



**SJUKSKÖTERSKANS UPPLEVELSER OCH ERFARENHETER AV
OMVÅRDNAD VID INDUCERAD SEN ABORT**

En intervjustudie

**NURSES EXPERIENCES OF NURSING CARE FOR WOMEN UNDERGOING
A SECOND TRIMESTER INDUCED ABORTION**

An interview study

Examinationsdatum: 20140115

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Kurs: 40

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Författare: Sarah Aly

Johanna Ronkainen

Handledare: Margareta Westerbotn

Examinator: Susanne Georgsson Öhman

SAMMANFATTNING

Bakgrund

I Sverige utförs mellan 35 000 - 40 000 aborter varje år. Genom abortlagen har kvinnor i Sverige rätt till fri abort fram till och med graviditetsvecka 18. En graviditet pågår normalt i 40 veckor och delas in i tre trimestrar. Om en graviditet avbryts av sig själv kallas det för spontan abort eller missfall. En inducerad abort innebär att kvinnan, via medicinsk eller kirurgisk abort får hjälp att avsluta graviditeten. En abort i andra trimestern benämns sen abort och sker genom medicinsk abort där kvinnan först får en tablett oralt för att avstanna näringstillförseln till fostret från livmodern och därefter ett vagitorium för att framkalla kontraktioner i livmodern.

Syfte

Syftet med detta arbete var att belysa sjuksköterskans upplevelse och erfarenhet av omvårdnad vid inducerad sen abort.

Metod

För att svara på syftet valde författarna att genomföra en kvalitativ forskningsintervju. Med en intervjuguide som grund utfördes nio semistrukturerade intervjuer på tre kvinnokliniker i Stockholm.

Resultat

Informanterna upplevde ett behov av kompetensutveckling inom abortvård och väldigt få av dem har fått möjlighet till detta på sin arbetsplats. Informanterna upplevde att det skulle vara att föredra om kvinnan som genomgått sen abort fick ett återbesök på kliniken med anledning att följa upp fysiskt och psykiskt mående men även för att kliniken skulle få möjlighet att ta del av hennes subjektiva upplevelse av aborten. Alla informanter upplevde tidsbrist som en negativ faktor i deras arbete och vidare beskrev informanterna att de inte hade den effektiva tid de skulle vilja ha hos kvinnan.

Slutsats

En sjuksköterska som arbetar inom abortvård bör bland annat vara empatisk, ödmjuk och kompetent. Informanterna önskar kompetensutveckling inom abortvård, en bättre stöttning från arbetsplatsen och även uppföljning av kvinnan som genomgått abort. Tidsbrist är en negativ faktor i arbetet som samtliga informanter upplevde. Den positiva feedback informanterna får från kvinnor utgör en grund för tillfredsställelsen för sjuksköterskans arbete inom abortvård.

Nyckelord: inducerad abort, omvårdnad, erfarenheter, upplevelser, sjuksköterska

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Graviditet | 1 |
| Abortlagen | 1 |
| Spontan abort | 2 |
| Inducerad abort | 2 |
| Medicinska åtgärder vid abort | 3 |
| Abortmetoder | 3 |
| Omvårdnadsbehov vid abort | 4 |
| Etiskt perspektiv | 6 |
| Professionellt förhållningsätt | 6 |
| SYFTE | 8 |
| METOD | 8 |
| Val av metod | 8 |
| Urvalskriterier | 8 |
| Datainsamling | 8 |
| Genomförande | 9 |
| Databearbetning | 9 |
| Dataanalys | 10 |
| FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN | 11 |
| Informerat samtycke | 11 |

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| Konfidentialitet | 11 |
| Objektivitet | 11 |
| RESULTAT | 12 |
| Kompetens | 12 |
| Tillfredsställelse i arbetet | 14 |
| DISKUSSION | 17 |
| Resultatdiskussion | 17 |
| Metoddiskussion | 18 |
| Slutsats | 20 |
| REFERENSER | 21 |

BILAGA A-C

INLEDNING

Efter graviditetsvecka tolv är inducerad abort ofta kopplat till fysiskt och psykiskt lidande för kvinnan. Forskning visar att det är sällsynt att sjuksköterskor som arbetar med abort i graviditetsveckorna 12-18 erbjuds fortlöpande kompetensutveckling inom abortvård och dess komplikationer (Lindström, Wulff, Dahlgren & Lalos, 2011).

Inom gynekologin och abortvård ges idag för lite förståelse och uppmärksamhet för de psykologiska problem som arbetet inom abortvård kan orsaka för sjuksköterskan. Vidare beskrivs hur samhället lägger en börda på sjuksköterskor som förväntas kunna klara av situationer som kan utvecklas till psykologiska trauman för dem. En sjuksköterska förväntas hantera svåra situationer hur jobbigt det än är men det är vetskapen och tankar om att sjuksköterskan utför ett betydelsefullt arbete som driver henne i arbetet med abortsökande kvinnor (Huntington, 2002).

BAKGRUND

Graviditet

När en kvinnas äggcell blir befruktat kommer cellerna att dela sig inom ett par dygn och snart kallas cellerna för embryo. I graviditetsvecka tio har embryot utvecklats till ett foster. Från och med graviditetsvecka 22 anses fostret vara viabelt, vilket betyder att fostret kan överleva utanför livmodern och därför benämns fostret barn från graviditetsvecka 22. En graviditet pågår i genomsnitt 40 veckor, men allt från graviditetsvecka 37 till och med 42 anses normalt. Föds barnet innan graviditetsvecka 37 räknas barnet som prematur. Första till tredje månaden i graviditeten benämns första trimestern, fjärde till sjätte benämns andra trimestern och sjunde till nionde för tredje trimestern (Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen, 2009).

Abortlagen

Den nuvarande abortlagen (SFS, 1974:595) i Sverige infördes år 1975. Detta innebär rätten till fri abort och att kvinnor har rätt att själva besluta om abort fram till och med den 18:e graviditetsveckan. Det är endast en legitimerad läkare som får avsluta en graviditet. Lagen reglerar även att kvinnan ska erbjudas stödsamtal innan och efter aborten. För att en abort ska få genomföras efter den 18:e graviditetsveckan krävs synnerliga medicinska eller sociala skäl och kvinnan måste ansöka om prövning hos Socialstyrelsens rättsliga råd (SFS, 1974:595). Enligt Socialstyrelsens rapport (2011) är de vanligaste orsakerna till att en kvinna söker för abort efter den 18:e graviditetsveckan sociala problem och fosterskador eller kromosomavvikelse.

Abortlagen (SFS, 1975:595) reglerar inte några särskilda bestämmelser som gäller för minderåriga som söker för abort. Sjukvården bör dock uppmana kvinnor under 18 år att själva berätta om aborten för sina vårdnadshavare. Skulle läkaren göra bedömningen att den unga kvinnan uppnått hög grad av mognad för att ta beslutet själv gäller sekretess gentemot vårdnadshavarna. En specifik ålder för denna gräns av mognad tillämpas inte men forskning enligt Aneblom et al., (2006) har visat att vid en ålder av 15-17 år kan kvinnor antas uppnått denna mognad. De menar att även för yngre kvinnor än så, kan sekretess föreligga om man bedömer att kvinnan skulle uppleva betydande lidande av att informationen skulle nå vårdnadshavarna.

Spontan abort

Om en graviditet avbryts eller upphör av sig själv före graviditetsvecka 22 kallas det spontan abort som i vardagligt tal benämns missfall. En spontan abort sker i 10-20 procent av alla kända graviditeter och inträffar i de flesta fall innan den tolfte graviditetsveckan. De vanligaste orsakerna till spontan abort är att ägget inte utvecklats som det bör, defekter i livmodern eller livmoderhals, alternativt infektioner i underlivet. En spontan abort fortlöper på några timmar upp till ett par dygn. När en spontan abort är komplett, det vill säga att hela graviditeten stöts ut av kroppen behöver kvinnan i regel inte söka vård. I de fall kvinnan istället drabbas av svåra smärtor och blodförlust kan det bli nödvändigt att söka hjälp på sjukhus att avlägsna eventuella rester av graviditeten. Spontan abort efter 14:e graviditetsveckan benämns sent missfall och då behöver kvinnan i regel söka vård och det är mer vanligt att hon vid sent missfall uttrycker behov av kuratorskontakt. Finns önskan att se och hålla barnet ska hon ges möjlighet till detta (Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen, 2001).

Inducerad abort

En inducerad abort är ett val av kvinnan som genom läkemedel, kirurgi eller en kombination av dessa, får hjälp att avsluta graviditeten. Beroende på graviditetens längd och kvinnans önskemål väljs tillvägagångssätt för aborten (World Health Organisation [WHO], 2012)

Prevalens

Av de 210 miljoner graviditeter som årligen förekommer i hela världen slutar över 46 miljoner i inducerad abort. En viss ökning i förekomst av abort i andra trimestern beror på utvecklingen av prenatal screening och därmed att hitta fosteravvikelser. Abort i andra trimestern utgör 10-15 procent av alla inducerade aborter men är samtidigt orsaken till två tredjedelar av alla allvarliga komplikationer vid abort. De senaste tio åren har medicinska metoder för abort i andra trimestern utvecklats och blivit mer säkra och tillgängliga (Lalitkumar, Bygdeman & Gemzell-Danielsson, 2007).

Bland de nordiska länderna har Sverige högst antal utförda aborter (SOU, 2005:90). I Sverige utförs mellan 35 000-40 000 aborter varje år. Det är vanligast att kvinnor gör en abort i åldern 20-24 år (Socialstyrelsen, 2011).

Skäl till abort

Sammantaget är skälen till varför kvinnor söker för abort globalt sett anmärkningsvärt lika. En av de vanligaste orsakerna till varför kvinnor i Sverige genomgår inducerad abort enligt Aneblom et al., (2006) är dålig eller obefintlig relation till barnets far. Ett annat vanligt skäl kan vara att graviditeten tillkommit trots användning av preventivmedel eller om graviditeten tillkommit trots gemensamt beslut att inte skaffa barn. Ekonomiska faktorer är en annan vanligt förekommande orsak. Sociala orsaker som att göra karriär eller hög respektive låg ålder är andra anledningar för abort i Sverige. Missbildningar eller sjukdom hos fostret är orsaker till varför kvinnan ibland söker eller tvingas söka sen abort (Aneblom et al., 2006).

Medicinska åtgärder vid abort

Innan aborten genomförs ska graviditet och graviditetslängd bekräftas via ultraljud. Via ultraljudet bekräftar man även att graviditeten är intrauterin, vilket annars är en kontraindikation och kräver ytterligare undersökningar och eventuell kirurgi. Före aborten tas venösa prover för att fastställa att inga infektioner är pågående, blodgruppsbestämning som profylax om komplikationer skulle uppstå samt blodvärde för ett utgångsläge vid eventuella förluster av blod. Rutinkontroller som blodtryck, puls och temperatur tas i regel på avdelningen för att säkerställa att kvinnan mår bra innan, under och efter aborten. Oavsett om kvinnan genomgår en medicinsk eller kirurgisk abort ska hon alltid erbjudas analgetika (WHO, 2012).

Abortmetoder

Medicinsk abort

Fram till och med graviditetsvecka nio görs inducerad abort främst genom medicinsk abort (Socialstyrelsen, 2011). Den medicinska aborten sker i en tvåstegsbehandling där kvinnan först ges antiprogesteron oralt för att avstanna graviditeten. Läkemedlet hämmar näringsöverföring från moderkakan till fostret så att fostret avlider och förbereder livmodern för kontraktioner. Efter 36-48 timmar får kvinnan komma tillbaka för att ges ett vagitorium innehållande prostaglandin som mjukar upp livmodertappen och framkallar kontraktioner i livmodern. Hela förloppet kan efterliknas en spontan abort då blödning och värkarbete framkallas. Majoriteten kvinnor aborterar inom de närmsta timmarna efter prostaglandinbehandlingen. Cirka 95-97 procent av alla medicinska aborter är kompletta (SOU, 2005:90).

Fram till och med den nionde graviditetsveckan kan tillstånd ges att få genomföra medicinska abortens andra steg i hemmet. Kraven för detta är att kvinnan bor mindre än fem mil från sjukhuset, talar svenska, är över 18 år och har fött barn tidigare (Aneblom et al., 2006). Eftersom det endast är en läkare som får avsluta en graviditet enligt abortlagen (SFS, 1975:595) krävs det att kvinnan först kommer till kliniken för den perorala behandlingen och därefter kan hon införa vagitoriet hemma. För att en kvinna ska få genomgå abort i hemmet, reglerar abortlagen att det krävs att läkaren ska göra en enskild riskbedömning för patientsäkerheten. Att få genomföra aborten i hemmet stärker enligt Aneblom et al., (2006) kvinnans autonomi.

Det har visat sig att kvinnor uppfattar medicinsk abort som mer naturlig än kirurgisk abort då den kan göras i tidigare skede, ingreppet är mindre utlämnande, ger kvinnan bibehållen kontroll och medför att hon inte nödvändigtvis behöver sederas (Aneblom et al., 2006). En medicinsk abort har visat sig vara ett mer accepterat, säkert och effektivt alternativ än kirurgisk abort eftersom utförandet av själva aborten går relativt fort, man behöver vanligtvis inga kirurgiska manipulationer vilket minskar risk för infektioner och skador, det är kortare vårdtid och mindre biverkningar (Lalitkumar, Bygdeman & Gemzell-Danielsson, 2007). Majoriteten tillfrågade kvinnor som slutfört abort i hemmet skulle rekommendera andra kvinnor att göra detsamma om det finns möjlighet till det, visar studien av Cameron, Glasier, Dewart och Johnstone (2010).

Kirurgisk abort

Fram till och med den tolfte fullgångna graviditetsveckan kan kirurgiskt avbrytande av graviditeten ske genom utrymning av livmodern. På samma sätt som vid en medicinsk abort bör man, för att undvika skador, mjuka upp livmodertappen med hjälp av prostaglandin vagitorium innan man utför den kirurgiska aborten. Utrymningen sker genom vacuumaspiration av foster och moderkaka ur livmodern. Ingreppet utförs av en läkare på operations- eller dagvårdsavdelning. Kvinnan blir lokalbedövad och även sederad om omständigheterna skulle kräva det. Kvinnan erbjuds även analgetika vid behov (Socialstyrelsen, 2011). Själva ingreppet tar 10-15 minuter och kvinnan kan lämna sjukhuset någon eller några timmar efteråt. Cirka 97-98 procent av alla kirurgiska aborter är kompletta. Kvinnor ser fördelar med den kirurgiska aborten som den korta tid som krävs för ingreppet samt att de inte behöver gå igenom värkarbete och aborterande av foster (SOU, 2005:90).

Sen medicinsk abort

Abort i tolfte graviditetsveckan eller senare sker genom medicinsk abort men kirurgiskt ingrepp kan vara nödvändigt efteråt. Ibland benämns denna metod för abort även tvåstegs abort, men den definieringen kan vara missvisande då det kirurgiska ingripandet inte alltid är nödvändigt. Kvinnan får först den medicinska behandlingen med antiprogesteron, 24-48 timmar senare påbörjas prostaglandinbehandling av cervix. Det är vanligast att kvinnan aborterar åtta till tio timmar efter första prostaglandinbehandlingen (SOU, 2005:90). Om aborten inte är komplett skrapas livmodern efter den medicinska behandlingen. En skrapning av livmodern bör undvikas i möjligaste mån på grund av risken för komplikationer såsom ärrbildning i livmodern (Socialstyrelsen, 2011). Skrapning av livmodern sker under narkos på operationsavdelning. Om omständigheterna är okomplicerade kan kvinnan lämna avdelningen några timmar efteråt (SOU, 2005:90). Ett kirurgiskt ingrepp vid sen medicinsk abort är endast nödvändigt i åtta till elva procent av fallen (Lalitikumar, Bygdeman & Gemzell-Danielsson, 2007). Det är vanligt att kvinnan får kraftig menstruationsliknande blödning i genomsnitt tio till tolv dagar efter den medicinska aborten, men blödningen kan kvarstå upp till flera veckor efteråt. Vissa kvinnor upplever illamående, diarré och/eller kräkningar i samband med eller efter den medicinska aborten (WHO, 2012).

Infektioner i samband med abort är ovanligt, men kvinnan bör vara observant på tecken som tyder på infektion efter aborten. Tecken att uppmärksamma är framförallt feber, frossa, illaluktande flytningar, smärta i livmodern, mycket kraftig och/eller långvarig blödning. Kvinnor som drabbas av svåra infektioner kan behöva sjukhusvård. I regel behövs inget återbesök till kliniken om inte misstanke om fortsatt graviditet föreligger (WHO, 2012).

Omvårdnadsbehov vid abort

En kvinna som söker för abort innan graviditetsvecka tolv ska ges möjlighet att påverka vilken metod som ska användas för aborten. Får kvinnan själv välja metod för aborten har det visat sig att hon oftast är nöjd med sitt val oavsett vilken metod hon väljer (Aneblom et al., 2006). För att skapa en trygg vårdvistelse för patienten visar en studie av Lindström, Wulff, Dahlgren och Lalos (2011) att det bästa för kvinnan är att hon känner till vårdpersonalen innan hon skrivs in på avdelningen för aborten. De menar att hela

vårdkedjan är viktig för en trygg vårdupplevelse för dessa kvinnor. Sjuksköterskor som arbetar med kvinnor som genomgår sen abort bör ha kunskap om hela omvårdnadsprocessen (Huntington, 2002).

Det är av största vikt att kunna hantera och lindra smärtan kvinnan upplever under aborten. Smärta i buken är den vanligaste negativa konsekvens av medicinsk abort och den ökade smärtan vid abort i den andra trimestern beror i huvudsak på att ett större foster passerar cervix. Hur mycket smärta varje enskild kvinna upplever i samband med aborten är svårt att mäta eftersom smärta är en subjektiv upplevelse. Sjuksköterskan har olika metoder för smärtlindring att tillgå, de skiljer sig från klinik till klinik (Lalitikumar, Bygdeman & Gemzell-Danielsson, 2007). Den smärta, ångest och rädsla kvinnan kan uppleva under aborten minskas genom närvaro av sjuksköterskan, rådgivning och ett sympatiskt omhändertagande (Aneblom et al., 2006).

Innan kvinnan får lämna avdelningen efter aborten ska hon ha erhållit tydlig muntlig och skriftlig information om hur hon bör ta hand om sig själv den närmsta tiden, vilka tecken hon ska vara observant på, vart hon ska vända sig om tecken på infektion uppstår eller om hon har frågor som rör aborten samt om eventuellt återbesök. Kvinnan bör även få preventivmedelsrådgivning i direkt anslutning till aborten (WHO, 2012).

Bearbetning av känslor

Kvinnan som genomgår sen abort kan uppleva sorg och förlust, skuld-känslor, skam och mindervärdes-känslor, oro och ångslan (Aneblom et al., 2006). Det har identifierats känslor som skuld, ilska eller skam relaterat till samhällets värderingar hos kvinnor som genomgår sen abort. Rädsla att inte kunna få fler barn är en annan vanlig upplevelse hos kvinnan som genomgår abort (Mariutti Gondim, de Almeida & Sanchez Panobianco, 2007).

Alla kvinnor upplever inte samma psykiska påfrestning utan en del har funnit acceptans i att livssituationen gör det omöjligt att ta emot ett barn just nu. För dem kan aborten upplevas som en stor lättnad att de tagit rätt beslut och att de nu kan gå vidare i livet. Abortprocessen genomlevs då ofta som en mognadsprocess för både kvinnan och mannen i deras relation (Aneblom et al., 2006).

En parrelation kan bli skör vid förlusten av ett barn och sjuksköterskan bör i största mån involvera även partnern i kuratorskontakten. Kvinnor och män har skilda sorgemönster och för att förhindra att paret växer ifrån varandra är det av stor vikt att hjälpa paret att sörja tillsammans (Kersting & Wagner, 2012).

I en studie av Wallin Lundell et al., (2013) finner de att det är viktigt att tidigt identifiera de kvinnor som sedan tidigare upplever psykiska problem, såsom ångest och/eller depression, eftersom att de kvinnorna löper en ökad risk för att utveckla post traumatiska stress symtom efter en inducerad abort. Coleman (2011) redovisar i sin forskning att kvinnor som genomgår abort har 81 procent ökad risk för mentala problem och cirka tio procent av denna ökade risk visade sig vara direkt kopplade till följd av aborten.

För de kvinnor som genomgår abort av skäl som intrauterin fosterdöd, allvarliga skador eller sjukdomar hos fostret känns situationen orättvis och smärtsam. Det är ofta oväntat och familjen behöver allt stöd de kan få i form av tid, genom att lyssna på deras tankar och oro, ge all information de behöver, kunna svara på frågor och närvaro under hela förloppet.

Risken för psykologiska problem hos både kvinnan och eventuell partner ökar ju längre graviditeten gått och abort av avlidet barn är förknippat med bland annat sömnstörningar, ångest och depression (Kersting & Wagner, 2012). Det har visat sig viktigt för sorgeprocessen att få säga farväl till sitt barn och föräldrarna bör själva få välja om de vill se och eventuellt hålla barnet. Det är föräldrarna som avgör hur lång tid de behöver för avsked och därigenom hur länge fostret ska vara kvar hos dem på avdelningen (Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen, 2009).

Etiskt perspektiv

Det är vanligt att en kvinna som söker för abort känner ambivalens över huruvida hon tagit rätt beslut eller inte. Viktigt är att hon får uttrycka och berätta om sina känslor. Samtidigt är det av betydelse att sjuksköterskan inte lägger någon värdering i kvinnans beslut eller försöka påverka detta beslut på något sätt. Sjuksköterskan bör utgöra ett stöd för kvinnan i hennes beslutsfattande (Aneblom et al., 2006). Enligt Abortlagen (SFS, 1974:595) erbjuder sjukvården kuratorssamtal innan aborten som hon kan ta hjälp av i sitt beslutsfattande. En kvinna som tänkt genomgå abort bör få så mycket information om det väntade barnet och graviditeten hon behöver för att kunna ta rätt beslut och bearbeta situationen. Kvinnan och eventuell partner ska även erbjudas att få se ultraljudsbilder på fostret om de önskar (Aneblom et al., 2006). Det är viktigt att kvinnan ges den tid hon behöver för att fatta sitt beslut (WHO, 2012).

Sjuksköterskan kan finna sig i ett etiskt dilemma när hon vårdar en minderårig kvinna som vill genomgå abort. Sjuksköterskan kan bli skyldig att koppla in socialtjänsten om den unga kvinnan saknar stödjande kontakt med vårdnadshavare eller annan vuxen. Det kan vara ett svårt val när en ung kvinna själv motsätter sig detta och sjuksköterskan har en skyldighet att göra anmälan till socialtjänsten. Det kan även vara nödvändigt för sjuksköterskan att bryta sekretess gentemot den unga kvinnans vårdnadshavare om de inte kan bedöma henne tillräckligt mogen att ta detta beslut ensam (Aneblom et al., 2006). Enligt en studie av Natan och Melitz (2010) har sjuksköterskor en mer accepterande inställning till sen abort om fostret har missbildningar, om graviditeten är ett resultat av våldtäkt eller om moderns liv är i fara. Samma studie visar också en svag koppling mellan en mindre accepterande attityd hos sjuksköterskan ju fler barn kvinnan som ska genomgå sen abort redan har.

Professionellt förhållningssätt

Målet för all hälso- och sjukvård är god hälsa och god vård på lika villkor för alla människor. Vård ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling. Vården ska vara tillgänglig och ska utgå från patientens självbestämmande och värna om integritet. Hälso- och sjukvårdens mål är även att främja kontakten mellan patienter och sjukvården (SFS, 1982:763).

Enligt Holm (2009) innebär ett professionellt förhållningssätt att man i sitt yrkesutövande strävar efter att styras av det som gagnar patienten, alltså inte av egna känslor, behov eller impulser. En professionell hållning omfattar flera olika kompetenser, Holm räknar upp självkännedom, självdisciplin, empati, kunskap och självreflektion som de viktigaste i kontakten med patienter.

För att hjälpa i den utsatta positionen som den abortsökande kvinnan befinner sig i krävs ett professionellt förhållningssätt av sjuksköterskan. I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska formuleras att hon är skyldig att tillgodose kvinnans basala och specifika omvårdnadsbehov. Dessa behov kan vara såväl fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga. Sjuksköterskan ska med kunskap, omdöme och noggrannhet informera och försäkra sig om kvinnans trygghet och välbefinnande. Detta gäller vid samtliga undersökningar och behandlingar och innefattar även uppföljning av kvinnans tillstånd efteråt. Sjuksköterskan ska arbeta för att motverka komplikationer i samband med vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005).

Sjuksköterskans förhållningssätt

För sjuksköterskan som vårdar kvinnor som genomgår abort är det viktigt att skapa en miljö som är tillåtande. Aborter bör alltid ske i en sympatisk miljö som är behaglig och trevlig att vistas i (Lindström, Wulff, Dahlgren & Lalos, 2011). De flesta kvinnor som genomgår abort behöver tala om sina känslor och tankar. Sorgeprocessen är viktig att få leva ut och sjuksköterskan bör vara accepterande i sina ord, gester och tystnader. Om sjuksköterskans personliga åsikter strider mot abort bör denne inte arbeta med dessa patienter. Diskussion med sina kollegor kan vara till hjälp för att komma till insikt med sina personliga värderingar vid abort (Huntington, 2002). Sjuksköterskan måste ta avstånd till sina egna moraliska värderingar och projicering av sina egna känslor i vården (Mariutti Gondim, de Almeida & Sanchez Panobianco, 2007).

Sjuksköterskan måste behålla lugn och närvaro under hela kvinnans vårdtid (Huntington, 2002). Sjuksköterskan tar hand om det döda fostret och ser till att omhändertagandet sker värdigt och etiskt, hon kan bland annat tänka på att hålla fostret som om det levde. Vid svårt sjuka, outvecklade eller missbildade foster kan hon tänka på att skyla vissa delar för att skydda föräldrarna innan de blivit förvarnade om hur fostret ser ut (Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen, 2009).

Inom abortvård möter personalen ofta svåra situationer och känslor i sitt arbete och ett organiserat sätt att tala om sina svåra upplevelser bör finnas på arbetsplatsen. En sjuksköterska som arbetar inom abortvård och inte erhåller kompetensutveckling, fortbildning och handledning riskerar att mista det professionella bemötandet. Risk uppstår för att hennes känslor övergår till förbjuden ilska som yttrar sig i okänslighet och/eller fientligt bemötande av den abortsökande kvinnan (Aneblom et al., 2006).

SYFTE

Syftet med detta arbete var att belysa sjuksköterskans upplevelser och erfarenheter av omvårdnad vid inducerad sen abort.

METOD

Val av metod

Studien krävde djupare insikt i sjuksköterskans individuella upplevelser och därför valdes en kvalitativ forskningsintervju som metod eftersom det lämpade sig bäst för att uppfylla syftet (Polit & Beck, 2013).

Urvalskriterier

Urvalskriterierna i föreliggande studie var att informanterna inte skulle ha någon personlig relation till författarna, arbeta inom abortvård i Stockholm (Polit & Beck, 2013). I enlighet med Benner (1993) var ett kriterium minst ett halvt års arbetslivserfarenhet inom abortvård för att kunna beskriva upplevelse och erfarenhet. Förutom att uppfylla dessa urvalskriterier ville författarna att informanterna skulle tala och förstå svenska eller engelska för att minimera risk för misstolkning, eftersom språken behärskas av båda författarna (Polit & Beck, 2013). Undersökningsgruppen i föreliggande studie var således sjuksköterskor som arbetar med inducerad sen abort på kvinnokliniker i Stockholm.

Datainsamling

Intervjuguide

Det utformades en intervjuguide till grund för samtliga intervjuer. Med stöd av intervjuguiden (Bilaga A) användes semistrukturerad intervjumetodik (Polit & Beck, 2013). Intervjuguiden utformades så att improviserade följdfrågor kunde ställas om detta ansågs komplettera analysen eller så att informanten kunde utveckla sina erfarenheter och tala öppet om dem. För att få ett strukturerat samtal användes intervjuguiden som underlag vid samtliga intervjuer, vilket var nödvändigt för att få ett huvudsakligt innehåll som motsvarade syftet. Semistrukturerad metodik innebär att de öppna frågor som användes i intervjuguiden tillåter att frågorna kan ändra följdordning och på så sätt ge möjlighet att följa informantens inriktning i ämnet och få rikligare beskrivningar av informanternas upplevelser (Kvale & Brinkmann, 2009).

Pilotintervju

Initialt genomfördes en testintervju mellan författarna, där intervjufrågorna och beräknad tidsåtgång kontrollerades. Därefter utfördes en pilotintervju med stöd av intervjuguiden för att se hur väl frågorna fungerade utifrån syftet och för att författarna skulle känna sig säkra i rollen som intervjuare. Informanten som intervjuades i den första pilotintervjun uppfyllde samtliga urvalskriterier. Pilotintervjun transkriberades gemensamt av författarna i direkt anslutning till intervjun och granskades sedan gemensamt. Författarna fann att det fattades en fråga och ”Anser Du att det är viktigt att vara säker på sin egen ståndpunkt i frågan om abort innan man kan arbeta med kvinnor som gör abort?” lades till för att få ett

komplement till syfte och resultat i föreliggande studie (Kvale & Brinkmann, 2009). Den reviderade intervjuguiden användes sedan för en andra pilotintervju för att testa om frågorna bättre motsvarade syftet. Även informanten som intervjuades i den andra pilotintervjun uppfyllde samtliga urvalskriterier. Den andra pilotintervjun transkriberades och granskades gemensamt i direkt anslutning till intervjun. Författarna fann att ytterligare revideringar inte var nödvändiga. Båda pilotintervjuerna inkluderades i studiens resultat.

Genomförande

Ett missiv (Bilaga B) författades för att få tillstånd från respektive kliniks verksamhetschef. I missivet presenterades författarna, upplägget av intervjuerna samt forskningsetiska överväganden. Två av klinikerna besöktes kort efter utskicket för att personligen överlämna dokument om deltagande i studien (Bilaga C) till respektive chefssjuksköterska. Det gavs då möjlighet att berätta personligen om studien redan innan intervjuerna gjordes och det antal informanter författarna önskade intervjua för att effektivisera tidsfristen i föreliggande studie. Tre av informanterna kontaktades av författarna efter att tillstånd inhämtats från respektive chefssjuksköterska. Resterande sex informanter kontaktade själva författarna om ett önskat deltagande i föreliggande studie.

Samtliga informanter var genom missivet informerade att deltagandet var konfidentiellt och frivilligt. Enligt testintervjun samt två pilotintervjuer beräknades tidsåtgången vid en enskild intervju uppgå till 30 minuter. Tidsåtgången informerades om innan intervjun påbörjades (Polit & Beck, 2013). Varje intervju genomfördes i ett enskilt samtalsrum erbjuden av respektive klinik. Samtliga intervjuerna spelades in med diktafon. Tillstånd att spela in intervjuerna inhämtades innan intervjuerna påbörjades.

Intervjuerna inleddes med kort presentation av författarna samt studien och återigen informerades informanterna att studien var konfidentiell och deltagandet frivilligt i enlighet med Polit & Beck (2013). I enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) valdes en av författarna ut som huvudansvarig för konversationen i varje intervju. Den andra författaren höll sig mer passiv och kunde anteckna eventuella frågor, ställa kompletterande frågor och ansvara för ljudupptagningen. Den av författarna som hade den passiva rollen i intervjun fick även i slutet sammanfatta innehållet av det som sagts och fråga informanten om hon ansåg att författarna uppfattat henne korrekt. Den aktiva och passiva rollen som intervjuare alternerades inför varje intervju mellan författarna. Informanten fick som avslut en sista fråga om hon ville tillägga någonting. Nio intervjuer vid tre större sjukhus i Stockholms stad genomfördes.

Databearbetning

Ljudfilerna transkriberades direkt i anslutning till att intervjuerna avslutats då upplevelsen av dem fortfarande var färsk och känslan av intervjun ännu fann sig i minnet. Samtliga ljudfiler transkriberades ordagrant och skatt eller andra ljud inkluderades för att ge trovärdig ljudbild av intervjun. I enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) underlättade det även analysprocessen eftersom att en tydlig bild av intervjuen återfanns och författarna inte lämnades att tolka ord eller meningar.

Dataanalys

Författarna började med att tillsammans läsa igenom och därefter diskutera de transkriberade intervjuerna. I de transkriberade intervjuerna gjordes markeringar och kommentarer med olika färger för att lyfta fram meningsenheter som motsvarade föreliggande studies syfte. Därefter jämfördes kommentarer och färger, i de fall författarna inte var eniga vägdes båda författarnas åsikter in för ett gemensamt beslut och konsensus uppnåddes.

Meningsenheterna grundades på representativ text från de transkriberade intervjuerna. Dessa kondenserades till en komprimerad text där det essentiella i meningen behölls, därefter kodades meningsenheterna för att beskriva innehållet i intervjun. Koderna samlades under olika kategorier som beskrev samma innehåll. Kategorierna kunde sedan samlas i två teman, under vilka resultatet presenteras under (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Tabell 1. Exempel på dataanalys i enlighet med Granskär och Höglund-Nielsen (2008).

| Meningsenhet | Kondenserad meningsenhet | Kod | Kategori | Tema |
|---|---|---------------------------|---------------------|---------------------------|
| Den feedbacken vi får från patienter är ju jättebra, dom är supernöjda så dom upplever tydligen inte våran tidsbrist som vi gör. | Bra feedback. Nöjda patienter. Upplever inte vår tidsbrist. | Positiv feedback | Nöjda patienter | Tillfredsställande arbete |
| Handledning får vi väl mer av varandra men det gör vi mer av eget initiativ. Vidareutbildning eller något sådant får vi ju inte gå och lära oss någonstans. | Ingen handledning. Ingen vidareutbildning. | Ingen kompetensutveckling | Utbildning och stöd | Kompetens |

Trovärdighet

I en kvalitativ studie grundar trovärdigheten i begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Föreliggande studies giltighet stärks av att det endast är legitimerade sjuksköterskor med minst sex månaders arbetslivserfarenhet inom sen abortvård som deltagit i studien. Frågorna i intervjuerna är formade på ett sätt att svaren inte kan bli tvetydiga eller leda informanterna åt givna svar. Informanterna var alla sjuksköterskor som dagligen arbetade med sen abort vilket är av stor vikt för att informanterna ska kunna ge relevanta och i minnet färskare beskrivningar av det föreliggande ämnet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Informanterna bestod av nio personer från tre olika sjukhus, detta valdes för att öka giltighet och överförbarhet då variationer kan studeras och valt ämne beskrivs från ett bredare spektrum. Användandet av citat förstärker även studiens giltighet. Samarbetet under hela processen ökar tillförlitligheten. Därmed blir ställningstagandena verifierade under hela arbetsprocessen enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2008).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Informerat samtycke

I enlighet med svensk författningssamling (SFS, 2003:469) har informanterna informerats om studiens författare, syfte och metod. Informanterna har erhållit denna information både skriftligt i ansökan om godkännande av studiens genomförande på kliniken samt muntligt av författarna innan intervjuernas start. Enligt missivet som skickades ut till samtliga kliniker har författarna informerat om att deltagandet när som helst kan avbrytas utan vidare förklaring. Varje informant accepterade en inspelning av intervjun. Informanterna gavs information angående föreliggande studie för att kunna ge ett informerat samtycke eller nekande.

Konfidentialitet

Personuppgiftslagen (SFS, 1998:204) menar att man ska skydda personens egen integritet och att den inte kränks i samband med behandling av personlig data. Information om informanterna har endast varit tillgänglig för författarna och personuppgifter avidentifierades vid transkribering.

Samtliga ljudinspelningar och dokument med transkriberingar har förvarats på en och samma plats under arbetets gång för att minimera risken att förlägga någon del av materialet, vilket rekommenderas av Helgesson (2006). Det valdes en säker plats där ingen obehörig kunde få tillgång till materialet Ljudfiler eller andra filer med personuppgifter sparades aldrig på en offentlig dator. Inspelningar raderades direkt när transkriberingen var klar.

Objektivitet

De transkriberade intervjuerna samt framarbetat resultat av dessa förvrängdes inte, ingenting är tillagt eller borttaget. Författarna hade under arbetsprocessen i åtanke att det föreligger risk för att påverka det som sägs i intervjuer samt vid tolkning av resultatet.

Helgesson (2006) beskriver hur man ska förhålla sig hederligt, vilket författarna i föreliggande studie anser sig gjort och inte medvetet förvrängt citat eller referenser.

RESULTAT

Under två teman finns kategorier presenterade i syfte att förtydliga innehållet. De två teman som resultatet presenteras under är: Kompetens och Tillfredsställelse i arbetet.

Kompetens

Betydelsen av ett professionellt förhållningssätt

Informanternas samlade åsikt för hur god omvårdnad vid sen inducerad abort bör se ut innefattade att sjuksköterskan bör vara: lyhörd, empatisk, omhändertagande, förstående, accepterande, kompetent, stöttande, opartisk, icke dömande och ödmjuk gentemot kvinnan. Några informanter poängterar att det är egenskaper som en sjuksköterska generellt bör ha och inte specifikt mot den patientgrupp som söker för abort. Informanterna var eniga att sjuksköterskan bör ha en klar åsikt om att abort är något kvinnan själv har rätt att besluta om och genomföra om hon vill. Tre av informanterna ansåg att om sjuksköterskan har minsta negativa inställning till abort bör hon heller inte arbeta inom abortvård. Två av informanterna betonade att sjuksköterskan inte får väga in personliga åsikter eller känslor i sitt omvårdnadsarbete, detta skulle kunna påverka kvinnan negativt. En informant poängterade att det är viktigt att sjuksköterskan inte är fördomsfull eller moraliserande i arbetet.

Jag tror att det är viktigt att ha en fast ståndpunkt, det är inte fel att vara emot aborter, men då tror jag inte att man ska arbeta med det. (P-2)

Det kan även vara speciellt svårt när en kvinna gör upprepade aborter eller exkluderar sin partner i beslutet angående aborten. Man vill så gärna säga något för man egentligen tycker det är fel sätt, men man ska ju vara opartisk och stöttande i sin yrkesprofession, det tycker jag är svårt. (P-2)

Otillräcklig utbildning och stöd

De flesta informanter uppgav att de inte erhållit kompetensutveckling inom abortvård under sin arbetstid.

Neeeeej, nej, asså under mina ett och ett halvt år här har vi inte haft några fokusveckor eller föreläsningar och kurser eller något sånt inom just abort. (P-3)

Några av informanterna berättade att introduktionen till deras arbetsplats varit knapphändig vilket ansågs vara en nackdel när de skulle arbeta självständigt.

En del av sjuksköterskorna som arbetar här på den gynekologiska avdelningen har bara fått några få dagars introduktion trots att det är nyutexaminerade sjuksköterskor, det är inte okej.(P-2)

Över hälften av informanterna upplevde att de inte fick det stöd de behöver från arbetsplatsen. De menade att försök till kompetensutveckling i form av utbildningsdagar och liknande dragits igång, men av olika anledningar såsom tidsbrist inte fortsatt. I frågan om stöd upplevde majoriteten av informanterna att de främst får det genom varandra. Stödet sker då i form av samtal och reflekterande tillsammans. Samtliga informanter upplevde att de hade ett öppet klimat mellan kollegorna samt att de tog sig tid för att lyssna och stötta varandra.

Handledning får vi väl mer av varandra, men det gör vi mer av eget initiativ. (P-6)

En av informanterna uppgav att sjuksköterskorna fick regelbunden spegling med kurator på kliniken. Två informanter uppgav att de en gång i månaden har handledning på arbetsplatsen. En fjärde informant berättade att det i framtiden kommer seminarium ledda av en avdelningsläkare om sena aborter på hennes arbetsplats.

Majoriteten uttryckte att de skulle vilja ha någon form av utbildning liknande den som ingår i barnmorskeutbildningen i fostrets anatomi och utveckling för att känna sig mer professionella i sitt yrke. En informant önskade att det skulle finnas andra resurser i form av mer personal och bättre tillgång till barnmorska på avdelningen. Nästan samtliga informanter uttryckte en brist i kontakt med barnmorskor på avdelningen. Den bristande tillgången ledde till att informanterna kände sig otillräckliga i sitt arbete vad gäller smärtlindring av kvinnor men också att de kände litet stöd i sitt arbete. Många av informanterna menade att en svårighet för dem inom abortvård är möjligheten att smärtlindra kvinnan eftersom sjuksköterskorna inte har samma tillgång till smärtlindringsmetoder som barnmorskan. Informanterna upplevde därför i vissa fall att kvinnan genomgick onödigt lidande eftersom att barnmorskan kan erbjuda andra och mer effektiva smärtlindringsmetoder. Två av informanterna ansåg att smärtlindringen som finns att tillgå är tillräcklig. En annan informant ansåg att det bästa skulle vara om barnmorskor skötte omvårdnaden vid sen abort eftersom de har större kunskap och kan erbjuda annan smärtlindring och konkret preventivmedelsrådgivning.

Behov att hantera känslor

På något sätt känns det väldigt privilegierat att stå där och vara den sista personen som håller det lilla fostret och få liksom ha den lilla stunden, den sista innan man säger hej då...det kan vara en väldigt fin stund. (P-9)

Informanterna beskrev upplevelsen av olika känslor i samband med omvårdnadsarbetet vid aborter. Det samlade intrycket var att motstridiga känslor främst dyker upp då andra omständigheter påverkar. Andra omständigheter kan vara att kvinnan utfört upprepade aborter och använder abort som preventivmedel. Att kvinnan blivit utsatt för våld och/eller sexuella övergrepp samt om fostret har missbildningar eller är avliden är också faktorer som kan spela in på sjuksköterskans känslor. Svåra känslor som informanterna beskriver att de kan känna, är; sorg, ilska, supertufft, att de tar med sig arbetet hem, känsla av tomhet, känsla av vanmakt och frustration.

Självklart har man upplevt sorg i samband med aborter, en känsla av vanmakt att inte kunna påverka att just detta liv fick en chans i vård värld, ilska över att en del tar så lättvint på aborter och ser det som ett preventivmedel, fast det redan är försent. (P-2)

En tredjedel av informanterna beskriver att det kan vara svårt att hantera kvinnan eller partners känslor i samband med abort. Samma informanter påpekar att det kan vara speciellt svårt om aborten utförs på grund av medicinska orsaker. De beskriver hur svårt det kan vara att hantera gränslös sorg och kände även ovisshet huruvida de nått fram till kvinnan eller inte. De menade att det utgör en svårighet för dem själva att hantera situationen när sorgen blir för stor.

Ett par av informanterna ansåg att de blev mer omhändertagande och fick en känsla att vilja ge mer omvårdnad till unga kvinnor som gör sen abort.

Kanske känner man mera modersinstinkter och känslan av att vilja ta om hand och krama om...(P-2)

Tillfredsställelse i arbetet

Nöjda patienter

Nästan alla informanter upplevde att patienterna som genomgått abort och vårdats på deras avdelning var nöjda med vården de fick.

Jag tycker vi är jättebra på vårt arbete som vi gör och de flesta patienterna är väldigt nöjda och tacksamma när de går härifrån. (P-7)

Att majoriteten av kvinnor som genomgår sen abort var nöjda med vården resulterade i en känsla av tillfredsställelse i arbetet enligt informanterna. Trots sin tillfredsställelse i arbetet beskrev informanterna ett par olika förslag till förändring. Två informanter menade att det borde finnas avskilda avdelningar för kvinnor som genomgår abort. Kvinnor som genomgår abort vistas idag på samma avdelning där ibland nyförlösta mammor är inskrivna vilket enligt informanterna är en opassande miljö i den redan utsatta situationen för kvinnan.

TVå andra informanter uttryckte att det skulle vara bra om det fanns någon form av dokumenterad uppföljning, dels för att följa upp hur kvinnorna mår men även för att sjuksköterskorna skulle få ta del av och lära sig av varandra. Endast en informant kände sig helt nöjd med arbetet och upplevde inte att någon förändring var nödvändig.

Dom har ju inget återbesök och det har vi pratat om ganska mycket att dom kanske skulle ha. Dels för att kolla att dom mår fysiskt bra, att kolla att det inte finns några rester och sen också följa upp hur upplevelsen var för dom. (P-6)

Stöd från partner och närstående

Alla informanter uppgav att det är vanligast att kvinnan har en partner eller annan närstående med sig vid aborten och upplevde att det kändes bättre i deras arbetssituation. Informanterna menade att de kände sig tryggare och upplevde inte tidsbristen lika påtaglig om kvinnan hade närvaro av partner eller närstående.

Om en partner är med kan man ju släppa lite mera, det känns skönare att dom har någon hos sig, så liksom om hon skulle må jättedåligt så kan iallafall den komma ut och vinka, annars går man nog in dit lite oftare, så skulle man nog kunna säga. (P-6)

Informanterna var överrens om att det är kvinnans önskemål som är i fokus, en eventuell partner eller närstående som är med har en passiv funktion. Informanterna gav en samling exempel på vad en eventuell partner eller närstående kan bistå med under aborterandets gång. Förutom att tillkalla hjälp, stötta kvinnan och närvara vid kvinnans sida, handlade det exempelvis om att hämta mat och dryck, vomeringspåsar och blöta handdukar. Samtliga poängterade ändå att det är viktigt att informera partnern kontinuerligt, så att han eller hon tillåts vara delaktig under hela förloppet. Informanterna beskrev även att sjuksköterskan bör vara lyhörd och stötta partnern om det behövs. En partner fick alltid med kontaktuppgifter till kuratorn om han eller hon kände behovet av att prata med någon efter aborten.

Dom kanske man har lite för lite omvårdnad med, dom hamnar ofta i skuggan. Jag vet inte om vi kör någon direkt omvårdnad på dom, dom står ju bara bredvid liksom. (P-3)

Tidsbrist

Samtliga informanter framställde tidsbrist i sitt arbete som ett problem. Majoriteten beskriver en känsla av otillräcklighet i arbetet då det ofta är många andra patienter att ta hand om och samtidigt behöver kvinnan som genomgår abort närvaro från sjuksköterskan. Informanterna beskrev att det känns jobbigt att de endast kan vara hos kvinnan då hon

ringer på klockan. Majoriteten upplevde även att de inte har den effektiva tid hos kvinnan de skulle vilja ha.

...det kanske blir bättre när jag jobbat här längre men jag känner mig nästan alltid jagad i mitt arbete att jag ligger efter i mitt arbete och att jag inte kan vara kvar och prata hos patienten så länge som det känns som det skulle behövas. (P-1)

En annan informant påpekade att det skulle vara bra om det fanns någon form av tidsplan, att det bestäms hur mycket tid kvinnan beräknas behöva och att hon sedan prioriteras att få den tiden.

Problemet är ju om det är överbeläggningar och mycket akuta fall plus de planerade operationerna så finns det ju inte utrymme att ge den vård man skulle vilja ge. (P-9)

Bristande social acceptans

Samtliga informanter upplevde att abort inte kan anses socialt accepterat utan att det fortfarande ligger någon slags skuld över ämnet. Två av informanterna ansåg att det fortfarande är tabubelagt att ens prata om att man gjort en abort eller att man arbetar med det. Informanterna ansåg däremot att det inte borde föreligga några hinder för att en abort skulle vara socialt accepterat, men gav förståelse till varför samhället fortfarande målar inducerad abort som något skuldbelagt.

Men det är ju klart att det är fortfarande ingenting man kanske säger på en middag en lördagskväll framför alla andra. Man kanske kan tänka att det är okej men så är det väl kanske ändå inte. (P-8)

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Lundman och Hällgren Graneheim (2008) uppmuntrar till en variation i åldrarna hos informanterna. Författarna anser att åldersvariationen bland informanterna stärker giltigheten i föreliggande studie. Arbetslivserfarenhet inom abortvård varierade bland informanterna. Den informant som arbetat kortast tid inom abortvård hade arbetat sex månader, vilket även var ett inklusionskriterie i föreliggande studie. Författarna har diskuterat och är ense om att om informanter med längre arbetslivserfarenhet hade deltagit i föreliggande studie hade giltigheten stärkts ytterligare. Då det endast var nio informanter som intervjuades kan resultatet inte räknas som generaliserande för sjuksköterskor över hela landet. Det som stärker författarnas resultat är dock att studien innehöll ett jämnt antal intervjuer från tre olika större sjukhus.

Inducerad sen abort utgör två tredjedelar av samtliga allvarliga komplikationer vid abort (Lalitkumar, Bygdeman & Gemzell-Danielsson, 2007). Tocce och Severson (2012) finner i sin forskning att kompetensutveckling inom inducerad abort vad speciellt gäller komplikationer bör vara ett måste för sjuksköterskor som arbetar med detta. I föreliggande studies resultat framkommer att få av informanterna har erbjudits eller erbjuds handledning eller fortbildning och nästan ingen av dem har erhållit kompetensutveckling inom abortvård. Endast två av informanterna erbjuds regelbunden handledning på sin arbetsplats. Samtidigt visar forskning att det professionella bemötandet riskeras och risk uppstår att sjuksköterskans känslor övergår till förbjuden ilska som yttrar sig i okänslighet och/eller fientligt bemötande om hon inte erhållit kompetensutveckling inom arbetsområdet (Aneblom et al., 2006). Lalitkumar, Bygdeman och Gemzell-Danielsson (2007) menar även att vårdtiden skulle minska för kvinnor som genomgår abort om sjuksköterskan erhåller kompetensutveckling inom abortvård och dess komplikationer.

Inom abortvård ska sjuksköterskan kunna ge rätt information avseende fostrets utveckling och anatomi. Dessutom förväntas hon besitta kunskap att besvara frågor som uppstår hos kvinnan och/eller närstående under abortprocessen (Lipp, 2008). Majoriteten av informanterna uttryckte att de saknade dessa kunskaper för att kunna behålla sin yrkesprofessionalitet. Med den knappa introduktion till arbetsplatsen som några informanter berättade om kan tillräcklig kunskap inte förväntas kunna förvärfas. Med sammantaget resultat i åtanke ställer sig författarna fundersamma till hur kunskapen hos allmänsjuksköterskan kan vara tillräcklig för att arbeta inom abortvård.

Det framkommer i föreliggande studie att majoriteten informanter upplever ett behov av kompetensutveckling inom sitt yrkesområde. Några av de som arbetat längst bland informanterna inom abortvård upplevde inte samma behov av kompetensutveckling. Behovet av kompetensutveckling upplevdes av författarna som varierande bland klinikerna där föreliggande studie utförts. Där informanterna upplevde stöd från sina kollegor och hade gott arbetsklimat upplevdes inte brister i kompetens som lika stora.

Informanterna uttryckte vikten av att möta abortsökande kvinnor i stressiga och tidspressade miljöer med ett professionellt förhållningssätt. Informanterna beskrev även hur svårt det kan vara och att detta är något som måste tas i beaktande, flera menade att

bland annat mindre organisatoriska förändringar som fler resurser, längre introduktion och kompetensutveckling skulle kunna göras för att optimera arbetssituationen.

Enligt Aneblom et al. (2006) möter sjuksköterskor inom abortvård ofta svåra situationer samt får bemästra svåra känslor och därför bör ett organiserat sätt att tala om sina svåra upplevelser finnas på arbetsplatsen. Resultatet i föreliggande studie visade att över hälften av informanterna inte upplevde att de får det stöd de anser sig behöva från sin arbetsplats. Majoriteten informanter upplevde istället att de kunde söka och få det stöd de kände behov av genom varandra. Författarna kunde endast utläsa behovet av organiserat stöd hos ett par informanterna.

I WHO's (2012) riktlinjer regleras det att inget återbesök efter sen abort är nödvändigt. Informanterna i föreliggande studie upplevde dock att det skulle vara att föredra om kvinnan som genomgått sen abort fick ett erbjudande om återbesök på kliniken med anledningen att följa upp fysiskt och psykiskt mående men även för att kliniken skulle få ta del av hennes subjektiva upplevelse av aborten. Informanterna upplevde att denna information skulle kunna utveckla arbetssättet på kliniken. De svåra känslor som kvinnan kan uppleva i samband med eller efter aborten anser informanterna väger för att en uppföljande kontroll vore till fördel. Dessa återbesök skulle utgöra en merkostnad för sjukvården men författarna anser att sjukvården bör vinna på att införa en uppföljning av kvinnor som genomgått sen abort eftersom att sjukvården även skall främja hälsa (WHO, 2012).

Vid abort kan ångest och smärta som kvinnan kan känna, minskas genom närvaro av sjuksköterskan (Aneblom et al., 2006) men samtidigt pekar resultatet i föreliggande studie på att samtliga informanter upplever att de inte kan närvara hos kvinnan den tid som de önskar då de ständigt upplever tidsbrist i sitt arbete. Samtliga informanter upplevde tidsbristen som en negativ faktor i deras arbete.

Enligt Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ska hon tillgodose kvinnans basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska, sociala, kulturella som andliga. Sjuksköterskan ska med kunskap, omdöme samt noggrannhet informera och försäkra sig om kvinnans trygghet och välbefinnande vid samtliga undersökningar och behandlingar, det innefattar även uppföljning av kvinnans tillstånd efter vårdtillfället. Sjuksköterskan ska arbeta för att motverka komplikationer i samband med vård och behandling. I resultatet kan författarna i enlighet med informanterna utläsa brister i kunskap hos sjuksköterskan och organisatoriska brister på klinikerna för att kunna försäkra sig om kvinnans trygghet och välbefinnande under abortprocessen. Enligt Huntington (2002) är det tankar om att sjuksköterskan utför ett betydelsefullt arbete som driver henne att orka kämpa. Med beaktande av framkommet resultat i föreliggande studie kan författarna anta att dessa tankar även ligger till grund för samtliga informanter.

Metoddiskussion

En kvalitativ intervjustudie valdes för att bäst uppfylla föreliggande studies syfte. En kvantitativ- eller litteraturstudie hade troligtvis inte gett ett lika giltigt resultat då syftet efterfrågar sjuksköterskans subjektiva beskrivningar av upplevelser och erfarenheter. En kvantitativ studie hade dock kunnat ge ett bredare resultat. Metodvalet gör det svårt att

generalisera resultatet då resultatet ofta baseras på få intervjuer (Kvale och Brinkmann, 2009).

Författarna utformade inklusionskriterier för att lättare kunna identifiera och hitta informanter som skulle kunna bidra till ett rikt innehåll med djup förståelse och kunskap till föreliggande studie. Nio intervjuer har inkluderats i föreliggande studie vilket gav ett rikligt material att inkludera. Få intervjuer med djupa beskrivningar kan ge bättre resultat än ett större antal intervjuer med ytlig beskrivning (Kvale & Brinkmann, 2009). För stort antal intervjuer kan ge för stort material och bli svårt att få översikt av (Trost, 2010).

Intervjuer skapar enligt Kvale och Brinkmann (2009) en djupare förståelse och beskrivning av informanternas subjektiva upplevelse och erfarenhet. Vidare betonar de att intervjuarnas skicklighet och personliga kvaliteter kan vara betydelsefulla vid genomförandet i den kvalitativa metoden. De anser vidare att konsten att intervjua är något man lär sig genom själva utförandet av intervjuer. Författarna har därför börjat med att prova intervjuerna på varandra i så kallade testintervjuer, innan de utfördes pilotintervjuer. Därefter genomfördes två pilotintervjuer för att öka säkerheten och bekvämligheten i intervjurollen. Författarna turades om att ha intervjurollen vid varje ny intervju eftersom personliga kvaliteter som intervjuare kan spela in. Det gavs möjlighet för den andra intervjuaren som hade den passiva rollen att ha en kompletterande funktion och fånga upp följdfrågor eller liknande. En nackdel med denna växling av intervjuare kan vara att författarna har olika synsätt och fokuserar därför på olika saker under intervjuer. En semistrukturerad intervjuteknik höll samtalet öppet för följdfrågor och fungerade som bidragande faktor till ett rikt innehåll i varje enskild intervju. Polit och Beck (2013) menar att inspelning med ljudbandspelare kan skapa en spänd atmosfär och därför beaktade författarna att detta kan ha påverkat informanternas svar i intervjuerna. Dock upplevde inte författarna att information tydligt ändrades eller lades till efter att ljudbandspelaren stängdes av. Kvale och Brinkman (2009) menar att två författare gentemot en informant kan reflekteras som ett maktöverläge i en intervju. Författarna kan inte anse att ett sådant överläge kunde utläsas i någon av intervjuerna. Dock kan denna reflektion inte uteslutas. Det beslöts att använda diktafon för att förenkla analys av innehållet och samtidigt ge ett mer översiktligt material och även för att författarna helt och hållet skulle kunna koncentrera sig på att alertt följa med i intervjun och lyssna på informantens svar och bland annat fånga upp eventuellt kroppsspråk. Inspelat material gav även författarna chansen att få tillgång till att analysera ordval och tonfall men även tillgång till citat enligt Kvale och Brinkmann (2009). Tack vare att intervjuerna spelades in kunde ett ständigt antecknande och pauser undvikas och ett bättre flöde kunde uppnås i samtalet (Polit & Beck, 2013).

Författarna anser att intervjuguiden kunnat vara bättre utformad med syftet i åtanke med mer genomtänkta frågor för att få ett tydligare resultat som bättre svarat till syftet i föreliggande studie. Tillexempel borde det undvikas att ställa slutna frågor i en intervju. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) bör intervjufrågorna vara enkla och lättförståeliga. Varje intervju avslutades med en öppen fråga om ytterligare funderingar eller tillägg fanns. Detta avslut ansågs vara en fördel för studien då relevant information som författarna ansåg svarade på föreliggande studies syfte och borde stått som egna frågor i intervjuguiden. Kvale och Brinkmann (2009) anser att värdefull information kan gå förlorad om intervjuer inte avslutas på detta sätt.

Samtliga verksamhetschefer erbjöd författarna att komma till respektive klinik för att utföra intervjuerna. Att författarna besökte varje klinik för intervjun ökar chansen att

informerarna skulle känna sig mer avslappnade och hemma i miljön, vilket även optimerar för ett mer avspänt samtal. Platsen för intervju valdes efter kontakt med informanterna. Författarna höll sig öppna för förslag så att informanterna själva kunde bestämma tid och plats för intervjugenomförandet när det passade dem. Innan intervjuerna valde författarna vem som skulle inneha en passiv alternativt aktiv roll som intervjuare, vilket sedan alternerades vid varje intervjutillfälle. Detta i enlighet med vad Trost (2010) skriver om som ett bra stöd och för att på bästa sätt komplettera varandra.

Informerarna i föreliggande studie rekommenderades av respektive chefssjuksköterska. Författarna har funderat över om det kan tänkas att chefssjuksköterskan valde just dessa informanter på grund av att hon anser att de har bäst och bredast kunskap och att de även kan ge en nyanserad bild av sin arbetsplats eller för att de inte skulle ge en negativ bild av kliniken. Sex av informanterna kontaktade författarna via elektronisk post om deltagande i föreliggande studie. Författarna kunde dock inte finna någon skillnad i resultatet mellan de informanter som på eget initiativ kontaktat författarna och de som blivit utvalda av chefssjuksköterskan.

Genom att artiklar och de transkriberade intervjuerna har analyserats av båda författarna samt att vi sedan diskuterat innehållet tillsammans, har risken att resultatet förvrängs minskat och chansen att intervjuerna och artiklarna tolkas riktigt ökat. Alla delar i studien har genomarbetats av båda författarna för att få en så fasetterad bild av arbetet som möjligt. Det gemensamma arbetet kan även anses ha stärkt arbetets trovärdighet, då författarna hela tiden har kontrollerat varandra och det framarbetade resultatet. I de fall författarna varit oeniga om exempelvis underkategorier och kategorier har innehåll diskuterats och argumenterats tills konsensus nåddes.

Slutsats

Det framkommer i föreliggande studie att det professionella förhållningssätt sjuksköterskan bör eftersträva i sitt arbete inom abortvård bland annat innefattar empati, ödmjukhet och kompetens. Organisatoriska förändringar inom abortvård som efterfrågades bland informanterna var fortlöpande kompetensutveckling, en organiserad känslomässig stöttning erbjuden av arbetsplatsen och även en uppföljning av kvinnan efter aborten. En av den mest samstämmiga negativa faktorn för sjuksköterskor inom abortvård är tidsbristen som råder. En partner eller närstående hos kvinnan kan kännas underlättande i sjuksköterskans arbete då tidsbristen inte upplevs lika påfrestande. Informanterna i föreliggande studie upplever inte inducerad abort som socialt accepterat.

Den positiva feedback informanterna får från de kvinnor som genomgått abort hos dem utgör en grund för tillfredsställelsen för sjuksköterskans arbete inom abortvård.

Förslag till vidare studier

För att få ett mer generaliserbart resultat föreslår författarna att en likande studie görs, men med en större urvalsgrupp. Vidare har författarna diskuterat intresset av att göra en studie med barnmorskor i urvalsgruppen, för att belysa skillnader i den kliniska kunskapen. En liknande studie med patientgruppen abortsökande kvinnor som urvalsgrupp vore även av intresse då för att se patientens upplevelse av vad som borde förbättras inom abortvården.

REFERENSER

Aneblom, G., Bondestam, K., Brynhildsen, J., Bygdeman, M., Cederholm, M., Gemzell-Danielsson, K., Helström, K., Kero, A., Lalos, A., Lundgren, L., Marions, L., Odelind, V., Sjöge, A., Sundström, K., Svanberg –Risberg, M & Östlund, I. (2006). Inducerad abort. *Arbets- och referensgruppen för familjeplanering*. (54). Svensk förening för obstetrik och gynekologi: Östervåla.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Cameron, S., Glasier, A., Dewart, H., & Johnstone, A. (2010). Women's experiences of the final stage of early medical abortion at home: results of a pilot survey. *The journal of family planning and reproductive health care*. (4), 213-216. doi: 10.1783/147118910793048719

Coleman, P K. (2011). Abortion and mental health quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *The British journal of psychiatry*. (180), 180-186. doi: 10.1192/bjp.bp.110.077230

Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A., & Nissen, A. (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Granskär, M., & Höglund-Nielsen. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Holm, U. (2009). *Det räcker inte med att vara snäll: om empati och professionellt förhållningssätt inom människovårdande yrken*. Stockholm: Natur och kultur.

Huntington, A. (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), 273-279.

Kandell, I., & Merrick, J . (2009). Late termination of pregnancy. Professional dilemmas. *The scientific world journal*. 17, 903-912. Rewiev. DOI: 10.1100/tsw.2003.81

Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in clinical neuroscience*. 14, (187-194).

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lalitkumar, S., Bygdeman, M., & Gemzell-Danielsson, K. (2007). Mid-trimester induced abortion: a rewiev. *Human reproduction update*. (13)1, 37-52. Rewiev. DOI:10.1093/humupd/dml049.

Lindström, M., Wulff, M., Dahlgren, L., & Lalos, A. (2011). Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses. *Scandinavian journal of caring sciences*. (25), 542-548. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00862.x.

Lipp, A. (2008). A woman centered service in termination of pregnancy: A grounded theory study. *Contemporary Nurse*. (31). 9-19.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Lund: Studentlitteratur.

Mariutti Gondim, M., de Almeida, A-M., & Sanches Panobianco, M. (2007) Nursing care according to women in abortion situations. *Revista latino-americana de Enfermagem*. (15)1.

Natan, M.B., & Melitz, O. (2010). Nurses and nursing students attitudes towards late abortions. *International nursing review*. (58), 68-73.

Polit, D., & Beck, C. (2013). *Nursing research*. (8:e uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

SFS 1974:595. *Abortlag*. Stockholm: Riksdagen

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

SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Riksdagen

SFS 2003:469. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011). *Aborter 2011: induced abortions 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2005:90. *Abort i Sverige*. Stockholm: Regeringen. Hämtad den 1 oktober, 2013, från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utreddningar/Statens-offentliga-utredningar/Abort-i-Sverige-del-2_GTB390d2/

Tocce, K., & Severson, B. (2012). Funding for abortion training in ob/gyn residency. *American medical association journal of ethics*. (14)2, 112-117. Review.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Wallin Lundell, I., Sundström Poromaa, I., Frans, Ö., Helström, L., Högberg, U., Moby, L., Nyberg, S., Sydsjö, G., Georgsson Öhman, S., Östlund & Skoog Svanberg, S. (2013). The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 1-9. DOI: 10.3109/136251187.2013.828030

World Health Organisation [WHO]. (2012). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*. 2nd edition. Geneva: World Health Organisation.

BILAGA A

Intervjuguide

1. Hur länge har du arbetat här?
2. Hur anser Du att man bör vara som sjuksköterska när man arbetar med kvinnor som genomgår sen abort?
3. Upplever Du några svårigheter som sjuksköterska vid bemötandet av kvinnor som genomgår abort?
4. Hur ser stödet ut för Dig som sjuksköterska?
5. -Upplever Du att Du får handledning, fortbildning och utbildning inom abortvård?
6. Om ja – är den tillräcklig och hur påverkar den Ditt omvårdnadsarbete?
7. Om nej – upplever Du att Du skulle behöva det? Vet Du vart Du kan vända dig för att få det?
8. Finns det något Du skulle vilja ändra på i arbetet hos Er när det gäller t.ex. omvårdnadsarbetet eller uppföljningen av kvinnor som genomgår sen abort?
9. Det pratas ofta om tidsbrist eller personalbrist inom vården, upplever Du att Du har den tid som krävs för att utföra ett tillfredsställande arbete?
10. Hur ser omvårdnaden ut när minderåriga söker för sen abort hos Er?
11. Forskning och litteratur beskriver ofta att känslor som sorg, vanmakt och ilska är vanligt att uppleva som sjuksköterska när man arbetar med abort. Är det något Du själv upplevt eller diskuterat med Dina kollegor?
12. Anser Du att det är viktigt att vara säker på sin egen ståndpunkt i frågan om abort innan man kan arbeta med kvinnor som gör abort?
13. Studier har visat att abortsökande kvinnor upplevt ett negativt bemötande och brister i kommunikationen hos personalen, vilket lett till att kvinnorna känt känslor som skuld, stress och känt sig ifrågasatta i sitt beslut. Känner Du igen dilemmat?
14. Upplever Du att göra en abort är socialt accepterat idag?
15. Behöver en eventuell partner någon omvårdnad i samband med aborten?
16. Sammanfattning av oss, har vi uppfattat Dig rätt?
17. Vill Du lägga till någonting?

BILAGA B
Missiv

Stockholm 2013-09-13

Till verksamhetschef

Kvinnokliniken, XX Sjukhus

Vi heter Johanna och Sarah och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, vi ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området vi ska studera är Sjuksköterskans upplevelse av omvårdnad vid inducerad abort i graviditetsvecka 12-18 (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och upplägg). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra arbetet vid Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus.

Om Du godkänner att studien genomförs vid Kvinnokliniken, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid Kvinnokliniken är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss/mig eller vår/min handledare.

Vänlig hälsning

Sophiahemmet högskola

Students namnteckning

Students namnteckning

Students namnförtydligande

Students namnförtydligande

Johanna Ronkainen

Sarah Aly

Students telefonnummer

Students telefonnummer

Students E-postadress

Students E-postadress

Handledares namnteckning

Handledares namnförtydligande

Marianne Matséus

Handledares telefonnummer

Sammanfattning av arbetets upplägg och innehåll

Arbetets titel:

Sjuksköterskans upplevelse av omvårdnad vid sen inducerad abort

Problemområdet beskrivs kortfattat

Det har blivit allt vanligare för sjuksköterskor utan vidareutbildning att arbeta med kvinnor som genomgår abort. Att genomgå en abort kantas av många känslor, reaktioner och etiska dilemman både för patient och även sjuksköterska. Studier visar att sjuksköterskan som arbetar med kvinnor som genomgår abort ställs inför många situationer där man inte kan låta egna känslor och värderingar påverka sitt arbete.

Vi vill undersöka hur sjuksköterskor upplever att de klarar av att vårda kvinnor som genomgår inducerad sen abort. Hur tar de sig igenom svåra situationer och hur påverkas de av dem?

Syfte:

Studiens syfte är att belysa sjuksköterskors upplevelse av omvårdnaden vid inducerad abort i graviditetsvecka 12-18.

Val av metod

Kvalitativ intervjustudie

Först görs en pilotstudie där vi bekräftar att frågeställningarna lämpar sig för att uppnå syftet, för att sedan utföra intervjustudien på ett större urval, ca 6- 9 personer.

Eftersom vi är ute efter att belysa sjuksköterskans sätt att agera, resonera och tänka så lämpar sig en kvalitativ studie bäst.

Vi kommer att lägga stor vikt vid att informera de deltagande om varför de är förfrågade att delta i studien och varför vi gör den. Det är viktigt att de förstår att deras identitet aldrig kommer att röjas. Denna studie är frivillig och de deltagande kan när som helst välja att avsluta utan vidare förklaring. För oss som intervjuar är det viktigt att inte lägga egna värderingar i det deltaganden berättar, respektera deras upplevelser och inte ställa ledande frågor. Våra intervjufrågor bör vara korta och enkla.

Tidslängd för arbetet

Självständigt arbete 15 hp omfattar sex veckors skrivande, vecka 40-46.

Jag godkänner härmed att Johanna Ronkainen och Sarah Aly får utföra studien Sjuksköterskans upplevelse av omvårdnad vid inducerad abort i graviditetsvecka 12-18 på kliniken under tidsperioden september-november (veckorna 40-46), 2013.

Ort, datum

Namnteckning, Verksamhetschef

Namnförtydligande

BILAGA C

Förfrågan om deltagande

Till Chefssjuksköterska
Kvinnokliniken, XX Sjukhus

Hej,

Vi heter Sarah Aly och Johanna Ronkainen och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin fem, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras är inducerad abort i graviditesvecka 12-18. Vi är därför intresserade av att få genomföra intervjuer med sjuksköterskor utan vidare utbildning som arbetar med sen abort.

Det har blivit allt vanligare för sjuksköterskor utan vidareutbildning att arbeta med kvinnor som genomgår abort. Att genomgå en abort kantas av många känslor, reaktioner och etiska dilemman både för patient och även sjuksköterska. Studier visar att sjuksköterskan som arbetar med kvinnor som genomgår abort ställs inför många situationer där man inte kan låta egna känslor och värderingar påverka sitt arbete.

Vi vill undersöka hur sjuksköterskor upplever att de klarar av att vårda kvinnor som genomgår inducerad sen abort.

Syftet med det självständiga arbetet

Studiens syfte är att belysa sjuksköterskors upplevelse av omvårdnaden vid sen abort.

Val av metod

Vi har sett att en kvalitativ intervjustudie lämpar sig bäst för vårt självständiga arbete. Först görs en pilotstudie där vi bekräftar att frågeställningarna lämpar sig för att uppnå syftet, för att sedan utföra intervjustudien på ett större urval, ca. 6-9 personer.

Eftersom vi är ute efter att belysa sjuksköterskans sätt att agera, resonera och tänka så lämpar sig en kvalitativ studie bäst.

Vi kommer att lägga stor vikt vid att informera deltagare om varför just Ni är förfrågade att delta i studien och varför vi gör den. Det är viktigt att Ni förstår att Er identitet aldrig kommer att röjas. Denna studie är frivillig och Ni kan när som helst välja att avsluta utan vidare förklaring. För oss som intervjuar är det viktigt att inte lägga egna värderingar i det deltaganden berättar, respektera deras upplevelser och inte ställa ledande frågor.

Med vänlig hälsning

Sophiahemmet Högskola

Johanna Ronkainen

.....

Sarah Aly

.....

Studeraendes telefonnummer

Johanna Ronkainen:

Sarah Aly

E-postadress

Johanna Ronkainen

Sarah Aly

Handledarens namn och telefonnummer

Marianne Matséus