

# Er det sammenheng mellom psykiske belastninger og ønske om keisersnitt?

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Årsakene til økningen i keisersnittfrekvens i Norge og hele den vestlige verden siden begynnelsen av 1970-årene er bare delvis kartlagt. Vi ønsket å avdekke eventuelle forskjeller i demografiske forhold eller psykiske belastninger hos kvinner med fødselsangst med og uten et uttrykt ønske om planlagt keisersnitt.

**Materiale og metode.** I perioden 2000–02 ble 164 kvinner med fødselsangst henvist til samtaler med to jordmødre med spesialutdanning i psykisk helse ved fødepoliklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge. Data ble innhentet fra samtaler og fra svangerskaps- og fødejournaler og henvisningskriv. Gruppen som ønsket planlagt keisersnitt (n = 86) ble sammenliknet med dem uten et slikt ønske (n = 78).

**Resultater.** 80 % oppga at de tidligere hadde hatt angst/depresjon, 32 % hadde hatt spiseforstyrrelser og 72 % hadde vært utsatt for overgrep. I gruppen som ønsket keisersnitt, var det flere med alvorlig fødselsangst, tidligere angst og depresjon, traumatiske fødselsopplevelser og mistillit til helsepersonell og færre som hadde fått behandling for psykiske problemer enn i den andre gruppen. Ved fødselsstart hadde 86 % av dem som opprinnelig ønsket keisersnitt endret innstilling og var innstilt på vaginal fødsel. I hele materialet var keisersnittfrekvensen 32 %.

**Fortolkning.** Kvinnene med fødselsangst hadde store psykiske belastninger, mest uttalt blant dem som ønsket keisersnitt. Kartlegging og bearbeiding av disse antas å være av vesentlig betydning for valg av fødemåte.

> Se også side 1378

**Lotta Halvorsen**  
lotta.halvorsen@unn.no

**Hilde Nerum**  
Kvinneklinikken  
Universitetssykehuset Nord-Norge  
Postboks 100  
9038 Tromsø

**Pål Øian**  
Kvinneklinikken  
Universitetssykehuset Nord-Norge  
og  
Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Tromsø

**Tore Sørli**  
Avdeling for klinisk psykiatri  
Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Tromsø

Siden begynnelsen av 1970-årene har keisersnittfrekvensen i Norge og hele den vestlige verden økt sterkt. Årsakene er mange og bare delvis kartlagt. Økt bruk av keisersnitt ved seteleie og etter ønske fra kvinnen og mer liberal praksis på grunn av legale aspekter synes å være viktig (1, 2). Tall fra Norge, Danmark og Storbritannia viser at 7–9 % av alle keisersnitt blir utført uten medisinsk indikasjon (1, 3, 4). En studie fra Sverige viste en økning i keisersnitt etter ønske fra kvinnen fra 8,9 % i 1994 til 15,8 % i 1999 (5).

Internasjonale studier har vist at rundt 20 % av alle gravide føler sterk uro for fødselen, og 5–10 % av disse har invalidiserende fødselsangst (6–9). Fødselsfobi har vært registrert hos 2,4 % (10). Hos flergangsfødende er tidligere traumatisk fødselsopplevelse og mistillit til helsepersonell angitt som en vanlig grunn (4, 7, 8). Flere studier har vist at generell angst, depresjon (7–15) og overgrep (9, 15) ligger bak fødselsangsten. Ofte leder fødselsangst til et ønske om å bli forløst ved planlagt keisersnitt (1, 4, 8–15). I svangerskapet og tiden etter fødselen er det spesielt viktig å identifisere psykisk sykdom, da konsekvensene av ubehandlet tilstand kan være betydelige både for kvinnen, barnet og den øvrige familien (16, 17).

Hensikten med denne studien var å kartlegge om det var forskjell i demografiske forhold eller psykiske belastninger hos kvinner med fødselsangst med og uten et uttrykt ønske om planlagt keisersnitt.

## Materiale og metode

Ved Kvinneklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, var det 4 218 fødsler i treårsperioden 2000–02. Studiepopulasjonen utgjorde 164 kvinner (3,9 %) henvist fra primærhelsetjenesten til fødepoliklinikken

pga. fødselsangst. Av disse ønsket 86 planlagt keisersnitt. 155 hadde norsk bakgrunn, av dem var det 11 med samisk og tre med kvensk kulturell tilhørighet. Dessuten var det seks kvinner fra andre europeiske land, to fra Afrika og én fra Asia.

Kvinnene fikk et individuelt tilpasset kriseorientert samtaletilbud av to jordmødre med spesialutdanning innen psykisk helse (15). I tillegg ble obstetriske problemstillinger ivarettatt av overlege. Første samtale hadde en tidsramme på to klokketimer. Videre oppfølging ble individuelt tilpasset. Tilnærmingen var pasientorientert, med vekt på kontakt og allianse. Følelser og bekymringer rundt fødselen ble kartlagt, herunder identifisering av tidligere kompliserte og traumatiske opplevelser knyttet til reproduktiv helse og overgrep samt andre belastende forhold som kunne være aktivert av den forestående fødselen. Angstrelaterte livshendelser og livstemaer som utløsende hendelser og årsaker til fødselsangsten ble formulert og påbegynt bearbeidet. Jordmødrene fikk faglig veiledning 1,5 timer annenhver uke.

## Datainnsamling

I den første samtalen ble det tatt opp en systematisk sykehistorie som omfattet nåværende livssituasjon, nåværende og tidligere psykisk og somatisk helse samt obstetrisk risiko. Data ble innhentet retrospektivt fra journalførte samtaler med jordmødrene, henvisningskriv og svangerskaps- og fødejournaler. Samtalene ga strukturert informasjon, som fortløpende ble journalført, om kvinnens nåværende og tidligere livssituasjon og hennes psykiske helse. Et spesiallaget registreringsskjema som omhandlet somatiske, psykiske og psykososiale forhold ble fylt ut av jordmor. Interraterreliabiliteten ble testet ved at begge jordmødrene uavhengig av hverandre fylte ut skjemaer for et til-

## Hovedbudskap

- Det er viktig å identifisere underliggende psykiske belastninger hos kvinner med fødselsangst og et ønske om keisersnitt
- I denne studiepopulasjonen endret 86 % sin holdning til keisersnitt etter kriseorienterte konsultasjoner
- Resultatene må tolkes varsomt, da utvalget er lite og sterkt selektert

feldig utvalg på 12 kvinner og sammenliknet disse. Det var ingen uenighet dem imellom.

Studien var godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og tilrådd av regional etisk komité for medisinsk forskning i Nord-Norge.

#### Variabler

Fødselsangsten ble i samtalen med jordmødrene gradert som moderat eller alvorlig ut fra følgende fem kriterier:

- Søvnvanter (uro og mareritt) og konsentrasjonsvanter som påvirket dagliglivet
- Fysiologiske manifestasjoner av angst, som skjjelving, svetting, økt puls og respirasjon eller diffuse kroppslige smerter som reduserte livskvaliteten
- Liten eller manglende innsikt i hva fødselsangsten representerte, f.eks. ubearbejdede traumatiske livsopplevelser
- Stor opplevd svikt i kontroll over og forutsigbarhet ved den forestående fødselen
- Angst for selv å dø i svangerskapet eller under fødselen

Disse kriteriene ble registrert som dikotome variabler. Ved 4–5 oppfylte kriterier ble fødselsangsten definert som alvorlig, ved tre som moderat.

Ønske om keisersnitt ble registrert når dette fremgikk av henvisningsskrivet eller kvinnen spontant i samtalen med jordmor uttrykte et slikt ønske. Høy obstetrisk risiko betydde kronisk somatisk lidelse med betydning for svangerskapet eller svangerskapskomplikasjoner som preeklampsi eller intrauterin vekstretardasjon. For flergangsfødende innebar det at tidligere operative eller vaginale fødsler hadde vært kompliserte, med f.eks. perinealruptur grad 3 og 4, blødninger over 1 500 ml eller skulderdystoki. Lav obstetrisk risiko ble definert som der kvinnen hadde vært fysisk frisk og gjennomgått et normalt svangerskap. For flergangsfødende betydde det at det ved tidligere fødsler ikke hadde vært forhold som angitt for høy obstetrisk risiko.

Tidligere angst og depresjon ble registrert når dette fremgikk av henvisningen, var beskrevet i sykehusjournalen eller ble kartlagt av jordmor under samtalen. Spiseforstyrrelse ble registrert når kvinnen beskrev et følelsesmessig forstyrret forhold til mat og kropp eller tidligere hadde fått diagnostisert anoreksi, bulimi eller overspisingslidelse. Andre psykiske lidelser inkluderte diagnosene posttraumatisk stressforstyrrelse, personlighetsforstyrrelse, psykose og schizofreni når disse fremgikk av journal eller henvisningsskriv. Tidligere psykiske problemer innebar forekomst av en eller flere av de overnevnte psykiske problemer. Behandlet for psykiske problemer betydde samtalebehandling i spesialisthelsetjenesten, medikamentell behandling, institusjonsbehandling eller en kombinasjon av disse.

Overgrep ble registrert der kvinnen oppga fysiske, psykiske eller seksuelle overgrep i samtalen. Mistillit til helsepersonell ble

**Tabell 2** Psykiske problemer og tidligere behandling, overgrep, grad av fødselsangst samt mistillit til helsepersonell hos 164 kvinner med fødselsangst, vurdert etter ønske om keisersnitt

	Ønsker keisersnitt n = 86 (%)	Ønsker ikke keisersnitt n = 78 (%)	Totalt N = 164 (%)	X <sup>2</sup>	P-verdi
<i>Psykiske problemer</i>					
Tidligere angst/depresjon	77 (90)	54 (69)	131 (80)	10,5	0,001
Posttraumatisk stressforstyrrelse, personlighetsforstyrrelse, psykose	18 (21)	14 (18)	32 (20)	0,2	0,630
Spiseforstyrrelse <sup>1</sup>	26 (31)	23 (33)	49 (32)	0,04	0,840
Andel med psykiske problemer	78 (91)	58 (74)	136 (83)	7,7	0,005
<i>Andel behandlet for psykiske problemer<sup>2</sup></i>					
Ja	20 (26)	33 (57)	53 (39)		
Nei	58 (74)	25 (43)	83 (61)	13,7	< 0,001
<i>Overgrep</i>					
Fysiske overgrep <sup>3</sup>	31 (48)	31 (63)	62 (54)	2,7	0,098
Psykiske overgrep <sup>4</sup>	32 (49)	39 (77)	71 (61)	8,9	0,003
Seksuelle overgrep <sup>5</sup>	31 (48)	24 (57)	55 (52)	0,8	0,380
Overgrep samlet <sup>6</sup>	41 (63)	43 (84)	84 (72)	6,4	0,011
<i>Grad av fødselsangst</i>				52,9	< 0,001
Moderat	28 (33)	69 (89)	97 (59)		
Alvorlig	58 (67)	9 (12)	67 (41)		
<i>Mistillit til helsepersonell</i>					
Oppstått i forbindelse med reproduktiv helse	71 (83)	29 (37)	100 (61)	35,4	< 0,001
Oppstått i andre møter med helsepersonell	61 (71)	32 (41)	93 (57)	14,9	< 0,001
Mistillit samlet	71 (83)	36 (46)	107 (65)	23,9	< 0,001

<sup>1</sup> Data fra 153 kvinner

<sup>2</sup> Av 136 kvinner med psykiske problemer

<sup>3</sup> Data fra 114 kvinner

<sup>4</sup> Data fra 116 kvinner

<sup>5</sup> Data fra 106 kvinner

<sup>6</sup> Data fra 116 kvinner

**Tabell 4** Univariat og multivariat logistisk regresjon av prediktorer for et ønske om keisersnitt hos 164 kvinner med fødselsangst

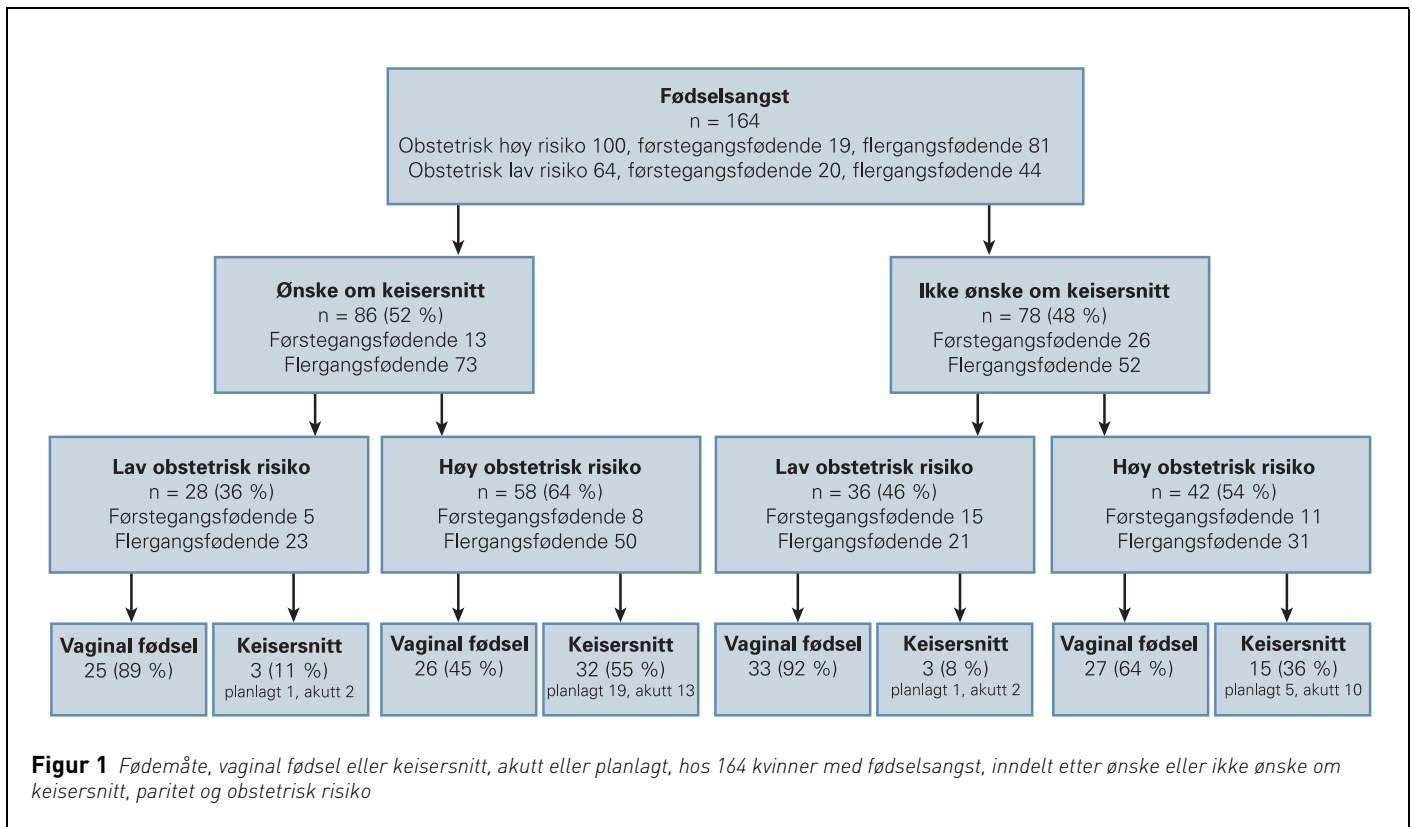
	Univariat regresjon				Multivariat regresjon			
	OR	P-verdi	95 % KI for OR		OR	P-verdi	95 % KI for OR	
			Nedre	Øvre			Nedre	Øvre
Tidligere traumatisk fødselsopplevelse	16,0	< 0,001	5,081	50,213	8,7	0,010	1,663	45,037
Tidligere angst eller depresjon	3,8	0,002	1,639	8,820	19,4	0,011	1,969	191,066
Sum overgrep	0,3	0,013	0,128	0,787	0,2	0,002	0,002	0,225
Alvorlig fødselsangst	15,9	< 0,001	6,937	36,355	8,5	< 0,001	2,223	32,499

registrert der kvinnen spontant uttrykte negative erfaringer fra møter med helsepersonell som medførte at hun hadde mistillit til å få hjelp i den forestående fødesituasjonen. Det ble også laget en sumskår for oppgitte overgrep og mistillit til helsepersonell.

#### Statistisk analyse

Resultatene ble bearbejdet i SPSS for Windows 14.0. Pearsons r ble brukt til å beregne korrelasjonskoeffisientene mellom de ulike

variablene. Khikvadrattest ble brukt til å teste signifikans av fordeling av kategoriske variabler og stratifisert analyse av fødselsutfallet. Enveis-ANOVA ble brukt til å sammenlikne gruppegjennomsnitt. Logistisk regresjon ble brukt til å analysere hvordan de sosiodemografiske, psykososiale og medisinske variablene påvirket det å ønske å bli forløst ved keisersnitt. Prediktorer som var signifikante i de univariate analysene ble analysert multivariat. Følgende variabler



som var med i univariate analyser falt ut før man gikk videre til multivariate: alder, sivilstand, utdanning, røykevaner, andre psykiske lidelser og spiseforstyrrelser. Sammenhengenes styrke ble angitt som oddsratio med tilhørende 95 % konfidensintervaller.

### Resultater

Det var ingen signifikant forskjell i gjennomsnittlig antall samtaler som ble gitt kvinnene med og kvinnene uten ønske om keisersnitt (3,5 versus 3,9). Gruppen som ønsket keisersnitt, fikk gjennomsnittlig flere samtaletimer (5,0 t versus 4,3 t). Det var ikke signifikante forskjeller mellom gruppene ut fra sosio-demografiske variabler. Det var en større andel flergangsfødende enn førstegangsfødende som ønsket keisersnitt (e-tab 1).

I gruppen som ønsket keisersnitt, var det en større andel enn i den andre gruppen som anga psykiske problemer i form av alvorlig fødselsangst og tidligere angst og depresjon. Av disse var det færre som oppga at de hadde fått behandling for dette. I hele studiepopulasjonen var det 84 kvinner (72 %) som rapporterte en eller annen form for overgrep, flest blant dem som ikke ønsket keisersnitt.

I hele studiegruppen var det 107 (65 %) som uttrykte mistillit til helsepersonell, flest blant dem som ønsket keisersnitt (tab 2). Av flergangsfødende som ønsket keisersnitt var det flere som tidligere hadde opplevd en eller flere traumatiske fødsler (e-tab 3).

Multipel logistisk regresjonsanalyse viste at tidligere traumatiske fødselsopplevelser, tidligere angst og depresjon og alvorlig fødselsangst var positivt forbundet med et ønske

om keisersnitt, mens sum rapporterte overgrep var negativt assosiert med dette (tab 4). I de univariate analysene var også paritet, tidligere psykiske problemer, å ha fått behandling for psykiske problemer og mistillit til helsepersonell signifikant forbundet med et ønske om keisersnitt. Mistillit til helsepersonell var korrelert med traumatisk fødselsopplevelse.

Ved fødselens start var 74 (86 %) av de 86 som opprinnelig ønsket keisersnitt innstilt på vaginal fødsel (15). Det var 12 kvinner, to førstegangsfødende og ti flergangsfødende, som ikke endret holdning, og ti av disse hadde høy obstetrisk risiko. Av figur 1 fremgår det at ved lav obstetrisk risiko var keisersnittfrekvensen lav i begge grupper, ved høy obstetrisk risiko var den noe høyere blant dem med ønske om keisersnitt.

### Diskusjon

I studiepopulasjonen, som altså besto av kvinner henvist for fødselsangst, var det stor total psykisk belastning. Multipel logistisk regresjonsanalyse viste at tidligere angst og depresjon, alvorlig fødselsangst og tidligere traumatiske fødselsopplevelser var positivt forbundet med et ønske om keisersnitt, mens rapporterte overgrep var negativt assosiert med dette (tab 4).

Også i tidligere studier er det vist forbindelse mellom fødselsangst og ønske om keisersnitt (1, 4, 8–15) og høy forekomst av angst og depresjon (7–15), men ikke i så stor grad som i denne studien. Dette kan ha sammenheng med at studiepopulasjonen var en sterkere selektert gruppe, den utgjorde

kun 3,9 % av fødepopulasjonen. Av disse utgjorde gruppen med alvorlig fødselsangst 1,6 %. Dette er lavere tall enn i andre studier og kan tilsvare forekomsten av fødselsfobi på 2,4 % beskrevet i en annen studie (10). En fødselsfobi kan innebære at kvinnen unngår å bli gravid, at hun tar abort grunnet fødselsangst eller ikke vil føde vaginalt. Andre studier opererer med en hyppighet av invaliderende fødselsangst på 5–10 % av fødepopulasjonen (6–8). I en studie ble det påvist en forekomst av alvorlig fødselsangst på 5,5 %, dette ble undersøkt ved hjelp av spørreskjema i svangerskapsuke 18 (9).

Tidligere traumatiske fødselsopplevelser predikerte et ønske om keisersnitt. Når disse opplevelsene ble utredet i samtalen med jordmødrene, kom det ofte frem at kvinnen hadde med seg andre belastende og ubearbeidede livsopplevelser som på ulikt vis bidro til selve fødselsangsten og ønsket om keisersnitt. Fordi traumatiske fødselsopplevelser var korrelert med mistillit til helsepersonell, inngikk ikke begge variablene i den endelige multivariate regresjonslikningen. Mistilliten ble ofte knyttet til uheldige opplevelser i forbindelse med behandling allerede som barn eller ungdom og var blitt aktualisert og forsterket i nye møter med helsepersonell, f.eks. ved gynekologiske undersøkelser eller fødsler. I samtalen anga kvinnene at de ikke var blitt hørt eller tatt på alvor, at de var blitt utsatt for respektløse handlinger eller at det hadde vært konflikter og usikkerhet blant personalet. Gjennom samtalen fikk kvinnen tid og anledning til å ta frem sine tidligere erfaringer. At opplevel-

sene ble hørt og tatt på alvor ga mulighet for gjenoppretting av tillit og bevisstgjøring omkring de psykiske problemene som lå til grunn for fødselsangsten. Dette, mener vi, er en grunnleggende forutsetning for å bli i stand til å kunne gå fra et ønske om keisersnitt.

Den negative sammenhengen mellom ønske om keisersnitt og overgrep er vanskelig å tolke. Hvilke konsekvenser overgrep kan ha for svangerskap og fødsel, er lite utforsket.

### Svakheter og styrker ved studien

Fødselsangsten ble kartlagt og gradert av jordmødrene etter kriterier med særlig relevans for fødesituasjonen. Disse kriteriene ble imidlertid ikke validert i relasjon til standardiserte instrumenter. Det er også en svakhet at det ikke ble brukt noe anerkjent strukturert diagnostisk intervju i kartleggingen av kvinnenes nåtidige og tidligere psykiske helse. Vurderingene var heller ikke reliabilitetstestet underveis i studien. Vi har undersøkt om det var forskjeller i demografiske forhold eller psykiske belastninger blant kvinner med fødselsangst med eller uten et ønske om planlagt keisersnitt. Gruppene er relativt små, og risikoen for type 2-feil er derfor til stede. Materialet er sterkt selektert og kan utgjøre de mest belastede kvinnene med alvorligst grad av fødselsangst.

Noe av studiens styrke kan ligge i at jordmødrene hadde inngående kjennskap til den enkelte kvinne og at data systematisk ble nedtegnet gjennom samtalene før fødselen. En annen styrke kan ligge i at de over tid hadde jobbet tett sammen og i fellesskap hadde utviklet beskrevne kartleggings- og intervensjonsmetode. Dette kan øke sannsynligheten for at kartleggingsmetoden var praktisert noenlunde enhetlig. Den retrospektive systematiseringen av data var i stor grad basert på variabler som var definert på forhånd. Høy interratereabilitet i utprøvingen av registreringsskjemaet indikerer at jordmødrene skåret variablene i skjemaene på samme måte.

### Avslutning

Blant dem som ønsket keisersnitt var det flere med alvorlig fødselsangst, tidligere traumatiske fødselsopplevelser og mistillit til helsepersonell enn blant dem som ikke ønsket dette. Det var også flere som hadde hatt angst og depresjon og færre som hadde fått behandling for sine psykiske problemer. Blir kvinner møtt på en måte som gir dem mulighet til å uttrykke og bearbeide tidligere smertefulle erfaringer som er aktivert i forbindelse med den forestående fødselen, kan det legges et grunnlag for tillit til fødsels-hjelperne – og muligheten for at kvinnen skal ønske å føde vaginalt øker.

*Lotta Halvorsen og Hilde Nerum har bidratt like mye til denne artikkelen.*

*Studien er finansiert via kliniske forskningsmidler fra Helse Nord.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

*e-tab 1 og e-tab 3 finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)*

### Litteratur

1. Kolås T, Hofoss D, Daltveit AK et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 864–70.
2. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001; 15: 179–94.
3. Gass CW. It is the right of every anaesthetist to refuse to participate in a maternal-request caesarean section. *Int J Obstet Anesth* 2006; 15: 33–7.
4. Sundhedsstyrelsen, Center for evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Keisersnit på moders ønske: en medicinsk teknologivurdering. København: Medicinsk Teknologivurdering, 2005; 7: nr. 4. [www.cemtv.dk](http://www.cemtv.dk) [24.7.2007].
5. Florica M, Stephansson O, Nordström L. Indications associated with increased caesarean section rates in a Swedish hospital. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 92: 181–5.
6. Wiklund I, Edman G, Larsson C et al. Personality and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 1225–30.
7. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997; 18: 266–72.
8. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 201–8.
9. Heimstad R, Dahloe R, Laache I et al. Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet Gynecol* 2006; 85: 435–40.
10. Zar M, Wijma K, Wijma B. Relations between anxiety disorders and fear and childbirth during late pregnancy. *Clin Psychol Psychother* 2002; 9: 122–30.
11. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C et al. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG* 2002; 109: 618–23.
12. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a caesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 280–5.
13. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K et al. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 1315–9.
14. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE et al. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 98: 820–6.
15. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T et al. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 2006; 33: 221–8.
16. Berle JØ, Spigset O. Behandling av svangerskapsrelatert psykisk sykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2037–40.
17. Wickberg B, Hwang P. Bagatellisera inte nyblivna mammors depressionstecken! *Läkartidningen* 2001; 98: 1534–8. <http://larkiv.lakartidningen.se/2001/temp/pda22664.pdf> [24.7.2007].

*Manuskriptet ble mottatt 3.7. 2006 og godkjent 13.11. 2007. Medisinsk redaktør Erlend Hem.*