

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ

Tímarit Ljósmæðrafélags Íslands 1. tbl. - 88. árgangur - júlí 2010
– Journal of the Icelandic Midwives Association –



Stöðug streita, ótti og kviði

Ilmkjarnaolíumeðferð í fæðingu

Val í barneignarþjónustu



Fyrstu litlu skammtarnir. Milt bragð og mjúk áferð.
Innihalda aðeins eina eða fáar fæðutegundir. Unnið þannig að barnið á auðvelt með að kyngja matnum.

Matur með aðeins grófari áferð og fleiri innihaldsefnum.
Gott að byrja að gefa þegar vel gengur með litlu skammtana og barnið er orðið áhugasamara um mat.

Matur með bitum til að tryggja. Tilvalið að byrja að gefa þegar tennurnar láta á sér kræla, oftast við 8 mánaða aldurinn. Þá klæjar barnið í gómana og þarf að fá eitthvað meira til að tryggja.

Matur með enn stærri bitum, fjölbreyttari og bragðmeiri.
Fyrir eldri börn sem eru orðin athafnasamari. Gott að byrja að gefa þegar barnið er farið að standa og læra að ganga, yfirleitt um eins árs aldurinn.

Hvert aldursbil þarf sérstaka fæðu

Brjóstamjólk er án nokkurs vafa besta fæðan fyrir ungbörn. Hún inniheldur nákvæmlega rétt hlutföll af öllum næringarefnum sem hvert og eitt barn þarfnast. Þar að auki ver brjóstamjólkin barnið gegn sýkingum.

Fram að sex mánaða aldri dafna flest börn vel eingöngu á brjóstamjólk. Eftir það þarf að fara að bæta öðrum fæðutegundum við brjóstagjöfina.

Öll börn þroskast á sínum eigin hraða. Þess vegna er ekki hægt að segja nákvæmlega til um á hvaða aldri sé tímabært að byrja að gefa barninu fyrstu matarskammtana og taka síðan næsta skref.

Við hjá Nestlé höfum tekið tillit til þessa og þróað „Barnamat þrep af þrepi“ en í þessi fjögur mismunandi þrep skiptum við öllum barnamatnum okkar.





Ljósmeðrablaðið gefið út af
Ljósmeðrafélagi Íslands
Borgartúni 6, 105 Reykjavík
Sími: 564 6099 Fax: 588 9239
Netfang: lmfi@ljosmaedrafelag.is
Heimasíða: www.ljosmaedrafelag.is/felag

Ábyrgðarmaður
Guðlaug Einarsdóttir
formadur@ljosmaedrafelag.is
formaður LMFÍ

Ritnefnd
Bergrún Svava Jónsdóttir, ritstjóri,
S. 696 0888 bergrunjons@hotmail.com
Valgerður Lisa Sigurðardóttir,
valgerds@landspitali.is
Hrafnhildur Ólafsdóttir,
hrafno@internet.is

Ritstjórn fræðilegs efnis
Ólöf Ásta Ólafsdóttir,
olofol@hi.is
Helga Gottfreðsdóttir,
helgagot@hi.is
Sigríður Inga Karlsdóttir,
inga@unak.is

Myndir
Lilja Þórunn Þorgeirsdóttir
Málfríður St. Þórðardóttir
María Egilsdóttir
Valgerður Lisa Sigurðardóttir
Shutterstock

Auglýsingar
Vokal ehf.
s. 866-3855

Umbrot og prentvinnsla
Stafræna prentsmiðjan, prentun.is

Ljósmeðrablaðið er opinbert tímarit Ljósmeðrafélags Íslands og er öllum ljósmeðrum heimilt að senda efni í blaðið. Greinar sem birtast í blaðinu eru alfarið á ábyrgð greinahöfunda og endurspeгла ekki endilega viðhorf ritstjóra, ritnefndar eða Ljósmeðrafélagsins. Það er stefna ritnefndar að a.m.k. ein ritrýnd grein sé í blaðinu hverju sinni og hún áskilur sér rétt til að hafna greinum sem eru málefnum ljósmeðra óviðkomandi. Gert er ráð fyrir að blaðið komi út í maí og nóvember ár hvert. Skilafrestur er í samráði við ritnefnd og skal efni berast á tölvutæku formi.

Forsíða
Mynd: Shutterstock

ISSN nr. 1670-2670

Efnisyfirlit

- 4 Ritstjórapistill
- 5 Ávarp formanns LMFÍ
- 6 Stöðug streita, ótti og kvíði
Reynsla kvenna sem hafa búið við ofbeldi á meðgöngu og endranær
Ástþóra Kristinsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir
- 14 Ilmkjarnaolíumeðferð í fæðingu
Anna Sigríður Vernharðsdóttir
- 21 Fréttir frá námsbraut í ljósmóðurfræði
Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir
- 22 Menning og brjóstgjöf asískra kvenna
Ólafía Aradóttir
- 26 Grænlenst ævintýri
Málfríður St. Þórðardóttir og María Egilsdóttir
- 28 Hakuna Matata
Lilja Þórunn Þorgeirsdóttir
- 30 Bjartsýni, kímningáfa og þykkur skrápur
Sérfræðistarfsnám og sérfræðiljósmeður á Íslandi
Anna Sigríður Vernharðsdóttir og Valgerður Lisa Sigurðardóttir
- 32 Val í barneignarþjónustu
Anna Sigríður Vernharðsdóttir og Valgerður Lisa Sigurðardóttir
- 35 Fréttir úr félagsstarfi
- 38 Oddrún - Félag ljósmeðranema
- 39 Stjórn og nefndir LMFÍ 2010-2011
- 40 Frá málstofu og yfirlit yfir lokaverkefni
- 41 Neyðin kennir naktri konu að spinna
Arney Þórarinsdóttir og Hrafnhildur Halldórsdóttir
- 43 Fagrað ljósmeðra á Landspítala



Ritstjórapistill



Bergún Svava Jónsdóttir
ritstjóri Ljósmaðrablaðsins

Nú er sumar á eyjunni okkar grænu og landið skartar sínum fegursta búningi. Lund langflesti léttist mikið með björtum sumarnóttum og lífið verður að flestu leiti auðveldara á einhvern hátt. Ljósmaður, eins og aðrir, taka sín sumarfrí og þá er gott og gaman að geta litið í og lesið Ljósmaðrablaðið sem er nú, sem fyrr, fullt af góðum greinum. En ekki fara allir í frí og þeir sem standa vörð um heilbrigðisþjónustuna hafa ekki kost á því að fara af vaktinni. Í síðustu pistlum mínum hef ég komið inn á umfjöllun um niðurskurð, kreppu og svo til endalausar aðhaldsaðgerðir stjórnvalda og finnst manni á hverjum tíma að lengra verði ekki gengið í sparnaði án þess að öryggi skjólstaðinga verði skert. Löngum hefur því verið haldið fram að þær sparnaðaraðgerðir sem hafa komið til framkvæmda eigi ekki að skerða þjónustu við skjólstaðinga en nú er svo komið að það er eins og að stinga höfðinu í sandinn að líta framhjá þeirri þjónustuskerðingu sem orðin er. Nú verðum við að leggja kapp okkar á að standa vörð um öryggi skjólstaðinga okkar og þar liggur Ljósmaðrafélagið ekki á liði sínu. Mikið starf er í gangi á vegum félagsins varðandi stefnumótun, könnun á heimaþjónustu við sængurkonur og margt fleira. Það er ósk mín að þessi vinna komi til með að skila þeim árangri sem vonast er til, þ.e. að leiða það enn á ný í ljós að störf ljósmaðra og þjónusta þeirra er skilvirk og þjóðfélaginu ódýr. Enn á ný kemur styrkur félagsins þannig í ljós með óeigingjarnri vinnu félagsmanna.

Á síðum þessa tölublaðs birtist fyrri grein Ástþóru Kristinsdóttur og Sigríðar Halldórsdóttur um ofbeldi, ótta og kvíða

kvenna á meðgöngu. Við lestur greinarinnar birtist manni heimur sem flestum er hulin og í þessum heimi eru ekki bjartar sumarnætur.

Anna Sigríður Vernharðsdóttir er höfundur greinar um notkun ilmkjarnaolíu í fæðingu. Einhverra hluta vegna hefur notkun þeirra ekki náð almennri útbreiðslu og er það án efa að einhverju marki þekkingarleysi um að kenna og mögulega hræðslu við hið óþekkt. Það er von okkar að með þessari umfjöllun verði ljósmaður opnari fyrir því að nota þessa tækni.

Íslenskar ljósmaður hafa í gegnum tíðina verið duglegar að hleypa heimdragann og kynnst í heimsóknum sínum ólíkum háttum miðað við þá sem við búum við. Það er alltaf ómetanlegt þegar þær ljósmaður eru tilbúnar til að deila þeirri reynslu með okkur sem heima sitjum og verðum við fróðari fyrir vikið. Á síðum Ljósmaðrablaðsins nú birtast frásagnir frá starfi íslenskra ljósmaðra í Nuuk á Grænlandi og heimsókn ljósmóðurnema á fæðingarspítala í Nairobi í Kenía. Ólíkara getur það varla verið. Í blaðinu er einnig grein ljósmóðurnema um brjóstgjöf asískra kvenna og má því segja að fjölþjóðlegur blær sé yfir blaðinu. Þegar við kynnumst menningu annarra þjóða og skynjum viðhorf þeirra til fæðinga og barneignarferlisins er

óhætt að segja að við verðum ríkari fyrir vikið og ættum að eiga auðveldara með að leggja línurnar varðandi þá stefnumótunarvinnu sem stöðugt er í gangi varðandi barneignarþjónustu á Íslandi.

En þó svo að sögur annarra af heimsóknum á framandi slóðir séu alltaf til gagns og gamans er fátt sem kemur í stað menntunar. Í blaðinu kemur fram að enn á ný standa fyrir dyrum breytingar á námskrá í ljósmóðurfræði og er nú stefnt að því að breyta inntöluskilyrðum og skipuleggja 5 ára nám strax að loknu stúdentsprófi. Óneitanlega hljómar það vel að vegurinn frá stúdentsprófi að ljósmaðraleýfinu verði stytur og verður vonandi til þess að styrkja námið og þann góða þekkingargrunn sem er forsenda þess að ljósmóðurþjónusta eflist í samfélaginu. Einnig er hægt að lesa um stafsnám til sérfræðiviðukennningar sem hefur staðið til boða á Landspítalanum í tæp tvö ár. Mun það án efa vera til þess fallið að styrkja ljósmaður og renna enn styrkari stoðum undir sjálfstæði stéttarinnar.

Nú, þegar lengsti dagur ársins er liðinn fara dagarnir að stytast á ný og áður en við vitum af gengur haustið í garð með litríkum laufum á trjánum, skólum sem iða á ný af lífi og öðru því sem einkennir haustið. Fram að því er öllum gott að njóta íslenska sumarsins. Koma í huganna orð skáldsins Guðmundar Guðmundssonar sem hann orti um íslenska sumarið; „Seg mér hvað indælla auga þitt leit, íslenska kvöldinu“ í fallegri sveit.“.

Ég vona að þið njótið þessa tölublaðs Ljósmaðrablaðsins og sendi ljósmaðrum öllum mínar bestu sumarkveðjur.

Bölmóður og bjargráð

Það er okkur Íslendingum tamt að vera bjartsýnir á vorin og þó yfir okkur rigni bæði eldgosi og eirðarleysi, getum við glaðst yfir gróandi náttúru sem iðar af lífi. Þetta vorið er kannski enn meiri ástæða til þess að leggja sig eftir að gleðjast yfir því fagra og smáa sem verður á vegi okkar hvern dag, því ekki blæs byrlega í samfélaginu. Ljósmaður hafa heldur ekki farið varhluta af þeim þrengingum.

Yfirvinnubann skerðir laun ljósmæðra um 10%

Eftirminnilega fengu ljósmæður kjarabót í þann veginn sem Hrunið varð en áhrif yfirvinnubanns í kjölfar þess, hefur haft sláandi áhrif á laun ljósmæðra síðustu misserin. Opinberar launatölur sýna að milli septembermánaða 2008 og 2009, hafa heildarlaun ljósmæðra lækkað um tæp 10% vegna skerðingar á yfirvinnu sem nemur að meðaltali um 50.000 kr á mánuði fyrir hverja. Nýrri tölur liggja ekki á lausu en við vitum allar að vinnuumhverfi ljósmæðra hefur harðnað enn meira síðan í september og við megum því búast við enn skuggalegri tölum á næstunni.

Að vinna fyrir launum og gefa með brosi

Við höfum ekki haft trú á því að hægt sé að reka fæðingþjónustu án yfirvinnu þar sem eðli starfsins er þannig að ekki er hægt að hlaupa frá því þó vakt sé lokið. Og sú er raunin að ljósmæður komast oft á tíðum ekki frá starfi sínu vegna anna á deild. Þá hefur oft borið á óánægju yfir því að fá slíka yfirvinnu ekki greidda sem skiljanlegt er. Það er í valdi hverrar ljósmóður að gera grein fyrir yfirvinnu sinni í vinnuskyldubanka og ætli þær ekki meðvitað að gefa vinnu sína með brosi á vör, verða þær að tryggja að ástæða yfirvinnunnar sé skráð í vinnuskyldubanka. Sé sú athugasemd hins vegar hundsúð af vinnuveitanda, getur Ljósmaðrafélagið aðstoðað félagsmenn í að leita réttar síns.

Limbó ljósmæðra

Atvinnuleysi, ráðningarbann og niðurskurður hefur þau áhrif að ljósmæður óttast um störf sín og kollega sinna. Á nokkrum stofnunum hafa ljósmæður verið beðnar um að skerða kjör sín að öðrum kosti komi



Guðlaug Einarsdóttir
formaður Ljósmaðrafélags Íslands

til uppsagna. Allir hafa sínar skuldbindingar sem launin verða að standa undir. Það er því skiljanlegt að fólk sé frekar tilbúið til þess að skerða laun sín tímabundið en að eiga það á hættu að missa vinnuna. Þannig byrjar þetta limbó sem stéttarfélagin eru máttlítill fyrir, þar sem ákvörðunin liggur hjá hverjum og einum félagsmanni en ekki hjá stéttarfélaginu.

Áframhaldandi niðurskurður

Nú er því hótad að fljótlega standi val ríkisstarfsmanna á milli verndun kjara og verndun starfa. Fjárlög fyrir árið 2011 kveða á um 6-10% skerðingu í kostnaði við opinbera þjónustu og nú þegar er búið að skera svo nærri grunnþjónustu að vandi verður að finna þar eitthvað kjöt á beinunum sem sníða á af í þessari umferð. Þegar valið stendur á milli verndunar kjara og verndunar starfa, er erfitt að velja milli minna atvinnuleysis og áratuga kjarabaráttu.

Að kasta krónunni en spara aurinn

Hvaða þjónustu höfum við efni á og hvaða þjónustu höfum við ekki efni á að fórna?

Nærtækt dæmi um hið síðarnefnda er heimaþjónusta ljósmæðra sem hefur sparað heilbrigðiskerfinu hundruðir milljóna hvert einasta ár í styttri sængurlegu á fæðingastofnunum. Væri sú þjónusta ekki fyrir hendi, þyrfti meðallegutími sængurkvenna ekki að aukast nema um einn sólarhring til að sparnaður af afnámi heimaþjónustunnar væri farinn, að auki myndi kostn-

aður vegna endurkoma að öllum líkindum aukast mikið. Þá er ekki talinn með missir af því öryggi sem sængurkonur og börn þeirra njóta í þessari þjónustu.

Annað dæmi um misskildan sparnað er skerðing ljósmóðurþjónustu á landsbyggðinni eins og nú stendur yfir á Sauðárkróki. Bakvakt ljósmæðra þar hefur nú verið aflögð og enga ljósmóðurþjónustu að fá utan skrifstofutíma á svæðinu frá Akureyri, norður til Ísafjarðar og vestur til Akraness. Allar barnshafandi konur þurfa því að sækja grunnöryggisþjónustu um langan veg, annað hvort á eigin kostnað eða á kostnað heilbrigðiskerfisins með sjúkraflutningum. Þess má geta að einn almennur sjúkraflutningur frá Sauðárkróki til Akureyrar kostar 200.000 kr. Það þarf því ekki marga slíka flutninga til að auka kostnað heilbrigðiskerfisins við barneignarþjónustu á Norðurlandi vestra við niðurlagningu bakvakta ljósmæðra á svæðinu.

Fórnarlömb eða gerendur

Svo virðist sem við búum við algert skilningsleysi á eðli og öryggi barneignarþjónustu. Við getum búist við að horfa upp á þjónustuna verða dýrari og verri með tilviljanakenndum niðurskurði sem eykur óhjákvæmilega kostnað annarsstaðar í heilbrigðiskerfinu. Engin heildræn mynd er á því hvernig íslenskt heilbrigðiskerfi á að virka, einungis sniðið af hér og hvar sem best liggur við höggi hverju sinni.

Enginn ber á móti því að okkur er nauðsynlegt að spara en það hlýtur að þurfa áætlun um það hvaða lágmarksþjónustu á að varðveita og hvernig hún á að virka svo raunverulegur sparnaður hljóti af.

Ljósmæður á Íslandi eru bæði vel menntaðar og sigldar, þær vita hversu mikilvægt það er að halda barneignarþjónustu faglegri og hafa tillögur um umbætur á núverandi þjónustu. Nú þegar niðurskurður er jafn tilviljanakenndur og raun ber vitni, stendur það engum nær en ljósmæðrum að verja skjólstaðinga sína. Það skiptir því gríðarlega miklu máli að ljósmæður leggi formlega fram tillögur sínar um hvernig barneignarþjónustu skal veita á landinu í stað þess að biðja eftir næstu niðurskurðarhugmynd heilbrigðisyfirvalda.

Ef vel tekst til að koma þeim hugmyndum á framfæri gæti þessi kreppa orðið barn eignarþjónustu í landinu til bóta.

Fyrri grein af tveimur um reynslu kvenna af ofbeldi á meðgöngu og endranær.
Í næstu grein verður fjallað um ofbeldismennina og áhrif ofbeldis á börnin.

Stöðug streita, ótti og kvíði

Reynsla kvenna sem hafa búið við ofbeldi á meðgöngu og endranær

Útdráttur

Rannsóknir hafa sýnt að ofbeldi hefur mjög mikil, víðtæk og langvinn áhrif á konur og börn þeirra. Tilgangur þessarar rannsóknar var að dýpka þekkingu og auka skilning á liðan íslenskra kvenna sem orðið hafa fyrir ofbeldi á meðgöngu. Rannsóknaraðferðin var Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði sem hentar vel til að rannsaka mannleg fyrirbæri í þeim tilgangi að bæta mannlega þjónustu eins og heilbrigðisþjónustuna. Tekin voru 15 viðtöl við 12 konur á aldrinum 18 - 72 ára, meðalaldur þeirra var 37½ ár. Niðurstöður lýsa mikilli streitu hjá konunum og börnum þeirra. Andlegt ofbeldi byrjaði strax í samböndum þeirra, oft án þess að þær áttuðu sig á því. Í kjölfarið settu konurnar ýmist líkamlegu, kynferðislegu eða fjárhagslegu ofbeldi. Þegar konurnar urðu barnshafandi versnaði ástandið enn frekar því þær festust í sambandinu og upplifðu mikið tillitsleysi og jafnvel ofbeldisfullt kynlíf. Þær höfðu lítið sjálfsálit og voru hræddar um sig og börn sín, fædd og ófædd. Allar konurnar bjuggu við mikla lítilsvirðingu af hálfu maka en upplifðu mikla skömm tengda ofbeldinu. Konurnar fá enn þungbært endurlit og martraðir jafnvel mörgum árum eftir að ofbeldissambandinu er lokið. Börn þeirra urðu öll vitni að ofbeldinu og báru þess merki. Fagfólk verður að þekkja einkenni og úrræði heimilisofbeldis til að geta aðstoðað konur sem eru í slíkum aðstæðum og minnka þar með hættu á langvarandi áhrifum á móður og barn.

ENGLISH SUMMARY

Constant stress, fear and anxiety:

The experience of Icelandic women who have lived in domestic violence during pregnancy and at other times.

Abstract

Studies indicate that domestic abuse seriously impacts well-being and general health of women and their children. The purpose of this study was to increase the knowledge and deepen the understanding of domestic abuse during pregnancy and at other times. The research method is a qualitative, phenomenological method, known as the Vancouver School of doing



Ástþóra Kristinsdóttir
Ljósmyndir og hjúkrunarstjóri,
Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins.



Sigríður Halldórsdóttir
Prófessor við heilbrigðisvísindasvið
Háskólans á Akureyri

Phenomenology. Twelve Icelandic women, aged 19 -72, mean age 37 ½, with a history of domestic abuse participated in the study and were interviewed once or twice, in all 15 interviews. Results of this study show that living in an abusive relationship involves a great deal of stress and does have serious consequences. The abuse started as soon as the relationship began, first emotionally then physically, sexually or financially. All the women felt they didn't have any respect in their homes but felt ashamed because of the abuse. When they got pregnant the situation

worsened and they felt that they were stuck in the relationship. They experienced lack of consideration sexually and even violent sex. The women still have traumatic flashbacks and nightmares even many years after the abusive relationship has ended and they have suffered from anxiety and depression as well as lack of self-confidence. All their children witnessed the abuse and were seriously affected. Increased knowledge and understanding of domestic violence during pregnancy is important for midwives and other health professionals so they can identify the symptoms and consequences of abusive relationships and help women in time to prevent long-term consequences for mother and child.

Key words: Pregnancy; Domestic violence; Spouse abuse; Abuse survivors; Children; Phenomenology; Interviews.

INNGANGUR

Ofbeldi í nánum samböndum er falið og mjög vandmeðfarið. Að jafnaði er talið að ein af hverjum fjórum konum hafa einhvern tímann búið við ofbeldi og að ein af hverjum fimm barnshafandi konum búi við ofbeldi (Bacchaas, Mezey og Bewley, 2001; Bradley, Smith, Long og O'Dowd, 2002; WHO 2002). Samanburður á rannsóknnum sýnir að tíðni ofbeldis gegn barnshafandi konum er á bilinu 0,9 – 20,1 % en í langflestum tilvikum er tíðnin 3,9% til 8,9% (Ingólfur Gíslason, 2008). Þessi rannsókn fjallar um reynslu íslenskra kvenna af ofbeldi á meðgöngu og endranær en ofbeldi á meðgöngu hefur verið vanrækt rannsóknarsvið á Íslandi. Í grein sinni um eflandi og niðurbjótandi samskiptahætti og samfélög vitnar Sigríður Halldórsdóttir (2003a) í rannsókn sem hún gerði um reynslu íslenskra kvenna af ofbeldi í nánum samböndum. Þar kemur fram að það er stjórnin á eigin lífi sem konur smám saman missa þegar eiginmenn þeirra eða sambýlismenn beita þær valdi. Konan fær ekki að halda eftir neinni stjórn á eigin lífi, hvorki tíma sínum, peningum, samskiptum við aðra né nokkru öðru. Kona sem býr við stöðugt niðurbrot missir smám saman stjórn á sjálfri sér og lífi sínu og finnst hún kúguð, algerlega berskjölduð og rödd hennar þagnar smám

Konur sem búa við ofbeldi	Heimild
Konur sem búa við ofbeldi eru einangraðar og hafa oft lítill samskipti við fjölskyldu og vini	Wallace, 2007; WHO, 2002
Margar konur lýsa auknu ofbeldi á meðgöngu	Du Plat-Jones, 2006; Macy, Martin, Kupper, Casanueva og Guo, 2007
Þungun veitir þeim enga vörn gegn ofbeldi	Shadigian og Bauer, 2003
Flestar konur skammast sín og vilja ekki láta umheiminn vita af aðstæðunum sem þær búa við og vona sífellt að mennirnir þeirra lagist	Vatnar og Björkly, 2009; Wallace, 2007
Margar þessara kvenna hafa litla sjálfsvirðingu og lítið sjálfsálit og eru oft þunglyndar	Hegarty, Gunn, Chondros og Small, 2004; Wallace, 2007
Þær fá frekar fæðingarþunglyndi ef þær hafa verið þolendur ofbeldis á meðgöngu	Antoniou, Vivilaki, og Daglas, 2008; Bacchauss, Mezey og Bewley, 2002; Tiwari og fl. 2007
Konurnar leita meira til heilbrigðiskerfisins vegna ýmissa óútskýrðra einkenna eins og meiðsla, langvarandi verkja, kviðverkja, einkenna frá kynfærum og einkennum á meðgöngu eins og háum blóðþrýstingi, bjúgs, blæðingum á meðgöngu, vegna slæmra uppkasta, ógleði, ofþornunar ásamt nýrna- og blóðrubólgu	Brown, McDonald og Krastev, 2008; Hilden o.fl., 2004; Soglin, Bauchat, Soglin og Martin, 2008
Rannsóknir benda til að heimilisofbeldi sé algengasti áhættuþáttur á meðgöngu, algengari heldur en fyrirsæt fylgja, sýkingar og fleira	Campbell, Woods, Chouaf og Parker, 2000
Það að grípa snemma inn í á meðgöngu hefur verndandi áhrif fyrir móður og barn. Eftir því sem konan býr við minni streitu þeim mun minni eru áhrifin á barnið	Naumann o.fl., 1999

Tafla 1. Staða þekkingar í upphafi rannsóknarinnar

saman alveg. Í rannsókninni kom fram að ofbeldið hafði í sumum tilvikum hafist á meðgöngunni eða þegar konan var nýbúin að eignast sitt fyrsta barn með manninum. Í rannsókn Jóhannu Rósu Arnardóttur (2009), forstöðumanns Rannsóknarseturs í barna- og fjölskylduvernd við Háskóla Íslands, kemur fram að um 42% kvenna á Íslandi hafa orðið fyrir ofbeldi, hótunum og kynferðislegri snertingu sem olli vanlíðan eftir 16 ára aldur en 22% höfðu upplifað ofbeldi í nánú sambandi, þar af voru um 5% barnshafandi þegar síðasta ofbeldisatvikið átti sér stað.

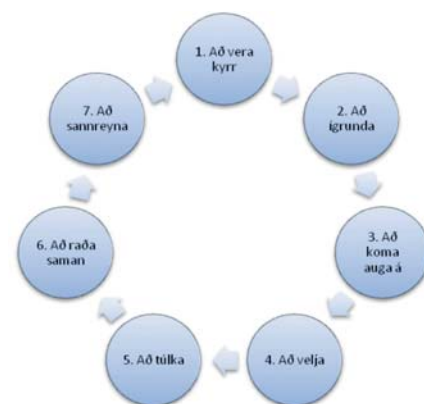
Hvati að rannsókninni

Samkvæmt erlendum tölum má ætla að ofbeldi hjá barnshafandi konum sé nokkuð algengt en ljósmæður hér á landi hafa almennt ekki spurt um það í meðgönguverndinni. Fyrri greinarhöfundur er útskrifuð sem ljósmóðir í maí 1988 og hefur starfað sem slík síðan. Ég hef unnið á mörgum stöðum á landinu og hef mikla reynslu af konum í meðgönguvernd, í fæðingum og einnig hef ég sinnt konum í heimaþjónustu eftir fæðinguna. Það hefur komið fyrir á þessum árum að ég hef rekist á konur sem hafa hagað sér afar einkennilega og erfitt hefur verið að komast að þeim. Eftir á að hyggja tel ég að þessar konur hafi sumar hverjar búið við ofbeldi og átt verulega erfitt þess vegna. Þessar konur fengu ekki viðeigandi aðstoð og þykir mér það miður.

Það sem vakti áhuga minn enn frekar var að 2006 fór ég til Bristol á Englandi á ráðstefnu sem þar var haldin um áhættuhópa og þar á meðal ofbeldi á meðgöngu. Á þessari ráðstefnu áttaði ég mig á hve stórt vandamál ofbeldi á meðgöngu er og ég hef áhuga á að taka þátt í uppbyggingu betri meðferðar fyrir þessar konur.

Bakgrunnur og staða þekkingar

Á Íslandi eru um 5000 fæðingar á ári sem segir okkur að um 450 barnshafandi konur búi við ofbeldi á hverju ári miðað við að



Mynd 1. Vitræni meginþættir í rannsóknarferlinu í Vancouver-skólanum í fyrirbærafræði.

tíðnin sé um 9% og miðað við breskar tölur væru það um 1000 konur á ári (Bacchauss o.fl., 2001; WHO 2002). Í töflu 1 er samantekt um stöðu þekkingar varðandi ofbeldi á meðgöngu og endranær.

Í klínískum ráðleggingum í meðgönguvernd (NICE) sem Landlæknisembættið (2008) gaf út er þess getið að heilbrigðisstarfsfólk skuli vera vakandi fyrir einkennum eða vísbendingum um heimilisofbeldi. Skapa þurfi aðstæður í viðtali sem auðvelda konum að tjá sig um ofbeldi. Sýnt hefur verið fram á að mjög fáir spyrja um

Prep í rannsóknarferlinu	Það sem gert var í þessari rannsókn
Prep 1. Val á samráðufélögum: úrtakið.	Valdar voru 12 konur sem höfðu búið við ofbeldi á meðgöngu og endranær. Þátttakendur voru valdir með tilgangsrúttaki. Í Töflu 3 er lýsing á þátttakendum.
Prep 2. Undirbúningur hugans: vera kyrr.	Fyrirframgerðar hugmyndir voru ígrundaðar og settar meðvitað til hliðar.
Prep 3. Þátttaka í samræðum: gagnasöfnun.	Eitt til tvö viðtöl við hverja konu, samtals 15 viðtöl. Fyrsti höfundur tók öll viðtölin.
Prep 4. Skerpt vitund varðandi hugmyndir og hugtök: byrjandi gagnagreining.	Hugmyndum komið í orð. Unnið var samhliða að gagnasöfnun og gagnagreiningu.
Prep 5. Þemagreining: að setja orð á hugmyndir.	Leitast var stöðugt við að svara spurningunni: Hver er kjarninn í því sem þessi kona er að segja? Viðtölin lesin yfir aftur og aftur og merkt við. Greind voru bæði yfir- og undirþemu.
Prep 6. Að smíða greiningarlíkan fyrir hvern þáttakanda – að átta sig á heildarmynd reynslu hvers einstaklings.	Meginþemur í sögu hverrar konu voru dregin fram og þau mikilvægustu sett fram í greiningarlíkani fyrir hverja og eina.
Prep 7. Staðfesting á hverju greiningarlíkani með viðkomandi þátttakanda.	Álits var leitað hjá öllum konunum og studdu þær það sem kynnt var fyrir þeim.
Prep 8. Heildargreiningarlíkan er smíðað úr öllum einstaklings greiningarlíkönunum.	Öll einstaklings greiningarlíkönin voru borin saman innbyrðis og smíðað heildar-greiningarlíkan – sjá yfirlit yfir niðurstöður (Tafla 4).
Prep 9. Heildargreiningarlíkanið borið saman við rannsóknargögnin.	Til að tryggja þetta voru öll viðtölin lesin yfir aftur og borin saman við heildar-greiningarlíkanið.
Prep 10. Meginþema sett fram sem lýsir fyrirbærinu (niðurstöðunum) í hnöskurn.	Stöðug streita, ótti og kvíði: Reynsla kvenna sem búið hafa við ofbeldi á meðgöngu og endranær.
Prep 11. Staðfesting á heildargreiningarlíkani og meginþema með einhverjum þátttakendum.	Niðurstöðurnar voru bornar undir nokkrar af konunum og voru þær sammála niðurstöðum.
Prep 12. Niðurstöður rannsóknarinnar skrifðar upp þannig að raddir allra þátttakenda heyrist.	Vitnað var beint í konurnar til að auka trúverðuleika rannsóknarinnar og sýna að niðurstöður byggja á orðum þátttakenda.

Tafla 2. Prep rannsóknarferlisins í Vancouver skólanum og hvernig þeim var fylgt í þessari rannsókn

heimilisofbeldi meðan á meðgöngu stendur en rannsóknir benda til að konur vilji láta spyrja sig (Bacchus, Mezey og Bewley, 2002; Foy, Nelson, Penney og McIlwaine, 2005; Wenzel, Monson og Johnson, 2004).

Þetta er fyrsta íslenska rannsóknin af reynslu kvenna af ofbeldi á meðgöngu. Nokkuð hefur þó verið fjallað um heimilisofbeldi í íslenskum fjölmiðlum og í bókum og benda má á bók Ragnhildar Sverrisdóttur (2008), *Velkomin til Íslands, sagan af Sri Rahmawati* en hún fjallar um heimilisofbeldi og bók Gerðar Kristnýjar og Thelmu Ásdísardóttur (2005) *Myndin af þabba: Saga Thelmu*, þar sem Thelma lýsir æsku sinni en hún bjó við mikið heimilisofbeldi á sínu æskuheimili og slæma líðan árum saman.

að auka skilning á mannlegum fyrirbærum í þeim tilgangi að bæta mannlega þjónustu eins og heilbrigðisþjónustuna. Hann byggir á þeim skilningi að sérhver einstaklingur sjái heiminn með sínum augum og að sýn hans mótist af eigin reynslu sem hefur svo áhrif á hvernig hann upplifir tilveru sína (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Í rannsóknarferlinu er farið í gegnum sjö vitræna meginþætti sem eru stöðugt endurteknir í rannsóknarferlinu (sjá mynd 1). Ferli rannsóknarinnar og hvernig er farið í gegnum þrepin er lýst í töflu 2.

Þátttakendur

Þátttakendur í rannsókninni voru tólf konur sem höfðu búið við ofbeldi á meðgöngu. Þær voru valdar með tilgangsrátt. Rann-

hverju sinni. Samræðurnar snérist um reynsluheim kvennanna og leitast var við að skilja reynslu þeirra frá þeirra eigin sjónarhorni. Í upphafi samræðnanna voru spurningarnar mjög opnar en þrengdust eftir því sem á leið.

Réttmæti rannsóknarinnar

Í rannsókninni var stöðugt verið að meta á gagnrýninn hátt gæði gagnasöfnunar, gagnagreiningar og framsetningu niðurstaðna. Þetta var sameiginlegt verkefni rannsakenda. Gagnasöfnun var haldið áfram þar til metun náðist sem talið er auka réttmæti rannsóknar. Þrep 7, 9 og 11 í Vancouver-skólanum eru sérstaklega til þess fallin að auka réttmæti rannsóknar. Það er einnig

Nafn	Aldur	Menntun	Aldur konu þegar ofbeldissamband hófst	Fjöldi barna	Ólst konan sjálf upp við ofbeldi	Endurlit	Árafjöldi í ofbeldissambandi	Hvers konar ofbeldi?	Voru börnin vitni að ofbeldinu?
Jóna	55-65	Háskóli	18 ára	3	Já	Já	21 ár	L, K, A, F	Já
Linda	35-45	Grunnskóli	35 ára	2	Já	Já	4 ár	A, F	Já
Lára	45-55	Háskóli	17 ára	1	Nei	Já	9 ár	A, L	Já
Guðrún	25-35	Háskóli	18 ára	1	Nei	Já	4 ár	A, L, K, F	Já
Sigrún	25-35	Háskóli	26 ára	1	Nei	Já	1 ár	A, L	Já
Inga	25-35	Iðnskóli	15 ára	1 (er barnsh.)	Nei	Já	9 ár	A, L, K	Já
Bára	25-35	Grunnskóli	24 ára	2	Já	Já	8 ár	A, L, K, F	Já
Dísa	65-75	Iðnskóli	18 ára	3	Nei	Já	40 ár	A, L, F	Já
Halla	15-25	Grunnskóli	17 ára	Er barnshafandi	Já	Já	4 ár	A, K	Á ekki við
Elsa	15-25	Stúdent	17 ára	1	Já	Já	3 ár	A, L, K	Já
Nanna	25-35	Háskóli	22 ára	1	Nei	Já	9 ár	A, K	Já
Anna	35-45	Grunnskóli	17 ára	3 (er barnsh.)	Já	Já	9 ár	A, L, K, F	Já
Meðaltal	37.5 ár	Mikil breidd	19.5 ár	2 börn	6 já/6 nei	Allar	10.1 ár	*Sjá skýringu	Öll börnin

Tafla 3. Lýsing á þátttakendum.

*Skýring við töflu: Þar sem talið er upp hvers konar ofbeldi: L= líkamlegt ofbeldi, K= kynferðislegt ofbeldi, A= andlegt ofbeldi, F= fjárhagslegt ofbeldi. Allar bjuggu konurnar við fleiri en eina tegund ofbeldis.

Erla Kolbrún Svavarsdóttir (2006) prófessor í hjúkrunarfræði fullyrðir að ofbeldi gegn konum frá hendi ofbeldismanns sé vaxandi heilsufarsvandamál hér á landi.

Mikilvægt er að rannsaka reynslu kvenna af ofbeldi á meðgöngu frá sjónarhóli kvennanna sjálfra til að auka þekkingu og skilning á þessu vandmeðfarna vandamáli sem þó er líklegt að sé mun útbreiddara en áður hefur verið talið á Íslandi. Hvernig upplifa konurnar ofbeldið? Hverjar eru afleiðingar og langvinn áhrif þess? Markmið þeirrar rannsóknar sem hér er kynnt er að auka þekkingu og dýpka skilning á líðan íslenskra kvenna sem hafa verið beittar ofbeldi á meðgöngu. Rannsóknarspurningin var: Hver er reynsla íslenskra kvenna sem búið hafa við ofbeldi á meðgöngu og endranær?

AÐFERÐAÐFRÆÐI

Rannsóknaraðferðin sem notuð var til að fá svar við rannsóknarspurningunni var Vancouver – skólinn í fyrirbærafræði sem er eigindleg aðferðafræði, en markmið hans er

sakandi leitaði til starfsfólks hjá Samtökum um Kvænnaathvarf, Stígamótum, ljósmæðra í meðgönguvernd og talaði sjálf við skjólstaðinga í meðgönguverndinni. Skilyrði fyrir þátttöku var að konan hefði verið í ofbeldissambandi á meðgöngu. Þær þurftu einnig að vera tilbúnar til að ræða reynslu sína við rannsakanda. Konurnar voru á aldrinum 18 – 72 ára þegar viðtölin fóru fram. Meðalaldur var 37½ ár. Í töflu 3 er konum lýst nánar og þeim er öllum gefið nýtt nafn til að vernda nafnleynd þeirra.

Gagnasöfnun og gagnagreining

Tekin voru alls 15 viðtöl við 12 konur. Viðtölin voru frá 40 mínútum uppí 1½ klukkustund. Fyrri höfundur tók öll viðtölin. Tvö viðtöl voru tekin við 3 konur sem höfðu þann bakgrunn að sex mánuðir eða meira var liðið frá því að ofbeldissambandi lauk. Viðtalsspurningarnar voru: Getur þú lýst reynslu þinni af ofbeldi í nánu sambandi og sagt frá því hvernig ofbeldissambandi þú varst í á meðgöngunni? Hvernig leið þér? Breyttist ofbeldið eitthvað á meðgöngunni? Framhaldið réðist svo af svörum kvennanna

talið auka réttmæti að annar rannsakandinn er sérfræðingur í ljósmóðurfræði og hinn í rannsóknarefninu og rannsóknaraðferðinni.

Siðfræði rannsóknarinnar

Tilskilin leyfi voru fengin hjá Vísindasiðanefnd, tilvísun (VSNb20090-10006/03.7) og rannsóknin tilkynnt til Persónuverndar (tilvísun: S4206/2009/LSL/-). Þar sem rannsóknin fjallar um svo viðkvæman hóp kvenna var séð til þess að konurnar hefðu aðgengi að sérfræðingi ef á þyrfti að halda. Þær sem voru í Kvænnaathvarfinu höfðu aðgang að sérfræðingi þar en aðrar að sálfræðingi. Allar konurnar fengu góða kynningu á rannsókninni, fyrst í símtali og síðan í upphafi samræðnanna og þá bæði með upplýsingabréfi og útskýringum munnlega. Allar veittu óþvingað leyfi sitt og skrifuðu undir samþykksyfirlýsingu. Ítrekað var að þær gætu hætt hvenær sem var í rannsókninni og gætu neitað að svara einhverri spurningu ef þær vildu.

- Enginn fékk að vita hverjar voru í úrtakinu nema fyrri höfundur.

Upplifun kvennanna af ofbeldinu	Afleiðingar ofbeldisins	Langvinn áhrif ofbeldis á konuna
Stöðugar aðfinnslur	Stöðug streita og kvíði	Erfiðleikar með sjálfstraust og að öðlast traust á öðrum
Kúgun og lítillækkun	Hræðsla og vanlíðan	Þungbært endurlit og martraðir
Tillitsleysi í kynlífi	Sektarkennd og skömm	Höfnunartilfinning
Fastar í netinu	Brotið sjálfstraust og að geta ekki staðið með sjálfri sér	Jákvæðni og bjartsýni eftir skilnað
Þungt og þaggandi andrúmsloft á heimilinu	Einangrun og einmanaleiki	Mikið áreiti ofbeldismannsins eftir skilnað
Slæm líkamleg áhrif		

Tafla 4. Konurnar og reynslan af ofbeldinu og áhrifum þess

- Konurnar fengu allar dulnefni í kynningu á rannsókninni í ræðu og riti.
- Hljóðupptökum var eytt strax að lokinni afritun og afrit geymd í læstri geymslu sem fyrri höfundur hafði einn aðgang að.
- Allt persónugreinanlegt var fjarlægt úr rituðum samræðum.

NIÐURSTÖÐUR

Konurnar í rannsókninni höfðu allar verið beittar fleiri en einni tegund ofbeldis af hálfu sambýlismanna sinna eða eiginmanna, ýmist líkamlegu, andlegu, kynferðislegu eða fjárhagslegu ofbeldi (sjá töflu 3). Þær lýstu eigin upplifun af ofbeldinu, afleiðingum þess og langvarandi áhrifum. Konurnar í þessari rannsókn voru allar beittar miklu ofbeldi. Engin þeirra var spurð um ofbeldi í meðgönguverndinni og aðeins ein þeirra sagði ljósmóður frá ofbeldinu en það var ekkert gert með þær upplýsingar. Þær sögðu að mennirnir hafi verið áhugalausir um meðgönguna og barnið eftir fæðingu. Ofbeldið hélt áfram á meðgöngunni, það var helst að kynferðisofbeldið breyttist eitthvað. Konurnar voru niðurbrotnar og voru lengi að losa sig úr ofbeldissambandinu. Ein konan fór frá manninum þegar hún var gengin fjóra mánuði. Tvær sem fóru frá ofbeldisfullum maka fljótlega eftir fæðingu bjuggu við mikið áreiti af hans hálfu og fengu ekki frið eftir að þær fóru. Niðurstaðan er sú að þær eiga allar erfitt, þær fá miklar martraðir og þungbært endurlit (flashback), sem kemur þegar síst skyldi og þær ráða ekkert við. Margar konurnar tala um að það sé erfitt að fara í nýtt samband því þær verði að segja nýja manninum sínum frá reynslu sinni. Þær óttast mjög höfnun ef þær segja frá og oft slitna samböndin vegna þess að þær geta ekki rætt við sambýlismann sinn um sitt fyrra líf. Það var sameiginlegt hjá flestum konunum að þær sögðu að þær væru búnar að vinna úr reynslu sinni en allar áttu þær mjög erfitt í samræðunum. Margar kvörtuðu um líkamleg einkenni lengi eftir að ofbeldissambandi lauk. Tafla 4 sýnir yfirlit yfir

rannsóknarniðurstöður er varða upplifun kvennanna af ofbeldinu, afleiðingum þess og langvinnum áhrifum.

Upplifun af ofbeldinu

Stöðugar aðfinnslur.
Konurnar sögðu að það sem hafði yfirbragð umhyggju í upphafi sambands hafa verið stjórnsemi og þær hafi ekki áttað sig fyrir en of seint. Margar konurnar voru strax beittar andlegu ofbeldi og síðan kom líkamlegt og annað ofbeldi í kjölfarið eins og Inga lýsir: „Það byrjaði strax andlegt ofbeldi sem að ég einhvern veginn, ég áttaði mig einhvern veginn ekkert á því, ég var bara lítil,... hann byrjaði að setja út á ... útlitið, klæðaburð, málningu eða herna þú veist andlitsfarða“. Þrír menn töluðu um að það væri konunum að kenna að þær gengju ekki með rétt kyn.

Kúgun og lítillækkun.

Konurnar voru kúgaðar og bjuggu við stöðuga lítillækkun. Þær voru sammála um það flestar að þær hafi ekki gert sér grein fyrir að ekki væri eðlilegt að sambönd væru svona ofbeldisfull. Linda lýsir þessu vel þegar hún segir: „Þetta samband hafði bara alveg gríðarleg áhrif á mig og þarna og já og maður fékk aldrei neitt hrós frá honum eða neitt sko, maður var bara öll alveg glötuð og ömurleg og maður gerði ekkert rétt sko þannig að þegar maður fær ekkert hrós eða neitt að þá ... þá bara, maður deyr“.

Tillitsleysi í kynlífi.

Konurnar töluðu um að ekki hefði verið tekið tillit til þeirra í kynlífi. Bára lýsir þessu og segir: „Einu gjafirnar sem hann gaf mér eru einhver svona hóruföt þú veist svona virkileg hóruföt. Guðrún upplifði mikið kynferðislegt ofbeldi á meðgöngu: „Hann neyddi mig ... til munnmaka alveg já bara já mjög reglulega og ég varð að gera það ef ég ætlaði að sleppa við hitt sko. Mér fannst það skömminni skárri og gerði það. En það kom fyrir að ég ældi yfir hann, það kom fyrir oft en einu sinni og oft en tvisvar“.

Fastar í netinu.

Flestar konurnar eru sammála um að karlarnir virtust líta svo á að þeir væru búnir að festa konuna þegar þær voru orðnar barnshafandi. Alla meðgönguna leið þeim hræðilega og Sigrún sagði: „Hann var með mig einhvern veginn í vasanum sko“. Mennirnir ítrekuðu stöðugt að konurnar gætu ekki séð fyrir sér og börnum sínum ef þær skildu við þá. Konurnar trúðu flestar mönnum sínum.

Þungt og þaggandi andrúmsloft var á heimilinu.

Konurnar voru sammála um að það hafi verið hræðilegt andrúmsloft á heimilinu. Þær hefðu ekki viljað fara heim og kvíðið fyrir því að koma heim þegar þær höfðu verið annarsstaðar. Öll börn kvennanna urðu vitni að ofbeldinu og börn margra kvennanna sváfu illa og voru kvíðin. Barn einnar konu greindist með kvíðaröskun og tvö börn greindust með ADHD. Um afleiðingar ofbeldisins á börnin verður fjallað nánar í annarri grein.

Afleiðingar ofbeldisins

Stöðug streita og kvíði.
Líðan kvennanna var mjög mismunandi en allar lýstu þær mikilli streitu. Þær voru sífellt á varðbergi og biðu þess í hvernig skapi maðurinn væri þegar hann kæmi heim. Guðrún segir líka: „Það sem... einkenndi lífið á þessum tíma var ... það var endalaus spenna í loftinu ... manni leið aldrei vel. Þetta var stöðug, stöðug streita í raun og veru. ... [maður] var alltaf hræddur og alltaf að reyna að dansa á einhverri línu til þess að ... þú veist já til að halda öllum góðum“. Inga upplifði mikið að „Hann var svona vondur, en það var eins og hann tvíefldist þegar hann undir áhrifum.“ Helmingur kvennanna fengu fæðingarþunglyndi.

Hræðsla og vanlíðan.

Konurnar lýstu allir mikilli hræðslu við sambýlismann sinn og voru líka hræddar um börnin sín. Bára hafði meiri áhyggjur af börnum sínum en sjálfri sér: „Ég er svo hrædd, ég er alveg skelfingu lostin vegna barnanna minna“. Ötinn um eigin hag og barnsins olli hræðilegri líðan hjá konunum. Anna lýsti vel þessari hræðslu: „Þarna var komið að þeim tímapunkti að ég var hrædd við að vera með honum í bíl með börnin af því að hann var svo geðveikur að ég var orðin hrædd um það að hann myndi bara keyra framan á rútu eða vörubíl og bara drepa okkur öll“.

Sektarkennd og skömm.

Konurnar voru sammála um að þær „tækju á sig hörmungarnar“ eins og ein þeirra kallaði það, til að vernda börn sín og til þess að fela ástandið á heimilinu. Þær skömmuðust sín fyrir hvernig komið var fyrir þeim. Þær höfðu mikla sektarkennd yfir að ástandið

væri þeim að kenna. Margar sögðust hafa verið orðnar meistarar í að finna upp sögur til að útskýra áverka og líðan. Inga lýsir því á eftirfarandi hátt: „Ég skammaðist mín svo hrikalega .. ég forðaðist alla þegar sá á mér og þú veist bjó til einhverjar kjánasögur svona hafði rekið mig í eða dottið eða eitt-hvað svona, með algjöra afneitun sko“.

Brotið sjálfstraust og að geta ekki staðið með sjálfri sér.

Allar konurnar áttu erfitt með að standa á eigin rétti. Sjálfstraust þeirra hafði verið og er í mörgum tilvikum enn í molum. Jóna orðar það svo að hún hafi „gift manni sem þagði hana í hel“, þaggaði rödd hennar algjörlega. Guðrún fór eitt sinn í party þar sem maður hennar tók að niðurlægja hana fyrir framan fullt af fólki. Þar tók vinur hennar upp hanskan fyrir hana. Um þetta sagði hún: „Mér fannst hryllilega erfitt að hann stæði upp fyrir mig þegar ég gat það ekki sjálf.“ Nanna segir að maður hennar hafi sagt við hana að hún væri „best geymd dauð...“. Nanna var ein af þeim fjórum konum í rannsókninni sem fram kom í viðtölum að reyndu að fyrirfara sér.

Einangrun og einmanaleiki.

Konurnar voru allar sammála um að menn þeirra gerðu allt sem þeir gátu til að einangra þær frá fjölskyldu og vinum sem gerði þær mjög einmana. Einangrunin kom líka að hluta til af sjálfu sér þegar þær fóru að fela aðstæður heima fyrir. Nanna bjó við prísund þar eins og hún orðar það sjálf: „Smám saman einangrar hann mig frá vinum og vandamönnum og er með mér bara alltaf og alltaf að passa mig“. Þegar Nanna reyndi að fyrirfara sér, þá vildi hann ekki einu sinni láta neinn vita að hún hafði farið inn á spítala „en samt vildi hann heldur ekki tala við mig“, bætti hún við.

Líkamleg áhrif.

Margar konurnar töluðu um að þær væru vanar að ekki væri farið vel með þær. Vinkonur Elsu tóku eftir að ekki var allt í lagi: „Þær voru farnar að taka eftir því og spyrja hvers vegna ég væri marin og af hverju ég væri svona grönn komin undir 50 kíló. Ég hætti sko algerlega að borða og ég var orðin svona hálfstjörf og talaði lítið. Ég er ofsalega lífsglöð manneskja að eðlisfari en ég var orðin bara svona hálfðofin“.

Langvinn áhrif ofbeldisins á konurnar

Langvarandi áhrif á konurnar eru mjög mikil. Það er mislangt frá sambandsslitum, frá einu ári upp í 14 ár. Flestar eru jákvæðar og bjartsýnar og er létt að vera lausar úr prísundinni. Þær tala um að þær eigi alltaf skugga sem fylgi þeim og ákveðnar minningar úr sambandinu skjóta upp kollinum fyrirvaralaust og valda miklum sársauka. Þær tala líka um að ýmis atriði í fari núverandi sambýlismanns geti auðveldlega komið

af stað minningum um fyrra samband og finnst það mjög erfitt. Sumar konurnar hafa átt erfitt með að tala um reynslu sína en segja það forsendu þess að núverandi samband gangi vel. Nokkrar kvennanna voru lengi að losna frá ofbeldismanninum og bjuggu við stöðugt áreiti af hans hálfu í langan tíma á eftir.

Erfiðleikar með sjálfstraust og að öðlast traust á öðrum.

Konurnar eiga erfitt með að öðlast traust aftur á öðrum og það hefur tekið þær langan tíma að byggja upp sitt eigið sjálfstraust og sér ekki fyrir endann á því. Linda lýsir ástandi sínu og endalausni niðurbroti svo að sem betur fer hafi honum ekki tekist að brjóta hana alveg niður: „... Þá hugsaði ég alltaf bara inn í mér sjálfri já að ég væri allt í lagi ... enda ef hann hefði brotið mig líka alveg niður þá hefði ég auðvitað ekki farið frá honum eða þú veist þá er maður bara niðurbrotinn sko þá hefur maður enga orku til að fara“. Þegar konurnar voru að reyna að slíta sig lausar þá sögðust þær ekki mega tala við menn sína því þeir séu svo flinkir að ná þeim til baka með fagurgala sínum. Þær treystu sér oft ekki til að hafa samband við þá nema með sms skilaboðum. Bára lýsir þessu vel þegar hún segir: „Ég get ekki og

vil ekki vera í neinum samskiptum við hann á meðan ég er svona ógeðslega brotin. ... ég er búin að fá ofboðslega mikla aðstoð herna (í Kvænnaathvarfinu) ... Ef ég hefði ekki haft ... þá væri ég ekkert á lífi, ... ég væri komin sex fet undir jörðina“.

Þungbært endurlit og martraðir.

Konurnar búa allar við mikið endurlit sem versnar á meðgöngu. Það eru litlir hlutir í hinu daglega lífi sem minna þær á eitthvað í fyrra sambandi. Þær eru enn að reyna að ná áttum og gengur misvel. Tíminn deyfir sárin og þær segjast læra að lifa með minningunum smám saman, en það sé rosalega erfitt. Guðrún var í miklu ofbeldissambandi í fjögur ár. Hún sleit því fyrir mörgum árum og segir: „Mér líður bara vel, segi ég með kökkinn í hálsinum [brosir gegnum tárin] og tárin í augunum, [hlær], en ... mér líður vel og ég hef ekki yfir neinu að kvarta. En ég á alltaf þennan skugga [grætur]...“. Halla segir að það séu ýmis smáatriði hjá sambýlismanni sínum nú sem minna hana á fyrra samband, „eins og rakspíri, klæðaburður og þess háttar. Oft ef ég sofnaði á kvöldin í sófanum þá vaknaði ég með myndaseríu bara í hausnum sko, af atburðunum“. Inga er komin með nýjan mann og á von á barni með honum. Hún er hamingjusöm og líður

Íslenskar konur í rannsókninni	Samræmi við eftirtaldar rannsóknir
Allar konur fundu fyrir stöðugri streitu og bjuggu við miklar aðfinnslur í sambandinu	Samræmist Campbell og Soeken, 1999
Flestar konurnar fóru fremur ungar í ofbeldis-sambandið	Samræmist Shadigan og Bauer, 2003 og Silverman o.fl. 2003
Margar kvennanna ólust sjálfar upp við ofbeldi og þær höfðu samviskubít og fannst að ofbeldið væri þeim að kenna	Samræmist Taket o.fl., 2003, Taft, 2002, Coohy, 2007 og Haight o.fl., 2007.
Konurnar höfðu allar fundið fyrir þunglyndi, hræðslu, kvíða og mikilli vanlíðan	Samræmist Campbell og Soeken, 1999 og Lang og Stover, 2008
Ofbeldi minnkaði ekki á meðgöngu	Samræmist Vatnar og Björkly, 2009
Helmingur kvennanna fengu fæðingarþunglyndi	Samræmist Bacchauss o.fl., 2002, Antoniou o.fl., 2008 og Tiwari o.fl. 2008
Margar konur fundu bjuggu við mikið áreiti af hálfu ofbeldismanns eftir skilnað	Samræmist Logan og Cole, 2007
Konurnar upplifðu lítið sjálfstraust og lágt sjálfsálit í sambandinu	Samræmist Naumann o.fl., 1999 og Plichta, 2004
Margar fundu fyrir þunglyndi eftir sambúðarslit	Samræmist Campbell og Soeken, 1999
Allar konur áttu við þungbært endurlit og erfiðar minningar að stríða	Samræmist niðurstöðum Strígamóta, 2008 og Gerði Kristný og Thelmu Ásdísardóttir, 2005
Allar fundu fyrir einmanaleika, einangrun og skömm í sambandinu	Samræmist Coohy, 2007, Haight o.fl., 2007 og Du Plat-Jones, 2006
Erfið líkamleg einkenni kvenna voru algeng	Samræmist Hegarty o.fl., 2008 og Hilden o.fl. 2002
Öll börnin urðu vitni að ofbeldinu	Samræmist Bacchauss o.fl., 2001, Shadigan og Bauer 2003 og Hegarty, Taft og Feder, 2008
Börn margra kvennanna sváfu illa og voru kvíðin	Samræmist Hegarty, Taft og Feder, 2008
Barn einnar konu greindist með kvíðaröskun og tvö börn greindust með ADHD	Samræmist niðurstöðum Mill og Petronis, 2008, Parker og Douglas, 2009, Talge, Neal og Glover, 2007, Turner, Finkelhor og Ormrod, 2005, Kernic o.fl. 2003 og Osofsky, 1995

Tafla 4. Helstu niðurstöður rannsóknarinnar í ljósi annarra rannsókna

vel. Hún segir að nú á meðgöngunni fái hún oft miklar martraðir og dreymir að hún: „sé enn föst og allt þetta góða sem er búið að vera að ske hafi bara verið draumur. Mér er búið að dreyma þetta rosalega oft og mér líður ömurlega þegar ég vakna“. Halla er barnshafandi af sínu fyrsta barni og þá rifjast upp mikið af fyrra ofbeldi: „Það er bara búið að skemma mig, það minnir svo á [grætur]“. Hún hefur farið tvisvar í fóstureyðingu vegna þess að hún vildi ekki eiga barn með ofbeldismanninum.

Höfnunartilfinning.

Konurnar eiga allar í erfiðleikum með að sættast við sig sjálfar og finnst erfitt að stofna til nýrra sambanda. Halla lýsir miklum létti þegar hún var búin að segja manni sínum frá fyrra sambandi: „Þetta er alltaf hluti af manni segir hún, ... en svo kemur líka bakslag [grætur] aftur og aftur og höfnunin og skömmin er hræðileg ... þetta eru mín innstu hjartasár.

Jákvæðni og bjartsýni eftir skilnað.

Þrátt fyrir allt eru konurnar fullar bjartsýni og halda sínu striki í kjölfar skilnaðar. Þeim finnst þær vera á réttri leið og eru glaðar með það. Þær upplifa mikinn létti, þær segja margar að nú loksins viti þær hvernig samband eigi að vera. Anna er jákvæð og segir: „Þó að þetta sé búinn að vera dýr skóli, ég missti börnin mín og ég missti allt sem ég átti... þá stend ég uppi miklu sterkari karakter og stend með mér.... Ég myndi ekki vilja vera þessi einmana, niðurbrotna með enga sjálfsvirðingu, láta alla traðka á mér, þora ekki að hafa mína skoðun“.

UMRÆÐUR

Þetta er fyrsta eigindlega rannsóknin á Íslandi um reynslu kvenna af ofbeldi á meðgöngu og rannsóknin veitir mikilsverða innsýn inn í þá miklu þjáningu sem það er fyrir barnshafandi konur að búa við ofbeldi, einmitt þegar þær þurfa svo mikið á stuðningi að halda og að finna að einhver stendur með þeim. Margt í þessari rannsókn kemur heim og saman við aðrar sambærilegar erlendar rannsóknir. Yfirlit yfir slíka samsvörun er að finna í töflu 4.

Allar konurnar áttu mjög erfitt í samræðum okkar þegar þær voru að rifja upp ofbeldissambandið þrátt fyrir að þær hefðu sagt að þetta væri komið langt frá þeim. Niðurstöðurnar lýsa miklu niðurbroti á konunum sem jafnvel sér ekki fyrir endann á. Hvað er það sem getur hjálpað okkur að skilja þetta mikla niðurbrot? Þær lýsa liðan sinni þannig að þeim hafi fundist þær „dánar“ og þær hafi „búið í þrúð“ og að það sé búið „að skemma þær“. Þær lýsa því hvernig þær földu liðan sína fyrir fólkinu sínu og lugu til um meiðsl sín því þær skömmuðust sín svo mikið. Þær lýsa því hvernig þær vonuðust alltaf til að næsti dagur yrði betri, maðurinn myndi lagast því þær væru barnshafandi

eða búnar að eiga barn. Þetta er vel þekkt og vel lýst í skilgreiningu á Stokkhólms heilkeninu en það lýsir sér í því að konan fer að taka málstað ofbeldismannsins og trúir öllu því sem hann segir henni (Wallace, 2007). Einkenni þeirra sem sigrá á vígvelli er oft að eyðileggja, yfirbuga, kúga og þvinga og konurnar upplifðu sig gersigraðar í ofbeldissambandinu þar sem þær áttu við ofurafl að etja. Alveg eins og í stríðshrjáðu landi þar sem eyðileggingin blasir við er uppbyggingarstarfið ekki auðvelt. Það tekur langan tíma og krefst mikillar þolinmæði hjá konunum. Heilbrigðiskerfið er ekki nógu vakandi fyrir þessum hópi kvenna og þær vita oft ekki hvert þær geta leitað.

Meðal þess sem getur hjálpað okkur að skilja þetta niðurbrot eru nýjustu rannsóknarniðurstöður úr sál- og taugaónæmisfræði (psychoneuroimmunology). Þær rannsóknir hafa sýnt að mannveran er ein heild, líkami og sál. Það sem brýtur niður sálina, brýtur niður líkamann og öfugt. Sálin, taugakerfið og ónæmiskerfið eru nátengd og „tala“ stöðugt saman. Þegar við bregðumst við atburði eða aðstæðum gerum við það sem ein heild (Sigríður Halldórsdóttir, 2007). Allar konurnar hafa búið við mikla streitu og vitað er að streita er mjög ónæmisbælandi (Hobel, Goldstein og Barrett, 2008). Margar rannsóknir hafa sýnt fram á tengsl streitu og þunglyndis eftir fæðingu (Tiwari o.fl. 2008), konurnar í þessari rannsókn sögðust kannast vel við það.

Í rannsókninni kom fram að konurnar voru flestar mjög ungar, yfirleitt fimmtán til átján ára, þegar þær fóru í samband með ofbeldismanninum, þeim finnst að þær hafi ekki gert sér grein fyrir að samband átti ekki að vera svona eins og þeirra. Ein konan í rannsókninni sagði að hún hafi ekki áttað sig á þessu fyrr en hún sá að vinkonur hennar voru svo hamingjusamar en hún sjálf ekki. Það leiddi til þess að hún fór að skoða samband sitt. Þessari tilfinningu hefur verið lýst í rannsókn sem Naumann o.fl. (1999) gerðu.

Flestar konurnar í þessari rannsókn sögðu að ofbeldið hefði lítið breyst á meðgöngunni. Nokkrar sögðu þó frá því að kynlíf hefði breyst. Ein sagði að maður hennar hefði ekki viljað eiga við hana kynlíf á meðgöngunni því hún væri svo ógeðsleg svona ófrísk. Í mörgum tilvikum tóku sambýlismenn þeirra ekki tillit til þeirra í kynlífinu og fóru fram á eins mikið kynlíf eða jafnvel meira en áður. Rannsóknir sýna að hættulegasta tímabilið er fyrstu mánuði meðgöngunnar en þá versnar ofbeldið oft og síðustu mánuðirnir eru jafnframt hættuminnstir. Allra hættulegastir eru mánuðurnir eftir fæðingu (Bowen o.fl., 2005, Gielen o.fl., 1994, Macy o.fl., 2007).

Vatnar og Björkly (2009) benda á að það að vera barnshafandi eða eiga börn verndi konur á engan hátt fyrir ofbeldi. Það festi þær enn frekar því sumar konur geta enn síður sagt frá ofbeldinu á meðgöngunni. Það samræmist vel konunum í þessari rannsókn

þar sem sumar vilja ekki segja frá þungun sinni og ein skammaðist sín fyrir að vera barnshafandi eftir sambýlismann sinn.

Þeim konum sem voru beittar einni tegund ofbeldis virðist ganga betur að vinna úr ofbeldissambandinu heldur en hinum sem búa við fleiri tegundir ofbeldis. Þetta samræmist grein Erlu Kolbrúnar Svavarsdóttur (2008), *Konur sem lifa við stöðugan ótta: Hjúkrun gegn ofbeldi*. Þar segir hún til viðbótar að konurnar telji að andlegt ofbeldi sé miklu verra en það líkamlega, því það andlega brjóti niður sjálfstraust þeirra. Það passar mjög vel við skilgreiningu Sigríðar Halldórsdóttur (2003a) á niðurbroti í grein hennar um *Eflingu og niðurbrot: Kenning um samskiptahætti og áhrif þeirra*, en hún segir að niðurbrot sé eigin reynsla af samskiptum þar sem einstaklingnum sem valdið hefur virðist algjörlega standa á sama um þolandann og misbeiti valdi sínu. Þetta gerist í samskiptum þar sem valdaaðilinn kúgar og niðurlægir, krefst undirgefni og algerrar stjórnar. Ekkert þol sé fyrir andstæðum skoðunum. Niðurbrot brjóti niður tilfinningu þess sem fyrir verður, um stjórn á eigin lífi og aðstæðum og þolandanum finnst hann kúgaður, algerlega berskjaldaður og rödd hans þögnuð (Sigríður Halldórsdóttir, 2003a).

Flestar kvennanna búa við tíð og þungbær endurlit og eru jafnvel að glíma við reynslu sína mörgum árum síðar. Þær eru þó jákvæðar og segjast vera á réttri leið en það sé erfitt og taki tíma, minningarnar komi upp á yfirborðið þegar síst varir. Þær segjast verða þunglyndar þegar minningarnar sækja að. Það sem oft viðheldur minningunum er að konurnar verða að hafa samband við ofbeldismanninn því flestar eru þær með sameiginlegt forræði barna og verða því að eiga samskipti vegna þeirra.

Takmarkanir rannsóknarinnar

Allar konurnar í þessari rannsókn voru komnar úr ofbeldissambandinu. Misjafnt er fyrir hve löngu en sumar losnuðu fyrir mörgum árum. Kannski er lífsreynsla þeirra farin að blikna í tímans rás. Þá ber að nefna að fyrsti höfundur sem tók öll viðtölin er að gera sína fyrstu rannsókn og kannski myndi annar rannsakandi líta á þessi samtöl með öðrum augum.

Notagildi rannsóknarinnar

Rannsókn þessi er sú fyrsta sem gerð er á reynslu kvenna sem hafa búið við ofbeldi á meðgöngu hér á landi. Í henni koma fram mikilvægar upplýsingar um eigin reynslu kvenna af ofbeldi á meðgöngu og endranær sem nýttast ekki bara til að skapa umræðu heldur til að auka þekkingu og skilning á reynsluheim þeirra. Með aukinni þekkingu ljósmæðra og annarra fagstétta aukast líkurnar á því að konur fái þá umönnun á meðgöngu sem æskileg er. Mikilvægt er að koma af stað markvissri kennslu og fræðslu til ljósmæðra og annars fagfólks svo

fagstéttir sem sinna barnshafandi konum geti veitt viðeigandi stuðning og meðferð og þar með minnkað þann skaða sem ofbeldi getur valdið hjá konum og börnum þeirra.

Lokaorð

Það er einlæg von okkar að rannsókn þessi verði til að efla umræðu um ofbeldi á meðgöngu og endranær og leiði til þess að konum verði hjálpað fyrir til að komast út úr þessum erfiðu aðstæðum. Barnshafandi konur sem búa við ofbeldi á meðgöngu verða að vita að ljósmæður standa með þeim og eru allar af vilja gerðar til að aðstoða þær. Með því að gera umræðuna opinskáa og koma því út í samfélagið að ofbeldi sé aldrei líðandi og að gerandinn sé alltaf ábyrgur fyrir ofbeldinu eykur það vonandi sjálfstraust kvenna til að leita sér hjálpar.

Þakki

Við þökkum fyrst og fremst konunum tólf sem tóku þátt í rannsókninni fyrir hugrekki þeirra og einlægni. Þessar konur eru stórkostlegar og duglegar. Við þökkum einnig rannsóknarstyrk sem veittur var af Ljósmæðrafélagi Íslands.

Heimildaskrá

- Antoniou, E., Vivilaki, V. og Daglas, M. (2008). Correlation of domestic violence during pregnancy with postnatal depression: Systematic review of bibliography. *HSJ – Health Science Journal*, 2(1), 15-19.
- Bacchus, L., Bewley, S. og Mezey, G. (2001). Domestic violence and pregnancy. *The Obstetrician and Gynaecologist*, 3(2), 56-59.
- Bacchus, L., Mezey, G. og Bewley, S. (2002). Experiences of seeking help from the health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health and Social Care in the Community*, 11(1), 10-18.
- Bacchus, L., Mezey, G., og Bewley, S. (2006). A qualitative exploration of the nature of domestic violence in pregnancy. *Violence Against Women*, 12, 588-604.
- Bacchus, L., Mezey, G., og Bewley, S. (2003). Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in maternity service. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(1), 9-16.
- Bergman, K., Sarkar, P., Glover, V. og O'Connor, T. (2008). Quality of child-parent attachment moderates the impact of antenatal stress on child fearfulness. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1089-1098.
- Bowen, E. Heron, J., Waylen, A., Volke, D. og ALSPAC Study Team (2005). Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112, 1083-1089.
- Bradley, F., Smith, M., Long, J. og O'Dowd, T. (2002). Reported frequency of domestic violence: Cross sectional survey of women attending general practice. *British Medical Journal*, 324, 271-278.
- Brown, S. J. McDonald, E. A. og Krastev, A. (2008). Fear of intimate partner and women's health in early pregnancy: Findings from the maternal health study. *BIRTH*, 35(4), 293-302.
- Campbell, J. C., Woods, A. B., Chouaf, K. L. og Parker, B. (2000). Reproductive health consequences of intimate partner violence: A nursing research review. *Clinical Nursing Research*, 9(3), 217-237.
- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate

- partner violence. *Lancet*, 359(13), 1331-1336.
- Campbell, J. C. og Soeken, K. L. (1999). Women's responses to battering over time: An analysis of change. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(1), 21-40.
- Cooley, C. (2007). The relationship between mother's social networks and severe domestic violence: A test of social isolation hypothesis. *Violence and Victims*, 22(4), 503-512.
- Du-Plat Jones, J. (2006). Domestic violence: The role of the health professionals. *Nursing Standard*, 13(21), 14-16.
- Erla Kolbrún Svavarsdóttir. (2006). Konur sem lifa við stöðugan ótta: Hjúkrun gegn ofbeldi. Í Helga Jónsdóttir (ritstj.) *Frá innsei til inngripa, þekkingarþróun í hjúkrunar- og ljósmóðurfraði* (bls.107-125). Hið íslenska bókmenntafélag og Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.
- Erla Kolbrún Svavarsdóttir (2008). Áhrif andlegs, líkamlegs og kynferðislegs ofbeldis á andlega heilsu kvenna. *Gæðvernd*, 37, 12-20.
- Foy, R., Nelson, F., Penney, G. og McIlwaine, G. (2005). Antenatal detection of domestic violence. *The Lancet*, 355), 1915-1916.
- Gielin, A.C., O'Campo, P.J., Faden, R.R., Kass, N.E., Xue, X. (1994). Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year. *Social Science Medicine*, 39(6), 781-787.
- Gerður Kristný og Thelma Ásdísardóttir. (2005). *Myndin af þabba – Saga Thelmu*. Reykjavík: Vaka-Helgafell.
- Haight, W. L., Shim, W. S., Linn, L. M. og Swinford, L. (2007). Mothers' strategies for protecting children from batterers: The perspectives of battered women involved in child protective services. *Child Welfare*, 86(4), 41-63.
- Hegarty, K., Gunn, J., Chondros, P. og Small, R. (2004). Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: Descriptive, cross sectional survey. *British Medical Journal*, 328, 621-624.
- Hegarty, K., Taft, A. og Feder, G. (2008). Clinical review. Violence between intimate partners: Working with the whole family. *British Medical Journal*, 337, 621-624.
- Hilden, M., Schei, B., Swahnberg, K., Halmesmaki, E., Langhoff-Roos, J., Offerdal, K. o. fl. (2004). A history of sexual abuse and health: A Nordic multicentre study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 1121-1127.
- Hobel, C. J., Goldstein, A. og Barrett, E. S. (2008). Psychological stress and pregnancy outcome. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 51(2), 333-348.
- Ingólfur V. Gíslason. (2008). *Ofbeldi í nánum samböndum*. Reykjavík: Félagss- og trygginga-málaráðuneytið.
- Jóhanna Rósa Arnardóttir (2009). *Rannsókn á ofbeldi gegn konum: Reyksla kvenna á aldrinum 18-80 ára á Íslandi*. Sótt af: http://www.felagsmalaraduneyti.is/media/09FrettatengtFEL09/Samantekt_um_rannsokn_a_ofbeldi_gegn_konum.pdf
- Kernic, M. A., Wolf, M. E., Holt, V. L., McKnight, B., Huebner, C. E og Rivara, R. P. (2003). Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1231-1246.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. og Lozano, R. (ritstj.) (2002). World report on violence and health. Genf: World Health Organization.
- Landlæknisembættið. (2008). *Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu*: Klínískar leiðbeiningar. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Lang, J. M. og Stover, C. S. (2008). System patterns among youth exposed to intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 23, 619-629.
- Logan, T. K. og Cole, J. (2007). The impact of partner stalking on mental health and protective order outcomes over time. *Violence and Victims*, 22(5), 546-562.
- Macy, R. J., Martin, S. L., Kupper, L. L., Casanueva, C. og Guo, S. (2007). Partner violence among women before, during and after pregnancy. Multiple opportunities for intervention. *Women's Health Issues*, 17, 290-299.
- Murphy, C. C., Schei, B., Myhr, T. L. og Du Mont, J. (2001). Abuse: A risk factor for low birth weight?

- A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association CMAJ*, 29(11) 164-176.
- Mill, J. og Petronis, A. (2008). Pre- and perinatal environmental risks for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): The potential role of epigenetic processes in mediating susceptibility. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1020-1030.
- Naumann, P., Langford, D., Torres, S., Campbell, J. og Glass, N. (1999). Women battering in primary practice. *Family Practice*, 16, 345-352.
- Osofsky, J. D. (1995). Children who witness domestic violence: The invisible victims. *Social Policy Report*, 9(3), 1-20.
- Parker, V. J. og Douglas, A. J. (2009). Stress in early pregnancy: Maternal neuro-endocrine-immune responses and effects. *Journal of Reproductive Immunology*. Grein í prentun. Doi:10.1016/j.jri.2009.10.011
- Plichta, S. B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences: Policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1296-1323.
- Ragnhildur Sverrisdóttir. (2008). *Velkomin til Íslands, sagan af Sri Rahmawati*. Reykjavík: Skuggi – forlag.
- Shadigian, E. M. og Bauer, S. T. (2003). Screening for partner violence during pregnancy. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 84, 273-280.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2003). Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.). *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls.249-265). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2003a). Eflandi og niðurbjótandi samskiptahættir og samfélög. *Tímarit íslenskra hjúkrunarfræðinga*, 19(4), 6-12.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2007). Sál og taugaónæmisfræðin: Hvað styrkir og hvað veikir ónæmiskerfið? Í Hermann Óskarsson (ritstj.), *Afmælisrit Háskólans á Akureyri 2007* (bls. 304-323). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Silverman, J. G., Decker, R., Reed, E. og Raj, A. (2006). Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195, 140-148.
- Soglin, L. F., Bauchat, J., Soglin, D.F. og Martin, G. J. (2008). Detection of intimate partner violence in a general medicine practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 338-348.
- Stenson, K., Saarinen, H., Heimer, G. og Sidenvall, B. (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*, 17, 2-10.
- Stígamót. (2008). *Ársskýrsla*. Reykjavík: Höfundur.
- Taft, A. (2002). Violence against women in pregnancy and after childbirth: Current knowledge and issues in health care responses. *Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse*, 6, 1-23.
- Talge, N. M., Neal, C. og Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: How and why? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3/4), 245-261.
- Tiwari, A., Chan, K. L., Fong, D., Leung, W. C., Brownridge, D. A., Lam, H. o.fl. (2008). The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(3), 377-384.
- Turner, H. A., Finkelhor, D. og Ormrod, R. (2005). The effect of lifetime victimization on mental health of children and adolescents. *Social Science and Medicine*, 62, 13-27.
- Vatnar, S. K. B. og Björkly, S. (2009). Does it make any difference if she is a mother? *Journal of Interpersonal Violence*, 23(4), 1-17.
- Wallace, P. (2007). How can she still love him? Domestic violence and the Stockholm syndrome. *Community Practitioner*, 80(10), 32-35.
- Wenzel, J. D., Monson, C. L. og Johnson, S. M. (2004). Domestic violence: Prevalence and detection in a medicine residency clinic. *JAOA*, 104(6), 233-239.
- WHO (World Health Organization) (2002). *World report on violence and health 2002*. Sótt af: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf

Apótekið þitt

í gamla Héðinshúsinu við Seljaveg 2.



Reykjavík Apótek er sjálfstætt starfandi apótek sem leggur áherslu á persónulega þjónustu og hagstætt verð. Apótekið er í gamla Héðinshúsinu við Seljaveg 2.

Frí heimsendingarþjónusta til eldri borgara og öryrkja.

AFGREIÐSLUTÍMI
9–18:30 virka daga
10–16:00 laugardaga

Reykjavík  Apótek

Ilmkjarnaolíumeðferð í fæðingu

INNGANGUR

Óhefðbundnar meðferðir eru notaðar í auknum mæli innan heilbrigðiskerfisins í hinum vestræna heimi. Samkvæmt rannsókn sem nýlega birtist í Læknablaðinu nota Íslendingar töluvert þjónustu óhefðbundinna meðferðaraðila og virðist notkunin vera vaxandi þar sem hún hafði aukist um 6% frá árinu 1998 (Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2010). Ljósmeður hafa verið duglegar að kynna sér notkun óhefðbundinna meðferða enda falla þær yfirleitt vel að hugmyndarfræði ljósmóðurfræðinnar og styðja við eðlilegt ferli. Óhefðbundnar meðferðir hafa verið mikið notaðar af ljósmæðrum til að hjálpa konum að takast á við hríðarverki og miða þá að því að styrkja konuna í að takast á við verkina ásamt því að veita einhverja verkjastillingu. Litið er á hríðaverkina sem flókið lífeðlisfræðilegt fyrirbæri sem hægt er að nálgast á sálrænan, tilfinningalegan, andlegan og líkamlegan hátt, ólíkt hinni læknisfræðilegu nálgun sem lítur á hríðverki sem eitthvað sem þarf að „taka í burtu“ (Burns, Zoppi, Panzeri, Oskrochi & Regalia, 2007). Ljósmeður nota einnig óhefðbundnar meðferðir við ýmsum meðgöngukvillum, til slökunar og til að draga úr kvíða (Tiran, 2007). Þó óhefðbundnar meðferðir geti gagnast konum í barneignarferlinu er ekki þar með sagt að þær séu allar öruggar fyrir móður og barn (Tiran, 2007). Það er því mikilvægt að ljósmæður kynni sér vel öryggi þeirra og gagnsemi til að vera í stakk búnar að veita upplýsingar og gefa ráðleggingar. Hvort sem meðferðin telst hefðbundin eða óhefðbundin þá ættum við að gera sömu kröfur um rannsóknir á gagnsemi og öryggi.

Margar ljósmæður hér á landi hafa lært að nýta sér óhefðbundnar meðferðir í starfi. Nærtækasta dæmið um þetta er notkun nálastungumeðferðar en sú kunnátta er mjög útbreidd meðal íslenskra ljósmæðra. Nálastungumeðferð þykir nú sjálfsgæður valkostur kvenna sem fæða á Íslandi og hér á landi eiga margar konur einnig kost á nálastungumeðferð hjá sinni ljósmóður á meðgöngu og eftir fæðingu (Anna Sigríður Vernharðsdóttir, Stefanía Guðmundsdóttir, Helga Sigurðardóttir, Þóra Jenný Gunnarsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir, 2009). Nálastungukunnátta breskra ljósmæðra er ekki eins útbreidd og meðal íslenskra ljósmæðra en þar í landi er algengt að 1-2 ljósmæður við hverja stofnun hafi slíka kunnátta (Budd, 2000). Ilmkjarnaolíumeðferð er víða



Anna Sigríður Vernharðsdóttir,
ljósmóðir á fæðingardeild Landspítala og
kínískur lektor við Hjúkrunarfræðideild HÍ

notuð í Bretlandi og nýtur vaxandi vinsælda meðal kvenna (Burns, Blamey, Ersser, Lloyd & Barnetson, 1999) og því er æskilegt að ljósmæður hafi grunnþekkingu á ilmkjarnaolíum og þekki örugga notkun þeirra á meðgöngu, í fæðingu og eftir fæðingu.

Hópur íslenskra ljósmæðra sótti námskeið um notkun ilmkjarnaolía í ljósmóðurstarfi sem haldið var hér á landi vorið 2007. Námskeiðið var haldið á vegum Ljósmæðrafélags Íslands og leiðbeinandi á námskeiðinu var Denise Tiran, ljósmóðir sem hefur sérhæft sig í notkun óhefðbundinna meðferða í ljósmóðurstarfi. Námskeiðið hefur örugglega átt þátt í að auka notkun á ilmkjarnaolíum í ljósmóðurstarfi hér á landi en umræðan hefur ekki farið hátt og konur í barneignarferlinu virðast almennt ekki vita af þessum valkosti enda er hann lítið kynntur fyrir þeim. Í bæklingi sem fjallar um verkjameðferð án lyfja í fæðingu sem er einn af bæklingunum í bæklingaröð Ljósmæðrafélagsins sem gefnir eru út á fræðsluvef félagsins verður þessi valkostur kynntur til sögunnar. Þessi grein er fræðileg úttekt á gagnsemi og öryggi ilmkjarnaolíumeðferða í fæðingu auk þess sem teknar eru saman hagnýtar upplýsingar sem geta nýst ljósmæðrum við fæðingarhjálp. Heimildaleit var gerð í janúar 2010 í gagnagrunnunum CINAHL, PubMed og Scopus þar sem leitarorðin „aromatherapy“ og „labour“ voru notuð. Leitin skilaði 6 rannsóknargreinum sem birtar voru á tímabilinu 1994-2008, einni yfirlitsgrein frá COCHRANE gagnagrunninum og fjölda greina sem fjalla um notkun ilmkjarnaolía í fæðingu.

HVAÐ ERU ILMKJARNAOLÍUR OG ILMKJARNAOLÍUMEÐFERÐ?

Ilmkjarnaolíur eru sterk efni með lyfjafræðilega verkun sem unnar eru úr ýmsum hlutum jurta og notaðar í meðferðalegum tilgangi (Tiran, 2000). Ilmkjarnaolíumeðferð er óhefðbundin meðferð sem miðar að því að nota ilmkjarnaolíur í meðferðarlegum tilgangi (Tiran, 2000). Algengast er að gefa ilmkjarnaolíur um húð og með því að virkja lyktarskynið. Nudd, bakstrar, skol eða blanda út í baðvatn eru dæmi um ilmkjarnaolíumeðferð um húð. Mólekúl hreinna ilmkjarnaolía og burðarolía eru það smá að þau ná að smjúga í gegnum húðina en það tekur þó 20-40 mínútur (Burns o.fl., 1999). Þegar ilmkjarnaolíur eru gefnar um húð verður reyndar ekki hjá því komist að virkja lyktarskynið því ilmurinn liggur í loftinu. Þegar lyktarskynið er virkjað fara virku efnin beint til limbíska kerfisins um lyktarklumbu (e. olfactory bulb) (Medforth, Battersby, Evans, Marsh & Walker, 2006). Limbíska kerfið er tilfinningamiðstöð heilans og hefur áhrif á hjartslátt, blóðþrýsting, öndun og viðbrögð við streitu (Burns o.fl., 1999). Þegar örvin verður á limbíska kerfið virkjar það enkephalin (náttúruleg verkjalyf), endorfín (náttúruleg ópíót) og serotónín (náttúruleg róandi efni) sem geta t.d. leitt til slökunar og komið jafnvægi á tilfinningar (Burns o.fl., 1999). Lykt, ein og sér getur því möguleika minnkað kvíða og aukið slökun. Þegar eingöngu á að nýta lyktarskynið er hægt að væta grisju með ilmkjarnaolíu, úða blöndu út í andrúmsloftið eða láta ilmkjarnaolíurnar gufa upp. Ilmkjarnaolíur eru einnig gefnar um slímhúð og með inntöku um munn en inntaka um munn er þó ekki ráðlögð á meðgöngu (Tiran, 2000). Þegar valin er meðferðarleið þarf að hafa í huga hvaða ábending er fyrir meðferðinni, val konunnar og val ljósmóðurrinnar. Ilmkjarnaolíumeðferð ætti alltaf að vera einstaklingshæf líkt og önnur umönnun ljósmæðra (Tiran, 2007).

FRÆÐILEG ÚTTEKT Á GAGNSEMI OG ÖRYGGI ILMKJARNAOLÍA Í FÆÐINGU Gagnsemi

Í fræðilegri úttekt Smith, Collins, Cyna og Crowther (2006) um óhefðbundnar meðferðir til verkjastillingar í fæðingu sem birt er í Cochrane gagnagrunninum segir að gagnsemi ilmkjarnaolía sem verkja-

meðferð í fæðingu hafi ekki verið staðfest. Þó að gagnsemi ilmkjarnaolía sem verkjameðferð hafi ekki verið staðfest með slembuðum samanburðarrannsóknum er margt sem bendir til þess að ilmkjarnaolíumeðferð gagnist konum til að takast á við hríðarverki (Burns & Blamey, 1994; Burns o.fl., 1999; Mously, 2005; Burns o.fl., 2007; Pollard, 2008). Það var aðeins rannsókn Calvert (2005) sem uppfyllti þau skilyrði sem sett voru í fræðilegri úttekt Smith o.fl. (2006) sem eingöngu tók fyrir slembaðar samanburðarrannsóknir. Í rannsókn Calvert (2005) voru 22 fjölbyrjur, 12 í rannsóknarhóp og 10 í samanburðarhóp. Konurnar í rannsóknarhópnum fengu ilmkjarnaolíur úr engifer (e. ginger) út í baðvatnið en konurnar í samanburðarhópnum fengu daufa blöndu af ilmkjarnaolíum úr sitrónugrasi (e. lemongrass). Konurnar dvöldu svo a.m.k. eina klukkustund í baðinu og var líðan þeirra metin á 15 mínútna fresti með því að nota verkjaskala (VAS). Ekki reyndist marktækur munur á milli hópa, enda voru of fáir þátttakendur í rannsókninni til að vænta mætti þess að fá marktækan mun. Í rannsókninni var einnig skoðað hvort engiferolía væri hríðaðræfandi og hvort hún gætt stytta fæðingartíma. Ekki reyndist marktækur munur á þessum þáttum nema hvað annað stig fæðingar reyndist styttra hjá rannsóknarhópnum. Engiferolía er fyrst og fremst notuð við vandamálum í meltingarvegi en ástæða þess að hún varð fyrir valinu var sú að rannsakandinn hafði notað hana í starfi sínu sem ljósmóðir og hafði tekið eftir því að fæðingar virtust ganga hraðar fyrir sig og konurnar virtust finna minna fyrir verkjum þegar engiferolían var sett í baðvatnið.

Slembaðar samanburðarrannsóknir henta vel þegar meta þarf gagnsemi ákveðinna meðferða í umönnun ljósmæðra (Clark, 2000) en það er ekki þar með sagt að þær séu eina leiðin til að komast að gagnsemi og öryggi ilmkjarnaolía hjá fæðandi konum. Það er vel við hæfi að gera matsrannsóknir (e. evaluation studies) þegar meta þarf árangur af ákveðnum aðferðum, meðferðum eða vinnubrögðum (Polit & Beck, 2006) og rýni (e. audit) er formleg aðferð til að meta þá þjónustu sem veitt er (Wray & Benbow, 2000). Þegar rýni er notuð til að meta árangur af nýjum meðferðum er tilvalið að gera rýni á þjónustuna áður en nýja meðferðin er innleidd til að hafa samanburð eftir innleiðingu (Wray & Benbow, 2000). Þær rannsóknir sem fjallað verður um hér eru flestar matsrannsóknir eða rýni en ein rannsóknin er forprófun að slembaðri samanburðarrannsókn.

Árið 1990 vildu ljósmæður á John Radcliffe sjúkrahúsinu í Oxford finna leiðir til að lina hríðarverki og veita konum í fæðingu slökun án þess að skerða hreyfigetu þeirra, valda þeim óþægindum eða öðrum óæskilegum áhrifum (Burns & Blamey, 1994). Ilmkjarnaolíumeðferð naut vaxandi vinsælda á þessu sviði en þar sem ekki

voru til rannsóknir um gagnsemi og öryggi ilmkjarnaolía í fæðingum ákváðu þær að gera forprófun að matsrannsókn sem stóð yfir í hálft ár (Burns & Blamey, 1994). Fimmhundrað áttatíu og fimm konur tóku þátt í rannsókninni, 384 frumbyrjur og 201 fjölbyrja, sem fengu alls 880 ilmkjarnaolíumeðferðir. Notaðar voru 10 mismunandi ilmkjarnaolíur (lavender, peppermint, eucalyptus, frankincense, clary sage, jasmine, camomile, rose, lemon og mandarin) sem gefnar voru á mismunandi hátt, oftast með því að úða blöndu út í andrúmsloftið

Geymsla ilmkjarnaolía

Ilmkjarnaolíur eru viðkvæmar fyrir ljósi og súrefni og þær þarf að geyma í litlum, dökkum glösum. Sítrusolíur er aðeins hægt að geyma í 3-6 mánuði og ætti að geyma í ísskáp. Ilmkjarnaolíur og hómópata remediur ætti ekki að geyma á sama stað.

(Tiran, 2000; Tiran, D 2007, munnleg heimild, 10. apríl)

Kassi 1

og næst oftast með því að setja dropa af piparmyntu á enni. Ilmkjarnaolíumeðferð var oftast gefin til slökunar (321 skipti) en einnig við ógleði (130 skipti), til hríðaðrævnar (111 skipti) og við hríðaverkjum (88 skipti). Lofnarblómaolían (e. lavender) var sú olía sem oftast var notuð. Hún var notuð við kvíða (174 skipti), verkjum (38 skipti) og til upplýfingar (12 skipti). Piparmyntuolían (e. peppermint) var oftast notuð við ógleði og uppköstum (108 skipti) og ljómasalvían (e. clary sage) var oftast notuð til hríðaðrævnar (77 skipti). Bæði ljósmæðurnar og konurnar voru beðnar um að meta gagnsemi olíanna. Almenn ánægja var bæði meðal þeirra fæðandi kvenna sem nutu meðferðanna og ljósmæðranna sem tóku þátt í rannsókninni. Lofnarblómaolían (e. lavender) gagnaðist vel til slökunar bæði að mati kvennanna og ljósmæðranna og piparmyntuolían gagnist vel við ógleði og uppköstum, sérstaklega að mati kvennanna sjálfra. Til stóð að taka hlé á notkun ilmkjarnaolíanna meðan verið var að vinna úr gögnum rannsóknarinnar en bæði ljósmæðurnar og konurnar óskuðu eftir því að þessi valkostur stæði áfram til boða, þrátt fyrir að niðurstöður lægju ekki fyrir. Meira en helmingi kvennanna (62%) fannst ilmkjarnaolíumeðferðin gagnast sér, 12% fannst hún gagnslaus, 17% gátu ekki gert upp við sig hvort hún hefði gagnast og 9% gátu ekki lagt mat á gagnsemi. Í grein sem fjallar um þessa rannsókn er ekki fjallað ítarlega um útkomu mæðra og barna sem tilheyrðu rannsóknahópnum en þar kemur þó fram að 418 konur (71%) fæddu eðlilega, 117 konur (20%) fæddu með aðstoð áhalda, hjá 44 konum (8%) þurfti að gera keisarskurð en fæðingarmáti var ekki skráður

hjá 1% kvennanna. Sjötíu og fjórar konur (13%) þurftu ekki á verkjalyfjum að halda eftir að hafa fengið ilmkjarnaolíumeðferð. Þessar tölur segja ekki mikið þar sem hvorki er samanburðarhópur né upplýsingar um útkomu fæðinga á þessu sjúkrahúsi á þessum tíma. Þessi rannsókn gefur okkur því eingöngu vísbendingu um að vissar ilmkjarnaolíur geti gagnast konum í fæðingu.

Burns o.fl. (1999) gerðu matsrannsókn sem veitir mikilvægar upplýsingar um gagnsemi og öryggi ilmkjarnaolía í ljósmóðurstarfi. Þessi rannsókn var gerð á sömu fæðingardeild og rannsókn Burns og Blamey (1994) er þar eru yfir 6.000 fæðingar árlega. Þátttakendur í rannsókninni voru 8.058 konur sem þáðu ilmkjarnaolíumeðferð við kvíða og hræðslu (61%), við verkjum (7%), við ógleði og uppköstum (14%), til að örva og styrkja hríðar (6%) og til að auka almenna vellíðan (7%). Þátttakendur voru bæði frumbyrjur (60%) og fjölbyrjur (40%) jafnt heilbrigðar konur sem og konur með áhættuþætti. Fæðing var ýmist framkölluð (32%) eða fór sjálfkrafa af stað. Meira en 50% kvennanna fannst ilmkjarnaolíumeðferðin hjálpa sér en 14% kvennanna fannst hún gagnslaus. Notkun á ilmkjarnaolíum virtist draga úr þörf fyrir frekari verkjameðferð hjá hluta kvennanna og var án efa gagnleg í að draga úr kvíða og verkjum. Niðurstöður rannsóknarinnar gáfu vísbendingar um að ilmkjarnaolíumeðferð gæti gagnast til að styrkja hríðar en það var þó ekki staðfest. Yfir 8% frumbyrja og yfir 18% fjölbyrja nýttu sér ekki hefðbundnar aðferðir til verkjastillingar eftir meðferð með ilmkjarnaolíum. Í rannsókninni var eingöngu notuð ein ilmkjarnaolía í einu til að auðvelda greiningu gagnanna. Ilmkjarnaolíur voru gefnar á mismunandi hátt, oftast með því að væta bómull, setja dropa á kodd, nudda eða nota í fótabað. Ilmkjarnaolíur voru einnig settar út í baðvatn, á ennið, inn í lófann eða í skolvökva sem notaður var til að skola spangarsvæði. Þar sem eingöngu var notuð ein ilmkjarnaolía í einu gefur það mikilvægar upplýsingar um áhrif einstakra ilmkjarnaolía á ákveðin vandamál. Lofnarblómaolían (e. lavender) var oftast notuð til að draga úr kvíða og fannst 50% kvennanna það gagnast sér en rósaolían (e. rose), sem var miklu minna notuð í rannsókninni vegna þess hve dýr hún er, gagnaðist 71% þeirra kvenna sem fengu hana. Kvoðuolía (e. frankincense) var einnig mikið notuð til að draga úr kvíða og fannst 44% kvenna hún gagnast sér. Lofnarblómaolían (e. lavender) sem var oftast notuð til að lina hríðarverki í fæðingu gagnaðist 54% kvennanna en 64% fannst kvoðuolían (e. frankincense) hjálpleg. Ljómasalvíuolían (e. clary sage) var mest notuð (í 87% tilfella) til að örva hríðar en aðeins 36% kvennanna fannst það bera árangur og 28% fannst það ekkert hjálpa. Piparmyntuolía (e. peppermint) var mest notuð við ógleði og uppköstum og fannst 54% þeirra kvenna sem ekki voru

Heiti ilmkjarnaolíu	Burns og Blamey, 1994	Burns o.fl., 1999	Calvert, 2005
Lina hríðarverki			
# Ginger			Gagnaðist ekki ³ (mjög lítið úrtak)
# Lavender	Möguleg gagnsemi ¹	Gagnaðist í 54% tilfella ²	
# Clary Sage	Möguleg gagnsemi ¹	Gagnaðist í 36% tilfella ¹	
# Chamomile	Möguleg gagnsemi ¹		
# Frankincense		Gagnaðist í 64% tilfella ²	
Draga úr þörf á annarri verkjameðferð			
# Clary Sage		Marktækt minni verkja- lyfjanotkun ²	
# Chamomile		Marktækt minni verkja- lyfjanotkun ²	
# Mandarin		16% þurftu ekki aðra verkjameðferð ¹	
# Lemon		17% þurftu ekki aðra verkjameðferð ¹	
Veita slökun			
# Lavender	Möguleg gagnsemi ¹		
Draga úr ógleði eða uppköstum			
# Peppermint	Möguleg gagnsemi ¹	Gagnaðist í 44-54% tilfella ²	
Létta lund			
# Lavender	Möguleg gagnsemi ¹		
Örva hríðar			
# Clary Sage	Möguleg gagnsemi ¹	Gagnaðist í 36% tilfella ¹	
Stytta fæðingartíma			
# Ginger			Marktækt styttra 2. stig ¹ (mjög lítið úrtak)
Draga úr kvíða			
# Rose		Gagnaðist í 71% tilfella ²	
# Lavender		Gagnaðist í 50% tilfella ²	
# Frankincense		Gagnaðist í 44% tilfella ²	

Skýringar: 1) Gagnast mögulega en betri gögn vantar 2) Gagnast vel samkvæmt niðurstöðum 3) Gagnast líklega ekki

Tafla 1. Gagnsemi einstakra ilmkjarnaolía (samantekt úr þremur rannsóknum).

með utanbastsdeyfingu hún vera gagnleg en 44% þeirra sem voru með utanbastsdeyfingu fannst hún gagnast sér. Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna að ljómasalvíuolía (e. clary sage) og kamilluolía (e. chamomile) eru gagnlegar til verkjastillingar í fæðingu þar sem notkun þeirra dró marktækt (ljómasalvíuolía $p=0,03$, kamilluolía $p=0,02$) úr þörf á annars konar verkjameðferð. Þetta var þó ekki í samræmi við mat kvennanna því eingöngu 36% þeirra fannst ljómasalvíuolía (e. clary sage) hafa gagnast við verkjum.

Í töflu 1 er að finna samanburð á gagnsemi einstaka ilmkjarnaolía samkvæmt niðurstöðum Burns og Blamey (1994), Burns o.fl. (1999) og Calvert (2005) en slíkar niðurstöður var eingöngu að finna í þessum þremur rannsóknum.

Mousley (2005) rýndi í notkun ilmkjarnaolía á fæðingardeild í Bretlandi þar sem u.þ.b. 2.500 konur fæða árlega. Markmiðið með rannsókninni var að yfirfara þær ilmkjarnaolíumeðferðir sem innleiddar höfðu verið á deildinni tveimur árum áður. Konurnar í rannsókninni fengu svokallaðan fæðingarpakka sem innihélt tvær blöndur af olíum til að nota sjálfar, hvort sem var heima eða á fæðingadeild. Blöndurnar innihéldu annars vegar 1% blöndu af ljómasalvíu (e. clary sage) og kvoðuolíu (e. frankincense)

til að nota í bað og hins vegar nuddolíu í 1% styrkleika með lofnarblómum (e. lavender), rómverskri kamillu (e. roman chamomile) og mandarínnum (e. mandarin). Konunum og stuðningsaðila þeirra var boðið að taka þátt í námskeiði þar sem kenndar voru einfaldar nuddaðferðir til að nota í fæðingu og stuðningsaðili konunnar var jafnframt hvattur til að nota. Ljósmæðurnar buðu einnig upp á ilmkjarnaolíumeðferð á deildinni. Margar ljósmæður notuðu blöndurnar sem útbúnar voru sérstaklega til að nota í bað annars vegar og nudd hins vegar, en um helmingur ljósmæðranna notaði annars konar blöndur, oftast lofnarblóm (e. lavender), ljómasalvíu (e. clary sage) og kvoðuolíu (e. frankincense). Konunum sem tóku þátt í þessari rannsókn fannst ilmkjarnaolíurnar frekar virka slakandi en verkjastillandi og meirihluti kvennanna sagðist mundu nota ilmkjarnaolíur aftur í fæðingu og margar sögðust geta mælt með notkun þeirra við aðrar konur. Það var almenn ánægja með þessa þjónustu og sérstaklega var ánægja með nuddnámskeiðið. Það er líklegt að fæðingarpakkinn með olíublöndunum og námskeiðið hafi haft jákvæð áhrif því þar með voru konurnar og þeirra stuðningsaðilar með bjargráð í fótum sínum sem ef til vill gerði þeim kleift að vera lengur í sínu umhverfi en það er þáttur sem ýtir undir

eðlilegt ferli. Hríðaörvandi áhrif voru ekki sérstaklega skoðuð í þessari rannsókn en nokkur ummæli gefa til kynna að hríðar hafi orðið sterkari og fæðingin hraðari og það er í samræmi við niðurstöður Burns o.fl. (1999). Í rannsókninni voru viðhorf og upplifun ljósmæðra einnig skoðuð. Flestar ljósmæður höfðu á tilfinningunni að ilmkjarnaolíumeðferðin veitti slökun og vellíðan (77,5%) og 65% ljósmæðranna töldu að meðferðin væri gagnleg til að draga úr verkjum og kvíða. Tuttugu og fimm prósent ljósmæðranna höfðu á tilfinningunni að ilmkjarnaolíumeðferðin drægi verulega úr notkun á petidíni en flestar höfðu þá tilfinningu að ilmkjarnaolíumeðferðinni fylgdi aukin notkun á baði, nuddi, og æfingarboltum auk þess sem konurnar hreyfðu sig meira. Tilfinning ljósmæðranna fyrir því hvort breyting væri á notkun utanbastsdeyfinga var mjög misvísandi. Það er ekki hægt að meta hvort notkun petidíns og utanbastsdeyfingar var minni hjá þessum hópi því ekki var neinn samanburðarhópur í þessari rannsókn. Samkvæmt niðurstöðunum notuðu 27,5% frumbyrja og 7% fjölbyrja petidín en 31,5% frumbyrja og 14% fjölbyrja notuðu utanbastsdeyfingu. Það er erfitt að túlka þessar niðurstöður því það kemur hvergi fram hvernig hópurinn er samansettur með tilliti til áhættuþátta. Höfundar taka þó fram að notkun petidíns og utanbastsdeyfinga sé tiltölulega lítil en gefa ekki upp hver notkunin er öllu jöfnu.

Burns o.fl. (2007) gerðu rannsókn á notkun ilmkjarnaolíu á fæðingardeild á sjúkrahúsi í Milánó á Ítalíu. Um var að ræða forpröfun og voru markmiðin að kanna hvort mögulegt væri að gera slembaða samanburðarrannsókn á notkun ilmkjarnaolíu í fæðingu og hvort slík meðferð gæti bætt útkomu móður og barns. Með þessari rannsókn þykir sýnt að mögulegt er að gera slembaða samanburðarrannsókn á ilmkjarnaolíum sem meðferð í fæðingu sem er mikilvægt fyrir áframhaldandi þróun þekkingar á þessu sviði. Ekki var marktækur munur á þeim útkomuþáttum sem skoðaðar voru í þessari rannsókn nema marktækt fleiri nýburar í samanburðarhópnum ($P=0,017$) lögðust inn á vökudeild. Höfundar geta ekki skýrt þennan mun og telja mögulegt að um tilviljun sé að ræða. Hópurinn sem fékk ilmkjarnaolíumeðferð skynjaði ekki eins mikla verki og samanburðarhópurinn en þessi munur var ekki marktækur og þörf er á stærra úrtaki til að sannreyna áhrif meðferðarinnar.

Pollard (2008) innleiddi notkun á ilmkjarnaolíum á stórrí fæðingardeild í Bretlandi árið 2005 og fylgdist með árangrinum í eitt ár með rýni. Megin markmiðið með rannsókninni var að kanna hvort ilmkjarnaolíumeðferðin minnkaði þörf kvenna í fæðingu fyrir verkjameðferð með lyfjum (utanbastsdeyfingar og ópíöt) og hvort meðferðin hefði jákvæða áhrif á upplifun kvenna í fæðingu. Ljósmæður fylltu út matsblað eftir fæðingu þar sem m.a. var spurt um hvers konar verkjameðferð konan hafði hugsað

sér fyrir fæðingu og hvaða verkjameðferð var notuð í raun. Ljósmodirir, konan og stuðningsaðili konunnar voru beðin um að meta árangur ilmkjarnaolíumeðferðarinnar á líkert-kvarða. Alls 196 spurningarlistum var svarað, 145 (74%) voru í sjálfkrafa sótt, 41 (21%) voru gangsettar og upplýsingar vantaði um 10 (5%). Það er ekki gott að segja hvort ilmkjarnaolíumeðferðin minnkaði þörf á verkjameðferð með lyfjum en 18 af þeim 43 konum sem ætluðu sér að fá utanbastsdeyfingu og 8 af þeim 22 konum sem ætluðu sér að fá ópiöt í fæðingunni komust af án þess, eftir að hafa fengið ilmkjarnaolíumeðferð. Hér vantar samanburðarhóp til að segja til um hvort það var ilmkjarnaolíumeðferðin sem hafði þessi áhrif eða einhverjir aðrir þættir.

Það er eðlilegt að fæðandi kona finni fyrir einhverjum kvíða en of mikill kvíði getur valdið því að líkaminn framleiðir meira af kateóláminum sem getur aukið sársaukaskynjun og dregið úr samdráttum í legi með því að hindra framleiðslu oxytósíns og endorfína (Zwelling, 2006). Ilmkjarnaolíur geta hinsvegar átt þátt í því að auka framleiðslu róandi, örvandi og slakandi efna í líkamanum (Smith o.fl., 2006) og þannig gagnast konum í fæðingu. Líklega eru það ekki eingöngu bein áhrif ilmkjarnaolíanna sem gerir ilmkjarnaolíumeðferð svo vinsæla meðal kvenna og ljósmæðra í Bretlandi því að hinar jákvæðu hliðarverkanir meðferðarinnar geta haft sitt að segja því notkun ilmkjarnaolíu hvetur til nudds, vatnsmeðferðar og yfirsetu í fæðingu en það eru allt þættir sem stuðla frekar að eðlilegri fæðingu og góðri útkomu. Nudd getur dregið úr verkjum og minnkað kvíða í fæðingu (Chang, Wang & Chen, 2002; Chang, Chen & Huang 2006) en það er vissulega hægt að nota með eða án ilmkjarnaolíu. Yfirseta í fæðingu eykur líkur á eðlilegri fæðingu og dregur úr notkun verkjalyfja í fæðingu (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2003). Vatnsmeðferð í baðkari eða fæðingarlaug á fyrsta stigi fæðingar minnkar notkun verkjalyfja og dregur úr sársaukaskynjun án þess að hafa neikvæð áhrif á lengd fæðingar, keisaratiðni eða heilbrigði nýburans (Cluett, Nikodem, McCandlish & Burns, 2002).

Öryggi og óþægindi við notkun ilmkjarnaolíu

Lykilatriði við notkun ilmkjarnaolíu er þynn-ing, öryggi og hugsanleg eitiráhrif (Medforth o.fl., 2006). Ráðlagt er að nota eins litla

skammta og mögulegt er til að ná fram tilætluðum áhrifum og þeir skammtar sem mælt er með að nota á meðgöngu eru yfirleitt minni en almennt eru notaðir fyrir fullorðna og eru langt undir eitrunarmörkum (Medforth o.fl. 2006). Hámarksstyrkleiki á meðgöngu er 2% (Tiran, 2000) en styrkur ilmkjarnaolíanna sem notaðar voru í nudd í rannsókn Burns o.fl. (1999) var undir 1%. Ilmkjarnaolíur eru blandaðar í burðarolíu (grunnolíu) sem gegnir því hlutverki að þynna út ilmkjarnaolíurnar en er auk þess nærandi og mýkjandi og veitir þannig ákveðin áhrif þegar hún er notuð við nudd (Burns o.fl., 1999). Möndluolía (e. sweet almond) er oft notuð sem burðarolía þar sem hún hentar flestum húðgerðum en olía unnin úr vínberjasteinum (e. grapeseed oil) er einnig góður kostur þar sem hún hentar öllum húðgerðum (Burns o.fl., 1999). Möndluolían er einstaklega mjúk og nærandi en hún inniheldur hnetur og hentar því ekki þeim sem hafa hnetuofnæmi. Margir hafa forðast að nota möndluolíu fyrir barnshafandi konur vegna þeirrar umræðu um að börn mæðra sem borða hnetur á meðgöngu geti þróað með sér hnetuofnæmi en það eru engar rannsóknir sem styðja þetta (Tiran, 2000).

Það er ekki hægt að gera ráð fyrir því að ilmkjarnaolíur séu öruggar þrátt fyrir að þær komi úr náttúrunni. Ilmkjarnaolíur geta haft óæskileg áhrif á konurnar og ekki má heldur gleyma því að þær hafa áhrif á alla sem eru inni í herberginu, bæði vegna uppgufunarinnar og lyktarinnar. Sumar ilmkjarnaolíur hafa vatnslosandi áhrif og aðrar hafa svokölluð *emmenagogic* áhrif sem þýðir að olían inniheldur efni sem geta ýtt undir eða framkallað blæðingu (Medforth o.fl., 2006). Þessi áhrif takmarka auðvitað notkun einhverra olía. Í rannsókn Burns o.fl. (1999) kemur fram að heilbrigðismenntað fagfólk sem hefur hlotið viðeigandi þjálfun og vinnur samkvæmt leiðbeiningum getur notað ilmkjarnaolíur á öruggan hátt í sínu fagi.

Öryggi fæðandi kvenna og óþægindi við notkun

Í rannsókn Burns o.fl. (1999) komu ekki fram neinar óæskilegar afleiðingar af notkun ilmkjarnaolíu en 1% kvennanna sem tóku þátt í rannsókninni greindu frá minniháttar óþægindum við notkun ilmkjarnaolíanna. Meðal þess sem konurnar fundu fyrir var ógleði, kláði, höfuðverkur og hröð fæðing. Sömu niðurstöður komu fram í rannsókn

Pollard (2008) því 1% kvennanna í þeirri rannsókn fundu fyrir höfuðverk og pírring í húð en aðrar óæskilegar afleiðingar komu ekki fram. Í rannsókn Burns og Blamey (1994) fundu 3% kvennanna (16 konur) fyrir óþægindum og var það oftast brunatilfinning eða stingur þegar piparmyntuolía var sett á ennið (5 konur) en aðrar óæskilegar afleiðingar komu ekki fram. Í öðrum rannsóknum sem hér hefur verið fjallað um hafa heldur ekki komið fram óæskilegar afleiðingar af notkun ilmkjarnaolíanna fyrir móður eða barn (Mously, 2005; Calvert 2005; Burns o.fl., 2007).

Öryggi ljósmæðra og annars

starfsfólks, óþægindi við notkun

Samkvæmt rannsókn Mousley (2005) kvörtuðu nokkrar ljósmæður um höfuðverk þegar þær notuðu ljómasalvíu (e. clary sage). Þessu var fylgt eftir með því að fara yfir það hvort leiðbeiningum var fylgt og í framhaldinu var farið yfir það hvernig koma mætti í veg fyrir að verða fyrir of miklum áhrifum. Þetta hafði þau áhrif að ljósmæður fundu síður fyrir höfuðverk.

Rósaolía (e. rose), kvoðuolía (e. frankincense), lofnarblómaolía (e. lavender), piparmyntuolía (e. peppermint) og ljómasalvíuolía (e. clary sage) hafa svokölluð *emmenagogic* áhrif og því geta mögulega komið af stað blæðingu hjá þunguðum konum auk þess sem piparmyntuolía (e. peppermint) getur haft eitiráhrif á lifur og lungu (Tiran, 2000). Þess vegna þarf að fara varlega þegar ilmkjarnaolíur eru notaðar nálægt barnshafandi konum og hér þarf að taka tillit til stuðningsaðila kvennanna og starfsfólks. Ljósmæður sem voru barnshafandi notuðu t.d. ekki piparmyntuolíu í rannsókn Burns o.fl. (1999). Læknar og ljósmæður þurfa einnig að gera sér grein fyrir að þau róandi áhrif sem sumar ilmkjarnaolíur hafa geta verið óæskileg (Tiran, 2000).

Öryggi við notkun

uppgufunarbúnaðar (e. vaporisers)

Ef notaður er búnaður til að láta ilmkjarnaolíur gufa upp í andrúmsloftið þarf það að vera rafknúinn búnaður því ekki er æskilegt að nota kerti á fæðingardeild vegna eldhættu (Tiran, 2006a). Það ætti ekki að láta ilmkjarnaolíur gufa upp í meira en 10-15 mínútur á hverjum klukkutíma (Tiran, 2006a) og mjög mikilvægt er að loftræsta vel herbergið áður en það er notað fyrir aðra konu. Það væri t.d. mjög óæskilegt að setja konu í hótandi fyrirburafæðingu inn á illa loftræsta stofu þar sem ilmur af hríðarvandi ilmkjarnaolíum lægi í loftinu.

Er óhætt að setja

ilmkjarnaolíur í baðvatnið?

Það eru skiptar skoðanir á því hvort óhætt sé að setja ilmkjarnaolíur út í baðvatnið þegar legvatn er farið. Tiran (2006a) heldur því fram að ekki ætti að nota ilmkjarnaolíur út

Blöndun

- Notið alltaf minnsta mögulega skammt sem virkar.
- Ilmkjarnaolíum er blandað í burðarolíu, t.d. vínberjasteinaolíu (e. grapeseed) eða möndluolíu (e. sweet almond).
- Fyrir hverja 5 ml af burðarolíu er fjöldi dropa sá sami og styrkur blöndunnar í prósentum.
 - 1-1½% á meðgöngu
 - 2% í fæðingu og eftir fæðingu
 - 4% í bað
- Ekki æskilegt að blanda saman meira en 3 ilmkjarnaolíum í einu (Tiran, 2000)

í baðvatnið ef legvatn er farið en samkvæmt Burns o.fl. (1999) er óhætt setja ilmkjarnaolíur út í baðvatnið, jafnvel þó að legvatn sé farið. Samkvæmt Tiran (2000) á ekki að nota ilmkjarnaolíur út í baðvatnið ef fæðing er fyrirhuguð í vatninu til að koma í veg fyrir að augu barnsins komist í snertingu við olíurnar. Í rannsókn Burns o.fl. (1999) voru notaðar ilmkjarnaolíur út í baðvatnið án þess að óæskileg áhrif kæmu fram. Það kemur þó ekki fram hversu margar konur notuðu ilmkjarnaolíur út í baðvatnið, hversu margar þeirra voru með farið legvatn né hversu margar þeirra fæddu í vatninu. Í rannsókn Pollard (2008) er það sérstaklega tekið fram að ekki hafi komið fram óæskileg áhrif hjá þeim börnum sem fæddust í vatni en þar kemur fram að 24 konur nýttu sér það með ilmkjarnaolíum en hvergi er tekið fram hversu margar konur fæddu í vatninu. Það er því þörf á frekari rannsóknum til að kanna hvort óhætt sé að setja ilmkjarnaolíur út í baðvatnið þegar legvatn er farið og þegar

konur fæða ofan í vatninu. Þar til upplýsingar um þetta liggja fyrir er ekki ráðlegt að setja ilmkjarnaolíur út í baðvatnið þegar legvatn er farið eða þegar fæðing er fyrirhuguð í vatninu.

Er öruggt að nota ilmkjarnaolíur hjá konum með áhættuþætti?

Þar sem ilmkjarnaolíur verka á lyfjafræðilegan hátt þá þurfa ljósmæður að vera sérstaklega vakandi þegar meðhöndla á konur með sjúkdóma og/eða á lyfjum.

- Vissar ilmkjarnaolíur geta ýtt undir krampa og því ætti ekki að nota ilmkjarnaolíur hjá flogaveikum konum eða konum með alvarlega meðgöngueitrun (Tiran, 2000).
- Það er sennilega í lagi að nota ilmkjarnaolíur hjá sykursjúkum konum ef blóðsykri er vel stjórnað og í góðu jafnvægi (Tiran, D 2007, munnleg heimild 10. apríl).
- Ljómasalví (e. clary sage), lofnarblóm (e. lavender) og ilmberkjúla (e. ylang ylang)

geta lækkað blóðþrýsting (Tiran, 2000) og því þarf að fara varlega í að nota þær hjá konum sem eru með lágan blóðþrýsting og ætti ekki að nota hjá konum sem hafa fallið í blóðþrýsting eftir að hafa fengið mænurótardeytingu (Tiran, 2000).

- Múskatolíu (e. nutmeg) má ekki gefa konum sem hafa fengið Petidín og sömuleiðis má ekki gefa konum sem fengið hafa múskatolíu Petidín þar sem múskatolían inniheldur mónóamín oxíðasa hemla (Tiran, 2000).
- Það þarf að fara varlega þegar ilmkjarnaolíur eru notaðar samfara róandi lyfjum, krampalyfjum og andhistamíni og í raun ætti alltaf að skoða hvort ilmkjarnaolíur hafa milliverkun við lyf sem konan notar (Tiran, 2000).
- Roðamyndandi eða hitagefandi olíur eins og kamilluolía (e. chamomile) og lofnarblómaolía (e. lavender) henta ekki fyrir konur með hita (Tiran, 2000).
- Olíur með vatnslosandi verkun, s.s. kamilluolía (e. chamomile), lofnarblómaolía (e. lavender) og rósaolía (e. rose) geta gagnast við mikilli vökvásöfnun en eru þá aftur á móti ekki æskilegar eftir mikla blæðingu (Tiran, 2000).
- Hríðarvandi olíur þarf að nota varlega þegar verið að nota Syntocinon (Tiran, 2006a).
- Konur með margs konar ofnæmi, heymæði eða astma ættu ekki að nota lofnarblómaolíu (e. lavender) (Burns o.fl., 1999) og konur með hjartasjúkdóma ættu ekki nota piparmyntuolíu (e. peppermint) (Tiran, 2004).

Það er því ekki útilokað að nota ilmkjarnaolíumeðferð hjá konum með áhættuþætti en það er ljóst að það þarf að fara mjög varlega.

NIÐURSTAÐA

Það er margt sem mælir með því að bjóða upp á ilmkjarnaolíumeðferð fyrir konur í fæðingu því slík meðferð getur aukið vellíðan, dregið úr kvíða, hræðslu, ógleði og uppköstum, auk þess að minnka þörf á verkjalyfjum. Rannsóknir sýna að ilmkjarnaolíumeðferð í fæðingu felur ekki í sér hættu fyrir móður né barn en getur í einstaka tilfellum valdið minni háttar óþægindum. Frekari rannsóknir munu vonandi færa okkur nánari upplýsingar um hvernig best sé að veita ilmkjarnaolíumeðferð þannig að hún gagnist konum í fæðingu sem best. Ethel Burns hefur með rannsóknum sínum (Burns & Blamey, 1994; Burns o.fl., 1999; Burns o.fl., 2007) lagt mikilvægan grunn að frekari rannsóknum á þessu sviði og vonandi verður framhald á því. Til að tryggja örugga notkun er mikilvægt að ljósmæður afli sér þekkingar á ilmkjarnaolíumeðferð fyrir konur í fæðingu og beri virðingu fyrir olíunum því þær eru kröftugar og hafa lyfjafræðilega verkun.

Ilmkjarnaolíumeðferð er engin töfralausn en gagnleg og örugg meðferð sem ljósmæður geta notað til að veita fæðandi konum hlýju og umhyggju.

Meðferðarleiðir og blöndun	
Aðferð	Blöndun
Fótabað	• 4 dropum af ilmkjarnaolíum er blandað í ½ lítra af volgu vatni. Uptaka á sér stað um húðina á iljunum. <i>Gagnlegt fyrir konur sem sitja í stól t.d. snemma í fæðingu eða konur sem eru með syntocinon dreypu.</i>
Bað	• Blandið ilmkjarnaolíum í mjólk eða burðarolíu og setjið svo í baðið þegar búið er að renna í það - látið dreifast vel. Rokgjarnar olíur gufa annars upp á meðan rennur í baðið • Ekki ef fæðing er fyrirhuguð í baðinu • Ekki ef legvatn er farið • Ekki nota Peppermint eða Eucalyptus vegna þess að það er of kælandi. • Ekki mælt með að nota Clary sage út í bað til að styrkja hríðar. <i>Er slakandi fyrir konur.</i>
Dropi á enni	• Notið Peppermint til að draga úr ógleði og/eða uppköstum með því að hafa áhrif á þann hluta heilans sem ýtir undir uppköst. Þó að Peppermint sé ofast kælandi þá finna sumar konur frekar fyrir brunatilfinningu. <i>Dropi af Peppermint eða Lavender á gagnaugun geta linað höfuð-verk/mígreni.</i>
Nudd	• 5-20 ml af grunnolíu er blandað saman við ilmkjarnaolíur • Nuddið iljar, fætur, bak, axlir, kvíða. • Notið ekki meira en 1 dropa af Peppermint til að forðast kælandi áhrif. <i>Hjálpar konum með bakverki, kvíða, svefnleysi, kláða.</i>
Grisja	• Hægt er að setja dropa af hvaða ilmkjarnaolíu sem er í grisju og þefa af henni.
Bakstur	• Heitur bakstur fyrir verki – kaldur til að minnka bólgu. • Setjið ½ lítra af vatni í skál og 4 dropa af ilmkjarnaolíum. Notið svo lítið handklæði eða annað stykki til að vinda upp úr vatninu. Bleytið svo stykkið aftur þegar það hefur náð líkamshita.
Innöndun frá skál	• Setjið heitt vatn í skál og blandið 4 dropum af ilmkjarnaolíum út í. Setjið skálina fyrir framan konuna þar sem hún getur andað að sér ilminum.
Skolun á spangarsvæði	• Setjið 1 lítra af volgu vatni í könnu/brúsa og blandið 3 dropum af ilmkjarnaolíum út í. Hristið eða hrærið fyrir notkun. Skolið spangarsvæðið t.d. eftir saumaskap.

Tafla 2

(Burns o.fl., 1999; Tiran, 2000)

Frábendingar og ábendingar - flokkað eftir olíum

Olía	Frábendingar og atriði sem þarf að hafa í huga	Ábendingar
BERGAMOT Bergamía	- Getur aukið næmi fyrir sólarljósi – varist sólþöð eftir meðferð. - Varúð á 3ja þriðjungi og eftir fæðingu vegna mögulegra áhrifa á storkuþætti þar sem coumarins hafa antocoagulant áhrif. Þó er ósennilegt að þetta litla magn sem notað er við ilm kjama-olíumeðferð hafi áhrif.	Meðganga: slökun, kvíði, andlitsnudd til að meðhöndla skútabólgu/stíflu. Lækkar blóðþrýsting í meðgöngueitrun, gott við hægðatregðu, vindgangi, blöðrubólgu. Fæðing: verkjastillandi, losar um spennu og hræðslu, upplífandi. Má blanda við: chamomile, clary sage, grapefruit, lavender, neroli, ylang ylang Meðganga: hægðatregða, colic verkir, niðurgangur, exem, minniháttar sár, sýkingar, sinadráttur og liðverkir vegna slökunar á liðböndum.
CHAMOMILE Kamilla	- Mögulega erting í viðkvæmri húð. - Þeir sem eru með astma ættu að forðast German Chamomile.	Meðganga: hægðatregða, colic verkir, niðurgangur, exem, minniháttar sár, sýkingar, sinadráttur og liðverkir vegna slökunar á liðböndum. Fæðing: dregur úr streitu, kvíða og spennu. Má blanda við: bergamot, clary sage, lavender, neroli.
CLARY SAGE Ljómasalvía	- Notist ekki fyrir en seint á meðgöngu vegna emmenagógic áhrifa og notist varlega eftir fæðingu. - Notið ekki í fæðingu ef mjög sterkir samdrættir, ör á legi, fyrirburafæðing, fjölburaefæðing. - Varúð ef notað með Syntocinon.	Fæðing: dregur úr kvíða, framkallar sælutilfinningu, dregur úr verkjum, hræðslu og spennu. Styrkir hriðar. Má blanda við: bergamot, frankincense, grapefruit, lavender.
FRANK-INCENSE Kvoða	Ekki nota fyrir konur með astma eða konur sem þola illa sterka lykt.	Meðganga: Gagnlegt við kvefi, flensu og stíflu í ennisholum. Notist aðeins í litlum skömmtum á meðgöngu. Fæðing: Verkjastilling, kvíði, spennu, hræðsla. Kemur jafnvægi á tilfinningar. Dropi í lófann á transition stigi getur hjálpað. Má blanda við: bergamot, clary sage, grapefruit, lavender.
GRAPEFRUIT Greip	- Getur aukið næmi fyrir sólarljósi. - Forðast ef kona hefur ofnæmi fyrir sítrus ávöxtum. - Geyma í ísskáp. - Er mögulega þvagræsandi, bætir sogæðaflæði.	Meðganga: Streita, kvíði, þunglyndi, ógleði, hægðatregða, höfuðverkur. Fæðing: Ótti, kvíði, bætir skap. Léttir þyngri ilm s.s. clary sage. Má blanda við : bergamot, chamomile, clary sage, frankincense, lavender, neroli, ylang ylang.
LAVENDER Lofnarblóm	- Forðist að nota fyrir konur með heymæði eða astma sem espast upp við frjókom. - Forðist að nota ef konan á það til að falla í blóðþrýstingi vegna stöðu/legu. - Forðist að nota þegar konan er með utanbasts-deygingu þar sem lavender getur verið samverkandi með Bupivacine. - Notist varlega ef verið er að gangsetja eða örva hriðar hjá konu þar sem lavender hefur áhrif á samdráttarhæfni legsins. - Varið ykkur á slævandi áhrifum sem geta haft áhrif á alla viðstadda. - Getur valdið ertingu í húð.	Meðganga: Streita, slökun, höfuðverkur, svefnleysi, hækkaðu blóðþrýstingur, meðgöngueitrun (með varúð), stíflur í ennisholum, bakverkir og hægðatregða. Fæðing: Verkjastilling, kvíði, hræðsla, spennu, til að styrkja hriðar. Strax eftir fæðingu: Föst fylgja. Má blanda við: bergamot, chamomile, clary sage, frankincense, grapefruit, neroli.
NEROLI Nerolí	Forðist að nota fyrir konur með heymæði eða astma sem espast upp við frjókorn og þær sem hafa ofnæmi fyrir sítrus ávöxtum (aðeins fræðileg áhætta).	Meðganga: Kvíði, hræðsla, þunglyndi, slökun, hægðatregða, niðurgangur, svefnleysi, ógleði. Fæðing: Upplífandi (hressandi), dregur úr kvíða, minnkar ógleði. Má blanda við: bergamot, clary sage, jasmine, lavender, ylang ylang.
PEPPERMINT Piparmynta	- Getur valdið ertingu í húð. - Óvirkjar hómópata remediur. - Notið ekki ef konur eru með hjartavandamál.	Meðganga: Ógleði, uppköst, brjóstsvíði, meltingartruflanir, hægðatregða, vöðvapirringur og vöðvaverkir, höfuðverkur, pirringur í húð, streita og kvíði. Fæðing: Verkjastilling, styrkir hriðar. Má blanda við: lavender og sítrusolíur
ROSE Rósa	Forðist að nota þar til í lok meðgöngu vegna hugsanlegra emmenagógic áhrifa.	Fæðing: Slakandi og e.t.v. hriðastyrkjandi. Má blanda við: bergamot, chamomile, clary sage, grapefruit, jasmine, lavender, neroli, ylang ylang.
YLANG YLANG Ilmberkjuolía	- Forðist stóra skammta og langtíma notkun. - Ilmurinn getur verið yfirþyrmandi. - Getur valdið ertingu í húð og því e.t.v. sniðugt að prófa á litlu húðsvæði.	Meðganga: Slakandi og róandi áhrif. Undirbúningur fyrir fæðingu. Getur gagnast konum með kyndeyfð. Fæðing: Kemur jafnvægi á tilfinningar. Má blanda við: bergamot, chamomile, grapefruit, jasmine, lavender, neroli, petitgrain.

Tafla 3

(Tiran, 2004, Tiran 2006b).

Val á olíum eftir einkennum eða vandamálum		
Einkenni eða vandamál	Ilmkjarnaolíur - blandið mest 3 olíum saman	Notkunarmöguleikar
Kvíði, spennan, streita, þörf á slökun	Lavender, frankincense, mandarin, chamomile, jasmine, rose	Nudd, fótabað, bað, dropi í lófann (eingöngu frankincense)
Móðursýki, oföndun	Frankincense	Dropi í lófann
Ógleði, uppköst	Peppermint	Einn dropi á ennið eða í grisju
Höfuðverkur, mígreni	Peppermint, lavender, chamomile (eingöngu í grisju)	Dropi á gagnaugu. Grisja á enni eða hnakka.
Svefnleysi	Lavender, mandarin, chamomile, frankincense	Nudd, fótabað, bað, dropi í grisju eða á koddan
Upplífandi (hressandi)	Lemon, jasmine, mandarin, rose	Nudd, fótabað, bað, dropi í grisju eða á koddan
Til að hressa og endurnæra	lemon, eucalyptus (lítið), peppermint (lítið)	Dropi í grisju eða á koddann, fótabað, nudd, heitur bakstur á enni.
Þunglyndi, erfið fyrri reynsla	Rose, jasmine, lavender, clary sage, mandarin	Nudd, fótabað, heitur bakstrar, bað (ekki Clary Sage)
Sveittir fætur	Peppermint	Fótabað
Leggangakrampi (e. vaginismus)	Rose, jasmine, clary sage	Fótabað, nudd, dropi í grisju eða á koddan.
Bakverkur	Lavender, chamomile, eucalyptus, clary sage	Baknudd, bað (ekki Eucalyptus eða Clary sage)
Veikar hriðar	Clary sage, jasmine, lavender, rose	Nudda varlega kviðinn eða lendarhygg. Heitir bakstrar á sömu svæði, Fótanudd.
Föst fylgja		
Hægja á hriðum/samdráttum	Chamomile, mandarin	Heitir bakstrar á kvið og/eða lendarhygg.
Hiti	Peppermint (1-2 dropar), eucalyptus (1-2 dropar), lemon	Volgir eða heitir bakstrar á líkamann, fótabað.
Skútabólga (e. sinusitis), slímhúðarbolga, stíflað nef	Eucalyptus, lemon	Eucalyptus, lemon. Dropi í grisju eða á koddan. Anda að sér frá skál með handklæði yfir höfðinu. Heit grisja við nef.
Kvef, hálsbólga	Lavender, eucalyptus, lemon	Bað, kaldir bakstrar, gætilegt nudd.
Þurr húð	Rose, frankincense, jasmine, lavender	Nudd
Astma	Frankincense, eucalyptus, lavender (ekki ef tengt heymæði)	Dropi í lófann (frankincense), nudd, dropi í grisju eða koddan, fótabað.
Bólga á spangarsvæði eftir fæðingu	Chamomile, lavender	Skolon á spangarsvæði, kaldir bakstrar (bindi).

Tafla 4

(Burns o.fl.,1999, bls. 36)

HAGNÝTAR UPPLÝSINGAR FYRIR LJÓSMÆÐUR

Með þessari grein fylgja hagnýtar upplýsingar fyrir ljósmæður sem unnar voru upp úr rannsóknum og bókum um ilmkjarnaolíumeðferð í tengslum við gerð verklagsreglna og vinnuleiðbeininga um notkun ilmkjarnaolíu í og eftir fæðingu á Landspítala, en þessar verklagsreglur og vinnuleiðbeiningar voru samþykktar nú í vor. Upplýsingar um geymslu ilmkjarnaolíu eru í kassa 1 á bls. 15 og upplýsingar um blöndun ilmkjarnaolíu eru í kassa 2 á bls. 17 sýnir meðferðarleiðir og blöndun og er að mestu leyti unnin úr rannsókn Burns o.fl. (1999) en leiðbeiningar varðandi notkun ilmkjarnaolíu í bað eru einnig frá Tiran (2000). Í töflu 3 er listi yfir ábendingar og frábendingar þeirra 10 ilmkjarnaolíu sem valdar voru til notkunar á fæðingarkeildum Landspítalans (Tiran, 2004; Tiran, 2006b). Þar eru einnig stuttar lýsingar á notkunarmöguleikum, hvaða

olíur henta til íblöndunar (eingöngu nefndar einhverjar af þeim 10 olíum sem til eru á Landspítala) og hvað ber að varast við notkun. Þegar valdar voru þær ilmkjarnaolíur sem nota átti á fæðingarkeildum Landspítalans var ákveðið að velja 10 tegundir sem kæmu að mestu gagni fyrir konur í fæðingu samkvæmt þeirri gagnreyndu þekkingu sem vól var á (Burns et al, 1999; Tiran, 2000; Tiran, 2004; Tiran, 2006b). Tafla 4 getur gagnast við val á olíum eftir einkennum eða vandamálum (Burns o.fl.,1999, bls. 36) en þar eru reyndar tilgreindar fleiri en þær 10 olíur sem valdar voru til notkunar á Landspítala.

Vonandi nýtast upplýsingarnar í þessari grein fyrir þær ljósmæður sem nú þegar bjóða upp á ilmkjarnaolíumeðferð fyrir konur í fæðingu og vonandi eru þessi skrif einnig hvatning fyrir fleiri ljósmæður til að kynna sér ilmkjarnaolíumeðferð, hvort sem það er í þeim tilgangi að veita slíka meðferð eða til að geta rætt um slíka meðferð við skjólstæðinga sína.

HEIMILDIR

- Anna Sigríður Vernharðsdóttir, Stefánía Guðmundsdóttir, Helga Sigurðardóttir, Þóra Jenný Gunnarsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir (2009). Nálastungumeðferð í ljósmóðurstarfi. *Lausnarstærar. Ljósmóðurfærði og ljósmóðurlist*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag, Ljósmæðrafélag Íslands og námsbraut í ljósmóðurfærði við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.
- Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir (2010). Notkun óhefðbundinnar heilbrigðisþjónustu á Íslandi. *Læknablaðið*, 4 (95), 267-273.
- Budd, S. (2000). Acupuncture. Í D. Tiran & S. Mack (ritstj.), *Complementary Therapies for Pregnancy and Childbirth* (bls. 79-104). London: Harcourt Publishers Limited.
- Burns, E. & Blamey, C. (1994). Using aromatherapy in childbirth. *Nursing Times*, 2 (90), 54-60.
- Burns, E., Blamey, C., Ersser, S.J., Lloyd, A.J. & Barnetson, L. (1999). *The Use of Aromatherapy in Intrapartum Midwifery Practice. An Evaluative Study*. Oxford: Oxford Centre for Health Care Research and Development.
- Burns, E., Zoppi, V., Panzeri, D., Oskroch, R. & Regalia, A. (2007). Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial. *BJOG*, 114, 838-844.
- Calvert, I. (2005). Ginger: an essential oil for shortening labour? *The Practising Midwife*, 8 (1), 30-34.
- Chang, M.Y., Wang, S.Y. & Chen, C.H. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 68-73.
- Chang, M.Y., Chen, C.H. & Huang, K.F. (2006). A comparison of massage effects on labor pain using the McGill Pain Questionnaire. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 14(3), 190-197.
- Clark, E. (2000). The historical context of research in midwifery. Í Sue Proctor & Mary Renfrew (ritstj.) *Linking Research and Practice in Midwifery. A Guide to Evidence-Based Practice* (bls. 35-54). London: Harcourt Publishers Limited.
- Cluett, E.R., Nikodem, V.C., McCandlish, R.E., Burns E.E. (2002). Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C. (2003). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Medforth, J., Battersby, S., Evans, M. Marsh, B. & Walker, A. (2006). *Oxford Handbook of Midwifery*. New York: Oxford University Press.
- Mousley, S. (2005). Audit of an aromatherapy service in a maternity unit. *Complementary therapies in clinical practice*, 11(3), 205-210.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Esentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pollard, K.R. (2008). Introducing aromatherapy as a form of pain management into a delivery suite. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*, 103, 12-16.
- Smith, C.A., Collins, C.T., Cyna, A.M., Crowther, C.A. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Tiran, D. (2000). *Clinical aromatherapy for pregnancy and childbirth* (2. útg.). London: Churchill Livingstone.
- Tiran, D. (2004). *Implementing Aromatherapy in Maternity Care*. Chatham, Expectancy Ltd.
- Tiran, D. (2006a). Midwives' responsibilities when caring for women using complementary therapies during labour. *MIDIRS*, 16(1), 77-80.
- Tiran, D. (2006b). *Safety of Herbal Remedies in Pregnancy. A quick reference guide* [CD]. Expectancy Ltd, London.
- Tiran, D. (2007). Complementary therapies: time to regulate? *The practising midwife*, 10(3), 14-19.
- Wray & Benbow (2000). Developing standards for practice. Í Sue Proctor & Mary Renfrew (ritstj.) *Linking Research and Practice in Midwifery. A Guide to Evidence-Based Practice* (bls. 155-170). London: Harcourt Publishers Limited.
- Zwelling, E. (2006). How to implement complementary therapies for labouring women. *MCN American Journal of Maternal/Child Nursing*, 31(6), 364-370.

Fréttir frá námsbraut í ljósmóðurfræði

Tímamót í menntunarmálum ljósmæðra

Á næsta ári, 2011 verður ljósmóðurnám á Íslandi 250 ára, en skipuleg ljósmæðra-kennsla hófst árið 1761. Mikið vatn hefur runnið til sjávar á þessum tíma. Ekki er ætlunin að rekja þá þróun í þessum pistli heldur er tilgangur okkar fyrst og fremst að veita upplýsingar um þá möguleika sem ljósmæðrum standa til boða í dag vilji þær auka við menntun sína, jafnframt því að gefa innsýn í þær breytingar sem eru á döfinni í námi ljósmæðra við Háskóla Íslands.

Ljósmæður hafa alla tíð verið vakandi fyrir bættri menntun stéttarinnar. Hugmyndafræðin fyrir á tímum var að menntun ljósmæðra væri í samræmi við ríkjandi þarfir samfélagsins. Þannig var t.d. lögð áhersla á að mennta ljósmæður fyrir hinar dreifðu byggðir landsins. Í dag er markmið menntunar einnig og ekki síður að þróa þekkingu í ljósmóðurfræði sem skilar sér í bættri þjónustu og aðkomu ljósmæðra að stefnumótun og ákvarðanatöku í heilbrigðiskerfinu. Slíkt gerist með námi sem er í upphafi byggt upp sem fræðilegt og klínískt nám. Ljósmóðurfræðina þarf að efla innan háskólans en ekki síður á starfsvettangi þar sem stór hluti kennslu hennar fer fram.

Það eru 14 ár frá því fyrstu ljósmæðurnar innrituðust til náms við Háskóla Íslands og nú hafa u.þ.b. 130 ljósmæður lokið þaðan embættisprófi. Á síðasta ári var samþykkt námsleið til meistaraþráðu í ljósmóðurfræði.

Með því geta þær ljósmæður sem lokið hafa embættisprófi frá Háskóla Íslands bætt við sig eins árs námi. Jafnframt hafa ljósmæður með eldra próf frá Ljósmæðraskóla Íslands nú hafið meistaranám en þær höfðu áður lokið BS gráðu. Í dag eru ljósmæður sem hafa lokið meistaranámi nær 20 og í meistaranámi í ljósmóðurfræði við hjúkrunarfræðideild stunda 10 ljósmæður nám. Tvær ljósmæður hafa lokið doktorsprófi og nokkrar eru að undirbúa doktorsnám.

Á deildarfundum hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands sem haldin var 22. júní 2010 var samþykkt tillaga námsbrautar í ljósmóðurfræði um að hefja endurskoðun námsskrár í ljósmóðurfræði. Stefnt verður að því að breyta inntökuskilyrðum í námið og skipuleggja ljósmæðranám til 5 ára að loknu stúdentsprófi. Fyrirhugað er 3 ára nám til BS gráðu í samþættingu við grunnnám í hjúkrunarfræði og tveggja ára nám til meistaraþráðu, sem gefur leyfi til að stunda ljósmóðurstörf á Íslandi. Námsnefnd grunn- og framhaldsnáms í ljósmóðurfræði mun leiða þróun og útfærslu nýrrar námsskrár í samráði við aðrar námsnefndir innan hjúkrunarfræðideildar og umsjónarkennara þeirra námskeiða í hjúkrunarfræði sem nemendur í ljósmóðurfræði munu taka þátt í. Áætlað er að breytt námsleið með nýjum inntökuskilyrðum í ljósmóðurfræði verði lögð fram til samþykktar eigi síðar en á deildarfundum

í byrjun árs 2012 og að námsleiðin verði í boði frá og með haustinu 2012.

Yfirsetukvennaskóli Íslands, síðar Ljósmæðraskóli Íslands var stofnaður 1912. Hjúkrunarnám og hjúkrunarleyfi hefur verið inntökuskilyrði í námið frá árinu 1982. Verði tekið aftur beint inn í ljósmóðurnám árið 2012 á 100 ára afmæli ljósmæðraskóla á Íslandi eru þetta 30 ár af menntunarsögu ljósmæðra á Íslandi. Miðað skal þó við að halda opnum þeim möguleika að hjúkrunarfræðingar geti bætt við námi til að öðlast ljósmæðraleyfi og sama gildir munu ljósmæður sem hafa hug á að verða sér úti um hjúkrunarleyfi.

Í ljósi sögunnar eiga breytingar á fyrirkomulagi náms í ljósmóðurfræði sér langan aðdraganda. Í okkar huga markar þessi samþykkt deildarfundar tímamót sem skapa tækifæri. Við teljum að breytt og hnitmiðaðra nám í ljósmóðurfræðum til meistaraþráðu sem tekur 5 ár í stað 7-8 ár sé til þess fallið að styrkja uppbyggingu þekkingargrunns fræðigreinarinnar sem er forsenda þess að ljósmóðurþjónusta eflist í samfélaginu og greinin þróist innan háskólaumhverfisins. Það er einnig ljóst að ljósmæður geta haldið upp á tvö stórafmæli á næstu tveimur árum

Ólöf Ásta Ólafsdóttir
og Helga Gottfredsdóttir



Svanhvít Sverrisdóttir
viðskiptastjóri Ármúla

Yfir 70% viðskiptavina okkar mæla
með MP banka við ættingja sína
og vini.* Það eru ánægjuleg meðmæli.

*skv. þjónustukönnun MP banka febrúar 2010

Varfærni, einfalt þjónustuframboð og örugg
vinnubrögð skipta öllu máli fyrir fólk og fyrirtæki.

Þannig á banki að vera.

- Debetkort
- Launareikningur
- Kreditkort
- Netbanki
- Netgreiðsluþjónusta
- Gjaldreikningur
- Sparnaðarreikningur
- Yfirdráttur



www.mp.is • 540 3200 • Ármúla 13a • Borgartúni 26

Menning og brjóstagjöf asískra kvenna

Fjöldi Asíubúa á Íslandi hefur aukist mjög undanfarin ár og eru þeir nú tæplega 1% þjóðarinnar. Það er vel þekkt að heilbrigðishegðun einstaklinga er mjög samofin þeirri menningu sem þeir koma frá. Í ljósi þess er mikilvægt að skoða hvaða áhrif menning hefur á barneignarferlið hjá Asíubúum, með áherslu á brjóstagjöfina. Í þessari grein, sem byggir á ritgerð úr námskeiðinu Inngangur í ljósmóðurfraeði í ljósmóðurnáminu við Háskóla Íslands, var skoðað hvað það er sem hefur áhrif á viðhorf, tíðni og lengd brjóstagjafar hjá asískum konum. Fjallað var um áhrif asískrar menningar, lýðfræðilegra þætti, hvaðan asískar konur fá stuðning og hvaða áhrif hann hefur á brjóstagjöfina.

Menning er stór þáttur í lífi okkar allra og skilgreinir oft viðhorf okkar og þekkingu til dæmis gagnvart brjóstagjöf. Það er því nauðsynlegt fyrir heilbrigðisstarfsfólk að gera sér grein fyrir því að ef við skiljum ekki menningu okkar skjólstæðinga þá getum við ekki sinnt þeim á heildrænan hátt.

Ólöf Ásta Ólafsdóttir.

Inngangur

Brjóstagjöf er ótvíræð leið til að sjá barni fyrir nauðsynlegri næringu fyrir vöxt og þroska þess. Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni, WHO (2003) þá er mælt með að ungabörn fái eingöngu brjóstamjólki fyrstu sex mánuði ævinnar, en það er talið stuðla að ákjósanlegum vexti, þroska og almennu heilbrigði. Eftir það sé barninu kynnt önnur fæða sem mætir næringarþörfum þess samhliða brjóstagjöf til tveggja ára aldurs og áfram ef það er vilji foreldra. Ekki er þó hægt að horfa framhjá því að það er ýmislegt sem hefur áhrif á hvort kona hafi barn sitt eingöngu á brjósti, að hluta til eða alls ekki.

Frá því ég hóf störf á deild 22A við Landspítalann, haustið 2007, hef ég haft gríðarlegan áhuga á brjóstagjöf. Ég hef séð hvað velheppnuð brjóstagjöf veitir bæði móður og barni mikla ánægju og vellíðan og jafnframt tekið eftir því hvað viðhorf til brjóstagjafar eru ólík eftir því hvaðan móðirin er. Af því sem ég hef kynnst þá hafa asískar konur yfirleitt jákvætt viðhorf til brjóstagjafar og eru venjulega tilbúnar til að leggja börn sín á brjóst strax eftir fæðingu. Það er þó mín upplifun að asískar konur vilja oft á tíðum gefa barninu fljótlega þurrmjólk og segja gjarnan að það sé engin mjólk komin. Ég hafði því mikinn áhuga á að kynna mér hvernig brjóstgjöf er háttað hjá asískum konum, hvernig menning sem og fleiri þættir



Ólafía Aradóttir
nýútskrifuð ljósmóðir

hafa áhrif á brjóstagjöfina og hvað ljósmæður geta gert til að styðja við brjóstagjöf þessara kvenna hér á landi svo þeim sé sinnt á heildrænan hátt.

Áhrif menningar

Öll hegðun og færni sem við lærum og er sameiginleg íbúum samfélagsins kallast menning. Hún er leiðarvísir fyrir fólk og segir til um hvernig lífið í samfélaginu er. Menning er lærð og lýsir lífnaðarháttum íbúa samfélagsins. Það er fyrst og fremst menning sem gerir okkur lík sumum höpum en ólík öðrum (Garðar Gíslason, 1997, bls. 82).

Á síðustu árum hefur verið lögð áhersla á það í ljósmóðurfraeðum sem og í hjúkrun, að horfa á einstaklinginn sem verið er að sinna á heildrænan hátt. Til að skilja hvaða áhrif barneignarferlið hefur á konuna, fjölskylduna og samfélagið í heild sinni þurfum við að skilja þá félagslegu, andlegu, menningarlegu og líkamlegu reynslu sem konan býr við (Downe, 2004). Samkvæmt upplýsingum frá Hagstofu Íslands (2008) þá fer fjöldi Asíubúa vaxandi hér á landi og eru þeir nú tæplega 1% þjóðarinnar. Ég tel því að í ört stækkandi samfélagi sem er sífellt að verða ríkara af annarri menningu en við höfum áður kynnst að heildræn umönnun eigi sjaldan betur við en einmitt núna. Ef ekki er skilningur gagnvart menningu konunnar þá getum við sem fagfólk frekar haft neikvæð áhrif en góð, því heilbrigðisvitund einstaklinga er svo samofin þeirri menningu sem einstaklingurinn kemur frá.

Það eru ýmsir þættir sem geta haft áhrif á aðlögun innflytjenda að nýju umhverfi og

valdið miklu álagi, til dæmis tungumála-örðugleikar, atvinnuleysi, fyrri menntun, félagsleg staða og sú upplifun að hafa ekki stjórn á aðstæðum (Mistry, Freedman, Sweeney og Hollenbeck, 2008). Menning og viðhorf hafa mikil áhrif á heilbrigði einstaklinga og þessi viðhorf eru styrkt með sterkum fjölskylduböndum og hefðum fjölskyldunnar (Kaewsarn, Moyle og Creedy, 2003). Öll menningarsamfélög hafa ákveðnar skoðanir, trú og hefðir sem geta stutt við og stuðlað að velheppnaðri brjóstagjöf. Það er því mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk geri sér grein fyrir því, komi fram við fólk af virðingu og reyni að mæta því þar sem það er statt. Barneignarferlið skiptir félagslegu máli ekki bara fyrir konuna heldur fyrir samfélagið í heild sinni (Cheung, 2002).

Í rannsókn Chien & Tai (2007) var skoðað hvaða áhrif mismunandi fæðingarleiðir, keisari eða fæðing um leggöng, hefði á upphaf brjóstagjafar í Tævan. Kom fram að 15% af heildarfjölda þátttakenda hafi lagt barnið á brjóst strax eftir fæðingu og að 50% lögðu ekki barnið á brjóst strax eftir fæðingu en á meðan þær lágu sængurlegu. Jafnframt kom fram að 19% kvennanna hóf ekki brjóstagjöf fyrir en eftir sængurlegu og þegar heim var komið. Rannsakendur töldu þessi 19% vera tilkomin vegna kínverskra hefða þar sem meðgangan og fæðingin eru talin gera konuna örþreytta og komi á ójafnvægi á Yin og Yang innan kvenlíkamans. Samkvæmt þessum hefðum eiga konur að hvílast eftir fæðingu eins og þær mögulega geta, sérstaklega á sængurlegunni og eigi hvíldin að vara í a.m.k. 30 daga. Þetta er í samræmi við það sem kemur fram í grein Kaewsarn o.fl. (2003) að gamlar kínverskar hefðir hafa áhrif á asískar konur. Þær þurfi að finna jafnvægi milli þeirra fimm þátta sem líkamanum er skipt niður í, það er málm, við, vatn, eld og jörð. Þetta jafnvægi tryggir velheppnaðan getnað og þungun og til þess að koma þessu jafnvægi á þá sé mikilvægt að hvíla sig vel, forðast það og borða hollt mataræði.

Eins og hjá öðrum þjóðum eru matur og matarvenjur stór þáttur í menningu Asíubúa en tímabilið eftir barnsburð hefur sérstaklega mikið að segja hjá þeim. Mataræðið hjá mörgum Asíubúum er flokkað í heitt og kalt eða yin og yang, þó það hafi í raun ekkert með lögun, lit, samsetningu eða hitastig matarins að gera. Heldur hefur flokkun matarins meira að gera með þau áhrif sem maturinn hefur á sjúkdóma eða líkamlegt ástand sem er svo flokkað í heitt eða kalt. Mataræðið á því að hafa mikil áhrif á mjólk-

urframleiðsluna og gæði mjólkurinnar, að heilsa móðurinnar komi fljótt tilbaka og geti komið í veg fyrir ólæknandi sjúkdóma síðar á lífsleiðinni (Cheung, 2002; Riordan, 2005). Á síðasta þriðjungi meðgöngunnar er barnið talið vera heitt og er móðirin þar af leiðandi í heitu ástandi. Þegar fæðingin hefur átt sér stað með þeirri blæðingu sem fylgir eru móðir og barn í svokölluðu köldu ástandi. Hægt er að koma ákveðnu jafnvægi á með því að neyta heitrar fæðu og drykkja til að fá hita og orku í líkamann og til að vernda flæði brjóstamjólkurinnar. Ekki er talið gott fyrir konuna að fara í það í þessa þrjátíu daga sem hún á að hvíla sig þar sem vatnið kælir niður líkamann og hleypir vindi í líkamann í gegnum svitaholumnar. Vindur er talinn vera hættulegur þar sem hann getur valdið sjúklegu ástandi sem lýsir sér sem kuldaþrolli og erfiðleikum við hreyfingu hjá konunni síðar á ævinni (Holroyd, Twinn og Yim, 2004; Riordan, 2005). Konur sem ekki geta sinnt þessum aldagömlu hefðum vegna ólíkrar menningar, það er þær eru staddar í öðru menningarsamfélagi þar sem ekki er tekið tillit til þessara hefða, eru líklegri til að hafa börn sín styttra á brjósti því þær telja að brjóstamjólkin sé ekki eins holl (Mistry o.fl., 2008).

Það getur verið erfitt fyrir ljósmæður og annað heilbrigðisstarfsfólk að átta sig á þessum menningarmun og vera styðjandi við þær konur og fjölskyldur þeirra sem fylgja þessum hefðum. Hraðinn innan spítalans er oft á tíðum mikill og ekki gefst tími til að spyrja konur út í þessa þætti þó viljinn sé fyrir hendi. Jafnframt stoppa þær oft stutt við og uppbygging fæðunnar hér á landi er allt önnur en margar þeirra eiga að venjast.

Áhrif lýðfræðilegra þátta:

Ýmsir lýðfræðilegir þættir geta haft áhrif á brjóstgjöf og lengd hennar en ekki eru allir á eitt sáttir um hversu mikil áhrif þessir þættir hafa. Í rannsókn Foo o.fl. (2005) kom fram að asískar konur í Singapúr hefðu börnin sín sjaldan eingöngu á brjósti fyrstu sex mánuðina. Var mun algengara að þær gæfu brjóstamjólkin og þurrmjólk á víxl. Þetta er mögulega ástæðan og styður upplifun mína að asískar konur séu fyrri til að gefa þurrmjólkurabót en íslenskar konur. Það er ef til vill algengara í þeirra menningu að gefa saman brjóstamjólkin og þurrmjólk.

Samkvæmt Leung, Tam, Fok, og Wong (2003) og McLachlan og Forster (2006) hafði aldur verðandi móður, það er hærri aldur, hærri menntunarstig, góð fjárhagsleg staða og félagslegur stuðningur jákvæð áhrif á upphaf og lengd brjóstgjafar. Einnig hafði áhrif hvort kona var frumbyrja eða ekki en mæður voru líklegri til að hafa haft fyrsta barn sitt á brjósti frekar en þau sem hún eignaðist síðar. Þá eru konur líklegri til að hafa stúlkubörn frekar á brjósti en drengi þar sem móðirin telur að brjóstamjólkin dugi ekki til að mæta næringarþörfum drengsins (Foo o.fl., 2005; Scott, Landers, Hughes og Binns,



2001). Rannsóknir um áhrif lýðfræðilegra þátta á brjóstgjöf eru þó ekki samhljóma. Í rannsókn Lee, Wong, Lui, Chan og Lau (2007) kom fram að hærri brjóstgjafatíðni var meðal mæðra sem ættu tvö til þrjú börn og voru heimavinnandi. Jafnframt að konur með minni menntun væru líklegri til að hafa börn sín á brjósti en konur með hærri menntunarstig. Sambærilegar niðurstöður fengust í rannsókn Abada, Trovato og Lalu (2001) en þar kom fram að hærri menntunarstig kvenna á Filippseyjum leiddi til lægri tíðni brjóstgjafar. Höfundar rannsóknarinnar skýra þá tilhneigingu kvenna með hærri menntunarstig að þær taki frekar upp nýstárlegar hugmyndir sem leiði venjulega til þess að þær gefa venjubundnar hefðir upp á bátinn. Það segir sig sjálft að sá tími sem móðir hefur í barneignarleyfi og hversu fljótt hún þarf að fara út á vinnumarkaðinn hefur áhrif á þann tíma sem hún hefur barn sitt á brjósti. Þær konur sem eru búnar að mennta sig, hafa góða vinnu og finnst vinnan vera mikilvægur þáttur í þeirra lífi hætta fyrr með börn sín á brjósti en konur sem eiga mögulega mörg börn og hafa litla menntun. Það borgar sig ekki fyrir þær að fara út á vinnumarkaðinn, þær hafa jafnframt oft meiri reynslu af brjóstgjöf og minni peninga milli handanna. Þar sem brjóstamjólkin er ódýrari en þurrmjólkin velja þær frekar að gefa brjóstamjólkin en þurrmjólk. Þetta viðhorf kemur einnig fram í rannsókn Ingram, Johnson og Hamid (2003) en þar töluðu ömmur um að margar ungar mæður í dag vilji ekki hafa börn sín lengi á brjósti þar sem það hafi áhrif á þeirra fyrri lífsstíl. Þessar konur væru oft útívinandi og þyrftu að fara fljótt eftir fæðinguna aftur til vinnu sem leiddi til þess að konan hætti alveg með barnið á brjósti og barnið fengi formúlu í staðinn.

Búferlaflutningar fólks frá Asíu til þraðri landa hafa einnig sýnt fram á bæði lægri tíðni brjóstgjafar og að mæður hafa þau

börn sem eru fædd í nýja landinu ekki eins lengi á brjósti og þær hefðu haft þau börn sem fæddust í heimalandinu. Þetta er talið vera meðal annars vegna þess að þeim finnst þægilegra að hafa barnið á þurrmjólk og þær telja að brjóstmjólkin sé ekki nógu mikil eða góð. Efnahagsþættir hafa einnig áhrif, þær þurfi að fara út á vinnumarkaðinn, félagslegur stuðningur frá stórfjölskyldunni er lítill og sú trú að velmegandi fjölskyldur hafi ekki börn sín á brjósti heldur bara fátækar konur í lágstétt. Ofangreindir þættir geta allir dregið úr tíðni brjóstgjafar hjá asískum innflytjendum. Konurnar vilja gjarnan falla inn í þá menningu sem þær búa við í sínum nýju heimkynnum (McLachlan og Forster, 2006; Mistry o.fl., 2008). Þá telja margar asískar konur að börn á þurrmjólk vaxi hraðar og séu heilbrigðari en börn sem eingöngu eru á brjósti því auglýsingar og áróður eru þannig (Mistry o.fl., 2008).

Samkvæmt Lee o.fl. (2007) telja þeir að hröð þéttbýlismyndun og nútímavæðing samfélagsins séu áhættuþættir fyrir lægri tíðni brjóstgjafar og að móðir hætti fljótlega með barnið á brjósti. Konur vinna meira úti og þær vantar fyrirmyndir úr umhverfi sínu sem styður við brjóstgjöfina t.d. frá móður eða tengdamóður. Hefur verið sýnt fram á að nærvera þeirra á heimilinu auki tíðni og lengd brjóstgjafar hjá nýbökudum mæðrum (Abada, Trovato og Lalu, 2001).

Stuðningur við brjóstgjöf

Fjölskyldan er ein mikilvægasta stofnun hvers samfélags og viðurkennd sem grundvallar samfélagseining því flestir hafa meira samband við þennan félagshóp en nokkurn annan. Fjölskyldan tekur að sér þá ábyrgð að kynna menningarbakgrunn til meðlima sinna og myndar félagslegt net sem er áhrifaríkt stuðningskerfi fyrir þá sem henni tilheyrir. Mikilvæg lífsreynsla eins og fæðing barns felur oft í sér ákveðnar hefðir og venjur sem eru bundnar menningu og hefur áhrif á kenningar og framkvæmd þegar kemur að barneignarferlinu. Öll menningarsamfélög viðhalda ákveðnum venjum og væntingum fyrir hvert stig í þessu ferli sem þróast frá þeim menningarviðhorfum um hvernig fólk heldur heilsu og kemur í veg fyrir sjúkdóma. Fjölskyldumunstrið er oft mjög ólíkt og nær yfir mismarga einstaklinga og spilar menning einstaklinganna oft stórt hlutverk. Í hefðbundnum samfélögum leitar óreynnd kona eftir andlegum stuðningi á meðgöngunni og við brjóstgjöf hjá móður sinnar, eldri systrum, frænkum eða ömmu (Riordan, 2005). Í Asíu býr stórfjölskyldan oft saman og kemur heilbrigðisvitund einstaklinganna oft frá þekkingu og viðhorfum þeirra sem eldri eru þrátt fyrir aukna fræðslu og betri aðgang að upplýsingum. Í rannsókn Ingram, Johnson og Hamid (2003) kom fram að asískar mæður væru líklegri en hvítar mæður að fá ráð um meðgöngu og brjóstgjöf frá fjölskyldumeðlimum sínum en frá heilbrigðisstarfsfólki. Einnig kom fram að mjög



fáar asískar mæður fóru í brjóstagjafa- eða foreldrafræðslu í meðgönguvernd heldur sóttu þær flestar sínar upplýsingar til móður sinnar eða tengdamóður. Í rannsókn Foo o.fl. (2005) kom fram að rúmlega 50% þeirra asískra mæðra sem ekki fengu upplýsingar og ráðgjöf frá heilbrigðisstarfsfólki á meðgöngunni voru líklegri til að hafa börn sín lengur á brjósti. Þar segir þó jafnframt að það megi ekki gera lítið úr þeim áhrifum sem heilbrigðisstarfsfólk getur haft á tíðni og lengd brjóstagjafa í tengslum við fræðslu hjá konum almennt í samfélaginu. Það hefur sýnt sig að móðir sem fær góðan stuðning að heiman og er hvött til að halda áfram með brjóstgjöf af fjölskyldumeðlimum sem og heilbrigðisstarfsmanni er tæplega fjörutíu sinnum líklegri til að hafa barn sitt á brjósti. Asískar konur setja oft fjölskyldutryggð ofar sínum eigin hagsmunum og því er mikilvægt að sameina heilbrigðisfræðslu fyrir fjölskylduna í heild sinni en ekki bara fyrir konuna eina (Cheung, 2002).

Eldri konur innan asískra heimila sem hafa sterka tilfinningu fyrir hefðum og venjum og hafa reynslu af því að ala upp mörg börn hafa venjulega ákveðnari skoðanir á næringarmunstri barna en yngri kynslóðir. Þessar konur eru líklegri til að segja nei við notkun á þurrmjólk og treysta frekar á hið hefðbunda form það er brjóstamjólkina (Abada, Trovato og Lalu, 2001). Þetta er í samræmi við rannsókn Masive (2006) en þar litu tengdamæður í Nepal á sig sem mikilvægan aðila í fæðingu og sængurlegunni. Þær litu svo á að móðurmjólkinn væri náttúruleg, nægjanleg, nauðsynleg og óviðjafnanleg næring og hana ætti að hvetja til að gefa sem fyrst.

Asískar ömmur telja að nýbakaðar mæður þurfi mikinn stuðning eftir fæðinguna og að þær hafi mikla reynslu til að leysa vandamál og gefa ráð hvað varðar barneignarferlið. Þær eigi líka hagsmuna að gæta að barnabörnin verði heilbrigð þ.e.a.s. þau muni hugsa um ömmu sína og afa þegar þau eru orðin eldri (Ingram o.fl., 2003). Jákvætt viðhorf ömmunnar til brjóstagjafa hefur mikilvægt

hlutverk í að asískar konur hefji og viðhaldi brjóstgjöf (Lee, o.fl., 2007).

Þátttaka feðra í brjóstagjafaferlinu, til að stuðla að og viðhalda brjóstgjöf hjá mæðrum, er alltaf að verða mikilvægara sérstaklega í hinum vestræna heimi. Þar er reynsla eldri kvenna ekki lengur eins aðgengileg og kjarnafjölskyldan orðin algengari (Susin og Giuliani, 2008). Það er því mjög mikilvægt að feður séu hafðir með þegar verið er að kynna kosti brjóstamjólkur og mikilvægi hennar fyrir heilbrigði móður og barns. Í rannsókn Scott o.fl. (2001) kom fram að ef móðir fékk góðan stuðning frá maka sínum sem og heilbrigðisstarfsfólki þá var hún líklegri til að hefja brjóstgjöf og halda henni áfram eftir að heim var komið. Ef að móðirin skynjaði aftur á móti frá föður barnsins að hann vildi frekar að barninu væri gefin þurrmjólk eða hann var á báðum áttum hvaða leið væri best að fara þá var líklegra að hún hefði ekki brjóstgjöf eða hefði barnið á brjósti í mjög stuttan tíma. Feður gera sér oft ekki grein fyrir mikilvægi stuðnings þeirra í að hafa áhrif á brjóstgjöf maka sinna það er því mikilvægt að hvetja feður til þátttöku í umræðunni um brjóstgjöf, hún er ekki eingöngu mál móðurinnar.

Fleiri sálfélagslegir þættir geta þó haft áhrif á upphaf og lengd brjóstgjafa hjá móður og sá sem oftast er nefndur tengist þeim hugmyndum sem konan hefur um brjóstgjöf áður en þungun á sér stað. Sýnt hefur verið fram á auknar líkur á að móðir hætti brjóstgjöf hafi hún ekki verið búin að taka ákvörðun um næringargjöf barnsins fyrir þungun (Scott o.fl., 2001). Samkvæmt rannsókn Scott o.fl. (2001) kom í ljós að konur sem tóku ákvörðun um að hafa barn á brjósti eftir að þær urðu þungaðar voru átta sinnum líklegri til að hætta brjóstgjöf í sængurlegunni en konur sem tóku ákvörðun um að hafa barn á brjósti fyrir þungun. Sambærilegar niðurstöður fengust í rannsókn Foo o.fl. (2005) og kom þar fram að konur sem voru búnar að taka ákvörðun um að hafa barn á brjósti fyrir þungun voru mun

líklegri til að hefja og viðhalda brjóstgjöf eftir fæðingu barns. Jafnframt hefur verið sýnt fram á að hvenær barnið er lagt á brjóst eftir fæðingu hafi einnig áhrif á upphaf og lengd brjóstgjafa. Kom fram í rannsókn Chien og Tai (2007) að þær konur sem lögðu barn sitt á brjóst strax eftir fæðingu eða mjög fljótlega, voru líklegri til að hafa börn sín á brjósti í að minnsta kosti þrjá mánuði eftir fæðingu.

Samkvæmt Riordan (2005, bls. 697) kemur fram að það séu aðallega sex þættir sem hafa áhrif á brjóstgjöf kvenna:

- Móðirin hefur hug á að hafa barnið á brjósti í lengri tíma
- Móðirin hefur skuldbundið sig að hafa barnið á brjósti
- Móðirin og fjölskyldan eru með gott stuðningsnet
- Móðirin er með jákvætt viðhorf gagnvart brjóstgjöf
- Barnið fer fljótt á brjóst eftir fæðingu
- Móðirin forðast að gefa barninu aðra fæðu en brjóstamjólk eins og þurrmjólk eða vatn.

Með því að hafa þessa sex þætti að leiðarljósi þá geta ljósmæður og annað heilbrigðisstarfsfólk aukið áhrif sín á brjóstgjöf til hins betra með góðri og hnitmiðaðri fræðslu til verðandi foreldra og almennings alls.

Mikilvægi fræðslu:

Í dag eru valmöguleikar foreldra er snúa að barneignarferlinu töluvert fleiri og flóknari en þeir voru fyrir nokkrum árum síðan, að ég tali nú ekki um fyrir nokkrum áratugum síðan. Foreldrar geta valið að fæða í heimahúsi eða á sjúkrahöfnun og vonandi einhvern tíma á fæðingarheimili sem stýrt verður af ljósmæðrum. Einnig eru ýmsar rannsóknir og fósturskimanir í boði fyrir fólk sem geta haft áhrif á líf konunnar og fjölskyldunnar í heild sinni. Til að fólk geti tekið upplýsta ákvörðun um hvað það ætlar að gera er nauðsynlegt að það sé vel upplýst um hverjir kostirnir og gallarnir eru og hver áhættan sé. Upplýstar ákvarðanir hafa með siðfræði- og sálfræðilega þætti að gera og að virðing sé borin fyrir sjálfræði einstaklinganna og þeirra ákvörðun. Þetta leiðir til að einstaklingarnir eru oft sáttari við þá ákvörðun sem þeir taka og betri andlegri líðan er náð (Gourounti og Sandall, 2008).

Legutími sængurkvenna innan spítalans er alltaf að verða styttri og styttri heimaþjónusta ljósmæðra eykst og heimafræðingar að verða vinsælli. Þetta hefur leitt til þess að fræðsla til verðandi foreldra fer í auknu mæli fram á heimilum nýju fjölskyldunnar og í heilsugæslunni. Þar eru ljósmæður í lykilhlutverki til að hafa góð áhrif á brjóstgjöf verðandi mæðra sem og aðra þætti er varða heilbrigði móður og barns. Ekki má þó gleyma að ljósmæður og annað heilbrigðisstarfsfólk innan spítalans er einnig í lykilstöðu til að fræða nýbakaða foreldra. Sýnt hefur verið fram á að þær konur sem upplifa

síg fá nægjanlegar upplýsingar og fræðslu um brjóstagjöf og mikilvægi brjóstamjólkur höfðu frekar börn sín á brjósti (Lee o.fl., 2007; Xu, Binns, Yu og Bai, 2006). Í rannsókn Mistry o.fl. (2008) var kannað hvernig fæðugjöf nýbura 133 víetnamskrabandarískra mæðra væri háttað. Jafnframt var kannað hvaða þættir það væru sem leiddu til þess að móðir tæki þá ákvörðun að vera með barn sitt eingöngu á brjósti, að hluta til eða gefa því eingöngu þurrmjólk. Kom í ljós að sú fræðsla sem mæður fengu um fæðugjöf barna innan spítalans eftir fæðingu hafði frekar áhrif á fæðugjöf nýburanna en sú fræðsla sem mæður fengu í mæðravernd. Þetta getur verið þar sem fræðslan innan spítalans er oft einstaklingsmiðaðri en í mæðraverndinni þar sem fræðslan fer jafnan fram í fyrirlestrarformi. Einnig kom fram í rannsókn Mistry o.fl. (2008) að konur voru frekar hvattar til að gefa barni sínu eingöngu brjóstamjólk í mæðraverndinni en á spítalanum. Jafnframt að konur sem fengu fræðslu um kosti brjóstagjafar á meðgöngu og í sængurlegu frá brjóstagjafaráðgjöfum voru líklegri til að hafa börn sín á brjósti en konur sem ekki fengu slíka fræðslu eða stuðning. Gefa þessar niðurstöður til kynna mikilvægi þess að hvetja til brjóstagjafar innan spítalans og að brjóstagjafafræðsla innan spítalans sé til staðar þar sem sú fræðsla virðist hafa meiri áhrif á fæðugjöf nýbura en sú fræðsla sem veitt er í mæðravernd. Þar með væri samkvæmni í þeim upplýsingum sem konur fá um brjóstagjöf. Mín reynsla er einnig að konur tala um að þær eru tilbúnari til að fræðast um brjóstagjöf þegar barnið er komið í heiminn og þá er sú vinna sem brjóstagjöf er einnig orðin raunverulegri.

Í kaflanum Stuðningur við brjóstagjöf hér að framan kemur fram að asískar konur sækja sér upplýsingar um barneignarferlið og brjóstagjöfina til mæðra sinna eða tengdamæðra en ekki í meðgönguverndina. Þetta þurfum við sem fagfólk að vera meðvitað um og reyna koma til móts við þann fjölda Asiúbúa sem býr hér á landi og styrkja þ.a.l. brjóstagjöfina, tíðni hennar og lengd hjá asískum mæðrum. Þetta væri t.d. hægt að gera með því að koma á fót sérstakri fræðslu fyrir þennan hóp þar sem talað er þeirra tungumál og verðandi ömmur eru líka boðnar velkomnar. Einnig væri hægt að hafa fræðslu eingöngu fyrir verðandi ömmur til að sýna að við virðum þeirra stuðning og gerum okkur grein fyrir mikilvægi þeirra. Í grein McLachlan og Forster (2006) kom fram að víetnamskar konur sem sóttu fræðslu á meðgöngu, sem eingöngu var sniðin að þörfum þeirra með þeirra menningu að leiðarljósi, höfðu hærra hlutfall barna á brjósti en þær víetnömsku konur sem ekki höfðu sótt slíkt námskeið. Þegar heilbrigðisstarfsfólk gerir sér grein fyrir að nýbókuð móðir kemur frá annarri menningu, er næmt fyrir menningu hennar og gerir sér grein fyrir hvað er ólíkt milli menningarhópa leiðir það til að brjóstagjafafræðslan verður árangursríkari

(Ingram, Johnson og Hamid, 2003; Straub, Melvin og Labbok, 2008).

Lokaorð

Ljóst er að menning asískra kvenna hefur mikil áhrif á hvaða augum þær líta á brjóstagjöfina. Einnig hafa lýðfræðilegir þættir áhrif s.s. á hvaða aldri konan er, hver menntun hennar er og hvort hún sé heimavinnandi eða ekki. Sá stuðningur sem asískar konur fá frá móður, tengdamóður eða maka, hefur líka gríðarlega mikið að segja um tíðni og lengd brjóstagjafar.

Okkur líður oftast best í okkar eigin menningu og getur jafnvel fundist óþægilegt þegar



við mætum öðrum viðhorfum og skoðunum en við erum vön. Í slíkum aðstæðum er okkur hollt að spyrja hvort eigin siðir séu endilega þeir réttustu. Ég held að það sé óhætt að segja að Ísland sé orðið fjölmenningsleg samfélag og tel að við eigum að fagna því og líta svo á að okkar menning geti orðið ríkari fyrir vikið. Það krefst aftur á móti mikillar ábyrgðar að bjóða einstaklinga frá svona ólíkri menningu eins og Asíu velkomin og þetta þarf heilbrigðisstarfsfólk að vera meðvitað um, ekki síst ljósmæður. Það sýnir mikla fagmennsku og eykur gæði þjónustunnar sem við veitum að geta lagt okkar menningarvenjur og hefðir til hliðar. Með því að horfa á konuna heildrænt þá sýnum við henni þá virðingu sem hún á skilið og aukum velliðan hennar, barna og fjölskyldunnar í heild. Ljósmæður þurfa að tryggja að fólk skilji hvað við erum að segja og óska eftir túlki ef við erum í einhverjum vafa, leita eftir upplýsingum um menningu einstaklinga og fræða samstarfsfólk okkar. Einnig tel ég að það mætti auka þjónustuna við innflytjendur til dæmis með því að hafa opið hús og mömmumorgna þar sem félagsleg einangrun er oft mikið vandamál meðal innflytjenda.

Auka mætti líka samstarf heilbrigðisþjónustunnar við félagsþjónustuna þar sem fólk hefur oft takmarkaða þekkingu um rétt sinn varðandi barnabætur, fæðingarorlof og fleira. Þetta gæti leitt til þess að nýbókuð móðir hafi frekar barn sitt eingöngu á brjósti fyrstu sex mánuðina því hún þarf ekki að flýta sér út á vinnumarkaðinn. Þarna er komin leið sem gæti stuðlað að farsælli brjóstagjöf og heilbrigði móður og barns.

Heimildaskrá

- Abada, T.S.J., Trovato, F. og Lalu, N. (2001). Determinants of breastfeeding in the Philippines: a survival analysis. *Social Science and Medicine*, 52(1), 71-81.
- Alþjóða heilbrigðisstofnunin, WHO (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Sótt 20. September 2008 af <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/en/index.html>
- Chien, L.Y. og Tai, C.J. (2007). Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth*, 34(2), 123-130.
- Cheung, N.F. (2002). The cultural and social meanings of childbearing for Chinese and Scottish women in Scotland. *Midwifery*, 18(4), 279-295.
- Downe, S. (ritstjóri). (2004). *Normal Childbirth: Evidence and Debate* (2. útgáfa.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Foo, L.L., Quek, S.J.S., Ng, S.A., Lim, M.T. og Deurenberg-Yap, M. (2005). Breastfeeding prevalence and practices among Singaporean Chinese, Malay and Indian mothers. *Health Promotion International*, 20(3), 229-237.
- Gardar Gíslason. (1997). *Félagsfræði – einstaklingar og samfélag* (3.útgáfa). Reykjavík: Mál og menning.
- Gourounti, K. og Sandall, J. Do pregnant women in Greece make informed choices about antenatal screening for Down's syndrome? A questionnaire survey. (2006). *Midwifery* 24(2), 153-162.
- Hagstofa Íslands. (2008). *Mannfjöldi eftir fæðingar- og ríkisfanglandi 1981-2008*. Sótt 10. Október 2008 af <http://www.hagstofa.is/?PageID=626>
- Holroyd, E., Twinn, S. og Yim, I.W. (2004). Exploring Chinese women's cultural beliefs and behaviours regarding the practice of "doing the month". *Women and Health*, 40(3), 109-123.
- Ingram, J., Johnson, D. og Hamid, N. (2003). South Asian grandmothers' influence on breast feeding in Bristol. *Midwifery*, 19(4), 318-327.
- Kaewsarn, P., Moyle, W. og Creedy, D. (2003). Thai nurses' beliefs about breastfeeding and postpartum practices. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 467-475.
- Lee, W.T.K., Wong, E., Lui, S.S.H., Chan, V. og Lau, J. (2007). Decision to breastfeed and early cessation of breastfeeding in infants below 6 months old – a population-based study of 3,204 infants in Hong Kong. *Asian Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 16(1), 163-171.
- Leung, T.F., Tam, W.H., Fok, T.F. og Wong, G.W.K. (2003). Sociodemographic and atopic factors affecting breastfeeding intention in Chinese mothers. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 39(6), 460-464.
- Masvie, H. (2006). The role of Tamang mothers-in-law in promoting breast feeding in Makwanpur District, Nepal. *Midwifery*, 22(1), 23-31.
- McLachlan, H.L. og Forster, D.A. (2006). Initial breastfeeding attitudes and practices of women born in Turkey, Vietnam and Australia after giving birth in Australia. *International Breastfeeding Journal*, 1(7), 1-10.
- Mistry, Y., Freedman, M., Sweeney, K. og Hollenbeck, C. (2008, 5. September). *Infant-feeding practices of low-income Vietnamese American women*. *Journal of Human Lactation*. Sótt 1. október 2008 af <http://jhl.sagepub.com/pap.dtl>
- Riordan, J. (ritstjóri). (2005). *Breastfeeding and Human Lactation* (3. útgáfa). Boston: Jones and Bartlett.
- Scott, J.A., Landers, M.C.G., Hughes, R.M. og Binns, C.W. (2001). Psychosocial factors associated with the abandonment of breastfeeding prior to hospital discharge. *Journal of Human Lactation* 17(1), 24-30.
- Straub, B., Melvin, C. og Labbok, M. (2008). A descriptive study of Cambodian refugee infant feeding practices in the United States. *International Breastfeeding Journal*, 3(2), 1-7.
- Susin, L.R.O. og Giugliani, E.R.J. (2008, 10. september). *Inclusion of fathers in an intervention to promote breastfeeding: Impact on breastfeeding rates*. *Journal of Human Lactation*. Sótt 1. október 2008 af <http://jhl.sagepub.com/pap.dtl>
- Xu, F., Binns, C., Ping, Y. og Bai, Y. (2006). Determinants of breastfeeding initiation in Xinjiang, PR China, 2003-2004. *Acta Paediatrica*, 96(2), 257-260.

Grænlenst ævintýri

Húsmæðraorlof

Málfríður St. Þórðardóttir og María Egilsdóttir
ljósmæður á fæðingardeild FSA

Í janúar 2010 fórum við tvær galvaskar norðlenskar ljósmæður á vit ævintýra á Grænlandi. Stefnan var tekin á Nuuk þar sem við unnum við ljósmæðrastörf. Nuuk er höfuðstaður Grænlands og þar búa u.þ.b. 15 þús. manns og fæðingar eru um 400 á ári. Ástæðan fyrir því að við fórum í þetta ævintýri er sú að dönsk ljósmóðir sem önnur okkar, þ.e. Málfríður (Malla) vann með í Færeyjum sumarið 2009 hafði samband þar sem mikill tímabundinn skortur var á ljósmæðrum í Nuuk. Í fyrstu fórum við að grínast með þetta, fannst það hálf fjarlægð að við yrðum ljósmæður á Grænlandi í janúar kaldasta mánuði ársins, en svo létum við slag standa og ákváðum að láta ekki þetta tækifæri úr greipum okkar ganga. Þar sem við vorum með danskt og sænskt ljósmæðraleysi var umsóknarferlið auðvelt og gekk hratt fyrir sig. Við sendum pappíra út og stuttu seinna var allt frágengið s.s. flug, húsnæði, hótél o.s.frv.

Þar sem flugsamgöngur eru frekar erfiðar yfir veturinn neyddumst við til að fljúga fyrst til Kaupmannahafnar og þaðan til Grænlands. Alls þurftum við að taka fjórar flugvélar til að komast á leiðarenda. Ferðalagið gekk mjög vel og allt gekk að óskum.

Þegar við vorum búnar að koma okkur fyrir í íbúðinni, sem var hin huggulegasta, þurftum við að fylla á ísskápin. Við vorum búnar að undirbúa okkur fyrir það að hlutirnir væru öðruvísi en á Íslandi en bjuggumst hins vegar ekki við því að ganga inn í nánast tómar matvöruverslanir. Við fengum síðar að vita að ekki hafði komið skip frá Danmörku síðan fyrir jól og þar af leiðandi allt uppselt. Þess vegna voru matarinnkaupin frekar fátækleg í fyrstu - ekki til smjör, mjólk, ostur, grænmeti eða ávextir. Tveim dögum síðar kom skip og allt varð yfirfullt af vörum.

Við vorum ráðnar á fæðingadeild þar sem tvær fullkomnar fæðingastofur voru til staðar. Fyrstu tvo dagana fengum við aðlögun en síðan tók alvaran við. Að taka á móti barni er eins hvar sem er í heiminum þannig að mesta þúðrið fór í að koma okkur inn í skráningu, tölvu og pappírsmál svo og almenna starfsemi sjúkrahússins. Það má segja að deildin sé eins konar göngu- og dagdeild, þ.e. ljósmæður eru einungis í húsinu frá kl. 8- 16 alla virka daga en eftir það eru bakvaktir. Á deildinni störfuðu að jafnaði 8 ljósmæður. Þrjár þeirra voru grænlenskar en hinar danskar. Við vorum í nánú samstarfi



Höfundar með forlata selskinnhúfur frá grænlenstum hönnuði sem kallar sig Kuka Design.

við deild sem kölluð er K3. Sú deild líkist að miklu leyti gömlu kvennadeild FSA, þegar allt sem snéri að konum var á sömu deildinni: sængurlega, meðganga svo og almenn kvensjúkdómadeild. Á K3 störfuðu eingöngu hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar, þannig að ef t.d. þurfti að setja konu í monitor eða meta á einhvern hátt vorum við kallaðar til, á nóttu sem degi. Við fengum sinn vaktsmann hvor því að við vorum mikið á sólahringsvöktum. Einnig fengum við leigubílakort þar sem við notuðum leigubíla aðallega á kvöldin og næturnar. Við vorum mjög glaðar með að fá þetta leigubílakort þar sem okkur fannst ekki spennandi tilhugsun að þurfa að rölta einar á spítalann í myrkrinu. Maður gat lent í því að mæta fólki í misgóðu ástandi á rölti um nætur.

Áður en við komum til Grænlands vissum við að mikið væri um alls kyns félagsleg vandamál. Samt sem áður höfðum við ekki gert okkur grein fyrir því að stærsta heilbrigðisvandamálið og jafnframt það kostnaðarsamasta væru fóstureyðingar. Á Grænlandi er öðru hverju fósturi er eytt. Það var ekki óalgengt að hitta konur sem höfðu farið fjórum til sex sinnum í fóstureyðingu. Það sem kom okkur samt mest á óvart í þessu sambandi var að öll lyf og getnaðarvarnir eru fríar. Mikið er um kynsjúkdóma af ýmsu tagi og töluverð hassneysla jafnvel á meðgöngu og þar af leiðandi ofbeldi og misnotkun algeng. Ófrískar konur fengu oft þvagfærasýkingar af einhverjum ástæðum.

Félagsleg staða var oft mjög slæm t.d. bjuggu heilu kynslóðirnar saman í lítilli blokkaríbúð og allt að þriggja ára bið var eftir leiguíbúð. Þeir sem voru atvinnulausir voru nánast upp á ættingja eða vini komnir vegna mjög lágra atvinnuleysisbóta. Til dæmis tók önnur okkar á móti barni hjá 44 ára einstæðri móður og fór hún heim með barnið til háaldraðra foreldra sinna sem bjuggu í lítilli blokkaríbúð ásamt eldri dóttur konunnar.

Mæðraværnd fór fram á sjúkrahúsinu og var sinnt á deildinni okkar. Við komum ekki þar nærri vegna tungumálaörðugleika. Gott aðgengi var að túlk en flestir Grænlandingar í Nuuk tala góða dönsku. Það sama er hins vegar ekki hægt að segja um fólkið frá smærri stöðunum, það gat oft verið flókið. Ekki var boðið upp á hnakkþykktarmælingu og voru því legvatnsástungur mjög algengar. Konum var boðið upp á 16 vikna sónar en hann var einungis notaður til þess að áætla meðgöngulengd en ekki fósturrannsókn eða fósturskimun eins og tíðkast hér á Íslandi.

Grænlandingar eru almennt mjög gott og vingjarnlegt fólk og ekki þótti okkur erfitt að sinna grænlenstum fæðandi konum þrátt fyrir að algengt væri að fæðingarstofan væri full af ættingjum. Ættingjarnir héldu sér til hlés og voru rólegir og yfirvegaðir. Við fundum það fljótt að það eru sterk fjölskyldubönd á Grænlandi og mikið traust borið til ljósmæðra. Önnur okkar var eitt sinn með konu í fæðingu þar sem maki, foreldrar konunnar og þrír eldri bræður hennar voru viðstaddir.

Þessi fjöldi manns virtist ekki trufla konuna að neinu leyti heldur virtist vera sjálfsagður og eðlilegur hlutur. Að okkar mati var ekki gerð eins mikil krafa að við værum að „gera eitthvað“ fyrir konuna, þær virtust hafa meiri trú á sér og náttúrunni en margar íslenskar konur. Við heyrðum aldrei svona neikvæða frasa eins og „það er ekkert að gerast“, „á ekki að gera eitthvað fyrir hana“, „þetta gengur ekkert“, „rosalega tekur þetta langan tíma“ o.flv. Við sáum fljótt að það sem skildi fæðandi grænlenkskonur og íslenskar að var „þolinmæði“, sennilega er það nú líka almennt samfélagslegt vandamál hér heima fyrir, þ.e. óþolinmæði.

Í fyrsta lagi voru konur ekki gangsettar fyrr en eftir fullar 42 vikur jafnvel í 43. viku og þær vissu að það ferli gæti tekið nokkra daga. Þær þurftu ekki að vera búnar að fæða fyrir kl. 16:00. Grænlenkskonum gekk almennt mjög vel að fæða og þurftu litla verkjastillingu. Mænurótardeyting var ekki í boði en allt annað stóð þeim til boða, eins og bað, hláturgas, nálastungur o.flv. Konur voru almennt komnar langt í fæðingu þegar þær mættu á deildina enda voru þær hvattar til að vera eins lengi heima og mögulegt var. Oft voru þær komnar með 7-8 sm í útvíkkun við komu. Grænlenks börn eru frekar nett þegar þau fæðast er það meðal annars vegna mikilla reykinga kvenna á meðgöngu og svo eru grænlenkskonur frekar smávaxnar enda er þetta sennilega í eina skiptið sem við tvær höfum upplifað okkur hávaxnar (erum báðar 1,60 m).

Almennt er lítið um inngríp í fæðingar, t.d. er það talið inngríp að rjúfa belg áður en konan er komin með 6 eða meira í útvíkkun. Syntocinondreypi er lítið notað og þarf sérstakt leyfi fæðingalæknis áður en það er sett upp. Fyrir vikið var það lítið notað.

Eingöngu er notast við kíwi klukkur, sem virtist duga þeim vel.

Keisaratiðnin er 18-20% og skýrist það m.a. af því að allar áhættukonur eru fluttar til Nuuk. Það sem okkur furðaði mest á var að ekkert er gert fyrir barn sem fætt er fyrir 28. viku meðgöngu nema það sýni mikinn lífs-vilja. Ekkert Tractocyl-dreypi er notað enda talið of dýrt, Bricanyldreypi er notað og sterar eru gefnir. Við fréttum af barni sem hafði fæðst eftir 27+3 v meðgöngu í nóvember og vóg aðeins 700 gr. við fæðingu. Beðið var í 2 daga eftir því að barnið gæfi upp öndina en þá loksins var því veitt meðferð og barnið útskrifað heim 2500 gr. stuttu áður en við fórum heim í febrúar.

Aðstæðurnar á Grænlandi eru ekki alls staðar eins góðar og í Nuuk. Á mörgum smærri stöðum eru ljósmæður einar að störfum eða jafnvel engin ljósmóðir heldur sinnir svokallaður „födeassistent“, fæðingum. Samgöngur eru mjög erfiðar - engir vegir eru á Grænlandi og þess vegna koma konur með flugvélum eða þyrlum. Stundum er ekki hægt að fljúga og þá verður konan bara að bíða og vona það besta.



Fæðingarstofan í Nuuk.

Við vorum mikið á sólhringsbakkvöktum og vorum mikið til skiptis á þeim. Oft var rólegt framan af degi og sátum við þá við hannyrðir, lestur, sjónvarpsgláp, púsluðum eða skoðuðum nánasta umhverfi. Oft var mjög rólegt hjá okkur þó fæddist eitt barn að jafnaði á dag. Þannig má segja að um hálfgerð húsmæðraorlof hafi verið að ræða. Börnin vildu mikið fæðast á næturnar og þá þurftum við ekki að mæta næsta dag á morg-unvakt vegna hvíldarákvæðis.

Aðstæðurnar voru hinar bestu hjá okkur og öðru starfsfólki sem við heimsóttum og það er gaman að segja frá því að Íslendingar á Grænlandi eru í miklum samskiptum. Mikill fjöldi Íslendinga er á Grænlandi við ýmis störf og láta þeir flestir vel af dvöl-inni þar. Í Nuuk eru aðstæður hinar bestu, fínar verslanir, ný sundlaug, líkamsrækt-arstöðvar, bíó, gott bókasafn, skíðasvæði og gönguskiðabraut er inni í bænum. Þannig að engum á að þurfa að leiðast. Veðrið kom einnig á óvart en snjólaust var í bænum og hiti á bilinu 0-7° C, samt sem áður gengu allir um í skíðagöllum, sem okkur fannst frekar fyndið.

Við eru mjög ánægðar með litla ævintýrið okkar og erum sannfærðar um að allar svona ferðir efla og styrkja mann í starfi. Maður öðlast reynslu og víðsýni. Auðvitað fylgir því alltaf álag að fara á nýjan stað og þurfa að pína sig til að setja sig inn í nýjar aðstæður en um leið er það mjög þroskandi og teljum við að öll tilbreyting af hvaða tagi sem er komi í veg fyrir stöðnun og kulnun í starfi. Það er okkar mat að þær ljósmæður sem hafa áhuga og fá tækifæri til að starfa erlendis ættu ekki að láta það fram hjá sér fara.



María og Bolette, sem er grænlenks ljósmóðir, á vaktinni.



Fiskikar = fæðingarlaug.

Hakuna Matata?

Innsýn bláeygs Íslendinga í reynsluheim fæðandi kvenna í Nairobi

Því er ekki að neita að árið 2007 var mér gott. Það var árið sem ég fékk tækifæri til þess að fara til Nairobi í Kenía og starfa sem sjálfboðaliði á heilsugæslustöðvum í nærliggjandi fátækrahverfum. Við fórum átta saman; bekkjarsystur úr hjúkrunarnámi við Háskóla Íslands. Á þessum tíma upplifðum við margt sem seint, ef einhvern tímann, verður afgreitt í fáum orðum. Til þess gerðist of margt. Sá dagur sem stendur mér hvað skýrast fyrir hugskotssjónum er án efa dagurinn sem við heimsóttum Pumwani.

Dagurinn sem beðið hafði verið eftir

Það var að morgni 6. júní sem við vorum sóttar sem fyrr, af bílstjóra sem ætlaði að skutla okkur á spítalann. Dagurinn hafði byrjað fremur óþægilega með fyrirsögnum dagblaða um blóðbað í hverfum sem við höfðum starfað í. Mafían og lögreglan skiptust þar á að drepa fólk að því er virtist án nokkurrar ástæðu. Það væri lygi að halda því fram að fyrirsagnir sem þessar hafi ekki komið illa við okkur en svo virtist sem samstarfsmenn okkar hafi valið að tala ekki um ástandið. Því upplifðum við okkur heldur bláeygar þegar þjálfari á líkamsræktarstöð upplýsti okkur um það að ástandið hefði ekki verið svona slæmt í mörg ár. Þessum hugsunum var þó ýtt til hliðar því dagurinn var runninn upp þar sem við áttum að fá að sjá hærri gæðastuðul en við höfðum áður kynnst í störfum okkar.

„Pumwani“ var orð sem hljómaði heillandi. „Pumwani –Maternity Hospital“. Ég man að ég lék mér að þessum orðum í huganum á meðan ég sat í sólinni og beið með stelpunum eftir bílstjóranum. Lengi hafði blundað í mér löngunin til að gegna starfi ljósmóður og mig þyrsti í þekkingu. Hvernig er að fæða barn á flottum fæðingarspítala í Afríku? Við höfðum áður orðið vitni að fæðingu fylgju (rétt misstum af fæðingu barnsins) á heilsugæslustöð einni og blöskrað frágangurinn. Þar fólu þríf í sér klórslettu á bekkinn, sem konan hafði örfáum mínútum áður komið í heiminn einstaklingi, sem dreift var úr með kjól nýbakaðrar móðurinnar. Það er skemmst frá því að segja að Íslendingarnir létu hendur standa fram úr ermum og þrifu stofuna, innfæddum til furðu og gamans.



Lilja Þórunn Þorgeirsdóttir
ljósmóðurnemi á 2. ári

Pumwani

Aðkoman að spítalanum var góð. Það var malbikað alla leið og húsið reisulegt. Það kannaðist að vísu enginn við okkur þegar við mættum og tók nokkra stund að greiða úr því. Í anddyrinu tók á móti okkur megn hlandlykt og tilhlökkunin í brjósti mér minnkaði eitt augnablik. Yfir mig færðist ótti um að hugsanlega yrði ég fyrir vonbrigðum. Ég ýtti þeim hugsunum jafn harðan frá mér, brosti og hélt dauðahaldi í tilhlökkunina. Mig þyrsti raunverulega í að sjá eitthvað gott, einhverja von, því tilfinningin um að bera í botnlausan brunn og vera lítils megnugur var farin að ásækja mig. Þegar við vorum búnar að punga út „mzungo-gjaldi“ („mzungo“ stendur fyrir hvítan mann eða einhvern sem kemur langt að, m.ö.o. einhvern sem er líklegur til að eiga peninga) var rölt af stað með okkur í halarófu upp á fæðingargang. Á leiðinni rak ég augun í skilti sem sýndi verðskrá: Fæðing 3400 kr, keisaraskurður 6400.

Inngangan

Að ganga inn á fæðingarganginn er reynsla sem mun aldrei líða mér úr minni. Þetta var nokkuð stórt rými sem var hólfað niður í sex bása. Þegar við gengum inn voru básar á báða bóga. Í hvorum básnum voru sex rúm, þrjú upp við hvern vegg og vaskur innst. Þegar fram hjá þeim básum var komið var sams konar bás á hægri hönd en einhvers konar vakt á þá vinstri. Þar var borð fyrir starfsfólk, nokkrir stólar og barnaborð undir

hitalampa. Innst á ganginum var skol á vinstri hönd en á þá hægri aðeins fjögur rúm í bás og tjöld sem huldu að einhverju leyti það sem fyrir innan var. Rúmin voru gamlar járngrindur og í þeim lágu skorpnar dýnur. Lök voru munaður sem áttu ekki heima þarna. Í rúmum lágu konur, hálf naktar, mis langt komnar í fæðingu og horfðu hvor á aðra í þögulli örvæntingu. Yfir öllu hvíldi undarleg og að mér fannst, þrúgandi þögn. Sársaukagrettur og ankannalegar líkamsstællingar voru það eina sem gaf til kynna hvað væri raunverulega að gerast. Börn voru að fæðast.

Færibandið

Grænklaedd kona, barnshafandi sjálf, gekk á milli kvenna og sprengdi belgi með nál í hettu. Þetta var færiband. Þurrka sköp með klór, sprengja, næsti. Konurnar lágu eftir í legvatni upp fyrir axlir. Nokkrar þeirra höfðu misst hægðir en enginn gerði neitt í því. Enginn talaði við þær eða hughreysti. Ekkert. Það var ekki fyrr en barnið var við það að fæðast sem einhver greip það. Hamingjuóskir? Nei. Konunum voru ekki einu sinni gefin færi á að sjá börn sín áður en þau voru sveipuð í dulur og skutlað inn á vakt. Á einhverjum tímapunkti fæddist fyrirburi og var færður undir hitalampann. Þar skipti sér enginn af honum. Hitalampinn hafði eina virka peru og ég leyfi mér að efast um að nokkurn tímann hafi verið skipt um sog, útlitið á því var þannig. Við hlið borðsins á skítugu gólfi lá súrefnisgríma. Það var sama afskiptaleysið þar eins og annars staðar.

Vanmátturinn

Ég gekk um þessa deild í leiðslu og staðnæmdist í einum básnum. Þar var komin kona sem hafði átt deginum áður en hafði blætt töluvert í kjölfarið. Yfir henni stóð meirihluti starfsliðs og fór grænkladda konan fyrir hópnum. Hún fór hranalega að henni og virtist konan hvekk. Hún vildi ekki láta skoða sig og fór svo að sú græna gaf henni löðrung. Starfsfólkið stóð brosand hjá á meðan sú græna jós yfir hana skamm-aryrðum og lamdi á fætur hennar. Ég horfði á þetta og gat ekkert gert. Ég var lömuð. Kökkur í hálsinum var það eina sem gerði þessa stund raunverulega fyrir mér. Ég fór

fram eitt augnablik því ég hélt hreinlega að það myndi líða yfir mig en staldraði stutt við þar. Ég hafði þörf fyrir að vera þarna inni.

Ég fann mig því næst standandi yfir konu, frumbyrju, sem var í þann mund að fara fæða. Ljósmodurnemi var við stjórnvölinn, þetta var prófið hennar. Við hlið mér stóð prófdómari sem lýsti yfir miklum áhuga á að koma til Íslands og vinna. Ég man að mér fannst ekki mikið til hennar koma en man annars lítið eftir samræðum okkar. Það sem stóð upp úr þarna var þegar ljósmodurnemi dró upp skæri sem reyndust bitlaus. Ég man enn hjakkið í skærunum þar sem neminn erfiðaði við að klippa spöng á ódeyfðri konu. Barnið fæddist fljótlega á eftir.

Útgangan

Þegar ég labbaði út aftur mætti ég pípara með drullusokk í annarri hendi og með bókina „góðu“ í hinn, en í henni voru reikningar fyrir „þjónustu“. Málning var víða flögnuð af veggjum og umhverfið minnti einna helst á gamalt sláturhús. Ferskar blóðlifrar voru víða á gólfum, gamalt blóð og hægðir. Yfir höfði mér flugu fuglar. Starfstúlkur gengu yfir ganginn með fæðingurvagn, einnig alblóðugan, á milli kvenna. Vagninn hafði undir sér þrjú hjól og var því óstöðugur. Mér fannst ég ekki heldur mjög stöðug þegar ég gekk út. Mér var óglatt, ég var reið, vonsvikin og sorgmædd. Mér fannst ég einskis megnug en á sama tíma, trúði ég ekki að ég hefði í raun orðið vitni að þeim grófu mannréttindabrotum sem ég hafði horft upp á. En reiðust var ég sjálfri mér yfir vanmættinum. Að geta ekki stappað niður fæti og sagt: Svona gerir maður ekki!

„Baby friendly?“

Nokkrum dögum síðar hittum við konu sem hafði fætt á þessum spítala. Á meðan hún kom barni sínu í heiminn yfirgaf maðurinn hennar hana og var hún ekki borgunarmaður fyrir þá þjónustu sem hún hafði þegið. Henni var því haldið á spítalanum og hún látin brjóstfæða börn kvenna sem ekki gátu mjólkað nóg fyrir börn sín. Henni tókst síðar að flýja með barn sitt vandlega falið í tösku. Hún sagðist ekki eiga von á því að geta verið með barn á brjósti framar, slíkir voru áverkar hennar eftir þessa dvöl. Einnig heyrðum við frá heimamönnum að ekki voru mörg ár liðin síðan upp komu mál á þessari stofnun þar sem foreldrum var tjáð að börn þeirra höfðu fæðst andvana en starfsfólk hafði þá selt nýfædd börn auðugu fólki með frjósam-
isvandamál.

Ólíkur efniviður til að smíða

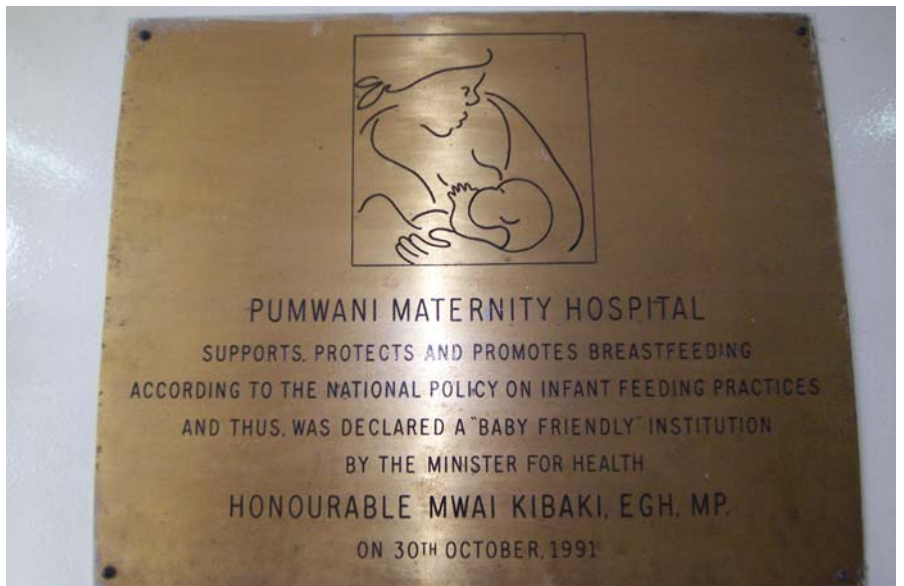
Þessa reynslu fór ég með inn í nám í ljós-
móðurfraðum. Það líður vart sá dagur sem ég ekki hugsa til Pumwani og kvennanna þar. Ég endaði dagbókarfærslu mína, þennan orlagaríka dag, á orðum þess efnis að yrði ég einhvern tímann svo lánsöm að eignast börn sjálf þá skyldi ég hugsa til Nairobi og vera



Hvítoðungurinn – við rétt misstum af fæðingu þessa barns.



Elva Dögg við þrif eftir fæðinguna. Starfsfólk stöðvarinnar notaði kjól móðurinna við þrifin.



Fæðingarspítalinn er titlaður „Baby-friendly“. Ég á engin orð yfir þennan skjöld.

þakklát fyrir að búa á Íslandi. Mér verður oft hugsað til orða vinkonu minnar sem deildi þessari reynslu með mér, þegar hún spurði mig í einlægni: Er hver sinnar gæfu smiður? Ég tek undir þessa spurningu og leyfi mér að

segja að þó svo megji telja, höfum við sem fæðumst inn í alsnægtir lands okkar, töluvert meiri efnivið til smíða en blessuð börnin í Afríku. Gleymum því ekki.

Bjartsýni, kímningáfa og þykkur skrápur

Sérfræðistarfsnám og sérfræðiljósmaður á Íslandi

Starfsnám til sérfræðiviðurkenningar í hjúkrunar- og ljósmóðurfraeði á Landspítalanum

Haustið 2008 hófst starfsnám til sérfræðiviðurkenningar í hjúkrunar- og ljósmóðurfraeði á Landspítalanum. Starfsnámið er fyrir ljósmæður og hjúkrunarfræðinga sem lokið hafa meistaraþrófi og hyggjast sækja um sérfræðileyfi. Frá árinu 2003 hefur verið í gildi reglugerð um veitingu sérfræðileyfa í hjúkrun (nr. 124/2003) og reglugerð um sérfræðileyfi ljósmæðra er í burðarliðnum en hefur enn ekki verið samþykkt. Þó að starfsnámið sé hugsað sem undirbúningur fyrir umsókn um sérfræðileyfi þá er ekki nauðsynlegt að fara í gegn um það til að geta fengið sérfræðileyfi. Samkvæmt 5. grein reglugerðar um veitingu sérfræðileyfa í hjúkrun þarf hjúkrunarfræðingur að fullnægja eftirtöldum kröfum til að geta átt rétt á að öðlast sérfræðileyfi í hjúkrun; hafa hjúkrunarleyfi hér á landi, hafa lokið meistaraþrófi, licentiatþrófi eða doktorsþrófi frá viðurkenndum háskóla eða hafa sambærilega menntun og hafa unnið við hjúkrun að loknum fyrrnefndum prófum sem svarar til að minnsta kosti tveimur árum í fullu starfi við þá sérgrein eða á því sérsviði sem umsókn hans um sérfræðileyfi tekur til (Reglugerð um veitingu sérfræðileyfa í hjúkrun nr. 124/2003). Sú reglugerð sem unnið hefur verið að um veitingu sérfræðileyfa fyrir ljósmæður er sambærileg við reglugerð um sérfræðileyfi hjúkrunarfræðinga (Landlæknisembættið, 2009).

Sérfræðistarfsnámið sem Landspítalinn býður upp á er tveggja ára starfsnám í fullu starfi og eru meginþættir starfsnámsins klínískt starf, fræðsla, rannsóknir og fræðastörf. Á fyrra ári er megináhersla á klínískt starf og öflun sérþekkingar. Einnig vettvangsheimsóknir innan og utan LSH. Á seinna ári er aukin áhersla á fræðimennsku, leiðtoga hlutverk, fræðslu og sérfræðiráðgjöf innan LSH. Mennta- og starfsþróunardeild Vísinda- mennta- og gæðasviðs Landspítala hefur umsjón með starfsnáminu ásamt framkvæmdastjóra hjúkrunar.

Gert er ráð fyrir að ljósmóðir í starfsnámi dvelji í 2-3 vikur erlendis og starfi þá með sérfræðiljósmaðrum á sínu sérsviði. Skipuð er þriggja manna nefnd fyrir hvern nemanda sem er honum til ráðgjafar og leiðsagnar um námið. Hver nemandi setur sér markmið í upphafi náms og leggur þau fyrir námsnefndina.



Anna Sigríður Vernharðsdóttir, ljósmóðir fæðingadeild Landspítala og klínískur lektor við Hjúkrunarfræðideild HÍ.



Valgerður Lís Sigurðardóttir, ljósmóðir göngudeild mæðraverndar Landspítala og klínískur lektor við Hjúkrunarfræðideild HÍ

Samkvæmt lýsingu á starfsnáminu eru markmiðin að þátttakandi:

- Hafi yfirgripsmikla þekkingu á viðkomandi sérsviði til að skipuleggja og stýra meðferð.
- Hafi fræðilegar forsendur til að meta og nýta stöðu þekkingar á sviðinu á þann hátt að besta þekking sé höfð að leiðarljósi.
- Veiti samstarfsfólki, skjólstaðingum og aðstandendum ráðgjöf um starfsaðferðir, meðferð og leiðir til lausnar heilsufarsvanda af fagmennsku og ábyrgð.
- Skipuleggi nám og leiðbeini þeim sem stunda nám á viðkomandi sérsviði.

Nú stunda tvær ljósmæður starfsnám til sérfræðiviðurkenningar á Landspítala: Valgerður Lís Sigurðardóttir, ljósmóðir á göngudeild mæðraverndar LSH og Anna

Sigríður Vernharðsdóttir, ljósmóðir á fæðingardeild LSH. Valgerður Lís lauk prófi í ljósmóðurfraeðum frá Háskóla Íslands í febrúar 1998, meistaraþrófi frá Háskóla Íslands í júní 2008 og hóf starfsnám í október 2008. Hún stefnir á að sækja um sérfræðileyfi á sviði áhættumeðgönguverndar og eru markmið hennar:

1. Að þróa og efla þjónustu við konur sem eru eða hafa verið í neyslu vímuefna og/ eða áfengis.
2. Að þróa og efla þjónustu við konur með geðraskanir.
3. Að þróa og efla þjónustu við konur sem hafa erfiða upplifun af fæðingu.
4. Að efla sjálfræði og ábyrgð kvenna og fjölskyldna þeirra í ákvarðanatöku um umönnun í áhættumeðgöngu.
5. Að styðja við og efla gagnreynda starfshætti og sjálfræði í ljósmóðurstarfinu.

Anna Sigríður lauk prófi í ljósmóðurfraeðum frá Háskóla Íslands vorið 2003, meistaraþrófi frá University of Sheffield í ágúst 2008 og hóf starfsnám til sérfræðiviðurkenningar í desember 2009. Hún stefnir á að sækja um sérfræðileyfi á sviði fæðingarhjálp. Í starfsnáminu hefur hún lagt áherslu á notkun ilmkjarnaolía hjá konum í og eftir fæðingu og bráðatilvik fyrir, í og eftir fæðingu en frekari áhersluþættir eru enn í mótnu.

Sérfræðingar í hjúkrun og sérfræðiljósmaður á Landspítala

Þátttaka í starfsnáminu felur ekki í sér vilyrði um sérfræðistöðu að því loknu. Í dag starfa samtals 23 sérfræðingar í hjúkrun á Landspítala, 11 á lyflækningasviði, 6 á skurðlækningasviði, 2 á bráðasviði og 4 á kvenna- og barnasviði (Landspítali, 2010). Þeir sérfræðingar í hjúkrun sem starfa á kvenna- og barnasviði, starfa á BUGL og Barnaspítalanum en engir sérfræðingar í hjúkrun eða sérfræðiljósmaður starfa á kvennadeildum Landspítalans í dag (Landspítali, 2010). Það er því orðið tímabært er að setja á stofn sérfræðingstöður ljósmæðra á Landspítalanum enda eru sérfræðiljósmaður vel til þess fallnar til að leiða faglega þróun og stuðla að uppbyggingu fagsins innan háskólasjúkrahússins.

Fyrirmyndir

Þegar ný hlutverk eru mótuð er nauðsynlegt að hafa góðar fyrirmyndir. En hvert getum við sótt til að finna fyrirmyndir? Þó störf

hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra séu ólík að mörgu leyti þá eigum við margt sameiginlegt og markmið með sérfræðistörfum þessara fagstétta virðast vera svipuð. Nú er komin nokkur reynsla af störfum sérfræðinga í hjúkrun á Landspítala og því nærtækt að líta á þeirra störf. Í frétt um ráðningu sérfræðinga í hjúkrun á Landspítala er fjallað um hvað það felur í sér að vera sérfræðingur í hjúkrun. Þessi stutta lýsing gefur okkur hugmynd um störf þeirra:

„Sérfræðingur í hjúkrun hefur sértæka þekkingu, framhaldsmenntun og færni til að leysa viðfangsefni er lúta að hjúkrun sjúklinga og fjölskyldna þeirra og þverfaglegri samvinnu vegna þjónustu við sjúklinga.

Sérfræðingur í hjúkrun stundar rannsóknir og stuðlar að nýtingu rannsóknarniðurstæðna í hjúkrun.

Meginhlutverk sérfræðinga í hjúkrun er hjúkrun, fræðsla, ráðgjöf, rannsóknir og starfsþróun. Ásamt öðrum hjúkrunarfræðingum ber sérfræðingur í hjúkrun ábyrgð á að sjúklingar njóti bestu hjúkrunar sem möguleg er á hverjum tíma. Enn fremur stuðlar sérfræðingur í hjúkrun að auknum gæðum hjúkrunar og er frumkvöðull og leiðtogi“ (Landspítali, 2006).

Það er ekki síður mikilvægt fyrir okkur að sækja fyrirmyndir til ljósmæðra sem hafa reynslu af sérfræðistörfum. Íslenskar ljósmæður hafa löngum leitað til Bretlands í leit að faglegri þekkingu. Til dæmis eru margar af þeim kennslubókum sem notaðar eru í ljósmóðurnáminu frá Bretlandi og sömuleiðis mörg fagúmarit sem við lítum mikið til, s.s. MIDIRS



Karen Jewell sérfræðiljósmóðir að störfum í mæðravernd. Á hennar sérsviði er m.a. þjónusta við konur af erlendum uppruna (flóttafólk, hælisleitendur o.s.frv.). Þar þurfti oft að nota túlkþjónustu, en yfirleitt ekki vitað hvaða mál konan talaði fyrr en hún var komin á staðinn þ.a. túlkun fór oftast fram í gegnum síma.



Mikil hefur er fyrir þjónustu í heimahúsum – ljósmóðir á leið í vitjun eftir fæðingu

og British Journal of Midwifery. Sérfræðingsstöður ljósmæðra hafa verið til staðar í Bretlandi frá 1999 en markmiðin með þeim eru m.a. að bæta þjónustu, bæta gæði þjónustu, skapa tækifæri til starfsþróunar og halda reynndum ljósmæðrum í klínisku starfi. Rauði þráðurinn í áherslu sérfræðiljósmæðranna í Bretlandi er að styðja við eðlilegt ferli og stuðla að faglegri þróun þjónustu og starfshátta. Ljósmæður sem valist hafa til þessara starfa í Bretlandi hafa verið ljósmæður með mikla starfsreynslu og að lágmarki með meistaraþróf. Ljósmæðurnar hafa sérhæft sig á ákveðnu sviði, t.d. heilsugæslu, lýðheilsu, eðlilegri fæðingu, ljósmæðrarekinni þjónustu og umönnun í fæðingu (Byrom, Edwards, & Garrod 2009). Sérfræðiljósmæðurnar í Bretlandi verja a.m.k. 50% af

Valgerður Lísá á vettvangi með breskum sérfræðiljósmæðrum

Einn liðurinn í starfsnámi hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra til sérfræðiviðurkennningar á Landspítala er að fara út fyrir landsteinana og vinna með sérfræðingum. Ég fór í september 2009 til Bretlands og dvaldi þar í 3 vikur. Til ferðarinnar var veittur styrkur frá Leonardo da Vinci Learning Programme. Ferðin hófst í S-Wales þar sem ég dvaldi í Swansea og Cardiff í tæpar 2 vikur, síðan var ég í London í rúma viku og fylgdist með sérfræðiljósmæðrum að störfum.

Í S-Wales eru starfandi 5 sérfræðiljósmæður (consultant midwives) og eru þær hver og ein með ákveðið landssvæði sem þær sinna. Þær vinna þvert á stofnanir og eru talsvert á ferðinni til að fara á milli sjúkrahúsa, fæðingarheimila og heilsugæslu. Auk þess að vera með ákveðin svæði voru þær allar með ákveðin áhugasvið sem störf þeirra og rannsóknir beindust að, eins og t.d. lýðheilsa, heilsuefning, eðlilegt barneignarferli, fæðingarreynsla, ljósmæðrarekin barneignarþjónusta o.fl. Sumar sérfræðiljósmæðranna voru með hlutastöður við háskóla. Í störfum þeirra fólst u.þ.b. 50% klínísk vinna og 50% fræðistörf, kennsla og ráðgjöf. Leiðtogahlutverkið var mjög áþreifanlegt hjá þeim, alls staðar þar sem þær komu biðu þeirra erindi

og leitað var eftir samráði við þær frá ljósmæðrunum á staðnum. Það var augljóst að þær voru faglegir leiðtogar. Talsvert var um að konum væri vísað til þeirra í ráðgjöf vegna ýmiss konar vandamála eða frávika í barneignarferlinu. Þetta voru þá tilvísanir frá öðrum ljósmæðrum og fæðingarlæknum. Oft var spurningin um val á fæðingarstað t.d. ef konan var með einverja áhættuþætti (fyrri keisari, á blóðþynningu, þunglyndislyfjum eða með BMI yfir 35 o.fl.) Þarna reyndi á það hlutverk þeirra að tengja gagnreynda þekkingu við dagleg störf og stuðla jafnframt að upplýstu vali verðandi foreldra.

Í London var ég að vinna með ljósmæðrum við St Thomas' Hospital. Öll barneignarþjónustan er í raun veitt út frá spítalanum, það má segja að þar sé eins konar miðstöð. Ljósmæðurnar eru hins vegar að störfum úti í hverfunum við mæðravernd, heimafræðingar og sængurleguþjónustu. Spítalinn þjónar stóru svæði í suðurhluta London og þar eru yfir 8.000 fæðingar á ári. Ljósmæðurnar vinna saman í 6 manna hópum og sjá um mæðravernd, eru á fæðingarvöktum og sinna sængurleguþjónustu. Nokkrir ljósmæðrahópar tengdust spítalanum og voru sumir þeirra með ákveðna sérhæfingu, t.d.

fyrir ungar mæður, konur með áhættuþætti eins og sykursýki, vímuefnaneyslu, geðræn vandamál, hjartasjúkdóma o.fl. Mikil hefur er fyrir því í Bretlandi að veita barneignarþjónustuna heim, bæði á meðgöngu og eftir fæðingu þ.a. stór hluti af mæðraverndinni fer fram í heimahúsum. Á St Thomas' voru 3 sérfræðiljósmæður starfandi og skiptu þær með sér sviðum þannig að ein hafði umsjón með meðgöngunni, önnur með fæðingardeildunum og sú þriðja með sængurlegunni og hafði hún einnig reglulega fundi með ljósmæðrahópnum.

Flestar sérfræðiljósmæðurnar fara nokkuð reglulega til annarra landa þar sem þær eru ýmist í þróunarstarfi eða til að leiðbeina og vera öðrum ljósmæðrum til ráðgjafar. Það var einstaklega vel tekið á móti mér og metnaður í því að ég fengi sem mest út úr vettvangsheimsókn minni. Á þessum tíma voru viðræður í gangi milli stjórnsvalda Bretlands og Íslands vegna Icesave deilunnar - en hafi verið einhver stirðleiki í milliríkjasamskiptunum, þá náði það svo sannarlega ekki inn í samskipti okkar ljósmæðra! Ég mætti bara hlýju og einlægum áhuga hjá sérfræðiljósmæðrunum á að deila með mér þekkingu sinni og reynslu.

tíma sínum í klíniska vinnu þannig að skjól-
stæðingar njóta sérþekkingar þeirra. Stór hluti
af störfum þeirra er að brúa bilið á milli rann-
sóknna og daglegra starfa og sumar stöðurnar
eru tengdar við menntastofnanir. Þegar þær eru
ekki í klínísku starfi veita þær ráðgjöf, taka þátt
í rannsóknum, kennslu, þjálfun og þróun þjón-
ustu og starfshátta. Sérfræðiljósmaður eru fyrst
og fremst faglegir leiðtogar en ekki stjómendur
og hafa því ekki mannaforráð né bera ábyrgð á
fjármálum en standa við hlið yfirljósmaðra og
styðja við faglega þáttinn. Störf sérfræðiljós-
maðra í Bretlandi virðast því vera byggð upp
á svipaðan hátt og störf sérfræðinga í hjúkrun
á Landspítala.

Ljósmaður ljósmaðranna!

Í breska fagtímaritinu MIDWIVES hafa
margar breskar sérfræðiljósmaður skrifað
hugleiðingar um störf sín í dálk sem tileink-
aður er sérfræðiljósmaðrum. Margar tala
um það sem forréttindi að fá að vera í þessu
starfi og aðrar nefna að það þurfi bjartsýni,
góða kímigáfu og þykkan skráp til að vera
sérfræðiljósmaðir. Stephens (2004) sagði að
líkja mætti starfi sínu sem sérfræðiljósmaðir
við hriðar, með sínum hæðum og lægðum og
svo væri það sársaukafullt á köflum. Gould
(2004) lýsir því hvernig sérfræðiljósmaðir

getur verið ljósmaðir ljósmaðranna í þeim
skilningi að þær gefa öðrum ljósmaðrum ráð,
vinna með þeim að faglegri þróun og styðja
við góðar hugmyndir, hafa auga fyrir sérfræð-
ingum framtíðarinnar, taka þátt í endur-
menntun ljósmaðra og huga að vinnuum-
hverfi þeirra. Það er mikilvægt að huga að
vinnuumhverfinu því margar breskar ljós-
maður hafa flosnað upp úr ljósmaðurstarfinu
á sjúkrahúsum þar sem óeðlilega mikið er um
inngríp og eðlileg fæðing fær ekki að vera í
friði fyrir sjúkdómsvæðingunni.

Sérfræðiljósmaðir

Starfsheitið sérfræðiljósmaðir er nýtt hér á
landi og hefur komið upp umræða meðal ljós-
maðra um hvaða munur sé á sérhæfingu og
sérfræði. Það er ekki spurning um að nú þegar
eru margar ljósmaður sem hafa mikla þekk-
ingu og reynslu á vissum sviðum t.d. á sviði
fósturgreiningar, brjóstgajafar, viðtalsþjón-
ustu við konur með erfiða fæðingarreynslu og
svo mætti lengi telja. Það má kannski segja að
munurinn liggir í fræðastörfum og rannsóknum
því að gert er ráð fyrir að rannsóknir, kennsla
og nýting rannsóknaniðurstæðna í daglegum
störfum séu hluti af störfum sérfræðiljósmaðra
ásamt klínísku starfi.

Mikil þekking og sérhæfing er nú þegar

meðal íslenskra ljósmaðra. Með tilkomu
sérfræðiljósmaðra ætti að myndast sterkari
tenging fræðastarfa og rannsókna við dagleg
störf sem vonandi leiðir til enn betri þjón-
ustu fyrir skjólstæðinga okkar. Það er örugg-
lega hægt að taka undir það með bresku
ljósmaðrunum að það séu forréttindi að fá
að starfa sem sérfræðiljósmaðir. Það er með
tilhlökkun sem við tökumst á við það verk-
efni – að fá tækifæri til að vera leiðandi í
þróun ljósmaðraþjónustu.

Heimildir

- Byrom, S., Edwards, G. & Garrod, D. (2009). Consultant
midwives – 10 years on! *MIDIRS*, 19 (1), 23-25.
- Gould, D. (2004). Midwife to the midwives. *MIDWIVES*,
7(11), 488-489.
- Landlæknisembættið (2009). *Ársskýrsla Landlæknisemb-
ættisins 2008*. Sótt á vef Landlæknisembættisins 20.
apríl 2010: <http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=4027>
- Landspítali (2006). *Frétt: Ráðnir sérfræðingar í
hjúkrun*. Sótt á vef Landspítala 20. apríl 2010: http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/htmlpages/index2.html#frettir_3517
- Landspítali (2010). *Sérfræðingar í hjúkrun*. Sótt á innri vef
Landspítala 20. apríl 2010: <http://innri.lsh.is/pages/5366>
- Reglugerð um veitingu sérfræðileyfa í hjúkrun nr.
124/2003.
- Stephens, L. (2004). With woman, with midwife.
MIDWIVES, 7(9), 400-401.

Anna Sigríðu Vernharðsdóttir og Valgerður Lisa Sigurðardóttir

Val í barneignarþjónustu – hver tekur ákvörðun?

Vefsíðuna ljósmodir.is þarf vart lengur að
kynna, hvorki fyrir ljósmaðrum né verðandi
foreldrum. Samkvæmt samræmdri vefmæl-
ingu Modernus á Íslandi eru notendur nú hátt
í 5.000 í hverri viku og vikulegar flettingar
á síðunni eru að nalgast 60.000 (Modernus,
2010). Það er því ekki spurning að þar er svo
sannarlega vettvangur til að miðla fræðslu til
verðandi foreldra. Það er óhætt að segja að
fræðslan hafi verið sniðin að þörfum notenda
því meirihluti fræðslunnar á vefnum er í
formi þess að ljósmaður svara fyrirspurnum
sem notendur senda inn en þar er nú að finna
um 3.600 svör við ýmis konar fyrirspurnum
sem flestar tengjast meðgöngu og brjóstgöngu.
Á vefnum er einnig að finna fræðsluefni um
ýmislegt sem tengist meðgöngu, fæðingu
og sængurlegu en það efni hefur lítið þróast
frá því að vefurinn var opnaður árið 2003.
Það hefur lengi staðið til að bæta úr þessu
m.a. með því að gera bæklinga til að birta á
vefnum. Upphaflega horfðum við til Bret-
lands og gerðum samning um að þýða hluta
þeirra bæklinga sem MIDIRS gefur út og
nefndir eru Informed Choice eða upplýst val
en það er einmitt sú hugmyndafræði sem við
vildum ganga út frá við gerð bæklinganna.
Því miður þá komu brestir í samstarfið við

Bretana í kjölfar íslenska efnahagshruns-
ins og því var hætt við þýðingu þeirra og
ákveðið að ráðast í gerð íslenskra bæklinga.
Haustið 2008 sótti hópur ljósmaðra, undir
stjórn vefstjóra ljósmodir.is, um styrk til
Styrktarsjóðs Ljósmaðrafélags Íslands til
að gera 10 bæklinga og birta þá á vefnum
ljósmodir.is. Sjóðanefnd samþykkti að veita
styrk að upphæð 500.000 kr. Verkefnið er nú
vel á veg komið og bæklingarnir eru farnir
að birtast á vefnum, hver á fætur öðrum.

Ákvarðanataka og gagnreyndir starfshættir

Í klínískum leiðbeiningum frá Landlæknis-
embættinu um meðgönguvernd heilbrigðra
kvenna í eðlilegri meðgöngu kemur skýrt
fram að gert er ráð fyrir að ákvarðanataka um
meðferð og þjónustu sé í höndum konunnar
sjálfar, en þar segir: „Mikilvægt er að hverri
konu sé gert kleift að taka upplýsta ákvörðun
um þá þjónustu sem hún þiggur á meðgöng-
unni. Það er á ábyrgð heilbrigðisstarfsmanna
sem annast konuna að útskýra hvaða valkosti
hún hefur og veita skýrar og óhlutdrægar
upplýsingar. Virða ber þá ákvörðun sem konan
tekur. Þetta er í samræmi við lög um réttindi

sjúklinga nr. 74/1997.” (Landlæknisembættið,
2008). Þetta er hugmyndafræði sem er að öllu
leyti í samræmi við gagnreynda starfshætti
(evidence based practice), sem viðurkennd
er í heilbrigðisþjónustu nútímans. Með gagn-
reynndum starfsháttum er gert ráð fyrir að
ákvarðanataka um umönnun og meðferð
byggist á bestu þekkingu sem völ er á hverju
sinni, klínísku mati fagaðila og vilja skjólstæð-
ings (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg
og Haynes, 2000; Sackett, Rosenberg, Gray,
Haynes og Richardson, 1996). Breska ljósmað-
irin Lesley Page hefur einnig skrifað mikið um
gagnreynda starfshætti ljósmaðra og sett fram
ferli í fimm skrefum um hvernig ljósmaður
geti viðhaft gagnreynd vinnubrögð í starfi sínu
(Page, 2006):

1. Hvað er mikilvægt fyrir konuna og fjöl-
skyldu hennar?
2. Meta upplýsingar sem fást með klínískri
skoðun.
3. Afla gagnreyndra upplýsinga – rannsóknir
– yfirlitsgreinar o.fl.
4. Ræða málið við konuna.
5. Fara yfir útkomuna.

Þannig er gert ráð fyrir samráði við konuna
um þá umönnun og meðferð sem henni er
veitt og ákvörðun tekin í sameiningu. Page

telur lykilatriði fyrir þetta ferli að milli konu og ljósmóður sé gagnkvæmt samband byggt á trausti.

Upplýst val

Þegar verið er að taka ákvörðun er nauðsynlegt að hafa upplýsingar um þá valkosti sem eru í boði. Þá er oft talað um að konan hafi upplýst val. En hvað er upplýst val? Þegar val er upplýst þarf konan að hafa fengið upplýsingar og skilið hvað í þeim felst (Lög um réttindi sjúklunga nr. 74/1997). Til þess þurfa að vera valkostir með mögulegum leiðum og aðgengilegar upplýsingar um kosti og galla þeirra. Það felur í sér að einstaklingnum er frjálst að velja hvaða kost sem er og að dómgreind eða skoðun annarra hafi ekki áhrif á hvað hann velur. Þýðing þess að hafa val er tvíærð; eitt er að byrja með auða töflu og skapandi hugsun og sjá svo hvert það leiðir – en fyrir flestar konur afmarkast val líklega við þá kosti sem þeim er boðið í barneignarþjónustunni (Anderson, 2002) sem um leið takmarkar sjálfræði konunnar (Leap og Edwards, 2006). Umræða um upplýst val er nátengd umræðu um upplýst samþykki því um leið og konan velur er hún að samþykkja einn af þeim möguleikum sem henni er boðið að velja um. Samþykki byggir á sjálfræði einstaklingsins og til að það sé fullgilt þarf konan að vera fær um að taka ákvörðun án þvingunar og hafa fengið allar þær upplýsingar sem nauðsynlegar eru til að byggja ákvörðun á (Beauchamp og Childress, 2001).

Hvað hefur áhrif á val og ákvarðanatöku?

Það er margt sem hefur áhrif á hvernig konan velur eða tekur ákvörðun. Ýmsir félagslegir þættir, menningarlegur bakgrunnur, menntun, fyrri reynsla hennar og væntingar hafa þar áhrif á. Einnig geta utanaðkomandi þættir haft sterk áhrif á val kvenna, t.d. reglur og stefna heilbrigðisstofnana, hvernig fræðsla er veitt og aðgengi þeirra að upplýsingum. Skortur á upplýsingum getur hindrað konur í að taka ákvörðun. Stundum stýrir starfsfólk því að konan fær ekki upplýsingar eins og kom fram í rannsókn Stapleton, Kirkham og Thomas (2002) að ef tiltekin þjónusta var ekki í boði á stofnuninni þá fannst starfsfólki það ekki eiga að afhenda bæklinga með upplýsingum um þá þjónustu. Val er þannig ásættalegt ef konan velur það sem er þægilegt fyrir stofnunina og ekki truflandi fyrir starfseminna (Bones, 2005). En stundum standa ljósmæður frammi fyrir því að val konunnar er ekki samkvæmt reglum eða hefðum. Í rannsókn á skyngjun íslenskra ljósmæðra á öryggi og áhættu við eðlilegar fæðingar kom fram að þeim fannst þær stundum þurfa að fara út fyrir ramma reglna til að virða ákvörðun/val konunnar ef það var ekki í samræmi við reglur stofnunar. Dæmi um það var notkun

vatns á 1. stigi fæðingar þar sem legvatnið var grænt (Valgerður Lísu Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009).

En getum við einhverju breytt um þá þætti sem hafa áhrif á ákvarðanatöku? Innri þáttum konunnar getum við líklega ekki breytt svo glatt en við getum haft áhrif á ytri þætti m.a. með fræðslu og upplýsingum á aðgengilegu formi svo þær geti tekið upplýsta ákvörðun. Ljósmæður eru í lykilaðstöðu til að veita fræðslu til verðandi foreldra þar sem þær koma að á öllum stigum barneignarþjónustunnar. Í starfi ljósmæðra felast mikil samskipti og þar er ráðgjöf mjög stór þáttur. En það er ekki sama hvernig við veitum upplýsingar – að veita ráðgjöf er vandasamt, sérstaklega ef við sjálf höfum fyrirfram gefnar hugmyndir um hvaða ákvörðun við viljum helst að viðkomandi taki.

Vald til að taka ákvörðun - má ég...?

Þessi orð heyrast því miður of oft frá skjólstaðingum okkar og bendir til þess að það sé eitthvað eða einhver annar sem hefur vald til þess að taka ákvörðun fyrir viðkomandi. Í fyrr nefndri rannsókn á íslenskum ljósmæðrum (Valgerður Lísu Sigurðardóttir, 2008) kom fram að ljósmæðrum fannst vera ýmsar hindranir á að konur hefðu tækifæri til að taka upplýstar ákvarðanir. Orðaval þeirra benti til að vald til ákvarðanatöku væri ekki alltaf í höndum kvennanna sjálfra t.d. ...*hún á að fá [epidural]... eða ... það fá ekki allar konur að fæða í vatni... eða ...nú fá þær ekki lengur þessa 24 tíma* [eftir að legvatn fer]. Annað dæmi sem heyrir stundum er þegar komið er að umræðu um framköllun fæðingar: ...*ef þú verður ekki búin að fæða fyrir 42 vikur verður fæðingin sett af stað... eða ...svo gangsetjum við þig....* Þetta orðaval gefur ekki mikið færi á að fá fram sjónarmið konunnar og ekki líklegt að hún upplifi að hún hafi valkosti.

Upplýsingar til að byggja ákvörðun á

Hvaðan fær fólk upplýsingar? Sú kynslóð sem er í barneignum í dag er tölvuvædd – fólk er vant að leita sér upplýsinga á veraldarvefnum og því er mikilvægt að þar séu aðgengilegar upplýsingar sem byggjast á gagnreyndri þekkingu. Tilkoma veraldarvefsins hefur ekki dregið úr framlagi fagfólks í fræðslu nema síður sé en hefur breytt hlutverki okkar að vissu leyti. Það er mikilvægt að fagfólk meti gæði þeirra upplýsinga sem settar eru fram þannig að við getum leiðbeint fólki um hvert það á að leita og að sjálfsögðu þurfum við að nýta þennan öfluga miðil til að miðla fræðslu. Í rannsókn Churchill og Benbow (2000) kom fram að 78% kvenna höfðu fengið upplýsingar til að byggja upplýsta ákvörðun á frá ljósmæðrum. Í vettvangs-

ferð Valgerðar Lísu til Bretlands haustið 2009 kynntist hún því hvernig ljósmæður þar hafa sérstakt viðtal í kringum 36 vikna meðgöngu þar sem rædd var áætlun fyrir fæðinguna eða svokallað birth plan. Þar var markvisst farið í hvaða valkostir stæðu til boða í tengslum við fæðinguna. Verðandi foreldrar höfðu þá áður fengið í hendurnar blað þar sem eftirfarandi þættir voru til umhugsunar og ákvarðanatöku fyrir þau:

- *Stuðningur í fæðingu*: hvern viltu hafa hjá þér?
- *Að vita kynið*: kíkja sjálf eða á ljósmóðir að segja það?
- *Klippa á naflastrenginn*: pabbinn eða mamman.
- *Virk eða lífeðlisleg umönnun á 3. stigi fæðingar*: ljósmóðir athugar hvernig forsendur eru ef konan velur lífeðlislega umönnun t.d. hvernig konan er í Hb og samþykkir val um lífeðlislegt 3. stig ef allt er í lagi.
- *Stellingar í fæðingu*
- *Verkjameðferð í fæðingu*
- *Fyrsta brjóstaggjöfin og snerting húð við húð*
- *Viltu að barnið þitt fái K-vítamín?* Og þá í formi mixtúru eða með sprautu í vöðva?
- *Við hverju er að búast ef hlutirnir þróast öðruvísi en búist var við*: bráðakeisari, áhaldafæðingar, spangarskurður, örvun, gangsetning.
- *Heimafæðing*
- *Vatnsfæðing*
- *Hvað á að taka með sér á fæðingarstað?*
- *Hvenær ætti að fara á fæðingarstað?*
- *Eitthvað annað sem þú óskar eftir?*

Viðtal af þessum toga er kjörið tækifæri til að opna fyrir umræðuna um upplýst val en margir gera sér hreinlega ekki grein fyrir því að þeir hafi val eða hvaða valkostir eru í boði. Til undirbúnings fyrir slík viðtöl getur komið sér vel fyrir fagfólk að geta bent á vandað fræðsluefni sem byggir á gagnreyndri þekkingu og það ætti að gagnast verðandi foreldrum. Bæklingar koma að sjálfsögðu aldrei í stað fræðslu eða ráðgjafar fagfólks en geta veitt stuðning og lagt grunninn að umræðu um valkosti í barneignarferlinu.

Fyrsti áfangi – 10 bæklingar

- K-vítamín
- Þriðja stig fæðingar
- Verkjameðferð án lyfja
- Verkjameðferð með lyfjum
- Hlustun fósturhjártsláttar
- Vatnsfæðingar
- Stuðningur og yfirseta í fæðingu
- Fæðingapunglyndi
- Val á fæðingarstað
- Lengd meðganga

Fréttir úr félagsstarfi



Ógmundur Jónasson þiggur góð frá Guðlaugu Einarsdóttur, formanni LMFÍ.

Afmælisárið í blíðu og stríðu

Á þessu nitugasta og fyrsta afmælisári Ljósmeðrafélags Íslands hafa ljósmeður haldið upp á tímamótin með margvíslegum hætti; ráðstefnu- og veisluhöldum, bókarútgáfu, heiðrun ljósmeðra svo fátt eitt sé nefnt. Þá voru framleiddir afar skemmtilegir munir, könnur, kaffibrúsar og bolir sem eru í sölu hjá félaginu á viðráðanlegu verði. Rétt er að taka fram að um takmarkað upplag er að ræða en vörurnar eru í sölu hjá félaginu. En sem sagt raritet til framtíðar! Að öðru leyti hefur þetta afmælisár einkennst af hagsmunavörslu. Ljósmeðrafélagið, eins og önnur stéttarfélög, eiga nú fullt í fangi með að verja hagsmuni félagsmanna og skjólstæðinga þeirra, í þeim samdrætti sem allt þjóðfélagið stendur frammi fyrir þessi misserin. Hvað ljósmeður varðar fer þessi hagsmunavarsla bæði fram kjaralega og faglega og því miður blæs ekki byrlega. Ljósmeður hafa á mörgum stofnunum þurft að gefa eftir af kjörum sínum hvað varðar yfirvinnu. Yfirvinnubann hefur verið í gildi og óunnin yfirvinna og akstursgreiðslur afnumdar. Á fjórum stofnunum (SHA, LSH, FSA og Landlæknisembættið) hafa sumar ljósmeður minnkað vinnuhlutfall sitt tímabundið í þeirri von að komist verði hjá uppsögnum. Þrjár stofnanir til viðbótar (Heilsugæsla höfuðborgarsvæðis, Heilbrigðisstofnun Vestmannaeyja og Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki) hafa sagt upp vinnuhlutfalli eða stöðum ljósmeðra. Á Sauðárkróki hefur ljósmeður verið sagt upp eftir áratuga þjónustu við stofnunina

og bakvaktir hinnar verið lagðar niður. Sem stendur er því engin ljósmeðurþjónusta fyrir hendi utan skrifstofutíma á svæðinu frá Akureyri, norður til Ísafjarðar og vestur til Akraness. Ljósmeðrafélagið reynir nú að gera allt sem í þess valdi stendur til þess að tryggja sólarhrings ljósmeðurþjónustu á Sauðárkróki og vekja athygli á hversu misskilinn sparnaður það er að leggja niður bakvaktir ljósmeðra á landsbyggðinni. Á Kragasjúkrahúsunum svo kölluðu ríkir enn óvissa um framtíðarfyrirkomulag þjónustunnar og er hringlandahætti heilbrigðisyfirvalda engan veginn lokið á því svæði. Á Selfossi var skurðstofuvakt lögð niður um áramótin og nú um mánaðamótin apríl/mái gerðist hið sama í Keflavík.

Undir þessum kringumstæðum er mjög mikilvægt að byggja upp og þetta trúnaðarmannakerfi félagsins. Trúnaðarmenn eru tengiliðir félagsins inn á stofnunum og því miður er það svo að þess eru dæmi að ljósmeður láti hjá líða að leita aðstoðar eða upplýsingar hjá Ljósmeðrafélaginu. Fá félagið ekki upplýsingar um þær aðgerðir sem framkvæmdar eru á stofnunum, getur það lítið aðhafst.

Fátt er þó með öllu illt að ekki boði nokkuð gott. Vegna niðurlagningar skurðstofuvaktar á Selfossi, er þar nú rekin ljósmeðraleidd fæðingardeild með góðum árangri. Leiða má líkum að því að áframhaldandi rekstur hennar, með þeim góða árangri sem þar hefur náðst, verði prófsteinninn á samstöðu og sjálfstraust íslensku ljósmeðrastéttarinnar. Ljós-

meður í Keflavík eru heldur hvergi bangnar og eru staðráðnar í að halda uppi þjónustu í heimabyggð. Hér er auðvitað ekki um nein ofurvísindi að ræða eða algjöra nýjung, því við vitum að ljósmeður héraðs hafa staðið sig vel í því að velja þær konur sem geta fætt á ljósmeðraleiddum einingum. Fyrirmyndirnar eru til staðar, bæði á Sauðárkróki og á Höfn í Hornafirði. Við þekkjum líka af spurn, vinnuumhverfi formæðra okkar í ljósmeðrastétt sem þó gátu ekki valið þær konur sem þær treystu til að fæða heima í héraði, enda ekki um aðra þjónustu að velja.

Fundur með yfirljósmeðrum

Í haust boðaði stjórn Ljósmeðrafélagsins yfirljósmeður Kragasjúkrahúsanna til umræðna um viðbrögð ljósmeðra og framtíð barneignarþjónustu á þessum stofnunum. Fulltrúi námsbrautar í Ljósmeðurfræði var einnig með á fundunum. Tilgangur þessara funda, sem urðu samtals þrír, var að skapa umræðu, einingu og stuðning milli ljósmeðra þessara stofnana í þeirri óvissu sem ríkti (og ríkir enn) um framtíð þjónustunnar á þessu svæði.

Fundur með heilbrigðisyfirvöldum

Ljósmeðrafélagið hefur átt fjölda funda með mismunandi heilbrigðisráðherrum vegna þessa og hefur ítrekað bent á hættuna á brotakennndum sparnaðartilraunum sé heildarmyndin ekki skoðuð, sem auðveldlega geta leitt til lakari en jafnframt kostnaðarsamari heilbrigðisþjónustu. Gerður var góður rómur

að okkar erindi, en því miður virðast sjónarmið okkar ekki hafa skilað sér sem skyldi og við höldum baráttunni áfram. Í haust fer af stað vinna á vegum ráðuneytisins við nýja heilbrigðisáætlun og hefur Ljósmaðrafélaginu verið lofuð aðkoma þar að.

Fundir með ljósmaðrum

Í haust heimsótti stjórn Ljósmaðrafélagsins allar stærstu stofnanir (LSH, HH, FSA, SHA, HSS og HSU) og átti gott spjall við ljósmaður. Í einni af þeim heimsóknunum vaknaði hugmynd um að halda málstofur fyrir ljósmaður á þessum stofnunum og tók fagræð ljósmaðra á LSH af skarið og hélt málstofur í samvinnu við Ljósmaðrafélagið og námsbrautina á þessum stofnunum í vetur. Síðasti liðurinn í þessari samvinnu var ráðstefna sem haldin var á alþjóðadegi ljósmaðra þann 5. maí undir þemanu samskipti og tókst framúrskarandi vel. Tæplega sextíu ljósmaður mættu til að hlusta á erindi sex ljósmaðra, auk þess sem Ólóf Ásta Ólafsdóttir og undirrituð tóku saman efni málstofa vetrarins. Fundinum var einnig streymt um fjarfundabúnað á netið og enn geta ljósmaður séð erindin á slóðinni www.straumur.bhm.is og notað notendanafnið 0505 og lykilorðið 2010 (sem var dagsetning fundarins).

Viðbragðsvaktakerfið

Eitt af þeim málum sem Ljósmaðrafélagið hefur unnið hörðum höndum að síðasta árið er samkomulag við LSH varðandi svokallað viðbragðsvaktakerfi. Viðbragðsvaktakerfið var til reynslu í 7 mánuði og báru báðir samkomulagsaðilar kerfinu góðan vitnisburð en bentu á það af fenginni reynslu, hvernig mætti bæta það. Því miður var ekki hlustað á tillögur ljósmaðra að úrbótum á kerfinu, en kannanir félagsins leiddu í ljós að tæpur helmingur ljósmaðra á LSH var viðbragðsvaktakerfinu andsnúinn. Vegna jafnskiptra skoðana, með og á móti viðbragðsvaktakerfinu, var félaginu vandi á höndum því ekki var um samning að ræða sem ljósmaður voru bundnar að, heldur tilraun. Því var nauðsynlegt að fá afdráttarlausari svör frá félagsmönnum á LSH um hvernig þeir óskuðu að framganga félagsins væri gagnvart viðbragðsvaktakerfinu. Þá var samið um þriggja mánaða tilraunatímabil til viðbótar og samdi félagið við Landspítalann um akstursgreiðslur eins og aðrar stéttir innan stofnunarinnar bjuggu við. Þegar til framkvæmdar kom í byrjun febrúar, stóð LSH ekki við gerðan samning; bæði hafði mönnunarmódeli verið breytt, sem gat haft bein áhrif á útkallstíðni og neitað var að greiða akstur umfram ákvæði í miðlægum

kjarasamningum. Ljósmaðrafélagið hélt þá aðra atkvæðagreiðslu meðal hlutaðeigandi félagsmanna sem fór fram þann 24. febrúar. Niðurstaðan var afdráttarlaus, félagsmenn höfnuðu tilraunaverkefni um viðbragðsvaktakerfi. LSH var þegar í stað gert viðvart um afstöðu félagsins, og litði svo á að LSH hefði rift samkomulaginu og félagið því laust allra mála af því.

Kjarabaráttan

Nú hafa samningur verið lausir í 14 mánuði, þ.e. frá marslokum 2009. Starfsemi stéttarféлага hefur einkenst af hagsmunavörslu og gerir það enn. BHM stóð fyrir kjarakönnun og kjararáðstefnu í maí þar sem aðildarfélag bandalagsins stilltu saman strengi sína, enda þykir það hyggilegast að hafa nána samvinnu í þessum kjarasamningum. Hart er sótt að lífeyriskjörum ríkisstarfsmanna sem um langt skeið hafa verið hluti af launakjörum opinberra starfsmanna. Þannig hafa lægri laun jafnan verið réttlætt og bætt upp að nokkru með betri lífeyrisréttindum og er lífeyrisskuldbinding ríkisins því launaskuld, eins og segir í samþykkt af aðalfundi BHM sem haldinn var þann 30. apríl s.l..

Atvinnuleysi ljósmaðra

Enn stöndum við ljósmaður frammi fyrir atvinnuleysi og eru nú fimm ljósmaður á atvinnuleysiskrá. Ljósmaðrafélagið er enn að fóta sig gagnvart þessum nýja vágesti og miða öll viðbrögð þess að því að styðja þessar ljósmaður, tryggja réttindi þeirra og viðhalda klínískri færni, svo halda megi þessum ljósmaðrum innan ljósmaðrastéttarinnar. Forvarnir og önnur viðbrögð á borð við sérúrræði m.t.t. frekara náms eru enn á byrjunarreit og hefur stjórn félagsins kallað eftir samvinnu og samráði með fulltrúum námsbrautar í Ljósmaðurfærð og LSH varðandi vaxandi atvinnuleysi ljósmaðra.

Þær ljósmaður sem verið hafa atvinnulausar í vetur, hafa þó ekki setið auðum höndum heldur stofnuðu þær fljótlega fyrirtækið Björkina sem Ljósmaðrafélagið hefur m.a. styrkt, bæði í orði og á borði.

Sameining sjóða

Á aðalfundinum 2. maí s.l. voru samþykktar tillögur sjóðanefndar um sameiningu þriggja sjóða Ljósmaðrafélagsins (Vísindasjóður, Minningasjóður og Rannsóknasjóður) í einn sjóð, Rannsókn- og þróunarsjóð Ljósmaðrafélags Íslands. Einnig voru samþykktar úthlutunarreglur fyrir sjóðinn og stofnskrá hans.

Ný fagdeild

Í haust var ný deild stofnuð innan Ljósmaðrafélagsins, fagdeild um heimaþjónustu ljósmaðra. Heimaþjónusta ljósmaðra er orðin það viðamikil að þörf var á að tryggja faglega umræðu um hana innan félagsins með formlegri hætti og því var deildin stofnuð. Fagdeildin hefur í vetur unnið að



Rannsóknasjóður

Ingibjargar R. Magnúsdóttur

auglýsir eftir umsóknum um styrki

STYRKARSJÓÐIR

Stjórn Rannsóknasjóðs Ingibjargar R. Magnúsdóttur auglýsir eftir umsóknum um styrk úr sjóðnum til doktorsnema í hjúkrunar- og ljósmóðurfræðum.

Umsóknarfrestur er til 1. september 2010.

Rafræn umsóknareyðublöð er að finna á heimasíðu Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði, www.rsh.hi.is.

Markmið sjóðsins er að efla rannsóknir í hjúkrunar- og ljósmóðurfræðum.

Nánari upplýsingar veitir Sigrún Ólafsdóttir, verkefnastjóri RSH, sigrunol@hi.is, sími 525-5280

Hægt er að styrkja sjóðinn með ýmsu móti t.d. vegna árgangaafmæla eða útskriftar. Einnig er hægt að senda minningarkort og tækifæriskort. Fjárhæðir má leggja inn á eftirfarandi bankareikning hjá Íslandsbanka, 0513-26-004057. Kennitala Styrktarsjóða HÍ er 571292-3199.



HÁSKÓLI ÍSLANDS
STYRKARSJÓÐIR

ýmsum verkefnum. Það fyrsta sem komst til framkvæmda var grunnnámskeið 17. nóvember fyrir ljósmæður sem voru að hefja heimaþjónustu eða vildu skerpa á rekstrarumgjörðinni. Á námskeiðinu var farið yfir helstu atriði í samskiptum við stofnanir á borð við Landlækniseimbættið, Sjúkratryggingar Íslands, lífeyrissjóði og skattayfirvöld. Af annarri faglegri þróunarvinnu má nefna að verið er að skoða sérhæfð viðmið um heimaþjónustu og vinna bæklinga með upplýsingum um heimaþjónustu til að afhenda sængurkonum. Einnig kom fagdeildin að vinnu við faglegar lágmarkskröfur í heimaþjónu og heimaþjónustu í sængurlegu, sem væntanlegar eru frá Landlækniseimbættinu.

Ljósmæður fagdeildarinnar hafa setið fundi með fulltrúum Landspítala vegna umbóta á tilvísunarleiðum til og frá ljósmæðrum í heimaþjónustu. Hluti þeirrar vinnu snýr að rammamasamningum Sjúkratrygginga Íslands sem nú hefur verið framlengdur til ágústloka.

Fræðslustarf

Ljósmæðrafélagið hóf einnig samstarf með Endurmenntun Háskóla Íslands (EHÍ) og þegar hefur eitt námskeið verið haldið í þeirri samvinnu og stendur meira til. Fræðslu- og endurmenntunarnefnd félagsins sér um samskipti við EHÍ hefur nóg úr að móða eftir skoðanakönnun meðal félagsmanna um námskeiðsframboð. Hringborðsumræður voru haldnar í þrígang s.l. vetur og var aðsókn dræm sem er synd því þetta fyrirkomulag hentar einkar vel sem samskiptaform lítillar fagstéttar. Það er ódýrt og ljósmæður hafa svo miklu að miðla hver til annarrar.

Ný vefsíða að gjöf

Vefsíða félagsins hefur verið óvirk í lengri tíma og hefur það valdið félagsmönnum óþægindum sem stjórn biðst afsökunar á. Ný vefsíða er í smíðum og er hún gjöf frá og TM Software og Norðurljósum ehf, sem m.a. er í eigu Báru Hildar Jóhannsdóttur ljósmóður. Við kunnum þeim bestu þakki fyrir. Vefstjóri, Harpa Ósk Valgeirsdóttir, hefur lagt nótt við dag í maí við að yfirfæra efni á síðuna. Við hlökkum til að fá virka og fallega félagsvefsíðu sem auðveldar upplýsingastreymi innan félagsins. Við getum nú þegar verið stoltar af ímynd ljósmæðra í netheimum þar sem ljósmodir.is er með víðlesnustu vefsíðum landsins og eru þar m.a. nýkomnir fræðslubæklingar sem auðvelda eiga ljósmæðrum að styðja við upplýsta ákvarðanatöku skjólstæðinga sinna.

Póstlisti félagsins

Á meðan vefsíða félagsins hefur verið í endurvinnslu, hefur upplýsingagjöf til félagsmanna farið fram í gegnum póstlistann. Til að tryggja endurnýjun og vörslu póstlistans, er hann hafður á google mail þar sem Guðrún Sigríður Ólafsdóttir ljósmóðir og tæknikona félagsins, hefur haldið utan um hann. Enn

eru þó margir félagsmenn sem ekki eru á póstlistanum. Þeir félagsmenn sem ekki fá fjölpóst frá félaginu, eru vinsamlegast beðnir um að tilkynna veffang til félagsins.

Ljósmæðrablaðið og Fylgjan

Starfsemi ritnefndar er öflug sem fyrr. Ljósmæður gefa enn út tvö vegleg blöð árlega, sem beðið er af eftirvæntingu hvert vor og hver júl. Handbók ljósmæðra – Fylgjan kom nú út í 21. skipti og ber það kannski hógvæð rittstjórans vitni, að ekki var haldið upp á útgáfu þessa þarflega rits þegar það stóð á tveimur tugum. Fyrir þær sem ekki hafa enn uppgötvað nytsemi Fylgjunnar, vil ég benda á að skoða hana gaumgæfilega og sjá þann hafsþó af upplýsingum sem þar er. Þar sem Fylgjan er yfirfarin fyrir árlega útgáfu, vil ég einnig biðja notendur hennar á að koma með ábendingar um efni og uppfærslu til rittstjóra hennar, Elínborgar Jónsdóttur (elvi@simnet.is) fyrir septemberlok, ef þær eiga að komast inn í næstu Fylgju, annars eru ábendingar alltaf vel þegnar.

Breytingar á stjórn og starfsemi

Hvað stjórn félagsins áhrærir höfum við misst tvo stjórnarmeðlimi á starfsárinu. Í september sagði Sigrún Valdimarsdóttir af sér gjaldkerastöðu af persónulegum ástæðum og tók þá varagjaldkeri, Árdís Kjartansdóttir fljótlega við störfum hennar. Í mars sagði Árdís svo af sér gjaldkerastöðu og störfum.

Er þetta í fjórða sinn sem gjaldkeri félagsins segir af sér, á þeim fimm árum sem gjaldkerastarfið hefur verið í núverandi mynd. Áður var það svo að skrifstofumaður (sem var alltaf ljósmóðir) og formaður félagsins sáu um daglegan rekstur félagsins og var þá starf gjaldkera mun viðaminna en það er nú. Það er skoðun núverandi stjórnar að núverandi fyrirkomulag gangi ekki upp og því verði að breyta. Þess vegna hefur stjórn nú auglýst eftir skrifstofumanni utan stjórnar, eins og áður tíðkaðist hjá félaginu. Það er ekkert launungarmál að átök hafa verið í Ljósmæðrafélaginu frá síðustu kjarabaráttu. Til að reyna að leysa úr þeim ágreiningi boðaði stjórn félagsins til fundar með fyrrverandi og núverandi formönnum og starfsmönnum félagsins undir yfirskriftinni Sáttafundur um samskipti og vinnubrögð Ljósmæðrafélags Íslands. Tilgangur fundarins var að fá tillögur og aðstoð frá reyndum félagskonum og þeim þremur sem sagt höfðu af sér störfum vegna óánægju með formann og/eða stjórn og ræða samskipti og verklag innan félagsins út frá mismunandi sjónarhornum. Sr. Bragi Skúlason var fenginn sem utanaðkomandi fundarstjóri enda er hann reyndur í félagsstörfum og óumdeildur og þekktur meðal ljósmæðra. Fundurinn var vel sóttur, þar mættu 14 ljósmæður af þeim 19 sem boðaðar voru og umræður gáfu stjórn gott veganesti til uppbyggingar félagsins sem varð kveikjan að tillögum stjórnar til aðalfundar um skipan vinnuhópa. Ljósmæðrafélagið okkar hefur

stækkað og tímarnir breyst. Það er ljóst að nákvæmari vinnuferla skortir í starfsemi félagsins, sem valdið hefur óþarfa árekstrum síðustu misseri. Því vill stjórn félagsins nýta næsta ár til þess að félagsmenn endurskoði innviði og uppbyggingu félagsins og láti vilja sinn í ljós um hvernig Ljósmæðrafélag Íslands á að vera og hvert það á að stefna. Tillögur stjórnar um fjóra vinnuhópa (Kjara- stefnuhópur, Fagstefnuhópur, Lagahópur og Verkerlahópur) sem munu starfa milli aðalfunda 2010 og 2011 var samþykkt á aðalfundi. Nú liggur fyrir að skipa í vinnuhópana fjóra og er það í höndum tímabundinnar uppstill- inganefndar sem sitja Hildur Kristjánsdóttir, Steina Þórey Ragnarsdóttir og Valgerður Lís Sigurðardóttir en var það fyrirkomulag einnig samþykkt af aðalfundi. Vinnuhóparnir munu fara í gegnum alla starfsemi félagsins hvað varðar daglegan rekstur félagsins, stefnu félagsins í kjara og réttindamálum, stefnu félagsins í fagmálum, endurskoða lög félagsins, meta nauðsyn siðareglna innan félagsins og endurskoða eða gera verkferla í félaginu.

Mikil umskipti voru í nefndum og stjórn félagsins á aðalfundinum. Alger umskipti voru í fræðslunefnd og mikil í kjaranefnd og inn komu þrír nýir stjórnarmeðlimir. Stjórn Ljósmæðrafélags Íslands þakkar öllum þeim ljósmæðrum sem nú láta af störfum fyrir félagið, þeirra framlag.

Á sjötta tug ljósmæðra vinna sjálfböðavinnu fyrir Ljósmæðrafélagið, í stjórn, nefndum, deildum, sem trúnaðarmenn og við ýmsa útgáfustarfsemi. Í litlu stéttarfélagi skipta kraftar hvernar og einnar miklu máli og samein- aðar stöndum við enn sterkari. Sjálfböðavinna í þágu félags eins og okkar skiptir þar miklu máli. Án þessara einstaklinga mætti félagið sín lítils og ég vænti þess að félagsmenn sýni þessum sjálfböðaliðum þakklaeti fyrir störf þeirra í þágu okkar allra.

Strembnu en viðburðaríku ári í sögu Ljósmæðrafélagsins er nú lokið. Það er ljóst að við þurfum að móta félagið okkar að nútímaþörfum ljósmæðra og aukinni stærð félagsins, þannig að Ljósmæðrafélag Íslands verði áfram sterkt og stöndugt félag. Félagið okkar er langt yfir persónulegar deilur hafið. Við berum ábyrgð á einu elsta stéttarfélagi kvenna á Íslandi og getum ekki látið persónulegan ágreining grafa undan trúverðugleika þess.

Þær ljósmæður sem lagt hafa félaginu lið í gegnum árin hafa margoft staðið í mótvindi. Það var mikill sigur þegar tókst að fá sömu laun fyrir allar ljósmæður í kjarabaráttunni 1998 og það sameinaði ljósmæður. Sá sigur var grundvöllur að þeim miklu kjarabótum sem náðist 10 árum síðar, Á þessum sama tíma hafa ljósmæður sameinast í Ljósmæðrafélaginu og kjarafélagafjöldi þess aukist um tugi prósent – yfir 95% starfandi ljósmæðra eru nú kjarafélagar. Við höfum reynt það áður að sameinaðar stöndum vér, sundraðar föllum vér.

Guðleug Einarsdóttir
Formaður UMFÍ

Oddrún - Félag ljósmæðranema

Árið hefur verið viðburðarríkt í lífi ljósmæðranema að venju. Þar ber hæst að haldin var glæsileg árshátíð innan deildarinnar. Þar komu saman ljósmæðranemar ásamt kennurum, sem eyddu lunganu úr kvöldinu sitjandi settlegar undir hátíðlegu borðhaldi. Skemmtiatriði voru í höndum fagmanna og bar þar hæst kynning á sprotafyrirtæki ljósmæðranema en rómur þess hefur þegar farið víða - þrátt fyrir stuttan starfsaldur. Einnig var flutt sagan „Heldrikvannahöfði“ sem byggð var á sönnunum atburðum sem áttu sér stað norðan heiða.

Víkjum nú að öðrum málum. Í gegnum árin hefur verið virkt net til alþjóðasamskipta, Nordplus net, en þar hefur nemendum gefist færi á að fara í skiptinám sækist þeir eftir því. Undanfarið hafa einnig verið haldnar ráðstefnur á vegum netsins þar sem nemendur frá Norður- og Eystrasaltslöndunum koma saman ásamt kennurum og leiðbeinendum. Undirritaðar fengu tækifæri til að fara á eina slíka á vordögum en þar voru kynnt ýmis áhugaverð efni.

Á ráðstefnunni, sem að þessu sinni var haldin í Kaupmannahöfn og bar heitið „Empowering Midwifery Students and Young Midwives of the North“ voru nokkrir frábærir fyrirlesarar. Ólöf Ásta Ólafsdóttir kynnti doktorsritgerð sína og Guðrún Sigríður Ólafsdóttir ljósmóðir fjallaði um hlutverk leiðbeinanda í verklegu námi. Jette Aaroe Clausen hélt fyrirlestur sem byggður var á óbirtu doktorsritgerð hennar og bar heitið „What happens when a call for evidence meets diverse listening practices in antenatal care?“. Þar ræddi hún um tækni í viðum skilningi og gerði það með þeim hætti að áhugi okkar var vakinn. Svo mikið þótti okkur til erindis hennar koma að við hvetjum alla til að hafa augun opin og kynna sér skrif þessarar ljósmóður þegar að birtingu ritgerðar hennar kemur. Þá hélt Elisabeth Crang-Svalenius erindi um notkun tækni í barneignarferlinu og misnotkun hennar en Elisabeth hefur lengst af starfað við sónar skoðanir. Sara Kindberg ljósmóðir kynnti rannsóknir sínar á saumaskap eftir fæðingar. Í doktorsritgerð hennar rannsakaði hún starfshætti ljósmæðra við saumaskap og opnaði í kjölfarið heimasíðu í samstarfi við annað heilbrigðismenntað fagfólk. Heimasíðuna er að finna á <http://www.gynzone.dk> en þar er meðal annars kennt hvemig greina eigi rífur og rannsóknir lagðar til grundvallar fyrir því hvemig best sé að bera sig að. Seld er áskrift að þessari síðu og teljum við það nokkuð sem stærstu sjúkrahús landsins ættu að íhuga kaup á. Ljóst er að þarna er um að ræða gríðarlega gagnlega síðu, bæði fyrir nema sem og annað starfsfólk sem starfar á sviði fæðinga- og kvensjúkdóma.

F.h. Oddrúnar

Lilja Þórunn Þorgeirsdóttir, formaður
Ásrún Ösp Jónsdóttir, varaformaður



Ingibjörg Ýr og Anna María með brjóstakökur sem bakaðar voru fyrir tíma.



Jette Aaroe Clausen



Hlín og Eva Rut í saumakennslu.

Stjórn og nefndir Ljósmaðrafélags Íslands 2010-2011

Stjórn:

Formaður: Guðlaug Einarsdóttir, s. 861 6855,
gudlaug@ljusmodir.is

Varaformaður: Helga Sigurðardóttir, s. 698 6496,
hes7@hi.is

Ritari: Steinunn Blöndal, s. 898 4938,
steinablondal@hotmail.com

Vararitari: Jóhanna Skúladóttir, s. 897 1335,
johskuladottir@simnet.is

Gjaldkeri: Inga Sigríður Árnadóttir, s. 866 1451,
geggja@hotmail.com

Varagjaldkeri: Jenný Inga Eiðsdóttir, s. 695 8663,
jenny-inga@hotmail.com

Meðstjórnandi: Jónína Birgisdóttir, s. 822 2938,
jonina@hss.is

Aðaltrúnaðarmaður: Guðrún Pálsdóttir s. 567 1322,
gup1@hi.is

Ritnefnd:

Ritsjóri: Hrafnhildur Ólafsdóttir, s. 846 1576, hrafno@internet.is

Valgerður Lís Sigurðardóttir, s. 695 6606, valgerds@landspitali.is

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, s. 863 4623, olofol@hi.is

Stefanía Guðmundsdóttir, s. 869 9975, stefania@thorlacius.com

Sigfríður Inga Karlsdóttir, s. 899 9803, inga@unak.is

Kjaranefnd:

Formaður: Jónína Birgisdóttir, s. 822 2938, jonina@hss.is

Árný Anna Svavarsdóttir, s. 695 1261, arnyanna@gmail.is

Guðrún Fema Ágústsdóttir, s. 849 9923, femaa@hotmail.com

Guðrún Kormáksdóttir, s. 864 6995, gudrunk@hsu.is

Ragnheiður Bachmann, s. 691 0417,

ragnheidur.bachmann@mm.hg.is

Formaður LMFÍ

Fræðslu- og endurmenntunarnefnd:

Formaður: Hanna Rut Jónasdóttir, s. 698 3637

hannadagga@hotmail.com

Bergrún Svava Jónsdóttir, s. 696 0888, bergrunjons@hotmail.com

María Haraldsdóttir, s. 868 5407, mariaharalds@gmail.com

Halldóra Karlsdóttir, s. 891 7997, ormur1@internet.is

Brynja Pála Helgadóttir, s. 691 0864, brynja@simnet.is

Sjóðanefnd:

Anna Sigríður Vernharðsdóttir, annasiggav@hotmail.com

Greta Matthíasdóttir, s. 696 5087, greta@makker.is

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, s. 863 4623, olofol@hi.is

Formaður LMFÍ - Gjaldkeri LMFÍ

Kjörnefnd:

Formaður: Þórdís Klara Ágústsdóttir, s. 695 9059,

disaklara@hotmail.com

Anna Harðardóttir, s. 860 5568,

annahardardottir@hotmail.com

Helga Sóley Torfadóttir, s. 860 1967, helgastorfa@simnet.is

Siðanefnd:

Formaður: Gróa Margrét Jónsdóttir, s. 864 9240, groamarg@landspitali.is

Ingibjörg Eiríksdóttir, s. 698 8610,

ingibjorg.eiriksdottir@grvog.hr.is

Helga Harðardóttir, s. 694 3518,

helga.hardardottir@hgkop.is

Fulltrúar á BHM fundum:

Formaður LMFÍ

Formaður kjaranefndar

Auk tveggja fulltrúa á aðalfund BHM

Fulltrúi á NJF:

Fulltrúi úr stjórn: Hildur Kristjánsdóttir, s. 557 1591,

hildurk@landlaeknir.is

Fulltrúi á ICM:

Fulltrúi sem stjórn tilnefni

Fulltrúar LMFÍ í samtökum heilbrigðisstétta:

Formaður LMFÍ

Tveir fulltrúar sem stjórn velur

Málstofa í ljósmóðurfræði

Þann 21. maí s.l. var haldin árleg málstofa í ljósmóðurfræði þar sem annars árs nemar í ljósmóðurfræði kynntu lokaverkefni sín til embættisprófs. Málstofan var vel sótt og var það fríður hópur sem tók á móti heillaóskum að málstofu lokinni. Óskum við nýtskrifuðum ljósmæðrum innilega til hamingju með áfangann og gæfu og góðsgengis á nýjum starfsvettvangi



Efri röð: Elín Arna, Guðrún Huld, Guðrún I., Guðlaug Hrönn, Oddný Ösp og Ingibjörg. Neðri röð: Hrafnhildur Lóa, Sigríður, María og Ólafía. Ljósmæður útskrifaðar 2010 með Helgu Gottfreðsdóttur og Ólöfu Ástu Ólafsdóttur.



Guðrún I. Gunnlaugsdóttir og Elín Arna Gunnlaugsdóttir



Kynningarnar voru áhugaverðar og skemmtilegar



Sigríður Þormar

Lokaverkefnalisti 2010

Nemandi	Heiti	Leiðbeinandi
Elín Arna Gunnarsd. og Guðrún I Gunnlaugsd.	Ljósmæðrasetur hagkvæm barneignarþjónusta í höndum ljósmæðra	Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Oddný Ösp Gísladóttir	Notagildi fæðingafraeðslunámskeiða: Sjónarhorn nýbakaðra mæðra.	Dr. Helga Gottfreðsdóttir
Ingibjörg Birgisdóttir	Er heimaþjónusta ljósmæðra á meðgöngu gagnleg og örugg og getur hún fækkað innlögnum á sjúkrahús?	Dr. Helga Gottfreðsdóttir
Sigríður Þormar	Mæðravernd kvenna í yfirþyngd: Íhlutanir á meðgöngu.	Dr. Helga Gottfreðsdóttir
María Karlsdóttir	Meðganga eftir hjáveituaðgerðir á maga.	Dr. Helga Gottfreðsdóttir
Hrafnhildur Lóa Guðmundsdóttir	Sjónrænt mat á blæðingu eftir fæðingu. Hversu áreiðanlegt getur það verið?	Anna Sigríður Vernharðsd. og Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Guðrún Huld Kristinsdóttir	Heimafæðingar á Norðurlöndunum – Ísland. Þýðing spurningalista og rannsóknaráætlun.	Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Guðlaug Hrönn Björgvinsdóttir	Heimafæðingar á Norðurlöndum – Ísland. Áhrifaþættir og reynsla foreldra af heimafæðingu – forrannsókn.	Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Ólafía Aradóttir	Ofþyngd og offita móðu. Áhrif á upphaf og lengd brjóstgjöf; Fræðileg úttekt.	Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir



Oddný Ösp Gísladóttir



Hrafnhildur Lóa Guðmundsdóttir

Neyðin kennir naktri konu að spinna

Haustið 2009 stóð meirihluti nýútskrifðra ljósmæðra frammi fyrir því að vera án atvinnu. Við tókum okkur saman og fórum að setja niður hugmyndir sem okkur langaði að vinna að. Ljóst var að við fengjum ekki vinnu sem ljósmæður innan stofnanna þannig að eini möguleikinn var að starfa sjálfstætt. Við höfðum flestar mikinn áhuga á að starfa við heimaþjónustu og sumar voru mjög spenntar fyrir heimafæðingum. Ekki leið á löngu þar til haft var samband við okkur frá LSH en þar hafði umræða verið í gangi um heimaþjónustuna og þörf fyrir bætt skipulag og utnumhald um þá þjónustu. Raddir höfðu heyrst um þann möguleika að LSH tæki yfir heimaþjónustuna og óttuðust við það mjög og sáum fyrir okkur að möguleikum ljósmæðra til að starfa sjálfstætt gæti fækkað verulega ef svo færi. Eftir miklar vangaveltur ákváðum við því að vinna af krafti með þessa hugmynd og sáum fyrir okkur að heilmikið væri hægt að bæta skipulag á þjónustunnar til þess að tryggja að hún væri alltaf aðgengileg og eins að auðvelda ljósmæðrum að starfa við heimaþjónustu. Okkur var ljóst að ekki yrðu allir jákvæðir í garð þessarar hugmyndar en töldum að þegar uppi væri staðið yrði þetta einungis til hagsbóta fyrir ljósmæður. Hugmyndin var því kynnt ljósmæðrum og viðbrögðin voru yfirleitt jákvæð. Við tókum þetta mjög alvarlega t.d. fóru þrjár á námskeið um stofnun og rekstur smáfyrirtækja og gríðarleg vinna var lögð í gerð viðskiptaáætlunar. Þrátt fyrir jákvæð viðbrögð á flestum vígstöðvum virðist þetta ekki ætla að ganga þrautalaust fyrir sig. Eftir fjölda funda á LSH og með forsvarsmönnum SÍ virðist hugmyndin ætla að stranda á því að enginn er tilbúinn til að greiða fyrir umsýsluna. Það er okkur svo mikið reiðarslag nú í vor þegar sú umræða kemur upp að hugsanlega séu yfirvofandi breytingar á heimaþjónustunni og hugmyndir uppi um að hún verði e.t.v. sett undir heilsugæsluna. Við erum þó ekki hætta og ætlum að halda þessari hugmynd áfram á lofti því bæði er hún ódýr í rekstri og eins tryggir hún það að heimaþjónusta ljósmæðra verði áfram í höndum okkar ljósmæðra þar sem hún á heima, þjónustan verði tryggð öllum sem á henni þurfa að halda, alla daga, allan ársins hring.

Þó svo að mikil vinna hafi farið í þróun umsýslu heimaþjónustunnar undanfarna mánuði, fórum við af stað með aðra hugmynd í upphafi sem við höfum verið að vinna að samhliða því verkefni í vetur. Hugmyndin er að bjóða upp á uppá samfellda þjónustu



Arney Þórarinsdóttir,
Ljósmóðir



Hrafnhildur Halldórsdóttir,
Ljósmóðir

í barneignafærlinu með áherslu á heimafæðingar. Það er okkar tilfinning að heimafæðingar séu ekki vel kynntar sem valkostur fyrir heilbrigðar konur í eðlilegri meðgöngu. Við höfum því unnið að gerð heimasíðu sem m.a. hefur það að markmiði að veita verðandi foreldrum upplýsingar um heimafæðingar. Heimasíðan björkin.is var svo opnuð í apríl sl. og hefur fengið ágætis viðtökur og höfum við tekið við nokkrum fyrirspurnum um heimafæðingar í gegnum síðuna sem er í stöðugri þróun. Ljósmæður í mæðravernd geta því bent skjólstæðingum sínum á síðuna þegar þær ræða um val á fæðingarstað. Undirritaðar ásamt Kristbjörgu Magnúsdóttur heimafæðingarljósmóður fóru á fund heilsugæsluljósmæðra hjá miðstöð mæðraverndar á dögnum. Þar voru ljósmæður hvattar til að kynna heimafæðingar sem raunhæfan valkost þegar farið er yfir val á fæðingarstað með verðandi foreldrum í fyrstu heimsókn í mæðravernd. Fórum við þess á leit að foreldrar fengju með sér nafnspjald heim þar sem heimasíða Bjarkarinnar er kynnt en þar verður listi yfir allar heimafæðingarljósmæður sem það kjósa ásamt hagnýtum upplýsingum um heimafæðingar. Vel var tekið í þessa bón og á næstu dögum munu ljósmæður í heilsugæslu fá afhent þessi nafnspjöld.

Rannsóknir benda til þess að heilbrigðum konum í eðlilegu ferli farnist betur í ljósmóðurstýrðum einungum heldur en hefðbundnum fæðingardeildum þar sem áhættufæðingar eru. Því teljum við mikilvægt að reyna



að halda eðlilegum fæðingum sem mest aðskildum frá áhættufæðingum. Vegna þess niðurskurðar sem nú á sér stað á LSH auk skertrar fæðingarþjónustu á kragasjúkrahúsunum er mikilvægara en nokkru sinni fyrr að standa vörð um eðlilegar fæðingar. Það teljum við að sé best gert með sjálfstætt starfandi einingu sem býður upp á samfellda þjónustu ljósmóður í barneignaferlinu og rekin er utan stofnanna. Rannsóknir sýna að samfelld þjónusta ljósmóður í barneignaferlinu stýttir legutíma á spítala, fækkar inn gripum og bætir útkomu fæðinga auk þess sem ánægja kvenna er meiri. Hugmyndin er því að þróa þjónustuform sem kemur til móts við hraustar konur í eðlilegri meðgöngu og gerir ljósmæðrum kleift að starfa eftir humyndafræði ljósmæðra sem lítur á barna eignarferlið sem eðlilegt lífeðlislegt ferli en ekki sjúkdóm. Við teljum slíkra

einingu best borgið utan hátækisjúkrahúss en í góðri samvinnu við aðrar sjúkrastofnanir og heilsugæslu.

Framtíðarsýn okkar er miðstöð sem rekin er af ljósmæðrum. Þar mun samfelld þjónusta ljósmóður í barneignaferlinu vera höfð að leiðarljósi. Ljósmóðir veitir mæðravernd, fylgir konunni þar sem hún kys að fæða hvort sem er á heimili sínu eða sjúkrahúsi og sinnir fjölskyldunni í sængurlegu. Í ljósmæðramiðstöðinni yrði fæðingaraðstaða, þar yrði boðið uppá námskeið, ýmsar óhefðbundnar meðferðir o.fl. Vísir að þessari miðstöð er að fæðast. Við erum að þróa námskeið sem byrja næsta haust. Við erum búnar að taka á móti fyrsta heima fæðingar barninu okkar og fleiri eru væntanleg í haust.

Nú þegar umræða um niðurskurð er allsráðandi er tækifæri fyrir okkur ljósmæður

að koma á framfæri hugmyndum okkar um hagkvæma, örugga og sjálfstæða þjónustu ljósmæðra í barneignaferlinu. Það er svo mikilvægt fyrir okkur ljósmæður að standa vörð um skjólstæðinga okkar og þá þjónustu sem við viljum veita. Jafnframt þurfum við að standa vörð um sjálfstæði okkar og tryggja það að ljósmæður hafi áfram þann kost að starfa sjálfstætt utan stofnanna. Við Bjarkarljósmæður ætlum að líta á þessar aðstæður sem sóknarfæri og höldum ótrauðar áfram að þróa okkar hugmyndir með framtíðarsýnina að leiðarljósi. Það er því aldrei að vita að nema langþráður draumur ljósmæðra um fæðingarheimili verði að veruleika í nánustu framtíð.

Fyrir hönd Bjarkarljósmæðra

Hrafnhildur Halldórsdóttir og Arney Þórarinsdóttir



HUGSAÐU VEL UM HÚÐINA



- Húðin okkar er viðkvæm og veðráttan á Íslandi getur verið húðinni erfið.
- Decubal viðheldur heilbrigði og ferskleika húðarinnar – allt árið um kring.
- Kynntu þér eiginleika Decubal og kveddu þurra húð.

DECUBAL
KVEÐJUM ÞURRA HÚÐ



ÞÚ FÆRÐ DECUBAL
Í NÆSTA APÓTEKI

Fagráð ljósmæðra á Landspítala

– fréttatilkynning

Fagráð ljósmæðra á Landspítala var stofnað formlega 17. desember árið 2008. Það er opið öllum ljósmæðrum á Landspítala og er með aðsetur á kvenna- og barnasviði. Á ársfundi fagráðsins er stýrinefnd valin, en hlutverk hennar er m.a. að móta sýn og stefnu ljósmóðurbjónustu jafnframt því að efla rannsóknir og kennslu í ljósmóðurfraeði. Í stýrinefnd sem valin var á 1 árs afmæli fagráðsins í desember 2009 eru:

- Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir, forstöðumaður fræðasviðs og fulltrúi námsbrautar í ljósmóðurfraeði
- Anna Sigríður Vernharðsdóttir, fulltrúi fagráðs á sviði fæðingarhjálp, ljósmóðir MS í sérfræðinám
- Bára Hildur Jóhannsdóttir, fulltrúi fagráðs á sviði sængurlegu, aðstoðaryfirljósmóðir
- Gróa Margrét Jónsdóttir, fulltrúi fagráðs á sviði gæðamála, gæðastjóri

- Hanna Kristín Guðjónsdóttir, fulltrúi fagráðs sviði heilbrigði kvenna, þróunarstofu framkvæmdastjóra hjúkrunar, meistaranemi
- Rannveig Rúnarsdóttir, fulltrúi yfirljósmæðra á kvenna- og barnasviði, meistaranemi
- Valgerður Lís Sigurðardóttir, fulltrúi fagráðs á sviði meðgönguverndar, ljósmóðir MS í sérfræðinám

Starfsemi fagráðsins felst m.a. að skipuleggja málstofur, ráðstefnur eða málþing í samstarfi við aðrar mennta- og heilbrigðisstofnanir og fagfélög. Í samræmi við þetta voru veturinn 2009-2010 í samstarfi við Ljósmæðrafélag Íslands og námsbraut í ljósmóðurfraeði haldin 8 málþing víða á landinu, undir heitinu Meðganga og fæðing, eðlilegasti hlutur í heimi. Tilgangurinn var efla ljósmæðraandann, hafa samráð og umræðu um

fagleg málefni og stefnu ljósmóðurfraeða, náms og starfs. Það sem efst er á baugi á miklum breytingartímum í heilbrigðisþjónustunni. Lokaráðstefna var síðan haldin 5. maí á alþjóðadegi ljósmæðra þar sem áhersla var lögð á samskipti í víðum skilningi þess hugtaks. Í hópumræðum og samantekt frá málþingunum komu fram hugmyndir sem vonandi munu nýtast vel í stefnumótun ljósmæðra um barneignarþjónustu á Íslandi m.a. til að efla samfellda og heildræna ljósmóðurbjónustu í þágu barnhafandi kvenna og fjölskyldna þeirra, „hvar sem er hér á landi“. Þótti ráðstefnan takast afar vel og rætt um að 5. maí ráðstefna ætti að vera árlegur viðburður í ljósmæðrasamfélaginu. Sjá nánari lýsingu á aðild og starfssemi ráðsins hér að neðan.

Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Fagráð ljósmæðra á Landspítala

Aðild og skipulag

Fagráð ljósmæðra:

- Er opið öllum ljósmæðrum sem starfa á Landspítala og er vettvangur til að þróa og efla ljósmæðrabjónustu, kennslu og rannsóknir á Landspítala í samstarfi við námsbraut í ljósmóðurfraeði, hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.
- Er með aðsetur á kvenna- og barnasviði en starfsemi þess tekur til viðfangsefna á sviði ljósmóðurfraeða á Landspítala í samstarfi við aðrar mennta- og heilbrigðisstofnanir.

Stýrinefnd:

- Á ársfundi fagráðs ljósmæðra á Landspítala er stýrinefnd valin sem starfar eftir skipulagskrá sem ársfundur samþykkir. Hún skiptir með sér verkum og leggur fram starfsáætlun fyrir næsta ár.
- Í 7 manna stýrinefnd fagráðsins sitja forstöðumaður fræðasviðs í ljósmóðurfraeði á kvenna- og barnasviði sem er formaður (1), fulltrúi yfirljósmæðra

á kvenna- og barnasviði (1) fulltrúar ljósmæðra á sviði meðgönguverndar (1) fæðingarhjálp (1) og umönnunar í sængurlegu (1) heilbrigði kvenna (1) og gæðamála (1). Þessir fulltrúar skulu jafnan vera með meistaraáráðu, í framhaldsnám eða hafa umsjón með sérverkefnum.

Hlutverk stýrinefndar er vera leiðandi í að –

- Móta sýn og stefnu ljósmæðra í þróun ljósmæðrabjónustu.
- Greina, ákveða áherslur og forgangsraða verkefnum í samráði við yfirljósmæður/deildarstjóra og hlutaðeigandi aðila innan og utan Landspítala.
- Fjalla um fagleg málefni ljósmæðra, að eigin frumkvæði eða samkvæmt erindum sem henni er send.
- Efla rannsóknir og kennslu í ljósmóðurfraeði.
- Stuðla að starfsþróun ljósmæðra.

- Styðja við sérfræðinám í ljósmóðurfraeði.
- Efla þverfræðilegt samstarf innan heilbrigðisvísinda s.s. hjúkrunar og lækninga á kvenna- og barnasviði, kynheilbrigði, fæðingar- og kvensjúkdómafræði, barnahjúkrunar, barnalækninga og heilsugæslunnar.

Starfsemi fagráðs ljósmæðra/stýrinefndar felst í –

- Reglulegum samráðsfundum með yfirljósmæðrum/deildarstjórum og forstöðumönnun fræðasviða og greina í ljósmóðurfraeði á LSH og H.Í.
- Stofnun samstarfshópa um ýmis verkefni er lúta að rannsóknum, kennslu, símenntun, gæða- og þróunarmálum.
- Málstofum, ráðstefnum og málþingum í samstarfi við aðrar mennta- og heilbrigðisstofnanir og fagfélög s.s. námsbraut í ljósmóðurfraeði við H.Í. og Ljósmæðrafélag Íslands.

Traustur sjóður, örugg samfylgd

Hlutverk LSR er að taka á móti iðgjöldum sjóðfélaga og ávaxta þau í sameiginlegum sjóði til að greiða elli-, örorku-, maka- og barnalífeyri.

Séreign LSR tekur við frjálsum viðbótarsparnaði sjóðfélaga. Hvort sem þú greiðir í A- eða B-deild LSR ætti framlag í Séreign LSR að vera eðlileg viðbót.

Á vef LSR, www.lsr.is, geta sjóðfélagar nálgast yfirlit og séð heildarstöðu lífeyrisréttinda sinna og iðgjaldaskil launagreiðenda.

www.lsr.is



Bankastræti 7 • 101 Reykjavík
Sími: 510 6100 • Fax: 510 6150
sereign@lsr.is • www.lsr.is