särbo

sambo

gift

frånskild

annat vad? _____

3. Utbildningsnivå

grundskola

gymnasium

yrkesskola

yrkeshögskola

högskola/universitet

annat vad? _____

4. a) Hurdan information fick Du av hälsovårdaren? (t.ex. om själva aborten och tiden efter den, preventivmedel, stödgrupper eller övrigt)

b) Hur väl motsvarade informationen Ditt eget behov och Dina förväntningar?

c) Var det något som saknades?

5. a) I hurdan form fick Du informationen? (t.ex. muntligt, broschyrer osv.)

b) Hur tycker Du att dessa informationsformer passade Dig och Dina behov?

6. På vilket sätt bemöttes/behandlades Du av hälsovårdaren under besöket?

7. a) Hurdan var tidsanvändningen under Ditt möte med hälsovårdaren? (t.ex. vilka saker behandlades mest respektive minst)

b) Fanns det tillräckligt med tid för Dina egna frågor och tankar?

8. Fick du stöd i beslutsfattandet kring aborten? Hurdant stöd?

Bilaga 1b

Kolme ensimmäistä kysymystä koskevat taustaasi; rastita sopivimmat vaihtoehdot. Muut kysymykset ovat avoimia, eli saat itse muotoilla vastauksesi kysymyksen alla oleville riveille. Toivoisin Sinun vastaavan mahdollisimman yksityiskohtaisesti! Tarvittaessa voit jatkaa arkin kääntöpuolelle.

Kiitos osallistumisesta!

1. Ikä

18–25

26–30

31–35

36–40

41–45

46+

2. Siviilisäätö

yksin elävä

erillään asuva kumppani

avoliitossa

naimisissa

eronnut

muu mikä? _____

3. Koulutustaso

peruskoulu

lukio

ammattikoulu

ammattikorkeakoulu

korkeakoulu/yliopisto

muu mikä? _____

4. a) Millaista tietoa sait terveydenhoitajalta? (Esim. tietoa itse raskaudenkeskeytyksestä ja siitä toipumisesta, ehkäisystä, tukiryhmistä...)

b) Miten hyvin annettu tieto vastasi omia tarpeitasi ja odotuksiasi?

c) Jäikö jotain puuttumaan?

5. a) Missä muodossa tieto annettiin (esim. suullisesti, esitteiden muodossa jne.)?

b) Miten nämä tavat antaa tietoa soveltuivat Sinulle ja vastasivat tarpeitasi?

6. Miten terveydenhoitaja suhtautui Sinuun ja kohteli Sinua käynnin aikana?

7. a) Millainen oli ajankäyttö käydessäsi terveydenhoitajan vastaanotolla (esim. mihin asioihin käytettiin eniten/vähiten aikaa)?

b) Oliko omille kysymyksillesi ja ajatuksillesi varattu riittävästi aikaa?

8. Saitko tukea päätöksentekoon raskaudenkeskeytykseen liittyen? Minkälaista tukea?

BILAGA 2A

Bästa projektchef för Itu-projektet,

Jag heter Mirjam Lännerholm och studerar till hälsovårdare på Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola. Jag håller på med mitt examensarbete som handlar om kvinnor som genomgått abort och deras upplevelser av den handledning de fått under sitt första besök hos hälsovårdare på hälsostationen.

För att utföra min undersökning ber jag om hjälp att dela ut den bifogade enkäten till ca 10 kvinnor.

Examensarbetet ingår i ett kvinnoprojekt mellan Arcada och Helsingfors och Nylands Hälsovårdsdistrikt, och som handledare för mitt arbete fungerar hälsovårdsmagister Maj-Len Törnqvist. Det färdiga arbetet är ett offentligt dokument och kommer att finnas tillgängligt yrkeshögskolornas webbibliotek Theseus.

Examensarbetet kommer att följa god forskningsetisk sed. Deltagandet i undersökningen är frivilligt och konfidentiellt, och de ifyllda enkäterna behandlas av enbart mig och min handledare. Resultaten sammanställs så att informanternas identitet inte kommer fram. Då arbetet är färdigt, kommer allt empiriskt material att förstöras.

För mera information kontakta mig eller min handledare.

Tack på förhand för Din hjälp!

Med vänlig hälsning,

Mirjam Lännerholm, hälsovårdarstuderande
Jan-Magnus Janssons Plats 1,
00550 Helsingfors
040-7329627
mirjam.lannerholm@arcada.fi

Maj-Len Törnqvist, HVM, MQI,
lektor
Jan-Magnus Janssons Plats 1,
00550 Helsingfors
050-5544251
maj-len.tornqvist@arcada.fi

BILAGA 2B

Hyvä Itu-projektin projektivastaava,

Nimeni on Mirjam Lännerholm, ja opiskelen terveydenhoitajaksi ruotsinkielisessä ammattikorkeakoulu Arcadassa. Teen parhaillaan opinnäytetyötäni, joka koskee raskaudenkeskeytyksen läpikäyneiden naisten kokemuksia neuvonnasta ja ohjauksesta, jota he ovat saaneet ensikäynnillään terveystieteiden terveydenhoitajan vastaanotolla.

Tutkimuksen läpiviemiseksi pyytäisin saada apua jakamaan oheisen kyselyn noin kymmenelle naiselle.

Tutkintotyöni sisältyy Arcadan ja Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiriin yhteiseen naisprojektiin. Ohjaajana toimii terveystieteiden maisteri Maj-Len Törnqvist. Valmis työ tulee olemaan julkinen asiakirja, joka on luettavissa ammattikorkeakoulujen verkkokirjasto Theseuksessa.

Opinnäytetyössä noudatan hyvää tutkimuseettistä käytäntöä. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja tapahtuu luottamuksellisesti, eikä täytettyjä lomakkeita käsittele kukaan muu kuin minä ja ohjaajani. Tulokset koostetaan niin, ettei vastaajien henkilöllisyys ilmene niistä. Työn valmistuttua tullaan kaikki empiirinen aineisto tuhoamaan.

Lähempiä tietoja saatte minulta tai ohjaajaltani.

Kiitos etukäteen avustasi!

Ystävällisin terveisin,

Mirjam Lännerholm, terveydenhoitajaopiskelija
Jan-Magnus Janssonin Aukio 1,
00550 Helsinki
040-7329627
mirjam.lannerholm@arcada.fi

Maj-Len Törnqvist, HVM, MQI,
lehtori
Jan-Magnus Janssonin Aukio 1,
00550 Helsinki
050-5544251
maj-len.tornqvist@arcada.fi

BILAGA 3A

Bästa informant,

Jag heter Mirjam Lännerholm och studerar till hälsovårdare på Arcada – Nylands Svenska Yrkeshögskola. Jag håller på med mitt examensarbete som handlar om kvinnors upplevelser av den handledning de fått under sitt första besök hos hälsovårdare, före genomförandet av en abort.

För att kunna genomföra mitt examensarbete skulle jag behöva ca 10 stycken informanter som är villiga att svara på en enkät. Genom att delta har Du möjlighet att bidra till att förbättra vårdarbetet så att kvinnor som genomgår abort ska kunna vårdas på ett sätt som bättre motsvarar deras behov. Du kan delta som informant om Du är minst 18 år gammal, har genomgått abort senast i graviditetsvecka 12+0 och har besökt en hälsovårdares mottagning före aborten gjordes. Enkäten kan fyllas i hemma i lugn och ro och därefter skickas per post till mig i det bifogade kuvertet (porto betalt).

Deltagandet är konfidentiellt och de ifyllda enkäterna behandlas av enbart mig och min handledare. Resultaten sammanställs så att informanternas identitet inte kommer fram. Då arbetet är färdigt kommer enkäterna att förstöras.

Examensarbetet ingår i ett kvinnoprojekt mellan Arcada och Helsingfors och Nylands hälsovårdsdistrikt, och som handledare för mitt arbete fungerar Maj-Len Törnqvist, magister i hälsovetenskaper. Det färdiga arbetet är ett offentligt dokument och kommer att finnas tillgängligt på yrkeshögskolornas webbibliotek Theseus.

För mera information ring eller skicka e-post till mig eller min handledare.

Tack på förhand för din hjälp!

Med vänlig hälsning,

Mirjam Lännerholm, hälsovårdarstuderande
Jan-Magnus Janssons Plats 1,
00550 Helsingfors
040-7329627
mirjam.lannerholm@arcada.fi

Maj-Len Törnqvist, HVM, MQI,
lektor
Jan-Magnus Janssons Plats 1,
00550 Helsingfors
050-5544251
maj-len.tornqvist@arcada.fi

BILAGA 3B

Hyvä osanottaja,

Nimeni on Mirjam Lännerholm, ja opiskelen terveydenhoitajaksi ruotsinkielisessä ammattikorkeakoulu Arcadassa. Teen parhaillaan opinnäytetyötäni, joka koskee raskaudenkeskeytyksen läpikäyneiden naisten kokemuksia ohjauksesta, jota he ovat saaneet ennen raskaudenkeskeytystä, ensimmäisellä käynnillä terveydenhoitajan vastaanotolla.

Opinnäytetyöni läpiviemiseksi tarvitsisin noin kymmenen vapaaehtoista henkilöä vastaamaan kyselylomakkeeseeni. Osallistumalla kyselyyn olet mukana kehittämässä hoitotyötä niin, että raskaudenkeskeytyspotilaiden tarpeet voidaan huomioida entistä paremmin. Voit osallistua tutkimukseen jos olet vähintään 18-vuotias, Sinulle on tehty raskaudenkeskeytys viimeistään raskausviikolla 12+0 ja olet ennen sitä käynyt terveydenhoitajan vastaanotolla. Voit viedä kyselylomakkeen kotiin täytettäväksi ja palauttaa sen minulle oheisessa kuoressa (postimaksu maksettu).

Kyselyyn osallistuminen tapahtuu luottamuksellisesti, eikä täytettyjä lomakkeita käsittele kukaan muu kuin minä ja ohjaajani. Tulokset koostetaan niin, ettei vastaajien henkilöllisyys ilmene niistä. Työn valmistuttua tullaan kyselylomakkeet tuhoamaan.

Opinnäytetyöni sisältyy Arcadan ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteiseen naisprojektiin. Ohjaajana toimii terveystieteiden maisteri Maj-Len Törnqvist. Valmis työ tulee olemaan julkinen asiakirja, joka on luettavissa ammattikorkeakoulujen verkkokirjasto Theseuksessa.

Lisätietoja saat soittamalla tai lähettämällä sähköpostia minulle tai ohjaajalleni.

Kiitos etukäteen avustasi!

Ystävällisin terveisin,

Mirjam Lännerholm, terveydenhoitajaopiskelija
Jan-Magnus Janssonin Aukio 1,
00550 Helsinki
040-7329627
mirjam.lannerholm@arcada.fi

Maj-Len Törnqvist, HVM, MQI,
lehtori
Jan-Magnus Janssonin Aukio 1,
00550 Helsinki
050-5544251
maj-len.tornqvist@arcada.fi