

# Risikofaktorer for negative psykiske reaksjoner etter abort

Av Anne Nordal Broen <sup>1</sup>, Torbjørn Moum <sup>2</sup>, Anne Sejersted Bødtker <sup>3</sup>, Øivind Ekeberg <sup>4</sup>

## Hovedbudskap:

- 1) Undersøkelsen viser at for kvinner med spontan og provosert abort var tidligere psykiske problemer og sterk grad av negative følelser rett etter aborten risikofaktorer for å få negative psykiske reaksjoner i ettertid.
- 2) Enslige kvinner som hadde spontan abort, var mer utsatt for depresjon to og fem år etter aborten.
- 3) For kvinner med provosert abort var press fra barnefar eller venner til å ta abort, en negativ holdning til provosert abort og tvil om abort-avgjørelsen også risikofaktorer.

Noen av resultatene i denne artikkelen er tidligere publisert i *Psychosomatic Medicine* (1), *General Hospital Psychiatry* (2), *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* (3), og *BMC Medicine* (4). Se ellers artikkelen *Kvinnens psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort* publisert av de samme forfatterne i tidsskriftet *Sykepleien Forskning* Nr. 1-2006.

Kvinner som gjennomgår en spontan eller en provosert abort, reagerer på ulike måter på hendelsen. I Norge er det tidligere gjort lite forskning angående risikofaktorer for negative reaksjoner på

abort. Grünfeld fant i sin doktoravhandling (Oslo, 1973) at kvinner som tidligere hadde hatt psykiske plager, hadde mer skyldfølelse og oftere en depressiv reaksjon etter provosert abort det første halve året etter aborten (5). Kvinner med negativ holdning til selvbestemt, provosert abort hadde oftere skyldfølelse.

I studier i andre land er det funnet at dårlig tidligere psykisk helse, sterk følelsesmessig tilknytning til fosteret, en konservativ holdning til provosert abort og mye ambivalens i valgprosessen er forbundet med økt tendens til å få følelsesmessige problemer etter abort (6-8).

I vår undersøkelse inkluderte vi kvinner med både spontan og provosert abort. Dette er ikke gjort tidligere og gir en unik mulighet til å se på likheter og forskjeller i reaksjonsmåter i de to gruppene.

Undersøkelsen tok sikte på å

- 1) studere psykiske plager kvinner kan få i løpet av fem år etter en spontan eller provosert abort, og
- 2) kartlegge risikofaktorer for negative psykiske reaksjoner i de to gruppene.

## Metode

I perioden fra april 1998 til februar 1999 ble 120 kvinner ved gynekologisk avdeling i Sykehuset Buskerud inkludert i vår undersøkelse. Sykehuset Buskerud ligger i Drammen, en by med 55.000 innbyggere, ca. 40 km vest for Oslo. Svarprosenten var 50% for kvinner med spontan abort og 46% for provosert abort. Kvinnene ble intervjuet 10 dager etter aborten (T1), 6 måneder (T2), 2 år (T3) og 5 år etter (T4). Av de 120 kvinnene som deltok, fullførte 109 kvinner (91%) alle fire intervjuer: 39 av 40 kvinner med spontan abort (97.5%), 70 av 80 kvinner med provosert abort (87.5%). Alle intervjuene ble gjort av førsteforfatteren (ANB), spesialist i psykiatri. Intervjuene inkluderte samtale, og at

<sup>1</sup> Anne Nordal Broen, dr. med., overlege ved Familieavdelingen, Modum Bad, 3370 Vikersund, Norge. E-mail: anne.broen@modum-bad.no

<sup>2</sup> Torbjørn Moum, Ph.D., professor, Avdeling for atferdsfag, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo, Postboks 1111 Blindern, 0317 Oslo, Norge.

<sup>3</sup> Anne Sejersted Bødtker, overlege ved gynekologisk avdeling, Sykehuset Buskerud, 3000 Drammen, Norge

<sup>4</sup> Øivind Ekeberg, dr. med., professor, Avdeling for atferdsfag, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo, Postboks 1111 Blindern, 0317 Oslo, Norge.

## Litt om statistikken

Denne artikkelen bygger på statistiske metoder som mange av leserne muligens har begrenset kjennskap til. Derfor denne lille forklaringen:

### Sammenlikninger mellom grupper

Sammenlikninger mellom grupper er antagelig den vanligste problemstillingen i medisinsk forskning. En slik problemstilling oppstår f.eks. når resultater for en gruppe som har gjennomført provosert abort, settes opp mot resultatene for en gruppe med spontan abort (Tabell I og II). *Kji-kvadratet* tester om de to gruppene er forskjellig sammensatt når det gjelder ulike kjennetegn (yrke, livssyn og lignende). Forskjeller mellom gruppene kan også beregnes med en korrelasjonskoeffisient for gjennomsnittsforskjeller (point biserial) som kan være negativ eller positiv (dvs. ligger mellom -1 og +1).

### Regresjonsanalyse

Sammenhengen mellom flere risikofaktorer og en kvantitativ variabel kan undersøkes med regresjonsanalyser. Her blir risikofaktorenes selvstendige betydning undersøkt. De standardiserte regresjonskoeffisienter som brukes i denne artikkelen, varierer mellom -1 og +1, der 0 betyr at det ikke er noen sammenheng mellom variablene.

### Faktoranalyse

Dette er en statistisk metode som brukes for å få fram fellestrekk (faktorer) i et datamateriale. Målet er å forklare et sett av variabler ved et mindre sett av underliggende eller latente variabler (faktorer). Faktoranalysen finner et sett (av faktorer) som best forklarer korrelasjonen mellom de opprinnelige variablene. En faktor kan f.eks. bestå av "skyld, skam, sinne (da: vrede), bli sviktet". *Cronbach's alfa* viser til graden av sammenheng (korrelasjon) i variabler som summeres mellom de variablene som brukes i en samleskala. Alfa varierer mellom 0 og 1, og en høy verdi betyr at samleskalan er et godt ("reliabelt") uttrykk for en underliggende dimensjon.

### p-verdi

Viser til sannsynligheten for at en statistisk sammenheng skyldes tilfeldige variasjoner i det utvalget som er brukt. Verdier mindre enn 5% (= 0.05) regnes ofte som tilstrekkelig. Den valgte grenseverdien kalles ofte signifikansnivået.

Red.

kvinnene selv fylte ut spørreskjemaer, og psykologiske tester.

Kvinnene oppga demografiske data, og deres tidlige psykiske helse ble søkt fastslått ved å kombinere to mål: En selvrappoterings om behov for og mottatt hjelp fra helsevesenet pga psykiske vanskeligheter tidligere i livet – og en diagnostisk vurdering av kvinnenes psykiske helse (livstidsdiagnose) utført av intervjueren. Det ble laget en ny variabel, "Tidligere psykisk helse".

En oversikt over kvinnene som deltok, er vist i tabell I.

### Psykologiske tester og spørreskjemaer:

*En psykologisk traumetest (Impact of Event Scale, IES)*

*Impact of Event Scale* er mye brukt internasjonalt (9-11). Den første delen (IES påtrengende minner, 0-35 poeng) omhandler grad av påtrengende minner, "flash-backs", vonde drømmer og sterke følelser som en person har hatt (i forhold til et bestemt traume, her aborten) i løpet av siste uken før intervjuet. Den andre delen (IES unngå-

else, 0-40 poeng) omhandler grad av forsøk på å unngå minner om traumet – som for eksempel ikke å ville snakke om det som skjedde, ikke tillate seg selv å ha følelser i forhold til det, og å unngå situasjoner som kan minne om hendelsen.

### *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*

HADS måler angst og depresjon (12). Testen består av to deler, en del med 7 spørsmål vedrørende angst (HADS angst, 0-21 poeng) og en del med 7 spørsmål vedrørende depresjon (HADS depresjon, 0-21 poeng). I en stor norsk befolkningsundersøkelse (HUNT, Helse Undersøkelse Nord Trøndelag, 1995-1997) var gjennomsnittlig score hos kvinner fra 30-35 år (n=2879) på HADS angst:  $4.6 \pm (3.4)$  og på HADS depresjon:  $2.6 \pm (2.7)$ . (Data fra dr.med. Eystein Stordahl).

### Skjema for følelser i forhold til aborten

Ved hvert intervjutidspunkt fylte kvinnene ut et skjema for følelser i forhold til aborthendelsen. De ble bedt om å tenke tilbake på aborten, og så angi hvor mye de nå hadde av forskjellige følelser i til-

Tabell 1. Kvinnene som deltok i undersøkelsen.

Signifikansnivå for forskjeller mellom de to abortgruppenes variabler er også vist.

	Kvinner med spontan abort n = 40. (‘1’)	Kvinner med provosert abort n = 80. (‘2’)	Point biserial r / $\chi^2$
<b>Ved T1 (10 dager etter aborten)</b>	<b>Gjennomsnitt (95 % CI)</b>	<b>Gjennomsnitt (95 % CI)</b>	
<b>Alder (i år)</b>	30.1 (28.2–31.9)	27.7 (26.2–29.3)	r = -0.17, n.s.
<b>Svangerskapslengde (uker)</b>	10.5 (9.4–11.5)	9.6 (9.3–9.9)	r = -0.18, n.s.
<b>Antall tidligere provoserte aborter</b>	0.3 (0.1–0.5)	0.3 (0.2–0.4)	r = -0.02, n.s.
<b>Antall tidligere spontane aborter</b>	0.4 (0.2–0.6)	0.4 (0.2–0.6)	r = 0.02, n.s.
<b>Antall barn</b>	0.8 (0.5–1.0)	1.2 (0.9–1.4)	r = 0.19*
<b>Sivilstand</b>			$\chi^2 = 15.38^{***}$
Gift	42.5%	21.3%	
Samboende	50.0%	37.5%	
Singel	7.5%	41.3%	
<b>Utdannelse (høyest fullførte)</b>			$\chi^2 = 5.42$ , n.s.
Ungdomsskole	10.0%	15.0%	
Videregående skole	15.0%	31.3%	
Yrkesfaglig utdanning	47.5%	31.3%	
Universitetsutdanning	27.5%	22.5%	
<b>Yrke (beskæffigelse)</b>			$\chi^2 = 10.34^*$
Under utdanning	2.5%	21.3%	
Fast arbeid	75.0%	50.0%	
Vikariat	5.0%	11.3%	
Hjemmearbeidende	10.0%	8.8%	
Annet	7.5%	8.8%	
<b>Livssyn</b>			$\chi^2 = 5.05$ , n.s.
Kristen, troen betyr lite	80.0%	71.3%	
Kristen, troen betyr mye	12.5%	6.3%	
Agnostiker eller humanetiker	5.0%	17.5%	
Muslim eller annet	2.5%	5.0%	
<b>Tidligere psykisk helse</b>			$\chi^2 = 3.63$ , n.s.
God	65.0%	47.5%	
Middels	15.0%	17.5%	
Tidligere psykiske problemer	20.0%	35.0%	

$\chi^2$  (Pearson’s kji-kvadrat) = for forskjeller mellom abortgruppene i nominalvariabler

r (Pearson’s r, t-test) = for gjennomsnittsforskjeller mellom abortgruppene ved kontinuerlige variabler.

\*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001.

knytning til aborten. Hver følelse kunne angis på en femtrinns skala: 1=ikke i det hele tatt, 2=litt, 3=en god del, 4=mye, 5=svært mye. Dette skjemaet likner mye på skjema som er brukt i andre undersøkelser angående følelser etter provosert abort (13;14).

#### Årsaker til å velge provosert abort.

Ved det første intervjuet (T1) fylte kvinnene ut et skjema om årsaker til at de hadde valgt abort. Kvin-

nene kunne velge mellom 25 forskjellige årsaker. Hver årsak kunne graderes ut fra hvor viktig den var for at de hadde valgt abort, fra 1=ingen ting, 2=litt, 3=en god del, 4=mye og til 5=svært mye. Hver kvinne kunne oppgi flere årsaker. De viktigste årsakene til at kvinnene valgte abort, det vil si de som hadde høyest gjennomsnittsscore, var:

- 1) “Utdanning eller jobb vil bli vanskeligere hvis jeg ikke tar abort” (2.60).
- 2) “Et barn bør være ønsket, dette er ikke det” (2.38).

Tabell II. Gjennomsnittsscore i begge abortgrupper ved alle fire intervjuetidspunkt.

	T1 (10 dager etter)		T2 (6 måneder etter)		T3 (2 år etter)		T4 (5 år etter)	
	Spontan abort n=40	Provosert abort n=80	Spontan abort n=40	Provosert abort n=74	Spontan abort n=39	Provosert abort n=72	Spontan abort n=39	Provosert abort n=72
IES påtrengende minner	17.6**	11.9	10.6	8.0	4.9	5.1	3,7	3.6
IES unngåelse av minner	7.0	11.1**	5.9	9.7*	3.2	9.3***	1,5	8.3***
HADS angst	6.1	6.6	5.5	6.8	5.6	6.0	5,2	5.9
HADS depresjon	4.5	3.9	3.0	3.3	2.3	2.6	2,0	2.7
<b>Følelser (1-5):</b>								
Lettelse	1.3	2.8 ***	1.3	2.6 ***	1.3	2.7 ***	1,4	2.7 ***
Følelse av tap	3.6 ***	2.2	3.4 ***	2.2	2.5	2.2	2,0	1.9
Sorg	3.7 ***	2.4	3.2 ***	2.2	2.4 *	1.9	1,8	1.8
Savn av fosteret/barnet	3.2 ***	2.0	3.3 ***	2.2	2.3	2.1	1,9	1.8
Tomhet	3.4 **	2.4	2.9	2.4	2.3	1.9	1,5	1.6
Skyld	1.9	2.1	1.5	2.1 **	1.2	1.9 **	1,1	2.0 ***
Skam	1.1	1.8 ***	1.1	1.9 ***	1.1	1.6 **	1,0	1.6 **
Sinne	2.2	1.8	2.0	1.9	1.5	1.8	1,3	1.5
Følelse av å ha blitt sviktet	1.5	1.5	1.5	1.9	1.5	1.7	1,3	1.5
Anger		1.8		2.0		1.9		1.8
Følelse av å ha gjort det riktige		3.6		3.6		3.9		3.9

Statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene på hvert tidspunkt:  
 $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ .

3) "Økonomiske årsaker" (2.05).

4) "Barnefar er negativ til å få barn nå" (1.94).

5) "Sliten, trett" (1.93).

"Press fra barnefar til å ta abort" (1.54) var årsak nr. 11, og "Press fra venner til å ta abort" (1.11) var årsak nr. 20.

### Holdninger til selvbestemt abort og tvil om abortavgjørelsen

Ved T1 svarte kvinner med provosert abort på to spørsmål:

1) Hva mener du om følgende uttalelse: "Jeg har vanligvis ingen motforestillinger mot provosert abort", med alternativene: 1=helt uenig, 2=litt uenig, 3=ganske enig, 4=nesten enig og 5=helt enig. Gjennomsnitt i svarene var 3.26 (SD=1.40).

2) "Var du i tvil da du valgte å ta abort?", med alternativene: 1=ikke i det hele tatt, 2=litt, 3=en god del, 4= mye og 5=svært mye. Gjennomsnitt i svarene var 2.60 (SD=1.43).

### Skjema for livshendelser

Ved hvert intervjuetidspunkt fylte kvinnene ut et skjema for nylig opplevde livshendelser (for eksempel alvorlig sykdom, økonomiske vanskeligheter) (15). Skalaen var fra 0-13 poeng.

### Statistikk

Følelsene etter aborten (bortsett fra "anger" og "følelse av å ha gjort riktig valg") ble faktoranalyseret i tabell IV. Det fremkom to faktorer med ladninger fra flere spørsmål, en dimensjon med "sorg, tap, savn og tomhet" (Cronbach's alfa 0.90 til 0.94 for additive indekser), og en med "skyld, skam, sinne og blitt sviktet" (Cronbach's alfa 0.72 til 0.78 for additive indekser). Følelsen av å være "lettet" falt ikke sammen med noen av disse to dimensjonene og ble behandlet separat.

Alle følelsene (inklusive "anger" og "følelse av å ha gjort riktig valg") ble summert til en samleindeks for "negative følelser" (positive følelser reversert) og brukt som en avhengig variabel i tabell VI.

For å identifisere risikofaktorene for negative reaksjoner ble det gjort multiple regresjonsanalyser ("forward stepwise procedure") med uavhengige variable hvor  $p < 0.05$ . Kun signifikante koeffisienter rapporteres.

### Resultater

Tabell II viser at begge abortgrupper hadde høy gjennomsnittsscore på IES påtrengende minner det første halve året (spontan abort: 17.6 og 10.6, provosert abort: 11.9 og 8.0). På IES unngåelse av minner scoret kvinnene med provosert abort relativt høyt gjennom de fem årene undersøkelsen var-

Tabell III. Tabellen viser de viktigste risikofaktorer for høy gjennomsnittlig score på angst og depresjon etter spontan abort. Bakgrunnsvariabler og nylig opplevde livshendelser er uavhengige variable, HADS angst og HADS depresjon er avhengige variable.

Tabellen viser justerte, standardiserte regresjonskoeffisienter ( $\beta$ ) for de statistisk mest signifikante resultatene ved kort-tid (T1 eller T2) og lang-tid (T3 eller T4).

SPONTAN ABORT				
	HADS angst		HADS depresjon	
	T1/T2	T3/T4	T1/T2	T3/T4
	n=40	n=39	n=40	n=39
<b>Bakgrunnsvariabler:</b>				
Tidligere psykisk helse (1=god, 2=middels, 3=tidligere psykiske problemer)	0.51 **		0.52 **	
(Sivilstand): Enslig ved T1		0.66 ***		0.41 **
Antall barn ved T1				0.32 *
Utdannelse (1=lav, 4=høy)		0.27 *		
<b>Andre variabler:</b>				
Antall nylig opplevde livshendelser		0.38 **		0.54 ***

$p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

T1=10 dager etter aborten. T2=6 måneder etter aborten. T3=2 år etter aborten. T4=5 år etter aborten

te (varierte fra 11.1 til 8.3). Kvinnene med spontan abort hadde lavere score ved alle fire intervju-tidspunkt (varierte fra 7.0 til 1.5).

På HADS angst hadde kvinnene med provosert abort ved alle tidspunkt noe høyere gjennomsnittlig score (varierte fra 6.8 til 5.9) enn kvinnene med spontan abort (varierte fra 6.1 til 5.2). På HADS depresjon hadde kvinnene med spontan abort høyere score enn kvinner med provosert abort 10 dager etter aborten (4.5 mot 3.9). Senere hadde kvinner med provosert abort høyere depresjons-score (varierte fra 3.3 til 2.7) enn kvinner med spontan abort (varierte fra 3.0 til 2.0). Forskjellen mellom gruppene var likevel ikke statistisk signifikant forskjellig på noe tidspunkt. Imidlertid var der statistisk signifikante forskjeller mellom abort-gruppene og kvinnene (30-35 år) i normalbefolkningen: Kvinnene med provosert abort hadde ved alle fire tidspunkt høyere gjennomsnittlig angstnivå enn normalbefolkningen ( $p < 0.001$  til  $p < 0.01$ ), og de hadde ved T1 og T2 høyere gjennomsnittlig depresjonsnivå ( $p < 0.001$  og  $p < 0.05$ ). Kvinnene med spontan abort hadde høyere gjennomsnittlig angstnivå enn normalbefolkningen ved T1 ( $p < 0.01$ ) og høyere gjennomsnittlig depresjonsnivå ved T1 ( $p < 0.001$ ).

Skjemaet for følelser viser at kvinnene med spontan abort hadde mer følelse av tap, sorg og

savn av fosteret enn kvinnene med provosert abort i det første halve året. Kvinnene med provosert abort hadde mer følelse av lettelse, skyld og skam i alle fem årene etter aborten. Kvinnene med provosert abort hadde hele tiden en ganske sterk følelse av å ha valgt riktig.

Dårlig tidligere psykisk helse var en risikofaktor for angst og depresjon i det første halve året, mens det å være enslig og ha mange nylig opplevde livshendelser var risikofaktorer for angst og depresjon flere år etter den spontane aborten (tabell III).

Risikofaktor for høy score på IES unngåelse i de fem årene etter aborten, var å ha hatt en provosert abort (tabell IV). Mye lettelse ved T1 predikerte IES unngåelse på kort sikt. Tabellen viser at de som ved T1 hadde mest "sorg, tap, savn, tomhet", hadde høyest score på IES påtrengende minner. Kvinner som ved T1 hadde mest "skyld, skam, sinne, blitt sviktet", var de som scoret høyest på både IES påtrengende minner og IES unngåelse, på kort og lang sikt.

For kvinnene med provosert abort var dårlig tidligere psykisk helse en risikofaktor for angst og depresjon både på kort og lang sikt (tabell V). Flere nylig opplevde vanskelige livshendelser var risikofaktor for angst. Lav utdanning var en risikofaktor for depresjon på kort og lang sikt. En negativ holdning til provosert abort var en risikofaktor for

**Tabell IV. Multipl regressjonsanalyse som viser de viktigste risikofaktorene for negative reaksjoner hos kvinner etter spontan og provosert abort. Alle bakgrunnsvariablene og følelser rett etter aborten (faktorisert) er uavhengige variabler. Traumetesten IES (IES påtrengende minner og IES unngåelse) er avhengige variabler. Tabellen viser justerte, standardiserte regresjonskoeffisienter ( $\beta$ ) for de statistisk mest signifikante resultatene ved kort-tid (T1 eller T2) og lang-tid (T3 eller T4).**

SPONTAN OG PROVOSERT ABORT				
	IES påtrengende minner		IES unngåelse	
	T1/T2	T3/T4	T1/T2	T3/T4
	n=120-114	n=111-109	n=120-114	n=111-109
<b>Bakgrunnsvariabler:</b>				
Type abort: Provosert			0.22 **	0.35 ***
<b>Følelser kvinnene hadde ved T1:</b>				
(Mye) lettelse			0.21 *	
(Mye) sorg, tap, savn, tomhet	0.75 ***	0.30 **		
(Mye) skyld, skam, sinne, blitt sviktet	0.32 ***	0.36 **	0.53 ***	0.44 ***

$p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

T1=10 dager etter aborten. T2=6 måneder etter aborten. T3=2 år etter aborten. T4=5 år etter aborten

**Tabell V. Tabellen viser de viktigste risikofaktorer for høy gjennomsnittlig score på angst og depresjon etter provosert abort. Bakgrunnsvariabler, nylig opplevde livshendelser, holdning til provosert abort og tvil om abortvalget er uavhengige variable, HADS angst og HADS depresjon er avhengige variable. Tabellen viser justerte, standardiserte koeffisienter ( $\beta$ ) for de statistisk mest signifikante resultatene ved kort-tid (T1 eller T2) og lang-tid (T3 eller T4).**

SPONTAN ABORT				
	HADS angst		HADS depresjon	
	T1/T2	T3/T4	T1/T2	T3/T4
	n=40	n=39	n=40	n=39
<b>Bakgrunnsvariabler:</b>				
Tidligere psykisk helse (1=god, 2=middels, 3=tidligere psykiske problemer)	0.50 ***	0.37 ***	0.43 ***	0.44 *
Utdannelse ved T1 (1=lav, 4=høy)			-0.30 **	-0.27 *
<b>Andre variabler:</b>				
Antall nylig opplevde livshendelser	0.28 *	0.39 *		
Holdning til provosert abort (negativ)	0.23 *	0.25 *		
Tvil om abortavgjørelsen	0.24 *		0.31 *	

$p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

T1=10 dager etter aborten. T2=6 måneder etter aborten. T3=2 år etter aborten. T4=5 år etter aborten

Tabell VI.

Tabellen viser de viktigste risikofaktorene for negative reaksjoner hos kvinner etter provosert abort. Bakgrunnsvariabler og årsaker til å velge abort er uavhengige variabler. Traumetesten IES (IES påtrengende minner og IES unngåelse) og sum av negative følelser (ved hvert intervju tidspunkt) er avhengige variabler.

Tabellen viser standardiserte, justerte regresjonskoeffisienter ( $\beta$ ) for de statistisk mest signifikante resultatene ved kort-tid (T1 eller T2) og lang-tid (T3 eller T4).

PROVOSERT ABORT						
	IES påtrengende minner		IES unngåelse		Sum negative følelser	
	T1/T2	T3/T4	T1/T2	T3/T4	T1/T2	T3/T4
	n=80-74	n=72-70	n=80-74	n=72-70	n=80-74	n=72-70
<b>Bakgrunnsvariabler:</b>						
Tidligere psykisk helse (1=god, 2=middels, 3=tidligere psykiske problemer)	0.32 **	0.35 **	0.31 **	0.23 *	0.41 ***	0.26 *
Hjemmearbeidende (Dummyvariabel av jobb)		0.35 **				0.26 *
<b>Årsaker til å velge provosert abort:</b>						
Press fra barnefar	0.30 **	0.31 **	0.33 **	0.30 *	0.44 ***	0.36 **
Press fra venner	0.25 *		0.31 **	0.34 **	0.26 *	

$p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

T1 = 10 dager etter aborten. T2 = 6 måneder etter aborten. T3 = 2 år etter aborten. T4 = 5 år etter aborten

angst kort og lang tid etter aborten, mens tvil om abortavgjørelsen var en risikofaktor for angst og depresjon det første halve året.

Det å ha en dårlig tidligere psykisk helse og å ha følt seg presset av barnefar eller venner til å ta provosert abort, slo sterkest ut både på kort og lang sikt (tabell VI).

## Diskusjon

Ikke uventet var dårlig psykisk helse forut for abort en risikofaktor for å få problemer etter aborten. Tilsvarende funn er gjort internasjonalt (7;14;16-18). Også de kvinnene som nylig hadde opplevd vanskelige livshendelser var sårbare etter aborten.

*Styrken* i følelsene kvinnene hadde kort tid etter aborten, forutsa grad av traumereaksjoner opptil fem år etter aborten. Dette funnet kan bli brukt prognostisk, hvis man ved en enkel test etter aborten ønsket å finne ut hvilke kvinner som mest sannsynlig ville ha langvarige traumereaksjoner.

Det å ha en provosert abort, i motsetning til å ha en spontan abort, var en risikofaktor for IES unngåelse i de fem årene etter aborten. En nylig internasjonalt publisert artikkel har også funnet en slik tendens til unngåelse av minnene om provo-

sert abort hos kvinner i USA, hele ti år etter aborten (19).

Det viste seg at *årsakene* til at kvinnene valgte provosert abort var viktig for kvinnenes psykiske tilstand etterpå. Vi fant at press fra barnefar og fra venner slo negativt ut. I ordet "press" ligger at kvinnen ikke var umiddelbart positiv til å velge abort og kanskje heller ville beholdt barnet. Å gi etter for press i en sak som har stor personlig betydning, er vanligvis frustrerende. Dette gjelder tydeligvis også i valget av abort eller fødsel.

Et interessant funn var at for kvinner med spontan abort var det å være enslig ved aborttidspunktet en risikofaktor for depresjon to og fem år senere. En måte å forstå dette på, kan være at graviditeten var en av få muligheter kvinnene hadde for å få et barn, og at det derfor ble en ekstra stor skuffelse når det endte med spontan abort.

I gruppen med provosert abort var en negativ holdning til provosert abort en risikofaktor for angst både kort og lang tid etter aborten. Tilsvarende funn er gjort i utenlandske studier (8;18). Litt overraskende var det at holdningen til provosert abort derimot ikke var en risikofaktor for depresjon etter aborten. Tvil om abortavgjørelsen var en risikofaktor for angst og depresjon i det første hal-

ve året etter aborten. Andre studier har gjort tilsvarende funn (6;20).

Et metodeproblem ved undersøkelsen er at bare knapt halvparten av kvinnene med abort ville delta. Blant styrkene ved undersøkelsen er den lange oppfølgingstiden på fem år og den høye svarprosenten (91%) for de som gjennomførte alle fire intervjuer.

## Konklusjon

Funnene i vår undersøkelse vil sannsynligvis være omtrent de samme som hos andre skandinaviske kvinner som har hatt en abort. Kultur, lovgivning, sosiale og økonomiske forhold er ganske like i Skandinavia og burde tilsi et betydelig overføringspotensiale av våre resultater.

## Referanseliste

- (1) Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. Psychological Impact on Women of Miscarriage Versus Induced Abortion: A 2-Year Follow-up Study. *Psychosom Med* 2004;66(2):265-71.
- (2) Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27(1):36-43.
- (3) Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(3):317-23.
- (4) Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine* 2005;3(18).
- (5) Grünfeld B. Legal abort i Norge : legalt svangerskapsavbrudd i Norge i tidsrommet 1965-1971 : en sosialmedisinsk og sosialpsykiatrisk undersøkelse. Oslo.: Universitetsforlaget.; 1973.
- (6) Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NE, Wyatt GE. Psychological factors in abortion. A review. *Am Psychol* 1992 Oct;47(10):1194-204.
- (7) Beutel M, Deckardt R, von Rad M, Weiner H. Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents, and course. *Psychosom Med* 1995 Nov;57(6):517-26.
- (8) Kishida Y. Anxiety in Japanese women after elective abortion. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001 Sep;30(5):490-5.
- (9) Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979;41(3):209-18.
- (10) Joseph S. Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: a review. *J Trauma Stress* 2000;13(1):101-13.
- (11) Sundin EC, Horowitz MJ. Horowitz's Impact of Event Scale evaluation of 20 years of use. *Psychosom Med* 2003;65(5):870-6.
- (12) Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale—a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997;42(1):17-41.
- (13) Adler NE. Emotional responses of women following therapeutic abortion. *Am J Orthopsychiatry* 1975;45(3):446-54.
- (14) Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry* 2000 Aug;57(8):777-84.
- (15) Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967;11(2):213-8.
- (16) Cozzarelli C. Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *J Pers Soc Psychol* 1993;65(6):1224-36.
- (17) Janssen HJ, Cuisinier MC, de Graauw KP, Hoogduin KA. A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(1):56-61.
- (18) Major B, Richards C, Cooper ML, Cozzarelli C, Zubek J. Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: an integrative model of adjustment to abortion. *J Pers Soc Psychol* 1998;74(3):735-52.
- (19) Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC. Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit* 2004;10(10):SR5-16.
- (20) Soderberg H, Janzon L, Sjoberg NO. Emotional distress following induced abortion: a study of its incidence and determinants among abortees in Malmo, Sweden. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998;79(2):173-8.