

# **Provosert abort -**

## **Lovgrunnlag, praksis og kvinners erfaringer**

**Av stud.med Christine Bull Ragnum**



**Prosjektoppgave ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo  
2011.**

**Veiledet av Professor Øivind Ekeberg, Avdeling for Atferdsfag.**

## Innholdsfortegnelse:

Abstract.....	s3
Innledning.....	s4
Definisjon.....	s4
Etiologi.....	s4
Statistikk.....	s4
Klinisk bilde ved spontane aborter.....	s4
Metode for provoserte aborter.....	s5
Lovverk og historikk.....	s5
Kontrovers.....	s6
Global abortpolitikk.....	s8
Funn fra internasjonale studier.....	s8
Norske studier.....	s9
Bakgrunn for oppgave.....	s12
Metode.....	s12
Problemstilling.....	s12
Materiale.....	s12
Utvalg.....	s12
Kvalitativ metodikk.....	s14
Etikk.....	s15
Forforståelse.....	s15
Resultater.....	s15
Konflikt, ambivalens og anger i ettertid.....	s15
Tanker om aborten og ”barnet som ikke ble”.....	s17
Endret liv, atferd og holdninger.....	s19
Diskusjon.....	s20
Forforståelse og hovedfunn.....	s20
Hovedfunn sett opp mot andre studier.....	s20
Metodekritikk.....	s21
Kliniske implikasjoner.....	s22
Konklusjon.....	s23
Referanser.....	s24
Takk til.....	s25

## **Abstract:**

### **Background:**

Our current abortion law, securing women unconditional legal rights to have an induced abortion within the first 12 weeks of pregnancy, was passed in 1978. Now there are approximately 14.500 induced abortions carried out in Norway every year. Despite the frequency of the procedure, there have been few studies on the phenomenon, especially regarding abortion and emotional consequences. The aim of this study was to analyze interviews with women carried out two years after they had been through an induced abortion.

### **Method:**

I selected two groups of women where the women in one group described having quantitative measures of feelings of grief and loss following the abortion and the women in the other group claimed no such distress. I wanted to compare the narratives of these two groups.

### **Results:**

My main findings were that the women who were suffering from grief and loss more often would experience ambivalence and doubt in the decisionmaking than the other women. These women would also often report different kinds of conflict and disagreement in the decision making process; pressure from male partner, friends and relatives and in some instances health workers were frequently occurent. Furthermore did the women in emotional distress more often describe feelings of guilt after the abortion and also feelings of regret. Women in both groups claimed to experience thoughts about the abortion and the child that could have been.

### **Conclusion:**

Women experience different degrees of emotional distress after an induced abortion. The women with subsequent feelings of grief and loss will more often report doubt before the abortion and ambivalence as to whether or not it was the right decision.

# **1. Innledning:**

## **I. Definisjon.**

Ifølge veileder for norsk gynekologisk forening er spontan abort definert som svangerskap som spontant går til grunne før fullgåtte 22 uker [1]. Provosert abort defineres som svangerskap som velges avbrutt i henhold til norsk lov [2].

## **II. Etiologi.**

En provosert abort er altså en bevisst igangsatt prosess som vil ende med at fosteret blir utstøtt eller fjernet fra uterus.

Spontane aborter oppstår grunnet forhold hos mor eller placenta som vanskeliggjør svangerskapet eller forhold hos fosteret selv som gjør det leveudyktig [3].

Av føtale årsaker til spontan abort dominerer genetiske defekter - herunder med kromosomale avvik, hyppigst i form av trisomier – og utviklingsanomalier. Av maternelle årsaker bør nevnes hormonelle avvik, anatomiske avvik samt generelle og genitale infeksjoner [1].

## **III. Statistikk**

Det er en viss grad av usikkerhet rundt beregningen av forekomsten av spontane aborter. Hovedårsaken til dette er at mange påbegynte svangerskap avbrytes før de er erkjent [1]. Av påviste graviditeter ender ca 15% i spontan abort [3].

Antall provoserte aborter i Norge per år har vært ført i register fra 1979 til dags dato. Opprinnelig lå abortregisteret under statistisk sentralbyrå, men er nå forvaltet av Folkehelseinstituttet. Tallene har ligget rundt 14.000-15.000/år med laveste måling på 13.496 i 1982 og høyeste på 16.208 i 1989 [4,5].

## **IV. Klinisk bilde - spontanabort**

Pasienter med pågående spontanabort vil som regel presentere seg med symptomer som vaginal blødning og/eller abdominale smerter. Blødningene kan variere fra små spotblødninger til alvorlige blødninger med tilstedeværelse av koagler eller vev. Smertene vil ofte være riligende, takvise smerter lokalisert til suprabubisområdet eller nedre kvadranter og kan stråle til korsrygg, nates eller genitalia [6].

Ved en komplett abort vil fosterrester og placenta støtes ut. Om det kvitteres abortvev uten at livmor tømmer seg fullstendig og orificium ikke lukkes igjen, har man en inkomplett abort [7]. Missed abortion forekommer når dødt foster holdes tilbake i uterus. Dette kan vise seg ved opphørt følelse av liv, lave symfyse-fundus-målinger, lave HCGmålinger, og manglende hjertelyd ved dopplerundersøkelse[8].

## **V. Metoder for provosert abort.**

I Norge i dag brukes to metoder for å utføre en provosert abort; en medikamentell og en kirurgisk. Medikamentell abort benyttes i hele 1. trimester (og inntil uke 18 i andre trimester) [9]. Prosedyren foregår i to trinn:

1. Kvinnen får det perorale antiprogestagenet mifepriston og drar hjem.
2. Hun møter opp igjen på sykehuset etter to døgn og får satt prostaglandinanalogen misoprostol vaginalt for å fremkalle uteruskontraksjoner [9].

Fosteret vil drives ut med endometriet over de neste timene. Ved reseksjon av endometriet utføres en utskrapning [9]. Inntil utgangen av 12. gestasjonsuke kan det utføres kirurgiske aborter. Hos nullipara, de som ikke har født vaginalt og ved graviditeter over 9 gestasjonsuker, skal cervix modnes på forhånd med tilføring av vaginal misoprostol noen timer før aborten [2]. Under aborten legges kvinnen i kortvarig generell anestesi eller paracervikal blokade, orificium dilateres og endometriet med fosteret fjernes ved hjelp av vacuumaspirasjon eller utskrapning [9]. Kvinnen overvåkes under oppvåkning, men kan som regel dra hjem samme dag [2].

## **VI. Lovverk og historikk.**

Ved inngangen av 1900-tallet var "fosterfordrivelse" straffbart etter Straffelovens § 245. Kvinnen risikerte fengselsstraff i inntil 3 år, og inntil 6 år risikerte den som utførte aborten [10]. Dette førte til at kvinner som ønsket abort måtte få dette utført illegalt hos ulike legfolk. Disse inngrepene kunne foregå under utrygge, uhygieniske omstendigheter og føre til alvorlige komplikasjoner for kvinnen [11]. Utover 1900-tallet var det en stadig debatt om gjeldende abortlovgivning med kvinnesaksforkjempere, leger og kirke som hovedaktører [11]. En nedsatt straffelovskommisjon foreslo endringer i § 245 i 1934, men denne ble aldri behandlet i Stortinget etter sterk motstand, spesielt fra kirkelige miljøer [10]. Til tross for at provoserte aborter var ulovlig jf Straffelovens §245, ble det utført aborter ved norske sykehus. Hovedindikasjonen for å få innvilget en abortsøknad var om mors liv eller helse sto i fare. Videre kunne man også søke om å få utført abort om graviditeten var resultat av voldtekt eller incest eller om man kunne anta at barnet hadde en alvorlig arvelig sykdom. Dette ble opp til det enkelte sykehus å bedømme, og abortpraksisen varierte sterkt [12]. Først i 1959, ble en egen abortlov lagt fram for Stortinget. Denne tillot abort på medisinske, sosio-medisinske, arvemessige og humanitære – men ikke rene sosiale – indikasjoner [10]. Søknad skulle fremsettes av lege på vegne av kvinnen og avgjøres i nemd bestående av to leger. Loven ble vedtatt og trådte i kraft fra og med 1960.

Spørsmålet om selvbestemt abort og abort på sosiale indikasjoner skulle bli en av hovedsakene til kvinnebevegelsen som vokste frem i 1970-årene [11], og i 1975 ble en ny abortlov, der sosial indikasjon var nok for å få innvilget abort, vedtatt [11]. Samtidig kunne kvinnen selv søke til nemd om abort, og hun fikk ankerett. I 1978 ble abortloven igjen endret til den lovgivningen vi kjenner i dag [10].

"§ 2. Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg.

Finner kvinnen, etter at hun har fått tilbud om informasjon m.v. som nevnt og veiledning etter § 5 annet ledd første punktum, at hun likevel ikke kan gjennomføre svangerskapet, tar hun selv den endelige avgjørelse om svangerskapsavbrudd såfremt inngrepet kan skje før utgangen av tolvte svangerskapsuke og tungtveiende medisinske grunner ikke taler mot det [13].”

Jamfør § 2 i lov om svangerskapsavbrudd av 13.06.1975 har vi selvbestemt abort innen utgangen av 12. gestasjonsuke [13]. Ifølge forskrift om svangerskapsavbrudd fastsatt ved kongelig resolusjon 15.06.2001, vil dette beregnes fra første dag av siste menstruasjon [14]. Om svangerskapet varighet bestemmes ut fra ultralyd, trekker man en grense ved:

- Biparietaldiameter ytre/ytre: 26mm
- Biparietaldiameter ytre/indre: 23mm
- Crown-rump-length: 66mm
- Femurlengde: 12mm.

Etter 12. gestasjonsuke kan svangerskapsavbrudd kun utføres med samtykke fra abortnemd [13]. Samtykke kan fås på følgende indikasjoner:

1. svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet vil føre til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse eller sette henne i en vanskelig livssituasjon
2. det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom grunnet arv, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet
3. kvinnen ble gravid som følge av voldtekt eller incest
4. kvinnen er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet.

Totalsituasjonen skal vurderes, og det skal legges stor vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sine omstendigheter.

Etter utgangen av 18. gestasjonsuke kan en abort ikke utføres med mindre det er tungtveiende grunner for det. Kan man anta at fosteret er levedyktig, skal inngrep ikke utføres med mindre kvinnens eget liv og egen helse står i fare [13].

## **VII. Kontrovers.**

Provosert abort er et kontroversielt tema som både nå og tidligere har vært gjenstand for samfunnsdebatt i Norge og på verdensbasis. Hovedargumentasjonen dreier seg rundt hva som skal veie tyngst av fosterets rettsvern og kvinnens selvbestemmelse, pro-life vs pro-choice.

Tradisjonelt har ulike religiøse grupperinger satt sitt preg på argumentasjonen. I Norge og i Vesten har spesielt kristendommen vært en dominerende stemme i pro-lifebevegelsen.

Innen kristen tankegang, anses fosteret å ha menneskeverd fra unnfangelsen av og skal i utgangspunktet ha rett på beskyttelse. Selv om det er ulike syn på abort mellom (og innad i) de kristne trossamfunn, er den generelle oppfattelsen at abort er en moralsk problematisk handling. Den sterkeste motstanden kan finnes innen den romersk-katolske og den gresk-ortodokse kirke. Disse avviser abort fullstendig mens de protestantiske kirker er mer åpne for å akseptere inngrepet i visse situasjoner [15].

Et mer humanistisk livssyn vil fortsatt anerkjenne barnets krav på rettsvern, men i større grad legge vekt på mors rettighet til selvbestemmelse. Dette gjør abort til et vanskelig tema for humanister. Spørsmålet vil i stor grad dreie seg om når fosteret kan regnes som menneske. Human-etisk forbund i Norge støtter som organisasjon dagens lovgivning om selvbestemt abort [16].

På mer global basis kommer andre religioner og livssyn mer på banen. I de andre store verdensreligionene dominerer også synet om abort som en moralsk problematisk handling, men med unntak - situasjoner der inngrepet tolereres. Jevnt over godtas abort stort sett om mors liv står i fare, og avbrytelse av svangerskap er eneste metode for å redde henne. Andre indikasjoner som til en viss grad kan rettferdiggjøre abort omfatter mors fysiske og psykiske helse, sosiale og økonomiske problemstillinger samt sykdom hos fosteret. I Islam og jødedommen stilles det også spørsmålsteget ved når fosteret kan regnes som et menneske [17, 18]. I Islam er det dominerende synet at fosteret først får verdi som menneske ved besjelingen 120 dager etter unnfangelse. Abort opp til denne tiden tillates på visse indikasjoner [17]. Jødiske lærde har diskutert om hvorvidt fosteret har menneskeverd de første 40 dager etter unnfangelse. Det er til tross for dette ikke gitt at aborter sanksjoneres før denne tid uten godt grunnlag [18]. Hinduistisk og buddhistisk lære tar også avstand fra abort. Fosteret har status som menneske, og abort blir som vold mot- eller drap av person å regne. Likevel er det også her rom for fortolkninger og unntak [19,20].

Retten til selvbestemt abort var, som tidligere nevnt, i sin tid en viktig kampsak – og seier – under kvinnefrigjøringen her hjemme. Kvinnens rett til selvbestemmelse og frihet over egen kropp har gjort legalisering av abort og selvbestemt abort til viktige kvinnesaker. Videre var legalisering av abort også en klassekampsak grunnet den lettelse av den tidligere ”arbeiderkvinnens” kår det ville være å kunne kontrollere egen fertilitet og dermed størrelsen på barneflokket [11].

Innen partipolitikk har provosert abort vært et stridstema i Norge. Debatten som førte frem til dagens abortlov, sto i hovedsak mellom de sosialistiske og de borgerlige partiene, der Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti ønsket selvbestemt abort mens Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Høyre og Venstre ønsket at avgjørelsen skulle fortsettes å tas i en nemd [21]. I etterkant av at dagens abortlov ble vedtatt, ble det mindre enstemmighet innad i partiene, og de enkelte representanter kom til å stille seg mer fritt i spørsmålet. Den senere abortdebatten som skulle blusse opp på 1990-tallet, dreide seg i større grad om abort og moderne bioteknologi. I disse spørsmålene har trenden vært et partipolitisk samarbeid på tvers av de tradisjonelle blokkene. SV, KrF og SP har gått inn for forbud av bruk av celler og vev fra aborterte befruktede egg og fostre samt fosterdiagnostikk og sen abort. AP har på sin side sammen med representanter for H og FrP gått inn for en mer liberal utnyttelse av kunnskapsutviklingen [21].

Selv om abort for de fleste vil fremstå som et etisk dilemma, er utførelsen i dag en utbredt del av medisinsk praksis.

## **VIII. Global abortpolitikk:**

Det enkelte lands abortlovgivning legger føringer for utførelsen av abortinngrep. Hovedpunkter i lovverket vil i all hovedsak dreie seg om hvorvidt det er kvinnen selv eller andre som skal ta beslutningen, og på hvilke indikasjoner abort skal kunne gjennomføres [10].

De mest liberale abortlovgivningene finner man i USA og Vest-Europa. Før 1973 førte de ulike amerikanske delstater ulik politikk hva gjaldt abortrestriksjoner, men etter høyesterettens avsigelse av Roe vs Wade-dommen, har restriksjoner i retten til abort de første 12 uker av svangerskapet vært vurdert som grunnlovsstridig [21]. Spørsmålet om abort er fortsatt mye omtalt i amerikansk politikk og media [21].

På 1950-tallet hadde store deler av Øst-Europa vedtatt liberale abortlover som et ledd i å rekruttere kvinnenene til arbeid. Men mens ny og liberalisert abortlovgivning ble innført i mange land i Vest-Europa fra 1970-tallet, endret lovgivningen i flere øst-europeiske land seg tilbake til mer restriktiv retning etter kommunismens fall. Grad av endring vil i flere tilfeller ha hatt sammenheng med politisk innflytelse av ulike organisasjoner, så som den katolske kirke [22]. Typisk for mange land med katolisisme som dominerende religion, er nettopp en slik restriktiv abortlovgivning. Dette kan man bl.a. i tillegg til flere øst-europeiske land se i store deler av Sør-Amerika og enkelte land i Vest-Europa, eksempelvis Irland.

Selv om de fleste land i nyere tid har søkt å begrense abortpraksisen, er det enkelte unntak, enkelte tilfeller der abort nærmest har blitt brukt som en befolkningskontroll. Ett eksempel på dette er Kina, der myndighetene har oppfordret kvinner til å ta abort som et ledd i ettbarnspolitikken [21].

## **IX. Funn fra internasjonale studier.**

Internasjonalt er det gjort flere studier på provosert abort og psykiske ettervirkninger i nyere tid. En oversiktsartikkel fra Clinical psychology Review 2003, tar for seg litteratur på emnet utgitt f.o.m 1990 t.o.m 2000 [23]. Forfatterne tar for seg 24 studier som fokuserer på mentale/emosjonelle aspekter ved tiden før og etter abort. Den samlede litteraturen tyder på at 40-45% av kvinner får signifikante angstnivåer og 20% gjennomgår depressive symptomer i tiden mellom graviditeten blir kjent og aborten utføres. Plagene reduseres gradvis etter inngrepet, men etter en måned, vil opp mot 30% av kvinner fortsatt kunne fortelle om emosjonelle besvær. I det lange løp utjevnes forskjellene mellom kvinner som får utført abort og kvinner som bærer frem barnet. Selvfølelsen påvirkes ikke. Forfatterne konkluderte med at resultatene av studien passet godt overens med tidligere forskning og at angstsymptomer er den mest vanlige emosjonelle ettervirkningen av inngrepet. Videre fant de at det er et økt fokus på abort som potensielt traume innen forskning [23].



## X. Norske studier

Om vi anslår at abortantallet i Norge jevnt over har ligget på mellom 14000/år og 15000/år [4], finner vi at det er utført i underkant av en halv million aborter siden loven om selvbestemt abort trådte i kraft i 1979. Til tross for dette omfanget, er det ikke mange norske studier på abort og psykiske ettervirkninger.

I 1957 ble studien "Therapeutic abortion" av Per Kolstad utgitt [12]. Studien tok for seg kvinner som hadde søkt om å få utført provosert abort ved Drammen Sykehus mellom 1940 og 1953. I den aktuelle perioden ble 968 abortsøknader behandlet fra 897 kvinner. Kolstad sendte ut skjema med spørsmål om årsaker for abortsøknad, komplikasjoner, følelser etter inngrepet, og videre gynekologisk anamnese til totalt 350 kvinner. Av 135 respondenter som hadde fått innvilget abort, oppga 82,8% å være uforbeholdent glade for utfallet også i ettertid, 9,8% anga å være tilfredse men med noe tvil, 3,7% syntes aborten var trist, men nødvendig og 3,7% fortalte at de angret. Av 113 responderende kvinner som fikk avslag på søknaden, og bar frem barnet, oppga 84,0% å være glade for at søknaden ble avslått, 8,8% å være usikre på om nemdens avgjørelse var rett og 7,2% beskrev seg som misfornøyde. Altså var majoriteten i begge gruppene fornøyde med utfallet av graviditeten [12].

I 1973 mens debatten raste om selvbestemt abort, publiserte Berthold Grünfeld sin doktoravhandling "Legal abort i Norge" [24]. Denne var basert på oppfølgingsintervjuer med 230 kvinner seks måneder etter at de hadde fått utført en provosert abort. Abortene ble utført i 1971 og var i henhold til daværende lovverk. Grünfeld søkte å belyse spørsmål rundt kvinnenes mentale og emosjonelle ettervirkninger etter aborten med hovedfokus på skyld, anger og depresjonssymptomer. Han konkluderte med at for majoriteten av kvinnene, førte ikke aborten til alvorlige psykologiske komplikasjoner. 8% anga moderat til alvorlig skyldfølelse, 7% angret på aborten og 6% beskrev moderate til alvorlige depressive symptomer. Både sterk skyldfølelse og depresjon var hyppigere hos kvinner med tidligere psykiatrisk anamnese [24].

I 1996 ble det utgitt en studie på 142 kvinner som fikk utført provosert abort på Aker Sykehus i 1993/1994 [25]. Kvinnene ble bedt om å fylle ut to spørreskjemaer, ett før aborten og ett fem måneder etter. Spørsmålene dreide seg rundt opplevelsen av å bli uønsket gravid, å få utført abortinngrepet og hvordan de hadde det i ettertid. Forfatterne fant at de fleste opplevde avgjørelsen om å ta abort som vanskelig. 80% beskrev fortvilelse, redsel, sinne, depressive symptomer eller desperasjon. Etter aborten avtok de vanskelige følelsene hos de fleste. 5 måneder etter aborten hadde 7% av kvinnene det vanskelig – de følte seg deprimerte, hadde vonde drømmer, skyldfølelse og ubehag ved syn av små barn og gravide kvinner. 79% hadde det fint 5 måneder etter aborten. Videre ble det registrert at kun 23% av kvinnene (inkludert de kvinner som hadde hatt flere aborter) brukte prevensjon. Forfatterne konkluderte med at det burde tilbys oppfølgende samtale om abortsituasjonen med prevensjonsveiledning [25].

En kvalitativ studie om psykiske ettervirkninger etter provosert abort av Anne-Mari Bergkåsa, ble publisert i 1999 [26]. Hun intervjuet 7 kvinner som hadde tatt abort mellom ett og sytten år før T1 (1998) og fått psykiske ettervirkninger. Flere av kvinnene hadde vært overrasket over egne reaksjoner. De fortalte om øyeblikkelig

nedstemthet blandet med lettelse etter inngrepet, vonde drømmer, ulike former for skyldfølelse og selvforakt. I forkant hadde negativ holdning fra partner i flere tilfeller påvirket beslutningen [26].

I april 1998 startet Anne Nordal Broen studien ved Sykehuset Buskerud som skulle resultere i hennes doktoravhandling "Women's emotional life after miscarriage and induced abortion" [27]. Kvinner som kom for behandling av svangerskapsavbrudd mellom april 1998 og februar 1999, ble bedt om å delta i en spørreundersøkelse om deres mentale/emosjonelle tilstand etter utført abort. Totalt deltok 40 kvinner som gjennomgikk spontan abort og 80 kvinner som fikk utført provosert abort. De ble fulgt over fem år med oppfølgingsintervjuer på fire tidspunkter; ti dager, seks måneder, to år og fem år etter aborten. Ved hvert intervju ble de bedt om å fylle inn følgende standardiserte spørreskjemaer:

- "Impact of event scale" – en psykologisk traumetest
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- Skjema relatert til følelser rundt svangerskapsavbruddet
- Skjema om livskvalitet etter svangerskapsavbrudd.

Hovedformålet med studien var å se på kvinnenes mentale følger av aborten på kort og lang sikt [27].

Nordal Broen konkluderte med at kvinner som har gjennomgått spontanabort, oftere vil ha en sterkere umiddelbar psykisk reaksjon vist ved høy IES (med høy andel "påtrengende symptomer") og HADS score samt høy grad av "negative følelser". Tabell 1 viser den høye andelen kvinner som har gjennomgått spontanabort, som initialt defineres som IES intrusion kasus, før gradvis normalisering fra 6 mnd etter aborten. Tabell 2 viser umiddelbar høy snittverdi på tap, sorg, savn og tomhet blant kvinnene som gjennomgikk spontan abort. Følelsene avtar til verdier på samme nivå som dem med provosert abort ved T4. I gruppen med provoserte aborter vil det også sees relativt sterke psykologiske reaksjoner i den umiddelbare tiden etter aborten. Unnvikelsesatferd hos disse kvinnene gir som vist i tabell 1, gi en økt andel IES kasus gjennom oppfølgingsperioden og HADS score er høyere enn i en normalbefolkning. Selv om følelsene hos disse kvinnene er preget av en større del lettelse og følelse av å ha gjort "det riktige", som vist i tabell 2, forekommer også en viss grad av negative følelser som skyld og skam. Hovedårsakene for å velge å ta en abort var ofte av praktisk karakter som vanskeligheter med utdanning, jobb og økonomi. Press fra partner om å ta en abort var hovedprediktor for negative mentale responser [27].

Tabell 1.1: IES kasus etter spontan og provosert abort ved fire tidspunkter.

Utfall	T1 (10dager etter)		T2 (6mnd etter)		T3 (2 år etter)		T4( 5 år etter)	
	Spontan	Provosert	Spontan	Provosert	Spontan	Provosert	Spontan	Provosert
<b>IES intrusion, % kasus</b>	<b>47,5%</b>	23,8%	20,0%	13,5%	0%	1,4%	0%	4,3%
<b>IES avoidance, % kasus</b>	7,5%	<b>12,5%</b>	7,5%	<b>18,9%</b>	2,6%	<b>16,7%</b>	2,6%	<b>18,6%</b>

IES kasus intrusion: > 19 poeng  
 IES kasus avoidance: > 19 poeng

Tabell 1.2: Følelser etter spontan og provosert abort ved fire tidspunkter

Følelser (1-5, snitt)	T1 (10dager etter)		T2 (6mnd etter)		T3 (2 år etter)		T4( 5 år etter)	
	Spontan	Provosert	Spontan	Provosert	Spontan	Provosert	Spontan	Provosert
<b>Lettelse</b>	1,3	2,8	1,3	2,6	1,3	2,7	1,4	2,7
<b>Tap</b>	<b>3,6</b>	2,2	<b>3,4</b>	2,2	<b>2,5</b>	2,2	<b>2,0</b>	1,9
<b>Sorg</b>	<b>3,7</b>	2,4	<b>3,2</b>	2,2	<b>2,4</b>	1,9	<b>1,8</b>	1,8
<b>Savn</b>	<b>3,2</b>	2,0	<b>3,3</b>	2,2	<b>2,3</b>	2,1	<b>1,9</b>	1,8
<b>Tomhet</b>	<b>3,4</b>	2,4	<b>2,9</b>	2,4	<b>2,3</b>	1,9	<b>1,5</b>	1,6
<b>Skyld</b>	1,9	2,1	1,5	2,1	1,2	1,9	1,1	2,0
<b>Skam</b>	1,1	1,8	1,1	1,9	1,1	1,6	1,0	1,6
<b>Sviktet</b>	1,5	1,5	1,5	1,9	1,5	1,7	1,3	1,5
<b>Sinne</b>	2,2	1,8	2,0	1,9	1,5	1,8	1,3	1,5
<b>Anger</b>		1,8		2,0		1,9		1,8
<b>Gjort det riktige</b>		<b>3,6</b>		<b>3,6</b>		<b>3,9</b>		<b>3,9</b>

Kvinnene rangerte følelsene på en skala fra 1-5 etter hvor aktuell følelse er for henne der 1 er "ikke i det hele tatt", 2 er "litt", 3 er "en god del", 4 er "i stor grad" og 5 er "i veldig stor grad".

Av nyere dato er det få norske studier på temaet abort og psykiske ettervirkninger. I 2007 og 2008 utga Willy Pedersen de to artiklene "Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: a population-based longitudinal study" [28] og "Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women" [29]. Artiklene var basert på "Ung i Norge"-studien. Utvalget besto av 768 kvinner mellom 12 og 15 ved T1 i 1992. Kvinnene ble fulgt frem til 2005 med intervjuer på fire tidspunkter [28,29]. Pedersen konkluderer artikkelen "Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women" med at indusert abort kunne assosieres med økt forekomst av nikotinavhengighet, alkoholproblematikk og bruk av cannabis og andre illegale rusmidler [28]. I "Abortion and depression" viser han at unge kvinner som hadde en indusert abort i tyveårene hadde økt forekomst av depresjon. Han fant ingen sammenheng mellom kvinner som fikk utført abort i tenårene og depresjon [29].

Det er flere svakheter med forskningen gjort i Norge på abort og psykiske ettervirkninger. For det første er flere av studiene gamle. De tidligste store studiene gjort av Per Kolstad og Berthold Grünfeld i hhv 1957 og 1973, ble gjort i en helt annen samfunnsmessig kontekst. Da Kolstad gjorde sin studie, var abort i utgangspunktet ulovlig [12], og Grünfelds studie ble utført mens abortsøknader ble avgjort i nemder, debatten om selvbestemt abort raste og utførelsen var tabubelagt i mange kretser [24]. Dette er faktorer som man må kunne regne med har hatt innvirkning på resultatene.

Ellers kan man peke på designmessige problemer ved flere av studiene. Både Grünfelds studie og Akerstudien har en oppfølgingstid på under ett halvt år og de mangler kontroll- eller sammenligningsgrupper [24,25]. Kolstads og Bergkåsas intervjuer har en stor spredning på tid for opptak på opp til flere år etter aborten ble utført [12, 26]. Bortsett fra Nordal Broens studie, mangler de fleste standardiserte psykologiske tester.

## **XI. Bakgrunn for egen studie.**

Som tidligere nevnt, er det gjort få norske studier på temaet abort og psykisk helse, fenomenets omfang tatt i betraktning. De fleste studier gjort, er av kvantitativ art. Jeg skal se på et kvalitativt materiale fra Nordal Broens avhandling. Jeg ønsker å belyse kvinnenes egne beretninger og slik kunne få en mer nyansert forståelse av deres opplevelse av aborten og tiden rundt.

## **2. Metode:**

### **I. Problemstilling:**

Selv om en provosert abort er et bevisst valg kvinnen tar, betyr ikke dette at avgjørelsen på noen måte er selvsagt eller at den det gjelder ikke har et komplekst følelsesspekter rundt valget og aborten.

Jeg ønsker å studere intervjuer gjort to år etter med kvinner som har fått utført provosert abort. Jeg vil sammenlikne to grupper – en der kvinnene oppgir på spørreskjema å ha følelse av tomhet, sorg, savn og tap og en der kvinnene oppgir å ikke ha slike følelser.

### **II. Materiale**

I Anne Nordal Broens materiale fra avhandlingen "Womens emotional life after miscarriage and induced abortion" foreligger intervjuer med 120 kvinner gjort ved fire tidspunkter opp til fem år etter aborten. Hoveddelen av materialet er spørreskjemabasert og har ligget til grunn for Nordal Broens avhandling [27]. For denne oppgaven har jeg fått tillatelse av Nordal Broen til å bruke kvinnenes egne ord og kommentarer fra åpne spørsmål stilt under intervjuene, et materiale mer egnet til en kvalitativ studie.

### **III. Utvalg**

For å gjøre størrelsen på pasientutvalget passende til et kvalitativt design, måtte jeg begrense det betraktelig. Jeg hadde på forhånd bestemt meg for å fokusere på de kvinnene som hadde fått utført en provosert abort, og slik ble N automatisk redusert fra 120 til 80. I og med at jeg hadde bestemt meg for å konsentrere meg om intervjuene fra to år etter aborten, falt også de kvinnene bort som ikke hadde deltatt lenger enn til T2 – 6 måneder etter inngrepet. Dette etterlot meg med 72 kvinner.

Derfra gikk jeg ut fra Nordal Broens spørreskjemabaserte materiale. Et av spørreskjemaene handlet om følelser rundt aborten. Jeg ønsket å se på intervjuene

med de kvinnene som etter aborten hevdet å ha vanskelige følelser også to år senere, ved T3. Ved T3 kan man tenke seg at de mest akutte følelsene har lagt seg – intervjuet foregår ikke ved selve inngrepet eller ved samme tid som termin ville vært – altså blir kvinnenenes fortellinger kanskje mer preget av en varig tilstand. Videre er det interessant å se om kvinnens liv, atferd eller holdninger har endret seg. I artikkelen ”Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow up study” bruker Nordal Broen begrepet grief/loss om følgende gruppe av følelser assosiert med svangerskapsavbruddet; tomhet, sorg, tap og savn. I sin studie har hun brukt et skjema der kvinnene selv kan score seg på en skala fra 1 til 5 alt etter i hvor stor grad den enkelte følelse preger henne – 1 er ”ikke i det hele tatt”, 5 er ”svært mye” [27]. Jeg valgte å selektere den gruppen av kvinner med de høyeste totalsummene på grief/loss (heretter sorg/tap) to år etter aborten. Den totale minstesummen for følelsesgruppen sorg/tap vil være 4 og maksimumsummen 20. Jeg ønsket en gruppe på mellom 15 og 20 av de høyestscorende samt en gruppe på ca samme størrelse av de lavestscorende for sammenlikning. Til slutt kom jeg frem til en gruppe på 17 kvinner som hadde scoret mer enn 10 på sum av de fire følelsene ved T3. 18 kvinner hadde en sum på 4 på følelsesgruppen – og vil dermed ikke ha opplevelse av noen av de aktuelle negative følelsene. Disse 18 valgte jeg som sammenligningsgruppe.

De to gruppene med kvinner jeg valgte å se på består av:

Gruppe 1:

N	Alder (T1)		Tomhet	Sorg	Savn	Tap	Følelsesgruppe	
	Intervall	Gj.snitt	Gj.snitt	Gj.snitt	Gj.snitt	Gj.snitt	Intervall	Gj.snitt
17	18 - 40	26,8	3,2	3,1	3,9	4,0	11 - 20	14,2

Gruppe 2:

N	Alder (T1)		Tomhet	Sorg	Savn	Tap	Følelsesgruppe	
	Intervall	Gj.snitt	Gj.snitt	Gj.snitt	Gj.snitt	Gj.snitt	Intervall	Gj.snitt
18	19 - 45	27,7	1	1	1	1	4	4

Andre egenskaper:

T1, sivil status.	Gift/ sambo	Kjæreste	Separert	Enslig	Annet	Totalt
Gruppe1	8	2	2	3	2	17
Gruppe2	10	4	1	3	0	18
Totalt	18	6	3	6	2	35

T1, fullført utdanning	Ungdoms-skole	VGS	Yrkesutd.	Universitet	Totalt
Gruppe1	4	6	5	2	17
Gruppe2	2	7	4	5	18
Totalt	6	13	9	7	35

T1, yrkes-status	Under utdanning	I jobb	Arb. ledig	Hjemme arbeidende	Annet	Totalt
Gruppe1	5	7	1	4	0	17
Gruppe2	5	10	1	0	2	18
Totalt	10	17	2	4	2	35

<b>T1, tidl psyk. helse</b>	Ingen tidligere helsevesen-kontakt for psyk. problemer	Kontakt med primærlege grunnet psyk. problemer	Kontakt med privatpr. psykolog/ Psykiater	Kontakt med psykiatrisk poliklinikk	Innlagt på psykiatrisk avdeling	Totalt
Gruppe1	13	2	0	2	0	17
Gruppe 2	14	2	1	0	1	18
Totalt	<b>27</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>35</b>

Gjennomsnittsalderen var på hhv 26,8 år og 27,7 år i de to gruppene. Majoriteten av kvinnene i utvalget var gift, samboer eller i et fast forhold ved T1. De fleste hadde høyere skolegang og var under utdanning eller i fast jobb ved aborttidspunktet. Et fåtall hadde tidligere hatt kontakt med helsevesen grunnet psykiatriske problemstillinger.

#### **IV. Om kvalitative studier:**

Når man ønsker et mer nyansert bilde av et komplekst fenomen, som i dette tilfellet en pasients opplevelse av den bestemte situasjonen "utførelsen av en abort og tiden før og etter", er kvalitative studier særlig velegnet:

"Kvalitative opplegg er spesielt egnet til å få fatt i folks levde erfaringer, dvs hvordan de erfarer ting, opplever ting, hva de tror, mener og tenker om ting, hvilke idealer de har og hvordan de vurderer." [30]

En typisk kvalitativ metode for innsamling av data er ulike typer dybdeintervjuer med et begrenset antall strategisk valgte intervjuobjekter. Intervjuet kan være åpent og ha form av en fri intervjusamtale, den som intervjuer kan ha med stikkord om emner han ønsker å dekke eller det kvalitative aspektet kan bestå av enkelte åpne spørsmål lagt inn i et ellers strukturert spørreskjema [30]. Nordal Broens intervjuer besto hovedsakelig av kvantitativt materiale med ulike spørreskjemaer velegnet til statistikkberging. Tilleggsmaterialet hennes (brukt i denne oppgaven) besto derimot av åpne ustandardiserte spørsmål. Disse ustandardiserte spørsmålene og emnene fører – sammen med et strategisk trukket, mindre utvalg - til at jeg ikke kan "generalisere i statistisk forstand" [30]. Jeg kan likevel lete etter mønstre og tendenser når jeg analyserer materialet:

"Vi skal bruke den enkelte informants historie og uttrykk til å vinne kunnskap som gjelder for flere. Filtring og reduksjon av data er ikke noe som bare er aktuelt ved kvantitative tilnærminger - all vitenskapelig analyse krever transformasjon og sammenfatning på en eller annen måte. I resultatpresentasjonen skal forskeren sammenfatte og gjenfortelle de mønstrene som fremkommer gjennom en analyse som er gjennomført i et gitt perspektiv." [31]

Det er ønskelig at man danner nye beskrivelser eller begreper passende for de temaer og undertemaer man måtte finne. Disse nye begrepene skal kunne danne grunnlag for sammenlikning [30]. Men samtidig må man være påpasselig med at man er lojal overfor intervjuobjekt og at materiale under nytt begrep kan føres tilbake til opprinnelig kontekst.

## **V. Etikk:**

Materialet som ligger til grunn for oppgaven, består av intervjuer gjort av Anne Nordal Broen i forbindelse med hennes doktoravhandling. Intervjuene er anonymisert, og jeg fikk aldri tilgang på opplysninger som kunne identifisere informantene under arbeidet. Nordal Broens studie var godkjent av regional komite for forskningsetikk og Datatilsynet [27]. Før intervjuene ble kvinnene informert om hvordan studien ville utføres, at det var valgfritt å delta i den og at de kunne trekke seg når de ville. Kvinnene ble bedt om å undertegne et samtykkeskjema om de ønsket å være med i studien [27].

## **VI. Forforståelse:**

Det eneste direkte spørsmålet i Nordal Broens spørreskjemaer aktuelt for denne oppgaven handler om hvorvidt - og i så tilfelle hvordan - kvinnen føler at aborten har forandret livet hennes. Jeg regnet derfor med at dette kunne komme til å bli et naturlig gjennomgangstema for flere av intervjuobjektene. Resten av materialet jeg brukte var basert mer på en fri samtale eller utfyllende kommentarer til spørreskjemaene. Disse hadde en viss grad av variasjon hva gjaldt emner. Jeg hadde i utgangspunktet en forforståelse av at noen av kvinnene – kanskje spesielt i gruppen med høy score på sorg/tap antagelig ville snakke om ulike sorguttrykk, eksempelvis ønske om en grav å gå til. Videre tenkte jeg at de kanskje ville fortelle at de gjorde seg tanker rundt barnet som kunne vært – hvilket kjønn det ville hatt hvor gammelt det ville vært etc. Ellers ønsket jeg å være forsiktig med å sette noen hypoteser før jeg fikk gått gjennom materialet og analysert nærmere.

## **3. Resultater:**

### **I: Konflikt, ambivalens og anger i ettertid:**

I de to gruppene var det ulike tendenser hva gjaldt tilstedeværelse eller fravær av ulike former for konflikt rundt selve beslutningen og tankene om hvorvidt aborten burde ha funnet sted eller ei. I Gruppe 1 var kvinnenes beretninger preget av tvil om avgjørelsen og konflikt med partner, andre i støtteapparatet, omstendighetene og seg selv. Beretningene fra Gruppe 2 er mer farget av sikkerhet på at avgjørelsen var riktig og overenskomst med omgivelsene.

### **Konflikt og press vs sikkerhet i avgjørelse:**

I *gruppe 1* var det mange av kvinnene som la vekt på at de ikke hadde vært sikre på avgjørelsen, og at de opplevde press fra ulike hold i ulike retninger.

Typisk for flere er at det er barnefar som har stått for press i den ene eller andre retning. Hos noen av kvinnene har partner ønsket at fosteret skulle fjernes, en av kvinnene beskriver det som at hun nærmest "ble hjernevasket til å gjøre det". I andre tilfeller har partner vært imot den endelige avgjørelsen og tatt det tungt. Hos flere har barnefars omstendigheter ligget til grunn for avgjørelse selv om kvinnen i utgangspunktet ikke ønsket å ta abort. To kvinner forteller at partner rundt aborttidspunktet hadde rusproblemer, og i ett tilfelle har kvinnen følt seg presset av hans øvrige familie til å ta abort. Hos sistnevnte mente familien til barnefar at belastningen ved å oppdra et nytt barn ville blitt for stor for ham - grunnet alder og tidligere barn - til tross for at han selv hadde vært positivt innstilt til graviditeten.

Hos andre har press om å avbryte svangerskapet kommet fra øvrige aktører i omgivelsene. To av kvinnene oppgir at press har kommet fra helsearbeidere – en fra egen lege og en fra sykehuset der aborten skulle utføres. Kvinnen som følte press fra legen, var selv ikke sikker rundt avgjørelse, men synes i ettertid at det var det rette å gjøre. Den andre kvinnen følte at sykehuspersonalet "psykisk tvang henne" til å gjennomføre aborten. Hun hadde ombestemt seg flere ganger om hvorvidt hun skulle ta aborten eller ikke – hun ønsket sterkt å beholde barnet, mens barnefar var mot – og hun føler fortsatt bitterhet og sinne overfor både barnefar og sykehus ved T3. En annen kvinne hadde følt press fra arbeidsgiver om å ta abort – hun hadde tre tidligere barn og 50% stilling. Hun trodde hun ville få full stilling om hun tok abort, men dette hadde fortsatt ikke skjedd ved T3: "Jeg mistet et barn, og jobbet så mye, og så bare fått 50% jobb nå! Hvorfor gjorde jeg det?". Denne kvinnen oppgir å være sint på seg selv.

Noen kvinner gir uttrykk for at de var i konflikt med seg selv og egen samvittighet. Bl.a forteller to av kvinnene at de i utgangspunktet var imot abort, men fant seg selv i såpass umulige situasjoner at de følte de ikke hadde noe annet valg.

I *gruppe 2* forholder det seg annerledes: et gjennomgangstema er at kvinnene hevder at de var sikre på avgjørelsen og at de føler at det var deres eget valg. En av kvinnene sier: "Har nesten dårlig samvittighet fordi jeg synes at dette gikk helt greit, og ikke har tenkt på aborten senere. Men følte at dette var helt riktig av meg å gjøre - pga alder og medisinske grunner." Det foreligger også en større grad av overenskomst med omgivelsene blant disse kvinnene – bl.a. kommer det tydelig frem at tre av de fire som nevner barnefars mening om aborten, sier at de var enige om at svangerskapet skulle termineres. Ën ung kvinne hadde rådført seg med barnefar, familie og venner, men understreket at hun hadde følt av avgjørelsen til slutt var hennes egen og hadde ikke vært i tvil når det kom til stykket.

### Rett avgjørelse vs anger og ambivalens i etterpåklokskapens lys.

Noe som går igjen i *gruppe 1*, er at kvinnene i ettertid føler en viss ambivalens når det gjelder avgjørelsen om å ta abort – flere sier at de tidvis er fulle av anger, mens andre gir uttrykk for at de angrer til tross for at det sannsynligvis var rett avgjørelse. Av de som oppgir årsaker for sin ambivalens kan det virke som at ulike former for endrede forhold ligger til grunn for tankene om at å ta abort var feil avgjørelse; Ën av kvinnene hadde ved aborten bare vært sammen med barnefar i 3 mnd, men er ved T3 samboer med ham, èn er i et nytt forhold, og tenker på at hun nå ikke får



helsøsken til sønnen sin mens en tredje står i fare for ikke å kunne få flere barn da det er en mulighet for at hun må fjerne uterus.

To kvinner gir direkte uttrykk for at de angret på aborten. Den ene oppgir at hun tror barnet kunne vært til stor glede for henne og mannen. Hun føler ikke at hun var "seg selv" da hun besluttet å ta abort, og lurer fortsatt på hvordan hun som voksen og i ordnete forhold kunne la seg presse av sin manns familie til å terminere svangerskapet. Den andre kvinnen hadde også følt seg presset til å ta abort, men av egen partner: "Jeg ønsket dette barnet, det var min samboer som ønsket å ta det bort. Noe han angret veldig på i ettertid. Hadde vi fått litt bedre oppfølging på sykehuset i denne forbindelsen, hadde kanskje jeg sluppet å gjennomgå alt dette. Vi har prøvd å få barn hele tiden etterpå, men ingenting skjer" Felles for begge disse kvinnene er at de har ønsket å bli gravide på nytt i ettertid. Sistnevnte kvinne fortalte sågar ved T3 at hun var aktuell for fertilitetsbehandling.

I *gruppe 2* er det mange som legger vekt på at å ta abort var en riktig avgjørelse. De fleste begrunner dette med de gjeldende omstendigheter eksempelvis ungdom og umodenhet, utdanning og usikkerhet i forholdet til barnefar. En ung kvinne sier "Trist, men føler meg lettet over valget. Jeg var ikke moden til å bli mor da, er det fortsatt ikke. [Jeg] vil vente noen år til."

Ingen i *gruppe 2* oppgir å angre på aborten i tilgjengelig materiale.

## **II: Tanker om aborten og "barnet som ikke ble"**

### Forekomst av tanker.

Typisk for *gruppe 1* er at flere av kvinnene rapporterer at de hyppig tenker på aborten og barnet som kunne vært født. Tankene kan komme helt plutselig eller, som flere beskriver, ved stimuli som syn av barn på aktuell alder, bekjente som blir gravide eller når aborttemaet er oppe i media. Andre tenker på aborten mer sporadisk.

I *gruppe 2* er bildet mer preget av at kvinnene tenker på aborten sporadisk eller sjelden/aldri. En kvinne sier: "Har nesten dårlig samvittighet fordi jeg synes at dette gikk helt greit, og ikke har tenkt på aborten senere. Men følte at dette var helt riktig av meg å gjøre." En annen kvinne hadde ved T3 glemt at hun hadde fått utført abort i 1998, og trodde at intervjuet gjaldt en spontan abort: "Har ikke tenkt noe på aborten det siste halvåret. Tror det er pga livssituasjonen. Fikk litt sjokk over å ha glemt aborten helt!"

En kvinne i *gruppe 2* oppgir å tenke på aborten nesten daglig, men benekter at dette er assosiert med noen form for emosjonell påkjenning. En annen av kvinnene (av de med sporadiske tanker om hendelsen) beskriver også tankene hun gjør seg som nøytrale – uten vonde følelser.

I *begge grupper* er det enkelte som beskriver at de aktivt prøver å skyve bort tankene. En kvinne forteller at hun synes tankene om aborten er "utrivelige", men at

hun ikke har vært plaget med dem. En annen forklarer at hun skyver bort ting hun ikke ønsker å vie oppmerksomhet, men åpner for at tankene ved et senere tidspunkt kan bli hyppigere og mer emosjonelt ladet.

### Barnets karakteristika.

Som det var fristende å ane på forhånd, var det en stor del av kvinnene som spekulerte på hvordan det ufødte barnet ville vært. En slik relativt nøytral undring var *felles for de to gruppene* blant de kvinner som oppga å gjøre seg tanker om aborten og barnet. Typisk snakket de fleste om hvilket kjønn barnet ville vært mens enkelte lurte på om barnet hadde vært lite eller stort eller hva som ville vært dets aktuelle alder. Flere snakker om barnet som hypotetisk medlem av søskenflokk. En kvinne sier: "Tenker ofte på hvordan det hadde vært å ha tre barn i stedet for to. Både positivt og negativt", og noen uttrykker at de gjerne skulle hatt søsken til barn de allerede har med gjeldende partner.

### Emosjonelt ladete tanker vs "et foster er ikke et barn".

Der de to gruppene igjen skiller seg hva angår tanker om barnet, er ved mer emosjonelt ladet materiale.

"Det vil alltid være noe som mangler", sier en kvinne i *gruppe 1*, mens en annen gir uttrykk for at hun savner babyen og tror at barnet kunne betydd mye glede for henne og familien.

Flere i *gruppe 1* snakker også om skyldfølelse. Noen overfor det ufødte livet eller barnet som ikke ble, som de valgte å "ta bort": "Jeg tenker ofte på at jeg som alltid har vært imot abort kunne sette meg i en situasjon som gjorde at jeg tok abort. Føler skam og har skyldfølelse for det ufødte livet". Som tidligere nevnt er det flere som tenker på det ufødte barnet i egenskap av å være et hypotetisk søsken til de barna de allerede har, og enkelte uttrykker skyldfølelse overfor barna de føler de har frarøvet en bror eller søster.

En kvinne i *gruppe 1* forteller også om en episode fra før aborten der hun ved en feil så ultralydbilde av fosteret - noe hun hjemsøkes av. Samme kvinne hadde stadige drømmer om at hun hørte et gråtende barn i tiden etter inngrepet.

Mens flere av kvinnene i *gruppe 1* altså gir uttrykk for følelser for barnet som ikke ble, er det enkelte kvinner i *gruppe 2* som angir å knapt se på fosteret som et barn i det hele tatt. En kvinne sier at hun aldri tenkte at det hun fjernet var "et barn", mens en annen kvinne gir sammen med partner (som var med under intervjuet) uttrykk for at graviditeten verken var ønsket eller planlagt og at de aldri følte noen "nærhet" til fosteret. Et par andre kvinner gir uttrykk for dårlig samvittighet for mangel på tanker om- og emosjonell reaksjon på aborten. En av dem beskriver sitt forhold til hva hun har gjort som forretningsmessig og fortsetter med: "Fælt å si det om noe som kunne blitt et liv. Jeg høres kynisk ut, men er det ikke i andre sammenhenger."

### III. Endret liv, atferd eller holdninger etter abort

Selv om alle kvinnene ved T3 ble spurt om aborten hadde endret livene deres på noen måte, forelå det ikke spesielt utfyllende opplysninger om dette. I gruppe 2 er det mange som presiserer at aborten ikke har endret dem eller livene deres i det hele tatt: ("Ikke noen endring i holdninger, meninger eller vanskelige tanker"), men noen undertemaer kunne sees blant de kvinnene som svarte bekræftende:

#### Seksualatferd, prevensjon og ytterligere aborter.

I Gruppe 1 er det enkelte som beskriver seg som mer ansvarsbevisste og reflekterte enn de var før aborten. Videre er det også noen som understreker at de ikke ville tatt abort igjen, skulle de på nytt blitt gravide.

Også i Gruppe 2 er det flere som hevder å tenke mer på konsekvensene av sine handlinger enn før aborten. Flere viser til økt bruk av ulike prevensjonsmidler: "Jeg er mer nøye så jeg ikke setter meg i en slik situasjon igjen." Enkelte kvinner i gruppe 2 ytrer også tvil om hvorvidt de ville tatt den samme beslutningen, skulle de blitt gravide igjen.

#### Holdninger til abort som tema.

Ingen av kvinnene i *gruppe 1* nevner endrede holdninger til abort som tema.

To kvinner i *gruppe 2* forteller om endrede holdninger til andre kvinner som tar abort og til abortdebatten og aktørene i denne. En kvinne forteller om økt sympati, økt ønske om å støtte og mindre fordommer overfor de kvinner som finner seg i den aktuelle situasjonen. En annen beskriver en økt tendens til å bli provosert av abortmotstandere: "Blir lettere provosert ved debatt rundt temaet. Provosert på en litt annen måte enn tidligere (kanskje jeg ser det mer som et personlig angrep?)".

#### Endret forhold til barnefar og forsterking av "øvrige problemer".

En stor andel av kvinnene som deltok i studien har ved T3 et endret forhold til barnefar – en god del av disse er ikke lenger sammen med ham og har funnet en ny partner. I mine to grupper er det kun én kvinne som begrunner dette endrede forholdet med aborten i seg selv. Dette var en kvinne i *gruppe 1* som hadde oppgitt usikkerhet og press fra barnefar rundt avgjørelsen – hun er fortsatt sammen med ham ved T3, men føler seg lurt av- og sint på ham: "Ja, selvfølgelig har det forandret livet mitt, spesielt fordi jeg ønsket dette barnet, det var min samboer som ønsket å ta det bort. Noe han angret veldig på i ettertid. Hadde vi fått litt bedre oppfølging på sykehuset i denne forbindelsen, hadde kanskje jeg sluppet å gjennomgå alt dette. Vi har prøvd å få barn hele tiden etterpå, men ingenting skjer. Så det er klart dette begynner å gå utover forholdet. Det hender jeg blir svært frustrert og forteller min samboer hva jeg synes om ham og det han gjorde mot meg. Respekten for ham er blitt mindre og mindre." En enkelt kvinne (*i gruppe 1*) forteller at aborten har

”forsterket mine andre problemer”, en replikk som i opprinnelig kontekst peker tilbake på psykiske problemer av ikkespesifisert karakter.

## **4.Diskusjon:**

### **I. Forforståelse og hovedfunn:**

Når man skal sette seg inn i og analysere et materiale som dette, er det på forhånd lett å ha en hypotese om hva man vil finne. I og med at jeg bevisst hadde selektert to grupper der kvinnene i den ene gruppen hadde oppgitt en høy score på sorg/tap mot en lav score i den andre, tenkte jeg initialt at dette sannsynligvis ville speile seg i intervjuene. Jeg hadde dermed en forforståelse av at kvinnene i gruppe 1 i større grad ville gi uttrykk for at aborten på et eller annet vis hadde endret livene deres enn kvinnene i gruppe 2. Videre ventet jeg å finne flere fortellinger om ulike sorguttrykk og tanker om det aborterte fosteret som et potensielt liv i gruppe 1. Hovedfunn:

<b>Tema</b>	<b>Gruppe 1</b>	<b>Gruppe 2</b>
<b>Om avgjørelse</b>	Tvil, ambivalens, konflikt	Sikkerhet, enighet
<b>Tanker i ettertid</b>	Ambivalens om avgjørelse	Rett avgjørelse, ingen anger
<b>Tanker om aborten og barnet</b>	Relativt hyppig forekommende, undring om hvordan barnet ville vært, skyldfølelse,	Relativt hyppig forekommende, undring om hvordan barnet ville vært, emosjonelt nøytralt
<b>Endret atferd</b>	Mer ansvarsbevissthet. Usikkerhet på om de ville tatt samme valg igjen.	Flere uten endringer i atferd eller holdninger. Andre mer ansvarsbevissthe, bl.a. økt bruk av prevensjonsmidler. Usikkerhet på om de ville tatt samme valg igjen.

### **II. Hovedfunn sett opp mot andre studier.**

Ettersom studien min er kvalitativ, vil jeg først se på resultatene mine mot funnene i Anne-Mari Bergkåsas studie ”Var det et liv jeg tok” [26]. Gruppe 1 i mitt materiale var basert på at informantene anga å ha psykiske ettervirkninger i form av sorg og tapsfølelse etter aborten. Anne-Mari Bergkåsas kvalitative studie ”Var det et liv jeg tok” er basert på intervjuer med kvinner som også hadde psykiske ettervirkninger etter en abort, og det er spesielt interessant å se på hennes funn sammenlignet med resultatene fra gruppe 1. Selv om Bergkåsa har utført dybdeintervjuer med syv kvinner i motsetning til mitt mer kortfattede materiale fra et større utvalg, kan man se flere likheter i resultatene. Kort oppsummert kommer Bergkåsa frem til at kvinnenes beretninger om tiden før og etter aborten er preget av ambivalens, tvil rundt

avgjørelse og ulike former for skyldfølelse for valget de til slutt tok. Kvinnenes skyldfølelse har flere aspekter: skyldfølelse for å bli uønsket gravide, skyldfølelse overfor andre som ønsker barn og skyldfølelse overfor "det ufødte livet". Flere av informantene hennes hevdet å ha tatt en avgjørelse basert på hensyn til andre, og flere av dem fortalte om vanskeligheter med å søke støtte i eget nettverk [26].

Som i Bergkåsas studie, fant også jeg at intervjuene med kvinnene med emosjonelle sequaele i stor grad var preget av at kvinnene var i en eller annen form for konflikt rundt avgjørelsen. Mange var under press fra partner – enten for å ta abort eller for å beholde barnet. Flere var under press fra andre aktører så som ytterligere familie, arbeidsgiver eller helsepersonell. Mange var i sterk tvil om hva som ville være den beste avgjørelsen, og flere handlet "på tross av seg selv", men følte omstendighetene tvang dem til å få utført inngrepet. Ambivalens i ettertid om hvorvidt aborten burde vært utført, er også et gjennomgangstema i gruppen. '

Videre stemmer funn fra Bergkåsas studie også overens med mine resultater når det gjelder enkelte av de nevnte skyldaspektene. Flere kvinner i gruppe 1 forteller om skyldfølelse overfor "barnet som ikke ble" og overfor øvrige barn som ikke fikk et søsken. Emosjonelt ladete tanker om barnet som et potensielt liv er hyppig.

Gruppe 2 ble selektert utifra hvilke kvinner som anga å ikke ha følelser av sorg og tap i etterkant, noe som speiles i funnene. Selv om informantene også her beskriver tidvise tanker om fosteret som et potensielt barn, er tankene mer emosjonelt nøytrale. Det kommer tydelig frem at kvinnene fant det mindre problematisk å velge å ta abort, at de var mer i overenskomst med partner og øvrig nettverk, og at de i ettertid synes at beslutningen var riktig.

Mange av funnene fra Bergkåsas studie stemmer altså godt overens med de fra gruppe 1. Viktig å ha i mente er tidsaspektet ved Bergkåsas studie. Intervjuene ble utført mellom ett og sytten år etter selve inngrepet noe som kan ha hatt innvirkning på resultatene.

At flere av kvinnene i gruppe 1 beskriver press fra barnefar rundt avgjørelsen om å ta abort, stemmer også godt overens med funn fra Anne Nordal Broens "Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study". I sin artikkel konkluderer hun bl.a. med at press fra partner som indikasjon for å få utført abort, er den viktigste prediktor for høye nivåer av negative følelser (sett under ett) etter to år [27].

I sin studie "Legal abort i Norge" viser Grünfeld at depressive symptomer er vanligere etter en abort hos de som sitter igjen med skyldfølelse [24]. Dette kan støtte opp om tendensen til at flere kvinner i gruppe 1 oppgir ulike former for skyldfølelse mens dette er mer eller mindre fraværende i gruppe 2.

### **III. Metodekritikk.**

Styrken til en kvalitativ analyse er dens evne til å trekke ut et nyansert bilde av en kompleks prosess. Den kan bedre enn noe kvantitativt spørreskjema illustrere en

persons opplevelse av et hendelsesforløp da informanten bruker sine egne ord. I stedet for å kvantifisere en sorgfølelse på en skal fra 1 til 5, får man se tankene bak den aktuelle følelsen. På den andre siden vil ikke en kvalitativ studie ha samme grad av standardisering, og man kan ikke tallfeste, men angi mønstre og tendenser.

Spørsmålet blir: "Hva er en tendens i det aktuelle materiale?". Jeg har sett på intervjuer med 35 kvinner fordelt på to grupper. Hvor mange meningsbærere må til innen hvert tema for at emnet skal bli valid?

Et problem er at ikke alle kvinnene i utvalget dekker samme emner. Dette kunne jeg unngått ved å velge utvalg utifra hvilke kvinner som diskuterer et gitt tema.

Mitt materiale baserer seg på tilleggsspørsmål og utfyllende kommentarer til Anne Nordal Broens spørreskjemabaserte intervjuer som lå til grunn for "Women's emotional life after miscarriage". Materialet var ment som en ekstra illustrering av opplysninger brukt i studien, og hvert intervju er av et mindre omfang enn ønskelig. Dette gjør det mindre egnet som et selvstendig utgangspunkt for en kvalitativ analyse.

At intervjuene var del av en tidligere utført studie, hadde også sine fordeler, bl.a ga dette mulighet til å se på oppfølgingsintervjuer flere år etter aborten. En ulempe av at jeg selv ikke hadde utført intervjuene, er at de dermed har vært gjennom ett ekstra ledd før de analyseres og brukes i oppgaven. Dette kan tenkes å føre til en viss endring i opplysninger på bakgrunn av subjektive holdninger som påvirker tolkning av opplysninger.

Å selektere ut de to gruppene jeg gjorde, ga mulighet til å få et bilde av opplevelsen på ytterpolene hva gjelder de aktuelle negative følelsene. Jeg fikk slik illustrert mønstre og tendenser blant de kvinnene som rapporterer å ha en sorgreaksjon etter en provosert abort i forhold til de som ikke har det. Denne seleksjonen medfører at tendensene ikke kan generaliseres til alle kvinner som får utført provosert abort, men heller til de 20% med sterkest og svakest sorg/tapreaksjon.

Ved T3 var det noen kvinner som ikke lenger ønsket å delta i studien. Disse hevdet ifølge Nordal Broen at de ikke ønsket å være med lenger fordi det var for sårt for dem [27]. Det er ikke umulig at disse ville blitt selektert inn i gruppe 1 og dermed kunne de ha bidratt til en mer ytterliggående trend.

#### **IV. Kliniske implikasjoner:**

Selv om en abort kan være den sannsynligvis rette avgjørelsen for en kvinne, må man ha forståelse for at avgjørelsen kan være vanskelig og at det er knyttet et mangefasettert følelsesspekter til dette. En klinisk implikasjon av denne studien er at tvil og ambivalens hos kvinnen i forkant av en abort kan assosieres med senere emosjonell problematikk. Flere av kvinnene med emosjonelle sequaele forteller at de har følt press i forbindelse med avgjørelsen, deriblant fra helsepersonell. Lærdom man kan trekke av dette dreier seg om lege og andre helsearbeidere som rådgivere – lærdom om at man må være påpasselig med å lytte og å hjelpe uten å bli overformynderne.

## **V. Konklusjon:**

Fra og med 1979 har vi hatt selvbestemt abort de første 12 uker av svangerskapet. Loven kom etter flere tiår med debatt om emnet, der spørsmålet om hva som skulle veie tyngst av fosterets rettsvern og kvinnens selvbestemmelse sto i sentrum av diskusjonen. Selv om provosert abort er et etisk dilemma for mange, er praksisen utbredt. Her i Norge har antallet aborter holdt seg relativt stabilt siden abortloven trådte i kraft, og ligger rundt 14.000-15.000/år. Fenomenets omfang tatt i betraktning, er det begrenset med forskning på emnet, spesielt hva gjelder abort og psykiske ettervirkninger.

Når man ser på erfaringene kvinnene i denne studien beskriver, er det noen temaer som går igjen. Kvinnene som har senere følelse av sorg og tap vil oftere rapportere:

1. Tvil i forkant av avgjørelsen om å ta abort.
2. Konflikt med partner og øvrig nettverk om aborten bør utføres eller ikke
3. Ambivalens i etterkant av inngrepet

Blant kvinnene som angir seg som emosjonelt upåvirket av aborten i ettertid, dominerer sikkerhet på at å ta abort var en riktig avgjørelse og overenskomst med barnefar og øvrig nettverk.

Det kan altså virke som om det er en sammenheng mellom grad av indre og ytre konflikt i tiden før og etter avgjørelsen om- og utførelsen av aborten, og kvinnenes senere følelse av sorg og tap. Dette støttes opp av annen kvalitativ forskning gjort i Norge. For å teste en slik hypotese kan man ta i bruk mer kvantitativ metodikk.

## Referanser.

1. Anne-Lone Wollen, Anne Weddeng. Spontan abort [internett]. Norsk Gynekologisk Forening 2009. Tilgjengelig via <http://www.legeforeningen.no/id/157786.0>
2. Line Bjørge, Mette Løkeland, Kevin Sunde Oppegaard. Provosert abort [internett]. Norsk Gynekologisk Forening, 2009. Tilgjengelig via <http://www.legeforeningen.no/id/157791.0>
3. Maltau J.M. Spontan abort og ektopisk graviditet. Bergsjø P., Maltau J.M, Molne K og Nesheim B. I, (red). Obstetikk og gynekologi. 2.utg Gyldendal Norsk Forlag AS 2010. S143-152.
4. Tabell over utførte svangerskapsavbrudd, etter kvinnens alder fra 1979-2005 [internett]. Statistisk sentralbyrå, 2006. Tilgjengelig via <http://www.ssb.no/emner/03/01/20/abort/tab-2006-04-26-01.html>
5. Gåsemyr K, Totlandsdal J.K, Mjaatvedt A.G, Seliussen I. Rapport om svangerskapsavbrudd for 2010 [internett]. Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2011. Tilgjengelig via <http://www.fhi.no/dokumenter/9cc65eaaa5.pdf>
6. Gauferberg S.V. Early Pregnancy Loss in Emergency Medicine [internett]. Medscape Reference. [07.09.2011; 25.09.11]. Tilgjengelig via <https://vpn2.uio.no/+CSCO+00756767633A2F2F727A727176707661722E7A727166706E63722E70627A++/article/-CSCO-3h--795085-clinical>
7. Impey L. Obstetikk og Gynækologi. 1.utg. København, FADL's Forlag Aktieselskap 2009.
8. Johannessen T. Spontan abort [internett]. Norsk helseinformatikk, 2001. [08.09.2011; 25.09.11] Tilgjengelig via: <http://legehandboka.no/obstetikk/tilstander-og-sykdommer/aborter/spontanabort-2694.html>
9. Nesheim B-I. Provosert abort. Bergsjø P., Maltau J.M, Molne K og Nesheim B. I, (red). Obstetikk og gynekologi. 2.utg Gyldendal Norsk Forlag AS 2010. S 377-386.
10. Elvbakken K.T. Abortpolitikken utfordringer [internett]. Det samfunnsvitenkapselige fakultet, Univeristetet i Oslo, 2002. [25.22.2010; 25.09.2011. Tilgjengelig via <http://www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapp2001/Rapport35.htm>
11. Aanesen E. Ikke send meg til en "kone", doktor – Fra tre års fengsel til selvbestemt abort. Oslo, Forlaget Oktober A/S, 1981.
12. Kolstad P. Therapeutic abortion. Oslo University Press, 1957.
13. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om svangerskapsavbrudd av 1975 [internett]. [23.09.2011; 25.11.2011]. Tilgjengelig via <http://lovdata.no/all/hl-19750613-050.html>
14. Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om svangerskapsavbrudd av 2001 [internett]. [22.09.2011; 25.02.2011]. Tilgjengelig via <http://lovdata.no/for/sf/ho/xo-20010615-0635.html>
15. Schmidt U. Bioetikk i kristendommen. Jacobsen K.A (red.). Bioetikk i verdensreligionene. Abstract forlag AS 2010. S24-106
16. Human-Etisk Forbund. Abort [internett]. 2011 [12.04.2011; 25.09.2011] Tilgjengelig via <http://www.human.no/Livssynspolitikk/Flere-saker-vi-mener-noe-om/Abort/>
17. Svensson J. Bioetikk i islam. Jacobsen K.A (red.). Bioetikk i verdensreligionene. Abstract forlag AS 2010. S107-168.



18. Feinberg L.C. Bioetikk i jødedommen. Jacobsen K.A (red.). Bioetikk i verdensreligionene. Abstract forlag AS 2010. S169-210.
19. Jacobsen K.A. Bioetikk i hinduismen. Jacobsen K.A (red.). Bioetikk i verdensreligionene. Abstract forlag AS 2010. S211-241
20. Jacobsen K.A. Bioetikk i buddhismen. Jacobsen K.A (red.). Bioetikk i verdensreligionene. Abstract forlag AS 2010. S242-265.
21. Stenvoll D. Abort og politikk. Alma Mater Forlag, Bergen 1998.
22. Githens M. Reproductive Rights and the Struggle with Change in Eastern Europe. Githens M, Stetson D M (red.). Abortion Politics: Public Policy in Cross-Cultural Perspective. New York, Routledge Inc, 1996. S55-68.
23. Bradshaw Z., Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. Clinical Psychology Review 2003; 23: 929-958. Tilgjengelig via <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735803000928>
24. Grunfeld B. Legal abort i Norge: Legalt svangerskapsavbrudd i Norge i tidsrommet 1965-1971: en sosialmedisinsk og sosialpsykiatrisk undersøkelse, Oslo: Universitetsforlaget, 1973.
25. Hansen K., Kristiansen L., Urdal K., Stray-Pedersen B. Sosiale og emosjonelle faktorer hos kvinner som ønsker svangerskapsavbrudd. Reaksjoner før og etter inngrepet. Oslo, Aker sykehus 1996.
26. Bergkåsa A-M. Var det et liv jeg tok? En kvalitativ studie om psykiske ettervirkninger etter provosert abort sett i lys av vekselvirkningen mellom individ og samfunn. Hovedfagsoppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo, 1999.
27. Broen A.N. Women's emotional life after miscarriage and induced abortion – a longitudinal, five-year follow-up study in Norway. Doktoravhandling, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006.
28. Pedersen W. Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: a population-based longitudinal study. Addiction 2007; 102(12): 1971-1978.
29. Pedersen W. Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. Scand J Public Health 2008; 36(4): 424-428.
30. Grimen H, Ingstad B. Kvalitative forskningsopplegg. Laake P., Olsen B.R., Benestad H.B (red). Forskning i medisin og biofag. 2 utg. Gyldendal Norske Forlag, 2008. S321-349.
31. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskriftet for Den Norske Legeforening 2002; 122: 2468-2472.

*Takk til*

*- Øivind Ekeberg for kyndig og god veiledning*

*og*

*- Anne Nordal Broen for entusiasme og materiale!*