

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Kvinneres mentale helse etter en provosert abort – en scoping review

[Sofie Iversen Lurås](#)

Forskningssykepleier

Klinisk forskningspost, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

[Kari Toverud Jensen](#)

Sykepleier og førsteamanuensis

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

[Provosert abort](#)

[Svangerskapsavbrudd](#)

[Kvinnehelse](#)

[Psykisk helse](#)

[Litteraturoversikt](#)

Sykepleien Forskning 2022;17(90993):e-90993

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2022.90993](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.90993)

Sammendrag

Bakgrunn: Det ble gjennomført 11 081 provoserte aborter (PA) i Norge i løpet av 2020. I de siste årene har det vært økt oppmerksomhet på kvinners seksuelle og reproduktive helse. Likevel foreligger det lite forskning på hvordan kvinner har det i etterkant av provosert abort, og på hvorvidt abort medfører større belastning på kvinners mentale helse.

Hensikt: Studiens hensikt var å oppsummere kunnskap om kvinners opplevelse av provosert abort og deres erfaring med mentale ettervirkninger i land hvor abortlovverket har overføringsverdi til Norge.

Metode: Vi benyttet *scoping review* som metode, med forskning innhentet fra CINAHL, MEDLINE og PsycINFO. Fagfellevurderte artikler fra Nederland, Finland, Sverige og Norge publisert i tidsrommet 1. januar 2011 til 25. februar 2020 ble inkludert. Søket identifiserte 1156 artikler, hvorav 13 artikler samsvarte med inklusjonskriteriene og ble inkludert. Koding av tekstene var inspirert av Braun og Clarkes tematiske analyse.

Resultat: Litteraturstudien antyder at det er lite som viser at kvinner får mentale utfordringer som følge av en provosert abort. Studien viser at det var opplevelser og livshendelser som kvinnene hadde hatt før graviditeten, som påvirket den mentale helsen mest etter en provosert abort. Spesielt opplevd psykisk eller fysisk vold i løpet av livet var fremtredende faktorer. Funnene indikerer at kvinner som har hatt mentale lidelser før graviditeten, har økt risiko for å oppleve mentale utfordringer også etter en abort.

Konklusjon: Studien viser viktigheten av å være oppmerksom på at ytre faktorer som arbeidsledighet kan ha sammenheng med kvinners mentale helse etter en provosert abort. De fleste kvinner som opplevde mentale utfordringer etter en provosert abort, hadde utfordringer før graviditeten. Det kan derfor være hensiktsmessig å være spesielt oppmerksom på hvordan kvinner med tidligere mentale diagnoser håndterer abort. På den måten kan helsepersonell igangsette relevant helsehjelp på et tidlig stadium.

Introduksjon

På slutten av 70- og 80-tallet fikk Norge, Sverige, Nederland og Finland en folkelig abortlov (1, 2). Det vil si at kvinnene fritt kan ta kontakt med ulike instanser for å igangsette en provosert abort (PA) via et sykehus frem til svangerskapsuke 12 og 24, avhengig av hvilket land de er bosatt i (3–5). PA er gratis for alle som er bosatt i det aktuelle landet (3, 5–6), unntatt i Finland, hvor de må betale et standardisert beløp for konsultasjonen (7).

På verdensbasis har Norge høyest forekomst av gjennomførte PA-er. I 2020 var det 11 081 kvinner som valgte å gjennomføre PA i Norge (8). Det har vært en nedgang i antallet PA-er i Norge siden 2008. Etter at abortregistret ble opprettet i 1967, har antallet aldri før vært lavere for kvinner mellom 15 og 29 år (9). Vilkårene for PA i Norge er regulert gjennom abortloven (10).

Den første systematiske litteraturstudien som omhandlet mentale konsekvenser etter en provosert abort, ble publisert i 1966 av Simon og Senturia (11). De påpekte at studiene fra Amerika og Europa ikke kunne sammenliknes på grunn av store ulikheter i lovverket og fordi studiene fra Europa var av bedre kvalitet. I forskning publisert etter dette ble PA assosiert med økt forekomst av mentale ettervirkninger etter abort, men det var likevel kun et fåtall av tilfellene som hadde direkte sammenheng med PA (12). På den andre siden ble de mentale lidelsene betydelig redusert etter at kvinnene gjennomførte PA (13).

Felles for mye av den internasjonale forskningen på temaet er at kvinner med mentale lidelser i forkant av graviditeten også opplever mentale lidelser etter PA-en (14–19). Mange av kvinnene som vurderte PA, var bekymret for hva andre ville mene hvis de valgte å ta abort (20), samt for at foreldre og partnere ønsket å påvirke valget (21, 22).

Graviditeten ble beskrevet som en krise for kvinnene (13), der de opplevde både skam og lettelse etter PA-en (22, 23). I denne beslutningsprosessen ønsket kvinnene som vurderte PA, at helsepersonellet var mer til stede (24).

Gjennom litteratursøk utført i 2020 ble det kun identifisert én systematisk litteraturstudie som omhandlet PA i Skandinavia, som bygget på kvalitativ forskning (22). Med vår litteraturstudie ønsket vi å supplere med kvantitativ forskning for å underbygge eller trekke frem nye synspunkter til den allerede eksisterende forskningen, slik Petersen og medarbeidere (22) anbefaler.

Et slikt supplement er viktig for å kunne formidle kvalifisert informasjon om hvordan kvinner blir påvirket av provosert abort i Sverige, Nederland, Finland, Norge og andre land med tilsvarende abortlovverk.

Dette er spesielt relevant etter at FN lanserte nye bærekraftsmål i 2015 som har økt oppmerksomhet på kvinners seksuelle og reproduktive helse. Mål nummer 5 var dedikert til å oppnå likestilling og styrke jenters og kvinners stilling i samfunnet. Herunder tilhører delmål 5.6, som skal sikre tilgang til god seksuell og reproduktiv helse for alle (25).

Hensikten med studien

Hensikten med studien var å oppsummere kunnskap om kvinners opplevelse av provosert abort samt deres erfaringer med mentale ettervirkninger i land som har tilsvarende abortlov som i Norge. Vi ønsket å øke bevisstheten rundt provosert abort og bidra til mer kunnskap om forholdet mellom provosert abort og mentale utfordringer.

Metode

Vi utførte en *scoping review* basert på rammeverket til Arksey og O'Malley (26). Scoping review har til hensikt å identifisere og oppsummere datamaterialet som foreligger om temaet. Metoden fokuserer på bredden innenfor temaet, der hovedfunnene fremstilles med en deskriptiv formulering som kan inkludere ulike studiedesign og metoder (26).

Det benyttes eksisterende litteratur til å trekke konklusjoner om det samlede forholdet. På den måten blir forskningen oppsummert og kan formidles videre. Vi har benyttet PRISMA-ScR-sjekkliste, som tydeliggjør rapporteringen av studien som er gjennomført. Vi søkte ikke om godkjenning fra NSD eller REK, da studien ikke involverer direkte kontakt med informanter, biologisk materiell (29) eller personlige opplysninger (30).

Litteratursøk

Vi utførte systematiske søk i databaser, manuelle søk og en gjennomgang av referanselistene til nøkkelartikler (26). Det systematiske søket ble utført i databasene CINAHL, MEDLINE via Helsebiblioteket og PsycINFO. Søket ble gjennomført den 25. februar 2020.

Søkeordene var (Abortion, induced) OR (Induced abortion) AND (Decision-making) OR (Self-concept) OR (Personal satisfaction, life satisfaction) OR (Mental health). Søkeord som «Abortion induced», «Decision-making» og «Mental health» ble kategorisert som nøkkelord og brukt både i Medical Subjects Headings (MeSH) og fritekst for å kunne inkludere nylig publisert forskning som ikke hadde fått MeSH-term fra databasene. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er beskrevet i tabell 1.

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

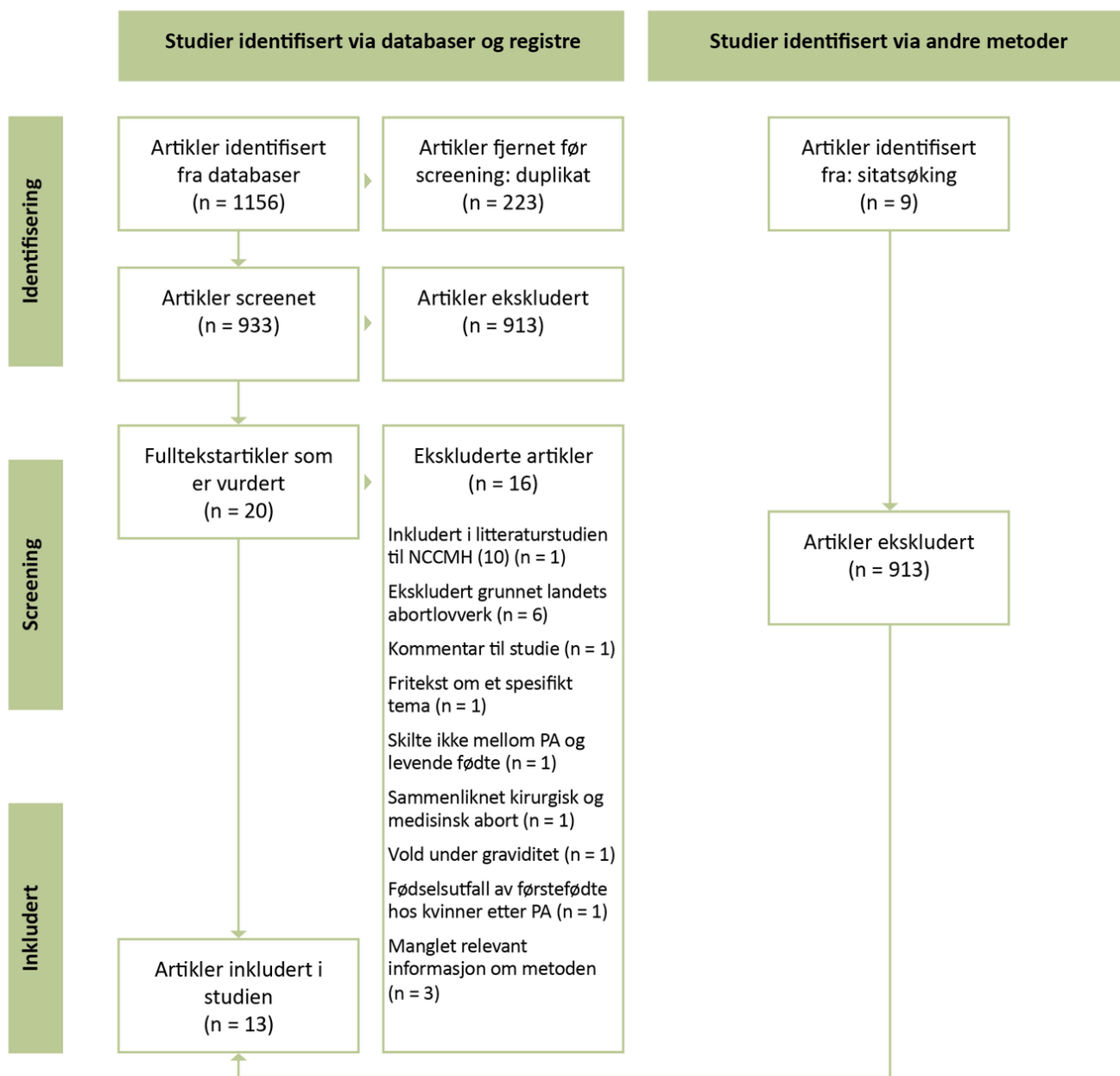
Kriterier	Inklusjon	Eksklusjon
Tematikk	Mentale utfordringer hos kvinner etter PA samt andre faktorer som kunne ha sammenheng med kvinnenes mentale helse etter PA.	Artikler som omhandlet sykdom hos fosteret, eller som brukte begrepet «abort», der det ikke kom tydelig frem i tittelen, sammendraget eller innledningen om de handlet om provosert abort.
Land	Artikler fra Sverige, Nederland, Finland og Norge ble inkludert, da det var disse landene som gjensto etter seleksjonsprosessen av artikler med overføringsverdi til Norge.	Alle andre land som ikke har overføringsverdi til norske forhold.
Litteratur	Forskning publisert i fagfelle-vurderte tidsskrifter.	Forskning som ikke er publisert i fagfelle-vurderte tidsskrifter.
Tidsperiode	1. januar 2011 til 25. februar 2020. Året ble valgt på bakgrunn av den siste publiserte oversikten til National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) (16), som inkluderte artikler fra flere verdensdeler.	Før 1 januar 2011 og etter 25. februar samt artikler som var inkludert i oversikten til NCCMH (16).
Språk	Engelsk, norsk, svensk eller dansk.	Andre språk er ekskludert grunnet ressursene som trengs for å oversette materialet (28).

Seleksjonsprosessen

Vi ekskluderte artikler ved å lese titler, sammendrag og fulltekst i henhold til Arksey og O'Malleys (26) strategi. Utvelgelsen begynte etter at duplikater var fjernet, ved hjelp av referanseverktøyet EndNote. Videre selekterte vi ut artikler der sammendraget ikke samsvarte med studiens tema.

Det resulterte i 29 gjenværende artikler som ble lest i sin helhet, med utgangspunkt i inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Totalt inkluderte vi 13 artikler. De hyppigste årsakene for ekskludering var at formatet og innholdet ikke samsvarte med studiens tema. Figur 1 illustrerer seleksjonsprosessen.

Figur 1. Seleksjonsprosessen



PRISMA 2020-flytdiagram for nye systematiske oversikter som inkluderte søk i databaser, registre og andre kilder.

Forkortelser: NCCMH = National Collaborating Centre for Mental Health, PA = provosert abort

Kilde: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. DOI: 10.1136/bmj.n71. For mer informasjon se <http://www.prisma-statement.org/>

Analyse

Arksey og O'Malley (26) anbefaler å velge et analytisk rammeverk eller en tematisk oppbygning for å analysere datamaterialet. Vi gjennomførte en tematisk analyse inspirert av Braun og Clarke (31). Denne analysen har til hensikt å identifisere, kartlegge, beskrive og analysere funnene. Under utviklingen av temaer leste vi artiklene grundig, og gjennom denne prosessen ble det identifisert tolv relevante temaer. Videre sammenliknet vi resultatene opp mot hverandre og endte med tre hovedtemaer.

Temaene ble deretter justert på nytt i henhold til forskningsspørsmålet, som resulterte i tre hovedtemaer, hvorav to hadde undertemaer: 1) «Mentale utfordringer»: «Angst, livskvalitet, beslutningsprosessen rundt PA og mental diagnose», 2) «Sosiale utfordringer»: «Traumatiske opplevelser og rusmisbruk», og 3) «Pårørendes rolle».

Hvert tema ble oppsummert med utdrag fra de aktuelle artiklene for å sikre at relevante funn ikke ble utelatt. Videre ble utdragene sett i sammenheng og omskrevet til fullstendige resultater. Eksempel på hvordan temaene ble identifisert, er illustrert i tabell 2 etter Aveyards modell (28).

Tabell 2. Eksempel på identifisering av tema

«A significantly larger proportion reported severe preabortion doubts in the psychiatric history group (37.8%) than in the no-psychiatric-history group (20.4%)» (33).

Beslutningsprosessen rundt PA + mentale diagnoser = «Mentale utfordringer».

Forkortelser: PA = provosert abort

Resultater

Etter at artiklene var blitt vurdert opp mot det norske abortlovverket (10) og inklusjonskriteriene, inkluderte vi 13 artikler. Av dem var fem fra Nederland (32–36), fire fra Finland (37–40), to fra Sverige (41, 42) og to fra Norge (43, 44). De inkluderte artiklene belyste ulike perspektiver av forskningsspørsmålet og var alle av forskjellig kvantitativ design. Flere av artiklene var fra samme studier.

De fem artiklene fra Nederland var en del av «The Dutch abortion and mental health study» (DAMHS), som var en kohortstudie utført på tre måletidspunkter. Artiklene tar for seg ulike vinklinger av studiens tema og benytter forskjellige sammenlikningsgrupper for å utforske mentale utfordringer hos kvinner som tar PA (32–36).

To av artiklene fra Finland rapporterte om sekundærfunn fra en studie om tidlig tilførsel av prevensjon etter PA. Disse funnene var relevante for å få en bredere forståelse av kvinnenes reaksjoner etter PA (39–40). De to svenske artiklene var fra samme kohortstudie rettet mot kvinner som tok PA ved seks offentlige sykehus i Sverige (41, 42). Tabell 3 presenterer de inkluderte artiklene og deres nøkkelfunn.

Tabell 3. Karakteristika av inkluderte studier

Forskere, land og år	Tittel	Design	Rekruttering	Deltakere	Hovedfunn	Instrument brukt for å kartlegge psykisk helse
Van Ditzhuijzen et al. (32) Nederland (2013)	Psychiatric history of women who have had an abortion	Tverrsnittsstudie.	Rekruttert gjennom ansatte på klinikken. Kvinnene ble intervjuet 20–40 dager etter PA.	Studien besto av 325 kvinner og 1900 i referansegruppen. Svarprosenten var på 30 prosent. Deltakerne var mellom 18 og 46 år.	Av de som tok PA, var det tre ganger så stor sannsynlighet for at de hadde hatt en mental lidelse før graviditeten, ved sammenlikning med referansegruppen.	Studien tok stilling til mentale diagnoser før graviditeten og benyttet Composite International Diagnostic Interview (CIDI) som kartleggingsverktøy for mental helse.
Van Ditzhuijzen et al. (33) Nederland (2015)	The impact of psychiatric history on women's pre- and postabortion experiences	Kohortstudie	Rekruttert gjennom ansatte på klinikken. Kvinnene ble intervjuet 20–40 dager etter PA.	Det ble inkludert 325 kvinner. Svarprosent på 30 prosent. Deltakerne var mellom 18 og 46 år.	Ved å analysere datagrunnlaget fra den første måneden etter PA ble det funnet at historie med tidligere mentale utfordringer hadde påvirkning på kvinnenes opplevelse før og etter PA. Av de som tok PA, hadde 68 prosent mentale lidelser før graviditeten. Kvinnene som hadde mentale lidelser fra før, hadde flere negative følelser etter aborten. Usikkerheten rundt valget om å ta PA var lik for de med og uten mentale lidelser.	Studien tok stilling til mentale diagnoser før graviditeten og benyttet CIDI som kartleggingsverktøy for mental helse.
Van Ditzhuijzen et al. (34) Nederland (2017)	The incidence and recurrence common mental disorder after abortion: results from a prospective cohort study	Kohortstudie	Rekruttert gjennom ansatte på klinikken. Kvinnene ble intervjuet 20–40 dager etter PA, og nytt intervju etter 2,7 år.	Studien besto av 325 kvinner og 1900 i referansegruppen. Svarprosenten var på 30 prosent. Deltakerne var mellom 18 og 46 år.	Ved å analysere datagrunnlaget fra rett etter PA og 2,7 år etter ble det funnet at PA ikke økte risikoen for mentale lidelser hos dem som ikke hadde mentale lidelser før graviditeten. De som tok PA, var oftere single, arbeidsledige og bodde i urbane områder sammenliknet med de som ikke hadde tatt PA.	Studien tok stilling til mentale diagnoser før graviditeten og benyttet CIDI som kartleggingsverktøy for mental helse.
Van Ditzhuijzen et al. (35) Nederland (2017)	Correlates of common mental disorders among Dutch women who have had an abortion: a longitudinal cohort study	Longitudinell kohortstudie	Rekruttert gjennom ansatte på klinikken. Kvinnene ble intervjuene 20–40 dager etter PA og etter 2,7 år.	Studien besto av 325 kvinner. Svarprosenten var på 30 prosent. Deltakerne var mellom 18 og 46 år.	Det var 68 prosent av kvinnene i studien som hadde psykiske lidelser før graviditeten. Kvinnene med psykiske lidelser før graviditeten hadde større sannsynlighet for mentale lidelser etter PA. De fant ingen abortrelaterte variabler som hadde innvirkning på mentale utfordringer etter PA. Det ble videre konkludert med at PA i seg selv ikke økte risikoen for mentale utfordringer.	Studien tok stilling til mentale diagnoser før graviditeten og benyttet CIDI som kartleggingsverktøy for mental helse.
Van	Long-term	Kohortstudie	Rekruttert	Studien besto	Studien konkluderte med at	Studien tok stilling til

Ditzhuijzen et al. (36) Nederland (2018)	incidence and recurrence of common mental disorders after abortion		gjennom ansatte på klinikken. Kvinnene ble intervjuene 20–40 dager etter PA, med nytt intervju 2,7 år og 4,9 år etter aborten.	av 325 kvinner og 1902 i referansegruppen. Svarprosenten var på 30 prosent. Deltakerne var mellom 18 og 46 år.	PA alene ikke økte risikoen for mentale lidelser, samt at det var liten sannsynlighet for at PA hadde sammenheng med forekomsten, eller ga tilbakevirkning av mentale lidelser.	mentale diagnoser før graviditeten. Sammenliknet de som hadde tatt PA, med den generelle befolkningen og benyttet CIDI som kartleggingsverktøy for mental helse.
Gissler et al. (37) Finland (2015)	Decreased suicide rate after induced abortion, after the current care guideline in Finland 1987–2012	Registerbasert studie	Data innhentet fra register for selvmord i Finland mellom år 1987 og 2021. Registret ble koplet opp mot registret for selvbestemte aborter.	79 kvinner. Deltakerne var mellom 15 og 49 år.	Det var 27,7 prosent av de som tok PA, som hadde tatt selvmord i løpet av det første året etter aborten. Det var kvinner under 25 år som hadde høyest risiko for å begå selvmord. Denne aldersgruppen hadde også flest PA.	
Holmlund et al. (38) Finland (2014)	Psychological ill-being experienced by first-time mothers and their partners in pregnancy after abortion: a cohort study	Kohortstudie	Deltakerne ble rekruttert gjennom ansatte på fødeklubben. Målingene ble utført i svangerskapsuke 20.	680 kvinner og 540 menn. Studien hadde ingen aldersbegrensninger i inkluderingen.	Både førstegangsforeldre som hadde tatt PA, og de som ikke hadde tatt PA, var tilfredse under svangerskapet. Studien observerte heller ikke forskjeller i familierelasjonen eller angst hos de to gruppene. Det ble også sett at parforholdene fungerte bra.	Studien tok ikke stilling til hvorvidt deltakerne hadde mentale lidelser før de deltok i studien. Under studien ble deres mentale helse kartlagt gjennom blant annet Beck's Depression Inventory (BDI-II) og Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire (PRAQ-R).
Pohjoranta et al. (39) Finland (2018)	Sexual well-being after first trimester termination of pregnancy (TOP)	Randomisert kontrollert studie	Rekrutteringen ble utført via sykehuset. Spørreundersøkelsene ble utført rett før PA samt tre måneder og ett år etter avsluttet svangerskap.	De inkluderte 375 kvinner i den randomiserte gruppen som fikk innsatt spiral etter PA, og 367 kvinner i kontrollgruppen, som fikk oral prevensjon. Alle deltakerne var over 18 år.	Den seksuelle helsen forble uforandret før og etter aborten. Det ble identifisert at kvinner med psykiske diagnoser før PA hadde dårligere seksuell helse enn kvinnene uten psykiske diagnoser. Å være i et forhold hadde også større innvirkning på den seksuelle helsen enn selve aborten. Det ble imidlertid ikke funnet at det hadde sammenheng med den seksuelle helsen å avslutte forholdet.	Studien tok stilling til mentale diagnoser før graviditeten, og de benyttet McCoy Female Sexuality Questionnaire for å måle deltakernes seksuelle helse.
Toffol et al. (40) Finland (2016)	Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study	Randomisert kontrollert studie	Rekrutteringen ble utført via sykehuset. Spørreundersøkelsene ble utført før PA samt tre måneder og ett år etter avsluttet svangerskap.	De inkluderte 375 kvinner i den randomiserte gruppen som fikk innsatt spiral etter PA, og 367 kvinner i kontrollgruppen, som fikk oral prevensjon. Alle deltakerne var over 18 år.	Kvinner som rapporterte om angst før PA, hadde en signifikant reduksjon av angst tre måneder og ett år etter aborten. Forskerne fant at tidligere psykisk lidelse og røyking hadde sammenheng med angst tre måneder etter aborten.	Studien tok stilling til mentale lidelser før graviditeten, og det ble benyttet ulike skjemaer for å måle deltakernes mentale helse. Mangler 3,5 prosent i frafallsanalysen.
Lundell et al. (41) Sverige (2013)	The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion	Flersenterstudie	Rekruttert gjennom ansatte ved seks offentlige sykehus. Spørreskjemaet ble besvart rett før	Inkluderte 1514 kvinner. Svarrespons var på 58 prosent. Studien hadde ingen aldersbegrensninger i inkluderingen.	Det var 4 prosent sannsynlighet for at kvinnene som tok PA, utviklet PTSD, og 23 prosent sannsynlighet for PTSS. Forskerne fant at de som tok PA, oftere hadde vært utsatt for traumatiske opplevelser enn resten av	Studien tok stilling til tidligere traumer og mentale lidelser hos deltakerne. Skjemaene som ble benyttet for å måle deltakernes mentale helse, var Screen Questionnaire

			kvinnene tok PA.	deltakerne var mellom 15 og 52 år.	befolkningen.	– Posttraumatic Stress Disorder (SQ-PTSD) og The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).
Lundell et al. (42) Sverige (2017)	Neuroticism-related personality traits are associated with posttraumatic stress after abortion: findings from a Swedish multicenter cohort study	Flersenterkohortstudie	Rekruttert gjennom ansatte ved seks offentlige sykehus. Spørreskjema var utfylt rett før PA tre måneder etter og seks måneder etter PA.	Inkluderte 1514 kvinner. Svarrespons var på 58 prosent. Studien hadde ingen aldersbegrensninger i inkluderingen, deltakerne var mellom 15 og 52 år.	Til sammen utviklet 3,7 prosent av kvinnene PTSD eller PTSS etter aborten. Forskerne fant videre at 11,8 prosent hadde utslag på PTSD eller PTSS ved første måling (baseline), men ikke ved oppfølging tre og seks måneder etter PA. Pre-eksisterende faktorer som vold var den hyppigste årsaken til mentale lidelser etter PA.	Studien tok stilling til tidligere traumer og mentale lidelser hos deltakerne. The Screen Questionnaire – Posttraumatic Stress Disorder (SQ-PTSD) ble benyttet for å kartlegge deltakernes mentale helse.
Pedersen W og Mastekaasa A (43) Norge (2011)	Conduct disorder symptoms and subsequent pregnancy, childbirth and abortion	Tverrsnittstudie.	Rekrutteringen ble utført igjennom skolen. Spørreskjemaene ble utfylt i 1992 da deltakerne var 12–16 år. Oppfølgingen ble utført i 1994, 1999 og 2005.	Inkluderte 769 kvinner. Svarprosent på 97 prosent.	Studien illustrerer at jenter som hadde atferdsforstyrrelser i tenårene, hadde en økt sannsynlighet for å bli gravid i ung alder. De hadde også en femdoblet risiko for å ta PA. Det ble funnet at atferdsforstyrrelser i tenårene hadde sammenheng med problemer innad i familien, narkotikamisbruk og tidlig seksuell aktivitet. De fant nesten ingen sammenheng mellom sosioøkonomiske faktorer og PA.	Studien tok ikke stilling til tidligere mentale lidelser. De benyttet Kandel og Davies' modell for å måle depresjon.
Simonsen et al. (44) Norge (2013)	Gir tidligere aborter fødselsangst?	Kohortstudie	Rekrutteringen ble utført via sykehuset. Det ble i tillegg utført datauttrekk fra den elektroniske fødejournalen. Skjemaene ble utfylt i svangerskapsuke 18 og 32.	Det ble inkludert 4662 kvinner fra sykehuset og 9587 fra den elektroniske fødejournalen. Svarresponsen var på 80 prosent. Studien hadde ingen aldersbegrensninger i inkluderingen.	Det ble funnet en sterk assosiasjon mellom psykisk helse og fødselsangst. Mens etter det ble justert for psykisk helsestatus, sosiodemografiske faktorer og tidligere dødfødsler ble det ikke lenger funnet en sammenheng mellom PA og fødselsangst. I tillegg fant forskerne at de som var plaget av angst og depresjon, hadde økt risiko for fødselsangst, spesielt hvis de hadde angst og depresjon samtidig.	Spørreskjemaene som ble benyttet for å kartlegge kvinnenes mentale helse, var The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, versjon A, The Edinburgh Postnatal Depression Scale og The Hopkins Symptom Check List. Det ble justert for mentale lidelser i analysen.

Forkortelser: PA = provosert abort, PTSD = posttraumatisk stresslidelse, PTSS = posttraumatisk stressyndrom

Mentale utfordringer

Totalt ble mentale diagnoser i forkant av graviditeten adressert i ti av de tretten artiklene. Her fant Van Ditzhuijzen og medarbeidere (32–33, 35) at over halvparten av kvinnene som tok PA, hadde en mental diagnose i forkant av graviditeten. Kvinner med mentale diagnoser i forkant av graviditeten hadde oftere negative assosiasjoner knyttet til aborten (32).

De hadde også større sannsynlighet for å oppleve mentale ettervirkninger etter PA. Over halvparten av kvinnene som opplevde mentale ettervirkninger, kunne derfor betegnes som å ha tilbakefall av sin opprinnelige diagnose (35).

Studien til Toffol og medarbeidere (40) utforsket kvinners angstnivå under abortprosessen. De fant at en stor andel av kvinnene opplevde angst rett før de gjennomførte PA. Likevel var nivået av angst redusert allerede ved første oppfølging tre måneder etter aborten. Kvinnene rapporterte i tillegg om bedre livskvalitet.

Toffol og medarbeidere (40) og Lundell og medarbeidere (42) viste også at de som hadde mentale lidelser før PA, oftere hadde angst og redusert livskvalitet frem til siste måletidspunkt ett år etter aborten.

Studien til Van Ditzhuijzen og medarbeidere (35) observerte en usikkerhet rundt beslutningen om å avslutte eller fortsette svangerskapet hos 32 prosent av kvinnene i studien, mens 10 prosent var usikre på selve avgjørelsen om å ta PA. Flere studier påpekte at kvinner med mentale lidelser fra tidligere oftere opplevde usikkerhet i forbindelse med beslutningsprosessen.

Graviditeten ble beskrevet som en stor byrde, og selve gjennomføringen av PA var belastende (32, 35). Lundell og medarbeidere (41) fant også at kvinner med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og posttraumatisk stressyndrom (PTSS), enten det vedvarte eller gikk over, oftere benyttet seg av rådgivning før PA. Van Ditzhuijzen og medarbeidere (35) fant likevel ikke at beslutningsprosessen hadde sammenheng med mentale ettervirkninger etter aborten.

Sosiale utfordringer

Kvinnenes tidligere opplevelser og erfaringer hadde stor innvirkning på hvordan de håndterte PA (41). Van Ditzhuijzen og medarbeidere (34–36) og Lundell og medarbeidere (41) fant at en stor andel av kvinner som tok PA, hadde opplevd store påkjenninger i livet, som alvorlig fysisk og psykisk misbruk.

I tillegg befant en av fem kvinner seg i ustabile forhold da graviditeten oppsto. Disse faktoren kunne alene utgjøre en risiko for mentale utfordringer uavhengig av PA, i likhet med skilsmisse eller dødsfall i nære relasjoner (35).

Flere av studiene viste at kvinner som gjennomførte PA, hadde en gjennomsnittsalder på 28 til 30 år (33, 35, 39–42). Mange av kvinnene hadde barn fra før (32–35, 39–41), og mange var arbeidsledige (34, 35).

To av studiene (33, 40) trakk frem at de oftere fant et gjentakende alkohol- og rusmisbruk blant kvinnene i studien som gjennomførte PA. Van Ditzhuijzen og medarbeidere (35) påpekte at et slikt misbruk kunne øke risikoen for mentale reaksjoner etter PA, som blant annet å få tilbakefall av rusmisbruket de hadde hatt før graviditeten.

Pårørendes rolle

Pohjoranta og medarbeidere (39) viste at flertallet av kvinnene var i faste forhold da graviditeten oppsto, mens Van Ditzhuijzen og medarbeidere (33) rapporterte at de fleste var single og bodde i urbane områder. Det var likevel få studier som kartla kvinnenes sivile status og bosted. Det ble likevel dokumentert at støtte fra partneren hadde en viktig betydning for kvinnene som gjennomførte en PA.

Van Ditzhuijzen og medarbeidere (35) fant at kvinnene mottok mye støtte fra partneren, både under graviditeten og etter aborten. Kvinnene som ikke fikk slik støtte, hadde større sannsynlighet for depresjon eller bipolar lidelse etter PA. Av disse kvinnene hadde ingen hatt mentale utfordringer i løpet av de siste månedene før PA-en, og nesten halvparten hadde aldri hatt en mental lidelse før.

Pohjoranta og medarbeidere (39) observerte ikke at par- og familierelasjoner ble påvirket av PA. Holmlund og medarbeidere (38) fant likevel at kvinner i stabile forhold hadde mindre angst og bedre livskvalitet etter PA enn single kvinner.

Diskusjon

Selv om PA har fått mye oppmerksomhet i mediene de siste årene, viser denne litteraturstudien at temaet i mindre grad har blitt belyst gjennom forskning. I diskusjonen ser vi nærmere på hovedfunnene, som peker i retning av at kvinnenes mentale helsestatus før graviditeten hadde stor innvirkning på kvinnenes mentale helse etter PA.

Dette funnet ser ut til å ha sammenheng med faktorer uavhengig av aborten, som sykdom, tap av noen i nær relasjon, pårørendes rolle og fysiske eller psykiske skader.

Mentale utfordringer etter provosert abort

Van Ditzhuijzen og medarbeidere (35) trakk frem at det var større risiko for at kvinner fikk tilbakefall av en mental lidelse de hadde hatt før PA, enn det var for at de skulle utvikle en ny etter aborten. Dette funnet bekreftes av tidligere publisert forskning, som fant at det var kvinner med mentale lidelser i forkant av graviditeten som hadde størst sannsynlighet for å oppleve mentale utfordringer etter en abort (14–19).

Vår litteraturstudie underbygger dette i samsvar med Doane og Quigley (18). De fant at symptomene som ble rapportert, samsvarte med de mentale lidelsene kvinnene hadde hatt før graviditeten.

En annen forklaring på hvordan tidligere mentale diagnoser hos kvinnene kunne ha sammenheng med mentale ettervirkninger etter PA, var at faktorer uavhengig av aborten kunne gi utslag på den mentale helsestatusen etter en abort (35, 41).

Dette funnet kan illustreres ved at deltakerne i studien til Van Ditzhuijzen og medarbeidere (34) ble matchet én til én med kvinner som hadde like forutsetninger, men som ikke hadde tatt abort. De fant at utslagene på mentale utfordringer etter PA mest sannsynlig skyldtes ytre faktorer, og ikke aborten i seg selv.

På bakgrunn av disse resultatene vurderte Van Ditzhuijzen og medarbeidere (34) det som lite sannsynlig at abort av en uønsket graviditet økte sannsynligheten for å få mentale lidelser. Tilsvarende funn ble dokumentert av norsk og internasjonal forskning (16, 23).

Van Ditzhuijzen og medarbeidere (34–36) presiserte samtidig at de fant en sammenheng mellom ytre faktorer, som at kvinnen var arbeidsledig, og dårligere mentale helse hos kvinnene etter en abort. Slike ytre faktorer kunne forårsake mentale reaksjoner uavhengig av om kvinnen hadde tatt PA eller valgte å fortsette graviditeten.

I møte med kvinner i klinikken er det viktig å ha kjennskap til det å kunne identifisere faktorer som gjør enkelte mer disponert for mentale ettervirkninger etter PA. Mange av kvinnene som opplevde mentale utfordringer etter PA, hadde mentale lidelser før de ble gravide (16).

Ved å ha kjennskap til slike faktorer kan helsepersonell formidle god informasjon og støtte slik at tiltak kan igangsettes tidlig. En systematisk litteraturstudie (22) påpeker at mange av kvinnene som gjennomførte PA, ikke følte at deres emosjonelle behov ble møtt i beslutningsprosessen. Det resulterte i at flere hadde behov for å konsultere en psykolog etter aborten.

Beslutningsprosessen

I vår litteraturoversikt var det få studier som omtalte beslutningsprosessen som en utfordring for kvinnene. Dette funnet står i kontrast til tidligere forskning fra Norge som har vært opptatt av beslutningsprosessen (20, 24, 45). For å belyse viktigheten av beslutningsprosessen for kvinnene er det hensiktsmessig å se nærmere på forekomsten av angst og livskvalitet etter PA.

Lundell og medarbeidere (41, 42) fant at det var kvinner med lik grad av en mental lidelse før og etter en PA som hadde det høyeste angstnivået. Hos dem forble angstnivået forhøyet frem til seks måneder etter aborten (42).

Videre fant Van Ditzhuijzen og medarbeidere (35) og Toffol og medarbeidere (40) at kvinnene som hadde hatt mentale diagnoser før PA, ikke nødvendigvis opplevde at lidelsene forsvant etter aborten. Motsatt fikk kvinnene som ikke hadde lik grad av en mental lidelse før og etter PA, mindre angst allerede etter de første månedene etter PA-en (40, 42).

En tilsvarende reduksjon ble funnet i litteraturstudien til Martucci (13), som beskrev at kvinner var lettet over å få gjennomført aborten. Årsaken var at graviditeten var en stressfaktor og krisehendelse i livet, der selve aborten ble løsningen på utfordringene.

Toffol og medarbeidere (40) viste at kvinner hadde fått bedre livskvalitet tre måneder etter PA-en enn de hadde rett før. Det kan ses i sammenheng med tidligere studier (20, 24, 45), som indikerte at selve beslutningsprosessen utgjorde et stressmoment som forsvant etter at avgjørelsen var tatt. Det var perioden fra de fikk vite at de var gravide, til de hadde tatt avgjørelsen om å beholde eller avslutte svangerskapet, som mange beskrev som mest utfordrende (16, 21).

Tilsvarende funn ble rapportert i litteraturstudien til Petersen og medarbeidere (22), som fant at kvinner følte de måtte ta stilling til egne fremtidsplaner innen relativt kort tid, og at abort var det forventede valget. Dette funnet kom imidlertid ikke frem i vår studie. Vi så likevel at etter at de hadde tatt beslutningen om PA, var det få som fortsatt var usikre på om de hadde tatt det rette valget. Vi fant heller ikke at beslutningsprosessen hadde sammenheng med mentale utfordringer etter PA (35).

Broen og medarbeidere (15) fant likevel at de som var usikre på beslutningen, ofte var preget av usikkerhet de første seks månedene etter aborten. På den måten kan mindre angst og høyere livskvalitet bidra til å forklare hvorfor mange kvinner opplevde både skam og lettelse på samme tid (14, 23).

Støtte fra partneren

I litteraturstudien vår viste Van Ditzhuijzen og medarbeidere (35) og Holmlund og medarbeidere (38) at kvinners mentale helsestatus hadde sammenheng med støtten de mottok fra partneren sin. Dette funnet ble synliggjort ved at kvinnene som ikke mottok slik støtte, oftere fikk mentale utfordringer etter PA, på lik linje med kvinnene som var i ustabile forhold (35).

Dette funnet stemte overens med den systematiske litteraturstudien til Petersen og medarbeidere (22), som fant at kvinnene verdsatte støtten fra partneren høyt. I likhet med vår litteraturstudie fant de at PA ikke påvirket parforholdet (39). Petersen og medarbeidere (22) forklarte funnet med at PA var en hendelse som brakte parene nærmere hverandre, selv om partneren ofte var negativt innstilt til graviditeten og foretrakk at kvinnen tok abort.

Styrker og svakheter ved studien

En svakhet ved studien var at noe av datagrunnlaget var basert på de samme deltakerne. Artiklene ble likevel inkludert da det var utført lite forskning på temaet. Selv om artiklene fra den nederlandske DAMHS-studien (32–36) var basert på de samme deltakerne, ble de analysert mot ulike kontrollgrupper.

Videre ble noen av de samme analysene utført på nytt med datamateriale fra deltakerne på et senere tidspunkt. Analysene førte til både nye og supplerende funn, men også til enkelte korrigeringer av funn de allerede hadde presentert.

I en tidligere litteraturoversikt ble det også presisert at forskningen på feltet manglet kontrollgrupper i kliniske studier, og at det foreligger mangelfulle definisjoner på psykologiske symptomer som oppleves av kvinnene (18). Vår oppfatning er at de inkluderte artiklene i studien vår bidrar med kunnskap om hvilke psykologiske symptomer og utfordringer som kan ha betydning for kvinnene.

Det er viktig å presisere at selv om artiklene er valgt på bakgrunn av land med tilsvarende abortlovverk, kan det ikke utelukkes at land rapporterer om ulike funn grunnet forskjeller innad i landene. Det kan heller ikke utelukkes at PA i kontrollgruppene er underrapportert, selv om landene som er inkludert, har en åpen dialog og en politikk som støtter kvinners valg om abort (3–6).

Resultatene i studien vår samsvarer likevel med resultatene til Petersen og medarbeidere (22), som fant at beslutningsprosessen var utfordrende for mange, og at støtte fra nære relasjoner var viktig for kvinnene.

Konklusjon

Til nå er det forsket lite på PA og påvirkningen slik abort har på kvinnes mentale helse i land med overførbarhet til Norge. Denne studien bidrar med kunnskap om kvinnes mentale helse etter gjennomført PA. Studien viser at det er viktig å være oppmerksom på at ytre faktorer som for eksempel arbeidsledighet kan ha sammenheng med kvinnes mentale helse etter en provosert abort.

De fleste kvinner som hadde mentale utfordringer etter en provosert abort, hadde hatt tilsvarende utfordringer før graviditeten. Det kan derfor være hensiktsmessig å være spesielt oppmerksom på hvordan kvinner med tidligere mentale diagnoser håndterer abort. På den måten kan helsepersonell igangsette relevant helsehjelp på et tidlig stadium.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikt.



YTRE FAKTORER: Opplevelser og livshendelser før graviditeten påvirket den... **LES MER** ▾

1. Knudsen LB, Gissler M, Bender S, Hedberg C, Ollendorff U, Sundströ K, et al. Induced abortion in the Nordic countries: special emphasis on young women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:257–68. Tilgjengelig fra: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1034/j.1600-0412.2003.00006.x> (nedlastet 01.08.2022).
2. Levels M, Need A, Nieuwenhuis R, Sluiter R, Ultee W. Unintended pregnancy and induced abortion in the Netherlands 1954–2002. *European Sociological Review.* 2012;28(3):301–18. DOI: [10.1093/esr/jcq065](https://doi.org/10.1093/esr/jcq065)
3. Helsedirektoratet. Til deg som vurderer abort [internett]. Helsenorge [oppdatert 31.07.2020, hentet 19.09.2020]. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/sex-og-samliv/abort>
4. InfoFinland. Abortion [internett]. Helsingfors: InfoFinland [oppdatert 28.11.2022, hentet 28.11.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.infofinland.fi/en/living-in-finland/health/abortion>
5. 1177 vårdguiden. Abort [internett]. Stockholm: 1177 [oppdatert 09.08.2019, hentet 23.11.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.1177.se/barn--gravid/graviditet/avbruten-graviditet/abort/>
6. Government of the Netherlands. Abortion [internett]. Government of the Netherlands [oppdatert 2022, hentet 23.11.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.government.nl/topics/abortion>

7. Abort-report.eu. Finland [internett]. Abort-report.eu [oppdatert 01.2022, hentet 08.02.2022]. Tilgjengelig fra: <https://abort-report.eu/finland/>
8. Folkehelseinstituttet. Abortregisteret – statistikkbank (A1: Svangerskapsavbrot: Antall begjæringar og utførte avbrot – Totalt, Totalt, Antall) [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 2020, hentet 14.03.2021]. Tilgjengelig fra: <http://statistikkbank.fhi.no/abort/>
9. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister – statistikkbank [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 2020, hentet 05.05.2021]. Tilgjengelig fra: <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
10. Lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd (abortloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50> (nedlastet 17.12.2022).
11. Simon N, Senturia A. Psychiatric sequelae of abortion. Review of the Literature. Arch Gen Psychiatry. 1966;15:378–89. DOI: [10.1001/archpsyc.1966.01730160042008](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1966.01730160042008)
12. Coleman PK. Abortion and mental health: a quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. BJPsych. 2011;199:180–6. DOI: [10.1192/bjp.bp.110.077230](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077230)
13. Martucci J. Meta-analysis: psychosocial predictors of psychological sequelae of induced abortion [doktoravhandling]. Miami: Miami Institute of Psychology of the Caribbean Center for Advanced Studies; 1998. Tilgjengelig fra: <https://www.proquest.com/openview/22c64972dc67568a26c9db11a95a52d8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y> (nedlastet 19.12.2022).
14. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ö. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. BMC Medicine. 2005;3(18). DOI: [10.1186/1741-7015-3-18](https://doi.org/10.1186/1741-7015-3-18)
15. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ö. Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: a longitudinal five-year follow-up study. Acta Obstetrica et Gynecologica. 2006;85:317–23. DOI: [10.1080/00016340500438116](https://doi.org/10.1080/00016340500438116)
16. Academy of Medical Royal Colleges, National Collaborating Centre for Mental Health. Induced abortion and mental health. London: Academy of Medical Royal Colleges, National Collaborating Centre for Mental Health; 2011. Tilgjengelig fra: https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Induced_Abortion_Mental_Health_1211.pdf (nedlastet 19.12.2022).

17. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ö. Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress; a prospective, two- year follow-up. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;27:36–43. DOI: [10.1016/j.genhosppsy.2004.09.009](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.09.009)
18. Doane BK, Quigley BG. Psychiatric aspects of therapeutic abortion. *Can Med Assoc J*. 1981;125:427–32. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1862469/pdf/canmedaj01350-0025.pdf> (nedlastet 19.12.2022).
19. Lipp A. Nursing practice. Termination of pregnancy: a review of psychological effects on women. *Nurs Times*. 2009;105(1):26–9.
20. Kjelsvik M, Sekse RJT, Moi AL, Aasen EM, Chesla CA, Gjengedal E. Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. *Health Care for Women International*. 2018;39(7):784–807. DOI: [10.1080/07399332.2018.1465945](https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945)
21. Aléx L, Hammarström A. Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Scand J Caring Sci*. 2004;18:160–8. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2004.00257.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00257.x)
22. Petersen MN, Jessen-Winge C, Møbjerg ACM. Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews og Implementation Reports*. 2018;16(7):1537–63. DOI: [10.11124/JBISRIR-2017-003344](https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003344)
23. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ö. Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow-up study. *Psychosom Med*. 2004;66:265271. DOI: [10.1097/01.psy.0000118028.32507.9d](https://doi.org/10.1097/01.psy.0000118028.32507.9d)
24. Kjelsvik M, Sekse RJT, Moi AL, Aasen EM, Nortvedt P, Gjengedal E. Beyond autonomy and care: experiences of ambivalent abortion seekers. *Nursing Ethics*. 2019;26(7–8):2135–46. DOI: [10.1177/0969733018819128](https://doi.org/10.1177/0969733018819128)
25. FN-sambandet. Likestilling mellom kjønnene [internett]. Oslo: FN-sambandet; 2020 [hentet 21.02.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/likestilling-mellom-kjoennene>
26. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19–32. DOI: [10.1080/1364557032000119616](https://doi.org/10.1080/1364557032000119616)

27. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur AM, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. BMC Medical Research Methodology. 2018;18:143. DOI: [10.1186/s12874-018-0611-x](https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x)
28. Aveyard H. Doing a literature review in health and social care: a practical guide. 4. utg. London: Open University Press / McGraw-Hill Education; 2019.
29. REK – Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Søknadsplikt [Internett]. REK [hentet 20.12.2019]. Tilgjengelig fra: https://rekportalen.no/#home/s%C3%B8ke_REK
30. NSD – Norsk senter for forskningsdata. Må jeg melde prosjektet mitt? [internett]. NSD [hentet 20.12.2019]. Tilgjengelig fra: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html
31. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77–101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
32. Van Ditzhuijzen J, Ten Have M, De Graaf R, Van Nijnatten CHCJ, Vollebergh WAM. Psychiatric history of women who have had an abortion. Journal of Psychiatric Research. 2013;47:1737–43. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2013.07.024](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.07.024)
33. Van Ditzhuijzen J, Ten Have M, De Graaf R, Van Nijnatten CHCJ, Vollebergh WAM. The impact of psychiatric history on women's pre- and postabortion experiences. Contraception. 2015;92:246–53. DOI: [10.1016/j.contraception.2015.05.003](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.05.003)
34. Van Ditzhuijzen J, Ten Have M, De Graaf R, Lugtig P, Van Nijnatten CHCJ, Vollebergh WAM. Incidence and recurrence of common mental disorders after abortion: results from a prospective cohort study. Journal of Psychiatric Research. 2017;84:200–6. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2016.10.006](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.006)
35. Van Ditzhuijzen J, Ten Have M, De Graaf R, Van Nijnatten CHCJ, Vollebergh WAM. Correlates of common mental disorders among Dutch women who have had an abortion: a longitudinal cohort study. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2017;49(2). DOI: [10.1363/psrh.12028](https://doi.org/10.1363/psrh.12028)
36. Van Ditzhuijzen J, Ten Have M, De Graaf R, Van Nijnatten CHCJ, Vollebergh WAM. Long-term incidence and recurrence of common mental disorders after abortion. A Dutch prospective cohort study. Journal of Psychiatric Research. 2018;102:132–5. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2018.04.001](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.04.001)

37. Gissler M, Karalis E, Ulander V. Decreased suicide rate after induced abortion, after the Current Care Guidelines in Finland 1987 – 2012. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2015;43:99–101. DOI: [10.1177/1403494814560844](https://doi.org/10.1177/1403494814560844)
38. Holmlund H, Kaljonen A, Junttila N, Rähä H, Mäkinen J, Rautava P. Psychological ill-being experienced by first-time mothers and their partners in pregnancy after abortion: a cohort study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2014;35(4):132–9. DOI: [10.3109/0167482X.2014.974542](https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.974542)
39. Pohjoranta E, Mentula M, Hurskainen R, Suhonen S, Heikinheimo O. Sexual well-being after first trimester termination of pregnancy: Secondary analysis of a randomized contraceptive trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2018;97:1447–54. DOI: [10.1111/aogs.13440](https://doi.org/10.1111/aogs.13440)
40. Toffol E, Pohjoranta E, Suhonen S, Hurskainen R, Partonen T, Mentula M, et al. Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2016;95:1171–80. DOI: [10.1111/aogs.12959](https://doi.org/10.1111/aogs.12959)
41. Lundell IW, Poromaa IS, Georgsson S, Frans Ô, Helström L, Högberg U, et al. The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2013;18(6):480–8. DOI: [10.3109/13625187.2013.828030](https://doi.org/10.3109/13625187.2013.828030)
42. Lundell IW, Poromaa IS, Georgsson S, Frans Ô, Helström L, Högberg U, et al. Neuroticism-related personality traits are associated with posttraumatic stress after abortion: findings from a Swedish multi-center cohort study. *BMC Women's Health*. 2017;17:96. DOI [10.1186/s12905-017-0417-8](https://doi.org/10.1186/s12905-017-0417-8)
43. Pedersen W, Mastekaasa A. Conduct disorder symptoms and subsequent pregnancy, child-birth and abortion: A population-based longitudinal study of adolescents. *Journal of Adolescence*. 2011;34:1025–33. DOI: [10.1016/j.adolescence.2010.11.005](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.11.005)
44. Simonsen TB, Wahl AK, Vangen S, Eberhard-Gran M. Gir tidligere aborter fødselsangst? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2013;133(6):635–9. DOI: [10.4045/tidsskr.12.0816](https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0816)
45. Kjelsvik M, Sekse RJT, Moi AL, Aasen EM, Gjengedal E. Walking on a tightrope – caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(2122):4192–202. DOI: [10.1111/jocn.14612](https://doi.org/10.1111/jocn.14612)