



SJUKSKÖTERSKORS OCH VÅRDPERSONALS BEMÖTANDE OCH FÖRHÅLLNINGSSÄTT TILL KVINNOR I EN ABORTSITUATION

En litteraturstudie

FÖRFATTARE	Eva-Lena Andersson Joanna Larsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 15 högskolepoäng/ Examensarbete, kandidatnivå HT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margareta Sköld
EXAMINATOR	Ingela Heno

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

FÖRORD

Vi vill tacka vår handledare Margareta Sköld för den hjälp vi fått och de givande diskussioner vi haft under arbetets gång.

Titel (svensk):	Sjuksköterskors och vårdpersonals bemötande och förhållningssätt till kvinnor i en abortsituation
Titel (engelsk):	Nurses and healthcare professionals' attitude towards women cared for due to abortion.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng kurs Examensarbete/Kandidatexamen
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Eva-Lena Andersson Joanna Larsson
Handledare:	Margareta Sköld
Examinator:	Ingela Henoch

SAMMANFATTNING

Sjuksköterskors och vårdpersonals bemötande och förhållningssätt till kvinnor i en abortsituation - en litteraturstudie
Eva-Lena Andersson
Joanna Larsson

Bakgrund: Abort är ett kontroversiellt och laddat ämne. Kvinnor som söker vård för abort befinner sig i en utsatt och sårbar position. Reproduktiv hälsa, vilket abort är en del av, är en viktig rätt för kvinnor världen över som nekas på många håll. **Syftet** med den här studien är att undersöka sjuksköterskors och övrig vårdpersonals bemötande och förhållningssätt till kvinnor som söker vård för abort. **Metod:** Studien är en litteraturstudie med innehållsanalys som inspirationskälla. Resultats artiklarna kommer från ett flertal länder i världen. **Resultatet** grupperades under bemötande och förhållningssätt med respektive underteman. Sjuksköterskor och övrig vårdpersonals bemötande varierade stort beroende på vilket land och vilken avdelning de jobbade på, om de hade valt att jobba med abort eller inte haft möjlighet att välja själva. Sena och upprepade aborter är de mest kontroversiella delarna av abortverksamheten där de flesta har en åsikt. **Diskussion:** Att arbeta som sjuksköterska inom abortverksamhet är ett ansvarsfullt och psykiskt påfrestande arbete som gynnas av tillgång till processhandledning i någon form.

Nyckelord: avslutande av graviditet, abort, sjuksköterskor, attityder.

ABSTRACT

Nurses and healthcare professionals' attitudes towards women cared for due to abortion.

Background: Abortion is a controversial subject. Women who seek abortion care are in an exposed and vulnerable situation. Reproductive health where we see abortion as a part is an important right for women all over the world but, a right that is denied in many parts of the world. **Aim:** The aim of this study is to explore the attitudes of nurses and other health professionals towards women seeking abortion care. **Method:** The study is a literature study that has content analysis as its inspiration. **Result:** The result was grouped under treatment/approach and attitude. Nurses' and other healthcare professionals' attitude varies depending on from which country they're from or on what kind of department they work, if they have chosen to work there themselves or if they've been placed there. Late and repeat abortions are the most controversial parts of the abortion care where most of the participants have an opinion. **Discussion:** Nurses working in abortion care services have a work that requires a lot of responsibility and counselling is a good support for this type of work.

Keywords: Termination of pregnancy, abortion, nurses, nursing, attitudes

INNEHÅLL	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kvinnors reproduktiva hälsa och tillgång till abort	1
<i>Abort i Sverige</i>	2
<i>Abort i Europa</i>	2
<i>Abort i världen</i>	3
Mänskliga rättigheter och kvinnors rättigheter	3
Patientens rättigheter och sjuksköterskans värdegrund	3
Teoretisk referensram	4
<i>Bemötande</i>	4
<i>Professionellt förhållningssätt</i>	4
Tidigare forskning	5
Problemformulering	5
SYFTE	5
METOD	5
Litteratursökning	5
Avgränsning	6
Analys	6
Datainsamling	7
RESULTAT	8
Bemötande	8
<i>Stödjande</i>	8
<i>Accepterande</i>	9
<i>Icke-dömmande</i>	9
<i>Dömmande</i>	10
<i>Döljande av egna värderingar</i>	11
Förhållningssätt	11
<i>Kompetens och ansvar i professionen</i>	11
<i>Professionellt och/eller personligt</i>	12
<i>Tro och samvetskonflikt</i>	12
<i>Reproduktiv hälsa och sjuksköterskans roll</i>	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatsdiskussion	15
<i>Bemötande</i>	15
<i>Sena och upprepade aborter</i>	15
<i>Förhållningssätt</i>	15
<i>Motsättningar</i>	16
<i>Samvetsklausul</i>	16
<i>Reproduktiv hälsa och sjuksköterskans roll</i>	16
<i>Etiska frågeställningar och mänskliga rättigheter</i>	17

Slutsats och reflektion

17

REFERENSER

19

BILAGOR

1. Artikelpresentation

INLEDNING

Vårt intresse för vad som påverkar kvinnors hälsa i världen började efter en föreläsning på Världskulturmuseet på FN-dagen. Gynekologer och sjuksköterskor med stor erfarenhet av arbete ute på fält och i andra delar av världen talade om vikten av en bra mödravård och rätten till fri abort och kunskap om preventivmedel. En bidragande orsak till mödradödligheten är de osäkra aborter som utförs i många länder av mer eller mindre skickliga lekmän och med mer eller mindre rena instrument. Av alla osäkra aborter i världen sker 98 procent i utvecklingsländerna, och ungefär en av fyra kvinnor som gjort en osäker abort riskerar allvarliga komplikationer som kräver sjukvård eller leder till döden. Mer än en halv miljon kvinnor dör årligen till följd av graviditetsrelaterade orsaker. De som drabbas hårdast är kvinnor i utvecklingsländerna (1). Mödradödligheten och den reproduktiva hälsan i världen skiljer sig mellan utvecklingsländer och industriländer. FN:s femte Milleniemål, att minska mödradödligheten med 75 % är det mål som FN nått minst fram med. Trots detta läggs få resurser på området (2). Runt åttio procent av mödradödligheten i världen hade kunnat förhindras genom adekvat mödravård, utrustning och utbildad personal (3).

Vi upplever att frågan om abort fortfarande är ganska tabubelagd överlag i Sverige, trots många år av fri abort. Det är svårt att hålla sig helt neutral i frågan, alla har sin åsikt om ämnet men i vårt yrke som sjuksköterskor där ett professionellt förhållningssätt är en viktig del, ingår att stödja patientens integritet och patientens eget fattade beslut för vad som är rätt för just deras unika situation. När det kommer till individ och person nivå upplever vi att frågan om abort är kontroversiell och väcker mycket diskussion. Tidigare studier har visat att attityderna varierar stort beroende på vilket land det rör sig om, vilka professioner som har tillfrågats, vilken erfarenhet deltagarna har av abortverksamhet och vilken religiös tro de har haft (4). En studie från Storbritannien om kvinnors upplevelse av att göra abort visade att områden som behövde förbättring i personalens bemötande var att patienten ville få mer tillfälle att ställa frågor och få bekräftelse på sina bekymmer. God omvårdnad och en icke - dömande attityd från personalen sågs som ytterst viktigt (5). Detta fick oss att börja tänka på hur sjuksköterskors attityder till abort, bemötande och förhållningssätt påverkar vården av kvinnor i samband med abort. Abort är aldrig ett lätt beslut att ta, kvinnorna befinner sig i en utsatt och sårbar position, desto viktigare blir det bemötande och förhållningssätt som patienterna möts av. I detta arbete syftas abort på ett frivilligt avbrytande av en graviditet.

BAKGRUND

Kvinnors reproduktiva hälsa och tillgång till abort

Det beräknas att ungefär 40 % av alla graviditeter i världen är oplanerade. Årligen mister mellan 65 000-70 000 kvinnor livet till följd av komplikationer orsakade av osäkra aborter (1). Osäkra aborter definieras av Världshälsoorganisationen (WHO) som ett ingrepp för att avsluta en oönskad graviditet som utförs av utbildade personer och/eller i en ohygienisk miljö (1). Osäkra aborter är ett av de mest försummade problemen inom reproduktiv hälsa i världen idag (6). De flesta osäkra aborter i utvecklingsländerna är bland kvinnor i åldern 20-29 år. Orsakerna

till att vilja göra en abort är många, det kan vara av socioekonomiska skäl eller brist på stöd från partnern, det kan bero att barnet blivit till efter en våldtäkt eller att de inte haft tillgång till preventivmedel, bristen på preventivmedel är ett stort problem i utvecklingsländerna (1). Samband mellan färre aborter och ökat användande av preventivmedel är väldokumenterat och bevisat. Även med högt användande av preventivmedel kommer oplanerade graviditeter att fortsätta hända, inget preventivmedel har 100 % skydd (7).

Statistik från Rumänien visar att kvinnor söker alltmer desperata medel om de inte har tillgång till säkra aborter. Under Ceausescus styre 1965-1989 (8) infördes det totalförbud mot abort och i och med förbudet ökade mödradödligheten med mer än tjugo gånger jämfört med tidigare (7). Ökad laglig tillgång till abort leder till förbättrad reproduktiv hälsa det är ett sätt att göra osäkra metoder till säkra sådana och omvänt är osäker abort och den relaterade dödligheten störst i de länder som har mest restriktiva regler om abort. Detta har bevisats efter legalisering av abort i många länder ett exempel på det är Sydafrika där abort infördes 1996 och i samband med det sjönk dödligheten och infektionsrisken avsevärt (6, 9). Inte heller blir de statliga kostnaderna större, jämförelsevis har Holland en av de mest oreglerade tillgångarna till abort och preventivmedel men på samma gång ett av de lägsta abortantalen i världen (6).

Abort i Sverige

Under 1800-talet rådde ett totalförbud mot abort. Fostret ansågs ha samma rätt till liv som alla människor, dock var straffen för abort mildare än för mord och mildrades alltmer. År 1938 kom den första abortlagen, abort skulle tillåtas ”*när på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan barnets tillkomst skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa*” (10 s. 32) År 1946 utvidgades lagen en aning till att även gälla en social aspekt (10).

Under 1960-tal startade den offentliga debatten om att införa fri abort, bland annat tog SSU – socialdemokratiska ungdomsförbundet och FPU – Folkpartiets ungdomsförbund ställning för förslaget 1963. Det var inte ovanligt att svenska kvinnor under 1960-talet åkte till Polen för att genomgå abort, år 1965 väcktes åtal mot några av dem. Regeringen beslutade att upphäva domen, ett unikt och sällsynt beslut. Efter att ”Polen-affären” tagit plats i media ökade antalet abortansökningar och andelen som fick tillstånd ökade kraftigt. Vid 1971 års riksdag var alla riksdagspartiers ungdomsförbund för fri abort, inklusive kvinnoförbunden med undantaget Moderata kvinnoförbundet. År 1974 godkände riksdagen den nya abortlagen där kvinnan fick bestämma själv fram till vecka 12:e graviditetsveckan (10). Abortlagstiftningen idag innebär att en kvinna själv får bestämma om hon vill avbryta sin graviditet fram till vecka arton, därefter måste socialstyrelsen ge sitt tillstånd (11).

Abort i Europa

Västra Europa har det lägsta aborttalet i världen. Jämförelsevis är abortantalet i vissa östeuropeiska länder de högsta i världen. År 2003 genomfördes där fler aborter än födselar, aborterna minskade kraftigt i och med ökad användning av preventivmedel (7). Tillgängligheten till abort varierar över Europa, i de flesta länder är det tillåtet med abort för att rädda kvinnans liv, sedan i mindre utsträckning för att bevara mental eller fysisk hälsa, om det är risk för fosterskada,

om kvinnan blivit våldtagen eller utsatt för incest. Ungefär 80 % tillåter abort för ekonomiska och sociala orsaker. På Malta och i Andorra råder ett totalförbud. I Polen och på Irland är laglig abort strängt reglerad (7).

Abort i världen

Drygt 60 % av världens befolkning lever i länder där det är tillåtet med abort, trots detta är det inte alltid som aborterna utförs lagligt beroende på bristande tillgång av ekonomiska eller kunskapsmässiga skäl (1). I 72 länder, av vilka de flesta ligger i utvecklingsländer, råder ett totalförbud mot abort eller så är det endast tillåtet för att rädda kvinnans liv (6). Enligt WHO blir uppskattningsvis 42 miljoner graviditeter frivilligt avbrutna varje år, vilket motsvarar en femtedel av alla graviditeter (9). Nästan hälften av de aborter som utförs världen över, ungefär 20 miljoner, görs utanför det nationella vårdssystemet, så kallade osäkra aborter (6).

Mänskliga rättigheter och kvinnors rättigheter

Enligt FN:s konventioner om mänskliga rättigheter anges att alla människor har rätt till icke-diskriminering, jämlikhet samt rätt till hälsa (12). Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (CEDAW) antogs av FN:s generalförsamling 1979 och trädde ikraft 1981. *“Diskriminering av kvinnor definieras som varje åtskillnad, undantag eller inskränkning på grund av kön som har till följd eller syfte att begränsa erkännandet av mänskliga rättigheter för kvinnor”* (13 s. 1). År 1994 i Kairo kom 179 länder fram till ett gemensamt beslut om att alla människor har rätt att bestämma över sin kropp och sin sexualitet under den så kallade International Conference on Population and Development (ICPD) (14). Under FN:s kvinnokonferens i Beijing den fjärde världskonferensen, 1995 antogs en ny handlingsplan av 189 länder. Den byggde på ICPD:s handlingsplan men tryckte på att kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa ligger till grund för ett jämställt samhälle (15, 16).

Patientens rättigheter och sjuksköterskans värdegrund

Enligt den svenska hälso- och sjukvårdslagen ska all vård och omsorg utgå ifrån att *“vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, patienten ska ges individuellt anpassad information”* (17). Socialstyrelsens föreskrifter för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården skriver att vid bemötande ska *“patientens värdighet och integritet respekteras, patienten och närstående visas omtanke och respekt, oavsett till exempel. ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning, och att patienten och närstående informeras och görs delaktiga”* (18). Socialstyrelsen har också utformat en kompetensbeskrivning för sjuksköterskor där *“helhetssyn och etiskt förhållningssätt ska genomsyra samtliga kompetensområden”* (19 s. 10). Med detta innebär i urval att sjuksköterskan ska *“utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn”* samt *“visa öppenhet och respekt för olika värderingar och trosuppfattningar”*. Till kompetensbeskrivningen ingår också den etiska koden för sjuksköterskor, International Council of Nurses, ICN. *“I vårdens natur ligger respekt för mänskliga rättigheter, där rätten till liv, värdighet och till*

att behandlas med respekt” (19 s. 17).

Teoretisk referensram

I Sverige utgår all vård och omsorg från en humanistisk människosyn och helhetssyn (19). Det ingår i sjuksköterskans profession att förhålla sig utifrån dessa grundvärderingar i mötet med en patient eller vårdtagare. Bemötande och förhållningssätt är grundläggande inom vården och därför är det viktigt att se hur begreppen kan tolkas och definieras.

Bemötande

“Bemötande är ett mellanmänniskt samspel som handlar om den inställning som personer har till varandra och hur denna visar sig i ord, gester och handling” (20 s. 53). ”Bemötandet innebär en medvetenhet om och förmåga till inlevelse i andra personers behov och reaktioner samt visad respekt för motparten” (21 s. 83).

Kasén menar att en relation kommer fram ur patientens upplevelser av att bli vårdad, och en relation kan vara antingen vårdande eller icke-vårdande (22). Vidare behöver en vårdrelation inte begränsas till en profession, utan även anhöriga och patientkamrater kan lindra lidande i en relation som är vårdande. I en vårdande relation finns det en relation mellan vårdare och patient som bygger på ömsesidighet (22, 23). Sjuksköterskan ska vara delaktig i patientens situation och i sin profession våga möta patienten i både lidande och glädje, på så sätt kan patientens upplevelser bekräftas (23). Madelene Leininger lägger till att människor är också en produkt av sin kultur. Att vara mänsklig är att vara vårdande (caring), och att vara vårdande är kulturellt baserat. Det behövs kompetens och medvetande för att relationen ska vara professionell och vårdande (23, 24). Eriksson uppmärksammar också att varje individ fungerar i en given kultur. Perspektiven som formar kulturen kan uppfattas som självklar då detta formas av vanor och traditioner som under många år format en kultur, i detta fall en vårdkultur. Görs ingen reflektion över detta förblir vårdaren omedveten om hur dessa regler och tankemönster ser ut vilka utgör grunden i den aktuella vårdkulturen (25).

Professionellt förhållningssätt

I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor definieras förhållningssätt *“Med förhållningssätt avses den bakomliggande inställning eller anda som ligger till grund för bemötande eller hur man agerar inför en situation eller uppgift” (19 s. 7).* Det är viktigt att utföra objektiv vård, där vården baseras på sakkunskap och kompetens och inte framhålla de egna subjektiva värderingarna (23).

Sjuksköterskor ska visa de val som finns utan att styra, så att patienten kan välja det som passar denna bäst (23 s. 90). Leininger har i sin forskning kommit fram till att det finns två typer av vård, den ena sorten kallar hon en allmän vård vilket är en grundläggande vård om varandra som alla människor lär sig genom sociala interaktioner, och därför också är kulturellt bunden. Den andra sortens vård kallar hon professionell vård, vilken är den som utförs inom en mer organisatorisk struktur och lärts ut genom formell och informell utbildning. I den professionella vården uppmärksammas dock inte hur den allmänna vården ser ut och att den är olika för olika människor, och om allmän och professionell vård inte passar ihop riskerar det att påverka patienten negativt (24). Eriksson nämner ett etiskt förhållningssätt som en viktig del i sjuksköterskans omvårdnad (23). Det finns en

uppdelning mellan vårdetik (nursing) i allmän betydelse inom hälso- och sjukvård, vilken är den etik som ligger bunden till professionen. Vårdandets etik (caring) är kärnan i vårdetiken, där vårdandets etik uttrycks i relationen till den andre och förutsätter en mer grundläggande personlig ansats (11). Vad som är vårdetik kan också betyda vad som är god vård, och för att kunna beteckna vad som är det goda, sker en värdering. Det är enligt Eriksson inte självklart att detta tas upp för reflektion (26).

TIDIGARE FORSKNING

Tidigare forskning är till stor del från 1960, 1970 och 1980 talet då den stora frågan var om abort skulle vara lagligt eller inte, och hur vårdpersonalen ställde sig i den här frågan. Det är först under de senaste åren som studier gjorts på vårdpersonal om hur de upplever sin situation i abortsammanhang. Den största delen av forskningen kommer ifrån Europa. Även i studier som gjorts i länder utanför Europa har i några fall europeiska forskare varit delaktiga (39, 40).

PROBLEMFÖRMULERING

Synen på abort är kontroversiellt. Det är ofta också ett svårt beslut att ta för kvinnan. Detta har fått oss att fundera över förhållningssättet och bemötande hos sjuksköterskor och annan vårdpersonal som möter kvinnor i abortsituation. Frågan är hur personliga ställningstaganden påverkar en yrkesroll med helhetssyn och etiskt förhållningssätt som grundläggande förutsättningar.

SYFTE

Syftet med arbetet är belysa sjuksköterskors och övrig vårdpersonals bemötande och förhållningssätt till kvinnor i en abortsituation.

METOD

Litteratursökning

Detta arbete är en litteraturstudie. Litteratursökningen har varit via databaserna Cinahl, PubMed och Scopus under hösten 2010, där artiklar från början söktes utan tidsbegränsning, senare lades tidsperioden 2000-2010 in för att få fram aktuella studier inom ämnet. För att få fram artiklar med hög grad av trovärdighet användes "peer-reviewed" och "research article" i Cinahl. Från början sökte vi enbart i databaserna Cinahl och PubMed efter att ha hittat tolv artiklar där, sökte vi även på samma begrepp och olika kombinationer i Scopus och ytterligare en artikel hittades. I Scopus sattes begränsningar förutom på tidsperioden även på "article or review". Våra inklusionskriterier var att hitta artiklar som tog upp bemötande och förhållningssätt, sett från sjuksköterskors och övrig vårdpersonals perspektiv. Artiklarna skulle vara skrivna senast tio år tillbaka i tiden. Huvudsakliga sökord var "avslutande av graviditet" (*termination of pregnancy*) eller "abort" (*abortion*) som kombinerades med antingen "sjuksköterska" (*nurse*) eller "omvårdnad" (*nursing*). Alla av kombinationerna användes sedan ihop med begreppet "attityd" (*attitude*).

I PubMed hittades 134 träffar på kombinationen "avslutande av graviditet" (*termination of pregnancy*) och "sjuksköterskor" (*nurses*). Dessa 134 blev 36 med ytterligare begränsning på title/abstract och fyra artiklar valdes ut (se tabell 1). Kombinerat med även "attityd" (*attitude*) gav sökningen 51 träffar och ytterligare fyra artiklar valdes ut (se tabell 1). Efter sökning i Cinahl hittades samma artiklar varför de inte togs med i tabellen. Kombinationen "avslutande av graviditet" (*termination of pregnancy*) och "omvårdnad" (*nursing*) fick i Cinahl tjugo träffar och av dessa valdes ytterligare en artikel ut (se tabell 1). I PubMed tillkom två nya artiklar under kombinationen "avslutande av graviditet" (*termination of pregnancy*), "omvårdnad" (*nursing*) samt "attityder" (*attitudes*) (se tabell 1), sökningen fick 82 träffar. I Cinahl tillkom ytterligare en artikel med kombinationen "abort" (*abortion*) och "omvårdnad" (*nursing*) som fick 78 träffar (se tabell 1). Den sista artikeln hittades under sökning i databasen Scopus, på kombinationen "avslutande av graviditet" (*termination of pregnancy*) och "sjuksköterskor" (*nurses*), sökningen fick 53 träffar. Sammanlagt hittades tretton artiklar som motsvarade våra kriterier (se bilaga 1).

Bemötande visade sig vara svårt att hitta en exakt översättning till och vi fann att engelskans "*attitude*" var det begrepp som fick mest träffar. Ingen bra definition av ordet bemötande fann vi i de omvårdnadsteoretiska perspektiv vi använt oss av. Många begrepp används men ingen direkt översättning finns. Vi har även sökt på andra yrkeskategorier som "*midwives*" samt använt följande sökord och begrepp; "*experience*", "*perspective*", "*treatment*", "*relationship*", "*interaction*", "*view*" samt "*approach*" för att om möjligt få fram fler artiklar om bemötandet vid vårdtillfället. Inga nya artiklar hittades i dessa sökningar och de har därför inte tagits med i tabellen.

Avgränsning

Från början söktes artiklar utan begränsningar till årtal, vi fick då mest träffar från 1960-70 talen och det kändes för långt tillbaka i tiden. Därför beslutade vi att utöka vår sökning från enbart sjuksköterskor till att även inkludera barnmorskor, studenter och annan vårdpersonal i de fall det verkade lämpligt. Då syftet var att undersöka bemötande och förhållningssätt ansåg vi att det var relevant att ha studier som låg ganska nära i tiden eftersom attityder förändras under tid och är påverkade av externa faktorer så som samhällsklimat och lagstiftningar. Därför valde vi att bara inkludera artiklar som var gjorda från 2000-2010. Vidare exkluderades artiklar som enbart var inriktade på enskilda aspekter i abortfrågorna, exempelvis bara tog upp aborter på grund av en fosterskada eller aborter som utförs efter vecka tolv enbart. Ytterligare ett exklusionskriterium var de artiklar som hade ett för brett spektra, de som inkluderar mer än enbart förhållningssättet till abort, t.ex. tog upp flera etiskt svåra frågor som dödshjälp, provrörsbefruktning och liknande utöver abort. En artikel exkluderades eftersom vi bedömde att den var bristfällig i sitt tillvägagångssätt i metod och analys.

Analys

Vi började inledningsvis med att läsa de artiklar vi fått fram så förutsättningslöst som möjligt för att få en överblick av materialet. Efter att ha funnit ett antal artiklar med tillfredsställande innehåll, bearbetades och analyserade artiklarna var och en igen. Tretton artiklar hittades (se bilaga 1). Vi ansåg att innehållsanalys som metod med "Dags för uppsats" som vägledning (27), lämpade sig bäst för

studiens syfte. I analysen av artiklarna identifierade vi ett antal teman och underrubriker som passade in under begreppen bemötande samt förhållningssätt och som regelbundet togs upp i studierna. Dessa teman grupperades under respektive begrepp för att få en tydlig översikt över vad som tycktes vara av stor vikt och som var ofta förekommande när det gäller vårdpersonalens förhållningssätt och bemötande gentemot aborter och de patienter som ville avsluta sin graviditet.

Datansamling

Tabell 1. Översikt av databaser, sökord och urval.

Sökord	PubMed med limits *	Cinahl med begränsningar ***	Scopus med begränsningar *****	Utvalda artiklar
1. Termination of pregnancy	8876	177	1982	
2. Abortion	15225	1389	23784	
3. Nurses	61849	25678	99873	
4. Nursing	161223	43809	134626	
5. Attitudes	122463	34181	214661	
1. AND 3.	134 (36**)	12	53	PubMed: ref 1, 4, 8, 24 Scopus: ref 8.
1. AND 3. AND 5.	51	5	27	PubMed: ref 3, 18, 24, 39
2. AND 3.	166 (90**)	43	369	
2. AND 3. AND 5.	62 (14**)	16	164	
1. AND 4.	287 (16**)	20	39	Cinahl: ref 2.
1. AND 4. AND 5.	82	9	25	PubMed: ref 16, 49
2. AND 4.	417 (45**)	78	291	Cinahl: ref 4
2. AND 4. AND 5.	121 (7**)	23	133	

*PubMed limits: 10år bakåt (**10 år bakåt samt begränsning title/abstract)

*** CINAHL begränsningar: peer- reviewed, research article och från senast 2000

***** Scopus begränsningar 2000-2010, article or review

RESULTAT

Resultatet är en litteraturstudie av tretton artiklar, en från Brasilien (28), en från Ghana (29), fyra stycken från Storbritannien (30, 31, 32, 33), två stycken från Sverige (34, 35), en från Sydafrika (36), två från USA (37, 38) samt två från Vietnam (39, 40). Resultatet presenteras under följande teman och underrubriker:

BEMÖTANDE

Stödjande

Accepterande

Icke-dömande

Dömande

Döljande av egna värderingar

FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Kompetens och ansvar i professionen

Professionellt eller personligt

Tro och samvetskonflikt

Reproduktiv hälsa och sjuksköterskans roll

BEMÖTANDE

Resultatet kom fram till att en stor del av vårdpersonalen tyckte att det var viktigt att ha ett icke-dömande och accepterande bemötande, trots detta fanns det ett varierande bemötande beroende på vilket land, avdelning och situation kvinnan befann sig i.

Stödjande

En kvantitativ studie med sjuksköterskor och barnmorskor från Wales som arbetade inom abortverksamhet visade att en vanlig ansats i bemötandet av patienten var med förutsättningen att underlätta och stödja kvinnan i beslutet, snarare än att utgå från att hon kommit med ett färdigt beslut om en abort. De underströk också att målet var att stödja kvinnan i hennes beslut oavsett vad hon beslutade sig för, inte att få henne ta ett specifikt beslut (32). På liknande sätt beskriver sjuksköterskor på en gynekologavdelning i Storbritannien att en av deras huvuduppgifter i omvårdnaden var att försäkra sig om att patienten var välinformerad och trygg i sitt beslut. De kände tillfredsställelse med sitt arbete då patienten kunde gå därifrån med känslan av att ha fattat rätt beslut (33). I en studie med sjuksköterskor och barnmorskor från abortcentraler i Storbritannien berättade deltagarna att de fått reaktioner från allmänheten när de berättade att de arbetat inom abortverksamhet. Dessa reaktioner har gjort dem medvetna om deras roll i verksamheten och att denna kan ses som kontroversiell. De försökte hantera detta genom att betona att det är patientens eget val och inte sjuksköterskans och att det var hon som var patient och deras huvudfokus. Sjuksköterskorna kände en stark tro till att de gjorde det rätta i sitt arbete genom att tillhandahålla abort och många kunde tänka sig in i konsekvenserna om patienterna inte fått göra abort (31). Studien från Storbritannien visade att vårdpersonalen inte såg kvinnans val som helt autonomt, utan snarare bundet till ett sammanhang där relationen till andra, som partner eller föräldrar, och att dessa relationer alltid låg bakom villkoren till hur beslutet om abort tas. Deltagarna förstod att de var tvungna att se till kvinnans individuella kontext och influenserna från relationerna, för att kunna värdesätta

varför hon måste ta beslutet och att ingen kan göra det åt henne (32). Studenter i Vietnam berättade att de upplever att kvinnor som blir oplanerat gravida blev bemötta med en negativ attityd av vårdpersonal, samhället och deras familjer. De uppgav också att läkare och barnmorskor kritiserat och skällt ut ogifta kvinnor som blivit gravida. Detta tyckte studenterna var orättvist och de själva tyckte att barnmorskor ska vara empatiska och stödjande mot sina patienter (40). Vårdpersonalen i en av de brittiska studierna var lyhörda för kvinnornas behov och individuella omständigheter som fanns att förhålla sig till. Ett exempel var att de försökte anpassa sina öppettider så att det passade kvinnornas arbetsscheman (32).

Accepterande

Bland sydafrikansk vårdpersonal bestående av sjuksköterskor, läkare och barnmorskor vilka arbetade med abortverksamhet inom de allmänna, privata och andra icke-statliga organisationer, var de flesta överens om att abort till följd av oplanerad graviditet efter en våldtäkt eller incest var acceptabelt. De var generellt också mer toleranta till abort om fostret hade någon missbildning eller om den utfördes till följd av socioekonomiska orsaker (36). I en studie från USA ställde sig majoriteten, 95 % bakom kvinnor som valde abort efter att deras foster dött i livmodern. De blev tveksammare ju längre in i graviditeten det går och när det kommer till, vad de ansåg vara, mindre allvarliga abnormaliteter (37). I en studie från Vietnam med barnmorskestudenter ansåg många att det var moraliskt fel av kvinnor att göra abort men trots detta accepterade de flesta att det kunde vara enda utvägen för vissa ogifta kvinnor (40). Två kvantitativa studier (34, 35) från Sverige med cirka 200 barnmorskor i varje, visade att många av barnmorskorna själva gjort abort. Av dessa arbetade hälften inom abortverksamhet och hälften gjorde det inte. Vid frågan om vad de trodde var det vanligaste motivet för abort hade barnmorskorna angett ”för ung och omogen” som främsta orsak, men det framkom att barnmorskorna var medvetna om att det ofta fanns flera bakomliggande faktorer till ett sådant beslut (35). Sjuksköterskor från England, där abort får göras fram till vecka 24, upplevde att deras egna stöd till patienterna och känsla för vad som var acceptabelt tunnades ut när det handlade om aborter som skedde senare in i graviditeten, inom den legala gränsen. Det var inte abort som princip som blev problematisk, utan att kunna hantera situationen när de såg fostret som aborterades vilket reste existentiella frågor om död och liv (31). Även i de svenska studierna bland barnmorskor var andelen hög som hade motstridiga känslor kring sena aborter (34). De som hade mest motstridiga känslor mot sena aborter var de barnmorskor som inte hade någon erfarenhet av att arbeta inom abortverksamhet, men dessa känslor fanns presenterade även bland de barnmorskor som arbetade inom abortverksamhet (35).

Icke-dömande

Enligt studien av A. Lipp ansåg sjuksköterskorna att det allra viktigaste och mest önskvärda inom abortverksamhet var att ha en icke-dömande attityd (30). Sydafrikansk vårdpersonal menade att vara icke-dömande var av yttersta vikt, men också viktigt att tänka långsiktigt hur en kvinnas liv påverkas av en oplanerad graviditet (36). Sjuksköterskor från gynekologavdelningen i Storbritannien bemötte patienten genom att ha en grundläggande ovillkorlig acceptans till kvinnans val, detta hjälpte sjuksköterskorna att känna förståelse och empati på någon nivå oavsett vilken orsak patienten än hade. De såg det också som en given

omvårdnadsuppgift i deras yrkesprofession som sjuksköterskor på en gynekologavdelning att tillhanda tillgängligheten till abort, oavsett kvinnans motiv (33). Även i studier från Sverige var den stora majoriteten enig om detta. Bland barnmorskorna och gynekologerna ansåg 89 % av de med erfarenhet inom abortverksamhet att kvinnan skulle ha rätt att bestämma själv över abort, mot 75 % av dem med ingen erfarenhet inom abortverksamhet. Överhuvudtaget verkade det som att toleransen och inställningen till abort blev större för kvinnans situation ju mer erfarenhet deltagarna hade inom abortverksamhet, samt beroende på hur länge och när de senast arbetat inom abortverksamhet (34). Genom att använda sig av stödjande samtal i en icke-dömande och empatisk attityd upplevde sjuksköterskor från gynekologavdelningen i Storbritannien att de kunde känna tillfredsställelse i att ha gjort ett bra arbete (33).

Dömande

Enligt en av studierna från Storbritannien framkom det i intervjuerna att det fanns mycket fördömande och värderingar mot kvinnorna som gjorde aborter, vilket många av sjuksköterskorna också var medvetna om (30). Något som visade sig i flera av artiklarna var att attityden mot kvinnor som gör upprepade aborter värderades negativt, även bland den vårdpersonal som annars är stödjande till abort som fenomen (32, 33). A. Lipp skriver att sjuksköterskorna upplevde att deras annars ovillkorliga acceptans för kvinnans val till abort, sattes på prov vilket ledde till frustration när de mötte kvinnor som i deras tolkning använde abort som ett sorts preventivmedel eller för att det var den "enkla vägen" (32). Av barnmorskelärare i Ghana trodde 70 % av deltagarna att många som sökte för abort skulle ljuga om att de blivit våldtagna för att få en abort (29). I studien från en mödravårdsavdelning i Brasilien var sjuksköterskornas åsikter radikala. Sjuksköterskorna uppgav att ett fullföljande en graviditet var det enda rätta. De betraktade alla aborter som syndfulla och ansåg att kvinnorna begick ett brott. Detta oberoende av orsak till varför de vill genomgå abort. Sjuksköterskorna var medvetna om att de diskriminerade de kvinnor som kom för att genomgå aborter genom att de prioriterade och hjälpte de kvinnor som kom av andra anledningar (28).

I studien från Sydafrika var det få som hade reflekterat över komplexiteten och de svåra beslut som en oplanerad graviditet för med sig, och varför kvinnan kommit till beslutet att göra en abort. Attityden var till stor del att de antog att kvinnan inte skyddat sig med preventivmedel och varit oansvarig i sitt sexuella beteende. Sexuellt våld som bakomliggande orsak till graviditet nämndes sällan, trots den höga andel kvinnovåld som förekommer i Sydafrika. Det fanns också en stor oro över om upprepade aborter användes som ett preventivmedel, vilket också påverkade deras beslut om och hur vården skulle utföras. En kvinna som kom för andra gången eller mer ansågs ha ett oansvarigt sexuellt beteende (36). Några sjuksköterskor i en av de brittiska studierna ifrågasatte sitt eget arbete, om de gav en bra vård eller vad de gjorde fel eftersom vissa kvinnor kom tillbaka om och om igen, även om det var få som återkom. De tyckte ändå synd om dessa patienter och förstod att det var till följd av tragiska omständigheter (30). Även i den svenska studien med barnmorskor fann var och varannan barnmorska att de fick betänkligheter när det kom till upprepade aborter, de fick också känslor av otillräcklighet i dessa situationer. Vad dessa betänkligheter kan gälla framkommer

inte ur artikeln mer än att det kunde tänkas bero på de extraordinära omständigheter som sena aborter medför (35).

Döljande av egna värderingar

Sjuksköterskorna från gynekologavdelningen i Storbritannien uppgav att hanteringen av ett foster vid en sen abort var det mest utmanande uppdraget i yrket. Det blev så uppenbart att det var ett potentiellt liv som de hade i sina händer och även här kom konflikten mellan liv och död fram. I denna studie talades det om att de var tvungna att dölja sitt kroppsspråk för patienten för att dölja sina värderingar (33). Av nio sjuksköterskor i en studie från Storbritannien var det vissa som ville visa att de inte var dömande genom att medvetet välja sina ord i samtal med patienten och valde till exempel att säga foster istället för barn (31). I studierna från Storbritannien framgick inte om sjuksköterskorna gav mindre hjälp till patienter som kom för upprepade aborter, men beteendet kunde visa sig mer subtilt genom till exempel icke-verbal kommunikation (31, 33). Något som återkom många av artiklarna (30, 31, 32, 33) var hur vårdpersonalen hanterade sina känslor och åsikter vid en abortsituation. Brittiska sjuksköterskor hanterade sina värderingar genom att hitta strategier för att dölja dessa för patienterna, till exempel genom att använda sig av moraliska grundsatsen som "det kan hända oss alla" eller "behandla andra som du själv vill bli behandlad" (31 s:374). Deltagarna i en av de brittiska studierna uppgav att de försökte stänga av sina känslor som ett sätt att orka med sitt arbete (32). Som en copingstrategi uppgavs teamsamarbete och vikten av att ha ett forum att samtala och uttrycka sina åsikter, känslor och händelser med andra. Detta kunde vara till hjälp för de egna känslorna och för att istället kunna fokusera på patientens (31, 33).

FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Det professionella ansvaret, kunskapen om abort samt förhållningssättet till patienten varierade stort beroende på vilket land och del av vårdkedjan artiklarna belyste. Det professionella ansvaret fick i vissa fall hållas tillbaka för personliga åsikter och tro.

Kompetens och ansvar i professionen

Bland barnmorskelärarna i Ghana var det många som saknade kunskap om abortlagarna i landet och under vilka omständigheter det är tillåtet att göra abort. Vissa var osäkra på principerna och tillvägagångssätten för abort. Många var positiva till att lära ut om aborter men föredrog att undervisa om eftervården och infektionsförebyggande åtgärder (29). Motiveringarna från dem som undervisade om aborter var att de ville ge kunskap till studenterna om hur de kan hantera skador som orsakats av osäker abort samt en önskan om att öka kompetensen bland studenterna för att minska mödravårdsdödligheten (29). Många sjuksköterskor vägrade att delta vid abortingrepp. Flera läkare var också pro-life och vägrade utföra aborter på sin klinik, trots att det numera är lagligt (36). Flera studier visar att i de länder där det är lagligt att göra abort finns för lite utbildad personal (34, 37, 38). Studien från Sydafrika, där den nya abortlagen kom 1996 visar att även om det blivit lagligt var inte kunskaperna om den ännu inte helt tillämpade hos alla (36). I en artikel från USA uppstod problem när sjuksköterskor vägrade delta i aborter (38). Ett sätt var att försöka avvärja bristen på kompetenta läkare är att utbilda sjuksköterskor och barnmorskor samt bredda deras kompetens. Detta var något sjuksköterskor och barnmorskor i en studie ställde sig

både negativa och positiva till. Negativa eftersom det var en ny påtvingad del av arbetet i förlossningsvården som de inte tidigare hade arbetat med eller som de själva valt. Positiva eftersom de utvecklade sina kunskaper och växte i sin kompetens (36).

Professionellt och/eller personligt

I en studie från Vietnam med barnmorskor och läkare framgår att abort är försett med moraliska föreställningar eftersom det var starkt sammankopplat med kvinnans sexualitet. En gravid kvinna indikerade att kvinnan haft sex, att en kvinna haft sex innan äktenskap ansågs vara låg moral. Detta gav ett negativt förhållningssätt hos personalen som framför allt förespråkar en mer "hälsosam livsstil" hos sina patienter. Forskarna hade uppmärksammat att det på sjukhuskliniken var envägskommunikation mellan personal och patient där personalen ställde frågor och patienten svarade (39). Sjuksköterskorna i Storbritannien kände att de var övertygade i sitt stöd till kvinnans rätt att välja abort, men när det kom till individnivå fanns det vissa tveksamheter i deras professionella roll. Dilemmat låg i omvårdnadens kärna, och de hade reflekterat över hur omvårdnad avspeglades i abortverksamhet. Omvårdnad som sådan relaterar till "caring" där konceptet omvårdnad i relation till abortverksamhet kan ses som respekt för patientens autonomi genom att tillgodose möjligheten till abort, så att patienten kan välja själv. Genom att primärt fokusera på kvinnan och agera utifrån hennes välmående kan sjuksköterskan förmedla god omvårdnad i abortverksamhet oberoende av sitt eget synsätt (31). Sjuksköterskorna från Storbritannien som ansåg det viktigt att vara icke-dömande i sin profession, tycktes också vara medvetna om sina brister och kunde därför också dölja sina personliga åsikter för att kunna handla på ett professionellt sätt (30). Någon sjuksköterska från Sydafrika hade, genom sin tidigare erfarenhet av att ha vårdat kvinnor med svåra graviditetskomplikationer, en bättre förståelse för aborter och stödde abortlagen och kände sig motiverad av detta. Vidare menade en annan sjuksköterska i samma artikel att arbeta inom abortverksamhet inte borde påtvingas någon eftersom det är en så pass kontroversiell fråga. I stort verkade det som att de som var för abort hade lättare att skilja på sina personliga åsikter och sitt professionella förhållningssätt medan de som var motståndare hade svårare att göra det (38). I studien från Storbritannien upplevde många sjuksköterskor att den personliga erfarenheten som kommer med tiden hjälpte dem i deras yrkesroll, de fick ökad kompetens och bättre självförtroende. Detta hjälpte dem att kunna hantera svårare situationer och det var lättare att utveckla en god relation med patienten än tidigare (33).

Tro och samvetskonflikt

Trosuppfattning och synsätt har tagits upp i många av artiklarna. En av de svenska artiklarna visade ett visst samband mellan barnmorskor med religiös tro och mer konservativ hållning i åsikter om sen abort (35). Men generellt fanns ingen större indikation på att religiös tro påverkade deras åsikter om abort (34, 35). I studien från Ghana angav många att religiösa orsaker låg bakom anledningen till att de inte ville undervisa om aborter (29). Det fanns olika åsikter om huruvida religion spelade någon roll för de sydafrikanska sjuksköterskorna. De uppgav både religiösa och moraliska skäl till att ställa sig tveksamma till abort. Vissa menade att de på grund av sin katolska tro inte ville delta i abortingrepp medan en, även hon troende katolik, hade slutit fred med sin tro och sitt yrkesval att delta vid

abort och ansåg att de kunde gå ihop (36). Bland sjuksköterskor i Brasilien var det tydligt att den religiösa tron föregick landets lagar, även i fall där kvinnan fått sitt fall rättsligt prövat och godkänt. Utan undantag ansågs det vara oacceptabelt att gå emot de religiösa principerna om att abort är en synd (28). Sjuksköterskorna i studien hade inställningen att det är ett brott mot lagen och en synd mot gud att utföra abort. De ansåg att kvinnan tog ett beslut när hon blev gravid och inte kunde avsluta graviditeten eftersom det som sker är menat att ske och inget kan ändra på det som händer (28).

I studien med sjuksköterskor i USA var den vanligaste anledningen till att inte medverka i en abort av icke-religiöst moralisk eller etisk grund. Andlig och religiös orsak var dock också vanligt förekommande (39). I en annan studie från USA med samvetsvägran, vilket innebär att vårdpersonalen inte behöver delta i den vård som går emot deras samvete, visade att det medförde många konsekvenser för vården, som att aborter blev försenade och det blev spänningar i arbetsteamet (38). I Sydafrika finns också samvetsvägran som en rättighet för vårdpersonalen men de måste upplysa kvinnorna om hennes rättigheter och remittera henne till andra läkare som kan hjälpa henne. Även i Sydafrika var det många som inte ville delta i en sen abort, konsekvensen blev att utförandet fick göras av läkare i den privata sektorn. Trots motståndet fanns förståelsen att även dessa aborter behövdes. Antalet veckor in i graviditeten bidrog starkt till att vårdpersonalen ansåg det mer traumatiskt att arbeta med. Det fanns en undran över varför kvinnorna väntade så länge, om det kunde bero på att verksamheten inte var tillgänglig för alla eller att kunskapen inte fanns hos alla (36). I Sverige är det möjligt att välja vilken del av vårdkedjan sjuksköterskor och barnmorskor vill arbeta och de som inte vill ta del av abortverksamheten behöver inte detta. Barnmorskorna i Sverige ansåg inte att det var en bra idé att införa samvetsvägran, då det ställer personalens autonomi före patienten (35).

Reproduktiv hälsa och sjuksköterskans roll

Studenterna i Vietnam tyckte att det var viktigt med en bred och djup kompetens samt personliga kunskaper, men upplevde att barnmorskeutbildningen fokuserade på den gravida kvinnan och för lite om sexuell- och reproduktiv hälsa. Detta gjorde att många kände sig dåligt förberedda inför dessa uppgifter i sitt kommande yrkesliv (40). Även sjuksköterskorna var eniga om att bättre rådgivning hade varit önskvärd och menade även att de själva inte hade tillräckligt bra kunskaper på området för att kunna ge bra råd. Forskarna gjorde observationer på två sjukhusavdelningar och en abortklinik där kliniken deltog i ett projekt för att utbilda sin personal i preventivmedelsrådgivning. Forskarna noterade att få gav ut någon information om preventivmedelsrådgivning på sjukhusen, till skillnad från kliniken där patienterna fick tillgång till en individuell samtalsstund innan aborten. I samma studie ifrågasatte vissa deltagare i läkargruppen om rådgivning överhuvudtaget ingick i deras uppdrag. Som hälsopersonal på abortkliniker såg många av deltagarna som sitt huvudansvar, förutom att utföra säkra aborter, att varna kvinnorna för farorna i en abort för att få dem att undvika att bli gravida igen (39). Bland studenterna från Vietnam framkom också att det trots deras starka konservativa åsikter om sex före äktenskapet så tyckte de att preventivmedelsrådgivning borde finnas på en abortverksamhet att det till och med kan vara det ansvarsfulla av ett par att önska detta. Flertalet var av åsikten att

inte bara gifta par bör få information om vilka typer av skydd som finns utan att alla bör få ta del av det (39).

Sjuksköterskor på kliniker i Storbritannien såg till att patienten hade fattat rätt beslut genom att informera dem om alla möjligheter, sedan ansåg de att det var patientens val. Då behövde de finnas där som stöd (31). Studien från Ghana visade att de barnmorskor som hade en mer omfattande utbildning i förebyggande åtgärder också hade större kunskaper i familjeplanering och hade större benägenhet att ge mer information vid konsultation med patienterna (29). I en av de brittiska studierna kunde deltagarna stödja kvinnan i hennes beslut om abort genom att visa på de olika alternativ som fanns, såväl för stunden som för framtiden, vilket visade sig vara till hjälp för kvinnan i hennes beslut. Det genomgående för alla deltagarna var att de framhöll att de måste ge allsidig information på ett neutralt sätt (32). I Sydafrika var en vanlig tanke bland deltagarna att preventivmedel var att föredra inte bara för att hindra abort utan också för att förhindra ohälsa (36). Svenska barnmorskor och gynekologer ansåg inte att patienterna använde abort som en sorts preventivmedel (34).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Det har varit ett komplicerat ämne att söka litteratur på eftersom abort som begrepp kan innebära olika saker. Det kan handla om missfall som också kallas spontan abort, det kan också vara kirurgisk eller medicinsk abort. Av denna anledning har vi valt att inte specificera något före begreppet abort. Istället finns det flera begrepp på engelska som betyder samma till exempel "termination of pregnancy" som vi använt i vår sökning, vilket vi dock inte har hittat något motsvarande begrepp på svenska men översatt ordagrant som avslutande av graviditet. Av denna anledning kan det finnas andra begrepp som vi inte känner till och som gör att vi kan ha missat värdefulla artiklar för vårt arbete.

Även begreppet bemötande var svårt att hitta en exakt översättning till, vilket är lite förvånande eftersom det i alla fall i svensk utbildning är ett viktigt begrepp och borde vara det i alla länder. Attityd var det begrepp som vi hittade flest artiklar på och därför användes detta. Det blev en omfattande sökning för att hitta ett rimligt antal relevanta artiklar. Eftersom utbudet inte var så stort inkluderade vi utöver sjuksköterskor även barnmorskor, studenter, vårdlärare, vårdenhetschefer samt läkare. Eftersom all vårdpersonal har en roll och till viss del inflytande i abortverksamheter känner vi att vi kan motivera vårt val av artiklar. Artiklarna vi använde oss av kom från ett flertal länder runt om i världen. Att göra en jämförande analys mellan länder som skiljer sig stort socialt, ekonomiskt och kulturellt kan ge minskad trovärdighet eftersom det inte ger en fullständig eller rättvis bild när man jämför. Det fanns inte tillräckligt med studier från Sverige varför vi var tvungna att utvidga vår sökning. Vi anser ändå att det är viktigt och relevant att lyfta upp kvinnors reproduktiva hälsa med abort i fokus eftersom det är en världsomfattande fråga. När vi läst artiklarna har det varit utifrån vår egen världsbild och det går inte att komma ifrån vår egen förförståelse och våra värderingar, vi har strävat efter att förhålla oss objektiva. Vi har valt artiklar som visar både för och nackdelar med abort och vi har försökt analysera dem sakligt.

Vi hittade artiklar som är både kvalitativa och kvantitativa och några som bara är kvantitativa. De artiklar som bara använder en kvantitativ metod anser vi är bra trots att de inte är lika djupgående som de artiklar som även har en kvalitativ ansats. De kvantitativa studierna ger en mer generaliserande och övergripande bild över ämnet vi skriver om. I de kvalitativa studierna får vi en djupare bild av vad vårdpersonalen tycker och hur de resonerar vilket känns lämpligt med tanke på vårt syfte. Att vi var två som läste igenom artiklarna ser vi som en styrka eftersom det minskar risken att missa relevanta delar.

Resultatsdiskussion

Bemötande

Det har visat sig i artiklarna att omvårdnad som ämne verkar vara av varierad betydelse i olika länder. Det verkar inte heller som att sjuksköterskan har någon tydlig uppgift, yrkesrollen och uppdragen verkar skifta stort mellan länder, men säkert också inom länder och beroende på vilken avdelning de arbetar på. Vi kan se att det är av stor hjälp att ha riktlinjer att förhålla sig till så som den svenska kompetensbeskrivningen som beskriver att patientens autonomi och integritet alltid ska komma i första hand (19). Den klargör också tydligt vad som är viktigt för en legitimerad sjuksköterska att förhålla sig till i det professionella uppdraget (19). Bemötandet i artiklarna från Ghana, Brasilien, Sydafrika och Vietnam speglar, i varierande grad, inte en särskilt hög medvetenhet eller förmåga att leva sig in i patientens situation och många gånger ses en bristande respekt för patienten (21). Vårt arbete utgår från den svenska kompetensbeskrivningens riktlinjer för hur sjuksköterskan bör utföra sitt arbete, vi vill även påpeka att det även finns en internationell etisk kod där det i vårdens natur ska ligga en respekt för mänskliga rättigheter. Där ska finnas en rättighet till liv, värdighet och att patienten ska behandlas med respekt (19).

Sena och upprepade aborter

De flesta artiklar (30, 31, 32, 33, 34, 36 och 37) tog upp att personalen upplevde vissa delar av abortverksamheten som mer problematisk än andra. Upprepade och sena aborter var en del av detta. Upprepade aborter såg vissa som ett potentiellt misslyckande i det egna yrkesutförandet där frågan kom upp vad de kunnat göra annorlunda för att undvika att vissa patienter återkom. Det utmanade också den empatiska synen gentemot kvinnan, i sådana lägen blir det följaktligen än mer viktigt att reflektera över sitt eget bemötande (30). En teori som artikelförfattaren Lipp tar upp om detta är att kvinnor som gör upprepade aborter inte går under de kriterier som behövs för att ses som en legitim patient, där ett kriterium är just att personen inte själv kan ansvara för sin ohälsa. Detta kan göra att vårdpersonal inte sympatiserar i lika hög utsträckning med kvinnan (30).

Förhållningssätt

Som både Leininger och Eriksson lyfter fram är vårdandet kulturellt baserat, där vanor och värderingar format den vårdkultur som finns. För att relationen ska vara vårdande och professionell behövs en medvetenhet om detta (24, 25). Det visade sig saknas speciellt tydligt i länder där de inte verkar ha som praxis att diskutera frågor som förhållningssätt, etik och vad som ingår i sjuksköterskans profession. Det framgick i studien med studenterna från Vietnam att moraliska och etiska frågor inte verkar ha tagits upp till reflektion (40). Likadant var det i artikeln från

Sydafrika där det var få deltagare i studien som hade reflekterat över komplexiteten och de svåra beslut som en oplanerad graviditet för med sig (36). En studie visar att en öppen diskussion om värderingar kan hjälpa till att tydliggöra värderingarnas dilemman och hur ens egna värderingar ser ut. Detta kan ge en större självinsikt vilket också kan hjälpa till att förstärka objektiviteten i professionen (41).

Motsättningar

Artikeln från Massachusetts visade att många läkare upplevde att sjuksköterskornas ovillighet att medverka i aborter begränsade abortverksamheten. Det uppgavs att aborter försenats som en direkt följd av brist på tillgängliga sjuksköterskor (38). I artikeln från Ghana där studier gjorts på barnmorskelärare visade studien att många av deltagarna inte lärde ut vissa aspekter och metoder i abortundervisningen för att personliga uppfattningar i hög andel influerade undervisningen. En majoritet av deltagarna uppgav att personliga värderingar och åsikter påverkade vad de undervisade i, vilket bidrar till en bristande kompetens hos framtida barnmorskor (29). På grund av vårdpersonalens okunskap kring hur rättigheterna om abort ser ut samt bristande kunskap i hur det utförs eller vart de kan hänvisas vidare, kan det enligt artikelförfattarna bli stora begränsningar och rent av nekade aborter som patienterna har laglig rätt till. En stor andel av de barnmorskor som undervisade om aborter lärde bara ut en av flera abortmetoder, en stor majoritet lärde inte ut medicinsk abort till exempel, vilket i sin tur begränsar abortmöjligheten avsevärt (29). Den svenska kompetensbeskrivningen anger att det ingår i sjuksköterskans kompetens att hålla sig informerad och uppdaterad om ny forskning, utveckling och lokala regler (19).

Samvetsklausul

Europarådet har nyligen infört en resolution som avser att införa en samvetsklausul i vården (42). Detta möjliggör för vårdpersonalen att avstå från att delta och utföra den del av vården de finner personligen olämplig. I Sverige är det möjligt att välja vilken del av vårdkedjan sjuksköterskor och barnmorskor vill arbeta med och de som inte känner för att ta del av abortverksamheten behöver inte det (35). Att inte kunna välja vilken del ser vi som en nackdel men att införa en samvetsklausul anser vi kan medföra en stor fara efter att ha läst artiklar från länder där det redan finns en sådan. Regler och riktlinjer finns till för att vården ska utföras på lika villkor och så att den inte ska bli godtycklig och subjektiv.

Reproduktiv hälsa och sjuksköterskans roll

Något som framkom i artiklarna var bristen på information om preventivmedel, många av sjuksköterskorna och barnmorskorna hade själva inte tillräckligt med kunskaper för att kunna lära ut till patienterna. I något fall tyckte de inte att det låg på deras ansvar utan var "samhällets" ansvar (39). I många av artiklarna kom det fram att motiveringen till att deltagarna var positiva till aborter var för att de var medvetna om de eventuella risker och konsekvenser som osäkra aborter kunde medföra (36, 29). Detta visar på en medvetenhet och kunskap om vikten av att ha god mödravård och vad bristen på en sådan kan föra med sig. Samtidigt var många överens att rådgivning och användande av preventivmedel var att föredra framför abort. De svenska studierna att även de med bäst kunskaper i förebyggande åtgärder, som barnmorskorna i studien, inte alltid kunde förhindra en oplanerad graviditet. Önskad graviditeter sker och behovet av abort kommer

att fortsätta finnas (35). Även där det är lagligt med abort skulle det inte skada att diskutera frågan mer och lyfta fram de etiska frågeställningar som finns och vikten och nyttan av preventivmedel. Vi anser att abort är ett svårt etiskt beslut som inte bör tas lätt på men vi ifrågasätter de länder som totalförbjuder abort i alla lägen. Vi ställer oss frågande till varför ett fosters liv värderas högre än kvinnans liv.

Etiska frågeställningar och mänskliga rättigheter

En viktig del som vi såg dök upp i vissa artiklar var den existentiella dimension som blev en utmaning vid mötet av fostret (31, 33). Detta visade sig framför allt i de västerländska artiklarna vid frågan om sena aborter. Det visade sig också tydligt till exempel hos vårdpersonalen i Brasilien och Ghana där de existentiella dimensionerna inte bara berörde sena aborter, utan om aborter överhuvudtaget (28, 29) Mänskliga rättigheter å ena sidan inkluderar människans rätt till självbestämelse och erkänner att rättigheterna härrör från det inneboende värdet hos varje människa. Å andra sidan kan abort stå i konflikt till rätten till liv där diskussion kan uppstå om det är kvinnan eller fostret som har rätt till liv. Likaså tas det upp i FN:s barnkonvention artikel 6 som säger att varje barn har en inneboende rätt till livet (43). I Sverige och Europa finns delade meningar om när livet blir till samt om ett foster är detsamma som ett barn. De mänskliga rättigheterna betonar också kvinnans rättigheter specifikt, där de tar upp att ingen diskriminering av kvinnor får ske (13). Vi tycker oss kunna se med statistik att kvinnors rättigheter är grovt underskattat om, till exempel, nära 80 % av världens mödradödlighet hade kunnat förhindras om bara resurser lagts på att förhindra det eller när FN:s mål om att minska mödradödligheten är det mål som nått allra minst framgång (3).

“Maternal deaths...are often the ultimate tragic outcome of the cumulative denial of women’s human rights. Women are not dying because of untreatable diseases. They are dying because societies have yet to make the decision that their lives are worth saving...When women are risking death to give life, they are entitled to have their own right to life and health protected. Societal attitudes of looking at women as means and not ends have resulted in the denial of women’s rights to essential maternity services”
Mahmoud Fathalla, WHO (44 s. 409).

Slutsats och reflektion

Med det här arbetet ser vi att det är viktigt med riktlinjer i yrkesprofessionen eftersom det alltid kommer att finnas etiskt svåra situationer att förhålla sig till och som vi inte bara kan låta våra känslor och egna åsikter styra över. Vi kan se från andra länder att avsaknaden av reflektioner liknande vår processhandledning samt en kompetensbeskrivning, påverkar bemötandet och förhållningssättet i vården. Det är också viktigt att ha med sig när det gäller attityder och värderingar att detta aldrig är något statiskt utan föränderligt med tiden och beroende av hur samhället utvecklar sig och att vi därför inte ska ta något för givet. Detta kan vi till exempel se från tidigare forskning där den dominerande frågan var abortens vara eller inte vara då legal abort som fenomen var relativt nytt.

Det behövs mer forskning på ämnet, vi hittade inte så många artiklar som gick igenom just sjuksköterskornas/barnmorskornas attityder, bemötande och förhållningssätt. Studierna hade ofta lite bredare frågeställningar som tog upp fler ämnen inom samma område eller mer specifika om en särskild del av

abortverksamhet, exempelvis sena aborter. Vi har i detta arbete inte studerat hur patienterna som söker för abort upplever bemötandet. Vi tycker oss märka att den vårdpersonal som jobbar inom ett psykiskt krävande område inom vården så som abortverksamheten är, behöver stöd och tid för reflektion. Även i övrig vård och omsorg ser vi det möjligt och önskvärt att tillämpa en medveten och aktiv självreflektion över vad ett gott bemötande innebär och vilket förhållningssätt som används eller bör användas. Vi vill understryka vikten av fortsatt processorienterad handledning även efter utbildningstiden för att på så sätt orka med och bearbeta det ibland tunga ansvar som sjuksköterskyrket innebär.

REFERENSER

1. WHO, Unsafe abortions, global and regional estimates 5th edition. Tillgänglig: 2010-11-03.
http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_Unsafe_Abortion.pdf
2. Millenniemål 5, Svenska FN-förbundet. Hämtad: Tillgänglig: 2010-09-29.
http://www.millenniemaalen.nu/flx/v3/maal/millenniemaal_5/
3. UN Millennium development goals, Factsheet. Tillgänglig: 2010-09-29.
http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_FS_5_EN_old.pdf
4. Lipp, A. (2008). *A review of termination of pregnancy: prevalent health care professional attitudes and ways of influencing them. Journal of clinical nursing*, 17(13):1683-8.
5. Slade, P, Heke S. (2001). *Termination of pregnancy: Patients' perceptions of care. The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 27(2): 72-77 15/10-2010
6. WHO, Unsafe abortion: the preventable pandemic. Tillgänglig: 2010-09-29.
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/article_unsafe_abortion.pdf
7. WHO, Facts and figures about abortion in the European Region. Tillgänglig: 2010-11-03.
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/activities/abortion/facts-and-figures-about-abortion-in-the-european-region>
8. Nationalencyklopedin. Hämtad: Tillgänglig: 2010-11-01.
<http://www.ne.se/sok/Ceausescu,Nicolae?type=NE>
9. WHO, Facts on induced abortion worldwide. Tillgänglig: 2010-11-03.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion_facts.pdf
10. Swärd, Stefan. (1984). *Varför Sverige fick fri abort: ett stadium av en policyprocess. Doktorsavhandling*, Stockholms universitet, Statsvetenskapliga institutionen.
11. SFS Abortlag 1974:595 Tillgänglig: 2010-11-03
<http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1974:595>
12. Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Tillgänglig: 2010-11-03
http://www.manskligarattigheter.gov.se/dynamaster/file_archive/060505/44cfb237283ba3a391609d394755c60/Konventionen%20om%20ek%20soc%20och%20kult%20r%e4ttigheter.pdf

13. Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor. Tillgänglig: 2010-11-04
<http://www.humanrights.se/upload/files/2/MR-instrument/CEDAW.pdf>
14. Kvinna till kvinna, Makt över kroppen. Tillgänglig: 2010-11-03.
<http://www.kvinnatillkvinna.se/makt-over-kroppen>
15. RFSU: Riksförbundet för sexuell upplysning, FN. Tillgänglig: 2010-11-03.
<http://www.rfsu.se/sv/Sex-och-politik/FN/>
16. UN Population Division, Department of Economic and Social Affairs. Tillgänglig: 2010-11-03
<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>
17. Socialstyrelsen, Hälsa- och sjukvårdslagen 1982:763. Tillgänglig: 2010-11-03.
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>
18. Socialstyrelsens föreskrifter för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2005:12. Tillgänglig: 2010-11-04
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12>
19. Socialstyrelsen, Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Tillgänglig: 2010-11-04
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
20. SOU: Statens offentliga utredningar. Brister i omsorg - En fråga om bemötande av äldre, del 1. Tillgänglig: 2010-10-21.
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/51/18/b7c30f1c.pdf>
21. Bergh Madeleine. (2002). *Medvetenhet om bemötande, en studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning*, Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdpedagogik.
22. Kasén, A. (1997). *Vårdrelation, verklighet och vision i patientens värld, en hermeneutisk studie*. Doktorsavhandling. Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
23. Eriksson, K. (1995). *Vårdprocessen*. Göteborg: Liber Utbildning AB
24. Leininger, M. (1993). *Cultural care, diversity and universality theory*. USA: Sage publications.
25. Eriksson K, (1987). *Vårdandets idé*, Stockholm, Almqvist & Wiksell Förlag AB.
26. Eriksson, K red, (1995) *Mot en caritativ vårdetik*, Åbo Akademi tryckeri, Åbo
27. Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserades examensarbeten*. Danmark: Författarna och Studentlitteratur.

28. Gesteira, S.M., Diniz, N. (2008). *Healthcare for women in process of induced abortion: statements of nursing professionals*. ACTA PAUL ENFERMAGEM; 21(3): 449-53.
29. Voetagbe, G., Yellu, N. (2010). *Midwifery tutors' capacity and willingness to teach contraception, post-abortion care, and legal pregnancy termination in Ghana*. *Human resources for health*, 23;8:2
30. Lipp, A. (2010). *Conceding and concealing judgement in termination of pregnancy; a grounded theory study*, *Journal of Research in Nursing*, 15(4):365-378.
31. Gallagher, K., Porock, D. (2010). *The concept of 'nursing' in the abortion services*. *Journal of advanced nursing*, 66(4):849-57.
32. Lipp, A. (2008). *A woman centred service in termination of pregnancy: A grounded theory study*. *Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession*, 31(1):9-19
33. Nicholson, J., Slade, P. (2010). *Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses*. *Journal of advanced nursing*, 66(10), 2245-2256
34. Hammarstedt, M., Jacobsson L. (2005). *Views of midwives and gynecologist on legal abortion - a population-based study*. *Acta obstretica et gynecologica Scandinavica*, 84(1):58-64.
35. Lindström, M., Jacobsson, L. (2007). *Midwives' experience of encountering women seeking an abortion*. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 28(4):231-7.
36. Harries, J., Stinson, K. (2009). *Health care providers' attitudes towards termination of pregnancy: A qualitative study in South Africa*. *BMC public health*, 18;9:296.
37. Marlek M. (2004). *Nurses' attitudes toward pregnancy termination in the labor and delivery setting*. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 33(4):472-9
38. Kade, K., Kumar, D. (2004). *Effect of nurses' attitudes on hospital-based abortion procedures in Massachusetts*. *Contraception*, 69(1):59-62.
39. Klingberg-Allvin M., Nga NT. (2006). *Perspectives of midwives and doctors on adolescent sexuality and abortion care in Vietnam*. *Scandinavian journal of public health*, 34(4):414-21.
40. Klingberg-Allvin M., Van Tam V. (2007). *Ethics of justice and ethics of care. Values and attitudes among midwifery students on adolescent sexuality and abortion in Vietnam and their implications for midwifery education: a survey by questionnaire and interview*. *International journal of nursing studies*, 44(1):37-46.
41. Altun, I. (2003). *The perceived problem solving ability and values of student nurses and midwives*, *Nurse Education Today*, 23(8): 575-584

42. Council of Europe. Europarådet. Tillgänglig: 2010-10-27.
<http://assembly.coe.int/ASP/APFeaturesManager/defaultArtSiteView.asp?ID=950>
43. FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, artikel 3 och 6
http://www.manskligarattigheter.gov.se/dynamaster/file_archive/060621/9649d2011fd4f5bb858acf1419189c67/konventionstexter_pdfversion.pdf
44. Fathalla, M. (2006). *Human rights aspects of safe motherhood* Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 20(3): 409-419

Artikelpresentation

Ref. nr	Titel	Författare	Land, årtal	Syfte	Metod	Urval	Antal Ref.
28.	Healthcare for women in process of induced abortion: statements of nursing professionals	Gesteira, S.M., Diniz, N	Brasilien 2008	Att analysera hur sjukskötersketeamet uppfattar den omvårdnad de ger till kvinnor på väg att genomgå abort .	Kvalitativ ansats användes. Data hämtades ur en fokusgruppsteknik och som analysmetod användes innehållsanalys.	Data hämtades från två fokusgrupper med fem sjuksköterskor och fyra sjukvårdsbiträden.	27
29.	Midwifery tutors' capacity and willingness to teach contraception, post-abortion care, and legal pregnancy termination in Ghana	Voetagbe, G., Yellu, N	Ghana 2010	Att utvärdera kapaciteten och villigheten bland barnmorskelärare att lära ut om preventivmedel, post-abort omvårdnad och laglig abort i Ghana.	Strukturerade frågeformulär fylldes i självständigt av deltagarna. Frågeformulären skickades in och undersöktes för överensstämmelse med Epiinfo 6.04 och analyserades med Stata 8. Deskriptiv analys användes och förekomsten rapporteras i procent.	74 barnmorskelärare intervjuades för den här studien, från alla de 14 barnmorskeskolor som finns i landet	14
30.	Conceding and concealing judgement in termination of pregnancy; a grounded theory study	Lipp, A	Storbritannien 2010	Att få fram några av de känslotribut hos sjuksköterskor och barnmorskor som är involverade i abortverksamhet och hur de eventuellt kan påverka vården som ges.	Intervjuer utfördes genom användande av Grounded theory-teknik.	Tolv sjuksköterskor och barnmorskor som arbetade inom abortverksamhet i Wales.	40

31.	The concept of “nursing” in the abortion services	Gallagher, K., Porock, D	Storbritannien 2010	Att undersöka uppfattningar hos sjuksköterskor som jobbar inom abortverksamheter.	Kvalitativa semi-strukturerade intervjuer som analyserades med hjälp av NVivo och tematisk analys.	Nio sjuksköterskor som arbetade på tre olika abortkliniker i Storbritannien.	26
32.	A woman centred service in termination of pregnancy: A grounded theory study	Lipp, A	Storbritannien 2008	Att undersöka hur sjuksköterskor och barnmorskor upplever sin roll med kvinnor som genomgår abort och hur de hanterar sin ökade inblandning med dessa kvinnor.	En kvalitativ ansats valdes med grounded theory som metod.	Tolv deltagare valdes ut från nio av tretton National Health services som finns i Wales.	42
33.	Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses	Nicholson, J., Slade, P	Storbritannien 2010	Att identifiera upplevelsen hos gynekologsjuksköterskor som är involverade i abortverksamhet.	Data hämtades ur intervjuer och standardiserade frågeformulär. Transkriptioner av intervjuerna analyserades med hjälp av Interpretive Phenomenological Analysis (IPA)	Ett målmedvetet stickprov på sju sjuksköterskor valdes ut av personal som för närvarande arbetar inom abortverksamhet.	33
34.	Views of midwives and gynecologists on legal abortion – a population-based study	Hammarstedt, M., Jacobsson L	Sverige 2005	Att öka kunskapen om uppfattningen som svenska barnmorskor och gynekologer har om legal abort. Samt att undersöka skillnader mellan de olika yrkena som de eventuella	Ett frågeformulär med både strukturerade och semi-strukturerade frågor skickades till ett slumpvis utvalt antal barnmorskor och gynekologer.	258 barnmorskor och 269 gynekologer. Svarefrekvensen var 84 %.	15

				faktorer som påverkar de olika uppfattningarna.			
35.	Midwives' experiences of encountering women seeking an abortion	Lindström, M., Jacobsson, L	Sverige 2007	Att beskriva svenska barnmorskors kliniska och känslomässiga erfarenheter och att leta efter de faktorer som påverkar barnmorskors uppfattning om att arbeta med abort. Ytterligare ett syfte var att studera barnmorskors uppfattning av kvinnornas motiv för att genomgå abort.	Ett kvantitativt frågeformulär med sjutton olika påståenden skickades till slumpvis utvalda barnmorskor. De fick sedan fick kryssa i det alternativ som passade dem bäst på en sexgradig skala.	258 barnmorskor och svarsfrekvensen låg på 84 %	21
36.	Healthcare providers' attitude towards termination of pregnancy: A qualitative study in South Africa	Harries, J., Stinson, K	Sydafrika 2009	Att utforska de faktorer som avgör vårdpersonalens engagemang eller tillbakadragande inom abortverksamhet för att kunna underlätta förbättring i planerandet och tillhandahållande av framtida tjänster.	Kvalitativ metod användes för att hitta data. Datan analyserades ur tematisk analys metod.	Data inhämtades ur 34 djupintervjuer och en fokusgrupp med fyra deltagare.	24
37.	Nurses' attitudes toward termination of pregnancy in the labor and delivery settings	Marlek M	USA 2004	Att undersöka sjuksköterskors attityder till abort i förlossningsverksamhet och frekvensen av sjuksköterskor som vägrar att delta i	Deskriptiv studie där ett anonymt frågeformulär med visuell analog skala användes.	75 förlossnings-sjuksköterskor från sex sjukhus i Kalifornien.	21

				abotringrepp.			
38.	Effects of nurses' attitudes on hospital-based abortion procedures in Massachusetts	Kade, K., Kumar, D	USA 2004	Att förstå hur sjuksköterskors attityder påverkar sjukhusbaserad abortservice i Massachusetts	Kvalitativ information hämtades från läkare och avdelningschefer på alla sjukhus i Massachusetts där abort är tillgängligt.	17 läkare och tre vårdenhetschefer	15
39.	Perspectives of midwives and doctors on adolescent sexuality and abortion care in Vietnam	Klingberg-Allvin, M., Thu Nga, N	Vietnam 2006	Att undersöka barnmorskors och läkares syn på tonåringars sexualitet och abort och vad de anser vara kvalitets vård vid abort och de hinder som finns för att utföra detta, likväl det de själva behöver mer träning på.	Observationer av omvårdnad på en abortklinik och diskussioner från en fokusgrupp användes för att samla in data. Datan analyserades genom latent innehållsanalys.	Deltagarna 40 barnmorskor och 28 läkare valdes ut.	28
40.	Ethics of justice and ethics of care: Values and attitudes among midwifery students on adolescent sexuality and abortion in Vietnam and their implications for midwifery education: A survey by questionnaire and	Klingberg-Allvin., Van Tam, V	Vietnam 2007	Att undersöka vietnamesiska barnmorskestudenters värderingar och attityder till tonårs-sexualitet, abort och preventivmedel och deras syn på sin professionella förberedelse.	Ett kvantitativt frågeformulär skickades ut till ett antal barnmorskestudenter. Även en kvalitativ undersökning som hade liknande frågor utfördes.	235 barnmorskestudenter från fyra medicinska högskolor svarade på ett frågeformulär. 18 studenter intervjuades individuellt	44

	interview						
--	-----------	--	--	--	--	--	--