

Kvinneres opplevelse av medikamentell hjemmeabort



Universitetet
i Stavanger

Institutt for helsefag

Master i Helsevitenskap

Masteroppgave

(50 studiepoeng)

Student: Eva Næss

Veileder: førsteamanuensis Marit Alstveit

09.11/2018

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Høst - 2018

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Eva Næss

VEILEDER: Marit Alstveit, førsteamanuensis

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: Kvinners opplevelse av medikamentell hjemmeabort

Engelsk tittel: Women's experience of induced abortion at home

EMNEORD/STIKKORD: medikamentell hjemmeabort, indusert abort, kvinnehelse, selvbestemmelse, støtte, mestring, opplevelse av sammenheng, empowerment.

ANTALL SIDER: 75

STAVANGER 09.11.2018

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på en lærerik tid som masterstudent i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Det har vært en givende prosess. Det er mange som har bidratt på ulike måter, og som fortjener en takk.

Først og fremst må jeg takke mine fem informanter. Tusen hjertelig takk for at dere tok dere tid til å prate med meg om et sårbart tema. Dere har vært imøtekommende, delt tanker og erfaringer med meg. Det er jeg utrolig takknemlig for. Jeg er stolt over at denne oppgaven kan bidra til å få frem deres stemme.

Deretter vil jeg takke jordmødrene for fantastisk hjelp til å rekruttere informanter. Uten dere hadde det ikke blitt noen studie. Veilederen min, Marit Alstveit, fortjener en stor takk for din tålmodighet og dine innspill. Du har delt av din kunnskap og vært tilgjengelig for meg gjennom arbeidet med oppgaven. Jeg vil også takke lærere og medstudenter ved Universitetet i Stavanger. Tusen takk for en inspirerende tid! Jeg har lært mye, og møtt dyktige og engasjerte mennesker.

Tilslutt vil jeg takke mine nære og kjære: familie, venner og kollegaer. Deres interesse for mitt prosjekt har betydd masse. Jeg har alltid hatt noen som har lyttet til meg underveis. Dere har vist forståelse for at jeg har hatt mindre tid til andre ting denne perioden. Arbeidsplassen min, avdeling 4 AC ved Stavanger Universitetssykehus, fortjener en stor takk for tilrettelegging i forbindelse med studier. Gitte, min søster, og Kristine, svigerinne, fortjener en stor takk for gode samtaler og innspill til studien. Min mor, Eva, for korrekturlesning og felles yogatimer i en travel tid. Min mann, Petter, for oppmuntrende ord, tilrettelegging og støtte. Mine to sønner, Bo og Ebbe, for alle gode, energigivende klemmer til en travel mamma.

Stavanger, 09.11.2018.

Eva Næss

Sammendrag

Bakgrunn: Temaet for studien er selvbestemt medikamentell hjemmeabort. Abort er et personlig valg og en rettighet alle kvinner har. Medikamentell hjemmeabort har gitt kortere ventetid og økt diskresjon. Kritikere har vært bekymret for om medikamentell hjemmeabort kan være ensomt og traumatisk.

Formål: Formålet med studien er en dypere forståelse av kvinners opplevelse av medikamentell hjemmeabort.

Metode: Studien er kvalitativ. Det er blitt utført dybdeintervju av fem kvinner. Analysen er inspirert av Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse.

Funn: Ett hovedtema viste seg å være gjennomgående for datamaterialet, *den beste løsningen for livet mitt nå*. Datamaterialet ble delt inn i to subtema: *å oppleve kontroll* og *å kjenne seg ivaretatt*. Temaene ble ytterligere delt inn i seks kategorier: *selvbestemmelse, informasjonsbehov, distansere seg, stole på egen kropp, et behov for omsorg og støtte* og *å ville skjule seg*.

Konklusjon: Studiens funn viser at hjemmeabort ivaretar kvinners selvbestemmelse og integritet. Kvinnene beskriver et informasjonsbehov for å forberede seg til aborten. Det kan synes som at det å distansere seg fra aborten brukes som mestringsstrategi i ulike deler av abortprosessen. Kunnskap om og tillit til egen kropp blir beskrevet som en medvirkende årsak til at aborten oppleves som håndterbar. Informantene beskriver et behov for omsorg og betydningen av støtte. Samtidig formidles et behov for å være alene. Behovet for å skjule seg settes i sammenheng med stigma knyttet til abort.

Nøkkelord: medikamentell hjemmeabort, induisert abort, kvinnehelse, selvbestemmelse, støtte, mestring, opplevelse av sammenheng, empowerment.

Summary

Background: The theme of the study is self-determined abortion at home by medicamentally supported. Abortion is a personal choice, and as such, a privilege all women have. Medical home-abortion has reduced waiting time and increased discretion. Critics have been concerned about whether this form of abortion is traumatic and gives an increased sense of loneliness.

Purpose: The purpose of the study is to gain a deeper understanding of women's perception of self-determined abortion at home by medicamentally supported.

Method: The study is qualitative and is based on in-depth interviews of five women. The analysis is built on Graneheim and Lundman's (2004) qualitative content analysis.

Finding: One main theme, consistently for the data material, is *the best solution for my life now*. The data was divided into two subthemes: *to experience control* and *the perception of being taken care of*. The topics were further divided into six categories: *self-determination, need for information, to distance oneself, trust in own body, need for care and support, and a need to hide*.

Conclusion: The study found that home abortion safeguards women's self-determination and integrity. The women describe an information need to prepare for the abortion. It may seem that spacing from abortion is used as a coping strategy in different parts of the abortion process. Knowledge of and trust in own body, is a contributing factor to the abortion being experienced as manageable. The informants describe a need for care and the importance of support. At the same time, there is a need to be alone. The need to hide is connected to stigma still related to abortion.

Keywords: home abortion, induced abortion, women's health, women's perception, support, coping, sense of coherence, empowerment.

Innhold

1.0 Innledning	7
1.1 Tidligere forskning	8
1.2 Bakgrunn for valg av tema	13
1.3 Studiens formål og problemstilling.....	14
2.0 Teoretisk bakgrunn og rammeverk	15
2.1 Presentasjon av studiens teoretiske bakgrunn.....	15
2.1.1 Teori om salutogenese	15
2.1.2 Helsefremmende sykepleie	17
3.0 Metode	19
3.1 Metodisk tilnærming og design – kvalitativ metode	19
3.2 Utvalg og rekruttering til studien.....	21
3.3 Datainnsamling – gjennomføring av semistrukturerte intervju	24
3.4 Transkribering.....	25
3.5 Forforståelse og min rolle som forsker	25
3.4 Dataanalyse.....	27
3.5 Ethiske overveielser.....	30
3.6 Studiens troverdighet	32
4.0 Funn	34
4.1 Den beste løsningen for livet mitt nå.....	35
4.1.1 Å oppleve kontroll	36
4.1.2 Å kjenne seg ivaretatt	43
5.0 Diskusjon	51
5.1 Studiens troverdighet	61
6.0 Konklusjon	65
7.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning	68
8.0 Litteratur	69
9.0 Vedlegg	75
Vedlegg 1: Godkjenning fra Personvernombud – 2 sider.....	75
Vedlegg 2: Svar fra Regional Etisk Komité – 3 sider.....	75
Vedlegg 3: Forespørsel og godkjenning av prosjekt	75
avdelingssykepleier – 3 sider.....	75
Vedlegg 4: Forespørsel om å delta i studie i forbindelse med masteroppgave – 3 sider.	75
Vedlegg 5: Samtykkeerklæring – 1 side.....	75
Vedlegg 6: Intervjuguide – 2 sider.	75

1.0 Innledning

Temaet for denne studien er kvinners opplevelse av selvbestemt hjemmeabort. I Norge har kvinner selv rett til å bestemme om de vil avslutte svangerskapet i løpet av de tolv første ukene. Lovfestet selvbestemt abort ble innført i Norge i 1975 (Abortloven, 1975).

Av 75 000 svangerskap som oppstår hvert år i Norge, er omtrent 30 000 ikke planlagt (Løkeland, Bjørge, Iversen, Akerkar, & Bjørge, 2017). Omtrent halvparten av disse svangerskapene blir avsluttet. En abort defineres som en avslutning av svangerskapet før fosteret er levedyktig utenfor livmoren (Austveg & Keeping, 2017). 35 – 40 % norske kvinner vil begjære provosert abort minst en gang i livet (Løkeland et al., 2017). Slike inngrep foretas altså hyppig, og er en erfaring mange kvinner deler. Abort er et personlig valg og en rettighet alle kvinner har. Det betyr ikke at det er et lett valg å ta. Kvinnens rett til å velge handler ikke bare om retten til å bestemme over egen kropp og reproduktiv helse, men om resten av hennes liv. Evner man å ta ansvaret for et annet menneske? Ønsker man å ta ansvaret for et annet menneske? En erfaring med abort kan ha betydning for andre signifikante livshendelser, og kvinnens respons til disse utfordringene. Likevel er det et tema få snakker om.

I Norge tilbys alle kvinner som søker abort medikamentelt induisert svangerskapsavbrudd. Et økende antall gjennomgår aborten hjemme etter undersøkelse på sykehuset, men uten innleggelse. Det er de skandinaviske landene og Skottland som på verdensbasis har størst andel aborter utført medikamentelt. Norske sykehus har besluttet at medikamentell abort er den foretrukne metoden ved svangerskapsavbrudd (Løkeland et al., 2017). Dette eliminerer ikke muligheten til kirurgisk abort, men kvinnen må selv uttrykke et ønske om det. Denne praksisen er blitt forsvart av Helseministeren (Helsedirektoratet, 2012). Medikamentell abort har gitt kortere ventetid, aborter utført tidligere i svangerskap og mulighet for å ta abort hjemme hos seg selv. Etter at medikamentell metode ved svangerskapsavbrudd er blitt innført, har ventetiden blitt redusert fra 11,3 dager i 1998, til 7,3 i 2013. Ettersom det har blitt innført mulighet for svangerskapsavbrudd hjemme, har ventetiden gått ned ytterligere, til 6,3 dager (Løkeland et al., 2017).

Denne studiens fokus vil være medikamentelt induisert svangerskapsavbrudd hjemme. Det er ved svangerskapsvarighet fra uke seks til uke ni, kvinnen kan velge om hun vil gjennomføre aborten hjemme. For å få innvilget hjemmeabort må kvinnen også være over 18 år og ha noen tilstede hos seg på abortdagen. Etter svangerskapsuke ni anbefales aborten gjennomført ved noen timers innleggelse på et sykehus (Bjørge, Løkeland & Oppegård, 2015). Etter retningslinjer fra Veileder i gynekologi 2015 (Bjørge et al., 2015), innebærer hjemmeabort at kvinnen tar Mifepristone, abortpillen, på sykehuset og får med seg Misoprostol hjem. Den første pillen, Mifepristone, gjør at slimhinnen hvor graviditeten sitter blir dårligere (Felleskatalogen, u.å.). Dette hindrer videre utvikling av svangerskapet. Livmoren vil da lettere kunne trekke seg sammen, og livmorhalsen blir mykere. Dette gjør at noen kan abortere etter den første tabletten. Som oftest skjer selve utstøtelsen av graviditeten hjemme. 24 – 48 timer etter at kvinnen har svelget Mifepristone, plasserer hun fire tabletter Misoprostol i skjeden, eller under tungen. Dersom kvinnen er kommet lenger enn 8 uker, må hun kanskje ta Misoprostol flere ganger. Da får hun to tabletter som hun skal ta hver tredje time under tungen til aborten er gjennomført. Det vanligste er å abortere 4 – 6 timer etter inntak av Misoprostol. Misoprostol får livmoren til å trekke seg sammen og graviditeten støtes ut (Felleskatalogen, u.å.).

De vanligste komplikasjonene etter en medikamentell abort er infeksjon, rester etter svangerskapet (at man ikke har blødd ut alt) eller at man fortsatt er gravid. Dagens forskning tilsier at å ta ansvar for medikamentell abort hjemme, er beskrevet til å styrke kvinnens autonomi, privatliv og kontroll over egen reproduktiv helse (Løkeland, 2015; Makenzius, Tyden, Darj, & Larsson, 2013). Kritikere har vært bekymret for at det å ta abort hjemme kan være både ensomt og traumatisk, og føre til at kvinner ikke får den helsehjelpen de kan trenge.

1.1 Tidligere forskning

For å finne relevant forskning har jeg benyttet meg av søketjenesten ved Universitetet i Stavanger. Det er søkt i ulike helsefaglige databaser, i flere omganger i løpet av arbeidsprosessen. Søkord som har blitt brukt er: «induced abortion», «nurse», «empowerment», «women`s experience», «home abortion», «support», «sense of

coherence” og «feminism». De mest aktuelle artiklene som jeg har valgt å benytte i studien, har jeg funnet i «Academic Search Premier». De fleste artiklene ble funnet i planleggingen av studien vår og høst 2017. Studiene utført av Løkeland (2015 og 2018) hadde jeg kjennskap til fra mitt virke som sykepleier ved gynekologisk sengepost. Forskningen utført av Kjelsvik (2011, 2018) ble jeg gjort kjent med etter å ha lest en artikkel om forskningen på Forskning.no i september 2018. Hennes siste artikkel som er publisert i 2018, ble jeg gjort kjent med etter e – post korrespondanse med forfatteren. Det har blitt gjort søk på både norsk og engelsk, og søkeordene har blitt brukt i ulike kombinasjoner. Dette litteratursøket resulterte i et utvalg av 40 artikler som er benyttet i denne studien. Jeg vil i det følgende gi en kort oppsummering av studiene, fordelt i to underkapitler: «Psykiske senvirkninger etter abort» og «Kvinnens erfaringer med medikamentell hjemmeabort».

Psykiske senvirkninger etter abort

Bekymringer og påstandene om at abort gir psykiske ettervirkninger er mange. I det følgende vil jeg redegjøre for en del av forskningen som har blitt utført for å undersøke psykiske senvirkninger etter abort. Det er gitt uttrykk for bekymring for om kvinner blir overlatt til seg selv ved en hjemmeabort. Forskning har derimot ikke dokumentert at abort gir problem utover hva livet ellers gir av sykdom og bekymringer. Berthold Grünfeld mente at det var et skjønnsproblem om psykiske reaksjoner er komplikasjoner eller varianter av naturlige reaksjoner (Grünfeld, 1976). Han påpekte at kvinnen er formet av samfunnet rundt seg, og at graden av psykiske reaksjoner derfor kan påvirkes av forventninger om reaksjoner.

Forskningen som blir gjort, og tolkningen av resultat, kan bli preget av politiske strømninger. For noen år siden var det stor oppmerksomhet omkring en studie som viste at kvinner som hadde abortert spontant eller provosert, hadde psykiske plager som de kan trenge oppfølging for i helsetjenesten (Broen, 2006). Studien, som var utført av Anne Nordal Broen og medforfattere (2006), baserte seg på intervju med en liten og selektert populasjon på 100 kvinner. En av fem av de som hadde tatt provosert abort, hadde psykiske reaksjoner fem år etter inngrepet. De som hadde gjennomgått spontanabort, hadde sine psykiske reaksjoner i løpet av det første halvåret etter spontanaborten. Om lag halvparten av de som hadde tatt provosert abort, hadde en tidligere rapportert psykiatrisk

hendelse, i motsetning til en tredjedel av kvinnene i gruppen med spontane aborter (Broen, 2006). Forfatterne så ikke på sammenheng mellom psykisk reaksjon og årsaken til abort. I en annen artikkel viste forfatteren at kvinner som hadde psykiske reaksjoner, hadde enten opplevd press fra den potensielle barnefaren om å ta abort, vært usikre på om de skulle ta abort eller hadde tidligere psykiatrisk historie (Broen, 2005). Denne artikkelen fikk ikke like mye oppmerksomhet.

Munk-Olsen og medforfattere (2012) har i sin kohortstudie fra Danmark koblet data fra svangerskaps- og abortregistre med opplysninger om konsultasjoner og innleggelser i det psykiatriske helsevesen. De fant ingen signifikant økning av kontakt med det psykiatriske helsevesen etter den første provoserte aborten sammenliknet med før aborten (Munk-Olsen & Lidegaard, 2012). Imidlertid fant de en signifikant økning i kontakt med det psykiatriske helsevesen for kvinner etter første fødsel sammenliknet med før fødselen. Videre fant de at kvinnene som begjærte abort, hadde hyppigere kontakt med det psykiatriske helsevesen enn kvinnene som fødte sitt første barn. Den danske studien omfatter ikke vansker kvinnene har mestret alene eller fått hjelp til av allmennlegen. Likevel støtter ikke studien hypotesen om at provosert abort gir psykiske senvirkninger (Munk-Olsen & Lidegaard, 2012).

Willy Pedersen (2008) gjorde en studie der han fulgte unge kvinner over en tidsperiode på 12 år, fra de var 15 til de var 27 år. Her ble det undersøkt om det er en sammenheng mellom psykisk helse og abort. I den studien fant han at kvinner som tok abort i tyveårene hadde en signifikant økt risiko for depresjon sammenliknet med dem som ikke hadde tatt abort. Etter korrigering for andre variabler som tidligere psykisk sykdom, partnerhistorie, familiebakgrunn, atferdsproblem, så var det fremdeles et signifikant funn. Det var derimot ikke en økt risiko for depresjon etter aborter gjort i tenårene. Han konkluderte dermed med at det å ta abort i tyveårene gir økt risiko for depresjon (Pedersen, 2008). Det han ikke hadde sett på i denne studien, var graden av ambivalens i sammenheng med det å ta abort i tyveårene, sammenliknet med tenårene. Flere kvinner kan være i etablerte parforhold og nærere til å se seg selv som foreldre da enn i tenårene.

Den amerikanske psykologforeningen publiserte i 2009 en oversikt over studier om sammenhengen mellom abort og psykisk sykdom (Major, Appelbaum, Beckman, Dutton, Russo & West, 2009). Grunnet en manglende kontroll over andre sammenfallende

risikofaktorer var det umulig å si om en eventuell økt risiko var grunnet aborten i seg selv, eller andre risikofaktorer som fattigdom, eksisterende psykisk sykdom eller liknende. Forekomsten av psykisk sykdom hos kvinnene som hadde tatt abort var lik med forekomsten i normalbefolkningen, men risikoen var litt økt dersom en hadde tatt flere aborter. I rapporten sier de også at aborterfaringen for mange er kjennetegnet av ambivalens og en blanding av positive og negative følelser. Konklusjonen deres var at en ikke kan utelukke at noen kvinner får psykiske reaksjoner etter abort, men at det ikke er normen (Major et al., 2009).

Hanschmidt og medforfattere (2016) har gjort en systematisk litteraturstudie omkring stigma knyttet til abort. Forfatterne hevder at det stigma er identifisert som en potensiell risikofaktor for kvinners psykiske helse etter en abort (Hanschmidt, Linde, Hilbert, Riedel- Heller, & Kersting, 2016). Det ble gjort et systematisk søk på databasene Medline, PsycArticles, PsycInfo, PubMed og Web of Science. Syv kvantitative og syv kvalitative studier ble inkludert. Funn fra studien viser at kvinner som har hatt en abort erfarer en frykt for å bli dømt for valget om abort, og har et behov for å holde aborten hemmelig. Dette hemmeligholdet ble assosiert med økt stress og sosial isolasjon (Hanschmidt et al., 2016). Det er lite studier på hvordan en kan redusere stigma tilknyttet abort. Studiene ble beskrevet til å ha begrenset validitet.

En studie fra Grete Alræk Iversen og medforfattere (2012) viser at det kan være vanskelig å forske på senvirkninger etter abort i en uselektert populasjon siden det er lav vilje til å delta i slike studier blant kvinner som tar abort (Iversen, Løkeland, Fjereide, Bjørge & Iversen, 2012).

Kvinnens erfaringer med medikamentell hjemmeabort

Hedqvist og medforfattere (2016) gjorde en studie i Sverige om kvinners erfaringer med medikamentell hjemmeabort. Kvinnene erfarte at informasjonen omkring smerter, smertestillende og blødning var ikke tilstrekkelig. De foreslår at helsepersonell må være ekstra bevisst informasjonsbehovet hos kvinner som ikke har tidligere erfaring med abort eller fødsel. Dette kan bidra til en høyere tilfredsstillelse med omsorgen som blir gitt og en økt følelse av trygghet under abort prosessen hjemme. Flere av kvinnene var ikke tilstrekkelig smertelindret, og at forfatterne foreslår at rutineene med hva slags smertestillende som blir gitt bør bli revidert (Hedqvist, Brolin, Tydén, & Larsson, 2016).

Makenzius og medforfattere (2013) sin kvalitative studie fra Sverige undersøker hva slags behov kvinner har i forbindelse med hjemmeabort, og ønsker å belyse deltakernes syn på prevensjon. Forfatterne hevder at hjemmeabort øker pasientens autonomi, og kvinnene og deres partner viser evne til å ta vare på egen helse. Denne autonomien er imidlertid relatert til avhengighet; et ønske om å bli behandlet med empati og respekt på likeverdig grunnlag av helsepersonell. Innen forebyggingen av uønskede graviditeter er finansielle ressurser, forbedret kommunikasjon/informasjon fra helsepersonell og subsidiert prevensjon viktig. Forfatterne foreslår at rutiner innen helsehjelpen som blir gitt i forbindelse med abort bør bli kontinuerlig evaluert for å sikre brukervennlighet (Makenzius et al., 2013).

Kero, Wulff og Lalos (2009) utførte en studie i Sverige hvor de ønsket å undersøke kvinners erfaringer, syn og reaksjoner på medikamentell hjemmeabort. Hundre kvinner ble intervjuet en uke etter aborten. De fleste kvinnene var fornøyde med deres valg av abort metode. De verdsatte privatlivet og tryggheten med å være hjemme. Inntaket av Mifepristone på sykehuset ble av mange beskrevet som en mer følelsesmessig ladet handling enn selve aborten. Lettelse var den dominerende følelsen etter at aborten var overstått. Forfatterne konkluderer med at så lenge kvinnene opplever et valg om hvilken abortmetode de vil ha, og er godt informert, kan kvinnene fint håndtere abortprosessen utenfor sykehuset (Kero, Wulff, & Lalos, 2009). Valget om å kunne velge hjemmeabort impliserer en radikal endring i kvinnehelse. De foreslår at ved å ta Mifepristone hjemme vil kvinnens behov for privatliv bli ytterligere ivaretatt (Kero et al., 2009).

Kjelsvik og Gjengedal (2011) har undersøkt erfaringene til 13 gravide norske kvinner som var ambivalente til abortavgjørelsen. Målet med studien var å undersøke kvinnenes erfaringer i avgjørelsesprosessen. Bekreftelse av graviditeten betød en ny virkelighet for kvinnene. De begynte å vurdere om de var klar for barn, og måtte revurdere deres livssituasjon. Denne erfaringen ble beskrevet som en ensom reise, hvor kvinnens verdier ble utfordret. Det ble beskrevet som et eksistensielt valg, og situasjonen endret deres liv på mange vis (Kjelsvik & Gjengedal, 2011). Forfatterne foreslår at helsepersonell bør være kjent med tvilen og ensomheten kvinner kan føle når de kommer på poliklinikken. Studien samsvarer med andre studier som søker å beskrive kvinners erfaringer til helsepersonell og hva abortsøkende kvinner ønsker å prate med helsepersonell om

(Kjelsvik, Tveit Sekse, Moi, Aasen, & Gjengedal, 2018). De fleste kvinnene ønsket at helsepersonell skulle anerkjenne deres konflikt i avgjørelsesprosessen, og ønsket å bli behandlet som et moralsk menneske og å få emosjonell støtte. Forfatterne foreslår at for å oppnå dette, må helsepersonell la seg involvere og sette av tid og ekspertise til å møte kvinnens behov.

Tidligere forskning viser at aborterfaringer er for mange kjennetegnet av ambivalens og positive og negative følelser. Konklusjoner av ovennevnte studier viser at en ikke kan utelukke psykiske reaksjoner. Det er imidlertid ikke normen, og det er ikke gitt at det er abort inngrepet i seg selv som i så fall gir psykiske reaksjoner. I tillegg skal en ikke sykliggjøre normale reaksjoner. De som er ambivalente i valget, opplever press om å velge abort og har en psykisk forhistorie har en risiko for psykiske senvirkninger etter abort. Som nevnt tidligere har norske kvinner 35 - 40 % livstidsrisiko for å ta abort. Da er det viktig å ikke stigmatisere en stor gruppe eller skape frykt for reaksjoner de trolig ikke vil få (Løkeland, 2015). Studien utført av Kero, Wulff og Lalos (2009) hevder at hjemmeabort fremmer kvinners selvbestemmelse. Ved at kvinner får et valg om hvordan de ønsker å utføre aborten og god informasjon, kan kvinner fint håndtere en hjemmeabort (Hedqvist et al., 2016). Det blir fremmet at helsepersonell bør være kjent med at kvinner kan oppleve ambivalens i valget om abort. Det foreslås at helsepersonell bør sette av nok tid til kvinnen, la seg involvere og ha ekspertisen til å ivareta kvinnens behov (Kjelsvik & Gjengedal, 2011; Kjelsvik et al., 2018).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg jobber til daglig ved en gynekologisk sengepost. Som sykepleier ved en gynekologisk avdeling bistår jeg ved svangerskapsavbrudd. Jeg opplever at abortsøkende kvinner får omsorg over en kort periode i en travel sykehushverdag. Kvinnene er på sykehus på en kort konsultasjon før aborten, og har en telefonsamtale med sykepleier dagen aborten blir utført. For å få innvilget medikamentelt svangerskapsavbrudd hjemme, må svangerskapet være mindre enn ni uker. Det gir kvinnene kort tid til å forberede seg. Min erfaring er at kvinnes behov synes å være svært forskjellige, og det er utfordrende for helsepersonell å vite hvordan en skal ivareta kvinnes behov. Det er mye informasjon kvinnen skal motta på kort tid, i en potensielt stressende livssituasjon. Jeg har flere ganger undret meg på hvordan en medikamentell hjemmeabort oppleves for kvinner. Selv om det er mindre

tabu å snakke om abort i dag, er det fortsatt et vanskelig tema. Kanskje hun kan ha vansker med å tilegne seg informasjonen som gis? Et ønske om bedre forståelse for kvinners opplevelse, startet min interesse for oppgavens tema. Etter samtaler med flere av mine kollegaer, tydet det på at det var flere som undret seg over dette. Jeg har god tro på at kvinnehelse kan ivaretas på en god måte i forbindelse med svangerskapsavbrudd, men opplever at vi trenger mer forskning som belyser kvinnens stemme, og hva de ønsker ved en slik erfaring.

1.3 Studiens formål og problemstilling

Å gjennomgå en planlagt medisinsk abort, kan synes som en sammensatt og kompleks opplevelse. Tidligere studier har gitt grundige beskrivelser av kvinners opplevelse av hjemmeabort i skandinaviske land gjennom blant annet hvilke eksistensielle behov kvinnene har og hva slags forventninger de har til helsepersonell. Formålet med min studie er en dypere forståelse av kvinners opplevelse med hjemmeabort i sammenheng med helseinformasjonen som blir gitt i forkant. Jeg undrer meg om omsorgen og støtten kvinnen får, oppleves som tilstrekkelig. Dette kan øke helsepersonells forståelse og kompetanse i møte med kvinner som erfarer et svangerskapsavbrudd, og videre tilrettelegge for en helsetjeneste som ivaretar kvinners behov.

Studiens problemstilling er:

- Hva er kvinners opplevelse av medikamentell hjemmeabort?

Forskningsspørsmål:

- Hvordan forberedte helseinformasjonen kvinnen på selve aborten, og i tiden etter?
- Hvilke behov for støtte hadde kvinnen under abortprosessen?

2.0 Teoretisk bakgrunn og rammeverk

Jeg vil i dette kapitlet presentere studiens teoretiske bakgrunn og rammeverk, samt gi en beskrivelse av sentrale begrep i oppgaven. Malterud (2011) sier at den teoretiske referanserammen er de brillene vi har på når vi leser materialet og identifiserer mønstre. Den er en integrert del av studiens forskningsmetode. I de fleste prosjekter utvikles denne rammen underveis i prosjektet, noe som er ett naturlig uttrykk for at det oppstår utvidet forståelse og erkjennelse underveis i forskningsprosessen (Malterud, 2011:42). Til å belyse hvordan kvinnene håndterer hjemmeabort vil jeg anvende Antonovskys teori om salutogenese og sense of coherence.

2.1 Presentasjon av studiens teoretiske bakgrunn

2.1.1 Teori om salutogenese

I oppgaven anvendes Antonovsky (1979, 1987) sitt syn på helse som en ressurs. Det salutogene perspektiv handler ifølge Antonovsky om å ha fokus på det som skaper helse (Antonovsky, 1979). På tross av sykdom og andre trusler, vil det være mulig å bevege seg i retning av bedre helse gjennom å fremme de styrkende prosesser. Teorien om salutogenese gir oss en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring via dens hovedbegrep «sense of coherence», eller på norsk «opplevelse av sammenheng», kan skapes (Antonovsky, 1979). Begrepet er en del av den mer omfattende teorien om salutogenese. Den salutogene modell regnes som Antonovskys livsverk. Han valgte å forfølge mysteriet: Hvordan kunne en person overleve konsentrasjonsleirenes grusomheter og likevel ha det godt i etterkant? Det salutogene spørsmålet er med andre ord: Hva er helsens opprinnelse? Opplevelse av sammenheng, (OAS) er Antonovskys (Antonovsky & Sjøbu, 2012) svar på dette spørsmålet. I forskning er det hovedsakelig opplevelse av sammenheng, OAS, som er benyttet framfor hele den salutogene modell.

Antonovsky tok først utgangspunkt i hypotesen om at få stressfaktorer førte til god helse, men denne holdt ikke mål. Det helsemessige utfallet av stressfaktorer er uforutsigbart. Når man stilles overfor en stressfaktor, fører det til en anspent tilstand som man må

håndtere. Hvorvidt utfallet blir patologisk, nøytralt eller helsebringende, avhenger av om spenningen håndteres på en adekvat måte. Studiet av hvilke faktorer som bestemmer håndteringen av spenning blir dermed helsevitenskapens viktigste oppgave (Antonovsky, 1979, 1987). OAS fokuserer på å fremme menneskets aktive evne til tilpasning til stressfylte indre og ytre omgivelser (ibid., 1979). Antonovsky mener at motstandskraft og evne til mestring er vesentlig for utvikling av helse. Han beskriver helse som et kontinuum, hvor den enkelte til enhver tid befinner seg på et punkt mellom helse og uhelse (Gammersvik, 2012). Helse handler her om en holdning til livet, og i hvilken grad man er i stand til å mestre de belastninger som kommer og går. Begrepet opplevelse av sammenheng, OAS, er en fellesbetegnelse for alle motstandsressurser som gjør det mulig å sette de utallige stressfaktorene som vi bombarderes med inn i en meningsfylt sammenheng.

Begrepet inneholder de tre komponentene «begripelighet», håndterbarhet» og «meningsfullhet». Når en situasjon oppleves forståelig, håndterlig og meningsfull, vil helse kunne gå mot den positive enden fra uhelse mot helse. Med forståelig menes i hvilken grad en oppfatter det en utsettes for, som sammenhengende, strukturert og tydelig (Antonovsky, 1987). Det motsatte er kaotisk og tilfeldig. Dette krever en kognitiv bedømmelse. Håndterbarhet vil hos Antonovsky (1987) bety hvilke ressurser som er tilgjengelige for å mestre utfordringen en står i, og hvordan disse brukes. Dette handler både om egne ressurser, og i hvor stor grad en får støtte eller praktisk tilrettelegging av andre. Dette er handlingskomponenten i situasjonen. Med meningsfull mener han oppgaver som personen verdsetter å engasjere seg i (Antonovsky, 1987). Livet er verdifullt og meningsfullt for den enkelte, uansett situasjon. En tar imot de utfordringene som kommer, og gjør sitt beste. Meningsfullhet bidrar til motivasjon for handling.

Opplevelse av sammenheng utvikles når disse tre komponentene får virke på hverandre i et gjensidig samspill (Antonovsky, 1987). Høy grad av håndterbarhet krever høy grad av begripelighet. Den som har en stor grad av opplevelse av sammenheng, har tillit til at det finnes en struktur og orden, og tilstreber handlinger for å oppnå dette. Det er verdt å engasjere seg. Han ser ikke på seg selv som offer, men har tro på egen mestring. Han søker etter muligheter, og han har høy grad av autonomi. Disse handlingene for å skape

orden og se løsninger gir mening. Dette medfører nye måter å forstå og handle på, slik som vanskelige situasjoner krever. Opplevelse av sammenheng er en grunnholdning hos den enkelte som viser seg når en møter utfordringer. Grunnholdningen utvikles gjennom tidligere erfaringer, og blir forsterket og omdannet underveis i livet når en erfarer nye utfordringer. Gjentatte stressopplevelser kan generere en sterk OAS.

2.1.2 Helsefremmende sykepleie

Helsefremming er ifølge ICNs etiske retningslinjer for sykepleiere, en sentral sykepleiefunksjon. Det står her «sykepleier har ansvar for praksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (Norsk sykepleieforbund, 2011: 8). Larsen (2012) sier at helsebegrepet i helsefremmende arbeid er helhetlig og ressursorientert. For helsepersonell innebærer dette at fokus vil kunne settes på dialog og medvirkning for å få tak i den enkeltes ressurser og mestringsevne. Det å bistå den enkelte i å finne ut hvordan man ivaretar helsen sin på en god måte vil være en viktig sykepleieoppgave (Gammersvik & Larsen, 2018). Helsefremmende arbeid handler om å påvirke andre, dermed handler det også om å utøve makt. Å arbeide for å fremme helse på en moralsk måte, handler om å ha et reflektert forhold til denne makten man som fagperson besitter. Det vil være nødvendig at sykepleier stiller seg åpen og lyttende, og det må gjøres en bred analyse av pasientens situasjon. Dialog og veiledning står sentralt i helsefremmende arbeid. Sykepleier må bidra til innsikt om de helsefremmende tiltakene for å ivareta samarbeidet med pasienten og unngå overtalelse (Gammersvik, 2018).

Den helsefremmende tenkningen er nært knyttet til «empowerment» - begrepet. Empowerment handler om at enkeltpersoner eller grupper får mer kunnskap for dermed få større kontroll over eget liv (Mæland, 2016). Empowerment innen helsefremming vil da innebære å ha kunnskap om hva som gir god helse og ha tilgjengelige ressurser for å skape dette i eget liv. Den handler om å identifisere faktorer som fremmer helse, for så å styrke disse. Dette står i motsetning til patogenesen hvor man tar utgangspunkt i de negative faktorene med tanke på å forebygge disse.

I henhold til Verdens Helseorganisasjon (1986) skal medvirkning, anerkjennelse av pasienten som ekspert på seg selv og maktfordeling være sentrale prinsipper i empowerment (WHO, 1986). Tveiten peker på at disse prinsippene vil være av stor betydning for sykepleierens funksjon og samhandling med pasienten (Tveiten, 2012). Hun viser til at det er viktig å ha en bevissthet rundt at det vil finnes to eksperter i denne sammenheng, sykepleier er ekspert på det faglige området, mens pasienten er ekspert på seg og sitt liv. Dette innebærer at sykepleier kan vite hva som er best for pasient faglig sett, mens det er pasienten som vet hva det dreier seg om for henne. Pasient og sykepleier skal samarbeide i empowermentprosessen (Tveiten, 2012: 175-176).

Sentralt i empowerment er at mestringsevnen til den det gjelder, øker. Mestring blir beskrevet som å klare noe på egen hånd og å takle stress, slik at man kommer seg videre på en god måte (Tveiten, 2012). Tveiten (2012) fremhever læringsbegrepetts plass i mestring, og at læring i et sosiokulturelt perspektiv vil innebære at kunnskap blir konstruert gjennom samhandling. Tveiten (2011) hevder at sykepleierens funksjon i helsefremmende arbeid, handler i stor grad om samhandling med pasient. Veiledning er her en form for samhandling som har til hensikt å styrke pasientens kompetanse til mestring. Veiledning er ifølge Tveiten et middel i empowerment prosessen, og sykepleier skal her ha en veilederrolle og være en samarbeidspartner. Tveiten hevder at veiledning er basert på en antakelse om at pasienten selv har «svaret», men kan trenge hjelp til å bli bevisst «svaret». Tveiten definerer veiledning som «en formell, relasjonell og pedagogisk igangsettingsprosess rettet mot styrking av pasientens mestringskompetanse gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2012:184).

3.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for hvilken metodisk tilnærming som ligger til grunn for oppgaven. Jeg vil beskrive mitt valg av metode, og hvordan jeg har gått fram for å nå studiens mål og besvare forskningsspørsmål. Forskning påvirkes av en forskers erfaringer, opplevelser og teoretiske ståsted (Malterud, 2011: 26). Det er derfor viktig å belyse forskerens vitenskapelige ståsted og fremheve at valg av teori og utvalg for innsamling av datamateriale, er subjektivt. Dette kapitlet presenterer de ulike valgene jeg har foretatt gjennom hele forskningsprosessen. Jeg vil først gi en kort presentasjon av valg av design og vitenskapelig ståsted. Deretter vil jeg presentere min datainnsamlingsprosess fra utarbeidelse av intervjuguide, rekruttering av informanter til datainnsamling og analyseprosess. Videre vil jeg belyse studiens troverdighet. Disse betraktningene inkluderer en kritisk vurdering av de valgene som er gjort underveis i prosessen. Tilslutt vil jeg belyse hvorfor denne studien er troverdig (trustworthy). Det vil jeg gjøre ved å utdype credibility og dependability, samt belyse dens transferability (Graneheim & Lundman, 2004).

3.1 Metodisk tilnærming og design – kvalitativ metode

I denne studien var hensikten å undersøke kvinners opplevelser og erfaringer med medikamentell hjemmeabort. Valg av metode er valgt med ønske om å få kunnskap om informantenes tanker og erfaringer rundt en medikamentell hjemmeabort. Følte de seg forberedt? Hva erfarte de fungerte/fungerte ikke? Er det noe de skulle ønske var annerledes? For å best kunne tilegne meg kunnskap om dette har jeg valgt å benytte kvalitativ metode. I følge Malterud (2011) er kvalitativ metode en forskningsstrategi for beskrivelse og analyse av karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. De kvalitative metodene kan bidra til å beskrive mangfold og nyanser (Malterud, 2011). Målet med kvalitativ metode er å utvikle en samtale der informantene får en stemme, og ordene formidler kunnskap og egenskaper til det man snakker om (Malterud, 2011). Dette er viktig for min studie, da det tillater forskeren å forstå hvordan deltakerne opplever sine erfaringer, og får frem informantens perspektiv.

Malterud (2011) beskriver kvalitativ metode som et viktig supplement til den kvantitative metoden i medisinsk forskning. I motsetning til kvantitativ metode der man finner årsaker og sammenhenger mellom upersonlige numeriske data, kan man ved kvalitativ metode gå mer i dybden for å finne svar på problemstillinger som omhandler erfaringer og opplevelser. Dette medfører at den kvalitative metoden kan bidra til en bredere forståelse av et gitt tema (Malterud, 2011). Kvalitativ forskning gir dybde og innsikt, mens kvantitativ forskning gir bredde og oversikt (Thagaard, 2013). Kvalitativ metode kjennetegnes med at man bruker få informanter, og at forskeren har nær kontakt til forskningsfeltet. Ved å bruke kvalitativ metode kan man dra nytte av nærheten en har til forskningsfeltet, og få et fyldig datamateriale. Dette vil igjen føre til god forståelse for fenomenet man ønsker å utforske (Thagaard, 2013). Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener slik de oppleves av de involverte selv i sin naturlige sammenheng. Malterud (2011) hevder at virkeligheten vil kunne beskrives ulikt, alt etter hvilket perspektiv man har. Forskerens posisjon og perspektiv får derfor stor betydning for hva slags kunnskap som kommer frem (Malterud, 2011). Jeg var interessert i å vite mer om kvinners opplevelse av medikamentell hjemmeabort, og dermed få økt forståelse av fenomenet. Kvalitativ metode var da særlig egnet.

Den fenomenologiske tradisjon har røtter tilbake til psykologien, og ble utviklet av Husserl og Heidegger i slutten av forrige århundre (Polit og Beck, 2017). Begrepet livsverden fikk en sentral rolle i fenomenologien. Fenomenologi brukes i dag som en tilnæringsmåte for å forstå menneskers livserfaringer (Polit & Beck, 2017). Med utgangspunkt i den subjektive opplevelsen søker fenomenologien å finne en dypere forståelse. Empirisk fenomenologi brukes som et veiledende perspektiv fordi det innebærer å utforske "levde opplevelser" av flere deltakere om et bestemt fenomen (Malterud, 2011). En fenomenologisk tilnærming betyr altså å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer og forståelse av et fenomen. Menneskers erfaringer og opplevelser av en situasjon, og deres tanker og følelser, har betydning for den aktuelle situasjonen. Målet er å identifisere informantens eksakte beskrivelser og belyse deres mening og forståelse. Da innhenter en kunnskap som kan belyse og besvare problemstillingen. Materialet i en kvalitativ studie består av tekst, som representerer samtaler eller observasjoner. Ifølge Malterud (2011) vil forskningsspørsmålet være avgjørende for valg av tilnærming i studien. Med kvalitative metoder kan vi belyse

spørsmål som «Hva er ...?», «Hva betyr ...?» eller «Hvordan foregår ...?» Målet er forståelse framfor forklaring (Malterud, 2011). Forskningsspørsmålet i denne studien «Hva er kvinners opplevelse av medikamentell hjemmeabort?» vil kunne utforskes ved hjelp av kvalitative forskningsintervju. Jeg har tatt utgangspunkt i Kvale og Brinkmanns beskrivelse av forskningsintervjuets 7 faser (Kvale & Brinkmann, 2009). I intervjuene ble informantene invitert til å dele sine erfaringer under en medikamentell hjemmeabort. En semi – strukturert intervjuguide ble anvendt (se vedlegg 6). Malterud (2011) hevder at betegnelsen «semi – strukturerte intervjuer» egner seg til å beskrive det kvalitative forskningsintervju med individuelle deltakere. Dette innebærer at det på forhånd er utarbeidet en intervjuguide som skal minne oss på temaer som vi ønsker å vite mer om. Når formålet er ny kunnskap er det viktig å ikke utarbeide intervjuguide for detaljert eller følge den slavisk. I kvalitative studier er det verken nødvendig eller ønskelig å standardisere intervjusituasjonen (Malterud, 2011). I stedet bør intervjuguiden revideres underveis etter hvert som forskeren lærer mer om hvor fokus bør konsentreres, og tilpasses møtet med den enkelte deltaker. Den rikeste kunnskapen får vi hvis vi klarer å få deltakeren til å dele erfaringer som består av konkrete hendelser, og som leder til en opplevd historie som hadde en spesiell betydning (Malterud, 2011). Emnet for kvalitative forskningsintervju er ifølge Kvale og Brinkmann (2009) intervjupersonens livsverden, og de hevder dette er en enestående mulighet til å få tilgang til og beskrive denne. Forskerens primære oppgave er å spørre hvorfor intervjupersonene opplever og handler som de gjør. Slik leder intervjueren intervjupersonen frem mot bestemte temaer, men ikke til bestemte meninger om dem (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.2 Utvalg og rekruttering til studien

I denne deler blir oppgavens utvalg og rekrutteringsprosess grundig beskrevet. Utvalget besto av fem kvinner som hadde hatt en medikamentell hjemmeabort før uke 9. Det finnes ulike tilnærminger for å innhente utvalg. Felles for de fleste tilnærminger innen kvalitativ metode er at deltakerne ikke skal være tilfeldig utvalgt, utvalget er ofte lite og studert intensivt der hver enkelt deltaker kan tilby et vell av data (Polit & Beck, 2017). Et strategisk utvalg ligger til grunn for utvelgelsen av informanter til studien. Det vil si at informantene har god kjennskap til fenomenet jeg vil belyse (Kvale & Brinkmann, 2009). 5- 8 deltakere kan i kvalitativ henseende være tilstrekkelig, hvis de gir nok

dyptgående data som belyser mønstrene, kategoriene og dimensjonene til fenomenet (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015: 520). Forskerens kunnskap og erfaring kan påvirke behovet for størrelse på utvalget, ettersom en erfaren forsker kan samle inn mer informasjon av deltakerne enn en uerfaren (Kvale et al., 2015: 522). Antallet ble delvis bestemt på grunnlag av anbefaling fra Malterud (2011) om at utvalget bør være passe stort nok til at det kan belyse en problemstilling. Det bør ikke større enn at en kan foreta dyptpløyende analyser av data (Malterud, 2011). Jeg ønsket å utføre individuelle intervju med minst 5 kvinner cirka 4 uker etter at aborten var utført. Årsaken til at det var ønskelig å utføre intervjuene fire uker etter aborten var utført, var at det var i sammenheng med at kvinnen skulle ta graviditetstest. Kvinnen ville da vite om aborten var vellykket. Da hadde hun fått litt tid etter aborten, hvor kvinnen hadde fått reflektert over aborten og hvordan hun erfarte den. Inklusjonskriterier var kvinner som hadde fått utført svangerskapsavbrudd hjemme. De måtte være over 18 år og beherske et skandinavisk språk. Eksklusjonskriteriet var fremmedspråklige kvinner, ettersom jeg innser egen språklig begrensning under intervju og ikke ønsket å bruke tolk ved et så sensitivt tema.

Jeg tok kontakt med avdelingssykepleier ved en gynekologisk poliklinikk som foretar journalopptak av kvinner som ønsker abort (se vedlegg 3). Dette var ved et regionalt helseforetak. Hun formidlet videre informasjon om studien til jordmødre og sykepleiere som tar journalopptak av kvinnene. Det ble avtalt at jeg skulle delta på et informasjonsmøte med jordmødrene. Der fortalte jeg om studiens rasjonale, samt hvordan jeg håpet de kunne bidra med rekruttering til studien. De jordmødrene som ikke var tilstede ved dette møtet, avtalte jeg individuelle møter med. Dette var for å formidle samme informasjon til alle. Jordmødrene formidlet skriftlig informasjon om studien, kontaktinformasjon til forsker, samtykkeskjema og skjema om bakgrunnsinformasjon til kvinnene ved den første konsultasjonen på sykehuset (se vedlegg 4 og 5). Kvinnene som ønsket å bli med i studien, skulle ta kontakt med forsker via e - post. Etter 1,5 måned hadde ingen kvinner tatt kontakt. Rekruttering ble da endret til at når kvinnene ble oppringt av sykepleier abort dagen, ble de spurt om de hadde fått informasjon om studien. Det ble da avklart med kvinnen om det var greit at forsker tok kontakt for å avtale intervju. Dette ble godkjent av Personvernombudet (vedlegg 1). Det ble delt ut totalt 40 informasjonsskriv med forespørsel om å delta i studien. Jeg kontaktet de aktuelle

kandidatene per telefon. De fikk da mer utdypende informasjon om studien, samt at vi gjorde en avtale om tid og sted for intervju. Av 14 avtalte intervju, var det fem som tilslutt ble gjennomført. Kvinnene som trakk, seg gav tilbakemelding på at de ikke var komfortable med å prate om aborten allikevel, det passet ikke grunnet ferie og liknende. De fem intervjuene ble gjennomført fra april til juni 2018. I utgangspunktet hadde jeg planlagt å utføre intervjuene 4 uker etter abort, men grunnet praktiske hensyn ble det 3 – 4 uker. Inklusjonen stoppet etter det femte intervjuet. Jeg anså da datamaterialet for å være rikt, og noenlunde mettet. Ettersom studien er en del av et forløp i en masterutdanning, var det også en tidsbegrensing.

Jeg anså informantene for å være representative for gruppen de representerte. Det var et aldersspenn mellom dem, ulik sosioøkonomisk status samt at de beskrev forskjellige erfaringer. Informantene hadde et aldersspenn fra 20 – 30 år. Svangerskapsvarighet var mellom 6 – 8 uker. To av informantene var i lønnet arbeid (en deltid), to studenter, en hjemmeværende med barn og en informant var langtidssykemeldt. Grad av fullført utdanning varierte: 4 hadde fullført utdanning lavere nivå, mens en var student på utdanning høyere nivå. En av informantene var i oppstarten av et forhold med den potensielle barnefaren, mens de fire gjenværende var ikke i et forhold. Antall svangerskap kvinnene hadde gjennomgått var fra førstegangsgavid, til det 9. svangerskap. Det var kun en av informantene hvor dette var den første aborten, ellers var det fra 2 til 6 aborter per informant. Informantene rapporterte ulik prevensjonsbruk. To hadde blitt gravide med prevensjon, hvorav en av dem hadde brukt både kondom og angrepille. En av informantene hadde blitt informert om at hun hadde en tilstand som gjorde det lite sannsynlig at hun kunne bli gravid, og hadde dermed ubeskyttet samleie. De to resterende hadde hatt ubeskyttet samleie.

I forkant av intervju fikk informantene en skriftlig samtykkeerklæring. Den måtte signeres før intervjuet startet (se vedlegg 5). For de intervjuene som ble utført over telefon, ble samtykke erklæring ettersendt per post med frankert konvolutt. Forsker foreslo personlig møte for å innhente samtykke, men informantene avsto tilbud og ønsket heller å returnere per post. Det ble derfor vedlagt en ferdig frankert og adressert konvolutt. Det ble presisert for informantene at de når som helst kunne trekke seg fra studien om de ønsket det.

3.3 Datainnsamling – gjennomføring av semistrukturerte intervju

Grunnet praktiske hensyn måtte 2 av intervjuene gjennomføres over telefon. De 3 andre møtte opp for intervju på et kontor på sykehuset hvor studien ble gjennomført. Dybdeintervjuene ble gjennomført med samtlige. Det ble gjort opptak av alle intervjuene, og intervjuene ble transkribert. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det viktig å være oppmerksom på at det foreligger et asymmetrisk maktforhold i kvalitative forskningsintervju. Det er intervjueren som definerer intervjusituasjonen. Det er intervjuer som starter samtalen, bestemmer hvilke temaer som skal følges opp og som avslutter intervjuet. Det er viktig å være bevisst på at samtalen her blir instrumentalisert (Kvale et al., 2015). Det vil si at det ikke er et mål om å ha en god samtale i seg selv, men at intervjuer anvender samtalen som et middel til å få frem beskrivelser fra intervjupersonen som forskeren skal tolke (Kvale et al., 2015).

I denne studien ble informantene bedt om å fortelle om erfaringer som kan være sårbare, og dette måtte jeg som intervjuer være oppmerksom på. Det å gjennomgå en medikamentell abort er en privat hendelse, som gjerne har funnet sted på et sårbart tidspunkt i livet. Jeg anså det som viktig at jeg som intervjuer viste stor ydmykhet i forhold til at mine informanter valgte å dele sine erfaringer fra dette. Jeg hadde fokus på å skape en trygg ramme for intervjusituasjonen. Jeg brukte god tid ved intervjuene på å presentere studien og meg selv. Jeg ønsket også å formidle takknemlighet for at de hadde valgt å delta i studien, og at svarene deres var verdifulle for oppgaven. Det at jeg hadde med båndopptaker ble forklart nøye, informantene ble forklart hvorfor og hvordan jeg ville ivareta deres rettigheter. Det ble også påpekt at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet, og at de kunne velge å ikke svare på spørsmål de ikke ønsket.

Jeg brukte intervjuguiden (se vedlegg 6) som et utgangspunkt gjennom alle intervjuene, men lot også informantene snakke fritt om andre temaer som kom frem. Etter hvert intervju hørte jeg på lydbåndopptaket av ett intervju, før jeg gjennomførte det neste. Det viste seg som nyttig, det hjalp meg til å utdype spørsmålene enda mer, og stille enda flere oppfølgende spørsmål. Dette var eksempelvis «Hvordan da?» og «Kan du fortelle mer om dette?». Jeg fikk da rikelige besvarelser på mine spørsmål i intervjuene. Jeg erfarte

allikevel at det var en forskjell i hvor utdypende svar jeg fikk ved telefonintervju og intervju ansikt – til ansikt. Intervjuene hadde en varighet på 14 minutt til 1 time og 15 minutt.

3.4 Transkribering

Den kvalitative analysen krever at datamaterialet sammenfattes til en tekst. Dette er for å gjøre materialet tilgjengelig og håndterbart. Malterud (2011) påpeker at teksten likevel bare er en tekst og ikke virkeligheten selv. Det vil alltid skje en fordreining av hendelsen når muntlig samtale skal omsettes til tekst, også ved en detaljert gjengivelse ord for ord (Malterud, 2011). Intervjuene ble transkribert fortløpende. Det var fordi jeg ønsket mest mulig nærhet til intervjusituasjonen under transkripsjonen, og jeg ønsket å fange opp i størst mulig grad det som skjedde under intervjuet. Jeg skrev ned i sin helhet det som ble sagt under intervjuet, både av meg og informant. Jeg valgte i transkripsjonene å gjengi ordrett det informantene sa uten å tilpasse det til et skriftspråk. Jeg noterte i parentes om informanten lo, tok pause og liknende. Det at jeg selv transkriberte intervjuene vil kunne bidra til at det er mindre rom for mistolknings av det som ble sagt. Malterud (2011) påpeker at man kan komme i skade for å latterliggjøre informantens uttrykk når muntlig språk oversettes direkte til skriftlig. Jeg har forsøkt å ta høyde for dette når jeg siterer informantene i oppgaven ved å tilpasse det muntlige språket til skriftlig formidling.

3.5 Forforståelse og min rolle som forsker

Det er ikke til å unngå at analyser og konklusjoner av datamateriale vil ha en subjektiv stemme, som reflekterer en forskers valg av teoretisk rammeverk og vitenskapelig ståsted. Det har derfor vært viktig for meg å sette meg godt inn i temaet, og forsøke å ha et åpent sinn uten fordommer da jeg inntok rollen som forsker. På den måten ønsket jeg å redusere muligheten for å overse eller gjøre antagelser uten at det fantes grunnlag for det. Jeg har opparbeidet meg forforståelse for temaet gjennom min bachelorutdannelse i sykepleie, samt i min tid som sykepleier ved gynekologisk sengepost. Videre har jeg fått økt forståelse og interesse for temaet gjennom min tid på masterstudiet i helsevitenskap. I løpet av de siste årene har jeg lest mye litteratur for å tilegne meg mer kunnskap. Jeg

har ofte luftet mine tanker og ideer med medstudenter, kollegaer, venner og veileder for å undersøke andre synsvinkler for temaet. Jeg har reflektert mye over temaet gjennom disse samtalene.

Malterud (2011) hevder at for stor nærhet til stoffet kan være et hinder for kritisk refleksjon, samt det kan føre til at man stadig søker kjente erfaringer i datamateriale. Nærhet til stoffet kan også opptre som en styrke da man i større grad evner økt forståelse og innsikt i problemstillingen (Malterud, 2011). Det har derfor vært viktig for meg å rette min bevissthet mot det faktum, at min forforståelse i stor grad kan påvirke min oppfattelse av det informantene mine forteller. Dette har ført til at jeg i større grad har evnet å stille kritiske spørsmål og reflektert rundt mine metodiske avgjørelser underveis i prosessen. Malterud (2011) påpeker at moderne vitenskapsteori avviser forestillingen om den nøytrale forsker som ikke øver noen form for innflytelse på kunnskapsutviklingen. Hun sier at forskerens ståsted, faglige interesser, motiver og personlige erfaringer, avgjør hvilken problemstilling som er mest aktuell, hvilket perspektiv som skal velges, hvilke metoder og utvalg som anses som relevante, hvilke resultater som besvarer de viktigste spørsmålene, og hvordan konklusjonene skal vektlegges og formidles. Det er derfor ikke et spørsmål om hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan (Malterud, 2011). Analyseprosessen skal beskrive og reflektere over hvilken betydning forskerens perspektiv har hatt for de endelige kategoriene som blir presentert som resultater. Malterud (2011) påpeker at både forskeren og leser skal være klar over hvilket analysenivå som er valgt. Dette er viktig for å forstå hva som er et resultat av analyseprosessen og hva som stammer fra forforståelsen (Malterud, 2011: 129-130).

Jeg er utdannet sykepleier, og under studiet har jeg arbeidet ved gynekologisk sengepost. Dette innebærer at jeg har kjennskap til pasienter som gjennomgår et svangerskapsavbrudd, og den medisinske prosedyren i den forbindelse. Jeg vil også si at dette har hatt innvirkning på mitt valg om å intervju kvinner som har en medikamentell hjemmeabort, noe som bunnet i et ønske om at studien skulle bidra med å få frem pasientens egne erfaringer. Det at jeg har arbeidet på en sengepost som bistår kvinner ved svangerskapsavbrudd, vil nødvendigvis ha en innvirkning både på intervjuene og

analysen. Mitt arbeid på gynekologisk sengepost har bidratt til min forforståelse. Jeg hadde en interesse av temaet og var påvirket av de erfaringer jeg hadde fra mitt arbeide. Jeg har forsøkt i så stor grad som mulig å balansere mellom den nytte jeg har opplevd av å ha kjennskap til pasientgruppen, og samtidig unngå at dette skulle komme i veien for en objektiv analyse av materialet. Det må allikevel understrekes at dette er de valgene jeg har gjort som forsker, en annen forsker vil vurdere materialet annerledes.

3.4 Dataanalyse

De transkriberte intervjuene som var mitt rådatamateriale, ble analysert i henhold til Graneheim og Lundman (2004) sin metode for kvalitativ innholdsanalyse. Underveis i analyseprosessen har jeg anvendt teori fra Malterud (2011) og Kvale og Brinkmann (2009; 2015), for å få en bred forståelse av prosessen fra rådata til resultater. Analysen skal bygge en bro mellom data og resultater. Datamaterialet skal organiseres, fortolkes og sammenfattes. Spørsmål til materialet stilles med utgangspunkt i problemstillingen. Svarene er de mønster og kjennetegn som blir identifisert gjennom systematisk og kritisk refleksjon (Malterud, 2011).

Ifølge Malterud (2011) vil problemstillingen som regel bli tydeligere formulert og spesifisert gjennom analysen, fordi datamaterialet forteller oss hvilke sider av det opprinnelige spørsmålet som det er mulig og meningsfullt å få svar på. Hun fremhever at forskeren i en kvalitativ studie ikke skal være redd for å bruke ny innsikt som oppstår underveis til å revidere problemstillingen og utvikle prosjektet (Malterud, 2011: 92). Delene må hele tiden valideres opp mot helheten. Alt kan ikke tas med, man må sørge for å ta med det som er viktig og formidle det tydelig og i en sammenheng så de forstås i tråd med informantenes virkelighet som det er hentet ut fra (Malterud, 2011). NVIVO 11 ble brukt til å håndtere data. Dette gjorde det lettere å bevege seg fram og tilbake gjennom intervjuteksten, koder og notater.

Analyseprosessen blir her presentert trinnvis:

1. Jeg startet analyseprosessen med å lese gjennom den transkriberte teksten flere ganger, for å danne meg et helhetsinntrykk av materialet (Graneheim & Lundman, 2004).
2. Neste trinn i analysen var å trekke ut de meningsbærende enhetene fra teksten (unit of analysis) (Graneheim & Lundman, 2004). Dette innebar at jeg samlet all tekst som inneholdt informasjon som kunne relateres til forskningsspørsmålet i studien i meningsbærende enheter.
3. Deretter skulle de meningsbærende enhetene bli kondensert. I henhold til Graneheim og Lundman (2004) innebar dette å forkorte de meningsbærende enhetene, men å bevare kjernen av innholdet.
4. Videre var neste skritt å kode de meningsbærende enhetene. I prosessen med å kode de meningsbærende enhetene skal hele teksten tas i betraktning og kodene skal befinne seg på et abstrahert nivå i forhold til de meningsbærende enhetene (Graneheim & Lundman, 2004). Kodene skal ifølge Coffey og Atkinson (1996, i Graneheim og Lundman, 2004) være verktøy å tenke med, og gjøre det mulig å tenke på datamaterialet på nye måter.
5. Neste steg var at de ulike kodene skulle bli vurdert og sammenliknet, basert på likheter og ulikheter, for så å deles inn i kategorier og temaer. Kategoriene skal ifølge Graneheim og Lundman (2004) forstås som en sammenfatning av det manifesterte innholdet i teksten. De skal kunne besvare spørsmålet «Hva?».
6. Siste steg i analyseprosessen var den underliggende meningen, det vil si det latente innholdet i de ulike kategoriene. Det ble formulert i to hovedtema. Et tema skal kunne besvare spørsmålet «Hvordan?» (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell I: eksempel på analyseprosessen

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori	Sub Tema	Tema
Ja, det å være positiv til alle scenarioer. Folk må få velge selv, og det må det bli lagt til rette for det. Jeg er jo veldig åpen, men ikke alle er det. Noen kan synes det er ubekvem å bli spurt om valget sitt. Men jeg likte ikke ordene som ble brukt: «at hjertet slo», «barnet». På meg ble det helt feil og litt drøyt.	Helsepersonell må være positiv til alle scenarioer. Noen kan synes det er ubehagelig å bli spurt om valget sitt. For meg ble det veldig feil å bruke ord som "hjertet slår" og "barnet".	Verdi- formidling i språket.	Selv bestemmelse	Oppleve kontroll	Den beste løsningen for livet mitt nå.
Jeg er flink til å google. Jeg visste ingenting før aborten. Det dummeste jeg gjorde var å dokumentere alt om barnet, hvor stort det er. Du kjører deg selv ned, får se hvor stort barnet er og så videre. Jeg visste jo ingenting. Det anbefaler jeg ingen.	Det dummeste jeg gjorde var å google barnets utvikling.	Vanskelig å finne realistisk og god informasjon om abort.	Informasjons behov.	Oppleve kontroll.	Den beste løsningen for livet mitt nå.
Jeg følte at jeg kunne stole på jordmoren, hun var imøtekommende og hyggelig. Hun gjorde meg ikke stresset.	Jeg følte jeg kunne stole på jordmoren, hun var hyggelig og det gjorde meg mindre stresset.	Empatisk og kompetent helsepersonell.	Omsorgsbehov.	Kjenne seg ivaretatt.	Den beste løsningen for livet mitt.

3.5 Etske overveielser

Før oppstart av prosjektet ble det undersøkt om prosjektet behøvde godkjenning både ved Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD). Det ble søkt om godkjenning fra REK. Tilbakemelding var at prosjektet ikke behøvde offentlig godkjenning fra dem. Etter søknaden fremstod prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet var ikke framleggingspliktig, jmfør Helseforskningsloven § 2 (vedlegg 2). Jeg opplyser om informantenes kjønn som er naturlig med tanke på studiens problemstilling, men utelater å opplyse andre bakgrunnsopplysninger som eksempelvis bostedskommune, alder, yrke eller andre sensitive opplysninger, som kan føre til at informantenes identitet spores eller gjenkjennes. Informantenes fulle navn står kun ført på samtykkeskjemaet som er oppbevart i låsbart skap. Personvernombudet ved det aktuelle helseforetaket hvor studien ble gjennomført tilrår prosjektet den 27.02.18 (se vedlegg 1).

Jeg har gjennom hele studieprosessen reflektert rundt etiske problemstillinger i tilknytning til studien. I henhold til Kvale og Brinkmann (2015) er det nødvendig å reflektere over etiske problemstillinger gjennom alle stadier av en intervjustudie. De hevder at i utførelsen av en forskningsprosess reises det spørsmål om verdien av den produserte kunnskap i henhold til studiens bidrag til samfunnet, og at samfunnsforskningen bør tjene vitenskapelige og menneskelige interesser (Kvale et al., 2015).

I henhold til Kvale og Brinkmann (2015) betyr informert samtykke at forskningsdeltakerne blir informert om studiens overordnede mål, hovedtrekkene i designen, og mulige risikoer og fordeler med å delta i studien. I tillegg må man sikre seg at de involverte deltar frivillig, og opplyse om at de når som helst kan velge å trekke seg fra studien (Kvale et al., 2015). I intervjuprosessen ble alle informanter informert om at deltagelse var frivillig, og at de til enhver tid sto fritt til å trekke seg fra studien dersom de ønsket, uten at det ville foreligge noen negative konsekvenser for helsehjelpen som

ble gitt. Jeg var fleksibel med tanke på tidspunkt og sted for intervjuet, for å redusere belastningen av deltagelse for kvinnene. Deltagelse i en studie kan for mange oppfattes som belastende, da de må ta seg tid i en ellers hektisk hverdag. Jeg brukte god tid på å gå gjennom samtykkeskjemaet for å unngå usikkerhet rundt studiens formål, samt hvilke forpliktelser som var gjeldende ved deltagelse. Intervjupersonene ble informert om at de når som helst hadde mulighet til å trekke seg fra studien. Informantene fikk informasjon om at opplysningene som ble registrert om dem, var knyttet til det digitale opptaket av intervjuet. Personopplysningene var alder, utdanningsnivå, antall svangerskap, antall fødsler, antall aborter og arbeidssituasjon. Intervjupersonen ble informert om rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som var registrert, og rett til å få korrigert eventuelle feil i disse opplysningene. De ble informert at dersom de ønsket å trekke seg, kunne de kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Dette var med mindre opplysningene allerede var inngått i analyser.

Konfidensialitet i forskningen innebærer at private data som identifiserer deltakerne ikke avsløres (Kvale og Brinkmann, 2009:90, Personopplysningsloven, 1978). Alle intervjuer ble overført fra båndopptaker til egen minnepenn og oppbevart i låsbart skap. Lydfilene ble deretter slettet fra båndopptaker. Lydfilene som er oppbevart på minnepenn vil bli slettet straks etter masteroppgaven er levert, senest 1/1-19. Informantene i denne studien er aidentifisert, og data fra intervjuene som kunne tenkes å bidra til gjenkjenning av informanter, er ikke direkte gjengitt i studiens resultatdel. Det blir heller ikke opplyst om hvilket helseforetak som er involvert i studien.

Det er viktig å reflektere rundt hvilke mulige konsekvenser deltakelse i en kvalitativ studie kan ha for deltakerne. Dette gjelder både de individuelle deltakerne og for gruppen de representerer (Kvale og Brinkmann, 2009: 91). Studiens fokus omkring abort vil gi grunnlag for en etisk refleksjon. Disse temaene kan frembringe ubehag hos intervjupersonen, dersom hun opplever skyldfølelse og skam. Selvbestemt abort kan utfordre individets verdisyn. Holdninger i samfunnet kan medvirke til at grupper og enkeltindivider opplever seg stigmatisert. Jeg reflekterte i forkant av intervjuene rundt om det kunne være en fare for at intervjupersonen ville oppleve intervjuet som moraliserende. Jeg kom fram til at det var viktig at jeg som intervjuer var bevisst rundt

dette med tanke på å minimere ubehag for intervjupersonen ved å delta i undersøkelsen. Mitt inntrykk var at temaene som kom opp under intervjuene i stor grad ble sett på som viktige og aktuelle spørsmål også for informantene. Flere kvinner uttrykte at de anså det som positivt at deres erfaringer kunne være til nytte for andre.

3.6 Studiens troverdighet

Graneheim og Lundman (2004) peker på at troverdighetsbegrepet i en kvalitativ studie skiller seg fra den tradisjonelle kvantitative forskningstradisjonen. Graneheim og Lundman (2004) bruker begrepene «gyldighet» («credibility»), «pålitelighet» («dependability») og «overførbarhet» («transferability») for å beskrive ulike sider ved troverdighet i kvalitative studier (Graneheim & Lundman, 2004).

Gyldighet handler ifølge Graneheim og Lundman (2004) om studiens fokus, og hvorvidt data og analyseprosessen er i stand til å besvare studiens mål og hensikt, og forskningsspørsmål reist i studien. Spørsmålet om gyldighet, kommer inn når man skal vurdere studiens fokus og sammenheng, metodevalg, utvalg av informanter, mengden av data man trenger og hvordan man går fram for å samle inn data. En viktig faktor for gyldighet i studien er, ifølge Graneheim og Lundman (2004), å velge de mest passende meningsenheter. Her vil både for vide og for smale meningsenheter kunne medføre en risiko for at mening går tapt under analyseprosessen. Gyldighet av studiens funn vil også komme an på, om kategorier og tema er dekkende for data, at ikke relevant data er systematisk ekskludert eller om irrelevant data er tatt med. Gyldighet vil og være et spørsmål om hvordan man vurderer likheter og ulikheter innenfor og mellom de ulike kategoriene (Graneheim & Lundman, 2004).

Pålitelighet i kvalitativ forskning vil, ifølge Graneheim og Lundman (2004), handle om den form for ustabilitet over tid som kan oppstå som en følge av endringer underveis i studieprosessen. Eksempler på dette kan være i hvilken grad data endrer seg over tid, og endringer forsker gjør underveis i analyseprosessen. Det blir påpekt at det er viktig å være konsistent og stille spørsmål om de samme områder til alle deltakere. På en annen side, vil forsker få ny innsikt i de fenomener det forskes på underveis i datainnsamlingen,

og det kan føre til at andre oppfølgings spørsmål stilles, og at noe av fokus til forsker endres (Graneheim & Lundman, 2004).

Overførbarhet i kvalitative studier handler om hvorvidt studiens funn, kan overføres til andre sammenhenger og grupper. Graneheim og Lundman (2004) peker på at forsker kan komme med forslag til overførbarhet, men at det er leseren selv som må vurdere om funnene i studien, vil kunne overføres til en annen sammenheng. For å bidra til overførbarhet, er det viktig at forsker gir en klar og tydelig beskrivelse av hvilken sammenheng studien er gjort i, utvalg og karakteristikkk av informantene i studien, samt en grundig beskrivelse av datainnsamling og analyseprosessen. En fyldig presentasjon av studiens funn, sammen med passende sitat, vil også øke overførbarheten (Graneheim & Lundman, 2004).

Gjennom studieprosessen har jeg reflektert rundt mine valg, med tanke på størst mulig grad å kunne sikre studiens troverdighet. I oppgaven er det gitt en beskrivelse av studiens informanter og i hvilken sammenheng datamaterialet står. Det er også gitt en beskrivelse av feltet det forskes på. Jeg har forsøkt å gjøre det tydelig gjennom hele oppgaven, hva som er hentet fra intervjuene i studien, og hva som er benyttet av andre kilder. Jeg har beskrevet de valg som er gjort gjennom prosessen, fra studiens mål og forskningsspørsmål, til valg av metode. Metode og analyse er systematisk beskrevet i oppgaven. Jeg har gitt en beskrivelse av min forforståelse og rolle som forsker. Det gis en fyldig presentasjon av studiens funn i oppgaven, som inkluderer sitater fra informantene. Det gis videre en beskrivelse av hva jeg som forsker, anser som denne studiens styrker og svakheter. Alt dette vil kunne bidra til studiens troverdighet.

4.0 Funn

I det følgende kapittelet vil studiens funn bli presentert. Jeg vil først presentere en tabell med oversikt over informantene med aktuell bakgrunnsinformasjon (se tabell II). Tabellen er anonymisert i henhold til Personopplysningsloven (1978), paragraf 13. Til sammen deltok fem kvinner i studien, som i løpet av perioden april til juli 2018 hadde oppsøkt helsetjenesten for å få medikamentell hjemmeabort.

Tabell II: Oversikt over informanter

Informant	Alders gruppe	Antall svangerskap	Antall aborter	Arbeidsstatus	Sivil status	Utdanning
1	20 – 24	4	3 provosert	Langtids - sykemeldt	Singel	Lavere grad
2	20 – 24	1	1 provosert	Student	Singel	Lavere grad
3	25 – 30	2	2 provosert	Student, deltidsjobb	Singel	Lavere grad
4	20 – 24	9	3 provosert 3 spontan	Barsel- permisjon	Singel	Lavere grad
5	25 – 30	4	2 provosert	Student	Samboer	Høyere grad

En oversikt over studiens funn vises i tabell III. Analysen er, som nevnt i oppgavens metodedel, gjort med utgangspunkt i Graneheim og Lundmans (2004) metode for kvalitativ innholdsanalyse. Det fremkom ett hovedtema gjennom analysen. Hovedtema, tema og kategorier presenteres her i tabell III.

Tabell III: Oversikt over hovedtema, tema og kategori

Hovedtema	Den beste løsningen for livet mitt nå	
Tema	Å oppleve kontroll	Å kjenne seg ivaretatt
Kategori	Selvbestemmelse Informasjonsbehov Distansere seg Stole på egen kropp	Et behov for omsorg og støtte Å ville skjule seg

4.1 Den beste løsningen for livet mitt nå

Hovedtemaet som fremkom i analysen av datamaterialet, var *Den beste løsningen for livet mitt nå*. Det viste seg å være gjennomgående for materialet som helhet. Under intervjuene hadde jeg som forsker, fokus på kvinnenes behov og ønsker ved en medikamentell hjemmeabort, og hvordan de erfarte hjemmeaborten. I intervjuene var det flere som omtalte hvordan møtet med helsepersonell hadde vært. Informantene beskrev ikke uttrykk for glede; for at de var blitt gravide og kan få barn i framtiden. De fleste forklarte dette med livssituasjonen sin. Dette var grunner som, at det passet ikke å få ett til barn eller at de var ikke i et fast forhold. Fraværet av glede over svangerskapet, ble tolket av kvinnen som en bekreftelse på at å ta abort, var den rette avgjørelsen. Flere av informantene beskrev det «å oppføre seg kaldt» som en personlig egenskap de hadde, som syntes å bidra til at kvinnen følte seg sikker på at abort var den rette avgjørelsen, og det gjorde at aborten følte mindre vond. En kvinne (intervju 1) beskrev det slik:

«Det var så kaos, det var så mye opp og ned. Jeg synes egentlig ikke abort er en løsning, men jeg fant ut at det var den beste løsningen da ... (beveget)»

Jeg valgte å dele dataene inn i disse to temaene; *Å oppleve kontroll* og *Å kjenne seg ivaretatt*. De to temaene ble delt inn i ytterligere seks kategorier: *selvbestemmelse*, *informasjonsbehov*, *distansere seg*, *stole på egen kropp*, *et behov for omsorg og støtte* og

å ville skjule seg. Disse kategoriene synes å representere viktige områder for informantene i opplevelsen av en medikamentell hjemmeabort.

4.1.1 Å oppleve kontroll

Under dette temaet vil informantenes erfaringer om da de fant ut at de var gravide og gjennom abortprosessen bli presentert, med utgangspunkt i slik informantene beskrev dette på intervjutidspunktet. På intervjutidspunktet var det gått 3 – 4 uker etter aborten, og deltakerne hadde fått litt avstand til erfaringen. Kvinnene beskrev at å bli uplanlagt gravid fikk dem til å tenke over livet sitt, deres sosioøkonomiske situasjon, hva de ønsket for fremtiden sin og andre barn å ta hensyn til. Det syntes å medvirke til tanker om hva som ville være et riktig valg i livet for fosteret, for kvinnen selv og for familien hennes. Det syntes som essensielt for kvinnene, å tilstrebe en følelse av å oppleve kontroll i situasjonen. Dette ble representert i data gjennom fire kategorier: *selvbestemmelse*, *informasjonsbehov*, *distansere seg* og *stole på egen kropp*. En kvinne (intervju 5) sa det slik:

«Hmm, det var liksom sånn ... (stille) det var omstendighetene her hjemme. Vi har to barn fra før av ser du. Jeg er student. Han eldste vår er ganske krevende. Det var et valg vi tok sammen, og det rette valget med omstendighetene hjemme. Hadde vi vært i en annen situasjon, hadde vi kanskje valgt noe annet».

Informasjonsbehov

Kvinnene beskrev under intervjuene hva de gjorde for å forberede seg til aborten. Det å innhente informasjon, ble formidlet som essensielt for flere av informantene. Det syntes å gi en følelse av at de fikk kontroll over situasjonen, og kan forstås som en viktig mestringsstrategi. Flere av kvinnene (intervju 1,2 og 3) gav uttrykk for at å innhente informasjon, var en måte å forberede seg til aborten på. Flere av informantene beskrev at de søkte erfaringsbasert kunnskap fra venninner, som hadde tatt abort før. Dette ble beskrevet å være informasjon om hvordan en gikk fram for å få abort, hvordan en fikk utført abort, selve aborterfaringen og tiden etterpå. En kvinne (intervju 1) beskrev at hun

prøvde å ta til seg all informasjon hun fikk, og at hun slik prøvde «å roe seg ned» med det. En annen kvinne (intervju 5) beskrev at hun så seg selv ansvarlig i forhold til å hente inn informasjon. Hun uttrykte det slik at hun følte hadde fått den informasjonen hun hadde behov for muntlig og skriftlig på sykehuset. Hun beskrev videre at hun ikke hadde lest den skriftlige informasjonen, og hadde heller ikke søkt etter noe ytterligere informasjon utover den som hadde blitt gitt på sykehuset. Det kan synes som hun ikke ønsket andres erfaringer, da en abort kan oppleves ulikt. Kvinnen (intervju 5) sa:

«Nei, jeg tenker det hadde vært mer opp til meg selv. Jeg kunne lest mer. Men alle har jo forskjellige historier, en kan bli litt skremt og. Noen har det forferdelig, mens andre har det helt greit.»

Flere av kvinnene synes også å bruke sine egne tidligere fødsels – og aborterfaringer til å forberede seg. De som hadde født før, eller hadde en tidligere abort, syntes ikke å ha samme behov for å søke informasjon eller få informasjon om hvordan selve aborten var. Da var det heller konkret informasjon om medisiner og hva de skulle gjøre, de hadde behov for. Informantene gav uttrykk for at det kunne være vanskelig å skille hva som var god informasjon, og informasjon som ble skremmende. Det meste av informasjonen som ble innhentet, var via internett. Etersom det meste av informasjonen ble innhentet fra internett, ble det beskrevet av kvinnene som vanskelig å skille hva som var pålitelig informasjon. To informanter (intervju 2 og 4) beskrev det at det å lese om andre aborterfaringer, hadde bidratt til at følte de hadde gruet seg mer enn nødvendig. Videre var det en av informantene som hadde lest om fosterets utvikling. Det preget henne, og det syntes hun å angre på i ettertid. Hun (intervju 1) sa:

«Jeg er flink til å google. Jeg visste ingenting før aborten. Det dummeste jeg gjorde var å undersøke alt om barnet, hvor stort det er og sånn. Du kjører deg selv ned, når du får se hvor stort barnet er og så videre. Jeg visste jo ingenting før det. Det anbefaler jeg ingen».

Aborterfaringer beskrives til å være individuelle. Flere av informantene rapporterte at deres aborterfaring ikke ble så ille som de hadde fryktet (intervju 2, 4 og 5). Flere beskriver at tanken på abort, viste seg å være verre enn aborten. Det synes i tillegg som om kvinnene hadde et behov for adekvat og realistisk informasjon fra helsepersonell om forventet blødning og smerter. Kvinnene rapporterte at de hadde fått god nok informasjon om hvordan blødningen kunne bli fra helsepersonell, og at de erfarte den som realistisk. De av informantene som hadde tidligere aborterfaringer, sammenliknet informasjonen de hadde fått ved forrige abort, og om de hadde klart å forstå og relatere den til situasjonen. Flere beskriver den første aborten, som om at de ikke følte seg nok forberedt. Hovedgrunnen syntes å være, at de følte de hadde fått mangelfull informasjon. Det ble reflektert over ulike grunner til det. Noen kvinner (intervju 1, 4 og 5) beskrev at de hadde kanskje ikke hadde klart å forstå informasjonen, eller at helsepersonell hadde glemt å si det. Noen av kvinnene rapporterte at usikkerhet ved håndtering av medisiner (intervju 1), uro på grunn av sterke smerter (intervju 3 og 5), gjorde at de ved forrige abort hadde ønsket at de heller var på sykehuset på et tidspunkt. En informant (intervju 3) sa:

«... første gang kunne jeg tenkt meg å være på sykehuset egentlig. Da synes jeg det var ubehagelig når jeg ikke hadde gjort dette før og ikke visste hva som kom til å skje. Jeg visste ikke nok om aborten og om jeg var ferdig, smerter og alt sånn. Det var mye styr med tablettene, jeg visste ikke om jeg gjorde rett. I tillegg hadde jeg veldig vondt. Jeg følte meg mer forberedt nå. Hvis jeg hadde blitt bedre forklart, ville jeg kanskje vært mer forberedt. En får jo et ark å lese, men det å faktisk bli fortalt at du kommer til å ha mye smerter. Ja, og at det er ikke alltid tablettene virker med en gang for eksempel ...»

Funnene tilsier at å få adekvat og realistisk informasjon, syntes til å ha nær sammenheng med hvor forberedte kvinnene følte seg til aborten. Flertallet av informantene beskrev at de kunne tenkt seg mer konkret informasjon om smertene, og hvordan det ville bli. En av informantene (intervju 4) beskrev smertene som vanskelige å beskrive til andre. Denne kvinnen fremmet at alle kvinner er forskjellige. Hun beskrev det slik at det som ble hennes erfaring med smerter ved en abort, ville ikke nødvendigvis bli en annen sin erfaring. En av informantene, (intervju 3), rapporterte at det skjedde noe uventet under aborten. Tablettene som skulle settes vaginalt, kom ut igjen etter en liten stund. Dette

formidlet hun at hun ikke fått informasjon om kunne skje, og det synes som at hun følte at hun mistet kontroll over situasjonen. Hun beskrev at hun ble usikker på om aborten ville bli gjennomført, og hun hadde ringt til avdelingen.

Det syntes som at følelsen av å ha kontroll var viktig for kvinnene, og deres informasjonsbehov hadde nær sammenheng med dette. Kvinnene som hadde gjennomgått en abort før, beskrev den tidligere aborten som den erfaringen som best hadde forberedt dem til aborten. En av informantene (intervju 2) beskrev det slik at hun hadde ikke noe særlig behov for informasjon, hun «tok det som det kom» og følte seg rolig.

Selvbestemmelse

Det å kunne bestemme selv, syntes å ha betydning for informantene. To informanter, (intervju 1 og 5), uttrykte et ønske om å ta en uavhengig avgjørelse i forkant av aborten, men at deres livssituasjon var preget av at dette var et uløselig dilemma. Det ble beskrevet en ambivalens i forhold til valget om å ta abort, og at det gav dem motstridende følelser. Det synes ikke å være en lett avgjørelse, men informantene beskrev den som den beste avgjørelsen på nåværende tidspunkt. En kvinne (informant 5) gav uttrykk for at avgjørelsen ble tatt «på gyngende grunn». Hvis det hadde gått lenger tid før hun fikk time til aborten, var hun engstelig for om hun ville skifte mening. En informant (informant 4) var bekymret for om helsepersonell skulle si noe ved samtalen på sykehuset, som ville få henne til å skifte mening. Hun beskrev det som at hun var sikker på valget, før hun kom til sykehuset, og at hun ville bare ha informasjon hun trengte til å gjennomføre aborten.

Det å kunne ta et valg om hvordan en ønsket å utføre aborten, ble beskrevet av kvinnene til å bidra til å fremme egen selvbestemmelse. De syntes å oppleve en mulighet til å ta kontroll over egen helse, ved å kunne velge hvordan de ville håndtere aborten. Alle informantene gav uttrykk for, at de hadde opplevd det som de hadde et valg om hvordan de ønsket å ta aborten; hjemme eller på sykehuset. De beskrev videre at de var helt sikre på at de ville være hjemme under aborten. Flere av informantene (intervju 1,2 og 5) beskrev at det var praktisk valg å få være hjemme. Å slippe å ordne med barnevakt og

andre praktiske hensyn å ta i forhold til å komme seg på sykehuset, ble beskrevet til å forenkle abortprosessen. En kvinne (intervju 2) forklarte at det var viktig for henne at hverdagen gikk som normalt, og det var en av grunnene til at hun ønsket å være hjemme under aborten. Det syntes å bidra til at kvinnen følte seg sikrere på at ingen fikk vite om aborten, og å gi henne en følelse av økt kontroll over situasjonen. Hun (intervju 2) sa det slik:

«Men, sånn da jeg tok aborten hjemme så har det ikke hatt effekt på hverdagen. Det er ingen som skjønner noe. Det var veldig viktig for meg at ingen skulle vite noe».

Tidsaspektet ble beskrevet som viktig for informantene. Som nevnt tidligere, beskrev informantene seg som sikre på at de ønsket en abort. Tanker om tiden som gikk og fosteret som vokste, syntes å gi kvinnene uro og stress. Funnene fra studien viser at informantene beskrev det som viktig å få aborten fort, ettersom de var såpass sikre på valget sitt. Flere årsaker til dette ble rapportert, som at det var tøft å vente på å komme på sykehuset, kvinnene visste at det var en tidsfrist for å få lov til å være hjemme og et ønske om å få aborten overstått så snart som mulig. En informant (intervju 5) beskrev en forventning om at aborten ville bli vondere jo lenger tiden gikk. Dette syntes å bekymre henne i forkant av aborten. Flere av informantene rapporterte en bekymring om at selvbestemmelsen ble svekket, ettersom deres ønske om å få hjemmeabort, kunne bli begrenset. Flere kvinner rapporterte at de syntes at det var lenge å vente på å få komme på sykehuset. En kvinne (informant 2) beskrev det slik:

«Det var bare viktig at ... Jeg stresset med at det var gått for langt. Det var viktig at det gikk an å gjøre hjemme».

Flere beskrev en følelse av lettelse i ulike deler av prosessen. Denne lettelsen syntes å ha sammenheng med mulighet til å kunne ta et valg om abort. En informant (intervju 1) beskrev en lettelse når avgjørelsen var tatt, mens en informant var lettet da hun hadde svelget den første tabletten, for at prosessen endelig var i gang (intervju 5). En kvinne

(intervju 2) beskrev det slik at hun ble lettet da blødningen startet, for kroppen gjorde som den skulle. Alle informantene beskrev en lettelse da aborten var over. Det var lettelse fordi at det var overstått, og andre var mer lettet fordi det hadde gått bedre enn forventet. En av kvinnene uttrykte lettelse etter aborten for forbindelsen til barnets far omsider ble da brutt. Denne lettelsen uttrykte kvinnen slik (intervju 1):

«Jeg kjente egentlig mest en form for lettelse, med tanke på barnefaren. Men det er ekkelt ... Jeg forstår litt mer alvoret i at jeg gjorde det rette. Det som måtte til for at jeg skulle få et godt liv for meg og sønnen min. Den siste gangen (aborten) var den enkleste, samtidig som den var vanskelig. Det var den som gjorde at jeg kom unna ham (barnefaren)».

Distansere seg

Flere av kvinnene beskrev at de distanserte seg fra egne følelser på et eller annet tidspunkt. Å distansere seg fra egne følelser, kan i andre sammenhenger være en lite hensiktsmessig mestringsstrategi. Men informantene beskrev at ved å distansere seg fra egne følelser, opplevde kvinnene å gi rasjonelle tanker mer rom. Det syntes å hjelpe dem både til å bestemme seg, før aborten, og i selve gjennomføringen av aborten. Grunnene de oppgav for abortavgjørelsen, syntes å være med til å gi aborten mening og distansere seg ytterligere fra embryoet og selve aborten. En av kvinnene (intervju 2) uttrykte det slik:

«Men jeg har ikke kjent noe fysisk egentlig. Det har ikke vært så nært for meg. Jeg har ikke hatt type eller noen ting ... Ja, det gjorde alt bedre. Det er ingen tvil om det. Ja, det er ikke viktig å snakke om. Jeg vil ikke tenke på at det har skjedd, for det bryr meg ikke. Da er det sånn, det er et tema jeg ikke trenger å snakke om.»

Det at svangerskapsavbruddet ble utført såpass tidlig, syntes å gi en distanse til det å føle at en gjorde noe som ikke følte etisk rett. En informant, (intervju 5), sa at hadde hun vært lenger på vei, måtte hun kanskje bare nullstille seg selv og vurdert å fullføre

svangerskapet. Kvinnen beskrev at ved ultralyden så hun «bare en liten klump». Hadde hun vært lenger på vei, hadde hun sett mer hva embryoet kunne blitt. Kvinnen (intervju 5) beskrev at hun følte at det var mer etisk rett å utføre abort tidlig i svangerskapet. En kvinne (intervju 1) hadde lest om fosterets utvikling. Hun hadde også barn fra før, og det preget henne å tenke på hva embryoet kunne bli. Ved å tenke på andre grunner til aborten, syntes hun å distansere seg fra tanker om hva embryoet kunne bli. Det å være hjemme, i stedet for på sykehuset, syntes å gi en ytterligere distanse til selve aborten. En av informantene (intervju 4) beskrev det slik at hun trodde at aborten hadde gjort et større inntrykk hvis hun hadde vært på sykehuset. Hun beskrev det slik at da trodde hun at hun måtte prate mer med sykepleier om selve aborten. Det ville dermed føre til at hun ville ta det innover seg i større grad. Det kan da synes som at det å velge hjemmeabort, medfører at hun får en distanse fra handlingen.

Stole på egen kropp

Flere av kvinnene formidlet at det «å kjenne sin egen kropp» hjalp dem i abortprosessen. Kvinnene beskrev at det hjalp både som forberedelse til aborten, under selve aborten og tiden etter. Det syntes å gi en følelse av kontroll og trygghet. Alder, erfaring med tidligere svangerskap, fødsel og abort var aspekter som informantene beskrev bidrog til å øke kunnskapen om egen kropp. To av informantene, (intervju 1 og 5), beskrev det slik at de kjente på kroppen at de hadde abortert, og hadde derfor ikke tenkt å ta graviditetstesten. De syntes å stole på egen vurderingsevne og hadde tillit til egen kropp. Det «å kjenne sin egen kropp» ble beskrevet av flere av informantene som en av forutsetningene for å anbefale en hjemmeabort til andre kvinner, hvis de skulle komme i den situasjonen, og en viktig faktor som gav dem trygghet ved aborten. Selve aborten ble beskrevet som å gå greit av informantene. Det syntes å være varierende hvor kraftig blødning kvinnene hadde. Flere av informantene beskrev det slik at de hadde sterke smerter under aborten. To av informantene beskrev at smertene hadde vært vanskelige å håndtere, og at de dermed følte de mistet kontroll. En kvinne (intervju 4) beskrev det slik:

«Åh, fy ... Det er vondt. Jeg hadde glemt ut hvor vondt det var.. Jeg tenkte jeg vil aldri gjøre noe liknende igjen, føde eller noe. Det gjør så vondt ... Verre enn menssmerter. Jeg er ikke en person som tar mye smertestillende, men da knasket jeg det som sukkertøy. Jeg

lå med ti kniver i magen og hadde det forferdelig. Jeg er ikke en person som har mye smerter til vanlig ... Venninnene mine som har tatt abort, fikk bare menssmerter. Jeg lå dønn vater, og gråt av smerter. Dette tror jeg er veldig individuelt. Smertestillende hjalp ikke noe særlig. De burde nok gitt litt mer ut.»

Funnene av denne studien indikerer at kvinnene var fornøyde med tilbudet om hjemmeabort. Å ha mulighet til å ta aborten hjemme, syntes å gi kvinnene en opplevelse av kontroll. Kvinnene beskrev at de følte seg sårbare, og hadde et behov for å føle seg trygge. Det å kunne være hjemme, ble beskrevet som et tryggere og mer avslappende alternativ. På sykehuset var det flere aspekter som ble beskrevet som utrygge; blant annet frykt for å treffe noen en kjenner, og at jordmor eller sykepleier ikke skulle overholde taushetsplikten. Til tross for sterke smerter, beskrev informantene det som om de opplevde det slik at de hadde håndtert aborten greit og ville anbefale den metoden til hvis noen de kjenner skulle komme i samme situasjon.

4.1.2 Å kjenne seg ivaretatt

Under dette temaet vil informantenes tanker om å kjenne seg ivaretatt bli presentert. Det er med utgangspunkt i informantenes beskrivelser av opplevelsen av medikamentell hjemmeabort. Resultatene viser at informantene har et behov for å kjenne seg ivaretatt. Det å kjenne seg ivaretatt, var essensielt for at kvinnen skulle oppleve støtte. Det ble beskrevet en dualitet i kvinnenes behov; et ønske om å motta omsorg, men samtidig en frykt for å bli dømt og å ville skjule seg. To kategorier vil bli beskrevet: *et behov for omsorg og støtte* og *å ville skjule seg*.

Et behov for omsorg og støtte

Funnene av studien viste at informantene beskrev et behov om å bli møtt med omsorg. En av informantene gav uttrykk for at moren var en sentral støtte i prosessen. Kvinnen (intervju 3) valgte å være hjemme hos moren sin under aborten, i stedet for hjemme hos seg selv. Hun beskrev det som at det var godt å vite at mor var der, spesielt da smertene stod på. Å ha moren hos seg, ble formidlet av kvinnen til å bidra til at hun følte seg trygg.

Kvinnens mor ble beskrevet til å hjelpe med å prøve å lindre smertene, å trøste og å utgjøre en støtte bare ved å være tilstede. To av kvinnene (intervju 1 og 2) sa at de ikke hadde informert moren sin om aborten, men de hadde allikevel gjort seg opp en tanke om at skulle det skje noe, var det mor de ville kontakte. Kvinnene beskrev det slik at de hadde planlagt at de kunne komme i kontakt med sin mor om det skulle være behov for det, og hadde undersøkt at hun ville være tilgjengelig på selve abort dagen. Dette beskrev informant 2 slik:

«Jeg var alene, men mamma og de var hjemme i tilfelle. Jeg sa det aldri til henne, men tenkte jeg kunne det om det ble «gale» liksom. Jeg hadde mamma tilgjengelig, men jeg orket ikke å si noe hvis jeg ikke trengte. Derfor lot jeg det være lengst mulig.»

En annen kvinne (intervju 5) hadde barnefaren tilstede. Hun gav uttrykk for at barnets far var hennes hovedstøttespiller, og at det hadde vært en felles avgjørelse å velge abort. Det ble beskrevet som at det føltes godt at det var et valg de hadde tatt sammen, og det rette valget med tanke på omstendighetene hjemme. Det at han var deltakende og at hun erfarte at det var en felles avgjørelse, ble beskrevet av kvinnen som støtte. Informanten beskrev det som at hun hadde håndtert aborten alene, men det var godt at han var i huset og at han var tilgjengelig hvis hun skulle trenge han. Hun (intervju 5) beskrev det slik:

«Hvis det var første gang og du er ung, vil jeg anbefale at du gjør det på sykehus. Uten tvil! Det ville jeg gjort for å være på den sikre siden, du er ganske alene i den situasjonen. I hvert fall en god venninne eller noe, ha en annen rundt deg. Det blir jo ikke på samme måte som at jeg hadde han (barnefar) der. Men det kommer jo an på, og hvor sikker du er på valget du tar. Men allikevel kan du sitte med en dårlig følelse, så jeg ville kanskje tatt den på sykehuset. Da har du noen å snakke med. Det er faktisk ganske enkelt hvis det er noen der, noe helsepersonell (å snakke med). Jeg ville bare sagt at en bør hvert fall ha en person å dele det med. Den hjemme greia fungerte veldig bra for meg, og at du må vite hva du vil før du gjør noe.»

Det syntes at for en førstegangsgavid, ble det anbefalt av informantene å være et sted med helsepersonell. Å ha mulighet til å prate med noen, ble beskrevet til å kunne hjelpe på ambivalente følelser i forbindelse med en abort (intervju 4 og 5). Kvinnene anbefalte å ha noen å dele aborterfaringen med. En av informantene (intervju 1) hadde valgt å ikke dele med noen at hun tok abort. Kvinnen beskrev det slik at hun opplevde støtte av å gå i stallen å ri. Hun beskrev en trist følelse etter aborten. Å ri syntes å hjelpe henne til å samle tankene, og hun følte seg bedre etterpå.

Flere av deltakerne beskrev at de hadde pratet med en venninne som hadde gjennomgått en tidligere abort (intervju 2, 3 og 4). Det ble beskrevet at det var nøye utvalgt hvem kvinnene pratet med, den venninnen hadde kvaliteter som de satt pris på i denne prosessen. Informantene rapporterte at det eksempelvis var på grunn av at venninnen var jordnær (intervju 3), til å stole på (intervju 4) eller hadde erfart en tidligere abort selv (intervju 2). Når en venninne kom med råd og informasjon, syntes det ikke som at kvinnene opplevde som et press, men heller som bidrag til å se hennes situasjon fra et annet perspektiv. En annen kvinne (intervju 5) beskrev det slik at det var bare føltes godt at en venninne spurte hvordan hun hadde det.

Informantene beskrev at de forventet helsepersonell til å gi god informasjon og tilpasset veiledning. Noen syntes å være engstelige for hvordan helsepersonell kom til å opptre (intervju 1, 4 og 5). En kvinne gav uttrykk for at det føltes godt å bli møtt med empati og omsorg av helsepersonell (intervju 1). Å få informasjon om medisiner og selve abortprosessen syntes å bli oppfattet som uttrykk for omsorg (intervju 2 og 5). Videre ble konkrete handlinger fra helsepersonell beskrevet som tegn på omsorg. Dette bidro til at kvinnen følte seg ivaretatt. Det var eksempelvis å få låne en lader til mobiltelefon. En av informantene (intervju 4) uttrykte det slik:

«Det viktigste for meg var den oppfølgingen jeg fikk. Hmm, huff... Jeg synes egentlig det gikk veldig fint, jeg var såpass bestemt på dette. Det var ingen tvil om hva jeg skulle gjøre. Det var bare den oppfølgingen jeg fikk på sykehuset. Om medisinene for eksempel.

Da føler man seg litt verdsatt, at man blir tatt imot av noen. Jordmoren jeg hadde var veldig flink, hun forklarte meg godt hvordan det var.»

Informantene rapporterte at de opplevde at helsepersonell brukte god nok tid ved konsultasjonen på sykehuset, og at det føltes betryggende. Enkelte informanter beskrev at de følte seg «sett». Det syntes som at å møte helsepersonell som var empatisk og interessert, lettet på stresset som situasjonen gav (intervju 5). Flere rapporterte at god informasjon fra helsepersonell som viser at en har god nok tid, ble oppfattet som uttrykk for omsorg (intervju 1, 3 og 4). En informant (intervju 2) gav uttrykk for at sykepleier og jordmor opplevdes som empatisk og kompetent. Dette ble beskrevet som betryggende. Opplevelsen av å bli møtt av noen en følte en kunne stole på, og som var hyggelig, syntes å gjøre situasjonen mindre stressende. Det å oppleve støtte, syntes å gi økt mestring og dermed en opplevelse av økt kontroll. Alle informantene beskrev at de var takknemlige; for å kunne velge hjemmeabort og for omsorgen de mottok fra helsepersonell.

Funn fra studien syntes å være at telefonsamtalen fra sykehuset, utgjorde en forskjell for informantene. En informant (intervju 2) beskrev at det hjalp henne til å håndtere aborten ved å få konkrete råd. Kvinnen beskrev det slik at telefonsamtalen bidro til at hun fikk bekreftet at aborten gikk som den skulle. Videre beskrev en annen informant (intervju 1), at det var godt å vite at det var en sykepleier å ringe til og at hun ville være tilgjengelig. En annen kvinne (intervju 5) rapporterte at ettersom det kom en telefon fra sykehuset, ventet hun med å ringe til sykehuset selv om hun hadde et spørsmål. Det syntes som telefonsamtalen utgjorde en form for omsorg, og ble beskrevet til å bidra til at aborten ble håndterbar. En kvinne (intervju 5) beskrev det slik:

«Det var godt at den telefonsamtalen kom og det at jeg kunne ringe. Det at det var noen tilgjengelige ... så var det greit å vite at noen passet på. Det gikk så fint da jeg var på sykehuset og.»

Å ville skjule seg

Informantene beskrev det uplanlagte svangerskapet og aborten som en privat erfaring. Informantene rapporterte, som tidligere nevnt, at de var selektive angående hvem de valgte å snakke om aborten med. En av informantene (intervju 5) forklarte det med at hun ikke ønsket å få en annens synspunkt som kunne bidra til at hun endret mening. Det ble rapportert fra de andre informantene at de ikke ønsket å prate om aborten med noen. En informant (intervju 2) beskrev det slik at om hun pratet om aborten, ble den et tema. Hun ønsket ikke å prate noe særlig om aborten. En av kvinnene (intervju 5), gav uttrykk for at hun hadde satt pris på fraværet av kritiske spørsmål fra jordmor og sykepleier. Det syntes som hun bare ville ha informasjonen hun trengte for å gjennomføre aborten, og ikke prate noe mer. To av informantene (intervju 1 og 5) rapporterte at de hadde kjent på en frykt for å bli «dømt» av helsepersonell fordi de tok abort. En av kvinnene beskrev hennes overraskelse og ubehag da hun følte hun ble møtt med kritiske spørsmål fra helsepersonell. Kvinnen (intervju 5) rapporterte det slik:

«De bør ikke spør om hvorfor. Det synes jeg ikke. Ikke spør om jeg er sikker og om jeg har tatt det rette valget. Det spørsmålet fikk jeg ikke denne gang ... Man skal ikke spør om det, synes jeg. Du trenger ikke å få råd av en du går til når du skal få medisiner til abort. Jeg synes de bare skal følge en oppskrift med informasjon om hva du skal gjøre. Så er du ferdig og går hjem. Sant? Jeg vet ikke, kanskje hun må spørre om det? Men en jordmor trenger ikke å spør om det ...»

Det kan synes som om dette var tanker hun selv hadde hatt i forkant, men de ble forsterket når det ble gitt uttrykk for av en annen person. Alle informantene rapporterte at de hadde hatt et klart ønske om å få ha hjemmeabort før de kom på sykehuset. Kvinnene beskrev forskjellige årsaker til valget om å ta aborten hjemme, blant annet mer privatliv, avslappende å få bestemme over forløpet selv uten å forholde seg til andre, og et behov for å være alene. En kvinne (intervju 4) beskrev at det å gå gjennom en abort var for privat til å dele med noen. Til tross for sykehusets anbefalinger om å ha en annen voksen tilstede, viste funnene av studien at flere av informantene hadde valgt å være alene under aborten. En kvinne (intervju 1) beskrev det slik:

«Det gav meg kontroll i en situasjon hvor jeg ikke har noe kontroll. I alle fall å føle at en har det. Jeg er lat på morgenen, og liker å sove lengst mulig. Det kan jeg ikke på sykehuset, jeg ligger på vakt hele tiden. På sykehuset er det deres klokke som styrer dagen, men jeg vil gå etter min. Jeg visste at jeg burde ha noen hos meg. Jeg løy til jordmødrene. Men det er bedre å være alene ... Jeg ville aldri tatt en abort på sykehuset igjen, en føler at en blir kikket for mye på der. At en vil bli dømt fordi en tar abort. En får ikke ta ting i sitt eget tempo. Jeg har vært en del på sykehus. En får ikke tid til å tenke selv, en har alltid et tidspress. En kan ikke være helt seg selv nesten. En vil faktisk ha egentid under en abort. En abort er ikke lett, selv om det er det beste. Da må en være kald.»

Som beskrevet tidligere, rapporterte informantene at de ønsket å holde aborten privat. En kvinne (intervju 5) gav uttrykk for at det følte unødvendig, at det ikke skulle skje at hun ble gravid når det ikke var planlagt, og at det burde vært unngått. Hun beskrev ved intervjutidspunktet at hun hadde pratet med en venninne og barnefar, og hadde ikke lyst å prate med noen andre om det. En informant (intervju 4) beskrev seg selv som et åpent menneske, som vanligvis var fortrolig og åpen med å dele ting med mennesker. Hun beskrev at hun synes det var greit å høre om andres aborterfaringer, og at hun var forvalget kvinner har om å ta abort. Hun beskrev videre at det følte greit å dele egne aborterfaringer under intervjuet. Det ble allikevel formidlet at hun ikke følte det som greit å være åpen om sin egen abort med flere. Hun beskrev det som «et stille tema». Hun (intervju 4) uttrykte det slik:

«Akkurat det med abort. Jeg er veldig åpen og synes det er greit å snakke med deg om det (aborten). Men jeg vil allikevel holde det privat. Det blir stille liksom ... Det å ligge på sykehuset er litt ubehagelig. Jeg synes det var veldig bra at jeg fikk være hjemme.»

Informantene syntes å gi uttrykk for et behov for å skjule seg. Det å ta abort ble beskrevet som noe hun skulle klare alene (intervju 1,2 og 4). Som nevnt tidligere var det en kvinne (intervju5) som hadde barnefaren hjemme hos seg under aborten. Kvinnen rapporterte at

dette var noe hun måtte gjøre alene, selv om mannen var tilstede, for det var hennes kropp som skulle gjennomgå en abort. Det syntes som at grunnet dette, følte hun seg alene om erfaringen. Alle informantene utenom en kvinne (intervju 2), hadde tatt abort tidligere. Flere av kvinnene som hadde hatt tidligere abort, beskrev det som flaut å ringe inn for å bestille time til ny abort. En kvinne (intervju 1) sa hun skammet seg. Å få være hjemme og håndtere aborten selv, syntes å oppleves som tryggere av kvinnene. En av informantene (intervju 5) beskrev en distanse til aborten når hun fikk være hjemme. Hun formidlet videre at hun trodde aborten hadde gått mer inn på henne, om hun hadde vært på sykehuset. Hun (intervju 5) beskrev det slik:

«Ja, jeg valgte å ha aborten hjemme. Da har jeg det trygge rundt meg og sitter i min egen stue. Jeg tror at hvis jeg var på sykehuset og med helsepersonell, hadde det (aborten) gått mer innpå meg. Hvis jeg skulle gjøre det igjen, noe jeg ikke håper, vil jeg anbefale å gjøre det hjemme.»

Flere av informantene beskrev det slik at de bekymret seg for om taushetsplikten ville bli overholdt på sykehuset. Noen av kvinnene beskrev at det var ubehagelig å tenke på at det var en mulighet for å treffe noen som de kjente, og at de dermed kunne forstå at de hadde tatt abort. En kvinne (intervju 1) traff en bekjent da hun var på sykehuset. Hun beskrev det slik at hun visste at personen hun traff hadde taushetsplikt, men forklarte at hun hadde brukt mye energi på å tenke på om hun ville overholde taushetsplikten. En annen informant (intervju 3) har selv jobbet på sykehuset, og rapporterte at hun bekymret seg for om hun ville treffe tidligere kollegaer. Hun formidlet at hun stolte på dem, men at hun ikke ønsket at noen skulle se henne og muligens forstå hvorfor hun var på sykehuset.

Flere av kvinnene beskrev en ambivalens i forbindelse med aborten. Alle informantene beskrev seg selv som sikre på valget sitt. Videre beskrev informantene lettelse i ulike faser av aborten. En kvinne (intervju 5) hadde en trist følelse i sammenheng med aborten, hun beskrev det slik:

«Jeg var sikker på valget mitt. Men jeg hadde dårlig samvittighet den dagen ... Det gikk over da. Jeg hadde samme følelse da jeg hadde en spontan abort. Litt sånn hvorfor ... og en tom følelse. Men jeg var sikker, og jeg angret ikke nå. Nei, det blir stille liksom ... Det gjør det.»

Tristheten ble, ved intervjutidspunktet, beskrevet som å ha vært forbigående. Flere av informantene formidlet betydningen av å være sikker på sin avgjørelse. Det ble beskrevet av informantene som en medvirkende årsak til at de ikke angret i ettertid. Å klare aborten alene, syntes å være en styrkende erfaring. Det ble beskrevet av informantene at å kunne ta ansvar for egen behandling, å få bestemme selv hvordan aborten skulle bli og ha innflytelse på egen helse og å mestre abortsituasjonen bidrog til dette. Funn av studien viser at flere av informantene gav uttrykk for at de ville anbefale andre kvinner å ta en abort hjemme, hvis en kom i en slik situasjon. En kvinne (intervju 5) sa at det var under forutsetning av at du vil føle deg trygg hjemme og at du har en fortrolig å dele erfaringen med. Funn av studien indikerer at hjemmeabort kan fungere bra, så lenge kvinnen er sikker på valget sitt.

5.0 Diskusjon

Jeg vil her diskutere studiens funn i lys av oppgavens teoretiske rammeverk og tidligere forskning.

Kvinner opplevelse av medikamentell hjemmeabort

Hovedfunn i studien var at informantene hadde en felles opplevelse av at abort var den beste løsningen for livet deres da. Dette gjenspeiles i de to temaene *Å oppleve kontroll* og *Å kjenne seg ivaretatt*. Temaet *Å oppleve kontroll* viser til at det søkes mot en opplevelse av kontroll i forbindelse med en hjemmeabort. Informantene beskrev ulike strategier for å oppnå følelse av kontroll. Temaet *Å kjenne seg ivaretatt* beskriver informantenes behov for støtte og omsorg i abortprosessen. Funnene indikerer at kvinnene har et ønske om å bli møtt med omsorg, men samtidig et ønske om privatliv i forbindelse med en hjemmeabort. Problemstillingen i studien «*Hva er kvinners opplevelse av medikamentell hjemmeabort?*» ledet frem til seks kategorier som viste seg å være av betydning: *Selvbestemmelse, informasjonsbehov, distansere seg, stole på egen kropp, et behov for omsorg og støtte og å ville skjule seg*. Det vil her bli diskutert i forhold til betydning for kvinners opplevelse av en hjemmeabort. Først vil jeg presentere et vennstrålediagram som viser sammenheng mellom «Opplevelse av sammenheng» og hovedtemaet som fremkom av studien «Den beste løsningen for livet mitt nå». Denne sammenhengen vil bli diskutert i det følgende kapittelet.

Tabell IV: Vennstrålediagram over «Opplevelse av sammenheng» og «Den beste løsningen for livet mitt nå».



Å oppleve kontroll

Informasjonsbehov

Studiens funn beskriver at kvinnene hadde et behov for å oppleve kontroll i ulike faser av aborten. Kvinnen søker å finne sammenheng i og strukturere situasjonen hun er i som hun er ikke – planlagt gravid. Informantene beskriver ulike strategier for å oppleve kontroll, det var blant annet å innhente informasjon til å håndtere aborten. Studiens funn beskriver at kvinnene hadde et informasjonsbehov. De søkte både muntlig og skriftlig informasjon. En kvinne beskrev det til «å gi ro». Dette kan settes i sammenheng med begripelighets - komponenten i Antonovskys (1979) opplevelse av sammenheng (OAS). Med forståelig menes i hvilken grad en oppfatter situasjonen som sammenhengende, strukturert og tydelig. Det motsatte er kaotisk og tilfeldig. En kvinne beskrev sitt eget ansvar for å innhente informasjon. Hun hadde fått muntlig informasjon på sykehuset, men hadde ikke lest den skriftlige informasjon hun hadde blitt gitt. Hun beskrev det slik

at hun dermed kunne følt seg mer forberedt seg bedre ved å ta i bruk tilgjengelig informasjon.

Informantene beskrev at store deler av informasjonen ble innhentet fra internett. Å lese erfaringsbasert informasjon ble beskrevet til å kunne være skremmende, en informant beskrev det slik at «tanken på abort var verre enn aborten». Det kan synes som at ved å lese erfaringsbasert informasjon fikk ikke kvinnene et korrekt bilde av hvordan aborten kunne bli. Det ble beskrevet at kvinnene ønsket realistisk informasjon om smerter og blødning i forbindelse med abort. Noen av informantene formidlet at de ikke følte seg godt nok forberedt på smertene, men at «selve» aborten gikk etter forholdene greit. Tidligere studier understreker at helsepersonell bør være ekstra bevisst informasjonsbehovet hos kvinner som ikke har født eller har aborterfaringer fra før (Hedqvist et al., 2016). Dog, kvinnen i denne studien som var førstegangsgavid, beskrev det som «at hun tok det som det kom», og formidlet at hun hadde fått nødvendig informasjon til å håndtere aborten.

Selvbestemmelse

Det fremkommer i studien at å erfare selvbestemmelse ved en medikamentell hjemmeabort var viktig for informantene. Å erfare selvbestemmelse utfra studiens funn ble beskrevet til å handle om å mulighet til å velge abort på et uavhengig grunnlag, og å kunne velge hjemmeabort. Det fremkom av studien at avgjørelsen om abort kunne oppleves som et uløselig dilemma. Funnene beskriver en spenning mellom egen avgjørelse og innflytelse fra andre. Alle kvinnene oppgav ulike grunner for hvorfor de ønsket abort. Det ble beskrevet til å være deres økonomiske situasjon, at de ikke var i et forhold og av hensyn til andre barn og nåværende familiesituasjon. Studiens funn indikerer at kan en stille seg spørsmål om avgjørelsen da blir tatt helt alene, og om avgjørelsen da kan bli helt autonom. Kvinnene beskrev avgjørelsen som deres, men historiene deres indikerer at de har reflektert grundig over eget liv og konsekvensene et ikke - planlagt svangerskap vil få.

Dette kan tolkes som en kognitiv bedømmelse av hva som vil være den beste løsningen for livet hennes nå, og henger også sammen med begripelighets komponenten i Antonovskys (1979) opplevelse av sammenheng. Funnene indikerer at å oppleve kontroll, har en positiv effekt på opplevelsen av mestring ved en abort. Det er i tråd med empowerment begrepet (Mæland, 2016). Det handler om at den enkelte gis myndighet til å selv være retningsgivende i eget liv. Det å ha kunnskap og erfaring med hva som hjelper ved en abort ble beskrevet til å være nyttig. Høy grad av håndterbarhet, krever en høy grad av begripelighet. Gjennom kunnskap som ikke er ensidig eksperstyrt, synes motivasjonen til å være retningsgivende i eget liv å bli styrket. Gjennom valg av metode, beskriver kvinnene å ha en aktiv rolle i behandlingen, å ta kontroll over egen helse og dermed eget liv. Å velge abort gir en mulighet til å kunne planlegge og å ha innflytelse på eget liv, og hvordan det vil bli. Studiens funn syntes å fremme at det å velge abort kan gi en følelse av at man mestrer livet, nettopp fordi man har tatt et valg.

I forhold til denne studiens forskningsspørsmål om hva som er kvinners opplevelse av medikamentell hjemmeabort, viser resultatene at medvirkning oppleves helsefremmende og hjalp dem til å forberede seg til aborten. Sentralt i empowerment er at mestringsevnen til den det gjelder øker. Heggen (2007) beskriver mestring som å klare noe på egenhånd, og å takle stress slik at en kommer videre på en god måte (Heggen, 2007, i Tveiten, 2012: 174). I henhold til Antonovsky (1979; 1987), og hans poengtering av opplevelse av sammenheng (OAS) som viktig for mestring, vil det være betydningsfullt for kvinner å delta i beslutninger angående egen reproduktiv helse. Dette innebærer valg av abort metode, og når aborten skal bli utført. Informantene beskrev tiden som viktig for dem, og gav uttrykk for at deres selvbestemmelse følte svekket grunnet begrenset med tid. Det følte lenge å vente på å få time på sykehus. Det var viktig å få time på sykehuset fort, og informantene formidlet et behov for å få aborten overstått så snart som mulig. En informant gav uttrykk for en engstelse for å endre mening dersom det gikk for lang tid. Folkehelsearbeidet i Norge skal bygge på Ottawacharteret (WHO, 1986), og være empowermentbasert. Dette innebærer at pasientens stemme skal tas på alvor, og at praksis skal være brukerorientert (Gammersvik & Larsen, 2018). Min studie belyser at ventetid på å få komme til sykehuset burde reduseres for å ivareta kvinnens selvbestemmelse i større grad.

I en studie av Gammersvik og Alsvåg (2009) fremkom det at sykepleiere er usikre på anvendelse av empowerment i praksis (Gammersvik & Alsvåg, 2009). Min studie støtter Gammersvik og Alsvåg (2009) sin poengtering av bevisstgjøring blant helsepersonell i henhold til Ottawacharteret og hva det kan bety i sykepleien. Her må det nevnes at min studie ikke har sykepleiers eller helsepersonell sitt perspektiv, men at det er pasientstemmen som kommer til uttrykk. Tveiten (2012) sier at sykepleier har en veiledende rolle i empowerment prosessen (Tveiten, 2012). Hun viser til at sykepleier og pasient er ekspert på hvert sitt felt og skal samarbeide i prosessen. Denne studien viser at det å få individuell veiledning tilpasset sine behov er hjelpsomt og kan bidra til motivasjon. Kvinnene beskriver et ulikt informasjonsbehov, og dermed et ulikt utgangspunkt for å få tilstrekkelig informasjon til å mestre en hjemme abort. Ifølge Kjelsvik bør helsepersonell tillate seg selv å bli involvert og å ha ekspertisen til å møte kvinnens ulike behov (Kjelsvik & Gjengedal, 2011). Studiens funn indikerer at kvinners selvbestemmelse kan bli fremmet ved at helsepersonell anerkjenner kompleksiteten av reproduktive valg. Funnet fra min studie vil gi støtte til at pasientene bør ha mulighet til å delta i egen behandling og å ta ansvar for reproduktiv helse. Erfaringen om å ta en så viktig avgjørelse kan gi bedre selvfølelse. Å kunne ta et veloverveid valg om hvordan en ønsker å leve sitt eget liv, kan bidra til at hun føler seg styrket, selv om det har vært en vanskelig erfaring. Dette kan relateres til meningsfullhet komponenten i Antonovskys (1979) opplevelse av sammenheng. I forhold til dette er vil det være viktig å støtte den enkelte kvinne med å oppleve sin situasjon som forståelig og meningsfull. Gjennom å se på hva som oppleves som meningsfullt for kvinnen, kan en kartlegge hva som kan bidra til motivasjon for henne.

Distansere seg

Det fremkommer av studien at ved et ikke planlagt svangerskap, gav kvinnene uttrykk for ulike måter å distansere seg fra aborten. Det syntes som at å distansere seg fra aborten var en mestringsstrategi. Flere av kvinnene beskrev at de distanserte seg fra egne følelser på et eller annet tidspunkt. Å distansere seg fra egne følelser, kan i andre sammenhenger være en lite hensiktsmessig mestringsstrategi. Men informantene beskrev at ved å distansere seg fra egne følelser, opplevde kvinnene å gi rasjonelle tanker, mer rom. Det

syntes å hjelpe dem både til å bestemme seg, i tiden før aborten, og i selve gjennomføringen av aborten. Som tidligere beskrevet, var tiden viktig for kvinnene. En annen informant beskrev det slik at det ble mindre nært å ta abort jo tidligere den ble utført. Det syntes som at hun følte at aborten var mer etisk «forsvarlig», jo tidligere den ble utført. For flere av informantene var det viktig å få mulighet til å ta aborten hjemme. Det ble beskrevet at det gav en ytterligere distanse til selve aborten. En informant beskrev det slik at hun trodde aborten hadde gått mer inn på henne, om hun hadde vært på sykehuset. Hun opplevde da at da hadde hun vært nødt til å prate om aborten med helsepersonell, og ta den mer inn over seg. Mens en informant beskrev en nærhet til fosteret og hva det kunne bli, beskrev andre fosteret som noe de ikke ville tenke på. Dette er likt som for erfaringene til unge kvinner i to svenske studier, som beskrev det slik at kvinnene tok vare på og beskyttet graviditeten, det var både en nærhet og avstand til egen kropp og fosteret (Makenzius et al., 2013). Et annet eksempel til denne kroppslige dobbeltheten, var lettelsen en kvinne beskrev etter aborten når båndet mellom hennes kropp og barnefaren ble brutt. Da ble bruddet mellom dem endelig, kvinnen fikk den motivasjonen hun trengte til å avslutte relasjonen.

Å stole på egen kropp

Funn fra studien viser at kunnskap og tillit til egen kropp ble ansett som viktig av kvinnene. Det ble beskrevet til å fremme kontroll og gi trygghet under aborten. Alder, erfaring med tidligere fødsler eller abort ble beskrevet til å bidra til kunnskap og tillit til egen kropp. Det ble beskrevet aspekter ved aborten som gjorde at informantene følte at de mistet kontroll over situasjonen. Eksempel på dette var at kroppen ikke gjorde som forventet og at blødningen var utilstrekkelig. En kvinne beskrev smertene som kraftigere enn forventet, og at hun følte hun mistet kontroll. Informantene beskrev ulike strategier for å gjenvinne kontroll. Gjennom å søke opplevelsen av kontroll, strekker en seg mot mestring av situasjonen. Dette er i tråd med salutogen tilnærming, hvor det er sentralt at den enkelte opplever å mestre hverdagen, og prøver å finne måter å leve med de utfordringene som oppstår (Antonovsky, 1979). Antonovsky (1979) fremhever her opplevelse av sammenheng (OAS) som viktig for å styrke evnen til å tåle stress og belastning. Studiens funn viser at til tross for at et selvbestemt svangerskapsavbrudd er en kompleks erfaring, kan en finne en balanse hvor en hviler i avgjørelsen en tok og

finner strategier til å håndtere aborten. Antonovsky (2012) utfordrer sykepleierne til å være oppmerksomme på disse mekanismene, og at vi gir pasientene mulighet til utvikling av opplevelse av sammenheng. Å gjennomgå en medikamentell abort hjemme kan oppleves som stressende. For en sykepleier, vil oppgaven være å gjøre situasjonen både forståelig, håndterbar og meningsfull. En tar utgangspunkt i den enkelte pasients mestringsressurser og tilfører bevisst de mestringsressursene som kreves. Dette gjelder både kognitive og praktiske ressurser. En skal oppmuntre til engasjement, og sørge for gode erfaringer på mestring tilpasset pasientens forutsetninger (Gammersvik, 2012). I et salutogent perspektiv vil man ha mer fokus på personen. I henhold til Antonovskys (1987) perspektiv er ikke stressfaktorer nødvendigvis å regne som uheldige. Hva som vil predikere et godt utfall, vil være avhengig av hvordan man stiller seg i en vurdering av hva som er helsebringende faktorer, og hvordan man vurderer risikofaktorer. Antonovsky (1979; 1987) hevder at personer med sterk OAS vil i høyere grad vise helsefremmende atferd enn personer med svak OAS.

Kvinnens opplevelse av «å kjenne seg ivaretatt»

Et behov for omsorg og støtte

Et sentralt funn i studien er betydningen av støtte. Støtte og forståelse var viktig for informantene. I denne studien kan kvinnens valg om å betro seg og involvere nære andre, bli forstått som en strategi for å mestre en krevende livssituasjon. Å involvere andre gir en mulighet for å motta omsorg, få nye perspektiv og nyttig informasjon til å håndtere aborten. Dette kunne være sammen med venninner, familie eller helsepersonell. Flere av kvinnene formidlet viktigheten av å ha en fortrolig å prate om aborten med. Antonovsky (1987) fremhever sosial støtte som en nødvendig faktor for opplevelse av sammenheng. Ved å oppleve sosial støtte, kan det bli mer tydelig for kvinnen selv hva som er hennes egne behov og ønsker. Dette handler om motivasjon, og kan settes i sammenheng med håndterbarhet komponenten (Antonovsky, 1987). Kvinnen undersøker hvilke tilgjengelige ressurser hun har, og handler deretter. Her forstås da tilgjengelige ressurser som støtte fra omgivelsene og egne, indre ressurser. Telefonsamtalen fra helsepersonell på abortdagen ble fremhevet til å ha en støttende funksjon. Kvinnene uttrykte at det føltes trygt å ha sykepleier å ringe til. En kvinne beskrev det slik at ettersom hun visste at

sykepleier ville ringe, lot hun være å ringe sykehuset med spørsmål som hun hadde. Telefonsamtalen utgjorde altså en støttende funksjon, og synes å bidra til å redusere henvendelser til sykehuset.

Avhengighet av andre gir imidlertid også en mulighet for at et behov for støtte ikke blir innfridd, at tillit blir brutt eller at kvinnen ikke blir møtt med den forståelsen hun har behov for. I studien utført av Kjelsvik (2011) var et av funnene at uforbeholden støtte i form av «jeg støtter deg uansett hva du gjør», opplevdes som lite hensiktsmessig for kvinnene. Det gav ikke noe konkret råd eller avgjørelsesgrunnlag når de ønsket å diskutere aborten (Kjelsvik & Gjengedal, 2011). Avhengighet til andre fordrer en relasjon som kan gi en makt ubalanse. Denne makt ubalansen har sammenheng med kvinnens selvbestemmelse som ble tidligere beskrevet. Abortrettigheter fordrer at kvinnens privatliv, individualitet og selvbestemmelse ivaretas. Denne makt ubalansen viser seg også ved at kvinnen har rett til abort, men hun er avhengig av helsepersonell for å få gjennomført aborten. Flere informanter gav uttrykk for frykt for reaksjon fra jordmor eller sykepleier når de kom på sykehuset. To informanter gav uttrykk for skuffelse når de hadde blitt møtt med kritiske spørsmål fra helsepersonell. De følte seg «dømt» av helsepersonell, og at de opplevde det som om jordmor eller sykepleier ville påvirke valget deres. Avgjørelsen om abort var tatt før de kom til sykehuset, de uttrykte kun et ønske om å få informasjon til å håndtere aborten og å bli møtt med forståelse for avgjørelsen. Informantene gav uttrykk for at de opplevde det som mangel på støtte. En kvinne som ønsker abort befinner seg utenfor sitt vante miljø. Mange vil være i en sårbar situasjon, både når det kommer til opplevelse av sammenheng og når det gjelder sosial støtte. Dette er sammenfallende med funn som i studien utført av Hanschmidt og medforfattere (2016). Imidlertid viser funn fra Gallagher, Porck og Edgley (2010, i Kjelsvik et al., 2018) at helsepersonell føler seg forpliktet til å forsikre seg om at kvinnen tar et veloverveid valg og at valget er basert på kvinnens egen mening. En måte å sikre seg dette på, var å spørre kvinnen helt konkret om dette. I møter med kvinner som ønsker abort, tilstreber helsepersonell å møte dem på en ikke – dømmende og støttende måte (Kjelsvik et al., 2018; Purcell et al., 2017). Helsepersonell beskriver kvinnene som sårbare, lette å påvirke og potensielt ambivalente til avgjørelsen. De gav uttrykk for en ansvarsfølelse for å avdekke en mulig usikkerhet, selv om de så på kvinnene som autonome og med retten til å bestemme over egen kropp. Grunner som helsepersonell

oppgav, var at å ta abort er en endelig avgjørelse som en ikke kan gjøre annerledes. Videre ble det fremmet at kvinnene har en begrenset tid å ta en avgjørelse på (Kjelsvik et al., 2018). Når helsepersonell beskriver deres ansvar til å bli involvert i kvinnens opplevelse av aborten, var en av grunnene å anerkjenne at kvinnen er ensom i situasjonen, grunnet stigma knyttet til abort. Andre fokuserte mer på kvinnens autonomi og tenker at de ikke er forpliktet til å utforske kvinnens følelser eller grunner til abort (Kjelsvik et al., 2018).

I min studie opplevde noen av kvinnene at sykepleier eller jordmor gav uttrykk for deres mening om aborten ved å bruke et verdibasert språk. Studiens funn indikerer at kvinnene fikk en opplevelse av at gjennom et verdibasert språk, forsøkte helsepersonell å påvirke kvinnen til å endre sitt valg. En av kvinnene beskrev det som at alt gikk mye bedre enn hun hadde forventet i forbindelse med selve aborten. Det eneste hun husket, var et møte med helsepersonell som hun følte ville påvirke henne. I studien av Kjelsvik (2018) kom det fram at da helsepersonell snakker med abortsøkende kvinner, la de vekt på språket som kvinnen brukte. Det ble beskrevet at helsepersonell tilstreber å bruke kvinnens språk, men var bevisst på å bruke korrekt terminologi. Hvis kvinnen brukte ordet «barn», så ville hun bli korrigert. Helsepersonell vil da ifølge den studien si «Vi bruker ikke denne terminologien så tidlig i svangerskapet. Da bruker vi foster, embryo eller svangerskapsprodukt» (Kjelsvik et al., 2018). Sett i lys av min studie, kan helsepersonell bli ytterligere bevisst verdiformidlingen i språket og dens påvirkningskraft. I en studie utført i Sverige, ble det konkludert med at lang erfaring fra gynekologisk sengepost og religiøse synspunkter, er risikofaktorer for helsepersonell for å ha en negativ holdning til abort (Purcell et al., 2017). En negativ holdning til abort, påvirker sykepleiers evne til empati for kvinnen og kan dermed komme til uttrykk ovenfor kvinnen. Det vil ha konsekvenser for pasientbehandlingen. Informantene gav uttrykk for utilstrekkelig smertelindring, og et ønske om at smertelindringen skulle revurderes. Dette er i tråd med funn fra tidligere forskning utført av Hedqvist og medarbeidere (2016). Den studien konkluderte med at smertelindringen ikke opplevdes som tilstrekkelig, og at kvinnene behøvde bedre informasjon omkring smerter og blødning. I min studie var samtidig en anerkjennelse av at å gå gjennom en abort er vondt, og det er ikke alltid mulig å bli helt smertelindret. Det å ikke bli tilstrekkelig smertelindret har i tidligere studier blitt

beskrevet av kvinner, som et uttrykk for negativ holdning til abort av helsepersonell (Hedqvist et al., 2016).

Å ville skjule seg

Funn fra studien beskriver at en aborterfaring anses som en privat erfaring. En kvinne beskriver aborten som «et stille emne». Flere av informantene gav uttrykk for at de ikke ønsket å prate noe videre om aborten. Flere av informantene gav uttrykk for at de var for abort, men det syntes å ligge en spenning i at det ikke var greit med «min abort». Det at det var kun var deres kropp som kunne gjennomgå aborten, ble beskrevet til å forsterke følelsen av ensomhet. Informantene gav uttrykk for et klart ønske om hjemmeabort. Det ble beskrevet som mer avslappende, og at det ville føles tryggere å være i kjente omgivelser under aborten. To av informantene beskrev videre et behov for å være alene, en aborterfaring var for privat til å dele med noen. Den kan synes som kvinnene hadde et behov for å skjule seg. Ved å bli gravid når det ikke var planlagt, fremstod det fra noen av kvinnene som det var blitt gjort noe «feil» og «unødvendig». Flere av informantene hadde hatt tidligere aborter, og skammet seg over dette. Det synes som om kvinnene uttrykte en skuffelse over å ha satt seg selv i denne situasjonen. Funn fra studien antyder at det er en bluferdighet også i behovet for å holde aborten skjult.

Dette kan også settes i sammenheng med vansker med rekruttering til min studie og frafall av informanter underveis. Tilbakemeldinger fra dem som allikevel ikke ønsket å delta, var blant annet at det var et tema de ikke komfortable å prate mer om. Abortprosessen ble beskrevet til å være preget av motstridende følelser; lettelse, forbigående tristhet og dårlig samvittighet. Selv om avgjørelsen om å ta abort kan gi motstridende følelser, ble de beskrevet som midlertidige. Dette er i tråd med tidligere forskning. De fleste kvinner som gjennomgår en abort er lettet etterpå, og har ingen langvarig anger eller psykiske problemer (Kjelsvik & Gjengedal, 2011). Jeg undrer meg på hvordan abort kan bli en del av en felles kunnskap, hvis ingen prater om det. Studier omkring abort stigma (Hanschmidt et al., 2016) indikerer at kvinner bruker hemmelighold for å forebygge negative reaksjoner fra venner, familie eller samfunnet. Dette hemmeligholdet kan imidlertid medføre sosial isolasjon, ensomhet eller at negative

følelser blir ignorert. Kvinnen har et ønske om å ikke vise den siden av seg selv, det er for privat og sårbart.

Selv om det å gjennomgå en abort kan være en påkjenning, viser denne studien at kvinnen kan komme styrket ut av det. Kvinnene kan erfare en stolthet over å ha tatt ansvar for egen helse, og at hun tok en avgjørelse som føltes rett. En svensk studie viser at avgjørelsen om abort, kan være den første selvstendige avgjørelsen en kvinne tar (Aléx & Hammarström, 2004). Her kommer meningsfullhet – komponenten til uttrykk (Antonovsky, 1979). Ifølge Antonovsky (1979) er mening en viktig komponent for opplevelse av sammenheng (OAS). Opplevelse av mening er sentralt når det kommer til å skape motivasjon. Salutogenesen handler som nevnt tidligere om å øke evnen til mestring ved helseutfordringer, hvor både forståelighet, meningsfullhet og håndterbarhet er viktige komponenter (Antonovsky, 1979). I forhold til dette vil det være viktig å støtte den enkelte kvinne med å oppleve sin situasjon som forståelig og meningsfull. Her vil det være hensiktsmessig at helsepersonell forsøker å kartlegge hva som kan bidra til motivasjon, gjennom å se hva som er meningsfullt for pasienten. Kero, Wulff og Lalos (2009) hevder at ambivalens er et vanlig fenomen i sammenheng med selvbestemt abort. Følelsen av ambivalens er logisk i sammenheng med en abort, og at en erfarer at verdier kolliderer. Å erfare en medikamentell abort kan lede til økt modenhet og kunnskap om seg selv. Innenfor salutogenesen og empowerment tenkningen, er selve grunntanken at man tar utgangspunkt i den enkelte. Denne studien belyser at det oppleves som positivt å bli tatt med i beslutninger som gjelder en selv. Ambivalente følelser kan en mestre, det betyr ikke nødvendigvis at en vil angre på aborten.

5.1 Studiens troverdighet

I det følgende vil studiens styrker og svakheter bli belyst.

I min rolle som forsker, kan min erfaring og kunnskap fra mitt virke som sykepleier ved gynekologisk sengepost, utgjøre både en styrke og svakhet til studien. Min erfaring har

gitt meg kunnskap om den medisinske situasjonen kvinner går gjennom og prosedyrene som er ved denne type inngrep. Det er imidlertid også en risiko for at jeg som forsker vil se etter kjente mønster eller trekke forhastede slutninger. For å unngå dette, gjorde jeg meg bevisst disse fallgruvene. Som forsker økte jeg oppmerksomheten omkring egen forforståelse og hadde et fokus på hver enkelt informants erfaringer. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) handler gyldighet om studiens fokus, og hvorvidt data og analyseprosessen er i stand til å svare på studiens mål, hensikt og forskningsspørsmål. Spørsmål om gyldighet kommer inn når man skal vurdere studiens fokus og sammenheng, metodevalg, utvalg av informanter, mengden av data man trenger og hvordan man går fram for å samle inn data.

Grunnet at studien inngår i et masterforløp har tidsbegrensing vært en utfordring. Det var først en utfordring med tanke på rekruttering av informanter. Rekrutteringen ble planlagt slik at den var avhengig av et samarbeid med jordmor eller sykepleier. Det var utfordrende å treffe alle aktuelle jordmødre og sykepleiere med informasjon om studiens rasjonale, og hva jeg ønsket de kunne bidra med til studien. Dette var grunnet at ikke alle var tilstede ved informasjonsmøtet grunnet turnusarbeid. Det ble avtalt individuelle møter med de resterende jordmødrene og sykepleierne. Det å være såpass avhengig av andre i rekruttering, viste seg å være tidkrevende og vanskelig. Under planlegging av studien ble det ansett som den mest hensiktsmessige rekruttering, for å sikre overførbarhet og pålitelighet til studien, ved at aborten ble utført på noenlunde samme tid, og at det ville være omtrent like lang tid mellom abort og intervju tidspunkt for informantene. Underveis i rekrutteringsprosessen, ytret noen jordmødre at ikke alle abortsøkende kvinner ble informert om studien. Dette ble begrunnet med at kvinnene gav uttrykk for at aborten opplevdes som «for sår», eller at det hadde ikke vært anledning til å gi informasjon grunnet lite tid. Dette kan ha påvirket mine funn ettersom noen aktuelle informanter da ble utelatt i rekrutteringsprosessen. I utgangspunktet skulle kvinnene ta kontakt med forsker per e – post. I løpet av en periode på 1,5 måned var det ingen kvinner som henvendte seg til forsker og ønsket å delta i studien. Sett i lys av disse erfaringene, kunne rekruttering blitt gjort på en annen måte. Rekruttering kunne blitt gjort på en mer åpen måte, eksempelvis via sosiale medier som Facebook. Videre kunne det vært fremmet tydeligere at intervju kunne blitt utført på en mer anonym måte. Det kunne vært datastøttede intervjuer, for eksempel via e – post eller chat. Chat kunne muligens sikre

en raskere respons og rikere data. Det ville mest sannsynlig bli vanskelig å generere like rikholdige data som et dybdeintervju (Kvale & Brinkmann, 2009: 161).

Pålitelighet i kvalitativ forskning vil ifølge Graneheim og Lundman (2004) handle om den form for ustabilitet over tid som kan oppstå som en følge av endringer underveis i studieprosessen. Jeg har tilstrebet å være konsistent, og stilt de samme spørsmålene til deltakerne. Imidlertid har jeg som forsker fått ny innsikt i fenomenet det har blitt forsket på underveis i datasamlingen. Å transkribere intervjuene etter hvert intervju har bidratt til dette. Ny innsikt kan bidra til at andre oppfølgingsspørsmål stilles, og at noe av fokus til forsker endres (Graneheim & Lundman, 2004).

Når man utfører intervju, kan man aldri være helt sikre på informantens åpenhet. Å prate om aborterfaringer kan være et sårbart tema. Jeg var bevisst at intervjuerfaringen ikke skulle oppleves som moraliserende, og gikk gjennom intervjuguiden med medstudenter for å oppdage spørsmål som kunne oppleves som støtende og som kunne gjøre at åpenheten ble svekket. For å kunne sikre dette i enda større grad, burde det ha blitt gjennomført et prøveintervju med en informant.

Studiens gyldighet og overførbarhet begrenses av antall deltakere. Et større utvalg kunne gitt mer variasjon i svar, og kunne beskrevet andre erfaringer relatert til et uventet svangerskap og abort. Alle kvinnene i denne studien fikk utført en tidlig abort. Ifølge Løkeland (2017) blir de fleste aborter utført før uke 9 i Norge. Overførbarhet i kvalitative studier handler om hvorvidt studiens funn kan overføres til andre sammenhenger og grupper (Graneheim & Lundman, 2004). Flere av kvinnene som det i utgangspunktet var avtalt intervju med, valgte å avlyse intervjuet fordi de ikke var komfortable allikevel å snakke om aborten. Å få deres erfaringer med i studien ville gitt rikere data. Imidlertid var informantene pratsomme, oppmerksomme og reflekterte omkring sine svar. Under selve intervjuene prøvde jeg å etterspørre informantene ved å si «Har jeg forstått deg riktig?» eller «Så det du mener er?». Dette var viktig for å korrigere misforståelser. Dette har styrket studiens datamengde og er essensielt i en kvalitativ studie.

Det viste seg å være problematisk at intervjutidspunkt var tiltenkt fire uker etter aborten. Flere informanter trakk seg fra intervju grunnet at det gikk lang tid, i tillegg til at jeg som intervjuer måtte vente før jeg fikk innsamlet datamaterialet. Kombinasjonen av å ha brukt lang tid på rekruttering, og disse fire ukene etter aborten før intervju, gav mindre tid til arbeidet med analyse av datamaterialet. Det kan synes som om det kunne vært mer hensiktsmessig å ha intervjuene tidligere. Det ville muligens sikret mindre frafall fra studien, samt at jeg som forsker ville fått bedre tid til analysen. En viktig faktor for gyldighet i studien er ifølge Graneheim og Lundman (2004) å velge de mest passende meningsenhetene. Dette vil eksempelvis være at meningsenhetene kan bli for vide eller for snevre, om kategorier og tema er dekkende for data, og hvordan man vurderer likheter og ulikheter i studien (Graneheim & Lundman, 2004). Som forsker har jeg jobbet store deler selvstendig. Det er en styrke til studien at det er jeg som forsker som har både gjennomført og transkribert intervjuene. Det har skapt en nærhet til datamaterialet, og jeg kjenner det godt. Nærhet til stoffet kan fremstå som en styrke da man i større grad evner forståelse og innsikt i problemstillingen. Under presentasjon av funn, blir flere sitater fra intervjuene løftet frem. I tillegg til at det øker gyldighet, øker det også overførbarheten ved at leser i større grad kan vurdere selv om funnene i studien vil kunne overføres til en annen sammenheng. Malterud (2011) hevder at for stor nærhet til stoffet kan være et hinder for kritisk refleksjon. Ettersom jeg har arbeidet selvstendig store deler av arbeidet med masteroppgaven, og grunnet begrenset tid, har ikke studien fått like mye innspill fra medstudenter, undervisere og veileder. Innspill fra flere i analyseprosessen hadde bidratt til å styrke studiens gyldighet. For å styrke dette ytterligere, kunne informantene lest det ferdig transkriberte datamaterialet. Da kunne informantene kommet med innspill eller korreksjoner til det skrevne datamaterialet. Malterud (2011) skriver at det vil alltid skje en fordreining av hendelsen når muntlig samtale skal omsettes til tekst, også ved en detaljert gjengivelse ord for ord. Dette var imidlertid ikke gjennomførbart grunnet tidsbegrensing. Alle informantene ble oppfordret til å ta kontakt med forsker om de ønsket å tilføye noe til studien.

6.0 Konklusjon

Studien har undersøkt kvinners erfaringer med medikamentell hjemmeabort, med fokus på hva slags helseinformasjon bidrog til å forberede kvinnen til aborten og hvilke behov for støtte, kvinnen hadde. Studien viser at å oppleve kontroll og å kjenne seg ivaretatt er viktig i sammenheng med en hjemmeabort. Kvinnene fremhever *selvbestemmelse, informasjonsbehov, å stole på egen kropp, distansere seg, et behov for omsorg og støtte og å ville skjule seg* som sentrale aspekter ved opplevelsen.

Informasjonsbehov

Kvinnene beskriver et informasjonsbehov for å forberede seg til aborten. Studiens funn indikerer at det kan være vanskelig å finne god informasjon om abort. Informasjon ble innhentet fra forskjellige kilder; erfaringsbasert informasjon fra venninner og som oftest internett. Flere av informantene beskrev tidligere fødsels – og aborterfaringer som det som best forberedte dem til aborten. Flere av informantene beskrev det som at «tanken på abort var verre enn aborten». Det kan synes som at kvinnen ikke hadde et rett bilde av hva hun kunne forvente ved en abort. Å lese andres aborterfaringer kunne oppleves som skremmende. Studiens funn gir også en indikasjon på hva slags informasjon kvinnene ønsker av helsepersonell i forkant av aborten. Informantene gav uttrykk for at de fikk adekvat informasjon fra helsepersonell, men ønsket mer realistisk informasjon om smerter. Den bør være realistisk, nøktern og adekvat.

Selvbestemmelse

Å gjennomgå en medikamentell hjemmeabort ble beskrevet til å innebære motstridende følelser. Hovedtemaet «*den beste løsningen for livet nå*» fremstod som gjennomgående i datamaterialet. Kvinnene hadde gjort en grundig vurdering av egen livssituasjon, og beskrev en mulighet til å ta et valg. Studiens funn viser at det å kunne velge hjemmeabort var et medvirkende aspekt i ivaretagelsen av kvinnens selvbestemmelse. Etersom jordmor og sykepleier møter kvinnen over en kort periode på sykehuset, bør veiledningen være preget av medvirkning og anerkjennelse av kvinnens komplekse situasjon. I forhold til denne studiens forskningsspørsmål om hva som er kvinners opplevelse av

medikamentell hjemmeabort, viser resultatene at medvirkning oppleves helsefremmende og hjalp dem til å forberede seg til aborten. I tråd med helsefremmende sykepleie, bør veiledning mellom helsepersonell og kvinnen være preget av en form for samhandling som skal styrke kvinnens kompetanse til mestring. Sentralt i empowerment er at mestringsevnen til den enkelte øker.

Distansere seg

Informantene beskrev å distansere seg fra aborten som mestringsstrategi i ulike deler av abortprosessen. Det gav rasjonelle tanker mer rom, og gjorde at de klarte å håndtere aborten bedre. Ved å distansere seg fra det som kjennes vanskelig med aborten, kan det synes som at kvinnens grunner for abort ble tydeligere for henne. Dette kan så synes til å hjelpe henne i valget om abort. Å kunne ta et veloverveid valg om hvordan en ønsker å leve sitt eget liv, kan bidra til at hun føler seg styrket, selv om det kan ha vært en vanskelig erfaring. I forhold til dette er vil det være viktig å støtte den enkelte kvinne med å oppleve sin situasjon som forståelig og meningsfull. Studiens funn viser at til tross for at et selvbestemt svangerskapsavbrudd er en kompleks erfaring, kan en finne en balanse hvor en hviler i avgjørelsen en tok og finner strategier til å håndtere aborten.

Å stole på egen kropp

Kunnskap om egen kropp gav informantene en opplevelse av kontroll over aborten. Tidligere erfaringer og alder ble beskrevet til å fremme kunnskap og tillit til egen kropp. Studien viste at å ha kunnskap og tillit til egen kropp ved en abort, var en medvirkende årsak til at aborten opplevdes som håndterbar.

Et behov for omsorg og støtte

Ved opplevelsen av medikamentell hjemmeabort, gav informantene uttrykk for et behov for omsorg og beskrev betydningen av støtte. Alle informantene hadde valgt å involvere andre i hva de gjennomgikk på et stadium i abortprosessen. Det gav samtidig en mulighet for at den tilliten ikke kunne bli innfridd, og at informanten kunne bli skuffet. Funnt fra studien indikerer at en hensynsfull sykepleier eller jordmor, gir kvinnen tid og støtte til å

definere sin situasjon, og hvordan hun best kan ivareta egen helse. Dette kan synes å opptre som en strategi for å forberede seg til aborten. Dette funnet har sammenheng med ivaretagelsen av en kvinnes selvbestemmelse. Opplevelsen av å bli møtt av noen en følte en kunne stole på og som var hyggelig, gjorde at situasjonen føltes mindre stressende. Det å oppleve støtte gav økt mestring, og dermed en opplevelse av økt kontroll.

Å ville skjule seg

En abort ble beskrevet som noe privat, og noe som de ikke ønsket å prate om. Informantene beskrev det slik at de hadde valgt å kun snakke om aborten med noen få fortrolige. Flere av informantene hadde tidligere aborter, og det ble beskrevet skamfølelse knyttet til gjentakende aborter. Informantene beskrev en frykt for å føle seg dømt for valget om å ta abort. Hjemmeabort ble beskrevet som å beskytte privatlivet og kvinnens selvbestemmelse i større grad. Det ble formidlet et behov for å være alene i forbindelse med abort, og det gav en økt følelse av trygghet. Informantenes behov for å skjule seg i forbindelse med aborten settes i sammenheng med stigma og bluferdighet, som fortsatt er knyttet til abort. Økt kunnskap om kvinners erfaringer i forbindelse med en medikamentell hjemmeabort kan bidra til å redusere stigma knyttet til abort. Følelsen av ambivalens er logisk i sammenheng med en abort og at en erfarer at verdier kolliderer. Å erfare en medikamentell abort kan lede til økt modenhet og kunnskap om seg selv. Ambivalente følelser kan en mestre, det betyr ikke nødvendigvis at en vil angre på aborten.

7.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Resultatene av denne studien viser eksempler på at pasientene, gjennom å få bidra med sitt ekspertsyn på seg selv og sin situasjon, i samarbeid med helsepersonell på det faglige feltet, har lyktes å skape en helsefremmende utvikling med medikamentell hjemmeabort. Resultatene i studien vil kunne bidra til en økt forståelse for hvordan en hjemmeabort oppleves, sett fra pasientens ståsted. Den vil kunne brukes i undervisning av helsepersonell. Den kan gi innspill til refleksjon og inspirasjon for hvordan kvinner ønsker å bli møtt i forbindelse med en hjemmeabort. En mer tilgjengelig helsehjelp, hvor kvinner kan få hurtig hjelp til å starte abortprosessen, kan være ønskelig i lys av studiens funn. Studien kan også brukes i pasientundervisning, og vil kunne bidra til realistisk informasjon om kvinners erfaringer med abort. Som nevnt tidligere, ble det beskrevet en felles erfaring omkring følelsen av ambivalens. Den fremstår som logisk i sammenheng med en abort og at en erfarer at verdier kolliderer. Studiens funn indikerer at det fortsatt er knyttet stigma til valget om abort. Det synes som at å erfare en medikamentell abort kan lede til økt modenhet og kunnskap om seg selv. Det at aborterfaringer blir kjent, kan bidra til å redusere stigma og «stillheten» som blir beskrevet i sammenheng med abort.

Med tanke på videre forskning vil det være interessant å gjøre flere studier med pasienterfaringer i forhold til stigma knyttet til abort. Denne studien belyser at det bør vurderes en rekruttering og datainnsamling som fremstår mer anonym, for å få samlet inn rikere data. Abort fremstår som mindre tabuisert i dagens samfunn, men blir fortsatt beskrevet som et vanskelig tema. Helsepersonells erfaringer og tanker knyttet til abort stigma vil være interessant å utforske videre.

8.0 Litteratur

Abortloven (1975) *Lov om svangerskapsavbrudd* (LOV – 1975 – 06 – 13 – 50) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50?q=abortloven>

Alvsvåg, H. (2012) Helsefremming og sykdomsforebygging – et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Gammersvik, Å. og Larsen, T. (Red.) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (79-98) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Aléx, L. & Hammarstrøm, A. (2004) Women`s experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 160-168. Doi:10.1111/j.1472-6712.2004.00257.x

Antonovsky, A. (1987) *Unravelling the mystery of Health: How people manage stress and stay well*. San Fransisco: Jossey – Bass

Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012) *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Austveg, B. & Keeping, D (2017) *Abort: en etisk argumentasjon*. Oslo: Humanist Forlag

Bjørge, L., Løkeland, M. & Oppegård, K. S. (2017) Provosert abort. I Engelsen, I. B., Schjønby, P. og Spydslaug, A. (red.) (2015) *Veileder i gynekologi*. Hentet fra: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/Provosert-abort11/>

Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., Ekeberg, Ø. (2005) Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress. *General Hospital Psychiatry*, 27 (1), 36 – 43.

Broen, A. N. (2006) *Women's emotional life after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five – year follow up study in Norway* (365) (Doktorgradsavhandling) Universitetet I Oslo: Oslo

Felleskatalogen (u. å) Hentet 09.11.18 fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/>

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

Gammersvik, Å. & Alvsvåg, H. (2009) Forståelse av helsefremming I sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5 (2), 18 – 29. doi: 10.7557/14.237

Gammersvik, Å. & Larsen, T. B. (2018) *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. (2.utg.) Bergen: Fagbokforlaget

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: Concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105 – 112

Grünfeld, B. (1976). *Sosial klasse og seksual-adferd, prevensjon og abort blant unge kvinner i Oslo*. Oslo: Cappelen

Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel- Heller, S. G., & Kersting, A. (2016) Abortion Stigma: A Systematic Review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48 (4), 169 – 177. Doi:101363/48e8516

Hedqvist, M., Brolin, L., Tydén, T., & Larsson, M. (2016). Women's experiences of having an early medical abortion at home. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 9, 48 – 54. Doi:10.1016/j.srhc.2016.07.003

Helsedirektoratet (2012) *Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010 – 2015. Strategier for bedre helse*. Oslo. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplan-forebygging-av-uonskede--svangerskap-og-abort-20102015-statusrapport>.

Iversen, G. A., Løkeland, M., Fjereide, A. K., Bjørge, L., & Iversen, O.-E. (2012) Er det mulig å få pålitelig kunnskap om psykiske senvirkninger etter provosert abort? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 132 (12 – 13), 1450 – 1452. doi:10.4045/tidsskr.11.0376

Kero, A., Wulff, M., & Lalos, A. (2009). Home abortion implies radical changes for women. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 14 (5), 323 – 333. Doi:10.3109/13625180903128609

Kjelsvik, M., & Gjengedal, E. (2011). First-time pregnant women's experience of the decision – making process related to completing or terminating pregnancy – a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (1), 169. Doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00807.x

Kjelsvik, M., Tveit Sekse, R. J., Moi, A. L., Aasen, E. M., & Gjengedal, E. (2018) Walking on a tightrope – Caring for ambivalent women considering abortion in the first trimester. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (21 – 22) 4192. Doi:10.1111/jocn.14612

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Larsen, T. (2012) Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (45 – 56) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Løkeland, M (2015) *Implementation of medical abortion in Norway 1998 – 2013*. (Doktorgradsavhandling) Universitetet I Bergen: Bergen

Løkeland, M., Bjørge, T., Iversen, O.-E., Akerkar, R., & Bjørge, L. (2017). Implementing medical abortion with mifepristone and misoprostol in Norway 1998 – 2013. *International Journal of Epidemiology*, 46 (2), 643. Doi:10.1093/ije/dyw270

Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009) Abortion and Mental Health: Evaluating the evidence. *The American Psychologist*, 64 (9), 863. Doi:10.1037/a0017497

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

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget

Munk-Olsen, T., & Lidegaard, O. (2012). Abortion and risk of mental disorders. *The New England Journal of Medicine*, 362, 332 - 339. DOI:10.1056/NEJMoa0905882

Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.) Oslo: Universitetsforlaget

Norsk Sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Pasient - og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient - og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>

Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 424 – 428. Doi:10.11.77/1403494807088449

Personopplysningsloven (1978) *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38?q=personopplysningsloven>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.) Philadelphia: Wolters – Kluwer

Purcell, C., Cameron, S., Lawton, J., Glasier, A., & Harden, J. (2017). The changing body work of abortion: a qualitative study of the experience of health professionals. *Sociology of Health and Illness*, 39 (1), 78 – 94. Doi:10.1111/1467-9566.12479

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode* (4 utg.). Fagbokforlaget

Tveiten, S., & Knutsen, I. R. (2011). Empowering dialogues--the patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (2), 333. Doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00831.x

Tveiten, S (2012) Empowerment og veiledning – sykepleierens funksjon i helsefremmende arbeid. I Gammersvik, Å. og Larsen, T. (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (173 – 193) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

World Health Organization (1986) *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>

9.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra Personvernombud – 2 sider.

Vedlegg 2: Svar fra Regional Etisk Komité – 3 sider.

Vedlegg 3: Forespørsel og godkjennelse av prosjekt
avdelingssykepleier – 3 sider.

Vedlegg 4: Forespørsel om å delta i studie i forbindelse med
masteroppgave – 3 sider.

Vedlegg 5: Samtykkeerklæring – 1 side.

Vedlegg 6: Intervjuguide – 2 sider.

Til

Eva Næss

Intern ID
Tildeles av
forskningsavdelingen

Ephorte saksnr
2018/209

Saksbehandler:
Personvernombud Ina Trane

Dato:
27.02.18

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger i forbindelse med masterprosjektet; «Kvinnens opplevelse av medikamentell hjemmeabort før uke 9»

Det vises til innsendt melding om behandling av personopplysninger av 13.2.18 med bilag.

Behandling og utlevering av person - /helseopplysninger i denne saken meldes til personvernombudet med hjemmel i Personopplysningsforskriften § 7-12, jf. Personopplysningsloven § 31 første ledd.

Formålet med masterprosjektet er;

Tema for prosjektet er kvinnens opplevelse av selvbestemt hjemmeabort før svangerskapsuke 9. Studien ønsker å få frem en dypere forståelse for hva som er viktig for kvinnen i denne sammenhengen, og hva hun opplever som krevende.

I prosjektet ønsker en og dybde intervju 6-8 kvinner for å få frem kvinnens tanker, følelser og erfaringer. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd og transkribert. Videre vil dataene bli avidentifisert med en kodenøkkel.

Det vil bli innhentet informert samtykke i fra de en ønsker å intervju. Deltakere vil bli rekruttert gjennom at jordmødre på regionalt sykehus som tar journalopptak på pasienten 4 uker etter aborten formidler informasjon om studien til pasienten. Vedkommende pasient må selv ta kontakt for å delta i studien.

Personvernombudet har vurdert prosjektet som forskning etter personopplysningsforskriften § 7-27.

Personvernombudet **tilrår** prosjektet under følgende forutsetninger:

1. Prosjektet godkjennes av klinikkssjef/avdelingsjef.
2. Behandling av helse- og personopplysningene skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen, jf. personopplysningsloven § 11 c). Dersom formålet eller databehandlingen endres må det straks gis melding til personvernombudet.
3. Prosjektet gjennomføres i tråd med personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter.

Det legges til grunn at prosjektet følger UIS sine rutiner for lagring av prosjektdata. Forøvrig skal prosjekt data oppbevares forsvarlig og i henhold til personopplysningsforskriften kap. 2.

Dersom det benyttes frittstående PC bør dataene krypteres.

4. I henhold til personopplysningsloven § 8 skal den som personopplysningene omhandler samtykke til behandlingen av opplysningene. I henhold til personopplysningsloven § 2 nr. 7, skal et samtykke være: Frivillig, uttrykkelig og informert, hvorpå vedkommende godtar behandlingen av opplysningene om seg selv. For at et samtykke skal være gyldig må det samtidig informeres om hvor lenge personopplysningene skal oppbevares.

Det må mer eksakt angis i informasjonsskrivet når dataene vil bli slettet (mnd/år).

Det må inntas i informasjonsskrivet at innsamlede data kan kreves slettet dersom deltaker velger å trekke seg underveis i prosjektet.

Det må inntas i informasjonsskrivet at innsamlede data vil bli aidentifisert (ikke anonymiseres).

5. Prosjekt slutt settes til **1.1.19**. Data slettes eller anonymiseres senest **1.1.19**. Det skal ved prosjektslutt sendes *sluttmelding* og *bekreftet sletting* til personvernombudet.

Vennlig hilsen

Ina Trane
Personvernombud



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord			12.02.2018	2018/181/REK nord
			Deres dato:	Deres referanse:
			09.01.2018	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Marit Alstveit
Det helsevitenskapelige fakultetet

2018/181 Kvinners opplevelser ved medikamentell hjemmeabort

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) i møtet 01.02.2018. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Forskningsansvarlig institusjon: Universitetet i Stavanger
Prosjektleder: Marit Alstveit

Prosjektleders prosjekttomtale (original):

Tallene på medikamentell abort holder seg forholdsvis stabile, og medikamentell hjemmeabort er den foretrukne prosedyren i økende grad. Til tross for dette finnes det lite informasjon om hvordan dette oppleves for kvinnene, om de følte seg godt forberedt til aborten og hva som var betydningsfullt for dem i denne prosessen. Hensikten med dette prosjektet er å få økt innsikt i kvinners opplevelse i forbindelse med medikamentell hjemmeabort. Gjennom og få bedre kunnskap om kvinners opplevelse av hjemmeabort, håper jeg at jeg kan si noe mer om hva som er viktig for kvinnene ved en hjemmeabort. Problemstilling: Hvordan oppleves medikamentell hjemmeabort for kvinnen? Målet med studien er å få mer kunnskap om hjemmeabort for slik å kunne legge til rette for en helsetjeneste som i størst mulig grad ivaretar kvinnens behov.

Vurdering

Prosjektet er en masteroppgave i helsevitenskap.

Hensikten med prosjektet er å få økt innsikt i kvinners opplevelse i forbindelse med medikamentell hjemmeabort.

Prosjektets problemstilling er beskrevet slik:

«Hvordan oppleves medikamentell hjemmeabort for kvinnen? Målet med studien er å få mer kunnskap om hjemmeabort for slik å kunne legge til rette for en helsetjeneste som i størst mulig grad ivaretar kvinnens behov.»

Framleggingsplikt

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven (h) §

2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

Besøksadresse: Telefon: 77646140 All post og e-post som inngår i Kindly address all mail and e-mails to
MH-bygget UiT Norges arktiske E-post: rek-nord@asp.uit.no saksbehandlingen, bes adressert til REK the Regional Ethics Committee, REK universitet 9037 Tromsø Web: <http://helseforskning.etikkom.no/> nord og ikke til enkelte personer nord, not to individual staff

I dette prosjektet er formålet å få økt innsikt i kvinners opplevelse i forbindelse med medikamentell hjemmeabort for slik å kunne legge til rette for en helsetjeneste som ivaretar kvinnens behov i denne sammenheng. Prosjektet skal således ikke vurderes etter helseforskningsloven.

Godkjenning fra andre instanser

Det påhviler prosjektleder å undersøke hvilke eventuelle godkjenninger som er nødvendige fra eksempelvis personvernombudet ved den aktuelle institusjon eller Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggelsespliktig, jf. hfl § 2.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. helseforskningsloven § 10 og forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet.

Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

May Britt
Rossvoll
sekretaritsleder

Kopi til:marit.boyesen@uis.no, post@uis.no



Universitetet
i Stavanger

Til avdelingssykepleier ved gynekologisk poliklinikk.

Forespørsel om hjelp til å rekruttere informanter til masterstudie.

Jeg henviser til vår samtale vedrørende min masteroppgave i helsevitenskap med fokus på kvinners opplevelse av medikamentell hjemme abort. Den foreløpige tittelen på masteroppgaven er:

” Kvinners opplevelse av medikamentell hjemme abort ”.

Tallene på medikamentell abort holder seg forholdsvis stabile, og medikamentell hjemme abort er den foretrukne prosedyren i økende grad. Til tross for dette finnes det lite informasjon om hvordan dette oppleves for kvinnene, om de følte seg godt forberedt til aborten og hva som var betydningsfullt for dem i denne prosessen. Hensikten med dette prosjektet er å få økt innsikt i kvinners beskrivelse av deres opplevelse i forbindelse med medikamentell hjemme abort. Gjennom å få bedre kunnskap om kvinners opplevelse av hjemme abort, håper jeg at jeg kan si noe mer om hva som er viktig for kvinnene ved en hjemme abort. Opplysningene fra intervjuene er med på å danne grunnlaget for masteroppgaven.

I denne forbindelse ønsker jeg å intervjuer 6 kvinner som har fått utført medikamentell hjemme abort før uke 9. De kvinnene jeg ønsker å komme i kontakt med er:

- kvinner over 18 år som behersker et skandinavisk språk.

Jeg håper at jordmødre og sykepleiere ved gynekologisk poliklinikk kan formidle muntlig og skriftlig informasjon om studien, forespørsel om deltakelse i studien, samt min kontaktinformasjon, ved slutten av inntakssamtalen.

Personverneombud ved [REDACTED] tilrår prosjektet.

Deltakelsen i prosjektet er frivillig og basert på frivillig informert samtykke. Den utføres i henhold til Helsinki – deklarasjonen. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, og deretter transkribert ord for ord. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven. Opplysningene aidentifiseres, og opptakene og avskrift av intervjuene slettes når masteroppgaven er ferdig og sensurert, senest 01.01.2019.

Jeg håper at du kan være behjelpelig i utvelgelsen av kvinner, samt informere sykepleierne om studien. De som ønsker å delta i studien, tar direkte kontakt med meg per mail eller telefon. Jeg vil så ta kontakt med dem for videre avtale.

Veileder for masteroppgaven er førsteamanuensis Marit Alstveit ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger, telefon 51 83 41 81, e – post: marit.alstveit@uis.no.

Undertegnede kan kontaktes på mobiltelefon 913 11 586 eller e - post ev.ness@stud.uis.no.

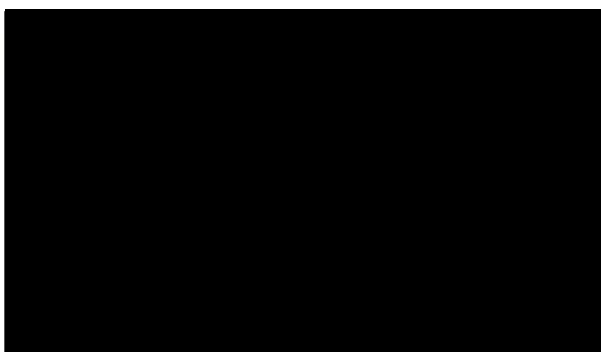
På forhånd, takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Eva Næss.

Mastergradstudent, Universitetet i Stavanger.

Prosjektet godkjennes med oppstart av rekruttering fra og med 1/3-18.



Eva Næss

Eva Næss

Mastergradsstudent

Helsevitenskapelig fakultet, UiS.

Til deg som har søkt abort ved [REDACTED]
[REDACTED]

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgaven:

” Kvinnens opplevelse av medikamentell hjemmeabort”.

Bakgrunn og hensikt:

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en studie om opplevelser knyttet til abort. Studien er en del av min masteroppgave i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Studien ønsker å belyse hva kvinners opplevelse av medikamentell hjemmeabort er, om du var forberedt til aborten og hva som var betydningsfullt for deg i denne prosessen. Målet er å få mer kunnskap om hjemmeabort for slik å kunne legge til rette for en helsetjeneste som i størst mulig grad ivaretar kvinnens behov.

Opplysningene fra intervjuet er med på å danne grunnlaget for masteroppgaven.

Veileder for masteroppgaven er førsteamanuensis Marit Alstveit ved Universitetet i Stavanger, Det helsevitenskapelige fakultet.

Personvernombud ved [REDACTED] tilrår prosjektet.

Hva innebærer studien?

Jeg ønsker å intervju kvinner som har fått utført medikamentell hjemmeabort. Kvinnene jeg ønsker å komme i kontakt med er:

- Over 18 år.
- Behersker et skandinavisk språk.

Intervjuene vil ta omtrent en time. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater under intervjuet. Spørsmålene vil i hovedsak dreie seg om opplevelser omkring aborten, fra ditt første møte med sykehuset, til hvordan tiden etterpå har vært. Det er ønskelig at intervjuet er på et uforstyrret sted. Det kan være i ditt hjem, på et kontor på sykehuset

eller på et rom på universitetet hvor jeg studerer. Tid og sted for intervjuet vil avtales etter at du har gitt ditt samtykke til studien.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Dine opplevelser vil brukes til å gi kunnskap om medikamentell hjemmeabort. Opplysningene som registreres om deg er knyttet til det digitale opptak av intervjuet du deltar i. Personopplysningene er alder, utdanning, arbeidssituasjon, antall svangerskap, antall aborter og antall fødsler. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Det vil bare være undertegnede som vil ha kjennskap til din deltakelse i intervjuet. Opplysningene aidentifiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig og sensurert, innen 1/1-19.

Frivillig deltakelse.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke ditt samtykke til og delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser ditt helsetilbud. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i opplysningene som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Om du velger å trekke deg underveis i prosjektet, kan du kreve at opplysningene om deg blir slettet.

Send meg en e – post hvor du skriver JA, og ditt fornavn og mobilnummer. Jeg vil deretter ta kontakt på e – post eller mobiltelefon for nærmere avtale om møte. Der vil vedlagte samtykkeerklæring undertegnes.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på telefonnummer 913 11 586, eller sende meg en e – post på ev.ness@stud.uis.no. Du kan også kontakte min veileder Marit Alstveit, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger på telefonnummer 51 83 41 81, e - post: marit.alstveit@uis.no.

Takk for at du tok deg tid til å lese dette. Jeg håper du kan delta i intervju. Dine opplevelser er viktige for meg og for helsetjenesten.

Med vennlig hilsen,

Eva Næss

Mastergradsstudent,
Det helsevitenskapelige
fakultet, UiS.
Mobil: 913 11 586

Marit Alstveit

Førsteamanuensis,
Det helsevitenskapelige
fakultet, UiS.
Telefon: 51 83 41 81.



ERKLÆRING OM INFORMERT SAMTYKKE.

Jeg har fått forespørsmål om å delta i masterstudien ”Kvinneres opplevelse av medikamentell hjemmeabort”, og vil med dette meddele at jeg er villig til å delta i intervju knyttet til studien.

Jeg er innforstått med følgende punkter:

- Jeg kan når som helst trekke meg fra studien.
- Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien.

NAVN:

TELEFON:

STED:

DATO:

.....

Signatur

Intervjuguide

Innledningsvis vil jeg gå gjennom informasjonsskriv og samtykkeskjema for å forsikre meg om at informasjonen er forstått, samt at samtykke er gitt. Jeg kommer til å stille deg noen nærtakende spørsmål, du velger selv hvilke du vil svare på. Du kan når som helst avbryte intervjuet. Om du har behov, kan du ta kontakt i etterkant om du ønsker og slette opplysningene om deg. Opplysningene vil bli slettet innen 1/1-19.

Innledende spørsmål (bakgrunnskjema):

- Jobb
- Utdanning
- Alder
- Familie/bosituasjon
- Antall tidligere svangerskap
- Antall tidligere aborter

Kan du fortelle hva var viktig for deg før aborten?

- I beslutningsprosessen?
- Fortrolige andre?
- Hva opplevdes som støtte fra omgivelser? Informasjon?

Kan du fortelle om første kontakt med sykehuset (første henvendelse og innkomstsamtale)?

- Hva slags informasjon fikk du?
- Hva opplevde du som bra?
- Hva opplevde du som mindre bra?

Kan du fortelle om tiden etter første møtet på sykehuset?

- følelser, tanker, blødning?

Kan du beskrive forløpet den dagen aborten ble utført?

- Smerter/blødning?
- Telefon/kontakt fra sykehuset?
- Hvem var du med?
- Hva betydde det for deg å ha en annen voksen tilstede?
- Hva hjalp deg til å føle deg forberedt til aborten?

Kan du fortelle om når du opplevde du at aborten skjedde?

Kan du fortelle om tiden etter aborten?

- Fysisk form?
- Psykisk form?
- Hva var viktig for deg?

Hvilke opplevde du hjalp deg i denne prosessen?

- Hva opplevde du som støttende?

Kan du fortelle noe om din erfaring med å få utført en abort hjemme, kontra hvis det hadde vært ved et sykehus?

Se for deg at du skulle gitt råd til andre vedrørende svangerskapsavbrudd, hva ville du fortalt om behandlingen?

Hvilke råd vil du gi til de som utfører helsehjelp i forbindelse med en hjemme abort?

Er det noe mer du ønsker å legge til?