

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ



Tímarit Ljósmeðrafélags Íslands 1. töl. 85. árg. júní 2007
– Journal of the Icelandic Midwives Association –

**Andleg líðan kvenna
eftir fæðingu**

**Þunglyndiseinkenni
og foreldrastreita**

Sá nýi yfirsetukvennaskóli

HIV á meðgöngu

Ný lína

fyrir nýbakaðar mæður



DÖMUBINDI

Vönduð og einstaklega rakadræg dömubindi til notkunar eftir barnsburð.

Án ilmefna • án plastefna • sérstaklega mjúk
• umhverfisvæn • **ekki klórbleikt** • unnin úr náttúrulegum efnum

BRJÓSTAPÚÐAR

Einstaklega mjúkir brjóstapúðar fyrir mæður með börn á brjósti.

Unnin úr náttúrulegum efnum • góð öndun
• **án plastefna • án klórs • umhverfisvænir**



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

Ábyrgðarmaður
Guðlaug Einarsdóttir
formaður@ljosmaedrafelag.is
formaður LMFÍ

Ritnefnd
Valgerður Lísá Sigurðardóttir, ritstjóri
valgerdursig@simnet.is
sími: 695 6606 og 543 3049
Bergrún Svava Jónsdóttir
bergrunjons@hotmail.com
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
Ingibjörg Jónsdóttir
Sigríður Inga Karlsdóttir
Sigrún Kristjánsdóttir
Stefanía Guðmundsdóttir
Valgerður Lísá Sigurðardóttir
Þóra Þorsteinsdóttir
o.fl.

Auglýsingar
Miðlun

Umbrot og prentvinnsla
Gutenberg

Ljósmaðrablaðið er opinbert tímarit Ljósmaðrafélags Íslands og er öllum ljósmaðrum heimilt að senda efni í blaðið. Greinar sem birtast í blaðinu eru alfarið á ábyrgð greinahöfunda og endurspeгла ekki endilega viðhorf ritstjóra, ritnefndar eða Ljósmaðrafélagsins. 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 ljósmaðra 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
Shutterstock.com
ISSN nr. 1670-2670

Efnisyfirlit

4 Ritstjóraspjall

5 Ávarp formanns

6 Andleg líðan kvenna á Akureyri eftir fæðingu

Sigríður Inga Karlsdóttir, Hjálmar Freysteinnsson,
Sigríður Sía Jónsdóttir og Margrét Guðjónsdóttir

17 Tengsl þunglyndiseinkenna og foreldrastreitu við þriggja mánaða aldur barns við heilsufar, félagslega stöðu og líðan kvenna á meðgöngu

Sigríður Inga Karlsdóttir, Hjálmar Freysteinnsson,
Sigríður Sía Jónsdóttir og Margrét Guðjónsdóttir

28 Sá nýi yfirsetukvennaskóli – uppruni og viðtökur

Bragi Þorgrímur Ólafsson

34 Hefur skipulag mæðraverndar verið að þróast í rétta átt?

Egill Ólafsson

36 „Kendt jordemoder“

Guðlaug Einarsdóttir

38 Hugleiðingar um skimun fyrir HIV á meðgöngu

Anna Sigríður Vernharðsdóttir

40 Af vettvangi félagsmála:

- Stjórnarfundur NJF
- Skýrsla stjórnar Ljósmaðrafélags Íslands
- Störf fræðslu- og endurmenntunrnefndar

48 Merkir áfangar í ljósmaðrastéttinni:

- Fyrsta doktorspróf í ljósmóðurfræðum á Íslandi
- Fyrsti íslenski formaður NJF
- Frá útskrift ljósmaðra vor 2007

51 Ráðstefnur, námskeið og fundir:

- Framtíðin í höndum ljósmaðra – ráðstefna NJF í Turku

54 Hugleiðingar ljósmóður:

Barnið er fætt – hvað tekur við?
Steinunn Zophaníasdóttir

Ritstjóraspjall

Stundum vorar seint á okkar norðlægu slóðum en við erum vön því og segjum bara „betra er seint en aldrei“. Ljósmaðrablaðið kemur nú út í seinna lagi miðað við vorútgáfu, þetta verður eiginlega að kallast sumarútgáfa að þessu sinni. En engu að síður skartar blaðið fjölbreyttu efni eins og vant er. Ritrýndar greinar eru að þessu sinni þrjár, þar af fjalla tvær þeirra um andlega líðan kvenna eftir barnsburð. Í þriðju ritrýndu greininni hverfum við aftur í tímann þar sem við fáum sögulega innsýn inn í menntun og störf íslenskra ljósmaðra, er Bragi Þór Ólafsson rekur sögu fyrstu kennslubókar í ljósmóðurfræði á íslensku Yfirsetukvennaskólans, sem kom út árið 1749.

Þar sem ég sat nýlega ráðstefnu NJF í Turku eru áhrif ráðstefnunnar enn sterk í huga mér. Það má segja að í gegnum fjölbreytt úrval fyrirlestra, hafi eitt atriði verið eins og rauður þráður í umræðunni; það að vera hjá konunum – yfirsetan. Það hefur ekki verið að ástæðulausu sem áður nefnd kennslubók Yfirsetukvennaskólinn hefur heitið því nafni. Frá upphafi hefur það verið höfuðatriði í störfum ljósmaðra að vera hjá konum, veita stuðning, fylgjast með vellíðan móður og barns – vera til staðar. Óneitanlega hefur margt breyst síðan á tímum Yfirsetukvennaskólans, enda má rekja uppruna þeirrar bókar þrjár aldir aftur í tímann. Ljósmaður í dag byggja störf sín á rannsóknum og reynsluþekkingu með velferð og vilja konunnar í fyrirrúmi. Þrátt fyrir miklar breytingar á 300 árum, þá virðist sem formæður okkar hafi sinnt sínum störfum í samræmi við það sem nýjustu rannsóknir sýna að eru góðir starfshættir – þær voru hjá konunum! Í dag virðist þó sem yfirseta ljósmaðra eigi víða undir högg að sækja og ljósmaðrum finnst þær hafa æ minni tíma til að sinna konum og fjölskyldum þeirra eins og þörf er á.



Valgerður Lísu Sigurðardóttir,
ljósmóðir

Er það miður, þar sem við höfum rannsóknir sem styðja einmitt við mikilvægi yfirsetunnar.

En það er ekki eingöngu í fæðingu sem þetta á við, það er ekki síður mikilvægt að hlú vel að fjölskyldunni fyrir og eftir fæðingu barns, eins og kemur fram í greinum Sigfríðar Ingu Karlsdóttur og fleiri frá Heilsugæslustöðinni á Akureyri. Niðurstöður úr verkefni sem kallast „Nýja barnið“ birtast hér í tveimur greinum, annars vegar um andlega líðan kvenna á Akureyri eftir fæðingu og hins vegar um tengsl þunglyndiseinkenna og foreldrastreitu við heilsufar, félagslega stöðu og líðan kvenna á meðgöngu. Þar sem vitað er að ákveðinn hópur kvenna virðist ekki leita aðstoðar vegna andlegrar vanlíðunar eftir fæðingu, er mikilvægt fyrir okkur að öðlast innsýn inn í hvaða konur eru í meiri áhættu en aðrar á slíkum vandamálum.

Síðustu árin hafa barnshafandi konum í auknum mæli boðist skimpróf af ýmsu tagi en lítið hefur hins vegar verið fjallað um þau a.m.k. á síðum Ljósmaðrablaðsins. Það er því ánægju-

efni að Anna Sigríður Vernharðsdóttir deilir hér með okkur hugleiðingum sínum um þátt ljósmaðra í skimun fyrir HIV á meðgöngu, þar sem m.a. er fjallað um ávinning, áhættu og kostnað við skimun og meðferð. Þarna fá ljósmaður í hendur upplýsingar sem auðvelda þeim fræðslu til kvenna, þegar þeim er boðið skimpróf fyrir HIV.

Áfram heldur útrás Ljósmaðrablaðsins á mið lesenda en á síðasta ári urðu þau tímamót í sögu blaðsins að það varð aðgengilegt á vefnum. Nú hefur dreifingin aukist enn meira, því greinar úr Ljósmaðrablaðinu birtast nú í nýlega stofnuðu varðveislusafni Bókasafns LSH, Hirslunni en slóðin inn á það er <http://www.hirsla.lsh.is/lsh/sfh>. Þar birtast fræði- og fræðslugreinar eftir starfsmenn LSH og fleiri sem tengjast heilbrigðisþjónustunni á einhvern hátt. Nú þegar eru komnar þar inn nokkrar greinar úr Ljósmaðrablaðinu frá árunum 2004-2006. Í ritstjóraspjalli í nóvember 2005 vitnaði ég í orð Þuríðar Bárðardóttur, fyrrverandi formanns Ljósmaðrafélags Íslands vegna þess að mér þótti hún komast svo skemmtilega að orði við upphaf á útgáfu Ljósmaðrablaðsins, þegar hún líkti því við barn; „... og veit enginn okkar hver örlög þess verða, - hvort krógin verður látinn lognast út af úr hor og hungri, eða hvort ljósmaður vilja verða samhuga um að gera sitt til að hann geti lifað.“ Mér finnst við hæfi að minnst þessara orða í ljósi þess að enn og aftur hefur krógin okkar sýnt hvers hann er megnugur, hann er orðinn 85 ára og verður ekki betur séð en að hann hafi dafnað vel og sé enn að hasla sér völl á nýjum slóðum.

Kæru ljósmaður og aðrir lesendur, það er von ritnefndar að þið takið vel á móti króganum og að þið hafið að honum bæði gagn og gaman.

Njótið sumarsins vel!



Ávarp formanns

Duglegar ljósmæður

Hvað er að vera dugleg ljósmóðir? Er það að vinna ljósmóðurstörf af natni og fagmennsku? Vera vel liðin af skjólstæðingum sem og samstarfsfólki? Vera vinnustað sínum og stétt til sóma og auka faglegan hróður beggja? Hver verður að líta í eigin barm og fhuga hvaða eiginleikar það eru sem gera nákvæmlega þig að duglegri ljósmóður.

Nokkuð hefur borið á notkun þessa lýsingaorðs um ljósmæður í tengslum við álag á fæðingardeildum en hefur þá verið átt við hæfni ljósmæðra til að vinna undir meira álagi en viðgengist hefur. Ljósmæður hafa aldrei veigrað sér við álagi í vinnu, enda starfið andlega, líkamlega og tilfinningalega krefjandi. Álagið sem bundið var við álagstoppa, er nú hins vegar orðið viðvarandi ástand á sumum vinnustöðum ljósmæðra. Þar er álagið svo mikið dags daglega að ljósmæður eru að kikna undan því að eigin sögn. Svo mikið að varla gefst tími til líkamlegra þarfa, eins og matar- og kaffihléa, eða jafnvel klósettferða nema í brýnustu neyð.

Þegar álagið verður umfram það að ljósmæður geti sinnt starfi sínu eins og fagmennska þeirra og samviska býður þeim, er fyrsta hugsun þeirra um aðbúnað og öryggi skjólstæðinga sinna. Það er ljósmæðrastéttinni tamast. Hver vinnur eins mikið og hún mögulega getur. Allar vita hvernig er að standa undirmannaða vakt þar sem þú hrósar jafnvel happi að loknum vinnudegi yfir að allt hafi náð að lánast. Allar þekkjumst við og engin



Guðlaug Einarsdóttir,
formaður LMFÍ

vill annari það að standa slíka vakt. Þess vegna hlaupum við undir bagga og tökum fleiri aukavaktir á kostnað sjálfra okkar og fjölskyldu okkar, til að spara vinnuveitandanum aurana á meðan krónunum er kastað á glæ í endalausri yfirvinnu.

Ljósmæður sem nú eru að útskrifast hafa lagt mikið á sig til að benda á óréttlæti í launaröðun ljósmæðra. Það er ekki í fyrsta sinn sem nýútskrifaðar ljósmæður berjast fyrir bættum kjörum ljósmæðrastéttarinnar. Meirihluti stofnfélaga Ljósmæðrafélags Íslands voru einmitt nýútskrifaðar ljósmæður og leyfi ég mér að vitna í þá merku bók, *Ljósmæður á Íslandi*, þar sem fjallað er um stofnun Ljósmæðrafélags Íslands árið 1919: "...Því verður seint of mikið

gert úr djörfung þeirra, sem brautina ryðja, iðulega við takmarkaðan skilning þeirra, sem unnið er fyrir. Enda var frumkvöðlum Ljósmæðrafélagsins óvenjulegur vandi á höndum, því stéttin var dreifð um allar byggðir landsins og lengst af illu vön í launamálum." (Ljósmæður á Íslandi II.bindi, bls. 12)

Nú er orðið tímabært að við spyrjum okkur sjálfar, hvenær er mikið álag orðið of mikið? Hvenær erum við farnar að gefa afslátt af fagmennsku okkar og á hvers kostnað? Hversu lengi höfum við traust skjólstæðinga okkar til að styðja þá á sem öruggastan og uppbyggilegastan hátt í gegnum fæðingu? Og hvaða afleiðingar hefur langvarandi álag og undirmönnun á okkur sjálfar, líkamlega og andlega? Og á starfsánægju okkar? Á hvaða tímapunkti færast hagsmunir vinnuveitanda frammar hagsmunum skjólstæðinga, hagsmunum stéttarinnar og eigin hagsmunum? Þetta er ekki meðvituð ákvörðun, heldur leggst hver smæsta ákvörðun á vogarskálar sem á endanum ræður á hvorn veginn sígur. Þess vegna verðum við að vera gagnrýnar, þ.e. rýna til gagns þær ákvarðanir sem teknar eru varðandi barneignarþjónustu þ.m.t. mönnun. Ég geri mér fulla grein fyrir að málið er ekki leysanlegt í einu vetvangi, en ákvarðanir hvernar og einnar okkar geta ýmist orðið til þess að vinna með lausninni eða á móti henni. Það er ekki einungis um að ræða þetta sumar, heldur verðum við að horfast í augu við að við tökum virkan þátt í að ákvarða framtíð barneignarþjónustu á Íslandi.



Andleg líðan kvenna á Akureyri eftir fæðingu

Þunglyndiseinkenni og foreldrastreita við þriggja mánaða aldur barns

Útdráttur

Margar konur upplifa mikið álag þegar þær verða mæður og fjölmargar rannsóknir sýna fram á að fæðingarþunglyndi og foreldrastreita er fylgifyndur þessa mikla álags.

Segja má að rannsóknin sem kynnt er hér sé þríþætt. Í þessari grein verður fjallað um fyrsta hluta hennar en þær niðurstöður fjalla um tíðni fæðingarþunglyndiseinkenna og foreldrastreitu á þjónustusvæði Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri. Í öðrum hluta rannsóknarinnar er fjallað um hvaða þættir sem skráðir eru á meðgöngu kvennanna hafa tengsl við foreldrastreitu og fæðingarþunglyndiseinkenna. Í þriðja hluta rannsóknarinnar er könnuð upplifun kvenna af því að fá fæðingarþunglyndi.

Í þessum fyrsta hluta rannsóknarinnar var tilgangurinn að kanna tíðni fæðingarþunglyndiseinkenna og streitustiga hjá konum með þriggja mánaða gömul börn. Rannsóknarsnið er megindlegt, lýsandi, þar sem spurningalistar voru notaðir til að afla gagna. Rannsóknarúrtak voru 235 konur sem komu með börn sín í þriggja mánaða skoðun í ungubarnavernd Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri og var svarhlutfall 65%. Við gagnasöfnun voru notaðir þrír listar; lýðbreytulisti, Edinborgarþunglyndiskvarðinn (EDPS) og foreldrastreitukvarði (PSI/SF). Niðurstöður sýndu að meirihluti kvennanna eða 67% mældust með ≤ 9 stig, um 17% mældust með 9–11 stig og um 16% kvennanna mældust með ≥ 12 stig á EDPS. Varðandi foreldrastreitu þá kom fram að um 17% þátttakenda greindust með ≥ 75 stig sem talið er vera mikil foreldrastreita.

Sú breyta sem hafði marktæka ($p < 0,05$) fylgni við þunglyndiseinkenni var menntun ($p = 0,039$) en þær breytur sem höfðu marktæka fylgni við streitustig voru aldur ($p = 0,022$) og hvort þær væru frumbyrjur eða fjölbyrjur ($p = 0,013$).



* Ritrýnd grein

Sigríður Inga Karlsdóttir, ljósmóðir, lektor við Háskólann á Akureyri, klínískur sérfræðingur í ljósmóðurfræði við FSA.

Hjálmar Freysteinnsson, heilsugæslulæknir Heilsugæslustöðinnar á Akureyri

Sigríður Sía Jónsdóttir, ljósmóðir, fræðslustjóri í hjúkrun við

Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri

Margrét Guðjónsdóttir, hjúkrunarforstjóri/ framkvæmdastjóri Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri

Fjörutíu og þrjú prósent þátttakenda sem mældust með ≥ 12 stig á EDPS mældust einnig með ≥ 75 streitustig.

Lykilord: Andleg líðan eftir fæðingu, Edinborgarþunglyndiskvarðinn, þunglyndiseinkenni, foreldrastreitukvarði, streitustig.

Inngangur

Yfirlýst markmið Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri (HAK) er að meta til jafns líkamlega, tilfinningalega og félagslega þætti varðandi heilsu fólks. Viðfangsefni heilsugæslunnar eru einstaklingar sem búa við margskonar aðstæður, hafa fengið misjöfn þroska-skilyrði og hafa ólíkar forsendur til að takast á við sjúkdóma, þroskastreppur og áföll.

Í vinnulagi HAK, sem var breytt árið 1988, er áhersla lögð á að nýta tíð og endurtekin samskipti til að byggja upp persónulegt samband við skjólstaðingana og reyna að koma til móts við breytilegar þarfir þeirra. Lítið er á félags- og tilfinningalega þætti sem mikilvæga þætti heilsunnar. Leitast er við að auka foreldrahæfni og styrkja tengsl móður/ föður og barns. Leiðir að þessu marki eru meðal annars að skrá með markvissari hætti en áður hafði verið gert, upplýsingar í mæðravernd um almennt heilsufar, félagslegar aðstæður, andlega líðan og uppvaxtarskilyrði í bernsku. Þannig fara flestar barnshafandi konur í viðtal hjá sínum heimilislækni þar sem grunnur er lagður að þjónustumati fyrir konuna (Anna Karólína Stefánsdóttir, Hjálmar Freysteinnsson, Hulda Guðmundsdóttir, Björg Bjarnadóttir, Guðfinna Nývarðsdóttir, Magnús Skúlason, Pétur Pétursson, Sigríður Inga Karlsdóttir, Sigmundur Sigfússon, 2000).

Þessi upplýsingasöfnun er notuð sem grunnur að mati á þörfum einstaklinga fyrir aukinn stuðning og umhyggju starfsfólks í mæðra- og ungubarnavernd, fjölskylduráðgjöf eða önnur úrræði. Með þessu fyrirkomulagi er leitast við

að greina þarfir og vandamál á byrjunarstigi og gefa verðandi mæðrum/fjölskyldum kost á viðeigandi aðstoð. Þá er lögð áhersla á endurmat, sérstaklega eftir fæðingu.

Þetta breytta vinnulag á heilsugæslustöðinni sem hefur verið nefnt "Nýja barns verkefnið", ásamt fleiri þáttum varð til þess að áhugi vaknaði á því að gera rannsókn á fæðingapunglyndi og foreldrastreitu. Tilgangur rannsóknarinnar í heild var að kanna tíðni fæðingapunglyndiseinkenna og foreldrastreitu á þjónustusvæði HAK. Einnig að kanna hvort þær upplýsingar sem aflað er á meðgöngu hefðu tengsl við fæðingapunglyndiseinkenni og foreldrastreitu eftir fæðingu barnsins. Síðan í framhaldi af því að meta hvort niðurstöður gæfu vísbendingar um hvort breyta þyrfti mati á þjónustupörf sem grunnur er lagður að snemma á meðgöngu.

Rannsóknauktak mynduðu allar mæður sem komu í ungubarnavernd á HAK með þriggja mánaða gömul börn sín á tímabilinu 1. apríl 2000 - 31. maí 2001, samtals voru það 235 konur sem komu og 152 þeirra svöruðu spurningalistanum. Nokkuð er því liðið síðan gögnum var safnað en þrátt fyrir það telja rannsakendur að niðurstöður rannsóknarinnar gefi mikilvægar upplýsingar sem vert er að skoða. Meðal annars vegna þess að engar sambærilegar innlendar og mjög fáar erlendar niðurstöður rannsókna, hafa verið birtar og gefur rannsóknin því mikilvægar vísbendingar um tengsl fæðingapunglyndiseinkenna og foreldrastreitu, við almennt heilsufar, félagslegar aðstæður, andlega líðan og uppvaxtarskilyrði í bernsku, ásamt því að gefa upplýsingar um tíðni þunglyndiseinkenna og foreldrastreitu á þjónustusvæði HAK.

Segja má að rannsóknin sem kynnt er hér sé þríþætt. Í þessari grein verður fjallað um fyrsta hluta hennar en þær varða tíðni fæðingapunglyndiseinkenna og foreldrastreitu, en í annarri grein í blaðinu er fjallað um hvaða þættir sem skráðir eru á meðgöngu kvennanna hafa tengsl við foreldrastreitu og fæðingapunglyndiseinkenni. Í þriðja hluta rannsóknarinnar er könnuð upplifun kvenna af því að fá fæðingapunglyndi, en sá hluti rannsóknarinnar er enn í vinnslu.

Fæðingapunglyndi - fæðingapunglyndiseinkenni

Þrátt fyrir að sé það jákvæð lífsreynsla fyrir flestar konur að verða mæður þá

upplifa margar þeirra ýmsa erfiðleika og vanlíðan á fyrstu mánuðum móðurhlutverksins, sem kemur stundum fram í fæðingapunglyndi og foreldrastreitu (Buultjens, 2007).

Því hefur verið haldið fram að tvær megin skýringar séu á því að fæðingapunglyndi sé sjaldan greint. Önnur er sú að þunglyndiseinkenni séu oft hvorki augljós heilbrigðisstarfsfólki né konunum sjálfum og hin er sú að starfsfólk heilsugæslu skorti þekkingu og mælitæki til að greina og meta einkenni geðrænna vandamála (Buultjens, 2007).

Edinborgarþunglyndiskvarðinn (EDPS) hefur víða verið notaður í heilsugæslu við kembileit að þunglyndiseinkennum og má greina með honum töluvert fleiri konur en tekist hefur með öðrum aðferðum (Armstrong og Small, 2007; Jardri & fl., 2006; Thome, 1998). Kvarðinn tekur til 10 atriða með fjórum svarmöguleikum og hvert svar hefur gildi á bilinu 0-3 sem mæla tíðni þunglyndiseinkenna eftir fæðingu, en spurt er um líðan síðustu sjö daga (Fowles, 1998, Thome, 1998). Samkvæmt Thome (1999) hafa rannsóknir sýnt að þunglyndisstuðullinn ≥ 12 greini um tvo þriðju kvenna með þunglyndi en við lækkan hans í ≥ 9 greinist allar konur með þunglyndi auk þeirra kvenna sem þjást af vanlíðan. Íslensk útgáfa af EDPS var notuð í áður nefndri rannsókn Thome og Adler (1999) en forprófun kvarðans fór fram 1990 og leiddi niðurstöður þá í ljós að hann mátti vel nýta til leitar og mats á þunglyndiseinkennum, en einsleitni hans var staðfest með áreiðanleikaprófun.

Ýmsar rannsóknir, meðal annars á Íslandi, hafa leitt í ljós að tíðni fæðingapunglyndiseinkenna er 10-16% miðað við viðmiðunarmörk ≥ 12 stig af 30 mögulegum á Edinborgarþunglyndiskvarðanum (EPDS) (Lee og Chung, 2007; Jardri og fl., 2006; Thome, 1998).

Íslensk rannsókn á fæðingapunglyndiseinkennum 734 kvenna ($n=1058$) leiddi í ljós að 14% kvennanna greindust með þunglyndiseinkenni (Thome, 1998). Þá hafa amerískar rannsóknir sýnt fram á allt að 26% tíðni fæðingapunglyndiseinkenna (Beck, 1992, 1998). Í rannsókn Jardri og fl. (2007) þar sem þunglyndiseinkenni voru metin eftir EPDS kvarðanum hjá 815 frönskum konum, kom fram að tíðni þunglyndiseinkenna yfir 8 var 16,1%. Niðurstöður McIntosh (1993), eftir sex viðtöl við 60 frumbyrjur frá sjöunda

mánuði meðgöngu þar til barnið var níu mánaða, voru þær að 63% þeirra höfðu fundið fyrir fæðingapunglyndiseinkennum, einhvern tíma á fyrstu níu mánuðunum eftir fæðingu. Einnig kom í ljós að mikill meirihluti mæðranna (72%) kenndi þunglyndiseinkenna innan fjögurra vikna frá heimkomu af fæðingadeild og hafði það varað í sjö mánuði eða lengur meðal 47% þeirra. Framangreindar niðurstöður geta bent til mismunandi skilnings og túlkunar á því hvað sé fæðingapunglyndi og/eða að tilfinningalegir erfiðleikar eftir fæðingu séu algengari en oft er talið. Einnig eru mismunandi tímasetningar rannsókna með tilliti til tímallengdar frá fæðingu og mismunandi rannsóknaraðferðir þættir sem þarf að taka tillit til við túlkun á niðurstöðum.

Samkvæmt Thome (1998) er tíðni fæðingapunglyndiseinkenna hjá íslenskum konum frá einum til sex mánuðum eftir fæðingu, þrisvar sinnum algengara en á öðrum tímum í ævi kvenna og batnar tæpum þriðjungi þeirra sjálfkrafa. Margar konur sem þarfnast meðferðar vegna þunglyndis rekja upphaf sjúkdómsins oft til tímabilsins fyrir fæðingu (Austin, Frilingos, Lumley, Hadzi-Paviovic, Roncolato, Acland, Saint, Segal og Parker, 2007). Einkennem fæðingapunglyndis svipar til einkenna annars þunglyndis sem eru m.a.: kvíði; örvænting; þrek- og áhugaleysi svo dæmi séu tekin. Þunglyndishugsanir móður tengjast einnig tilfinningum eins og sektarkennd og vanhæfni hennar sem móður (Lee og Chung, 2007). Einnig kemur fram í mörgum heimildum að fáar konur leituðu hjálpar heilbrigðisstarfsmanna vegna þunglyndisins og þær sem það gerðu voru færast ánægðar með þá aðstoð sem þær fengu (Austin og fl. 2007; Thome, 1999). Samkvæmt Dennis (2005) sem greindi alls 15 rannsóknir með samantektarrannsóknagreiningu (meta analysis), þar sem fjöldi kvenna var samtals 7697, þá voru heimsóknir heilbrigðisstarfsmanna heim til konunnar og fyrirbygging á meðgöngu þau bjargráð sem hefðu mest áhrif til að bæta líðan kvennanna.

Foreldrastreita

Foreldrastreita verður að teljast eðlilegur fylgifiskur þess að fæða og annast ung börn. Hversu streituvekjandi foreldrahlutverkið reynist, ræðst ekki síst af hvernig undirbúningur fyrir það hefur tekist svo og af fyrri reynslu og aðstæðum. Mjög mikil streita í foreldra-

hlutverki er varasöm bæði fyrir foreldra og börn (Thome, Alder & Ramel, 2006; Thome, 1998). Samkvæmt rannsókn Thome (1990) eru algengustu streitubættir íslenskra mæðra að mati þeirra sjálfra sambúðar- og samskipta-erfiðleikar, erfiðleikar tengdir uppeldi ungra barna og/eða eldri barna, félagslegir erfiðleikar, heilsufarsvandamál þeirra sjálfra og/eða annarra í fjölskyldunni.

Marktækt samband milli þunglyndiseinkenna og foreldrastreitu hefur verið staðfest í rannsóknum og hafa rannsakendur talið vísbendingar um að ákveðnir þættir í umönnun barna geti reynst konum með fæðingapunglyndiseinkenni erfiðari en öðrum (Thome, Alder og Alfons, 2006; Thome 1998;). Fowles (1998) fann í rannsókn meðal 136 mæðra, níu til fjórtán vikum eftir fæðingu, neikvæð áhrif fæðingapunglyndiseinkenna á líðan mæðra í foreldrahlutverki, bæði hvað varðaði hæfni og viðhorf til barnsins.

Þá hefur verið ályktað að sterk fylgni þunglyndiseinkenna við foreldrastreitu, bendi til að tíðum þunglyndiseinkennum fylgi streita (Thome, Alder og Alfons, 2006; Thome, 1998).

Þeir sem rannsakað hafa hvaða streitubættir hafa tengsl við fæðingapunglyndiseinkenni hafa fundið að þættir eins og skortur á félagslegum stuðningi, fjárhagserfiðleikar, atvinnuleysi, áhyggjur af heilsufari barns eða óværd þess og erfiðleikar í samskiptum við föður barns, stuðla að eða auka á þunglyndiseinkenni (Beck, 2001). Einnig hafa sumar rannsóknir fundið tengsl milli aðstæðna kvenna á meðgöngu s.s. fjárhags og atvinnu og óvæðar hjá börnum fyrstu mánuði eftir fæðingu (Wurmser, Rieger, Domogalla, Kahnt, Buchwald, Kowatsch, Kuehnert, Buske-Kirschbaum, Popousek, Pirke, og Voss, 2005).

Foreldrastreitukvarðinn er greiningartæki sem notað hefur verið til að finna börn, sem eru í áhættu að verða fyrir truflun á tilfinningaþroska og hegðunarvanda vegna streitu í tengslum foreldra og barns. Kvarðinn hefur verið notaður bæði sem kembileitartæki og til að meta árangur meðferðar með því að leggja hann fyrir bæði undan og eftir meðferð (Thome, 1999).

Sýnt hefur verið fram á að greining og meðferð vegna fæðingapunglyndis og/eða foreldrastreitu stuðlar að bættum samskiptum og heilsu móður og barns (Austin og fl., 2007; Mc Curdy, 2005).

Efniviður og aðferðir

Í þeirri rannsókn sem hér er greint frá er rannsóknarsnið megindlegt og lýsandi, þar sem spurningalistar eru notaðir til að afla gagna um tíðni fæðingapunglyndis- og foreldrastreitueinkenna meðal mæðra á þjónustusvæði Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri.

Megin rannsóknarspurningin var hver væri tíðni fæðingapunglyndiseinkenna og foreldrastreitu á þjónustusvæði HAK og hvort tíðni fæðingapunglyndiseinkenna og foreldrastreitu væri í samræmi við það sem áður hafði komið í ljós í rannsóknum þegar úrtak hefur verið tekið af öllu landinu.

Rannsóknauktak mynduðu allar mæður sem komu í ungubarnavernd á HAK með þriggja mánaða gömul börn sín á tímabilinu 1. apríl 2000 - 31. maí 2001, samtals voru það 235 konur sem komu og 152 þeirra svöruðu spurningalistanum.

Við komu í ungubarnavernd var konunum kynnt rannsóknin. Ef kona samþykkti að taka þátt í rannsókninni undirritaði hún upplýsinga- og samþykkisblað og fékk með sér heim spurningalista og merkt umslag til svarsendingar. Ef svör höfðu ekki borist innan eins mánaðar voru konunum send ítrekunarbréf.

Í rannsókninni voru notaðir þrír spurningalistar: Edinborgarpunglyndiskvarðinn (EPDS), foreldrastreitukvarði (PSI/SF) og lýðbreytulisti. Þunglyndiskvarðinn tekur til 10 atriða sem mæla tíðni þunglyndiseinkenna eftir fæðingu. Hvert svar hefur gildi á bilinu 0-3. Viðmiðunarmörk ≥ 12 hafa verið sett fyrir greiningu þunglyndis en niðurstöður víðtækra rannsókna benda til að stuðull milli 11-12,5 sé réttmætur til greiningar þunglyndis meðal kvenna með vestrænan bakgrunn (Thome, 1999). Samkvæmt Thome (1999) sýndu niðurstöður viðtalskönnunar að konur með þunglyndisstuðull 9-11 virtust aðallega upplifa streitu sem fylgdi aðlögun að nýjum hlutverkum og aðstæðum.

Í þessari rannsókn var notuð stytta útgáfa kvarðans (PSI / SF) sem samanstendur af 36 spurningum, hverri með fjórum svarmöguleikum, þannig að mögulegur stigafjöldi er á bilinu 36 – 180. Viðmiðunargildi fyrir mikla foreldrastreitu er 75 stig eða fleiri, en gildi ≥ 90 er vísbending um áhættu fyrir velferð foreldra og barna. Kvarðinn skiptist í þrjá undirkvarða, skynjuð streita í foreldrahlutverki, streita í samskiptum við barnið og skynjuð streita vegna skapgerðar barnsins. Íslensk útgáfa þessa

kvarða hefur verið prófuð og reynst áreiðanleg og réttmæt og fylgni hans við EPDS marktæk eða $p < 0,01$ (Thome, 1998; Abidin, 1990).

Í forprófun íslenskrar útgáfu kvarðans kom í ljós að aðeins var hægt að nota hann frá sex mánaða aldri barnsins en þá var gerð breyting á leiðbeiningum hans sem gera átti öllum foreldrum kleift að svara spurningum án tillits til aldurs barnsins (Thome, 1998).

Með lýðbreytulistanum voru kannaðir eftirfarandi þættir hjá mæðrunum: aldur, menntun, hjúskaparstaða, fjöldi barna og hvernig síðasta barn þeirra fæddist.

Útbúinn var gagnagrunnur í Microsoft Excel sem svörin voru slegin inn í en upplýsingar í gagnagrunninum eða breytur voru skilgreindar fyrir hverja spurningu. Gögnin voru síðan flutt yfir í tölfraðiforritið SPSS til greiningar þar sem gerðar voru tíðnitölur fyrir hverja breytu og megin niðurstöður síðan krosskeyrðar með lýðbreytum. Til að kanna tíðni milli breyta var gert p-próf.

Aflað var leyfa fyrir rannsókninni frá Vísindasiðanefnd, hjúkrunarforstjóra HAK, yfirlækni HAK og að lokum var send tilkynning til Persónuverndar.

Niðurstöður

Þátttakendur rannsóknarinnar voru mæður sem komu með þriggja mánaða börn sín í ungubarnavernd HAK 14 mánaða tímabilið apríl 2000 - júní 2001 (N= 235). Svör bárust frá 152 (65%) þátttakendum.

Eins og við mátti búast var mikill meirihluti þátttakenda, 90%, með búsetu á Akureyri en 10% í dreifbýli í grennd við Akureyri og á Grenivík.

Niðurstöður varðandi lýðbreytur

Eins og fram kemur í töflu 1 var fjölmennasti hópurinn eða 34,2% þátttakenda á aldrinum 30-34 ára og fámennasti hópurinn eða 0,7% á aldrinum 40-44 ára.

Tafla 1. Aldur

Aldur	Fjöldi	Hlutfall
15-19 ára	7	4,6%
20-24 ára	35	23,0%
25-29 ára	41	27,0%
30-34 ára	52	34,2%
35-39 ára	16	10,5%
40-44 ára	1	0,7%
Samtals	152	100%

Fram kemur í töflu 2 að 30% þátttakenda hafði grunnskólapróf, 38% var með framhaldsskólamenntun, stúdentspróf og sérskólapróf, og 31% hafði háskólamenntun.

Tafla 2. Menntun		
Menntun	Fjöldi	Hlutfall
Grunskóla ólokið	1	0,7%
Grunnskólamenntun	46	30,3%
Framhaldsk.menntun	58	38,2%
Háskólamenntun	47	30,9%
Samtals	152	100,0%

Þá kemur fram í töflu 3 að um 7% þátttakenda bjó ekki með barnsföður, en flestir voru í óvígðri sambúð eða um 57%.

Tafla 3. Hjúskaparstaða		
Hjúskaparstaða	Fjöldi	Hlutfall
Ekki í sambandi við barnsföður	8	5,3%
Í sambandi við barnsföður en við búum ekki saman	2	1,3%
Í sambúð með barnsföður	86	56,6%
Gift barnsföður	56	36,8%
Samtals	152	100,0%

Tafla 4 hér fyrir neðan sýnir að flestir þátttakendanna voru að eignast sitt fyrsta barn, eða 43%, næstflestir með annað barn eða 30% og 23% með þriðja barn en aðeins 4% þeirra áttu fleiri en þrjú börn.

Tafla 4. Fjöldi barna		
Fjöldi barna	Fjöldi	Hlutfall
Eitt barn	65	42,8%
Tvö börn	46	30,3%
Þrjú börn	35	23,0%
Fjögur börn	5	3,3%
Fimm börn	1	0,7%
Samtals	152	100,0%

Hvernig barnið fæddist kemur fram í töflu 5.

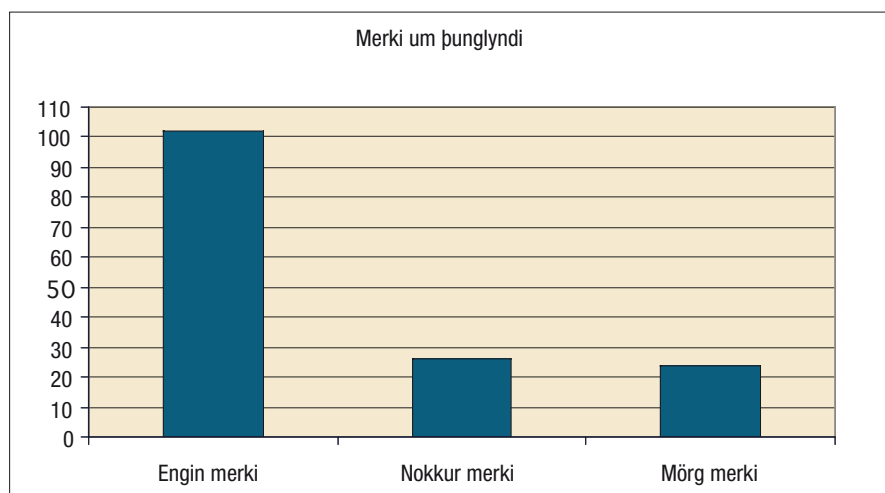
Tafla 5. Fæðing barns		
Hvernig fæddist barnið?	Fjöldi	Hlutfall
Fæðing um leggöng	112	73,7%
Fæðing með aðstoð sogklukku/tangar	12	7,9%
Keisaraskurður	28	18,4%
Samtals	152	100,0%

Flestir þátttakendur höfðu fætt um leggöng, 74%, um 18% höfðu farið í keisaraskurð og um 8% höfðu fætt með aðstoð sogklukku eða tangar (sjá töflu 5).

Niðurstöður varðandi þunglyndiseinkenni

Við skoðun á niðurstöðum úr þunglyndiskvarðanum kemur í ljós að meirihluti þátttakenda, 67%, mældist undir viðmiðunarmörkum þunglyndisstuðulsins < 9, um 17% voru á bilinu 9-11 og um 16% mældust með ≥ 12. Um 8% voru með ≥ 16 eða á bilinu 16-26.

Tafla 6. Tíðni þunglyndiseinkenna		
Þunglyndiseinkenni	Fjöldi	Hlutfall
Þunglyndisstuðull 0-8	102	67,2%
Þunglyndisstuðull 9-11	26	17,2%
Þunglyndisstuðull 12-13	9	5,9%
Þunglyndisstuðull 14-15	3	1,9%
Þunglyndisstuðull 16+	12	7,8%
Samtals	152	100,0%



Mynd 1. Dreifing á tíðni þunglyndiseinkenna

Samkvæmt ofangreindum niðurstöðum var meðaltal þunglyndiseinkenna þátttakenda 6,9.

Á mynd 1 sést dreifing þunglyndiseinkenna eftir því hvort um engin, nokkur eða mörg merki um þunglyndi er að ræða.

Niðurstöður varðandi þunglyndiseinkenni og lýðbreytur

Samanburður var gerður á niðurstöðum varðandi þunglyndiseinkenni og á lýðbreytum þ.e. aldri, menntun, hjúskaparstöðu, fjölda barna og fæðingu síðasta barns og fara þær niðurstöður hér á eftir.

Eins og fram kemur í töflu 7 skar yngsti aldurshópurinn sig úr hvað varðaði tíðni þunglyndiseinkenna, en tvöfalt fleiri úr þeim hópi mældust með mikil þunglyndiseinkenni en þær sem ekki höfðu slík einkenni. Hafa skal í huga að hér er um mjög lítinn hóp að ræða en engu að síður eru þetta niðurstöður sem eru allrar athygli og skoðunar verðar.

Þegar ofangreindar niðurstöður eru skoðaðar kemur í ljós að þátttakendur með háskólapróf skáru sig úr hvað varðar þunglyndiseinkenni. Bæði var hlutfall þeirra sem greindust með engin þunglyndiseinkenni mun herra en hinna og hlutfall þeirra sem greindust með þunglyndisstuðul ≥ 12 var mun lægra en hinna (sjá töflu 9).

Þrátt fyrir að hlutfall þátttakenda með þunglyndiseinkennastuðul ≤ 11 væri mun herra meðal þátttakenda með framhaldsskólamenntun en grunnskólamenntun sést að það var mun lægra þegar litið er til efsta hluta kvarðans ≥ 12 (sjá töflu 9).

Lesið má úr töflu 10 að um 93% þátttakenda voru í sambúð með eða giftar barnsföður sínum og var hlutfall þeirra

sem mældist með nokkur eða mikil þunglyndiseinkenni, ≥ 12 , um 15%. Sé þetta hlutfall skoðað meðal þeirra sem ekki voru í sambandi við eða í sambúð

með barnsföðurnum kemur í ljós að það var helmingi herra eða um 30%.

Í næstu töflu er greining á tíðni þunglyndiseinkenna eftir fjölda barna þátt-

takenda og er athyglisvert að meðal þátttakenda sem eiga flest börnin, fjögur eða fimm, komu ekki fram tíð þunglyndiseinkenni.

Tafla 7 Tíðni þunglyndiseinkenna, greint eftir aldri					
Edinborgarþunglyndiskvarðinn					
		Engin merki þunglyndis (0-8)	Merki þunglyndis (9-11)	Nokkuð/ mikið þunglyndi (12-26)	Sam- tals
Aldur	15-19 ára	2	1	4	7
móður	20-24 ára	24	6	5	35
	25-29 ára	28	8	5	41
	30-34 ára	35	9	8	52
	35-39 ára	12	2	2	16
	40-44 ára	1			1
Samtals		102	26	24	152

Tafla 8 Tíðni þunglyndiseinkenna, greint eftir menntun					
Edinborgarþunglyndiskvarðinn					
		Engin merki þunglyndis	Merki þunglyndis	Nokkuð/ mikið þunglyndi	Sam- tals
Menntun móður					
Grunnskóla ólokið			1	1	
Grunnskólamenntun	29		6	11	46
Framhálsskólamenntun	35		14	9	58
Háskólamenntun	38		6	3	47
Samtals		102	26	24	152

Tafla 9 Hlutfallsleg tíðni þunglyndiseinkenna, greint eftir menntun					
Edinborgarþunglyndiskvarðinn					
		Engin merki þunglyndis	Merki þunglyndis	Nokkuð/ mikið þunglyndi	Sam- tals
Menntun móður					
Grunnskóla ólokið			100,0%	100%	
Grunnskólamenntun	63,0%		13,0%	23,9%	100%
Framhálsskólamenntun	60,3%		24,1%	15,5%	100%
Háskólamenntun	80,9%		12,8%	6,4%	100%

Tafla 10 Tíðni þunglyndiseinkenna, greint eftir hjúskaparstöðu					
Edinborgarþunglyndiskvarðinn					
		Engin merki þunglyndis	Merki þunglyndis	Nokkuð/ mikið þunglyndi	Sam- tals
Hjúskaparstaða					
Ekki í sambandi við barnsföður	5		2	1	8
Í sambandi við barnsföður en ekki sambúð	2		2		
Í sambúð með barnsföður	59		15	12	86
Gift barnsföður	38		9	9	56
Samtals		102	26	24	152

Tafla 11 Tíðni þunglyndiseinkenna, greint eftir fjölda barna					
Edinborgarþunglyndiskvarðinn					
		Engin merki þunglyndis (0-8)	Merki þunglyndis (9-11)	Nokkuð/ mikið þunglyndi (12-26)	Sam- tals
Fjöldi barna					
Eitt barn	42		10	13	65
Tvö börn	35		6	5	46
Þrjú börn	20		9	6	35
Fjögur börn	4		1		5
Fimm börn	1				1
Samtals		102	26	24	152

Tafla 12 Tíðni þunglyndiseinkenna, greint eftir hvernig síðasta barn fæddist					
Edinborgarþunglyndiskvarðinn					
		Engin merki þunglyndis (0-8)	Merki þunglyndis (9-11)	Nokkuð/ mikið þunglyndi (12-26)	Sam- tals
Fæðing síðasta barns					
Fæðing um leggöng	77		19	16	112
Fæðing með aðstoð					
sogklukku/töng	7		2	3	12
Keisaraskurður	18		5	5	28
Samtals		102	26	24	152

Tafla 13 Tíðni foreldrastreititu		
Foreldrastreitukvarði		
	Fjöldi	Hlutfall
Undir 75 stigum	123	83,1%
75-89 stigum	18	12,1%
90 stig og yfir	7	4,7%
Samtals	148	100,0%

Tafla 14 Tíðni foreldrastreititu, greint eftir aldri				
Streitupróf fyrir foreldra ungbarna				
	Undir 75	75-89	90 og yfir	Samtals
Aldur móður				
15-19 ára	3	2	2	7
20-24 ára	27	4	3	34
25-29 ára	35	5		40
30-34 ára	45	5	1	51
35-39 ára	13	2	1	16
Samtals	123	18	7	148

Tafla 15
Tíðni foreldrastreitu, greint eftir menntun

	Streitupróf fyrir foreldra ungbarna			
	Undir 75	75-89	90 og yfir	Samtals
Menntun móður				
Grunnskóla ólokið		1		1
Grunnskólamenntun	36	4	3	43
Framhálsskólamenntun	46	7	4	57
Háskólamenntun	41	6		47
Samtals	123	18	7	148



Í töflu 12 má sjá að nokkur eða mikil merki þunglyndiseinkenna koma fyrir hjá átta konum af 40 eða 20% þeirra kvenna sem fætt höfðu með aðstoð sogluklu eða keisaraskurðar. Aftur á móti koma nokkur eða mikil merki þunglyndiseinkenna fram hjá sextán konum af 112, eða 14% þeirra kvenna sem höfðu fætt um leggöng. Þetta eru athygliverðar niðurstöður en þó skal benda á að um fáa einstaklinga er að ræða.

Niðurstöður varðandi foreldrastreitu

Niðurstöður úr foreldrastreituprófinu sýna að um 16,9% þátttakenda greindust með 75 foreldrastreitustig eða meira og þar af um 4,7% með 90 stig og meira (90-106 stig) (sjá töflu 13).

Niðurstöður varðandi foreldrastreitu og lýðbreytur

Samanburður á niðurstöðum streituprófsins og lýðbreytum þátttakenda fylgja hér á eftir.

Það má lesa úr töflu 14 að foreldrastreita, ≥ 75 , mældist hlutfallslega mest í yngsta aldurshópnum, en minnst meðal 25-29 ára og 30-34 ára kvenna. Þegar konunum er skipt í tvo hópa 24 ára og yngri og 25 ára og eldri kemur í ljós að

tíðni foreldrastreitu er tæp 27% í yngri hópnum en 13% í þeim eldri.

Tafla 15 sýnir tíðni foreldrastreitu greint eftir mismunandi menntun móður. Athyglisvert er við þennan samanburð að engin þátttakenda sem hafði háskólamenntun mældist með streitustig ≥ 90 (sjá töflu 15).

Nær engin munur virðist á tíðni streitueinkenna hjá konum eftir hjúskaparstöðu, en mjög fáar konur eru ekki í samabúð.

Næst er lýst samanburði á streitutíðni við fjölda barna þátttakenda.

Það sem strax vekur athygli við skoðun á töflu 17 er að streita var mun meiri meðal frumbyrja eða 25,6% samanborið við 9,5% fjölbyrja.

Í töflu 18. kemur fram að foreldrastreita er lítið eitt algengari meðal mæðra sem fætt höfðu með aðstoð sogluklu eða keisaraskurði.

Niðurstöður varðandi undirkvarða foreldrastreitukvarðans

Foreldrastreitukvarðinn samanstendur af þremur undirkvörðum í tólf liðum sem mæla skynjaða streitu í foreldrahlutverki, streitu í samskiptum við barnið og streitu í tengslum við erfiðleika í skapferli barnsins. Hvernig stigin dreifð-

ust á undirkvarðana má sjá á mynd 2.

Sjá má að hlutfallslega minnst streita mældist meðal þátttakenda í samskiptum við barnið en mest mældist streita í foreldrahlutverki (sjá mynd 2). Við notkun spurningalistans í þessari rannsókn hefur komið í ljós að nokkur hluti þátttakenda taldi sumar spurningarnar ekki eiga við vegna ungs aldurs barns þeirra og skrifuðu nokkrir þá athugasemd inn á listann, en 28% svöruðu ekki öllum spurningunum. Þær spurningar sem hæsta hlutfall þátttakenda sleppti að svara voru spurningar númer 32 (18%) og 33 (14%) auk þess sem sú athugasemd kom fram að í spurningu 33 vantaði svarmöguleikann núll.

Niðurstöður varðandi samanburð á streitu- og þunglyndiseinkennum

Hér á eftir fer lýsing á samanburði á heildarniðurstöðum streituprófsins við þunglyndiseinkenni.

Eins og fram kemur í töflu 19 þá greindist meirihluti þátttakenda, $n=94$, hvorki með þunglyndiseinkenni né foreldrastreitu yfir 75 stigum en nokkur hluti, $n=10$, greindist bæði með fæðingapunglyndiseinkenni ≥ 12 og foreldrastreitu ≥ 75 .

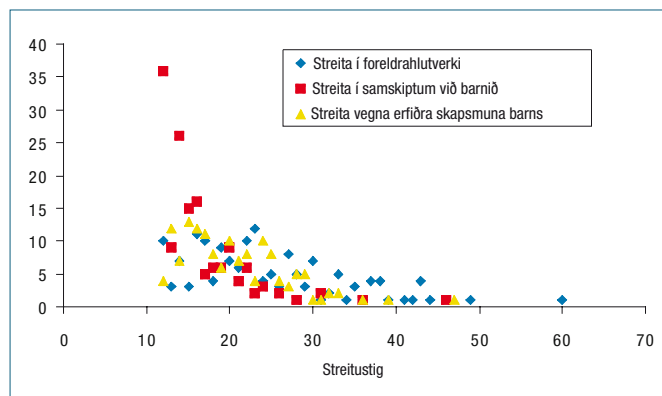
Tafla 16
Tíðni foreldrastreitu, greint eftir hjúskaparstöðu

	Streitupróf fyrir foreldra ungbarna			
	Undir 75	75-89	90 og yfir	Samtals
Hjúskaparstaða				
Ekki í sambandi við barnsföður	7	1		8
Í sambandi við barnsföður en ekki sambúð	1	1		2
Í sambúð með barnsföður	68	10	6	84
Gift barnsföður	48	5	1	54

Tafla 17
Tíðni foreldrastreitu, greint eftir fjölda barna

	Streitupróf fyrir foreldra ungbarna			
	Undir 75	75-89	90 og yfir	Samtals
Fjöldi barna				
Eitt barn	47	11	6	64
Tvö börn	42	2		44
Þrjú börn	28	5	1	34
Fjögur börn	5			5
Fimm börn	1			1
Samtals	123	18	7	148

Tafla 18 Tíðni foreldrastreitu, greint eftir hvernig síðasta barn fæddist				
	Streitupróf fyrir foreldra ungbarna			
	Undir 75	75-89	90 og yfir	Samtals
Fæðing síðasta barns				
Fæðing um leggöng	93	11	4	108
Fæðing með aðstoð				
sogklukku/töng	9	2	1	12
Keisaraskurður	21	5	2	28
Samtals	123	18	7	148



Mynd 2. Foreldrastreita, greind eftir undirflokkum.

Það sést í töflu 20 að samband er á milli foreldrastreitu og þunglyndiseinkenna, þar sem um 43% þátttakenda með þunglyndiseinkennastuðul ≥ 12 mældust með ≥ 75 streitustig en aðeins 7% þátttakenda með engin merki um þunglyndi, ≤ 8 , mældust með ≥ 75 streitustig.

Umfjöllun um niðurstöður

Í þessari rannsókn var upplýsingum safnað, með spurningalistum, um fæðingapunglyndiseinkenni, foreldrastreitu og lýðeinkenni mæðra sem höfðu fætt börn sín á 14 mánaða tímabili. Spurningalistinn var lagður fyrir þegar þær komu með börn sín í þriggja mánaða skoðun í ungbarnavernd HAK (n=235). Svör bárust frá 152 eða 65% mæðranna. Umfjöllun um niðurstöður og samanburður við niðurstöður úr rannsókn Mörgu Thome frá 1998 þar sem úrtak var af öllu landinu fer hér á eftir.

Helstu lýðeinkenni þátttakenda voru eftirfarandi: Fjölmennasti hópurinn voru konur á aldrinum 30-34 ára alls 52, en næst fjölmennasti hópurinn var á aldrinum 25-29 ára eða 41 kona. Meðalaldur kvenna í rannsókn Thome (1998) var 28,3 ár.

Nær þriðjungur þátttakenda var með háskólamenntun, 30,9% og 38,2% þátttakenda höfðu lokið framhaldsskóla-

menntun. Menntunarstig þátttakenda var mun hærra en í rannsókn Thome (1992) þar sem um 13% þátttakenda (n=201) var með háskólamenntun en það hlutfall var orðið 19% í næstu rannsókn Thome (1998). Þessar niðurstöður eru nokkuð lýsandi fyrir þær breytingar sem orðið hafa á menntun í landinu.

Langflestir þátttakenda (93,4%) voru giftar eða í sambúð með barnsföður sínum sem er samsvarandi niðurstöðum Thome (1998, 1992). Stór hluti þátttakenda voru að eignast sitt fyrsta barn (42,8%) og mjög fátítt var að börnin væru fleiri en þrjú, því einungis 4% þátttakenda voru að eignast fjórða eða fimmta barn.

Nokkur fjöldi þátttakenda hafði gengið í gegnum keisaraskurð (18,4%) eða fætt með aðstoð sogklukku eða tangar (7,9%) við fæðingu síðasta barns. Athygli vekur að í rannsókn Thome (1998) þar sem þátttakendur voru af öllu landinu var tíðni keisaraskurða 12% og tíðni fæðinga með aðstoð sogklukku eða tanga 16,7%. Tíðni keisaraskurða er því hærri í þessari rannsókn, en tíðni sogklukku og tangarfæðinga lægri en í rannsókn Thome (1998).

Fæðingapunglyndiseinkenni

Niðurstöður þunglyndisprófsins leiða í ljós að 15,6% (vikmörk $\pm 5,8$) þátttakenda fengu þunglyndisstuðulinn ≥ 12

sem er örlítið hærri en áður hefur mælst í íslenski rannsókn en þar var tíðnin 14,4% (Thome, 1998) þó er munurinn ekki marktækur. Einnig er það ívið hærri en víðtækar rannsóknir í ýmsum löndum hafa sýnt fram á, þar sem stuðst hefur verið við sama mælitæki.

Vert er að velta því fyrir sér hvaða skýring gæti verið á því að tíðni einkenna fæðingapunglyndis er með því hæsta sem mælist í sambærilegum rannsóknum. Rétt er að hafa í huga að gögn í rannsókn Thome (1998) eru frá 1994 og margt bendir til að tíðni þunglyndiseinkenna í samfélaginu hafi farið vaxandi á síðustu árum. Þá má fullyrða að opnari umræða um fæðingapunglyndi hafi aukið meðvitund almennings sem aftur gæti haft áhrif á svör kvennanna þegar spurt er um líðan þeirra eftir fæðingu.

Eitt af því sem lögð hefur verið áhersla á í "Nýja barns verkefninu" er að gera starfsfólk HAK hæfara til þess að ræða við og opna umræðu um vanlíðan við skjólstæðinga sína. Skjólstæðingum mæðra- og ungbarnaverndar ættu því að gefast meiri tækifæri en áður til að ræða tilfinningalega vanlíðan. Samkvæmt könnunum frá árunum 1996 og 1998 upplifir um það bil þriðjungur auðveldara að ræða viðkvæm mál við starfsfólk HAK eftir að viðtalið við heimilislækni í mæðravernd hafði farið fram (Anna Karólína Stefánsdóttir og fl.

Tafla 19 Tíðni foreldrastreitu, greint eftir þunglyndiseinkennum				
	Streitupróf fyrir foreldra ungbarna			
	Undir 75	75-89	90 og yfir	Samtals
Edinbogarþunglyndiskvarði				
Engin merki um þunglyndi	94	5	2	101
Merki um þunglyndi	20	4		24
Nokkuð/mikið þunglyndi	13	5	5	23
Samtals	127	14	7	148

Tafla 20 Hlutfallsleg tíðni foreldrastreitu, greint eftir þunglyndiseinkennum				
	Streitupróf fyrir foreldra ungbarna			
	Undir 75	75-89	90 og yfir	Samtals
Edinbogarþunglyndiskvarði				
Engin merki um þunglyndi	93,1%	5,0%	2,0%	100%
Merki um þunglyndi	83,3%	16,7%	0,0%	100%
Mikið þunglyndi	56,5%	21,7%	21,7%	100%

2000). Skjólstæðingar HAK gætu því verið opnari og meðvitaðri um líðan sína heldur en almennt er og þess vegna líklegri til að tjá vanlíðan m.a. í könnuninni.

Þá vekja niðurstöðurnar upp spurningar um hvort hugsanlegt sé að breytingar í þjóðfélaginu á undanförunum árum, eins og aukin atvinnuþátttaka kvenna, hafi á einhvern hátt leitt til aukinnar tilfinningalegrar vanlíðunar nýlega orðinna mæðra. Hefur álag og vinna aukist? Hefur stuðningsnet fjölskyldunnar gliðnað? Beck (1998) hefur fundið í rannsóknum sínum tengsl fæðingapunglyndis við skort á félagslegum stuðningi og erfiðleika í einkalífi. Niðurstöður þessar gefa vísbendingu um að vert sé að skoða ábendingar Okano, Nagata, Hasegawa, Nomura og Kumar (1998) um gagnsemi þess að leggja EPDS fyrir allar konur í ungbarnavernd en á það hefur Thome (1992) einnig bent.

Hvað varðar aldur mæðra kemur í ljós að konur sem eru á aldrinum 15-19 ára ($n=7$) eru líklegri til að greinast með þunglyndiseinkenni en eldri konur, því 4 af 7 konum mælast með þunglyndiseinkenni á bilinu 12-26 sem hefur verið skilgreint sem mikil einkenni um þunglyndi. Að sjálfsögðu eru þetta fáar konur en engu að síður ákveðin vísbending um samband þó ekki sé það marktækt.

Niðurstöður varðandi tengsl menntunar og þunglyndiseinkenna eru mjög athygliverðar en samkvæmt rannsókninni eykst tíðni þunglyndiseinkenna (≥ 12) eftir því sem konurnar hafa minni menntun. Þannig er tíðni þunglyndiseinkenna 25% hjá konum sem hafa lokið grunnskóla, 15,5% hjá konum sem hafa lokið framhaldsskóla og 6,3% hjá konum sem hafa lokið háskóla-prófi. Munurinn er marktækur þar sem $p=0,039$. Áður hefur Thome (1998) staðfest mun milli grunn- og framhaldsskólamenntunar hvað þetta varðar.

Hvað varðar tengsl milli hjúskaparstöðu og þunglyndiseinkenna kemur í ljós að einungis tíu konur af þeim 152 sem tóku þátt í rannsókninni eru ekki í sambúð eða giftar barnsföður, en fimm þeirra mælast með merki um þunglyndi (9-26). Þessar niðurstöður eru ekki marktækar en þó eru þær allrar athygli verðar og geta gefið ákveðnar vísbendingar.

Í rannsókn Thome (1998) kemur fram að marktækt samband fannst milli hjúskaparstöðu og þunglyndiseinkenna þar sem kom fram að einstæðar mæður

voru mun líklegri til þess að upplifa tíð þunglyndiseinkenni en konur sem voru í sambúð eða voru giftar barnsföður.

Einnig kemur fram í niðurstöðum að 20% frumbyrja upplifa tíð þunglyndiseinkenni samanborið við 12,6% fjölbyrja. Fróðlegt er að velta fyrir sér ástæðum fyrir þessum mun og nauðsynlegt fyrir alla sem sinna verðandi og nýbökudum foreldrum að vera vakandi fyrir hærri tíðni meðal frumbyrja. Ekki reyndist þessi munur tölfræðilegar marktækur. Sambærilegar rannsóknir hafa ekki sýnt fram á tengsl milli þunglyndiseinkenna og fjölda barna.

Þá leiða niðurstöður í ljós að konur sem fætt höfðu með aðstoð sogklukku, eða tangar eða með keisaraskurði voru mun líklegri til að upplifa tíð þunglyndiseinkenni, en þær sem fæddu um leggöng. Tuttugu prósent kvenna sem höfðu fætt með keisaraskurði, sogklukku eða töngum höfðu mörg merki um þunglyndi þ.e. höfðu 12-26 stig á Edinborga þunglyndiskvarðanum. Aftur á móti var prósentan 14,2% hjá konum sem höfðu fætt um leggöng. Þetta vekur spurningar um hvort hærri tíðni þunglyndiseinkenna megir e.t.v. tengja að einhverju leyti við fæðingaraðferð. Þetta eru athygliverðar niðurstöður þrátt fyrir að munur sé ekki marktækur og er þetta þáttur sem þyrfti að skoða betur í framtíðinni.

Foreldrastreita

Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að 16,9 % (vikmörk $\pm 5,5$) þeirra sem tóku þátt, greindust með 75 eða eða fleiri foreldrastreitustig sem er mun lægra hlutfall en rannsókn Thome (1998) leiddi í ljós þar sem hlutfallið var 23% ($n=734$) (vikmörk $\pm 3,0$). Þessar niðurstöður eru afar athyglisverðar ekki síst vegna þess að þunglyndiseinkenni reynast ívið meiri en í rannsókn Thome. Freistandi er að álykta að sú áhersla sem lögð hefur verið á að stuðla að aukinni foreldrahæfni og að styrkja tengslamyndun móður og barns með auknum stuðningi og meðferðartilboðum fyrir verðandi og nýorðna foreldra á HAK, tengist lægri tíðni foreldrastreitu og hafi hér áhrif. Þó er á engan hátt hægt að fullyrða neitt um það þar sem mjög margir þættir gætu haft áhrif, svo sem eins og menntunarstig þeirra sem svöuðu en það er eitt af þeim atriðum sem hefur verið sýnt fram á að hafi áhrif á tíðni foreldrastreitu (Thome, Alder, og Ramel, 2006).

Þegar skoðaðir eru undirkvarðar foreldrastreitukvarðans kemur í ljós að

streita í samskiptum við barnið reyndist vera tiltölulega fátíð, streita vegna erfiðra skapsmuna barns var mun tíðari, en tíðust var streita í foreldrahlutverki.

Tíðni foreldrastreitu mældist hlutfallslega langmest meðal yngstu mæðranna ($p<0,05$) og foreldrastreita var mun meiri meðal mæðra sem voru að eignast sitt fyrsta barn ($p<0,05$) en annarra. Þegar konunum er skipti í tvo hópa 24 ára og yngri og 25 ára og eldri kemur í ljós að foreldrastreita (≥ 75 stig) kemur fram hjá 11 af 41 í yngri hópnum en 14 af 106 í eldri hópnum ($p=0,022$). Sautján af 64 frumbyrjum reyndust hafa foreldrastreitu (≥ 75 stig) en aðeins 8 af 84 fjölbyrjum ($p=0,013$). Ekki fundust neinar rannsóknir sem kanna tengsl foreldrastreitu og barnafjölda eða aldur móður. Samanburður við aðrar lýðbreytur leiddi ekki í ljós marktækan mun. Það þarf ekki að koma á óvart að ungar mæður og þær sem eru að fæða fyrsta barn glími við meiri streitu en þær sem eldri og reyndari eru, en undirstrikar nauðsyn þess að bjóða þessum hópum aukinn stuðning og fræðslu.

Sterkt samband mældist milli foreldrastreitu og fæðingapunglyndiseinkenna þar sem 43% þátttakenda með tíð þunglyndiseinkenni mældust einnig með mikla foreldrastreitu. Niðurstöður rannsóknar Thome (1998) höfðu áður leitt í ljós mun lægra hlutfall þessarar fylgni eða 12%. Þrátt fyrir þessi sterku innbyrðis tengsl er umhugsunarvert að þunglyndiseinkenni og foreldrastreita virðast tengjast lýðbreytum með nokkuð mismunandi móti, þ.e. þunglyndiseinkenni hafa mesta fylgni við menntun en streita við aldur móður og barnafjölda.

Samantekt

Í þeim hluta rannsóknarinnar sem greint er frá í þessari grein var tilgangurinn að kanna tíðni fæðingapunglyndiseinkenna og foreldrastreitu á þjónustusvæði Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri. Niðurstöður voru síðan bornar saman við niðurstöður úr rannsókn Mörgu Thome sem birt var árið 1998 þar sem úrtak var tekið af öllu landinu.

Hvað niðurstöður varðar ber að hafa í huga að vegna takmarkaðs fjölda þátttakenda og eðli spurningalista, þar sem úrtak skiptist í marga misstóra hópa verða fáir einstaklingar í sumum hópum og því er erfitt að fá marktæka fylgni milli lýðbreyta og annarra breyta.

Í niðurstöðum kemur fram að 15,6% kvennanna í rannsókninni mælast með þunglyndisstuðul 12 eða þar yfir, sem er

ívið hærra en í rannsókn Mörgu Thome þar sem það mældist 14%.

Hvað varðar tengsl breyta við hinar ýmsu lýðbreytur þá koma meðal annars í ljós marktæk tengsl ($p < 0,05$) milli menntunar og þunglyndiseinkenna. Tíðni þunglyndiseinkenna er hærri eftir því sem konurnar hafa minni menntun. Í rannsókn Mörgu Thome (1998) fannst marktækt samband milli tíðni þunglyndiseinkenna og hjúskaparstöðu og menntunar mæðra en ekki annarra lýðeinkenna.

Í þessari rannsókn fannst ekki marktækt samband milli þunglyndiseinkenna og hjúskaparstöðu sem gæti skýrst af því hversu fáar konur voru ekki í sambúð (7%).

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að ungar einstæðar mæður séu í sérstökum áhættuhópi m.t.t. fæðinga-þunglyndiseinkenna þó fylgnin reyndist ekki marktæk. Einnig kemur fram að töluverður munur er á tíðni þunglyndiseinkenna ef bornar eru saman niðurstöður á milli frumbyrja (20%) og fjölbyrja (12,6%) og einnig er athygliverður munur á tíðni þunglyndiseinkenna meðal kvenna sem fæða með aðstoð keisaraskurðar, sogklukku eða tanga (20%) og hins vegar kvenna sem fæða eðlilega um leggöng (14,2%). Þrátt fyrir að niðurstöðurnar séu í hvorugu tilvikinu marktækar þá eru þær áhugaverðar og gefa ákveðna vísbendingu.

Tíðni foreldrastreitu reynist vera 16,9%, sem er verulegra minna en í rannsókn Thome (1998), þar sem tíðnin reyndist 23%. Afar nærtækt er að þakka þessa lágu tíðni foreldrastreitu breyttum að starfsaðferðum í mæðra- og ungubarnavernd þar sem áhersla hefur verið lögð á að bjóða fram aukinn stuðning og meðferð þeim sem metnir hafa verið í mestri þörf fyrir slíkt. Staðfest eru sterk tengsl milli þunglyndiseinkenna og foreldrastreitu sem áður var þekkt. Há tíðni þunglyndiseinkenna í rannsókn okkar, en lítil foreldrastreita gæti þó bent til að betur hafi tekist, með breyttum starfsaðferðum, að hafa áhrif á og fyrirbyggja streituna en þunglyndiseinkennin.

Þegar tengsl foreldrastreitu við lýðbreytur er skoðað kemur fram marktækt samband ($p < 0,05$) við aldur móður, ungar mæður glíma oftast við mikla streitu en þær sem eldri eru. Ennfremur er foreldrastreita marktækt algengari meðal frumbyrja en fjölbyrja. Hvorugt kemur á óvart en styður mikilvægi þess að þessir hópar fái meiri umönnun og stuðning.

Rannsóknin getur varpað nokkru ljósi á þá þætti sem tengjast mikilli streitu og tíðum þunglyndiseinkennum hjá nýorðnum mæðrum. Rétt er að leggja ríka áherslu á mikilvægi þess að reyna að skoða og skilja hvað liggur að baki slíkum vanda. Mikilvægt er að sjúkdómsgera ekki um of út frá einkennum, sem oft geta verið eðlilega viðbrögð við álagi eða áföllum á þessum viðkvæma breytingatíma.

journal, analyses health and psychosocial issues screened during pregnancy and there links to post-partum depression and parental stress. The third part of the study is a qualitative study where women in the post-partum depression group were asked about the lived experience of post-partum depression. This part is still in the working progress.

The purpose of the first part was to assess the frequency of post-partum



Sigríður Inga, ásamt móður og barni eftir vel heppnaða vatnsfæðingu.

Abstract

Emotional health of women in Akureyri:

Post -partum depression symptoms and parental stress when the children are three months old.

Key words: emotional health after childbirth, EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale); PSI/SF (Parenting Stress Index / Short Form), parental stress.

Many women experience high emotional pressure when they become mothers and many studies have shown that post partum depression symptoms and parental stress develops as result of this pressure.

This study is divided into three parts. In this article the first part will be discussed. Frequency of post-partum depression and parental stress at the service area of the Akureyri Health care service (AHCS) in Iceland was explored. The second part of the study, which is published in other part of this

depression, and parents' stress when the child was 3 months old. The study design was descriptive, were data was collected with questionnaire. The study group was 235 women whom came to the AHCS with their children for 3 months old, scheduled well baby check-up. Return rate was 65%. Data was collected with 1) demographic data, 2) EPDS, and 3) Parents Stress Index 7 Short Form questionnaire (PSI/SF). Results of the EPDS showed that 67% of the women scored < 9 , 17% scored 9 -11 and 16% of the women scored > 12 scores. Results from the PSI/SF showed that 17% of the parents scored > 75 which is an indication of severe parental stress.

Education was a significant variable ($p < 0,05$) regarding post-partum depression syndrome but age ($p < 0,039$) and parity ($p = 0,013$) were significant correlation for stress symptoms. Of the participant whom scored > 12 on the EPDS, 43% got > 75 parental stress scores.

Heimildaskrá

- Abidin, R.R.(1990) *Parenting Stress Index/ Short Form. Test Manual*. Charlottesville, Virginia, Bandaríkjunum, Paediatric Psychology Press.
- Anna Karólína Stefánsdóttir, Hjálmar Freysteinnsson, Hulda Guðmundsdóttir, Björg Bjarnadóttir, Guðfinna Nývarðsdóttir, Magnús Skúlason, Pétur Pétursson, Sigfríður Inga Karlsdóttir, Sigmundur Sigfússon (2000) *Nýja barnið: Þróunarverkefni Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri*. Landlæknisembættið.
- Armstrong, S. og Small, R. (2007) Screening for postnatal depression: not a simple task. *Australiana and New Zealand Journal of Public Health*, 57.
- Austin, M.P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Paviovic, D., Roncolato, W., Acland, S., Saint, K., Segal og Parker, G. (2007). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. Article in Press. Sótt 13.apríl 2007 af gagnasafninu ScienceDirect.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*. 50 (5) 275-85.
- Beck, C. T. (1998). A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *JOGNN*, 27(1), 39-46.
- Beck, C.T. (1992). The lived experience of

- postpartum depression: a phenomenological study. *Nursing research*, 41(3), 166-170.
- Buultjens M. (2007) When giving life starts to take te life out of you: women's experiences of depression after childbirth. *Midwifery*, 23, 77-91. Sótt 14.apríl 2007 af gagnasafninu ScienceDirect.
- Dennis, C-L. (2005) Intersive postpartum support for postnatal depression has the most beneficial outcome – meta-analysis. *British Medical Journal*, 331, 15-22.
- Fowles, E. R. (1998). The relationship between maternal role attainment and postpartum depression. *Health Care for Women International*, 19, 83-94.
- Jardri, R., Pelta, J., Maron, M., Thomas, P., Delion, P., Codaccioni, X. og Goudemand, M. (2006). Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *Jornal of Affective Disorders*, 93, 169-176.
- Lee, D.T.S og Chung, T.K.H. (2007). Best Practice & Research *Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21, 183-191. Sótt 10. febrúar 2007 af gagnasafninu ScienceDirect.
- McCurdy, K. (2005) The influence of support and stress on maternal attitudes. *Child Abuse & Neglect*, 29,3, 251-268.
- McIntosh, J. (1993). Postpartum depression: women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 178-184.

- Thome, M., Alder, E.M. og Ramel, A. (2006) A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? *International Journal of Nursing Studies*, 43,11-20. Sótt 10.febrúar 2007 af gagnasafninu ScienceDirect.
- Thome, M. (1999). *Geðheilsuvernd mæðra eftir fæðingu: Greining á vanlíðan með Edinborgar þunglyndiskvaranum og viðtölum*. Reykjavík: Rannsóknarstofnun í hjúkrunarfræði.
- Thome, M. og Adler, B. (1999). A thelephone intervention to reduce fatigue and symptom distress in mothers with difficult infants in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 128-137.
- Thome, M. (1998). Þunglyndiseinkenni og foreldrastreita hjá íslenskum mæðrum með óvær ungbörn. *Læknablaðið*, 84, 838-845.
- Thome, M. (1992). Mat heilsugæsluhjúkrunarfræðinga á vanlíðan íslenskra kvenna 2-6 mánuðum eftir barnsburð. *Hjúkrun*, 68(1), 8-15.
- Wurmser, H., Rieger, M., Domogalla, C., Kahnt, A., Buchwald, J., Kowatsch, M., Kuehnert, N., Buske-Kirschbaum, A., Popousek, M., Pirke, K.M. og Voss, H. (2005). Association between life stress during pregnancy and infant crying in the first six months postpartum: A prospective longitudinal study. *Evsevier, Article in press*. Sótt 14. maí 2007 af gagnasafninu ScienceDirect.

Sumarafleysingar á SHA

Sjúkrahúsið og heilsugæslustöðin á Akranesi óskar eftir ljósmóður til sumarafleysinga á kvennadeild.

Nánari upplýsingar veita Steinunn Sigurðardóttir hjúkrunarforstjóri í síma 430-6012 eða Anna Björnsdóttir deildarstjóri í síma 430-6120.

Kvennadeild SHA er nýuppgerð 10 rúma deild. Deildin er opin allan sólarhringinn og veitir alla almenna þjónustu og bráðapjónustu tengda kvensjúkdómum, meðgöngu, fæðingu og sængurlegu.

Árið 2006 voru fæðingar 238 talsins.

Þökkum eftirtöldum aðilum stuðninginn

Borgarnes

Borgarbyggð, Borgarbraut 14
Sparisjóður Mýrasýslu,
Digranesgötu 2

Stykkishólmur

St. Franciskusspítali, Austurgötu 7

Ísafjörður

Heilbrigðisstofnunin Ísafjarðarbæ,
Torfnesi

Hvammstangi

Heilbrigðisstofnunin Hvammstanga,
Spítalastíg 1

Blönduós

Heilbrigðisstofnunin Blönduósi,
Flúðabakka 2

Sauðárkrókur

Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki,
Sauðárhæðum
Kaupfélag Skagfirðinga, Ártorgi 1

Siglufjörður

Heilbrigðisstofnunin Siglufirði,
Hvanneyrarbraut 37-39



*Hefurðu
tíða verki?*

Íbúfen®

– Bólqueyðandi og verkjastillandi

Notkunarsvið: Íbúfen inniheldur íbúprófen sem er bólqueyðandi, verkjastillandi og hitalækkandi lyf. Íbúfen er notað við liðagigt, slitgigt, tíðaverkjum, tannpinu og höfuðverk. Einnig eftir minniháttar aðgerðir, t.d. tanndrátt.

Varúðarreglur: Fólk sem hefur ofnæmi fyrir íbúprófeni eða öðrum skyldum lyfjum (NSAID), með skerta lifrarstarfsemi eða alvarlegan hjarta- og nýrnasjúkdóm ætti ekki að nota lyfið. Fólk sem hefur fengið astma, nefslímubólgu eða ofsakláða eftir töku acetylsalicylsýru eða annarra bólqueyðandi lyfja ætti ekki að nota lyfið. Notaðu lyfið með varúð hjá fólki með tilhneigingu til magasárs eða sögu um slík sár. Lyfið er ekki ætlað barnshafandi konum. **Aukaverkanir:** Íbúfen getur valdið aukaverkunum eins og t.d. meltingarópægindum, niðurgangi, ógleði, útbrotum, þreytu og höfuðverk. **Skammtastærðir:** Fullorðnir: Venjulegir skammtar eru 600-2000 mg á dag í 3-4 jöfnum skömmtum. Ekki mælt með stærri skammti en 2400 mg. Börn: Venjulegir skammtar eru 20 mg/kg líkamspunga á dag í 3-4 jöfnum skömmtum. Börnum <30 kg skal eigi gefa meira en 500 mg á dag. Lesið vel leiðbeiningar sem fylgja lyfinu. Júlí 2004.



 **actavis**
hagur í heilsu

Tengsl þunglyndiseinkenna og foreldrastreitu við þriggja mánaða aldur barns við heilsufar, félagslegra stöðu og líðan kvenna á meðgöngu

Útdráttur

Í þessari grein er fjallað um rannsókn sem framkvæmd var á Heilsugæslustöðinni á Akureyri í þeim tilgangi að reyna að vapa ljósi á það hvort upplýsingar sem safnað er á meðgöngu kvenna hafi tengsl við fæðingapunglyndiseinkenni og foreldrastreitu við þriggja mánaða aldur barna.

Í þeim hluta rannsóknarinnar sem greint er frá hér voru gögn sem safnað var á meðgöngu þeirra kvenna sem svöruðu lýðbreytulistu, Edinborgarþunglyndis- og foreldrastreitukvarða við þriggja mánaða aldur barns, keyrð saman við gögn sem safnað hafði verið á meðgöngu þeirra. Þeim gögnum hafði verið safnað í þeim tilgangi að meta þjónustuþörf þeirra í mæðra- og ungbarnavernd og tengdust meðal meðal annars félagslegar aðstæður, líkamlega- og tilfinningalega líðan og bakgrunni og bernsku þeirra.

Af þeim 152 konum sem svöruðu spurningalistum um þunglyndiseinkenni og foreldrastreitu þegar þær komu í ungbarnavernd með þriggja mánaða gömul börn sín á meðan á gagnasöfnun stóð, lágu fyrir upplýsingar úr mæðraverndinni um viðtöl við 99 konur. Þegar tíðni þunglyndiseinkenna þessara 99 kvenna eru borin saman við þunglyndiseinkenni frá öllum 152 konunum sem svöruðu við þriggja mánaða aldur barna þeirra kom í ljóst að tíðni mikilla þunglyndiseinkenna (≥ 12 stig á EPDS) er nánast hin sama hjá þessum 99 konum, það er 15,8% og þeim sem áttu ekki upplýsingar frá meðgöngu og höfðu ekki fengið þjónustu eftir þjónustumat hvorki í mæðra- né ungbarnavernd, þ.e. 16,2%.

Tíðni foreldrastreitu (≥ 75 stig) er hins vegar verulega lægri í hópnum þar sem hægt var að tengja niðurstöður við upplýsingar á meðgöngu, þ.e. 12,1% borið saman við 16,9% í hópnum öllum ($n=148$). Tíðni foreldrastreitu í hópnum sem fékk ekki þjónustumat í upphafi meðgöngu ($n=49$) er 26,5%, eða rúmlega tvöfalt hærri en í þeim hóp sem átti



* Ritrynd grein

Sigríður Inga Karlsdóttir, ljósmóðir; lektor við Háskólann á Akureyri, klínískur sérfræðingur í ljósmóðurfræði við FSA.

Hjálmar Freysteinnsson, heilsugæslulæknir Heilsugæslustöðinni á Akureyri
Sigríður Sía Jónsdóttir, ljósmóðir; fræðslustjóri í hjúkrun við Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri

Margrét Guðjónsdóttir, hjúkrunarforstjóri/ framkvæmdastjóri Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri

upplýsingar úr mæðraverndinni.

Þau atriði sem höfðu marktækta fylgni, $SM < 0,05$ (symmetric measures) við þunglyndiseinkenni eftir barnsburð eru að almennu heilsufari sé talið ábótavant og fyrri saga um geðræn eða tilfinningaleg vandamál. Marktaekt auknar líkur ($SM < 0,05$) eru einnig á þunglyndiseinkennum hjá þeim sem á meðgöngu búa hjá foreldrum eða tengdaforeldrum, reykja á meðgöngu, eða lýsa áhyggjum af fjárhags-, húsnæðis- eða atvinnumálum. Hvað viðvíkur foreldrastreitu kemur í ljós að þær konur sem taldar eru eða telja sig hafa ónógan stuðning frá umhverfi á meðgöngu sýna marktækt auknar líkur á foreldrastreitu. Sama gildir um þær sem svara játandi spurningum um áhyggjur af fjárhags-, húsnæðis- eða atvinnumálum, áfengisvandi á heimili. Þá búa konur sem lýsa svefnferfildleikum snemma á meðgöngu marktækt oftast við mikla foreldrastreitu og sama gildir um konur sem ekki hafa lokið grunnskólanámi.

Lykilorð: félagslegar aðstæður, líkamleg líðan, tilfinningalegri líðan, bakgrunnur, mæðravernd, ungbarnavernd, fæðingapunglyndiseinkenni, streitustig.

Inngangur

Þegar kona kemur í Mæðravernd á Heilsugæslustöðinni á Akureyri (HAK) fer fram greining á þjónustuþörf sem áframhaldandi þjónusta sem konunni er boðið upp á byggir á. Með það fyrir augum að gera sér grein fyrir tengslum ýmissa þátta sem skráðir voru á meðgöngu, við fæðingapunglyndiseinkenni og foreldrastreitu við þriggja mánaða aldur barns, var ákveðið að gera rannsókn. Rannsóknin er í þrem hlutum. Í öðrum hluta rannsóknarinnar sem greint er frá í þessari grein voru gögn sem safnað var á meðgöngu þeirra kvenna sem svöruðu lýðbreytulistu, Edinborgarþunglyndis- og foreldrastreitukvarða við þriggja mánaða aldur barns, keyrð saman við ýmsar

upplýsingar sem safnað hafði verið á meðgöngu þessara kvenna. Þær upplýsingar tengdust meðal annars félagslegum aðstæðum, líkamlegri- og tilfinningalegri líðan og bakgrunni/aðstæðum kvennanna í bernsku þeirra.

Tilgangurinn var að kanna hvort þær upplýsingar sem aflað var á meðgöngu hefðu tengsl við fæðingapunglyndiseinkenni og foreldrastreitu eftir fæðingu barnsins við þriggja mánaða aldur.

Aflað var leyfa fyrir rannsókninni frá Vísindasiðanefnd, hjúkrunarforstjóra HAK, yfirlækni HAK og að lokum var send tilkynning til Persónuverndar.

Bakgrunnur, efniviður og aðferð

Hér var beitt megindlegri og lýsandi aðferðafræði þar sem niðurstöður úr spurningalistum voru settar inn í SPSS til að kanna tengsl ýmissa breyta við ýmsar upplýsingar sem aflað hafði verið í mæðravernd og niðurstöðum spurningalista sem lagðir voru fyrir mæður sem komu með börn sín í skoðun við þriggja mánaða aldur. Ritari fjölskylduráðgjafa sá um innslátt gagna og var eini aðilinn sem hafði aðgang að kennitölu kvennanna meðan á innslætti stóð. Eftir það var ekki hægt að rekja gögn sem safnað hafi verið á meðgöngu kvennanna til þeirra ganga sem aflað var við þriggja mánaða aldur barnanna. Til að kanna tengsl milli breyta var notað marktækni-prófið „symmetric measures” (SM).

Rannsóknarspurningin var hvort einhverjar þeirra upplýsinga sem aflað var á meðgöngu og það mat sem á þeim er byggt, hefðu tengsl við lýðbreytur, þunglyndiseinkenni sem voru mæld með Edinborgarþunglyndiskvarða (EPDS) eða foreldrastreitu sem mæld var með foreldrastreitukvarða (PSI/SF) við þriggja mánaða aldur barns. Báðir kvarðarnir hafa reynst áreiðanlegir til að meta fæðingapunglyndi og foreldrastreitu (Tome, Alder og Ramel, 2006; Jardri, Pelta, Maron, Thomas, Delion, Codaccioni, og Goudemand, 2006; Tome, 1999; Tome og Adler, 1999; Tome, 1998; Abidine, 1990).

Tilgangur hálfstaðlaðs viðtals í upphafi meðgöngu var að fá sem skýrasta mynd af heilsufari, félagslegri stöðu og líðan konunnar og afstöðu hennar til foreldrahlutverksins, í því skyni að bjóða stuðning og meðferð við hæfi og í samræmi við breytilegar, þarfir og óskir. Nánari upplýsingar um breytt vinnulag í mæðra- og ungbarnavernd eru í bók sem Landlæknisembættið gaf út árið 2000 (Anna Karolína Stefánsdóttir, Hjálmar Freysteinnsson, Hulda Guðmundsdóttir,

Björg Bjarnadóttir, Guðfinna Nývarðsdóttir, Magnús Skúlason, Pétur Pétursson, Sigfríður Inga Karlsdóttir, Sigmundur Sigfússon, 2000). Þess má geta að bæði áður en þetta vinnulag (kallað Nýja barnið; breytt vinnulag) á HAK var tekið upp sótti það starfsfólk sem starfar við mæðra- og ungbarnavernd auk fjölskylduráðgjafa ýmis námskeið sem voru til þess fallinn að auka færin þess, meðal annars til að meta þjónustupörf kvenna á meðgöngu. Tveir sérfræðingar voru fengnir til að vera ráðgjafar og af og til fyrstu ár vinnulagsins komu þeir að verkefninu með fræðslu og ráðgjöf. Yfirleitt er það heimilislæknir konunnar sem fyllir í spurningablöð sem stuðst er við í viðtalinu, en jafnframt er lögð áhersla á að viðtalið sé sveigjanlegt og tími gefinn til að ræða þau atriði sem upp koma. Í jafn litlu samfélagi og á Akureyri og nágrenni þekkir heimilislæknir sína skjólstæðinga oft mjög vel og einnig það stuðningsnet sem er í kringum þá er. Sú vitneskja hjálpar heimilislækninum að meta þær upplýsingar sem fást úr viðtalinu og einnig að gera sér grein fyrir ýmsu í bakgrunni og aðstæðum skjólstæðingsins meðal annars hversu sterkt stuðningsnet skjólstæðingurinn hefur í kringum sig. Segja má að upplýsingarnar sem fást úr viðtalinu og notaðar eru í rannsókninni séu að hluta til upplýsingar um staðreyndir, aldur, barnafjölda og sjúkdóma, en einnig að hluta til huglægt mat konunnar og heimilislæknisins sem fyllir út blaðið. Ljósmyndir, fjölskylduráðgjafi, hjúkrunarfræðingur í ungbarnavernd eða heimilislæknir geta síðan breytt matinu ef ástæða þykir t.d. ef aðstæður eða líðan konunnar breytast. Mat á þjónustupörf er gerð í lok viðtalsins, þar er þjónustupörf greind í A, B og C flokka. Þar er konum sem greindar eru með þjónustupörf A strax boðið upp á aukna þjónustu, t.d. tíðari komur til ljósmóður í mæðravernd eða viðtal við fjölskylduráðgjafa. Í þessari rannsókn var skoðað hvort þessar upplýsingar sem skráðar voru á meðgöngu og þjónustumatið hafi að einhverju leyti tengsl við þunglyndiseinkenni eða foreldrastreitu eftir að barnið er fætt. Þó er nauðsynlegt að hafa í huga að tilgangur viðtalsins og matsins er að fá sem besta heildarmynd af heilsu, líðan og aðstæðum, en ekki er einvörðungu eða öðru fremur verið að leita að áhættuþáttum fyrir foreldrastreitu eða þunglyndi eftir barnsburð.

Ekki fara allar verðandi mæður sem

eru í mæðravernd á HAK í viðtöl sem þjónustumat byggir á, en yfirleitt fara um það bil 70-80 % verðandi mæðra í viðtal. Ástæðan fyrir brottfallinu er meðal annars að einn heimilislæknir hefur ekki tekið þátt í vinnulaginu, konur sem flytja til og frá bænum og síðan falla einhver viðtöl niður vegna sumarfría.

Af þeim 152 konum sem svöruðu spurningalistum um þunglyndiseinkenni og þeim 148 konum sem svöruðu spurningum um foreldrastreitu í ungbarnaverndinni, lágu fyrir upplýsingar úr mæðraverndinni um viðtöl við 99 konur. Brottfallið kemur að mestu, eða í 38 tilvikum, til af því að þær höfðu ekki farið í viðtal á meðgöngu, en í öðrum tilvikum var um að kenna ófullkominni skráningu eða villum í skráningu þannig að ekki var hægt að tengja saman upplýsingar frá þessum tveimur áttum.

Í viðtalinu eru fyllt út tvö blöð annars vegar heilsufarsblað þar sem skráðar eru ýmsar heilsufarsupplýsingar konunnar. Hins vegar er blað þar sem spurt er um aðstæður, líkamlega og andlega líðan og bakgrunn og bernskuár. Aðgang að þessum blöðum hafa fagaðilar sem annast konuna í mæðra- og ungbarnavernd auk fjölskylduráðgjafa.

Niðurstöður

Upplýsingar af heilsufarsblaði lágu fyrir úr mæðravernd fyrir 73 konur af þessum 152 konum en upplýsingar varðandi aðstæður, líkamlega og andlega líðan og bakgrunn og bernskuár lágu fyrir um 99 konur af þeim 152 sem svöruðu spurningalista um þunglyndiseinkenni og foreldrastreitu. Þegar þessar 99 konur, þar sem hægt var að tengja upplýsingar úr mæðraverndarviðtölum við upplýsingar um tíðni þunglyndiseinkenna og foreldrastreitu, eru bornar saman við allan hópinn, 152 konur, sést að tíðni mikilla þunglyndiseinkenna (≥ 12 stig) er nánast hin sama hjá þessum hópum, þ.e. 16,2% hjá hópnum sem fékk ekki þjónustumat í upphafi meðgöngu og 15,8% hjá hinum.

Tíðni foreldrastreitu (≥ 75 stig) er hins vegar verulega lægri í hópnum þar sem hægt var að tengja niðurstöður við upplýsingar á meðgöngu, þ.e. 12,1% borið saman við 16,9% í hópnum öllum ($n = 148$). Tíðni foreldrastreitu í hópnum sem fékk ekki þjónustumat í upphafi meðgöngu ($n = 49$) er 26,5%, eða rúmlega tvöfalt hærri en í þeim hóp sem átti upplýsingar úr mæðraverndinni.

Í umfjölluninni er flokkum A og B

steypt saman í einn þar sem um fáa einstaklinga er að ræða og einnig vegna þess að þær konur sem fá mat A eða B er strax boðið upp á annarskonar þjónustu en þeim konum sem fá þjónustumat C.

Rétt er að vekja athygli á því að í mörgum tilfellum er um fáar konur að ræða og þarf því að taka tillit til þess varðandi mat á niðurstöðum.

Allar töflur þar sem niðurstöður eru marktækar eru merktar með stjörnum (**). Í öllum fylgniútreikningum var „symmetric measures” (SM) notað og miðað við marktæknimörk $\leq 0,05$.

Heilsufarssaga og tengsl við þunglyndiseinkenni og foreldrastreitu eftir fæðingu

Niðurstöður sýna að í 60% tilfella þar sem almennu heilsufari er ábótavant greinir Edinborgarþunglyndiskvarðinn merki um þunglyndi hjá konunum þremur mánuðum eftir barnsburð. Frekari niðurstöður sjást í töflu 1.

Hvað varðar almennt heilsufar og streitu kemur í ljós að í 20% tilfella þar sem almennu heilsufari er ábótavant mælir streitukvarðinn merki um streitu en aðeins í 9% tilfella þar sem almennu heilsufari er ekki ábótavant.

Niðurstöður varðandi tengsl þunglyndiseinkenna og svara við spurningu er varða sögu um geðræn/tilfinningaleg vandamál eru mjög athyglisverðar. Þar sést m.a. að í hópnum sem á sögu um geðræn/tilfinningaleg vandamál sýna 54,5% merki um þunglyndi, en aftur á móti 11,3% í hópnum sem ekki á sögu um geðræn/tilfinningaleg vandamál. Nánari niðurstöður eru í töflu 3.

Hvað varðar tengsl streitu við svör er varða sögu um geðræn/tilfinningaleg vandamál þá kemur í ljós að saga um geðræn/tilfinningaleg vandamál virðist ekki auka fjölda þeirra sem mælast með hátt streitustig. Þetta sést í töflu 4.

Þegar reykingar meðal kvennanna eru skoðaðar kemur í ljós að 66,7% af þeim konum sem reykja sýna merki þunglyndis á meðan 13,4% kvenna sem reykja ekki sýna merki þunglyndis. Nánar er greint frá niðurstöðunum í töflu 5.

Varðandi streitustig kemur í ljós að 16,7% kvenna sem reykja hafa hækkað streitustig á meðan 9,1% sem ekki reykja greinast með hækkað streitustig, eins og sést í töflu 6.

Í töflu 7 má sjá niðurstöður varðandi tengsl milli þunglyndiseinkenna og afbrigðis í fyrri fæðingum eða sögu um fósturlát.

Tafla 1. ** (SM= 0,011)

Almennu heilsufari ábótavant	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	40%	60%	100% (N=5)
Nei	85,3%	14,7%	100% (N=68)
Samtals	82,2%	17,8%	100% (N=73)

Tafla 2.

Almennu heilsufari ábótavant	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	80%	20%	100% (N=5)
Nei	91%	9%	100% (N=67)
Samtals	90,3%	9,7%	100% (N=72)

Tafla 3. ** (SM= 0,001)

Saga um geðræn/tilfinningaleg vandamál	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	45,5%	54,5%	100% (N=11)
Nei	88,7%	11,3%	100% (N=62)
Samtals	82,2%	17,8%	100% (N=73)

Tafla 4

Saga um geðræn/tilfinningaleg vandamál	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	90,9 %	9,1%	100% (N=11)
Nei	90,2%	9,8%	100% (N=61)
Samtals	90,3%	9,7%	100% (N=72)

Tafla 5. ** (SM= 0,001)

Reykingar	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	33,3%	66,7%	100% (N=6)
Nei	86,6%	13,4%	100% (N=67)
Samtals	82,2%	17,8%	100% (N=73)

Tafla 6

Reykingar	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	83,3%	16,7%	100% (N=6)
Nei	90,9%	9,1%	100% (N=66)
Samtals	90,3%	9,7%	100% (N=72)

Tafla 7.

Afbrigði í fyrri fæðingum/fósturlát	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	78,3%	21,7%	100% (N=23)
Nei	84,0%	16,0%	100% (N=50)
Samtals	82,2%	17,8%	100% (N=73)

Tafla 8.

Afbrigði í fyrri fæðingum/fósturlát	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	90,9%	9,1%	100% (N=22)
Nei	90,0%	10,0%	100% (N=50)
Samtals	90,3%	9,7%	100% (N=72)

Hvað varðar niðurstöður úr streitu-kvarðanum og tengsl niðurstaðna úr honum við svör varðandi afbrigði í fyrri fæðingum eða sögu um fósturlát þá er greint frá niðurstöðum í töflu 8.

Félagslegar aðstæður á meðgöngu og tengsl við foreldrastreitu og þunglyndi eftir fæðingu

Varðandi þunglyndiseinkenni og búsetu hjá foreldrum/tengdaforeldrum kom í ljós að af þeim sem bjuggu hjá foreldrum/tengdaforeldrum sýndu 41,7% merki um þunglyndi á meðan 12,6% hópans sem bjó ekki hjá foreldrum/tengdaforeldrum sýndu samsvarandi merki. Nánari niðurstöður sjást í töflu 9.

Búseta hjá foreldrum/tengdaforeldrum virtist einnig hafa áhrif á streitu. Þannig sýndu 25% þeirra sem bjuggu hjá foreldrum/tengdaforeldrum merki streitu en einungis 10,7% þeirra sem ekki bjuggu hjá foreldrum/tengdaforeldrum. Niðurstöður sjást nánar í töflu 10.

Niðurstöður varðandi fyrri sambúðir og tengsl við þunglyndiseinkenni eru sýndar í töflu 6. Athyglisvert er að merki um þunglyndi greinast hjá 25% kvenna sem hafa áður verið í sambúð samanborið við 14% þeirra sem hafa ekki áður verið í sambúð.

Streitueinkenni eru einnig tíðari hjá konum sem eiga fyrri sambúð að baki en 20% þeirra kvenna mælast með hækkað streitustig samanborið við 11,1% þeirra kvenna sem ekki hafa áður verið í sambúð. Nánari niðurstöður eru í töflu 12.

Varðandi tengsl þunglyndiseinkenna og þess að kona hefur lítil tengsl við barnsföður, þá virðast lítil tengsl við barnsföður ekki hafa áhrif á þunglyndiseinkenni. Þetta sést í töflu 13.

Niðurstöður varðandi streitu og það hvort lítil tengsl séu við barnsföður sýna að nær enginn munur er á streitustigi kvenna eftir því hvort lítil tengsl eru við barnsföður eða ekki. Tafla 14 sýnir þetta.

Niðurstöður varðandi þunglyndiseinkenni og ónógan stuðning frá umhverfi sjást í töflu 8. Þar kemur meðal annars fram að 40% kvenna sem hafa upplifað ónógan stuðning sýna merki um þunglyndi á móti 14,9% kvenna sem hafa ekki upplifað ónógan stuðning. Nánari niðurstöður sjást í töflu 15.

Varðandi streitustig sést í töflu 16 að ónógur stuðningur hefur áhrif á streitustig kvenna þar sem 60% kvenna sem

Tafla 9.

Býr hjá foreldrum/ tengdaforeldrum	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	58,3%	41,7%	100% (N=12)
Nei	87,4%	12,6%	100% (N=87)
Samtals	83,8%	16,2%	100% (N=99)

Tafla 10.

Býr hjá foreldrum/ tengdaforeldrum	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	75,0%	25,0%	100% (N=12)
Nei	89,3%	10,7%	100% (N=84)
Samtals	87,5%	12,5%	100% (N=96)

Tafla 11.

Fyrri sambúðir	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	75%	25,0%	100% (N=16)
Nei	85,5%	14,5%	100% (N=83)
Samtals	83,8%	16,2%	100% (N=99)

Tafla 12.

Fyrri sambúðir	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	80,0%	20,0%	100% (N=15)
Nei	88,9%	11,1%	100% (N=81)
Samtals	87,5%	12,5%	100% (N=96)

Tafla 13.

Lítill tengsl við barnsföður	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	85,7%	14,3%	100% (N=7)
Nei	83,7%	16,3%	100% (N=92)
Samtals	83,8%	16,2%	100% (N=99)

Tafla 14.

Lítill tengsl við barnsföður	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	85,7%	14,3%	100% (N=7)
Nei	87,6%	12,4%	100% (N=89)
Samtals	87,5%	12,5%	100% (N=96)

Tafla 15.

Ónógur stuðningur frá umhverfi	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	60,0%	40,0%	100% (N=5)
Nei	85,1%	14,9%	100% (N=94)
Samtals	83,8%	16,2%	100% (N=99)

Tafla 16. ** (SM= 0,001)

Ónógur stuðningur frá umhverfi	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	40,0%	60,0%	100% (N=5)
Nei	90,1%	9,9%	100% (N=91)
Samtals	87,5%	12,5%	100% (N=96)

upplifa ónógan stuðning frá umhverfi greinast með hækkað streitustig á móti 9,9% í hópi kvenna sem upplifa nógan stuðning frá umhverfi.

Tafla 17 sýnir niðurstöður varðandi þunglyndiseinkenni og svör við spurningu um börn úr fyrri sambúð.

Niðurstöður varðandi tengsl streitu við að eiga börn úr fyrri sambúð sýna að líklegra er að konur sem eiga börn úr fyrri sambúð séu með hátt streitustig. Þetta má sjá í töflu 18. Niðurstöðurnar voru ekki marktækar en þó mjög nálægt því þar sem SM var 0,057.

Tíðni þunglyndiseinkenna virðist aukast þegar konur upplifa áhyggjur af fjárhags-, húsnæðis- eða atvinnumálum. Í töflu 19 sést að 50% þeirra kvenna sem upplifa slíkar áhyggjur greinast með merki þunglyndis á móti 14,0% þeirra kvenna sem ekki hafa áhyggjur af þessum málum.

Hvað varðar tengsl streitustigs og áhyggna af fjárhags-, húsnæðis- eða atvinnumálum kemur í ljós að 50% þeirra sem upplifa slíkar áhyggjur mælast með hækkað streitustig. Þetta sést í töflu 20.

Tilfinningaleg líðan á meðgöngu og tengsl við foreldrastreitu og þunglyndi eftir fæðingu

Niðurstöður varðandi tengsl þunglyndiseinkenna og erfiðleika með svefn sjást í töflu 21.

Niðurstöður varðandi hækkun á streitustigi og tengsl hennar við erfiðleika með svefn eru mjög athygliverðar. Þar kemur meðal annars fram að konur sem hafa átt í erfiðleikum með svefn á meðgöngu eru mun líklegri til þess að mælast með hátt streitustig heldur en konur sem ekki virðast hafa átt í erfiðleikum með svefn á meðgöngu- unni. Sjá nánar í töflu 22.

Tengsl þunglyndiseinkenna og þess að konan finnur fyrir miklum kvíða á meðgöngu sjást í töflu 23.

Niðurstöður varðandi streitustig og kvíða á meðgöngu sjást í töflu 24.

Tengsl þunglyndiseinkenna og upplifunar af erfiðri reynslu af fyrri fæðingu voru skoðuð og niðurstöður sjást í töflu 25.

Niðurstöður varðandi streitustig og upplifun af erfiðri reynslu af fyrri fæðingu voru skoðaðar og niðurstöður sjást í töflu 26.

Niðurstöður varðandi þunglyndiseinkenni og upplifun af því að byrgja áhyggjur/tilfinningar inni sjást í töflu 27.

Í töflu 28 er greint frá niðurstöðum

Tafla 17.

Börn úr fyrri sambúð/stjúpbörn	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	75%	25%	100% (N=20)
Nei	86,1%	13,9%	100% (N=79)
Samtals	83,8	16,2%	100 % (N=99)

Tafla 18.

Börn úr fyrri sambúð/stjúpbörn	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	75,0%	25,0%	100% (N=20)
Nei	90,8%	9,2%	100% (N=76)
Samtals	87,5%	12,5 %	100 % (N=96)

Tafla 19. * (SM =0,02)

Áhyggjur vegna fjárhags-/húsnæðis-/atvinnumála	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	50,0%	50,0%	100% (N=6)
Nei	86,0%	14,0%	100% (N=93)
Samtals	83,8%	16,2 %	100 % (N=99)

Tafla 20. ** (SM= 0,004)

Áhyggjur vegna fjárhags-/húsnæðis-/atvinnumála	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	50,0%	50,0%	100% (N=6)
Nei	90,0%	10,0%	100% (N=90)
Samtals	87,5%	12,5%	100 % (N=96)

Tafla 21.

Erfiðleikar með svefn	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	76,90%	23,1%	100% (N=13)
Nei	84,9%	15,1%	100% (N=86)
Samtals	83,8%	16,2 %	100 % (N=99)

Tafla 22. ** (SM= 0,002)

Erfiðleikar með svefn	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	66,7%	33,3%	100% (N=12)
Nei	90,5%	9,5%	100% (N=84)
Samtals	87,5%	12,5 %	100 % (N=96)

Tafla 23.

Finnur fyrir miklum kvíða	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	87,5%	12,5%	100% (N=8)
Nei	83,5%	16,5%	100% (N=91)
Samtals	83,8%	16,2 %	100 % (N=99)

Tafla 24.

Finnur fyrir miklum kvíða	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	85,7%	14,3%	100% (N=7)
Nei	87,6%	12,4%	100% (N=89)
Samtals	87,5%	12,5 %	100 % (N=96)

varðandi streitustig og upplifun af því að byrgja áhyggjur/tilfinningar inni.

Samkvæmt niðurstöðum virðist það ekki hafa áhrif á tíðni þunglyndiseinkenna að konur hafi upplifað mikið álag á meðgöngunni. Nánari niðurstöður sjást í töflu 28.

Varðandi tengsl streitu eftir fæðingu og þess að finna fyrir miklu álagi á meðgöngu kom í ljós að 22% þeirra sem hafa merki streitu eftir fæðingu höfðu svarað spurningu um hvort þær finndu fyrir miklu álagi á meðgöngunni játandi.

Tengsl þunglyndis og foreldrastreitu við bakgrunn og bernsku

Á meðan 30% þeirra sem hafa orðið fyrir áfalli í uppvexti sýna merki þunglyndis gildir það sama um eingöngu 12,7% þeirra sem hafa ekki upplifað áfall í uppvexti sínum. Tengsl áfalla í uppvexti og þunglyndiseinkenna sjást í töflu 31.

Niðurstöður varðandi áfall í uppvexti og streitustig eftir fæðingu sjást í töflu 32.

Varðandi tengsl sjúkrahúslegu í bernsku og þunglyndiseinkenna kom eftirfarandi í ljós.

Tengsl streitu og sjúkrahúslegu í bernsku sjást í töflu 34.

Hvað varðar þunglyndiseinkenni eftir fæðingu og tengsl þeirra við erfiðleika foreldra konunnar kom eftirfarandi í ljós:

Tengsl streitu eftir fæðingu og erfiðleika foreldra konunnar sjást í töflu 36.

Niðurstöður varðandi þunglyndi og það að konan hafi ekki lokið grunnskóla sjást í töflu 37.

Tengsl streitustigs eftir fæðingu og þess að kona hafi ekki lokið grunnskóla sjást í töflu 38. Þess ber að geta að hér er um mjög fáar konur að ræða.

Hvað varðar tengsl milli þunglyndiseinkenna og erfiðleika á uppvaxtarárum sést í töflu 39 að hlutfall þeirra kvenna sem greinast með þunglyndiseinkenni er mun hærra í þeim hópi sem átti í erfiðleikum á uppvaxtarárum en í hópnum sem ekki átti við slíka erfiðleika að etja.

Varðandi tengsl streitustigs og erfiðleika á uppvaxtarárum sést að hlutfall þeirra kvenna sem upplifa hátt streitustig er það sama meðal hópans sem átti í erfiðleikum á uppvaxtarárum og hjá hópnum sem ekki átti í erfiðleikum á þeim árum.

Tafla 25.

Erfið reynsla af fyrri fæðingu	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	82,4%	17,6%	100% (N=17)
Nei	84,1%	15,9%	100% (N=82)
Samtals	83,8%	16,2%	100% (N=99)

Tafla 26.

Erfið reynsla af fyrri fæðingu	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	93,8%	6,2%	100% (N=16)
Nei	86,3%	13,8%	100% (N=80)
Samtals	87,5%	12,5%	100% (N=96)

Tafla 27.

Byrgir áhyggjur/tilfinningar inni	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	100%	0	100% (N=8)
Nei	83,2%	13,8%	100% (N=91)
Samtals	83,8%	16,2%	100% (N=99)

Tafla 28.

Byrgir áhyggjur/tilfinningar inni	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	75%	25%	100% (N=8)
Nei	88,6%	11,4%	100% (N=88)
Samtals	87,5%	12,5%	100% (N=99)

Tafla 29.

Finnur fyrir miklu álagi	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	83,3%	16,7%	100% (N=18)
Nei	84,0%	16,0%	100% (N=81)
Samtals	83,8%	16,2%	100% (N=99)

Tafla 30.

Finnur fyrir miklu álagi	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	77,8%	22,2%	100% (N=18)
Nei	89,7%	10,3%	100% (N=78)
Samtals	87,5%	12,5%	100% (N=96)

Tafla 31.

Áfall í uppvexti	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	70,0%	30,0%	100% (N=20)
Nei	87,3%	12,7%	100% (N=79)
Samtals	83,8%	16,2%	100% (N=99)

Tafla 32.

Áfall í uppvexti	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	84,2%	15,8%	100% (N=19)
Nei	88,3%	11,7%	100% (N=77)
Samtals	87,5%	12,5%	100% (N=96)

Punglyndiseinkenni, streitustig og mat á þjónustupörf

Varðandi tengsl þunglyndiseinkenna og flokkunar á meðferðarúræðum kemur það í ljós að 62,5% kvennanna í A- og B-hópnum greinast með þunglyndiseinkenni eftir fæðingu. Aftur á móti sýndu 37,5% kvennanna í C-hópnum merki um þunglyndi. Fylgnin er marktæk samkvæmt SM.

Á súluriti 1, á bls. 24, sem sýnir prósentutölur sést betur hversu mikill munur er milli hópanna varðandi þunglyndiseinkenni.

Varðandi streitustig sést greinilega að mun líklegur er að streitustig sé hátt hjá konum sem hafa verið greindar í umönnunarhóp A eða B en hjá konum sem hafa verið greindar í hóp C. Tengsl þessara breyta eru marktæk samkvæmt SM.

Þetta sést ef til vill betur á súluriti 2, á bls. 24 sem sýnir prósentutölur fyrir streitustig annars vegar í A og B hópnum og hins vegar í C hópnum.

Umfjöllun um niðurstöður

Þegar upplýsingar sem aflað hafði verið í viðtölum í mæðravernd eru bornar saman við tíðni þunglyndiseinkenna og foreldrastreitu þremur mánuðum eftir fæðingu barnsins kemur fram athyglisverð fylgni milli ýmissa breyta. Hópurinn er að vísu ekki stór, aðeins 99 konur, og raunar enn færri hvað varðar upplýsingar af heilsufarsblaði. Í sumum tilvikum eru það því mjög fáar konur, eða jafnvel engin, sem hafa hvern ákveðinn áhættuþátt og í þeim tilvikum er auðvitað ógerlegt að draga ályktun um hvort viðkomandi þáttur hafi tengsl við líðan eftir fæðingu barnsins. Engu að síður kemur fram tölfræðilega marktæk fylgni í nokkuð mörgum tilvikum, ýmist við þunglyndiseinkenni eða við foreldrastreitu.

Niðurstöður varðandi tengsl upplýsinga af heilsufarsblaði

Spurningin um hvort almennu heilsufari sé ábótavant felur í sér mat konunnar á eigin heilsufari og í sumum tilfellum að einhverju leyti mat læknisins, sem viðtalið tekur, á almennu heilsufari hennar. Það kemur vel heim við það sem vitað er um mikilvægi upplifunar á eigin heilsu að þunglyndiseinkenni skuli vera um það bil fjórfalt algengari í þeim hóp sem svarar þessari spurningu játandi og er munurinn marktækur ($SM < 0,05$). Foreldrastreita er líka algengari hjá þeim sem telja almennu heilsufari sínu ábótavant, en sá munur er þó ekki marktækur.

Tafla 33.

Sjúkrahúslega í bernsku	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	85,0%	15,0%	100% (N=20)
Nei	83,5%	16,5%	100% (N=79)
Samtals	83,8%	16,2%	100% (N=99)

Tafla 34.

Sjúkrahúslega í bernsku	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	78,9%	21,1%	100% (N=19)
Nei	89,6%	10,4%	100% (N=77)
Samtals	87,5%	12,5%	100% (N=96)

Tafla 35.

Erfiðleikar foreldra	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	78,9%	21,1%	100% (N=19)
Nei	85,0%	15,0%	100% (N=80)
Samtals	83,8%	16,2%	100% (N=99)

Tafla 36.

Erfiðleikar foreldra	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	77,8%	22,2%	100% (N=18)
Nei	89,7%	10,3%	100% (N=78)
Samtals	87,5%	12,5%	100% (N=96)

Tafla 37.

Grunnskóla ólokið	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	66,7%	33,3%	100% (N=3)
Nei	84,4%	15,6%	100% (N=96)
Samtals	83,8%	16,2%	100% (N=99)

Tafla 38. ** ($SM = 0,004$)

Grunnskóla ólokið	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	33,3%	66,7%	100% (N=3)
Nei	89,2%	10,8%	100% (N=93)
Samtals	87,5%	12,5%	100% (N=96)

Tafla 39.

Aðrir erfiðleikar á uppvaxtarárum	Engin merki þunglyndis	Merki um þunglyndi	Samtals
Já	62,5%	37,5%	100% (N=8)
Nei	85,7%	14,3%	100% (N=91)
Samtals	83,8%	16,2%	100% (N=99)

Tafla 40.

Aðrir erfiðleikar á uppvaxtarárum	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	87,5%	12,5%	100% (N=8)
Nei	87,5%	12,5%	100% (N=88)
Samtals	87,5%	12,5%	100% (N=96)

Það kemur ekki heldur á óvart að þær konur sem hafa fyrri sögu um geðræn/tilfinningaleg vandamál, reynast hafa marktækt tíðari (SM<0,05) og meiri þunglyndiseinkenni eftir að barnið er fætt. Samband milli þessara breyta hefur einnig fundist í öðrum rannsóknum (Jardri og fl. 2006). Fyrri saga um geðræn/tilfinningaleg vandamál virðist á hinn bóginn ekki hafa í för með sér auknar líkur á foreldrastreitu.

Samkvæmt upplýsingum úr mæðra-verndinni reykir lítill hluti verðandi mæðra á þeim tíma sem viðtal fer fram, eða 6 konur af þeim 73 sem upplýsingar voru tiltækar um. Fjórar af þeim höfðu mikil þunglyndiseinkenni eftir fæðingu og þótt um svo fáa einstaklinga sé að ræða eru tengsl milli reykinga á meðgöngu og þunglyndiseinkenna eftir fæðingu. Mikil áhersla hefur verið lögð á að fræða um skaðsemi reykinga á meðgöngu og hvetja konur til að hætta reykingum. Þær konur sem reykja samt sem áður á meðgöngunni virðast í auknum mæli hafa þunglyndiseinkenni. Líklegt verður að teljast að tengsl reykinga á meðgöngu og þunglyndiseinkenna eftir barnsburð séu fyrst og fremst óbein, þótt bein tengsl séu ekki útilokuð. Velta má fyrir sér hvort sektarkennd yfir að hafa ekki tekist að hætta reykingum þrátt fyrir fræðslu og hvatningu auki á vanlíðan og þunglyndiseinkenni. Þá er þekkt að reykingar eru tíðari og meiri meðal þeirra sem eiga við geðræn vandkvæði að stríða og leiða má líkur að því að minni líkur séu á að þeim takist að hætta reykingum við þessar aðstæður.

Reykingar á meðgöngu virðast ekki tengjast foreldrastreitu í sama mæli.

Þunglyndiseinkenni virðast örlítið algengari meðal mæðra er höfðu sögu um afbrigði í fyrri fæðingum eða fósturlát, en sá munur er enginn veginn marktækur. Þar kemur heldur ekki fram nein fylgni við foreldrastreitu.

Niðurstöður varðandi tengsl upplýsinga af fjölskylduverndarblaði við þunglyndiseinkenni og foreldrastreitu

Þegar upplýsingar úr mæðra-vernd um félagslega stöðu, tilfinningalega líðan og um uppvaxtarskilyrði í bernsku eru bornar saman við gögn um þunglyndiseinkenni og foreldrastreitu þrem mánuðum eftir fæðinguna, kemur ýmislegt athyglisvert fram.

Mæður sem búið höfðu hjá foreldrum eða tengdforeldrum þegar upplýsinga

Tafla 40.

Aðrir erfiðleikar á uppvaxtarárum	Engin merki streitu	Merki um streitu	Samtals
Já	87,5%	12,5%	100% (N=8)
Nei	87,5%	12,5%	100% (N=88)
Samtals	87,5%	12,5%	100% (N=96)

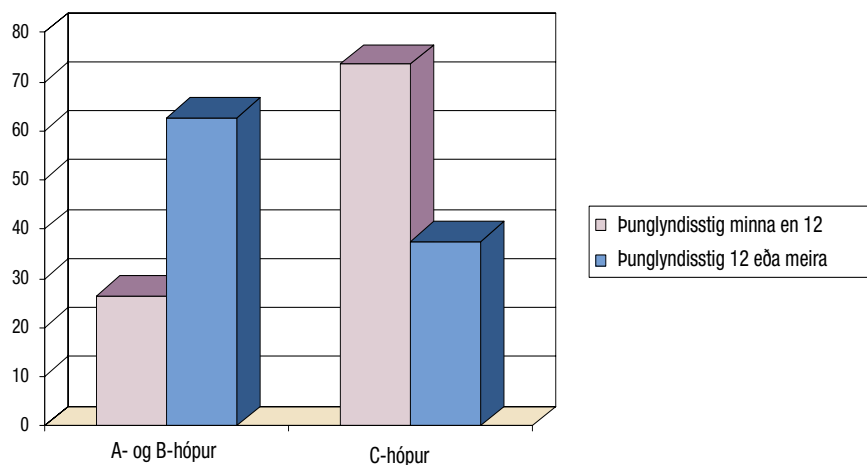
Tafla 41. **.

	A og B	C	Samtals
Engin merki um þunglyndi	26,5%	73,5%	100% (N=83)
Merki um þunglyndi	62,5%	37,5%	100% (N=16)
Samtals	32,3%	67,7%	100% (N=99)

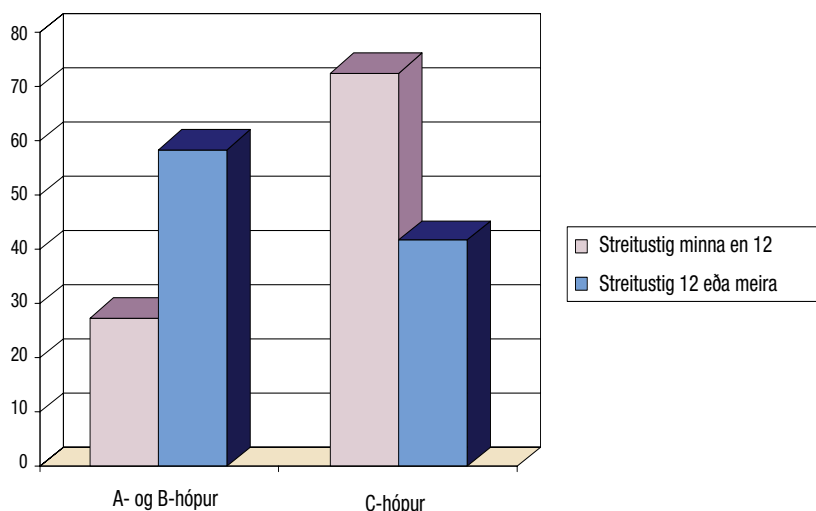
Tafla 42. **

Engin merki um streitu	A og B	C	Samtals
Engin merki um streitu	27,4%	72,6%	100% (N=84)
Merki um streitu	58,4%	41,7%	100% (N=12)
Samtals	31,2%	68,8%	100% (N=96)

Súlurit 1.



Súlurit 2.



var aflað á meðgöngutímanum reyndust hafa marktækt ($SM < 0,05$) meiri þunglyndiseinkenni eftir fæðinguna og voru einnig líklegri til að lýsa foreldrastreitu þótt það síðarnefnda væri ekki tölfræðilega marktækt. Rétt er að benda á að hér er væntanlega í flestum tilfellum um ungar mæður að ræða sem eru að eignast sitt fyrsta barn. Fyrir er vitað að þunglyndiseinkenni, og þó sérlega foreldrastreita, er algengari hjá ungum mæðrum og frumbyrjum, þessar niðurstöður verða að skoðast í því ljósi.

Þá virðast konur sem áttu að baki fyrri sambúð nokkru líklegri til að hafa þunglyndiseinkenni og foreldrastreitu en í hvorugu tilviki nær fylgni því að vera marktæk. Nokkrar konur höfðu á meðgöngu lítið samband við barnsföður en það virðist hvorki auka líkur á þunglyndi né foreldrastreitu. Lítil hópur kvenna hefur, þegar viðtal fer fram á meðgöngu, verið talinn hafa ónógan stuðning frá umhverfi. Algengast mun að hér sé um að ræða einstæðar mæður en eins getur verið um að ræða konur í sambúð, sem skortir stuðning stórfjölskyldu. Hjá þessum hópi má sjá aukna tíðni bæði foreldrastreitu og þunglyndiseinkenna og er það fyrirtalda tölfræðilega marktækt ($SM < 0,05$) þrátt fyrir að hópurinn sé eins lítill og raun ber vitni. Þetta verður að teljast gagnleg vitneskja sem gefur tilefni til að leita leiða til að styðja þennan hóp enn betur.

Konur sem eiga börn úr fyrri sambúð eða stjúpborn hafa aukna tíðni þunglyndiseinkenna og foreldrastreitu. Hvorugt nær því reyndar að vera marktækt, en foreldrastreitan er þó aðeins hársbreidd frá mörkunum. Benda má á að í þessum hópi eru þó trúlega sjaldnast mjög ungar mæður og ekki margar frumbyrjur en með tilvísun til þess sem áður er sagt um áhrif þessara lýðbreyta, mætti vænta þess að foreldrastreita og þunglyndiseinkenni væru frekar undir meðallagi í þessum hópi. Því má trúlega álykta að þessi hópur sé í aukinni áhættu, sem vert er að gefa gaum.

Þær konur sem svara játandi spurningu um áhyggjur af fjárhags-, húsnaðis- eða atvinnumálum í viðtali á meðgöngu reynast oftar en aðrar sýna merki um þunglyndiseinkenni og foreldrastreitu eftir að barnið er fætt. Þetta er raunar eina tilvikið þar sem fylgni er marktæk ($SM < 0,05$) við bæði streitu og þunglyndiseinkenni. Hér virðist því glögglega um að ræða áhættuþátt sem vert er að veita athygli.

Aðeins þrjár konur svara játandi

spurningu um áfengisvanda á heimili og tvær þeirra lýsa síðar mikilli foreldrastreitu. Hæpið telst að draga af þessu miklar ályktanir vegna þess um hve fá tilvik er að ræða.

Konur sem lýstu svefntruflunum á meðgöngu reynast líklegri til að vera þjakaðar af foreldrastreitu eftir fæðinguna en aftur á móti hafa þessar svefntruflanir lítil eða engin tengsl við þunglyndiseinkenni eftir barnsburð. Þetta kemur nokkuð á óvart og er erfið að túlka. Enn óvæntara er þó að þær konur sem lýsa miklum kvíða á meðgöngu hafa hvorki auknar líkur á foreldrastreitu né þunglyndiseinkennum eftir að barnið er fætt.

Þá virðist erfið reynsla af fyrri fæðingum hvorki auka líkur á þunglyndiseinkennum né streitu andstætt því sem búist var við. Í þessu sambandi er rétt að benda á að upplýsingar um mikinn kvíða snemma á meðgöngu og saga um erfiða reynslu af fyrri fæðingum leiða yfirleitt til nokkuð markvissra aðgerða, þar sem reynt er að vinna úr þessum vanda. Spyrja má hvort þær aðgerðir sem gripið er til í þessum tilfellum séu hugsanlega ástæðan fyrir að í þessum hópi reynast hvorki mikill kvíði á meðgöngu né saga um erfiða fæðingareynslu auka líkur á hvort heldur sem er þunglyndiseinkennum eftir barnsburðinn eða foreldrastreitu.

Konur sem eru taldar byrgja tilfinningar inni og konur sem finna fyrir miklu álagi á meðgöngu virðast hafa meiri líkur á foreldrastreitu þó munurinn sé ekki marktækur, en í hvorugu tilvikinu koma fram auknar líkur á þunglyndiseinkennum. En andleg líðan á meðgöngu hefur einmitt verið tengd þunglyndiseinkennum eftir fæðingu (Beck, 2001)

Konur sem lýst höfðu áfalli í uppvesti eru með meiri þunglyndiseinkenni, þó ekki sé það marktækt, en er ekki hættara til foreldrastreitu. Sjúkrahúslega í bernsku virðist hins vegar frekar stuðla að streitu, þó án þess að marktækni náist, en ekki þunglyndi. Þá kemur fram að konum, sem búið höfðu við erfiðleika foreldra í æsku, hættir ívið meir til að hafa þunglyndiseinkenni og finna fyrir foreldrastreitu, en hvorugt er þó tölfræðilega marktækt.

Mjög lítil hópur mæðra hafði ekki lokið grunnskólanámi en hann reyndist þó sýna marktækt ($SM < 0,05$) auknar líkur á foreldrastreitu. Þessi niðurstaða undirstrikar að okkar mati mikilvægi þess að efla stuðning við þennan hóp eftir fæðingu barnsins.

Nokkru stærri hópur hafði lýst öðrum erfiðleikum á uppvaxtarárum, (t.d. einelti, hegðunarvandamál o.fl.). Þessi hópur virðist hafa aukna tíðni þunglyndiseinkenna, án þess að það nái marktækni. Foreldrastreita virðist hér ekki aukin.

Umfjöllun um mat á þjónustupörf og niðurstöður rannsóknarinnar

Þegar matið sem gert er eftir viðtalið í mæðraverndinni er borið saman við þunglyndiseinkenni þremur mánuðum eftir fæðingu barnsins koma í ljós marktækt algengari þunglyndiseinkenni hjá konum sem metnar höfðu verið í þörf fyrir sérstaka athygli, umhyggju, stuðning eða meðferð (Þjónustumat A eða B).

Tíu (63%) af þeim 16 konum sem hafa mikil þunglyndiseinkenni höfðu á meðgöngu verið metnar A eða B (aukin þjónustupörf). Áður hefur komið fram í rannsóknunum að konur með þunglyndi eftir barnsburð leita sjaldan til heilsugæslunnar með þann vanda og telja sig ekki fá þar hjálp. Það er því ánægjulegt að sjá að með vinnulagi HAK er meirihluti þeirra á meðgöngu greindur í áhættu eða sérstakri þörf fyrir athygli, stuðning eða meðferð.

Af 12 konum sem þjáðust af mikilli foreldrastreitu þegar barn þeirra var þriggja mánaða gamalt hafði meirihlutinn, eða 7 konur (58%), einnig verið metinn í áhættu eða með aukna þjónustupörf á meðgöngunni (A eða B).

Að vera metin í aukinni þjónustupörf (A eða B) í viðtalinu á meðgöngu tengist þannig marktækt bæði foreldrastreitu og þunglyndiseinkennum eftir barnsburð.

Vert er að hafa í huga að upplýsingasöfnunin á meðgöngu og matið á þjónustupörf leiða til margvíslegra aðgerða hjá hinum ýmsu aðilum er koma að þjónustunni og markmiðið er að mæta sem best ólíkum þörfum fyrir stuðning, fræðslu og meðferð.

Þótt tilgangurinn sé víðtækur og sérstaklega sé horft til hagsmuna barnsins, má velta fyrir sér hvort og í hve miklum mæli þessar aðgerðir dragi úr þunglyndiseinkennum og streitu hjá nýorðnum foreldrum. Lagt er kapp á að taka á áhættuþáttum strax á meðgöngu til að fyrirbyggja vanda síðar ef þess er kostur.

Fullyrða má að sá hópur sem metinn er í aukinni þörf fyrir þjónustu og umhyggju (A og B) fái meiri þjónustu, stuðning og meðferð en ella og á þann



Sigfríður Inga ásamt ánægðri fjölskyldu eftir heimaafæðingu.

hátt sé að líkindum dregið úr tíðni og alvarleika vandamála á fyrstu mánuðum eftir fæðingu barnsins.

Það er mat okkar að hin framangreindu tengsl þunglyndiseinkenna og foreldrastreitu við ýmsa þætti sem fram koma í viðtölunum snemma á meðgöngu endurspegli gagnsemi viðtalanna og varpi ljósi á þá möguleika sem þær fjölþættu upplýsingar er út úr þeim fást gefa til forvarna.

Samantekt

Rannsóknarspurningin í þessum hluta rannsóknarinnar er hvort þær upplýsingar, sem aflað er með viðtölum við verðandi mæður snemma á meðgöngu og það mat á þörf fyrir athygli, stuðning og meðferð sem á þeim byggir, hafi tengsl við þunglyndiseinkenni og foreldrastreitu þremur mánuðum eftir að barnið er fætt.

Þau atriði sem reynast hafa marktæka fylgni ($SM < 0,05$) við þunglyndiseinkenni eftir barnsburð eru að almennu heilsufari sé talið ábótavant og fyrri saga um geðræn eða tilfinningaleg vandamál. Konur sem reykja á meðgöngu virðast í auknum mæli hafa þunglyndiseinkenni eftir fæðinguna. Marktækt auknar líkur eru einnig á þunglyndiseinkennum hjá þeim sem á meðgöngu búa hjá foreldrum eða tengdaforeldrum. Sama gildir um þær sem hafa lýst áhyggjum af fjárhags-, húsnæðis- eða atvinnumálum.

Hvað viðvíkur foreldrastreitu kemur í ljós að þær konur taldar eru eða telja sig hafa ónógan stuðning frá umhverfi á meðgöngu sýna marktækt auknar líkur á foreldrastreitu. Sama gildir um þær sem

svara játandi spurningu um áhyggjur af fjárhags-, húsnæðis- eða atvinnumálum. Áfengisvandi á heimili tengist foreldrastreitu einnig marktækt. Þá búa konur sem lýsa svefnerfiðleikum snemma á meðgöngu marktækt oftast við mikla foreldrastreitu en aðrar konur eftir að barnið er fætt. Sama gildir um konur sem ekki hafa lokið grunnskólanámi.

Meirihluti þeirra mæðra sem sýndu mikil þunglyndiseinkenni eða foreldrastreitu yfir viðmiðunarmörkum hafði á meðgöngu verið metinn í þörf fyrir sérstaka athygli, stuðning eða meðferð.

Það er athyglivert að mikil foreldrastreita er meira en tvöfalt algengari í hjá konunum sem fengu ekki þjónustu sem byggði á þjónustumati í upphafi meðgöngu. Þessi hópur hefur að mestu farið á mis við þetta breytta vinnulag og þau stuðnings- og meðferðartilboð sem því fylgja. Ekkert er þó hægt að fullyrða um tengsl þessara þátta þar sem upplýsingar liggja ekki fyrir um þætti eins og líkamlega- og andlega líðan né bakgrunn þess hóps. Helstu takmarkanir rannsóknarinnar liggja í því hve lítill rannsóknarhópurinn var og er vel hugsanlegt að hægt hefði verið að sýna fram á tengsl milli fleiri þátta ef upplýsingar hefðu legið fyrir frá stærri hóp. Þá verður að hafa í huga að á grundvelli upplýsinganna sem aflað er í mæðraverndinni á sér stað margskonar íhlutun, samráð, aukin umhyggja, stuðningur og meðferð. Hugsanlegt er að forvarnagildi þeirra aðgerða sem beitt er sé eitthvert þar sem mikill kvíði snemma á meðgöngu og erfið reynsla af fyrri fæðingum reynast hvorki hafa tengsl við

þunglyndiseinkenni né foreldrastreitu. Rannsókn Austin, Frilingos, Lumley, Hadzi-Paviovic, Roncoloto, Acland, Saint, Segal og Parker, (2007) sýndi fram á betri útkomu varðandi þunglyndiseinkenni og foreldrastreitu með fyrirbyggjandi aðgerðum á meðgöngu.

Rannsóknin hefur að okkar mati varpað nýju ljósi á gagnsemi upplýsinganna sem aflað er í mæðraverndinni, bæði einstaka þætti þeirra og þá heildarniðurstöðu sem birtist í matinu á þjónustubörf. Hún sýnir að nokkru leyti hvernig þær nýtast og hvernig má nýta þær enn frekar til að móta vinnulagið þannig að sem best sé komið til móts við misjafnar þarfir skjólstaðinga þjónustunnar. Rétt er þó leggja áherslu á að tilgangur þessa nýja vinnulags er viðtækur, en snýst ekki einvörðungu um að leita að áhættuþáttum þunglyndis og foreldrastreitu og rannsóknin er því engan veginn fullnaðardómur um gagnsemi vinnulagsins. Engar, hvorki innlendar né erlendar, rannsóknir hafa birst sem eru að öllu leyti sambærilegar við þessa rannsókn þannig að ekki er hægt, nema að litlu leyti, að bera niðurstöður okkar saman við niðurstöður annarra rannsókna. Nokkrar rannsóknir hafa komið fram sem lýsa fylgni milli nokkurra breyta sem skoðaðar voru í þessari rannsókn. Sumar rannsóknir hafa til dæmis bent á tengsl milli þunglyndis fyrir og eftir fæðingu (Buultjens, 2007). Niðurstöður Beck (1998), þar sem sam-anburður áhættuþátta fæðingapunglyndis var gerður með innihaldsgreiningu 26 rannsókna ($n=2.189$), leiddu í ljós að þunglyndi á meðgöngu var stærsti áhættuþáttur fæðingapunglyndis ($r=0,51$).

Einnig kom fram í rannsókn Thome, Alder og Ramel (2006) að menntun hefur marktæka fylgni við fæðingapunglyndi og foreldrastreitu. Einnig hafa komið fram rannsóknir sem kanna áhrif óvæðar barna, brjóstagjafar og áhrif stuðnings á foreldrastreitu (Thome, Alder og Ramel, 2006; McCurdy, 2005).

Þrátt fyrir smæð úrtaksins eru niðurstöður þessarar rannsóknar gagnlegar fyrir ljósmæður og aðrar heilbrigðisstéttir sem annast konur á meðgöngu og á fyrstu mánuðum eftir fæðingu. Marktæk tengsl þunglyndiseinkenna og foreldrastreitu eftir barnsburð, við matið sem gert er eftir viðtölin í mæðraverndinni, staðfesta að matið er gagnlegt hjálpartæki í þeirri viðleitni að veita umhyggju, stuðning og meðferð þar sem þörfin er mest.

The link between post-partum depression syndrome, parental stress and physical health, psychosocial situation and emotional health of pregnant women.

Key words: psychosocial situation; physical health; emotional health; psychosocial background; prenatal care; well-baby care; post-partum depression syndrome; parental stress.

Abstract:

In this article results from a study which was conducted at the service area of the Akureyri Health Care Service (AHCS) will be discussed. The purpose of the study was to analyse health and psychosocial issues screened during pregnancy and their links to post-partum depression (PPD) and parental stress.

At child's three months, well baby checkup its mother was asked to participate in the study. The participants answered; 1) demographic data, 2) Edinburgh Post-partum Depression Scale (EPDS) and 3) Parents Stress Index / Short Form questionnaire (PSI/SF). This information was then compared with information available from the mothers pregnancy which had been used to assess the level of care needed during pregnancy and childrearing. This information was regarding; psychosocial situation; physical- and emotional health; psychosocial background and the mothers up-bringing.

Of the 152 women who, agreed to participate in the study, prenatal results were available for 99. The scores of the post partum EPDS between these women and the whole group were not significantly different; 16.2% vs. 15.8%. The frequency of parental stress (> 75 scores on PSI/SF) on the other hand showed that the group who was screened during pregnancy, scored much less, 12.1% vs. 26.5% than the women who were not screened.

The issues with significant positive correlation $SM < 0,05$ (symmetric measures) regarding PPD were: less than optimal health; history of psychiatric problems and history of emotional problems. Other issues that significantly ($SM < 0,05$) increases the likelihood of PPD is: living with parents or in-laws; smoking during pregnancy; or express worries regarding financial -housing or work condition. Results of the PSI / SF questionnaire showed that women scored significantly higher if

they reported insufficient support from their psychosocial surroundings. The same is the fact if the mother expresses worries regarding financial -housing or work condition, or if alcoholic problem exists in the family. Significant parental stress is also seen among women who rapport sleeping difficulties during early pregnancy or women who have less than elementary education.

Heimildaskrá

Abidin, R.R. (1990) *Parenting Stress Index/ Short Form. Test Manual.* Charlottesville, Virginia, Bandaríkjunum, Paediatric Psychology Press.

Anna Karólína Stefánsdóttir, Hjálmar Freysteinnsson, Hulda Guðmundsdóttir, Björg Bjarnadóttir, Guðfinna Nývarðsdóttir, Magnús Skúlason, Pétur Pétursson, Sigfríður Inga Karlsdóttir, Sigmundur Sigfússon (2000) *Nýja barnið: Þróunarverkefni Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri.* Landlækniseimbættið.

Austin, M.P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S., Saint, K., Segal og Parker, G. (2007). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders.* Article in Press. Sótt 13. apríl 2007 af gagnasafninu ScienceDirect.

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research.* 50 (5) 275-85.

Beck, C. T. (1998). A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *JOGNN,* 27(1), 39-46.

Buultjens M. (2007) When giving life starts to take te life out of you: women's experiences of depression after childbirth. *Midwifery,* 23, 77-91. Sótt 14.apríl 2007 af gagnasafninu ScienceDirect.

Jardri, R., Pelta, J., Maron, M., Thomas, P., Delion, P., Codaccioni, X. og Goudemand, M. (2006). Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *Jorurnal of Affective Disorders,* 93, 169-176.

McCurdy, K. (2005) The influence of support and stress on maternal attitudes. *Child Abuse & Neglect,* 29,3, 251-268.

Thome, M., Alder, E.M. og Ramel, A. (2006) A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? *International Journal of Nursing Studies,* 43,11-20. Sótt 10.febrúar 2007 af gagnasafninu ScienceDirect.

Thome, M. (1999). *Geðheilsuvernd mæðra eftir fæðingu: Greining á vanlíðan með Edinborgar þunglyndiskvaranum og viðtölum.* Reykjavík: Rannsóknarstofnun í hjúkrunarfræði.

Thome, M. og Adler, B. (1999). A telephone intervention to reduce fatigue and symptom distress in mothers with difficult infants in the community. *Journal of Advanced Nursing,* 29(1), 128-137.

Thome, M. (1998). Þunglyndiseinkenni og foreldrastraða hjá íslenskum mæðrum með óvæðunghöfn. *Læknablaðið,* 84, 838-845.


LÝÐHEILSUSTÖÐ
www.lydheilsustod.is

Ráðleggingar um mataræði

„Sá nýi yfirsetukvennaskóli“ Uppruni og viðtökur

Útdráttur

Í greininni er rakin saga fyrstu bókarinnar um yfirsetukvennafræði sem kom út á íslensku. Bókin ber titilinn *Sá nýi yfirsetukvennaskóli* og kom út á Hólum í Hjaltadal árið 1749. Forgöngumaður útgáfunnar var Halldór Brynjólfsson Hólabiskup (1692-1752) sem taldi nauðsynlegt að yfirsetukonur fengju gott fræðsluefni á sviði fæðingafraeða, en á þessum tíma var fræðsla yfirsetukvenna í höndum presta og þá einkum af trúarlegum toga.

Sá nýi yfirsetukvennaskóli er þýðing á danski bók, *Nye Jorde-Moder-Skole* sem danski læknirinn Balthazar Johann de Buchwald (1697-1763) gaf út árið 1725. Buchwald hafði notið kennslu ýmissa þekktra lærimeistara á sviði læknisfræði á meginlandi Evrópu á fyrri hluta 18. aldar. Bók Buchwalds er þó að miklu leyti þýðing á sænskri bók eftir lækninn Johann von Hoorn (1662-1724) sem kom út árið 1715, en meginefni hennar má rekja til bókar sem Hoorn gaf út árið 1697 og var fyrsta bókin um yfirsetukvennafræði sem kom út í Svíþjóð. Hoorn lærði í París hjá þekktum lærimeisturum og jafnframt hjá franski ljósmóður á Hôtel-Dieu í París.

Árið 1760 var landlæknisembættið stofnað hér á landi og ári síðar var farið að nota Yfirsetukvennaskólann við fræðslu yfirsetukvenna. Í bréfasafni Bjarna Pálssonar landlæknis (1719-1779) má sjá að bókin fékk blendnar viðtökur sem hann taldi að mætti rekja til feimni og andúðar á nýjungum. Útgáfu Yfirsetukvennaskólans má þó telja merkilegt framtak, en finna má heimildir um að bókin hafi verið mikils metin hjá yfirsetukonum þegar frá leið.

Í nóvember í fyrra kom út bókin *Sá nýi yfirsetukvennaskóli*.¹ Bókin kom upphaflega út árið 1749 og er fyrsta ritið um ljósmóðurfræði sem var gefið út á íslensku. Yfirsetukvennaskólinn, eins og bókin hefur verið nefnd, var notuð við kennslu yfirsetukvenna þegar formleg



Bragi Þorgrímur Ólafsson sagnfræðingur á handritadeild Landsbókasafns Íslands – Háskólabókasafn.

* Ritrýnd grein



Sá nýi yfirsetukvennaskóli. Útgáfan frá 2006. Bókin var gefin út með styrk frá Ljósmæðrafélagi Íslands.

fræðsla þeirra hófst á vegum landslæknisembættisins árið 1761. Saga bók-

arinnar er nokkuð forvitnileg, og má rekja efni hennar til ýmissa frumkvöðla í fæðingafraeðum á meginlandi Evrópu í lok sautjándu aldar og í upphafi þeirrar átjándu. Í þessari grein er stuttlega greint frá sögu bókarinnar.

Tilurð útgáfunnar

Um miðja átjándu öld var ekkert formlegt heilbrigðiskerfi hér á landi. Landlæknisembættið var ekki stofnað fyrr en 1760 og fram að þeim tíma sáu prestar að miklu leyti um ýmis málefni sem lutu að heilbrigðismálum. Þeir sáu til að mynda um fræðslu yfirsetukvenna, en sú fræðsla var þó að mestu af trúarlegum toga. Um miðja öldina taldi biskupinn á Hólum, Halldór Brynjólfsson (1692-1752), nauðsynlegt að efla þessa fræðslu og lét því þýða danska kennslubók í yfirsetukvennafræðum, *Nye Jorde-Moder-Skole*, og gefa út á íslensku.

Reyndar fer tvennum sögum af ástæðum þess að Halldór réðst í útgáfu bókarinnar. Í formála *Yfirsetukvennaskólans*, eins og bókin hét á íslensku, segist hann hafa sjálfur ákveðið að gefa bókina út þar sem hann taldi að mikil þörf væri á að yfirsetukonur fengju fræðslurit við sitt hæfi, þar sem þekking þeirra á vinnubrögðum við vandasamar fæðingar væri af skorum skammti (enda var fræðsla þeirra afar takmörkuð). Í þessu sambandi nefnir hann tvær yfirsetukonur sem hann þekkti. Önnur hafði tekið á móti 300 börnum að eigin sögn, en hafði takmarkaða þekkingu þegar kom að vandasömum fæðingum. Hin hafði tekið á móti 70 börnum en lenti eitt sinn í fæðingu þar sem hún bar ekki kennsl á naflastrenginn. Halldór var viðstaddur fæðinguna og gat ráðlagt henni um æskileg handtök sem hann hafði lært af riti eftir alkemistann Jean Pharamond Rhumelius (um 1600-1660).² Með þessa reynslu í huga ákvað Halldór að reyna að bæta úr fræðslu yfirsetukvenna með útgáfu *Yfirsetukvennaskólans*. Í formál- anum segir Halldór að sumarið 1746 frétti hann að sr. Vigfús Jónsson (1706-

1776) hefði þegar verið búinn að þýða *Yfirsetukvennaskólann*. Við þessi tíðindi féll Halldór frá eigin þýðingaráformum og fékk leyfi Vigfúsar til að gefa út þýðingu hans. Halldór segir sjálfur í formála bókunnar að eftir að hann fékk leyfi til að nota þýðingu Vigfúsar, fékk hann samþykki Ólafs Gíslasonar biskups í Skálholti (1691-1753) fyrir útgáfu *Yfirsetukvennaskólans* og bar hugmyndina jafnframt undir prestastefnu sem haldin var á Flugumýri í Skagafirði í lok ágúst 1748.³ Fræðslumál yfirsetukvenna virðast hafa verið mönnum nokkuð hugleikin á þessum tíma, því að í prestastefnubókinni má sjá að Þorsteinn Pétursson (1710-1785) prestur á Staðarbakka, benti á að það væri nauðsynlegt að yfirsetukonur fengju einhverja formlega fræðslu. Halldór svaraði því þá til að hann ætlaði að láta prenta kennslubók handa yfirsetukonum á íslensku.⁴

Jón Steffensen prófessor (1905-1991) taldi að önnur ástæða gæti legið að útgáfu bókunnar. Jón taldi sennilegt að Halldór hafi gefið bókina út fyrir tilstuðlan Ludvig Harboe (1709-1783) sem rannsakaði fræðslumál hér á landi um miðja 18. öld og að Harboe hafi jafnframt fengið Vigfús Jónsson prest í Hítardal (1706-1776) til að þýða bókina úr dönsku. Halldór minnst ekki á Harboe einu orði í formála bókunnar, og telur Jón að það sé vegna deilna þeirra á milli um veitingu Hólastóls nokkru áður.⁵

Athygli vekur að bókin kemur út ellefu árum áður en landlæknisembættið er stofnað á Íslandi. Ef miðað er við



Halldór Brynjólfsson biskup á Hólum (1692-1752). Halldór bar hag yfirsetukvenna fyrir brjósti og taldi nauðsynlegt að gefa út vandað fræðslurit fyrir þær. Hann lést þremur árum eftir útgáfu bókunnar.

tilgátu Jóns Steffensen um tilhlutan Harboe að útgáfu bókunnar mætti e.t.v. segja að útgáfan hafi verið liður í formlegri uppbyggingu heilbrigðiskerfis á Íslandi. En samkvæmt frásögn Halldórs sjálfs ber útgáfan frekar vott um fræðilegan áhuga hans á efninu og almenna þörf á slíku riti.

Um höfund bókunnar

Í formála bókunnar segir Halldór að enginn hafi skrifað eins ítarlegt fræðslurit fyrir yfirsetukonur eins og „... þessi hrósverði author Balthasar Johann de Buchwald“ og því hafi Halldór ákveðið að gefa út þekkt ljósmæðrarit eftir hann, *Nye Jorde-Moder-Skole* sem kom út í Danmörku árið 1725. Buchwald (1697-1763) var danskur læknir og prófessor við Kaupmannahafnarháskóla. Hann lauk doktorsgráðu í læknisfræði árið 1720 og fór sama ár í námsferð til Hollands þar sem hann heillaðist af fæðingarhjálp fyrir tilstilli þekktra líffærafræðinga, þeirra Henricks van Deventers (1651-1724) í Haag og Frederiks Ruysch (1638-1731) í Amsterdam. Buchwald lærði einnig hjá þýskum líffærafræðingi, Lorenz Heister (1683-1758), og hollenska lækninum Herman Boerhaave (1668-1738).⁶ Allir voru þeir frumkvöðlar innan líffæra- og fæðingarfræðanna.⁷ Fimm árum síðar varð Buchwald læknir í eyjunum Lálandi og Falstur í Danmörku, og gaf þá út *Nye Jorde-Moder-Skole* út eftir hvatningu frá yfirvöldum (Jordemoder-kommissionen).⁸ Bókin kom út í annarri útgáfu árið 1739, en í formála hennar segir Buchwald að hann telji að yfirsetukonur eigi skilið að fá kennslurit um fæðingarfræðin og því hafi hann ákveðið að taka saman *Nye Jorde-Moder-Skole*.⁹ Árið 1738 tók Buchwald við prófessorsstöðu við Kaupmannahafnarháskóla, þar sem hann kenndi meðal annars Bjarna Pálssyni (1719-1779), fyrsta landlækni Íslands. Buchwald lét málefni íslenskra og danskra ljósmæðra sig töluvert varða á starfsævi sinni og beitti sér fyrir menntun þeirra og launagreiðslum.¹⁰

Buchwald var þó í raun ekki eiginlegur höfundur *Nye Jorde-Moder-Skole* því bókin er að mestu leyti þýðing á sænskri kennslubók í ljósmóðurfræði eftir lækninn Johan von Hoorn (1662-1724).¹¹ Hoorn aflaði sér reynslu og þekkingar í fæðingarfræðum í París á árunum 1687-1689, og fékk þar fræðslu hjá François Mauriceau (1637-1709), Paul Portal (1630-1703) og Philippe Peu (1623-1707) sem urðu allir þekktir fyrir fram-



Titilsíða *Operationes Chirurgicae...* eftir Henrick van Deventer (1651-1724) frá árinu 1701. Deventer er talinn einn af frumkvöðlum í fæðingafræðum um aldamótin 1700 og var einn af kennurum Buchwalds.

lög sín til líffæra- og fæðingafræða.¹² Hoorn hugðist jafnframt læra á Hôtel-Dieu, einu elsta og þekktasta sjúkrahúsi Parísar, en átti erfitt með að fá þar aðgang.¹³ Þá fékk hann að fylgjast með þekktri ljósmóður, madame Allegrain, að störfum í fátækrahverfum Parísar og öðlaðist þar dýrmæta reynslu og þekkingu. Hoorn lauk svo læknaprófi árið 1690 í Leiden, fluttist til Stokkhólms 1692 og varð frumkvöðull í fæðinga- og ljósmæðramálum í Svíþjóð.¹⁴

Árið 1697 gaf Hoorn út fyrstu sænsku kennslubókina í ljósmóðurfræðum, *Then swenska walöfwade jordegumman*. Bókin var mikil að vöxtum, tæpar 400 blaðsíður að lengd og með nokkrum myndum. Hoorn fannst bókin vera nokkuð erfið aflestrar fyrir alþýðufólk, svo hann ákvað að taka fyrstu hluta hennar og gefa út í sérstakri bók sem kom út árið 1715 undir titlinum *The twenne gudfruchtige ... Siphra och Pua* og var hún þýdd á mörg tungumál.¹⁵ Í formála bókunnar kom Hoorn (líkt og Buchwald) inn á nauðsyn þess að yfirsetukonur fengju góð fræðslurit í þeirra vandasama starfi.¹⁶

Árið 1719 kom bókin út í annarri útgáfu og það var sú útgáfa sem Buchwald þýddi yfir á dönsku 1725 og kom svo út á íslensku árið 1749. Þannig eru bein tengsl á milli *Yfirsetukvennaskólans*, sem kom út á Hólum 1749, og *Then swenska walöfwade jordegumman*, sem kom út í Svíþjóð árið 1697 (sjá töflu I).



Yfirsetukvennaskólinn frá 1749. Eintök Landsbókasafns Íslands.

Í bréfinu segist Bjarni hafa heyrt af því að mörg eintök af bókinni séu óseld á Hólum og biður Gísli að sjá til þess að að minnsta kosti eitt eintak af bókinni sé til í hverri sókn og að yfirsetukonur kaupi bókina „... þeim til nauðsynlegrar æfingar og leiðarvísis í þeirra vandasama verki ...“, sérstaklega þar sem bókin sé alls ekki dýr. Bjarni segist jafnframt vita að nokkrar yfirsetukonur leggi „... heldur fæð og forakt á þessa bók en stund og iðkun ...“ en það viðhorf breytist þegar þær fáist við erfiðar fæðingar. Í lok bréfsins bar Bjarni loks upp þá hugmynd að ef vil vill væri hægt að prenta bókina aftur með nokkrum breytingum.¹⁹

Gísli svaraði bréfinu í júlí og segist hafa hvatt fólk til að kynna sér bókina, „[e]n þá ég hef farið með slíkt, hafa margir gert sér heldur af gaman en alvarlega tilraun til að láta eftir mínum tilmælum.“²⁰ Gísli tók ágætlega í þá hugmynd Bjarna að láta endurprenta bókina og stakk upp á því að Bjarni gæti þá gert bókina meira við almennings hæfi og fjallað þá um hin ýmsu húsráð við fæðingar sem fólk þekkti til.²¹ Ekkert varð þó af þeirri hugmynd.

Um haustið skrifaði Bjarni bréf til stiftamtmanns, Otto v. Rantzau (1719-1768), sem hann átti svo að senda til konungs. Í bréfinu fjallaði Bjarni almennt um málefni yfirsetukvenna og segir þar meðal annars að það sé slæmt hve fáar ljósmæður eigi eða hafi kynnt sér *Yfirsetukvennaskólann*, og segir að því valdi „... brjálæðiskennd feimni og blind óbeit á öllu nýju ...“²² Bjarni sagði þó að flestar ljósmæður tækju fúslega við leiðbeiningum og var ekki hissa á því að konur sem hefðu ekki fengið neina formlega fræðslu myndu segja ýmislegt misviturlegt.²³ Hann endaði bréfið á því að bera upp nokkrar tillögur til að bæta kjör og almenn mállefni yfirsetukvenna en þær hafði hann hafði unnið í samráði við biskupa og amtmann.²⁴

Tíu árum síðar, 1771, var Bjarni greinilega ekki enn fyllilega sáttur við viðtökur *Yfirsetukvennaskólans*, en í bréfi sem hann ritar til Lauritz Andreas Thodals stiftamtmanns (1718-1808) í júlí það ár, telur hann ennþá vera ástæðu til að hvetja presta að fá ljósmæður til að lesa bókina.²⁵

Af bréfasafni Bjarna að dæma má ætla að *Yfirsetukvennaskólinn* hafi fengið frekar dræmar viðtökur. Ýmsar ástæður geta legið hér að baki. Benda má á að hluti ljósmæðra var ólæs á þessum tíma og þær hafa því haft lítið gagn af bókinni, almennt viðhorf gagnvart kynferðislífi og kynfærum litaðist af ströngum tíðaranda í siðferðismálum eins og Halldór víkur að í formála bókarrinnar, og loks ríkti almenn tortryggni eða varfærni landsmanna gagnvart nýjungum á þessum tíma – og reyndar alveg fram á nítjándu öld.²⁶

Ekki má þó útiloka að yfirsetukonur hafi haft gagn að bókinni þegar frá leið, þó að einhver hluti þeirra virðist ekki hafa lagt sig eftir henni á þessum tíma. Þannig segir Sveinn Pálsson læknir (1762-1840) í sjálfsævisögu sinni að móðir sín, Guðrún Jónsdóttir (1732-1791) hafi verið „... almennt antignuð og brúkuð sem bezta yfirsetukona, enda kunni hún utanað Buchwalds yfirsetukvennaskóla, prentaðan á Hólum árið 1749“.²⁷ Þá er varðveitt í handritadeild Landsbókasafns uppskrift af bókinni sem er líklega frá síðari hluta

Lærimeistarar og áhrifavaldar Hoorns

Hoorn aflaði sér reynslu og þekkingar í fæðingarfræðum í París á árunum 1687-1689, og fékk þar fræðslu frá ýmsum frumkvöðlum:

François Mauriceau (1637-1709)

François Mauriceau fékk, líkt og Hoorn, þjálfun á Hôtel-Dieu í heimaborg sinni, París. Árið 1668 gaf hann bókina *Les maladies des femmes grosses* ... sem var þýtt á fjölmörg tungumál og kom út í mörgum útgáfum.

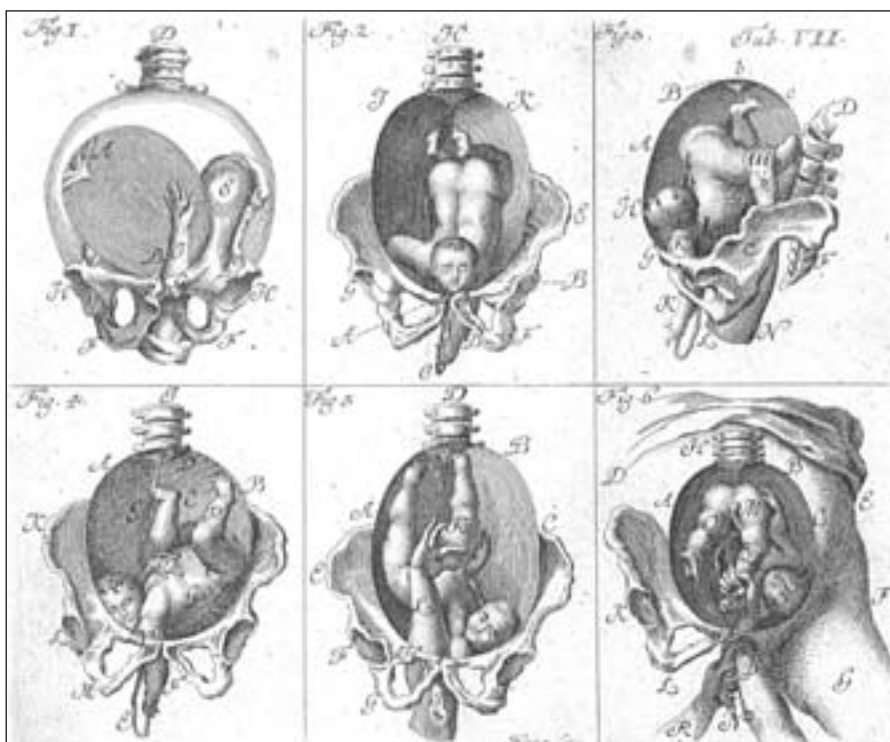
Paul Portal (1630-1703)

Paul Portal var nemandi Mauriceau og lærði við Hôtel-Dieu í París á árunum 1650-1663. Árið 1683 gaf hann út ritið *Pratique des Accouchements*.

Philippe Peu (1623-1707)

Philippe Peu var nemandi Mauriceau eins og Paul Portal og lærði einnig við Hôtel-Dieu í París. Árið 1694 gaf hann út bókina *La Pratique des Accouchements*.

18. aldar.²⁸ Algengt var að prentaðar bækur voru skrifaðar upp og dreift í handriti á milli manna, en þannig hefur efni þeirra hlotið meiri útbreiðslu en prentaðar útgáfur segja til um. Loks var *Yfirsetukvennaskólinn* eina ritið á íslensku um ljósmóðurfræði í fjörfu ár, næsta rit þess efnis kom ekki út fyrr en árið 1789.



Myndir úr bókinni Kort undervisning for jordemodre frá 1771. Höfundur hennar var Berthel Wichmand.

Lærimeistarar og áhrifavaldar Buchwalds

Buchwald lauk doktorsgráðu í lækni-
isfræði í Kaupmannahöfn árið 1720 og
fór sama ár í námsferð til Hollands. Þar
naut hann fræðslu ýmissa þekkttra vís-
indamanna sem hafa sett mark sitt á heil-
brigðisvísindin. Buchwald kenndi síðar
Bjarna Pálssyni, fyrsta landlækninum á
Íslandi.

Henrick van Deventer (1651-1724).

Deventer var frumkvöðull á sviði fæð-
ingafraða um aldamótin 1700. Árið 1672
kynntist hann ýmsum hliðum læknis-
fræðinnar þegar hann var aðstoðarmaður
læknis í Holstein í Þýskalandi. Árið 1694
hlaut hann doktorsgráðu og settist að í
Haag. Deventer bar hag og fræðslumál
yfirsetukvenna fyrir brjósti og lagði
áherslu á náttúrulegt fæðingafærlí. Hann
var jafnframt kvæntur yfirsetukonu.

Frederik Ruysch (1638-1731)

Frederik Ruysch brautskráðist frá háskól-
anum í Leiden árið 1664. Fjórum árum
síðar var hann skipaður aðalleiðbeinandi
fyrir yfirsetukonur í Amsterdam. Ruysch
var einkum þekktur fyrir teikningar og
varðveislur á sviði líffærafræða.

Herman Boerhaave (1668-1738)

Herman Boerhaave var hollenskur lækn-
ir. Hann naut mikillar virðingar á sviði
læknisfræðinnar og kennslubækur hans
voru notaðar víða um Evrópu um langt
skeið.

Lorenz Heister (1683-1758)

Lorenz Heister var þýskur prófessor og
var þekktur á sviði líffærafræða. Kennslu-
rit hans voru í notkun allt fram til ársins
1838.

Arfleifð Yfirsetukvennaskólans

Þrátt fyrir að Yfirsetukvennaskólinn hafi
fengið blendnar viðtökur þegar hún kom
út, verður að telja að um merkilegt rit sé
að ræða. Bókin er fyrsta kennslubókin í
ljósmóðurfræði sem kom út á íslensku,
hún á rætur að rekja til fyrstu sænsku
kennslubókarinnar í ljósmóðurfræði frá
árinu 1697, og hefur eflaust mótast af
ýmsum merkjum frumkvöðlum í fæð-
ingahjálpi og líffærafræði í Evrópu eins
og áður var rakið. Bókin kom út á upp-
hafsárum íslensks heilbrigðiskerfis og
tengist bæði árdögum landlæknisemb-
ættisins og íslenskrar ljósmóðurstéttar
og var eina íslenska kennslubókin í ljós-
móðurfræði í 40 ár, allt fram til ársins
1789. Bókin er jafnframt með fyrstu
prentuðu heilbrigðisritunum á íslensku.
Þá hafa seinni tíma menn talið útgáfu
bókarinnar framfaraskref. Þannig segir

í *Árbókum Espólíns* frá árinu 1843, að
bókin hafi verið vísir til framfara og
verið landsmönnum hvati til aukinnar
þekkingarleitar.²⁹ Yfirsetukvennaskólinn
er einnig fyrsti vísirinn að formlegri
menntun íslenskrar ljósmæðrastéttar, en
henni hefur verið þakkað fyrir góðan
árangur í baráttunni gegn hinum mikla
ungbarnadaða sem ríkti á Íslandi á
nítjándu öld.³⁰

Hvar eru konurnar?

Þegar lítið er yfir sögu Yfirsetukvenna-
skólans vekur það athygli að þrátt
fyrir að viðfangsefni bókarinnar sé
bundið við reynsluheim kvenna, koma
konur í raun lítið við sögu bókarinnar.
Yfirsetukvennaskólinn er mótuð af
menntuðum karlmönnum í embættis-
mannastéttum: læknum, prestum, bisk-

upum og prófessorum, en þó byggð á
fæðingarreynslu kvenna sem Hoorn (og
Buchwald e.t.v. að einhverju leyti) hafa
kynnt sér í lok sautjándu aldar og í upp-
hafi þeirrar átjándu. Þannig á fyrrnefnd
madame Allegrain og reynsla hennar
í fátækrahverfum Parísarborgar eflaust
nokkurn hlut að bókinni. Hér ber að
hafa í huga að konur höfðu takmark-
aðan aðgang að opinberri heilbrigðis-
vísindaumræðu; skólum, fræðiritum
og fyrirlestrum, enda gafst þeim ekki
kostur á langtíma skólagöngu á þessum
tíma. Í raun komu sjónarmið kvenna
lítið fram á opinberum vettvangi. Það
var ekki fyrr en rúmum hundrað árum
eftir að Yfirsetukvennaskólinn kom út,
að hugmyndin um réttindi kvenna fór
almennt að vakna og sjónarmið þeirra
fóru smátt og smátt að koma fram í

Efnisyfirlit yfirsetukvennaskólans frá 2006

Sá nýi yfirsetukvennaskóli kom út í nóvem-
ber 2006 með styrk frá Ljósmæðrafélagi
Íslands. Í bókinni er inngangskafli þar sem
saga Yfirsetukvennaskólans er rakin, en þar
er einnig að finna próf í ljósmóðurfræði
frá árinu 1768, kafli um meðferð ungbarna
úr bókinni *Spurningakver heilbrigðinnar*
sem kom út árið 1800 og skrá yfir helstu
kennslubækur í ljósmóðurfræði 1749-
1900. Í bókinni eru jafnframt myndir
úr ýmsum ritum um fæðingafraði frá
sautjándu og átjándu öld. Bókin kemur
út hjá Söguspekingastifti sem er lítið
bókaforlag sem sérhæfir sig í útgáfum á
bókum og handritum fyrri alda.

Efnisyfirlit:

Inngangur útgefenda:
Um höfund bókarinnar
Halldór Brynjólfsson og prentsmiðjan
á Hólum
Tilurð íslensku útgáfunnar
Hugmyndir Halldórs
Stofnun landlæknisembættisins
Viðtökur bókarinnar
Arfleifð Yfirsetukvennaskólans
Til lesarans
Examination Rannveigar Egilsdóttur 9.
maí 1768.
Um meðferð á ungbörnum
Frágangur texta
Um þessa útgáfu

Sá nýi yfirsetukvennaskóli

Dedicatio
Formáli
Fyrri parturinn. Um náttúrulega fæðing
Um yfirsetukonunnar skyldu, og
hverninn henni eigi háttað að vera
Um kvenfólks skapnað
Um rannsóknina
Um þaug merki, hvar af þekkjast megi,
hvert konan er með barni.

Um (ófall) eður ótímabundinn burð
Um teikn til dauðs fósturs
Um blóðlát
Um hríðirnar og þeirra aðgreining
Um náttúrulega fæðing
Um fæðingu tvíbura
Að binda fyrir naflann
Um barnsfylgjunnar úttekt

Annar parturinn. Um þá ónáttúrulegu
lausn, sem með lærdómskúnnst skeður, og
hennar orsakir

Um þröngva skál og hennar útrýmkun
Um móðurlífsins skakka legu, almenni-
lega að tala

Um það, þegar móðurlífið hefur kastað
sér til annarrar hvörrar síðunnar
Um móðurlífsins skakka legu fram yfir
lífbæinið

Um móðurlífsins skakka legu til baksins
Um þá ónáttúrulegu fæðingu, þegar
fæturnir fæðast fyrst

Um þá aðra ónáttúrulega fæðingu þegar
börnin fæðast tvöföld

Um snúninginn almennilega að tala, það
er, þegar strax er leitað eftir fótunum
á barninu, til að hjálpa því þar með í
heiminn

Um nokkra sérlega snúninga, og hvörminn
nýfætt barn skal endurnærast

Um það barn sem höfuðið stendur í
veginum, svo það kemst ei lengra

Um nokkra læknisdóma, sem flýta
fæðingunni

Um tímann

Registur

Examination Rannveigar Egilsdóttur
Spurningakver heilbrigðinnar

Um meðferð á ungbörnum

Helstu kennslubækur í ljósmóðurfræði
1749-1900

Nokkrar orðskýringar

opinberri umræðu.³¹ Vísindaleg þekking á æxlunarfærum kvenna var í raun af skornum skammti á ritunartíma bókarrinnar og jafnvel er talið að fæðingarferlið hafi að miklu leyti verið utan fræðasviðs heilbrigðisvísindanna alveg fram undir aldamótin 1800, ef frátaldar eru athuganir François Mauriceau í París og Hendrik van Deventer í Hollandi, en þeir kenndu einmitt Hoorn og Buchwald eins og áður var greint frá.³² Því mætti telja að útgáfa *Yfirsetukvennaskólans* marki lítið skref í átt að nútímaþekkingu á fæðingarferlinu.

Heimildir

- Þessi grein er byggð á inngangi höfundar að útgáfu *Yfirsetukvennaskólans*; Bragi Þorgrímur Ólafsson „Inngangur útgefenda“ Balthazar Johann de Buchwald, *Sá nýi yfirsetukvennaskóliður stutt undirvísun um yfirsetukvennaskólinna*. Heimildarit Söguspekingastiftis VIII (Hafnarfjörður, 2006), bls. ix-xxxv.
- Halldór Brynjólfsson „Formáli“ Balthazar Johann de Buchwald, *Sá nýi yfirsetukvennaskóliður stutt undirvísun um yfirsetukvennaskólinna*. Heimildarit Söguspekingastiftis VIII (Hafnarfjörður, 2006), bls. 8-9.
- Þ. Hannes Þorsteinsson, *Æfir lærða manna* (Halldór Brynjólfsson biskup), bls. 23.
- Þ. Biskupsskjalasafn B IV, Prestastefnubók Halldórs Brynjólfssonar ect. 1748-1796. Prestastefna 27.-28. ágúst 1748.
- Jón Steffensen, „Bjarni Pálsson og samtíð hans“ *Andvari. Nýr flokkur* 85:2 (1960), bls. 106.
- Dansk biografisk lexikon* III. bindi (Kaupmannahöfn, 1889), bls. 219. Jón Steffensen, „Læknanám Bjarna Pálssonar landlæknis“ *Læknaðlið* 44:2 (1960), bls. 68.
- Sjá nánar, Irving S. Cutter og Henry R. Viets, *A Short History of Midwifery* (London, 1964).
- Gordon Norrie, *Det danske jordemodervæsens historie*, (s.n. 1935), bls. 38.
- Balthazar Johannes de Buchwald, *Nye Jorde-moder-skole, eller: kort underviisning udi jorde-moder konsten* (Kjøbenhavn, 1735), án bls..
- Sigurjón Jónsson, *Ágrip af sögu ljósmæðrafræðslu og ljósmæðrastéttar á Íslandi* (Reykjavík, 1959), bls. 9-10.
- Gordon Norrie, *Det danske jordemodervæsens historie*, bls. 39.
- Irving S. Cutter og Henry R. Viets, *A Short History of Midwifery*, bls. 222-223.
- Sumar heimildir telja að ástæðan hafi verið sú að útlendingum hafi ekki verið veittur aðgangur, en aðrar að karlmenn hafi ekki mátt koma inn á fæðingarstofurnar, en að Hoorn hafi þó fengið aðgang með því að múta sjúklingum. Sjá: Carl-Magnus Stolt, *Kaos och kunskap. Medicinens historia till år 2000* (Lund, 1997), bls. 88-89; Irving S. Cutter og Henry R. Viets, *A Short History of Midwifery*, bls. 223.
- Nordisk familjebok. Konversationslexikon och realencyklopedi* 11. bindi (Stokkhólmur, 1909), dálkur 1086-1088.
- Nordisk familjebok. Konversationslexikon och realencyklopedi*, dálkur 1086-1088.
- Johan von Hoorn, *The twenne gudfruchtige ... Siphra och Pua* (Stockholm, 1719), án bls.
- Biblian. Gamla testamentið* (Reykjavík, 1981), bls. 56 (Önnur bók Móse, 1:15-22).
- Sjá t.d. Gunnar Halldórsson, Jón Ólafur Ísberg og Theodóra Þ. Kristinsdóttir, „Íhaldssemi og framfarahugmyndir fyrr á tímum“ *Saga* 27 (1989), bls. 137-151.
- Þ. Copiubók Bjarna Pálssonar. Bréf nr. 37, 20. maí 1761.
- Þ. Copiubók Bjarna Pálssonar. Bréf nr. 48, 11. júlí 1761.
- Þ. Copiubók Bjarna Pálssonar. Bréf nr. 48, 11. júlí 1761.
- Þ. Copiubók Bjarna Pálssonar. Bréf nr. 24, 14. september 1761. Þýðing úr dönsku; Sigurjón Jónsson, *Ágrip af sögu ljósmæðrafræðslu*, bls. 11-12.
- Þórunn Guðmundsdóttir, „Menntun og störf íslenskra ljósmæðra á 18. öld“ *Vefnir. Tímarit Félags um átjándu aldar fræði* 2003. vefnir.bok.hi.is (Sótt 1. ágúst 2006), bls. 4.
- Þ. Copiubók Bjarna Pálssonar. Bréf nr. 24, 14. september 1761. Þessar tillögur eru prentaðar í bók Sigurjóns Jónssonar, *Ágrip af sögu ljósmæðrafræðslu*, bls. 33-35.
- Sigurjón Jónsson, *Ágrip af sögu ljósmæðrafræðslu*, bls. 39.
- Þórunn Guðmundsdóttir, „Menntun og störf íslenskra ljósmæðra á 18. öld“, bls. 4. Sjá um andúð á nýjungum, Gunnar Halldórsson, Jón Ólafur Ísberg og Theodóra Þ. Kristinsdóttir, „Íhaldssemi og framfarahugmyndir fyrr á tímum“.
- Sveinn Pálsson, „Sveinn Pálsson. Skráð af honum sjálfum“ *Merkir Íslendingar. Ævisögur og minningargreinar* III. bindi. Þorkell Jóhannesson bjó til prentunar (Reykjavík 1949), bls. 113.
- Lbs án safnmárgs: *Sá nýi yfirsetukvennaskóli*. Uppskrift.
- Jón Espólin, *Íslands árbækur í sögu-formi* X. deild (Kaupmannahöfn, 1843), bls. 18.
- Ólöf Garðarsdóttir, *Saving the child. Regional, cultural and social aspects of the infant mortality decline in Iceland 1770-1920* (Umeå, 2002) bls. 155-167.
- Sjá t.d. Erla Hulda Halldórsdóttir, „Að vera sjálfstæð. Ímyndir, veruleiki og frelsishugmyndir kvenna á 19. öld“ *Saga* 35 (1997), bls. 57-94.
- Irvine Loudon, „Childbirth“. *Western Medicine. An Illustrated History*. Edited by Irvine Loudon (Oxford, 1997), bls. 206.



medela®
Harmony™
Handdæla

Nú af hverjum tíu mæðrum velja Medela fram yfir aðrar brjóstadælar!

Örvar fyrst og mjólkur svo

YM
www.ymus.is



Verslunin Skírn
Listhúsinu v/Engjateig 17-19 Reykjavík
Sími 568 7500

Er sérvorslun með ungarnavöggur, skírnarkjóra, eftirskírnarfatnað, og sængurgjafir.

Hjá okkur færðu hin yndislegu flísreyfi frá Kiddapotamus.

Reyfin eru margverðlaunuð fyrir frábæra hönnun og þægindi fyrir barnið.

Reyfin vefja barnið öryggistilfinningu og hlýju.

Hefur skipulag mæðraverndar verið að þróast í rétta átt?

Skipulag mæðraverndar hefur tekið talsverðum breytingum á undanförunum árum og það er því ekki óeðlilegt að spurt sé hvort þjónusta við verðandi mæður hafi verið að þróast í rétta átt.

Sé horft 10-15 ár aftur í tímann þá var mæðravernd sinnt annars vegar af heilsugæslustöðvum og hins vegar af Kvennadeild Landspítalans. Á þessum tíma vantaði mikið upp á að ljósmæður væru starfandi á öllum heilsugæslustöðum, auk þess sem talsvert skorti á að búið væri að byggja upp heilsugæsluþjónustu á höfuðborgarsvæðinu. Einnig voru menn sammála um að aðstaða fyrir mæðravernd á Kvennadeild þyrfti að vera betri.

Meginhugsunin á bak við þetta skipulag var að heilsugæslan ætti að sinna almennri mæðravernd, en að Kvennadeildin ætti að sjá um konur í áhættumeðgöngu. Kvennadeildin sinnti hins vegar mun fleiri konum en þeim sem voru í áhættu og því varð sú þjónusta sem deildin veitti blanda af þjónustu vegna áhættumeðgöngu og almennri mæðravernd. Ein ástæða fyrir því að deildin hélt sig ekki eingöngu við áhættumeðgöngu var sú að Landspítalinn taldi nauðsynlegt að læknanemar kynntust líka konum í eðlilegri meðgöngu.

Á árunum 1996-98 var talsvert rætt um það innan og utan Landspítalans að eðlilegra væri að öll mæðravernd færi til heilsugæslunnar. Niðurstaðan varð sú að stíga þetta skref og í ársbyrjun 2000 tók heilsugæslan alfarið yfir mæðravernd á höfuðborgarsvæðinu. Mæðraverndin fékk rúmgott húsnæði á Heilsuverndarstöðinni við Barónsstíg og þar var byggð upp öflug þjónusta við verðandi mæður. Gerður var samningur milli Landspítala og Heilsugæslunnar í Reykjavík sem fól meðal annars í sér að Landspítalinn lagði til eina stöðu sérfræðings í áhættumeðgöngu, enda var Miðstöð mæðraverndar á Heilsuverndarstöðinni ætlað að sinna konum í áhættumeðgöngu. Miðstöð mæðraverndar var því ætlað að sinna almennri mæðravernd, áhættumeðgöngu og fræðslu og leiðbeiningum til ljósmæðra á heilsugæslustöðvum.



Egill Ólafsson,
blaðamaður á Morgunblaðinu

Sigríður Sía Jónsdóttir, fyrrverandi yfirljósmóðir á Miðstöð mæðraverndar, sagði að Miðstöð mæðraverndar hefði frá upphafi sinnt bæði konum í eðlilegri meðgöngu og áhættumeðgöngu. Fljótlega hefði deildin hins vegar farið að beina konum í eðlilegri meðgöngu markvisst út á heilsugæslustöðvarnar. Þetta hefði verið gert með því að gera greiningu í gegnum síma um leið og konurnar pöntuðu tíma með það að markmiði að greina frá konur sem væru í áhættu eða hefðu sögu sem kallaði á aukið eftirlit. Sigríður Sía sagði að það hefði kostað talsvert átak að koma málum í það horf að þorri kvenna leitaði í mæðraskoðun á heilsugæslustöðvum, en þetta hefði tekist og hefði undir lokin verið farið að ganga mjög vel.

Samhliða þessari breytingu fóru heilsugæslustöðvarnar að ráða fleiri ljósmæður til starfa og hækka starfshlutfall þeirra. Áður voru víða engar ljósmæður starfandi á heilsugæslustöðvum eða í lágu starfshlutfalli.

Gallar á skipulagi

Margrét Hallgrímsson, sviðsstjóri á Kvennadeild, sagði að þó ágætlega hefði gengið að byggja upp þjónustu á Miðstöð mæðraverndar hefði fljótlega komið í ljós að vissir gallar voru á fyrirkomulaginu sem leitt hefðu til þess að þjónusta við sumar konur var ekki eins og best var á kosið. Hún sagðist eink-

um eiga þar við konur sem við eftirlit á heilsugæslustöð hefðu verið með vandamál sem hefðu þurft nánari skoðunar við. Þessum konum hefði verið bent á að leita til Miðstöðvar mæðraverndar, en sumar þessara kvenna hefðu verið með alvarleg vandamál sem Miðstöð mæðraverndar hefði ekki ráðið við og því hefði þeim verið vísað áfram til Kvennadeildar. Þessum konum hefði hins vegar strax átt að vísa til Kvennadeildar.

Margrét sagði að þegar búið var að gera nauðsynlegar rannsóknir á konunum á Kvennadeild hefði komið upp sú spurning hvert konurnar ættu að fara. Áttu þær að vera áfram undir eftirliti á Kvennadeild, Miðstöð mæðraverndar eða á heilsugæslustöð?

Sigríður Sía sagði að vandamálið hefði að sínu mati fyrst og fremst snúist um að það hefði aldrei verið gengið endanlega frá þessum hlutum milli Miðstöðvar mæðraverndar og Kvennadeildar. Miðstöð mæðraverndar hefði alltaf verið háð Kvennadeild um ýmsar rannsóknir sem tengjast áhættumeðgöngu. Miðstöðin hefði aldrei fengið allan þann tækniþúnað sem hún hefði þurft á að halda til að geta sinnt fullkomlega þjónustu við konur í áhættu. Hún hefði aldrei fengið mónitor og sónar og eins hefði ekki verið hægt að gera allar nauðsynlegar mælingar, t.d. á konum með of háan blóðþrýsting.

Sigríður Sía sagði að Miðstöð mæðraverndar hefði eftir sem áður sýnt fram á að starfsfólk deildarinnar réði við það verkefni að sinna konum í áhættu. Þar hefði byggst upp mikil þekking og starfsfólkið hefði haft fulla burði til að sinna konum í áhættumeðgöngu allt fram að þeim tíma að nauðsynlegt varð að leggja þær inn.

Margrét sagði, eins og Sigríður Sía, að þó Miðstöð mæðraverndar hefði verið að sinna áhættumeðgöngu hefði hana vantað búnað til að gera ákveðnar rannsóknir þegar um var að ræða grun um tiltekin vandamál. Þarna hefði því skort á að fyrirkomulag þjónustunnar væri sem best var á kosið.

Það er ljóst af orðum Margrétar að

innan Kvennadeildar var það viðhorf að skipulag mæðraverndar væri of flókið og að það væri hægt að bæta þjónustu við verðandi mæður. Óvissa í húsnæðismálum Heilsuverndarstöðvarinnar verður síðan til þess að breytingar eru gerðar á þjónustunni. Heilsuverndarstöðin var sameiginlega í eigu ríkisins og Reykjavíkurborgar. Viðhald á húsnæðinu hafði ekki verið sinnt eins og þörf var á. Samstaða var jafnframt um að þetta sameiginlega eignarhald væri óheppilegt, en engin samstaða náðist hins vegar um á hvaða verði ríkið ætti að eignast hlut borgarinnar í stöðinni. Að lokum komu deiluaðilar sér saman um að auglýsa Heilsuverndarstöðina til sölu. Það tilboð sem barst var það hátt að ríkið ákvað að nýta ekki forkaupsrétt heldur flytja starfsemi Heilsugæslu Reykjavíkur í annað húsnæði upp í Mjódd. Margir hafa gagnrýnt harðlega þessa ákvörðun og hvernig að henni var staðið, en segja má að með henni hafi verið kippt fótunum undan starfsemi Miðstöðvar mæðraverndar í þeirri mynd sem hún var í.

Læknar Kvennadeildar neituðu að sinna mæðravernd upp í Mjódd m.a. vegna fjarlægðar frá Landspítalanum. Þar með var útilokað að Miðstöð mæðraverndar gæti áfram sinnt konum í áhættumeðgöngu. Hugmyndir um að efla Miðstöð mæðraverndar með því t.d. að kaupa sónar voru lagðar á hilluna og í staðinn var komið á fót mæðravernd á Kvennadeild sem eingöngu er ætlað að sinna áhættumeðgöngum.

Sú spurning hlýtur að vakna hvort breytingar hefðu verið gerðar á skipulagi mæðraverndar ef salan á Heilsuverndarstöðinni hefði ekki komið til. Það liggur fyrir að innan Landspítalans voru þær raddir að gallar væru á skipulagi mæðraverndar og vilji til að gera breytingar á því. Sigríður Sía telur raunar að sumir stjórnendur á Kvennadeild hafi aldrei sætt sig við að deildin léti mæðraverndina frá sér og þeir hafi notað tækifæri til að knýja fram breytingar þegar Heilsuverndarstöðin var seld. Hún sagðist líta svo á að þarna hefðu átt sér stað átök um hugmyndafræði, þ.e. annars vegar þeirra sem vildu að mæðravernd væri hluti af heilsugæslunni og hins vegar þeirra sem teldu að mæðravernd ætti að vera á verksviði spítalans. Þetta hefði verið valdabarátta. Þeir sem hefðu viljað verja Miðstöð mæðraverndar hefðu staðið mjög höllum fæti í þessari baráttu eftir að búið var að selja Heilsuverndarstöðina.

Betri þjónusta

Hvað sem líður átökum um skipulag mæðraverndar hlýtur meginspurningin að vera hvort þjónusta við verðandi mæður sé betri í dag en hún var þegar horft er nokkur ár aftur í tímann. Flestir eru sammála um að þróunin hafi verið í rétta átt. Þjónusta ljósmæðra á heilsugæslustöðunum hafi verið að eflast og batna síðustu ár, ekki hvað síst fyrir tilverkan Miðstöðvar mæðraverndar. Þá er ljóst að konur í áhættumeðgöngu fara nú beint á Kvennadeild þar sem öll tæki og aðstæður eru til að gera nauðsynlegar rannsóknir og skoðanir. Þess má einnig geta að frá landlæknisembættinu er von á leiðbeiningum um meðgöngu-vernd sem auðveldar ljósmæðrum að stýra því hvert konur eiga að leita, þ.e. hvaða konur teljist í áhættu.

Margrét Hallgrímsson sagði að innan Kvennadeildar væri áhugi á að bæta þjónustu við konur í áhættumeðgöngu með því að nýta betur þá sérþekkingu sem er innan Landspítalans á sykursýki og háþrýstingi sem stuðlað gæti að bættu heilsufari kvenna eftir meðgöngu. Einnig væri áhugi á að auka samstarf við geðdeild. Margrét sagði að Kvennadeildin áætlaði að komur í mæðraskoðun á deildinni yrðu 3000-4000 á ári, en þær voru um 15.000 á níunda áratugnum þegar deildin var bæði að sinna konum í áhættumeðgöngu og öðrum konum.

Sigríður Sía sagðist telja að framfarir hefðu orðið í þjónustu við verðandi mæður á undanförunum árum, ekki síst vegna þess að búið væri að byggja upp mæðravernd á heilsugæslustöðvunum. Hún sagðist þó hafa áhyggjur af því að sú ráðgjöf við konur sem Miðstöð mæðraverndar hefði verið búin að byggja upp væri ekki sinnt eins vel í dag og áður. Þetta hefði verið vaxandi og þýðingarmikill þáttur í starfseminni. Sigríður Sía sagði enn fremur að aðstaða mæðraverndar á Kvennadeild væri ekki nægilega góð, hvorki fyrir konur né starfsfólk. Húsnæði Heilsuverndarstöðvarinnar hefði verið mun betra.

Sigríður Sía bætti við að ljósmæður sem ráðnar væru til starfa á heilsugæslustöðvum væru ekki ráðnar í skilgreindar stöður ljósmæðra heldur væru þær ráðnar sem hjúkrunarfræðingar eða heilbrigðisstarfsmenn. Á þessu þyrfti að ráða bót.

Bakland fyrir heilsugæslustöðvarnar varðandi mæðravernd

Þessar skipulagsbreytingar hafa haft í för með sér miklar breytingar fyrir starfsfólk á Miðstöð mæðraverndar. Jóna Dóra

Kristinsdóttir, yfirljósmóðir á Miðstöð mæðraverndar, sagði að breytingarnar hefðu valdið róti og óöryggi hjá starfsfólki. Hvað sem mönnum þætti um breytingarnar væri hins vegar ekki um annað að gera fyrir starfsfólkið en að vinna út frá þeirri stöðu sem upp væri komin. Hlutverk Miðstöðvar mæðraverndar væri nú að vera bakland fyrir heilsugæslustöðvarnar varðandi sérfræðiþjónustu um mæðravernd. Þegar upp kæmu álitamál við skoðanir á heilsugæslustöðvum gætu ljósmæður leitað til Miðstöðvar mæðraverndar til að fá álit um hvort nauðsynlegt væri að senda konurnar strax í skoðun á Kvennadeild eða hvort nægilegt væri að panta tíma hjá fæðingarlækni á heilsugæslustöð. Fæðingarlæknarnir kæmu á 2-4 vikna fresti á heilsugæslustöðvar til að skoða konur. Hún sagði að það hefði tekið tíma að þróa þetta nýja fyrirkomulag, en hún sagðist telja að þetta ætti eftir að ganga vel.

Jóna Dóra sagði að það hefði ýmsa jákvæða kosti fyrir ljósmæður á heilsugæslustöðvum að fá fæðingarlækna í heimsókn. Þær væru með læknunum í mæðraskoðunum og gætu rætt við þá um álitamál í sambandi við meðgöngu þeirra kvenna sem væru hjá þeim í skoðun.

Miðstöð mæðraverndar sinnir einnig fæðingarfræðslu og sérhæfðri fæðingarfræðslu. Þar er t.d. boðið upp á fæðingarfræðslu á ensku og fyrirhugað er að bjóða hana á pólsku. Einnig er boðið þar upp á fæðingarfræðslu fyrir tvíburamæður. Heilsugæslustöðvarnar bjóða einnig upp á fæðingarfræðslu og sagði Jóna Dóra það hafa gengið vel, en þó gætu ekki allar stöðvar boðið upp á hentugt húsnæði undir slík námskeið.

Miðstöð mæðraverndar er ekki aðeins ætlað að veita heilbrigðisstarfsfólki og almenningi faglega ráðgjöf, fræðslu og stuðning, heldur á hún að vinna að vísindarannsóknum í mæðravernd og vinna með heilbrigðisyrifvöldum og heilsugæslu landsins að stefnumótun og mæðravernd á landsvísu.

Eins og staðan er í dag fara allar konur í mæðraskoðun á sinni hverfisheilsugæslustöð en konur í áhættumeðgöngu fara á göngudeildina á LSH. Hingað til hefur ekki verið starfandi ljósmóðir á öllum heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu en breyting er að verða á því. Tíminn mun leiða það í ljós hvort þetta kerfi er skilvirkara en það sem fyrir var, aðalmálið er að verðandi foreldrar fái áfram góða og faglega þjónustu frá ljósmóður með gott aðgengi að öðru fagfólki.

„Kendt jordemoder”

Rannsóknarverkefni með nútíma umdæmisljósmæður í Danmörku

*Síðustu þrjú ár hefur nýstárlegt fyrir-
komulag verið reynt á Ljósmæðrastofunni
í Álaborg. Nýstárlegt eða ekki, það er
nýtt fyrir okkur nútímaljósmæðrum en í
raun byggt á gamla umdæmisljósmæðra-
kerfinu sem enn er vísir að á Íslandi þar
sem einungis ein eða tvær ljósmæður
starfa. Tilraunaverkefnið byggðist á því
að tvær ljósmæður önnuðust 240 konur
í meðgöngu, fæðingu og sængurlegu á
tveggja ára tímabili. Verkefnið er hér
kynnt í stórum dráttum.*

Bakgrunnur

Í Álaborg sem öðrum bæjum Danmerkur,
vinna ljósmæður einn dag í viku við
mæðravernd á Ljósmæðrastofunni
(Jordemodercenter) en hina dagana vinna
þær á fæðingardeildinni. Hvortveggja er
rekið af sýslunni. Þó svo að ljósmæð-
urnar vinna bæði við mæðravernd og
fæðingahjálpu, er það undir hælinn lagt
hvort skjólstaðingarnir fái „sína ljós-
móður” í fæðingunni.

Fjöldi mæðraskoðana hjá ljósmóður
eru þrjár fyrir fjölbyrju og 5-6 fyrir
frumbyrju en þess utan skoðar heimilis-
læknir konurnar þrisvar sinnum á með-
göngunni. Konum sem þurfa að hitta
fæðingalækni er vísað á göngudeild
kvenna (Svangreambulatorium) og þar
fara einnig fram ómskoðanir.

Danskar ljósmæður hafa fyrir löngu
síðan misst sængurlegu frá sér vegna
mannekle á sængurkvennadeildum en
þar starfa hjúkrunarfræðingar og sjúkra-
liðar. Það er því ekki vani að ljósmæður
annist sængurkonur lengur en þær tvær
klukkustundir sem þær dvelja á fæðing-
ardeildinni en konum er boðið upp á
sængurleguviðtal við ljósmóðurina sem
var með þeim í fæðingu.

Rannsóknarverkefnið – Projekt Moderne Distriktsjordemoder

Markmið rannsóknarverkefnisins var
að láta reyna á aðra uppbyggingu af
ljósmæðraþjónustu en hina hefðbundnu,
sem hefði það fyrir augum að ná hámarks
samfelli, við kynnum og öryggi í þjón-
ustunni. Sérstök áhersla var lögð á að
skoða vinnuáðstæður ljósmæðranna.

Verkefnið var rekið í tvö ár (júní
2004 til júní 2006) með tveimur ljós-
mæðrum sem önnuðust 240 barnshaf-
andi og fæðandi konur. Ljósmæðurnar
skiptu vinnunni á milli sín þannig að
alltaf væri önnur hvor þeirra á vakt. Til
samanburðar var hefðbundin barneign-
arþjónusta á sama stað.

Hvers vegna tvær ljósmæður?

Það kann að þykja ómanneskjulegt fyrir
hvern sem er að vera á bakvöktum heilu
vikurnar og hvers vegna þá ekki að
hafa fleiri ljósmæður og léttari byrði?
Álaborgarljósmæðurnar
telja mikilvægt að
einungis séu tvær
um dæmisljós-
mæður í teymi
og fullyrða að
barnshafandi
kona geti ekki
tengst fleiri en
tveimur ljós-
mæðrum í einu.

Fleiri ljósmæður
þyrftu líka fleiri skjól-
staðinga og því væru meiri líkur
á að fæðingar rækjust á. Það hefði í
för með sér að færri konur fæddu hjá
umdæmisljósmæðrunum og fengju því
ekki þá samfelli sem þær væru að sækj-
ast eftir með því að velja umdæmisljós-
móður. Fleiri yrðu því óánægðar með
þjónustuna og það finnst ljósmæðrunum
ekki vera þess virði.

Fyrirkomulag þjónustunnar

Umdæmisljósmæðurnar tvær skiptu
með sér vöktum þannig að hvor þeirra
var viku í senn á bakvakt. Einn dag í
viku var mæðravernd og voru þá báðar
ljósmæðurnar til staðar. Þær bókuðu 10
konur á mánuði, þ.e. 120 konur á ári
og önnuðust þær í gegnum meðgöngu,
fæðingu og tvo klukkutíma eftir fæð-
inguna. Allar konur gátu verið með í
verkefninu.

Samskipti við fæðingardeild

Samstarfsljósmæðurnar á fæðing-
ardeildinni voru jákvæðar út í verkefnið

vegna þess að þær töldu það mikilvægt
og eins vissu þær að umdæmisljós-
mæðurnar tvær fengu sömu laun og
þær. Þess var einnig gætt að þrátt fyrir
að sjúkrahúsið væri stolt af verkefninu
og umdæmisljósmæðrunum sínum,
fengu aðrar ljósmæður skýr skilaboð
um ágæti sitt. Mikil áhersla var lögð á
að umdæmisljósmæðurnar gengju ekki
í önnur störf á fæðingardeildinni en þau
sem tilheyrðu þeirra konum og var það
talið hjálpa að fæðingarstofan þeirra var
staðsett langt frá öðrum fæðingarstof-
um. Ljósmóðirin sem var í frí þá vik-
una, var ekki kölluð út þrátt
fyrir að tvær fæðingar
rækjust á eða ljós-
móðirin á vakt-
inni væri búin
að vinna lengur
án hvíldar en
forsvaranlegt
var eða ef hún
veiktist. Í þessum
tilvikum hjálpuðu
ljósmæður á fæðing-
ardeildinni til.

Mæðraverndin

Fjöldi ljósmæðraskoðana í mæðravernd
var sá sami og tíðkaðist á staðnum, þ.e.
þrjár til fjórar skoðanir fyrir fjölbyrjur
og fimm til sex fyrir frumbyrjur. Þar
að auki fengu konurnar þrjár skoðanir
hjá heimilislækni að danski venju. Um
30% fjölbyrja hefði viljað fá fleiri skoð-
anir hjá ljósmæðrunum þar sem þrjú
skipti duga tæplega til að byggja upp
sambandið á milli konu og ljósmóð-
ur. Umdæmisljósmæðurnar bókuðu tíu
konur á mánuði og dreifðist því fæð-
ingafjöldinn jafnt yfir árið. Mæðravernd
var sem fyrr segir einn dag í viku. Báðar
ljósmæðurnar voru viðstaddar skoð-
anirnar og var ánægja með það, bæði hjá
ljósmæðrunum og skjólstaðingunum.

Fæðingin

Konurnar völdu á milli þess að fæða
á fæðingardeildinni eða heima. Þær
hringdu í ljósmóðurina snemma í fæð-
ingunni þar sem umsamið var að það



gæti tekið ljósmóðurina einn klukkutíma að komast til hennar. Ljósmóðirin gat því verið aðeins lausari við. 95% kvennanna fæddu hjá annari hvorri umdæmisljósmóðurinni og var mikil ánægja með það, bæði hjá konunum sjálfum og ljósmæðrunum.

Verkefnið leiddi af sér þá óvæntu niðurstöðu að heimafæðingum fjölgaði úr 1% eins og er á landsvísi, í 8% meðal kvennana sem tóku þátt í þessu tilraunaverkefni.

90% kvennana í verkefninu sögðust hafa haft góða eða mjög góða fæðingarupplifun. Allar konurnar voru sammála um að það skipti máli fyrir fæðingarupplifunina að þekkja ljósmóðurina sem tók á móti, og 80% kvenna sögðu að það skipti mjög miklu máli. Að meðaltali var innlögn á sjúkrahús 4 klukkustundum styttri, bæði hjá frumbyrjum og fjölbyrjum í verkefninu, miðað við hefðbundna kerfið.

Sængurlegan

Umdæmisljósmæðurnar önnuðust konurnar sínar í tvo klukkutíma eftir fæðingu, þ.e. þann tíma sem konurnar dvöldust á fæðingardeilinni. Þær buðu svo konunum upp á sængurleguviðtal. Eins og fyrr segir, er þessi umönnun í sængurlegu sú sama og tíðkast meðal ljósmæðra í Danmörku.

Samskipti og samband konu og ljósmóður

Fyrir utan mæðraverndina, gátu konurnar haft samband við umdæmisljósmóðurina í síma, tölvupósti og með SMS og voru konurnar mjög ánægðar með hversu auðvelt var að ná sambandi við ljósmóðurina. Hið nána samband sem byggðist upp milli konunnar og ljósmóðurrinnar hafði það einnig í för með sér að 66% kvennana sögðust hafa tekið tillit til nætursvefns ljósmóðurrinnar og því vegið mikilvægi erindisins eða seinkað hringingunni vegna þessa. 30% kvennana sögðust líka hafa hugsað um þarfir ljósmóðurrinnar (hvíld og næringu) í fæðingunni. Eftir fæðinguna hefðu konurnar gjarnan viljað hitta ljósmóður sína oftast og ljósmæðurnar hefðu viljað fara í heimavitjanir til kvennanna fyrstu tvær vikurnar eftir fæðinguna.

Tölfræðileg útkoma

Umdæmisljósmæðurnar töldu sig ekki vera komnar með það stórt úrtak (232 konur) að hægt væri að draga ályktanir af tölfræðilegum útkomum fæðinga. En þær upplýsingar sem liggja fyrir, sýna

að þrátt fyrir að hærra hlutfall sé af frumbyrjum í verkefninu (56,3%) en í samanburðarhópnum (41,7%), var ekki marktækur munur á útkomu fæðinganna. Þó munurinn væri ekki marktækur vegna lítills þýðis, var hann tilraunaverkefninu í vil m.t.t. fleiri vaginal fæðinga, fleiri fæðinga án inngrípa, færri keisarskurða og færri gangsetninga. Notkun epiduraldeyfinga var jöfn milli hópanna en eilítið fleiri sogklukkufæðingar voru í rannsóknarhópnum.

Vaktabyrði og laun

Umdæmisljósmæðurnar voru sammála um að þetta vinnufyrirkomulag henti ekki ljósmæðrum sem finnst þær vera í vinnunni þegar þær eru á bakvakt heima – það væri allt of mikið álag fyrir þær. Í raun er hvor ljósmóðir á vakt hálft árið en er ekki í útkalli nema að meðaltali 3,8 klst á sólarhring af þeim tíma. Til samanburðar við það eru danskar ljósmæður vanar að taka sólarhringsbakvaktir þar sem þær eru í útkalli í 8-10 klst að meðaltali.

Laun umdæmisljósmæðranna eru þau sömu eða eilítið hærri en þær höfðu áður í fullri vinnu. Þær hafa föst laun sem reiknuð eru út frá meðaltali af vaktaálagi þeirra þegar þær unnu hefðbundna deildarvinnu.

Sumarfrí

Í sumarfríi hafa umdæmisljósmæðurnar dekkjað hvor aðra þannig að önnur er á vakt í þrjár vikur samfleytt. Aðrar leiðir hafa líka komið til umræðu eins og að fá afleysingaljósmóður sem konurnar myndu þá kynnast í mæðraverndinni. Eins þekkist sú aðferð á Nýja Sjálandi að bóka ekki konur sem eiga von á sér meðan á sumarleyfum stendur.

Kostnaður

Umdæmisljósmæðrakerfið er við fyrstu sýn dýrara en hefðbundið kerfi þar sem deildarljósmóðir í fullri vinnu annast 80 fæðingar á ári en umdæmisljósmóðirin 60. Þetta fyrirkomulag er talið 10-25% dýrara en hið hefðbundna en þá hefur ekki verið tekið tillit til sparnaðar vegna færri klukkustunda í innlögn á sjúkrahúsi, fleiri heimafæðinga og færri veikindadaga umdæmisljósmæðra en gengur og gerist í hinu hefðbundna kerfi.

Vinsældir

Helsta ástæðan fyrir því að konur vildu taka þátt í tilraunaverkefninu var sú að sömu tvær ljósmæðurnar fylgdu þeim eftir í gegnum meðgöngu og fæðingu.

Konurnar sem tóku þátt í verkefninu upplifðu sambandið við ljósmóðurina betur en í hinu hefðbundna kerfi og voru mjög hrifnar af fyrirkomulaginu. Um 90% kvenna kys umdæmisljósmóður fram yfir hefðbundið kerfi og rúmlega 99% þeirra frumbyrja og 100% þeirra fjölbyrja sem tóku þátt í verkefninu sögðust myndu kjósa það aftur á næstu meðgöngu.

Umdæmisljósmæðurnar tvær voru ánægðar með vinnufyrirkomulagið og upplifðu tengslin við konurnar sem mjög mikilvæg fyrir ánægju í starfi. Möguleikinn á því að fylgja konum eftir í barneignarferlinu og byggja þannig upp gagnkvæmt traust og öryggi, veitti ljósmæðrunum aukna starfsánægju. Um 20% ljósmæðra getur hugsað sér að vinna sem umdæmisljósmóðir. Þess ber að gæta að danskar ljósmæður eru undir áhrifum af þeirri reynslu sem þær hafa af sólarhrings bakvöktum, sem útheimta mun meiri útköll en umdæmisljósmæðurnar hafa reynslu af, eins og fram kemur hér á undan.

Í kjölfar þessarar góðu reynslu af tilraunaverkefninu í Álaborg, er stefnt að því að bjóða upp á umdæmisljósmæður á öllum fæðingardeildum í Danmörku.

Hvernig getum við notað okkur þessa reynslu?

Þessu verkefni hefur verið sýnd mikil athygli á Norðurlöndunum, sérstaklega í Noregi þar sem ljósmæður undirbúa nú tillögur að breyttri barneignarþjónustu til þarlanda heilbrigðisyfirvalda. Íslenskar ljósmæður hafa einnig sýnt verkefninu mikinn áhuga. Þegar það var kynnt á Hringborðsumræðum ljósmæðra í maí, var ákveðið að kynna það betur með grein í Ljósmæðrablaðinu sem hér er fædd og stofna til umræðu á innra neti vefsíðu Ljósmæðrafélagsins. Við þurfum að ræða hvernig við getum nýtt okkur þessa reynslu dönsku ljósmæðranna og er því áhugasömum bent á að hafa samband við Ljósmæðrafélag Íslands. Lokaskýrslu tilraunaverkefnisins má einnig panta á rafrænu formi hjá: formadur@ljosmaedrafelag.is

Heimildir:

Projekt Moderne Distriktsjordemoder – med fokus paa arbejdstid og jordemoderydelser. Slutrapport.

Óformlegur kynningarfundur (Turku, 6.maí 2007) um “Kendt jordemoder- projekt.” með umdæmisljósmóður og yfirljósmóðurinni í Álaborg.

Eigin reynsla af ljósmæðrastörfum í Danmörku (Vejle og Horsens sygehus, Jótlandi).

Hugleiðingar um skimun fyrir HIV á meðgöngu

Í dreifibréfi Landlæknisembættisins nr. 4 (2001) er minnt á mikilvægi þess að bjóða öllum verðandi mæðrum rannsókn á HIV mótefnum, m.a. vegna þess að flestir þeirra sem greinast með HIV smit nú á dögum eru ungt gagnkynhneigt fólk. Í starfi mínu sem ljósmóðir leita ég eftir upplýsingum um niðurstöður rannsókna í mæðraskrár þeirra kvenna sem ég er að sinna. Það hefur vakið athygli mína hve stór hluti kvenna hefur ekki þegið mælingu á HIV mótefnum en undantekningalaust er rannsakað hvort kona hafi sýfilis. Ég velti því fyrir mér hvort skimun fyrir HIV á Íslandi sé tilviljanakennd eða hvort öllum konum sé boðið markvisst upp á slíka rannsókn. Getur verið að allar konur þiggi rannsókn á sýfilis en afþakki rannsókn á HIV mótefnum? Kona nokkur sem sendi okkur fyrirspurn á www.ljosmodir.is hefur a.m.k. ekki meðtekið eða fengið upplýsingar um þær rannsóknir sem hún fór í, því hún spyr: „Ég er komin 20 vikur á leið og fór í blóðpröfu fyrir nokkrum vikum, en gleymdi að spyrja ljósmóðurina hvað væri verið að taka og af hverju“.

Í þessari grein ætla ég að fjalla um skimun fyrir HIV á meðgöngu og hlutverk ljósmæðra í því sambandi. Ég mun fjalla um ávinning þess fyrir hina verðandi móður og fjölskyldu hennar að þiggja slíka rannsókn og gildi þess fyrir samfélagið að bjóða öllum barnshafandi konum upp á slíka rannsókn.

Ávinningur, áhætta og kostnaður

Í leiðbeiningum National Institute for Clinical Excellence um meðgönguvernd sem gefnar voru út árið 2003 er mælt með HIV skimun á meðgöngu. Fagfólk á sviði meðgönguverndar virðist vera sammála um að bjóða öllum konum upp á rannsókn á HIV mótefnum á meðgöngu. Það vekur þó athygli að í könnun sem gerð var hér á landi á vegum sóttvarnalæknis kom fram að einungis voru mæld HIV mótefni hjá 40% kvenna á meðgöngu árið 2004



Anna Sigríður Vernharðsdóttir, ljósmóðir á fæðingardeild LSH og meistaranemi í ljósmóðurfræðum við University of Sheffield.

(Sigurlaug Hauksdóttir, munnleg heimild, 30. október 2006).

Það er enginn vafi á því að það er mikill ávinningur fyrir barnshafandi konu að vita ef HIV sýking er til staðar því það er svo margt sem hægt er að gera til að bæta líf konunnar, líf ófædda barnsins hennar og jafnvel annarra í fjölskyldunni.

Þegar talað er um skimun almennt þarf að huga að nokkrum þáttum. Aðferðin sem notuð er við skimunina þarf að vera án áhættu fyrir skjólstæðinginn og þarf að gefa áreiðanlegar niðurstöður. Það þarf að vera einhver ávinningur fyrir skjólstæðinginn að þiggja rannsóknina, þ.e. lækning eða meðferð sem eykur lífsgæði þarf að vera í boði. Fyrir þjóðfélagið skiptir auðvitað máli að skimun fyrir sjúkdómum sé hagkvæm. Almenna aðferðin við mælingu HIV mótefna felur í sér að tekin er blóðprufa en einnig er mögulegt að rannsaka þvag og munnvatn (CDC, 2006) og því hlýtur mæling á HIV mótefnum að teljast áhættulítill rannsókn. Blóðrannsóknin gefur áreiðanlegar niðurstöður, þó falskt jákvæðar niðurstöður komi einstaka sinnum upp þá er það

mjög óalgengt. Í þeim tilvikum getur önnur rannsókn gefið áreiðanlega niðurstöðu. Ef metinn er kostnaður við HIV skimun til móts við ávinning er hann minni en af öðrum skimunarprófum sem notuð eru, ef marka má úttekt Ziegler og Graves (2004) frá Ástralíu.

Lyfjameðferð, fæðingarmáti og brjóstgjöf

Samkvæmt upplýsingum frá sóttvarnarsviði Landlæknisembættisins hefur ekkert barn smitast af móður á meðgöngu, í fæðingu eða við brjóstgjöf hér á landi (Sigurlaug Hauksdóttir, munnleg heimild, 30. október 2006).

Lyfjameðferð móður með andretróveirulyfjum á meðgöngu dregur úr líkum á smiti til barns (Volmink og Mahlati, 2006). Ákvörðun um fæðingarmáta byggð á veirumagni í blóði móður og að sneiða hjá brjóstgjöf eru þættir sem nú eru taldir geta minnkað verulega líkur á smiti frá móður til barns (Jones, 2003; McGowan og Shah, 2000; Volmink og Mahlati, 2006). Framfarir hafa orðið í þekkingu á þessu sviði því fyrir nokkrum árum voru taldir minni líkur á smiti frá móður til barns ef það var tekið með keisaraskurði en nú er talið að fæðing um fæðingarveg auki ekki líkur á smiti ef veirumagn í blóði móður er lágt (Jones, 2003). HIV sýking móður hefur verið algjör frábending frá brjóstgjöf og mælt er með því að sleppa alveg brjóstgjöf á þeim svæðum þar sem kostur er á að gefa nýburum þurrmjólk blandaða með ómengduðu vatni (Miller, 2006). Á þeim svæðum heimsins þar sem vatn er megnað hefur brjóstgjöf verið talin betri við þessar aðstæður. Niðurstöður rannsókna Coutoudisa, Pillaya, Kuhn, Spooner, Tsaic, og Coovadiaa (2001) sem gerð var í Suður Afríku er athyglisverð því tíðni HIV smits hjá 118 börnum HIV smitaðra mæðra sem eingöngu voru á brjósti var ekki hærri við sex mánaða aldur en hjá börnum sem aldrei höfðu fengið brjóst. Það bendir margt til þess að mögulegt verði að draga úr HIV

smiti frá móður til barns í þróunarlöndunum með því að mæla með brjóstgjöf eingöngu því það þykir sýnt að ef barn fær aðra fæðu með brjóstamjólkinni er um helmingi meiri hætta á smiti en hjá þeim sem eru eingöngu á brjósti (Ilf, o.fl., 2005; Coutoudisa o.fl. 2001).

Getum gert betur

Kevin De Cock læknir hjá Alþjóða heilbrigðismálastofnuninni hvetur lækna í heiminum til þess að fá fólk í auknum mæli til þess að fara í HIV próf því nú af hverjum tíu HIV smitðum vissu ekki að þeir væru með sjúkdóminn („Læknar heims hvattir til að fá sjúklinga í HIV- og alnæmispróf“, 2006).

Ég tel að ljósmæður geti gert enn betur þegar kemur að því að bjóða konum rannsókn á HIV mótefnum á meðgöngu. Ef til vill er gagnlegt að gera leiðbeiningar um HIV skimun á meðgöngu. Reynolds (2004) fjallar um gerð slíkra leiðbeininga og gagnsemi þeirra m.a. um þær upplýsingar sem gott er að gefa þegar verið að bjóða konum þessa rannsókn og upplýsingar sem gott er gefa eftir rannsóknina hvort

sem mótefni mælast eða ekki. Í rannsókn Campbell og Bernhardt (2003) kom fram að flestar konurnar sem þáðu ekki rannsókn á HIV mótefnum á meðgöngu (77%) gerðu það vegna þess að þær töldu sig ekki vera í áhættuhóp. Kannski væri gagnlegt að spyrja konur hvers vegna þær vildu ekki þiggja rannsóknina, ræða það síðan nánar, án þess þó að þvinga þær til að þiggja hana. Samkvæmt upplýsingum frá sóttvarnarsviði Landlæknisembættisins eru ekki til tölur um það hve margar verðandi mæður hafi greinst með HIV á meðgöngu hér á landi en vitað er að árið 2004 greindist ein kona með HIV á meðgöngu (Sigurlaug Hauksdóttir, munnleg heimild, 30. október 2006).

Að lokum

Fagleg vinnubrögð fela í sér að gefa skjólstæðingum áreiðanlegar upplýsingar þannig að þeir geti tekið upplýsta ákvörðun. Ljósmæður gegna hér mikilvægu hlutverki í að veita barnshafandi konum og fjölskyldum þeirra upplýsingar um ávinning af því að þiggja rannsókn á HIV mótefnum á meðgöngu.

Ljósmæður

Lausar eru til umsóknar stöður ljósmæðra á kvennadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri. Um er að ræða 100% stöður. í vaktavinnu. Möguleiki á hlutastarfi eða sumarstarfi.

Hæfniskröfur eru próf frá viðurkenndri stofnun hjúkrunar- og ljósmóðurmenntunar. Lögð er áhersla á frumkvæði, sjálfstæð vinnubrögð og hæfileika í samskiptum og samvinnu.

Næsti yfirmaður er hjúkrunardeildarstjóri.

Laun eru samkvæmt kjarasamningi Ljósmæðrafélags Íslands eða Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og fjármálaráðherra. Stöðurnar eru lausar nú þegar eða eftir nánara samkomulagi.

Nánari upplýsingar gefur Ingibjörg Jónsdóttir, hjúkrunardeildarstjóri í síma 4630135 eða netfang inda@fsa.is og Þóra Ákadóttir, starfsmannastjóri hjúkrunar í síma 4630273 og eða netfang: thora@fsa.is

Umsóknir með upplýsingum um menntun og fyrri störf skulu sendar til Þóru Ákadóttir, starfsmannastjóri hjúkrunar í síma 4630273 og eða netfang: thora@fsa.is Öllum umsóknum verður svarað.

Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri

Heimildaskrá

- Campbell, T. og Bernhardt, S. (2003). Factors that contribute to women declining antenatal HIV testing. *Health Care for Women International*, 24, 544-551.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2006). National HIV Testing Resources. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Upplýsingar fengnar á veraldarvefnum 8. janúar 2006: <http://www.hivtest.org/subindex.cfm?FuseAction=FAQ>
- Coutsoudisa, A., Pillaya, K., Kuhn, L., Spooner, E., Tsai, W.Y. og Coovadia, H.M. (2001). Method of feeding and transmission of HIV-1 from others to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 15 (3), 379-387.
- Ilf, P.J., Piwoz, E.G., Tavengwa, N.V., Zunguza, C.D., Marinda, E.T., Nathoo, K.J., Moulton, L.H. og Ward, B.J. (2005). Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival. *AIDS*, 19, 699-708.
- Jones, L. (2003) *Perinatal HIV Transmission and Birth Options for HIV positive Mothers*. The Positive Aware Network. Upplýsingar fengnar á veraldarvefnum 14. janúar 2006: http://www.tpan.com/publications/positive-ly_aware/sep_oct_03/treatment_series_perinatal.html
- Landlæknisembættið (2001). Tilkynning sóttvarnalæknis um skimun verðandi mæðra fyrir mótefnum gegn rauðum hundum, HIV og lifrabólguveiru B (hepatitis B). *Dreifibréf Landlæknisembættisins* (4).
- Læknar heims hvattir til að fá sjúklinga í HIV- og alnæmispróf (2006). Upplýsingar fengnar á veraldarvefnum 14. ágúst 2006: <http://www.mbl.is/mm/frettir/frett.html?nid=1218020>
- McGowan, J.P. og Shah, S.S. (2000). Prevention of perinatal HIV transmission during pregnancy. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 46(5), 657-68.
- Miller, N. (2006). HIV and Breastfeeding: What we do and don't know in 2005. *MidwiferyToday*, (spring).
- National Institute for Clinical Excellence (2003). *Antenatal care Routine care for the healthy pregnant woman*. National Institute for Clinical Excellence.
- Reynolds, K. (2004). Development of antenatal HIV test guidelines. *British Journal of Midwifery*, 12 (11), 694-697.
- Volmink, J. og Mahlati, U. (2006). *HIV: mother to child transmission. Clinical Evidence* (15), 955-964.
- Ziegler, J.B. and Graves, N (2004). *The time to recommend antenatal HIV screening for all pregnant women has arrived*. The Medical Journal of Australia, 181 (3), 124-125.

Fróðlegt efni um HIV og AIDS

www.aidsmap.com



www.ljosmodir.is

Stjórnarfundur NJF

Hinn árlegi stjórnarfundur NJF var haldinn 2.-3. maí 2007, í boði finnska ljósmæðrafélagsins í Turku að þessu sinni, þar sem Norðurlandaráðstefna NJF var haldin. Samkvæmt lögum samtakanna er ætíð haldinn stjórnarfundur í sambandi við ráðstefnuna og er einungis hægt að kjósa nýjan formann eða gera lagabreytingar í sambandi við þær.

Fundinn sóttu að þessu sinni; Asta von Frencckell forseti samtakanna frá Finnlandi ásamt Siw Nykänen, og Terhi Tasanen nýkosnum formanni finnska ljósmæðrafélagsins. Frá hinum Norðurlöndunum voru; Lillian Bondo og Kit Dynnes Hansen frá Danmörku, Eyðfríð Lisberg Jacobsen og Anna Christiansen frá Færeyjum, Guðlaug Einarsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir frá Íslandi, Nina Schmidt og Brit Roland frá Noregi og þær Anna Nordfjäll og Karin Svárdby frá Svíþjóð. Ritari fundarins var kosin Siw Nykänen frá Finnlandi.

Formlegur fundur hófst stundvíslega klukkan 13.00 á þriðjudegi með léttum hádegisverði. Gengið var til dagskrár fundar sem er nokkuð hefðbundin, farið yfir fundargerð síðasta fundar, farið yfir hverjir væru stjórnarmeðlimir og nýjar ljósmæður sérstaklega boðnar velkomnar. Asta von Frencckell forseti samtakanna stjórnaði fundinum. Póstlisti stjórnarinnar var uppfærður. Fyrsta mál á dagskrá var skýrsla forsetans og var tekið upp þar hvort ætti að endurvekja upplýsingaform það sem hvert félag fyllti út hér áður, þar sem kom fram helstu upplýsingar varðandi fæðingar í hverju landi og kjör ljósmæðra. Mörgum þykir þetta vanta og var Astu og Hildi falið að koma með tillögur að slíkri upplýsingamiðlun milli landanna. Að venju fluttu fulltrúar landanna skýrslur sínar og var það næsta mál á dagskrá og er hér á eftir stiklað á því helsta sem kom fram þar. Hefð hefur skapast fyrir því að fylgja stafrófsröð og var því fyrst rætt um skýrslu danska ljósmæðrafélagsins.

Danmörk

Eins og áður hefur komið fram hefur öll heilbrigðisþjónusta í Danmörku

verið endurskipulögð og landinu skipt upp í 5 svæði og á hvert svæði að skipuleggja þá þjónustu sem það býður upp á í samræmi við nýja heilbrigðislöggjöf og skipulagningu sérmeðferða eins og t.d. krabbameinsmeðferðar og neyðaraðstoðar. Umræða um að t.d. þjónusta svæfingarteymis verði aðeins á fáum sjúkrahúsum hefur áhrif á fæðingarþjónustu og eru ljósmæður mjög áhyggjufullar yfir þessari þróun og fylgjast grannt með framvindu mála.

Varðandi fæðingapjónustuna almennt, þá er hún einnig í endurskipulagningu og hafa ljósmæður verið að prófa sig áfram með ýmis þjónustuform til kvenna og er verkefnið „Kendt jordmor” sem hefur verið tilraunaverkefni í Álaborg síðastliðinn 2 ár og vakið mesta ánægju, bæði meðal kvenna og ljósmæðra. Verkefnið þykir hafa tekist alveg sérstaklega vel og sem dæmi þá hefur heima fæðingum fjölgað mjög (7% miðað við landsmeðaltal sem er innan við 1%), meðal þeirra kvenna sem eru í þessu verkefni og tíðni inngrípa eins og keisaraskurða hrapað verulega. Skýrsla hefur verið unnin um verkefnið og er að finna á heimasíðu danska ljósmæðrafélagsins. Næstu skref eru að bjóða upp á slíka þjónustu í öllum svæðunum 5. Á sama tíma er verið að fækka fæðingarstöðum og t.d. í Kaupmannahöfn er gert ráð fyrir að aðeins verði 4 sjúkrahús í stað 7 núna sem muni bjóða uppá fæðingarþjónustu. Endurskoðun á klínískum leiðbeiningum varðandi mæðravernd er í endurskoðun af fjölfaglegum hópi og gengur allvel.

Áhersla heilbrigðisyrivalda er skiljanlega á gæði þjónustunnar en skilningurinn á því er því miður samofinn hugsuninni um „centraliseringu” þjónustunnar. Ljósmæðrafélagið leggur aftur á móti áherslu á að gæði ljósmæðraþjónustu fari þvert í gegnum kerfin þar sem þær annist konuna í meðgöngu í héraði og fylgi henni svo á sjúkrahús á því stigi sem er viðeigandi við þá þjónustu sem hentar konunni hverju sinni.

Félagið lét gera stóra rannsókn um starfsaðstæður ljósmæðra og helstu niðurstöður þeirrar könnunar eru að 83,4%

allra ljósmæðra í starfi tóku þátt í könnunni og a) almennt eru ljósmæður mjög ánægðar með að hafa valið þetta fag og vinna við það, b) 9 af hverjum 10 eru óánægðar með launin sín og c) 40% ljósmæðra telja að það umhverfi sem þeim er ætlað að sinna störfum sínum sé ófullnægjandi bæði faglega og manneskjulega. Skýrslan er til á skrifstofu ljósmæðrafélagsins fyrir áhugasama, ennfremur á hún að vera á heimasíðu danska ljósmæðrafélagsins http://www.jordemoderforeningen.dk/multimedia/Jorden_dre_p_deltid_og_overarbejde4.pdf eða www.jordemoderforeningen.dk.

Innan danska ljósmæðrafélagsins er starfandi „Jordemoderfagligt selskap”, sem í upphafi varð til með þeim tilgangi að sinna faglegum verkefnum einvörðungu og hefur nú þróast í að verða ráðgefandi fyrir heilbrigðisyrirvöld í ákveðnum málum. Hópurinn starfar mjög náið með stjórn félagsins sem nýtur góðs af þessu grasrótastarfi.

Danska ljósmæðrafélaginu hefur tekist, með Lillian Bondo í fararbroddi, að koma að umræðu í fjölmiðlum um ýmis samfélagsleg málefni eins og vinnuálag ljósmæðra á fæðingadeildum ásamt umræðum um gæði fæðingarþjónustunnar s.s. keisaratíðni, spangarklippingar, sphincterrifur og hríðaörvun svo eitthvað sé nefnt. Einnig umræðu um fóstureyðingar og tímamörk fyrir þær, fæðingar krónprinsessunnar og þátttöku feðra í fæðingarorlofi.

Fæðingar í Danmörku eru um 64.500 á ári og svo virðist sem keisaratíðni árið 2006 verði um 20% og hefur fjöldi þeirra kvenna sem óska sérstaklega eftir því að fæða með keisaraskurði aukist verulega. Aðrar tölur frá heilbrigðisyrirvöldum benda einnig til þess að notkun annarra inngrípa eins og sogklukku og hríðaörvunar hafi aukist talsvert. Ekki virðist vera samhengi milli stærðar fæðingadeilda og inngrípatíðni.

Danska ljósmæðrafélagið mun halda næstu Norðurlandaráðstefnu 3-5 júní árið 2010 en þá eiga Norðurlandasamtökin 60 ára afmæli. Ráðstefnan verður haldin í Kaupmannahöfn.

Finnland

Terhi Tashanen, nýr formaður finnska ljósmæðrafélagsins, kynnti skýrslu þeirra og er hún ráðin í 50% starf, en það er í fyrsta sinn sem það er gert í Finnlandi. Félagið varð 87 ára á árinu. Starf ársins hefur einkennst af undirbúningi Norðurlandaráðstefnunnar sem haldin var í Turku (Åbo) dagana 4.-6. maí. Ljósmæðramenntun í landinu átti 190 ára afmæli á árinu 2006 og var haldið upp á það sem og 110 ára afmæli á útgáfu Ljósmæðrablaðs þeirra. Árið 2006 var einnig merkilegt vegna þess að þá var haldið uppá 110 ára kosningarétt bæði kvenna og karla, en finnskar konur voru þær fyrstu í heiminum að fá kosningarétt svo árið var sannarlega sögulegt.

Varðandi störf ljósmæðra bar mæðra-verndina hæst sem áður. Heilsugæslu-hjúkrunarfræðingar sjá um hana og er oft heitt í kolunum í umræðum í fjölmiðlum sem og annars staðar varðandi þennan þátt heilsugæslunnar. Yfirvöld hafa komið með tillögu um að setja á fót svokallaðar kvennaráðgjafarstöðvar sem fæli í sér að ljósmæður starfa þar. Enn hafa engar ákvarðanir verið teknar en miklar vonir eru bundnar við að af þessu verði og er það mikilvægt skref í að koma ljósmæðrum í meðgöngu-verndina aftur.

Gefinn hefur verið út nýr bæklingur um brjóstagjöf sem er bæði á finnsku og sænsku og tekur mið af stefnu UNICEF og WHO um næringu nýbura og ung-barna. Umræður hafa verið um tækni-frjóvganir og ný lög um þær voru sett í desember 2006 sem munu taka gildi 1. júlí 2007. Lögin veita hjónum, kvenpörum sem og einstæðum konum rétt til tæknifrjóvgunar. Barnið á, við 18 ára aldur, að eiga rétt á að vita um upp-runu sinn. „Surrogat“ meðganga, þ.e. að leigja leg sitt til að ganga með barn fyrir aðra konu er ekki leyfð. Sjá má lög-gjöfina á <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2006/20061237>. Samkvæmt finnsku fæðingarskráningunni fyrir árið 2005 voru 56.396 fæðingar það ár. Keisaratiðni var 16%. Á síðastliðnum 10 árum hafa að meðaltali um 15% fæðandi kvenna reykt. 74% kvenna nota að minnsta kosti eina verkjameðferð. Notkun utanbastsdeyfinga (Epidural) hefur aukist hratt einnig á minni sjúkrahúsum. Á árunum 2004-2005 fæddu um 52% kvenna á Háskólasjúkrahúsum og af þeim fengu 74% frumbyrja utanbasts deyfingu. Inngripum hefur einnig fjölgað nema spangarklippingum, sem voru gerðar hjá 29,5% kvenna sem

fæddu gegnum fæðingarveg árið 2005 en samsvarandi tala var 47,1% árið 1995. Einnig hefur viðgerð 3° og 4° gráðu spangarrifa aukist og 2005 voru þær 0,8% allra vaginal fæðinga.

Færeyjar

Færeyska ljósmæðrafélagið varð sjálf-stætt félag 1. júní 2005 og hefur mikil orka farið í að byggja upp nýtt félag. Færeyski formaðurinn lýsti atburðarás sem varð í vetur, er allar ljósmæður á fæðingardeildinni í Þórshöfn sögðu upp til að fá sínu fram varðandi stjórnun fæðingareiningarinnar og leituðu liðsinnis ljósmæðrafélaganna á Norðurlöndum um að hvetja sínar ljósmæður til þess að sækja ekki um þessar stöður í Færeyjum meðan þetta ástand var. Forsaga þessa máls er sú að gerðar voru skipulagsbreytingar á Landspítalanum í Þórshöfn. Meðal þessara breytinga var að Fæðingadeildin sem sinnti fæðingum, sængurlegu, meðgönguvandamálum og var jafnframt nýburadeild átti að fá einn yfirmann og það gat verið hvort heldur sem var hjúkrunarfræðingur eða ljósmóðir. Ætlunin var svo að hafa tvo aðstoðaryfirmenn, þar sem annar er hjúkrunarfræðingur og hinn ljósmóðir. Ljósmæðurnar vildu ekki una því að á skipuriti gæti næsti yfirmaður þeirra verið hjúkrunarfræðingur og úr varð mikil fjölmiðlaumræða og stjórnsýsluumræða sem varð til þess að ljósmæður sögðu störfum sínum lausum á Landspítalanum.

Eftir mikið þjark varð úr að heilbrigðisráðherra Færeyja lýsti því yfir að; meðganga fæðing og sængurlega væri eðlilegt ferli og því ættu ljósmæður að stýra umönnun kvenna sem þyrftu þessa þjónustu. Ennfremur var ákveðið að ráðin yrði yfirljósmóðir sem hefði faglega ábyrgð á þjónustu ljósmæðra í Færeyjum. Við þetta þótti ljósmæðrum að komið væri til móts við kröfur þeirra og drógu uppsagnir sínar til baka. Næstu verkefni er svo að skilgreina þjónustuna betur og fá fólk í yfirmannsstöðurnar. Kannski er einhver íslensk ljósmóðir sem hefur áhuga á að sækja um þetta starf í Færeyjum?

Við óskum færeyskum ljósmæðrum til hamingju með þennan sigur. Í færeyska ljósmæðrafélaginu eru nú 24 félagar og eru 20 þeirra starfandi.

Ísland

Hildur Kristjánsdóttir kynnti skýrslu Ljósmæðrafélags Íslands og hvað helst er á döfinni hér á landi.

Noregur

Nina Schmidt formaður félagsins kynnti skýrslu norska ljósmæðrafélagsins. Launakjör norskra ljósmæðra eru nokkuð góð eftir nýtt kerfi við samninga um þau. Vandinn sem ljósmæður glíma við nú er að þeim gengur erfiðlega að fá fulla stöðu. Algennt er að ljósmæðrum bjóðist aðeins 20% starf við mæðravernd og á sjúkrahúsum um 75% starfshlutfall. Þetta er óásættanlegt m.a. vegna lífeyrisréttinda, tækifæris til að taka íbúðalán og að þær taka mikið af aukavöktum til að halda uppi tekjum sem aftur hefur í för með sér truflun á fjölskyldulífi og frítíma. Ennfremur hefur þetta því miður haft í för með sér að mæðravernd er ekki alltaf sinnt af ljósmæðrum.

Í Noregi eru u.þ.b. 58.000 fæðingar á ári og fæðingarstaðir eru 58, af þeim eru 15 eða um 25% ljósmæðrastýrðir fæðingarstaðir.

Nýlegar tölur sýna að sphincterfifur eru algengar í Noregi eða um 4% og hefur verið gripið til aðgerða á landsvísi til að draga úr þeim.

Í júní n.k. mun verða opnað sjálfstætt ljósmóðurstýrt fæðingarheimili í Oslo, um er að ræða rannsóknarverkefni sem Ellen Blix mun stýra. Gert er ráð fyrir samfellu í þjónustu sem felst í því að konan fer til sinnar ljósmóður í meðgönguvernd og fæðir hjá henni. Gert er ráð fyrir að um 600 konur muni koma á eininguna og af þeim muni um 300 fæða þar. 8 ljósmæður munu starfa á heimilinu.

Nýjar klínískar leiðbeiningum um meðgönguvernd litu dagsins ljós árið 2005 sem gerir ráð fyrir að konur komi í 8 mæðraskoðanir á meðgöngunni. Leiðbeiningarnar byggja á gagnreyndri þekkingu. Konan getur valið hvort hún er hjá lækni eða ljósmóður, sem því miður er ekki alltaf framkvæmanlegt vegna ljósmæðraskorts eins og áður er getið.

Enn er rætt um ljósmóðurnám í Noregi og stefnt er að því að það verði sjálfstætt nám eins og fram kom í skýrslunni í fyrra.

Hlutverk ljósmæðra varðandi veikinda tilkynningar á vinnustað hefur fengið mikla umfjöllun, en um er að ræða að margir stórir vinnustaðir hafa ráðið til sín ljósmóður og hefur það orðið til þess að konur eru lengur í starfi á meðgöngunni en áður. Starfið felst að miklu leyti í að vinnuveitandi, ljósmóðir og starfsmaður ræða málin og leita lausna til þess að konan hafi starf/starfsaðstæður

við sitt hæfi og geti þannig verið lengur virk í starfi. Verkefnið hefur verið metið og talið spara samfélaginu gríðarlegt fé og þykir afar vel heppnað.

Norskar unglingsstúlkur 16-20 ára fá getnaðarvarnarpillur ókeypis og ljósmæður geta gefið þeim lyfseðil fyrir þeim. Í ljósi þess að fóstureyðingartíðnin er hæst í aldurshópunum 20-25 ára vinnur norska ljósmæðrafélagið að því að útvíkka leyfi sitt til að gefa út lyfseðla handa þessum hópi einnig.

Haldnir eru árlegir ljósmæðradagar með fræðslu og skemmtidagskrá. Hægt er að sjá hvað um er að vera á heimasíðu félagsins www.jordmorforeningen.no.

Norska ljósmæðrafélagið verður 100 ára árið 2008 og verður það haldið hátíðlegt í september 2008 í Ósló. Fram að því er búið að ganga frá sjónvarpsþætti í sex þáttum um lífið á fæðingardeild í Noregi þar sem á að kynna daglegt líf ljósmæðra.

Svíþjóð

Anna Nordfjall flutti skýrslu sænska ljósmæðrafélagsins. Ný lýsing á því hvað ljósmóðurstarfið felur í sér í Svíþjóð hefur litið dagsins ljós.

Fóstureyðing með lyfjum fyrir 9. viku ryður sér til rúms og er gert ráð fyrir að ljósmæður annist um þær. Það krefst þess að þær geti staðfest þungun nákvæmlega þar sem heppilegast er að ná til þessa hóps við ca. 5-6 viku. Ljósmæður þurfa því að geta metið meðgöngulengd með vaginal ómskoðun. Umræður fara nú fram milli ljósmæðra og kvensjúkdómalækna um framkvæmd þessa.

Áfram er unnið með að aðlaga ljósmæðranám að Bologna samþykktinni og engin umræða er í Svíþjóð um að hjúkrunarnám verði ekki skilyrði fyrir því að komast í ljósmóðurnám eins og er í hinum löndunum.

Haldin er ljósmæðraráðstefna árlega og er sú næsta í Stokkhólmi í nóvember n.k.

Unnið er með að þróa ýmis þjónustuform ljósmæðra og það seinasta er one-to-one support, þar sem höfuðáhersla er á að konan hafi sömu ljósmóður eftir að hún er komin í aktivan fasa fæðingarinnar. Ennfremur er sumstaðar verið að reyna að fara heim til kvennanna þegar þær telja sig vera að byrja í fæðingu og skoða þær og vera hjá þeim og meta ástandið í einhvern tíma. Bæði þessi verkefni eru rannsóknarverkefni.

Nokkur umræða varð um fóstureyðingar, þar sem á döfinni er að Svíar

leyfi frjálssar fóstureyðingar til 18 viku. Danski fulltrúinn sagði að í Danmörku væri umræðan sú að halda sig við 12 vikur nema í undantekningartilvikum eins og til dæmis vegna alvarlegs fósturgalla þar sem fóstri er ekki hugað líf. Sama er í hinum löndunum.

Önnur mál.

- Finnsku fulltrúarnir upplýstu um ráðstefnuna sem 510 ljósmæður hafa skráð sig á. 100 abstraktar bárust og voru 68 valdir til flutnings. Notaðir eru 4 ráðstefnusalir (sessionir) og 3 vinnusmiðjur eru fyrirhugaðar.
- Færeysku ljósmæðurnar óskuðu eftir umræðu um hvernig hægt væri að halda úti dreifðri fæðingarþjónustu. Nokkur umræða varð um þetta og Noregur kynnti vel hvernig er staðið að þessu hjá þeim og við sögðum frá því að væntanlegar væru opinberar leiðbeiningar um val á fæðingarstað sem gerir ráð fyrir því að konur geti fætt á smærri stöðum og jafnvel í heimahúsum, en þetta er ekki ólíkt norska kerfinu.
- Ákveðið var að á næsta stjórnarfund verði fjallað sérstaklega um ýmis þjónustuform í fæðingarþjónustu.
- Finnsku ljósmæðurnar ræddu og kynntu hugmyndir um sérstakar ráðgjafastofur fyrir konur og er gert ráð fyrir að meðgönguvernd verði þar og ljósmæður sinni henni. Þessar hugmyndir og útfærsla þeirra eru byggðar á rannsóknarniðurstöðum sem hafa verið birtar.
- Svíþjóð óskaði eftir umræðum um hnakkapýkktarmælingar. Umræða er í Svíþjóð um hvort eigi að innleiða þær. Rannsóknir sýna að mælingin er hvorki röng eða rétt og umræðan er fyrst og fremst síðfræðileg og snýst þá um skimun í þeim tilgangi að hindra að ákveðnir einstaklingar fæðist í stað þess að lækna sem er jú megintilgangur skimunar. Síðan er umræðan auðvitað um rétt konunnar og fjölskyldunnar til þess að vita! Reiknað hefur verið út að það muni kosta Svía um 75 milljónir sænskra króna að innleiða þessa tækni sem talin er verða úrelt innan 3-5 ára með tilkomu blóðþróa sem hægt verði að gera í greiningarskyni og greini öll litningafrábrigði mjög snemma á meðgöngu. Bent er á að pink-blue prófin svokölluðu eru nú þegar til og greina kyn við 9 vikna meðgöngu.
- Í Danmörku er verið að rannsaka áhrif ómskoðana á fóstur (sérstak-

lega á cerebral virkni) í ljósi þess að aðferðir hafa breyst þ.e. meira er gert af vaginal ómskoðunum en áður og verið er að nota mun sterkari og öflugri tæki en áður.

- Einnig var sagt frá nýjum rannsókn-um á sama sviði.
- Danskar ljósmæður hafa áhyggjur af þróuninni í þessum efnum í Danmörku og harma að hnakkapýkktarmælingar hafi ekki verið felldar undir læknisfræðilegar ábendingar.
- Í Finnlandi er mjög mismunandi hvaða rannsóknir standa konum til boða en áberandi er að finnast einhver litningagalli t.d. Turner's syndrome, hvað þá alvarlegri frávík, vilja konur fara í fóstureyðingu og gera það.
- Ennfremur var bent á að í Svíþjóð eru lög sem banna ómskoðanir án læknisfræðilegra ábendinga.
- Sagt var frá því að sænska ljósmæðrafélagið hefur verið að vinna að úgáfu á nýju tímariti; Sexual and reproductive health og er fyrsta tölublaðið tilbúið í Glasgow, en Francis og Taylor munu sjá um útgáfu þess. Áætlað er að 4 tölublöð verði gefin út á ári. Ritstjórn mun verða alþjóðleg. Varðandi fjármögnun mun sænska ljósmæðrafélagið leggja ákveðna upphæð á öll ráðstefnugjöld hjá sér og leita fleiri leiða til fjármögnunar.

Eins og áður hefur komið fram verður næsta ráðstefna NJF í Kaupmannahöfn dagana 3.-5. júní 2010. Yfirskrift ráðstefnunnar verður *Practice and science* eða *Praksis og videnskap*

Næsti stjórnarfundur verður í Noregi 7. og 8. mars n.k. norska ljósmæðrafélagið verður 100 ára á næsta ári og verður efnt til hátíðahalda dagana 18-19 september. Ísland verður svo með stjórnarfundinn árið 2009 en þá er 90 ára afmæli félagsins.

Sænska ljósmæðrafélagið bar fram þá tillögu að næsti forseti NJF yrði Hildur Kristjánsdóttir frá Íslandi og var tillagan samþykkt með lófataki. Hildur tók svo við embættinu formlega í lok ráðstefnunnar.

Finniska ljósmæðrafélaginu var að lokum þakkað fyrir vel heppnaðan fund.

Fundi var slitið síðdegis fimmtudaginn 3 maí 2007.

Reykjavík 20. maí 2007
Hildur Kristjánsdóttir.

Skýrsla stjórnar Ljósmaðrafélags Íslands

Aðalfundur Ljósmaðrafélags Íslands var haldinn í nýju húsnæði félagsins og BHM félaga á alþjóðadegi ljósmaðra, 5. maí 2006. Tvær nýjar ljósmaður komu í stjórn, þær Sigrún Kristjánsdóttir og Steinunn Blöndal, en Lilja Jónsdóttir og Sigríður Þórhallsdóttir viku úr stjórn.

Stjórnarsamstarf

Stjórnarfundir hafa að jafnaði verið haldnir mánaðarlega, alls 12 fundir, þar af einn sólarhrings fundur, þegar stjórn fór til Akureyrar til fundar við norðlenskar ljósmaður í október. Engar mannabreytingar urðu í stjórn á nýliðnum aðalfundi.

Félagsmenn og styrking félagsins

Stjórn hefur haldið áfram með kynningu félagsins fyrir ljósmaðranema við góðar undirtektir. Kjarafélagar eru nú 197 en voru 184 á síðasta aðalfundi. Fagfélagar eru nú 106 en voru 108 á síðasta aðalfundi. Fleiri ljósmaður eru því að gerast kjarafélagar að Ljósmaðrafélaginu og skiptir það gríðarlega miklu máli þar sem fjölgun kjarafélaga í LMFÍ eflir ekki bara einingu ljósmaðra í kjarasamningum, heldur styrkir starf félagsins beint. Næsta vor geta ljósmaður skipt milli kjarafélaga, þar sem kjarasamningar verða þá lausir. Margar ljósmaður hafa kvartað undan því að missa af tækifæri til þess að skipta um kjarafélag þegar samningar eru lausir. Þær ljósmaður sem vilja láta minna sig á þegar það er hægt, geta látið stjórnarmeðlimi vita.

Kjaramál

Mikil vinna er framundan í undirbúningi kjarasamninga á næsta ári. Það geta margir verið sammála um það að enginn hafi riðið feitum hesti frá þeim síðustu. Ómæld vinna fulltrúa í stofnanasamningum hefur verið erfið og líklega hafa fáir gert sér grein fyrir mikilvægi þessara samninga þegar út í þá var lagt.

Hvort sem samningsvinnunni er líkt við barnaafmæli þar sem ein muffinskaka er í boði eða hugsjónastarf til að ná gegnsæi launa, er það víst að þessi vinna hefur upplýst okkur um launastöðu ljósmaðra gagnvart öðrum háskólamenntuðum stéttum. Þar hefur m.a. komið í ljós að stéttir með sambærilega eða styttri menntun en ljósmaður, raðast í mun hærri launaflokk en ljósmaður gera hjá sama launagreiðanda, ríkinu. Síðustu samningar með nýju launakerfi og stofnanasamningum hafa því gefið okkur forsendurnar til kjarabaráttu í næstu samningum. Þá reynir á fögru orðin í núgildandi samningum, um afnám kynbundins launamisréttis og umbun fyrir menntun og sérþekkingu.

Í næstu samningum verður ekki um að ræða samflot flestra BHM félaga eins og var í síðustu samningum. Til dæmis er í þessum skrifuðu orðum, alveg óvíst hvort Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga verði yfirleitt innan Bandalags háskólamanna þegar að þeim samningum kemur. Ljósmaðrafélagið og aðildarfélag Huggarðs hafa rætt um samvinnu í næstu samningum. Huggarður er þjónustuskrifstofa nokkura félaga sem stofnuð var fyrir 7 árum, m.a. í þeim tilgangi að að byggja upp, þróa og viðhalda þekkingu á kjara- og réttindamálum. Þessi félög eru Félag íslenskra félagsvísindamanna, Félag íslenskra fræða, Kjarafélag viðskiptafræðinga og hagfræðinga, Stéttarfélag bókasafns- og upplýsingafræðinga, Stéttarfélag lögfræðinga og Útgarður, félag háskólamanna. Þó félögin séu býsna ólík Ljósmaðrafélaginu að mörgu leyti, hafa þau einnig sameiginlega hagsmuni og er þar fyrst að telja viðurkenningu fyrir menntun, sem er málefni sem ljósmaðurum hefur gengið treglega með að ná eyrum samningsaðila.

Við þurfum að heyra frá sem flestum ljósmaðrum um hvernig þið viljið forgangsraða málefnum í næstu kjarasamningum og hvetjum við ykkur til þess að

senda ykkar áherslur í tölvupósti til félagsins. Fyrst og fremst verðum við að vera sýnilegar og kynna fyrir hvað ljósmaður standa. Fara verður í kynningu og ímyndarsköpun ljósmaðrastéttarinnar.

Við verðum að tryggja að þær ljósmaður sem í eldlínunni standa, hafi stuðning af stéttinni í kjarabaráttu okkar allra. Ljósmaður verða líka að hafa þau verkfæri í höndunum sem til þarf að taka í kjarabaráttu og Ljósmaðrafélagið vill útvega þau verkfæri. Í þeim tilgangi er nú í undirbúningi námskeið í haust fyrir þann hóp ljósmaðra sem virkur verður í kjarabaráttunni. Við viljum heyra frá öllum sem vilja beita sér í kjaramálum.

Það er full ástæða til bjartsýni, við höfum sanngjarnan málstað – ekki er til sá stjórnmalaflokkur eða vinnustaður sem ekki skreytir sig á hátíðastundum með slagorðum um afnám kynbundins launamisréttis – nú þurfum við að sjá til þess að framkvæmdin fylgi á eftir.

Samstaða ljósmaðra er lykilatriði, eins og skeytið sem barst sjómanni á síðustu öld, ber vitni um: Fæddur sonur svarthæður, Jóhanna sótt, blind, billegri...

Félagsmál

Mikil virkni hefur verið í félagsmálum ljósmaðra síðasta árið hjá hinum ýmsu nefndum og meðal annars var bryddað upp á þeirri nýjung að halda jólaball sem var lítið og notalegt með góðum gestum.

Ljósmaðrafélagið hélt tvo hugarstormsfundi fyrir ljósmaður í vetur, á Akureyri og í Reykjavík. Á þeim fundum komu margar hugmyndir fram og er skemmst frá því að segja að félagsmönnum þykir afskaplega vænt um Ljósmaðrafélagið sem að mörgu leyti virkar eins og grasrótarsamtök þar sem margir vinna sjálfbodavinnu af einlægri hugsjón fyrir málstað stéttarinnar og skjólstæðinga hennar, barns-

hafandi fjölskyldna. Áhersla var lögð á að styrkja fræðimennsku innan félagsins, kjarabaráttu og samstöðu. Fundirnir voru gagnlegir og skemmtilegir og ekki leynir sér að það er hugur í ljósmæðrum að styrkja stéttina bæði fræðilega og ekki síður með virðingu fyrir starfi okkar og hver annari sem ljósmæðra. Við sköpum orðræðuna um starf okkar, ljósmæður og Ljósmæðrafélagið og það er því mikið undir okkur komið hvaða stefnu sú orðræða tekur.

Fagmál

Á síðasta ári sendi Landlæknisembættið frá sér drög að klíniskum leiðbeiningum á meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu. Leiðbeiningarnar eru unnar í samvinnu við Miðstöð mæðraverndar og byggðar á breskum leiðbeiningum frá National Institute for Clinical Excellence (NICE). Almennt hefur verið gerður góður rómur að leiðbeiningum þessum en heyrst hafa óánægjuraddir um fækkun skoðana, en ítrekað hefur verið að leiðbeiningarnar skuli nýtast til hliðsjónar en eftir sem áður meti ljósmóðir þörf fyrir fjölda skoðana sem annað. Tilkomu leiðbeiningana bar upp á sama tíma og aðrar breytingar í mæðravernd, þegar starfsemi Miðstöðvar mæðraverndar var stokkuð upp og mæðravernd jókst á heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu. Á sama tíma hafa heimilislæknar sýnt meiri áhuga á aðkomu lækna að mæðravernd heilbrigðra kvenna. Ljósmæður verða að vinna saman í að fóta sig í nýju umhverfi mæðraverndarinnar og í að móta nýjar hefðir.

Námskeið á vegum Fræðslu- og endurmenntunarnefndar Ljósmæðrafélagsins

Nálastungunámskeiðin eru sívinsæl og hafa nú nálægt 120 íslenskar ljósmæður sótt þau. Næsta námskeið verður í ágústlok og eru enn laus nokkur pláss á því sem ljósmæður eru hvattar til að nýta sér.

Í janúar var haldin eins dags vinnusmiðja um vatnsfæðingar á vegum fræðslunefndar LMFÍ. Vatnsfæðingar hafa verið stundaðar hér á landi síðastliðinn áratug og byggst upp mikil og góð reynsla af þeim. Keflavík, Selfoss og Akranes hafa þar verið fremst í flokki fæðingadeilda, auk þess sem vatnsfæðingar eru algengar meðal heimafæðinga. T.d. voru vatnsfæðingar á síðasta ári 15% fæðinga í Keflavík, 11% fæðinga á Selfossi og stór hluti heimafæðinga

voru einnig vatnsfæðingar eða allt að 60% hjá liðtækustu heimafæðingaljósmóðurinni, Áslaugu Hauksdóttur. Svo mikill áhugi var fyrir vinnusmiðjunni að yfirfullt var þennan dag. Ethel Burns, ljósmóðir sem starfar sem fyrirlesari og rannsakandi við Oxford Brookes University, var gestur vinnusmiðjunnar og kenndi ljósmæðrum sitthvað um vatnsfæðingar auk þess sem ljósmæður miðluðu reynslu og þekkingu sín á milli. Ethel er í samstarfi við Sheilu Kitzinger sem er íslenskum ljósmæðrum vel kunnug af bókum hennar og rannsóknum, auk þess sem hún var gestur Ljósmæðrafélagsins á ráðstefnu þess árið 1998. Saman hafa þær gefið út klínískar leiðbeiningar um notkun vatns við fæðingar, byggðar á víðtækri reynslu og rannsóknum. Ljósmæðrafélag Íslands færði öllum fæðingardeildum landsins þessar leiðbeiningar að gjöf og eru ljósmæður hvattar til að kynna sér þau faglegu rök sem þarna liggja að baki. Með tilkomu innra nets heimasíðu félagsins hefur verið stofnaður umræðuhópur um vatnsfæðingar sem gerir ljósmæðrum auðveldara fyrir að ræða þessa vinsælu aðferð í fæðingarhjálp.

Í apríl var haldið þriggja daga námskeið á vegum fræðslunefndar LMFÍ í notkun ilmkjarnaolía við ljósmóðurstörf. Kennari var Denise Tiran, ljósmóðir og ilmkjarnaolúfræðingur og var námskeiðið fullbókað og gerður góður rómur að. Ljósmæðrafélagið gat boðið ljósmæðrum þátttöku í námskeiðnu á meira en helmingi lægra verði en sama námskeið kostar í Bretlandi. Denise var mjög ánægð með móttökurnar sem að sjálfsögðu voru í anda íslenskrar gestrisni og aldrei að vita nema fleiri ilmkjarnaolúfnámskeið verði á döfinni.

Fyrir utan námskeiðin sem haldin hafa verið, hefur fræðslunefnd staðið fyrir mánaðarlegum hringborðsumræðum sem framhald verður á næsta vetur.

Sú nýbreytni hefur verið tekin upp varðandi innritanir á námskeið á vegum Ljósmæðrafélagsins að þær fara nú fram með umsóknum. Með þessu móti er leitast við að þær ljósmæður sem ætla má að mesta notagildið hafi af námskeiðinu í starfi, hafi forgang en ekki einungis sú fyrsta sem skráir sig.

Orlofsmál

Ljósmæður hafa nú verið í Orlofssjóði BHM í hálf tannað ár. Eins og kosið var um, gengu ljósmæður punktalausar inn í sjóðinn en fengu þess í stað loforð um þriggja ára orlofskost frá

Ljósmæðrafélaginu. Í fyrra leigðum við sumarbústað í Skorradal sem mikil ánægja var með. Þetta árið bauð félagið upp á orlofsstyrki. Tæplega sextíu umsóknir bárust og var sem fyrr úthlutað eftir punktafjölda.

Vegna ágóða af sölu sumarbústaðar félagsins á síðasta ári, ákvað stjórn að styrkja sjóði félagsins, Rannsóknasjóð ljósmæðra um 400.000 kr og Minningasjóð ljósmæðra um 300.000 kr.

Erlent samstarf

Norðurlandaráðstefna ljósmæðra er nú nýafstaðin og sóttu hana 30 íslenskar ljósmæður. Sex íslenskar ljósmæður héldu þar fyrirlestra og ljóst að rannsóknarstarf í ljósmóðurfræðum fer vaxandi hér á landi.

Fyrirlesarnir voru:

- Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir: *Developments of different types of inner knowing in midwifery practice*. Fyrirlesturinn var unninn úr doktorsrannsókn Ólafar Ástu.
- Jónína Salný Guðmundsdóttir: *Women's birth stories and their experiences of giving birth away from their families and home community*. Fyrirlesturinn var unninn úr lokaverkefni Jónínu Salnýjar til embættisprófs í ljósmóðurfræðum undir leiðsögn Ólafar Ástu Ólafsdóttur.
- Valgerður Lís Sigurðardóttir: *Icelandic midwives' perceptions of intrapartum risk and safety: a qualitative study*. Fyrirlesturinn var unninn úr meistaranámsókn Valgerðar Lísu undir leiðsögn Ólafar Ástu Ólafsdóttur.
- Stefanía Guðmundsdóttir og Helga Sigurðardóttir: *The effects of acupuncture on pelvic pain during pregnancy and women's experience of the treatment*. Fyrirlesturinn var unninn úr lokaverkefni Stefaníu og Helgu til embættisprófs í ljósmóðurfræðum undir leiðsögn Helgu Gottfreðsdóttur.
- Helga Gottfreðsdóttir hélt tvo fyrirlestra: *Should all pregnant women have nuchal translucency screening?* og *To accept or refuse: how do prospective parents deal with the offer of nuchal translucency screening?* Fyrirlestarnir voru unnir úr doktorsrannsókn Helgu.

Stjórn Ljósmæðrafélagsins ákvað að styrkja þessa fyrirlesara í viðurkenningarskyni fyrir að gera íslenskar ljósmæður sýnilegri í Norðurlandasamstarfinu.

Á stjórnarfundi NJF sem hald-

inn var fyrir ráðstefnuna, var Hildur Kristjánsdóttir kjörin formaður Norðurlandasamtaka ljósmæðra og er það í fyrsta sinn í 57 ára sögu samtakanna sem Íslendingur hefur vermt það sæti. Hildur hefur verið fulltrúi Íslands stjórn NJF síðan 1986. Ljósmæðrafélag Íslands óskar Hildi innilega til hamingju með formannsstöðuna.

Næsta Norðurlandaráðstefna ljósmæðra verður haldin í Kaupmannahöfn á 60 ára afmæli NJF árið 2010.

Útgáfumál

Vefsíður Ljósmæðrafélagsins eru báðar unnar af sóma. www.ljosmodir.is er nú meðal vinsælustu vefsíðna landsins undir stjórn Önnu Sigríðar Vernharðsdóttur. Innra net vefsíðu Ljósmæðrafélagsins var opnað í lok apríl og fengu allar ljósmæður send persónuleg aðgangs- og lykilorð til að komast inn á það. Með tilkomu innra netsins skapast möguleikar til umræðna, námskeiðahalds o.fl. ásamt aðgangi að lokaverkefnum ljósmæðra.

Vefstjóri ljosmodir.is/felag er Valgerður Lísá Sigurðardóttir.

Auk þessa hefur Ljósmæðrafélagið sent frá sér eitt fréttabréf og Fylgjuna góðu sem Elínborg Jónsdóttir hefur sem fyrr, umsjón með. Elínborg kallar eftir ábendingum frá ljósmæðrum um efni Fylgjunnar.

Ljósmæðrablaðið kom tvisvar út á árinu með fjölbreyttu efni þrátt fyrir að engin ritrýnd grein birtist árið 2006, en von er á nokkrum slíkum í næstu blöð. Greinar úr blaðinu eru nú vistaðar í í varðveislusafni Bókasafns LSH, sem nefnist Hirslan, slóðin er <http://www.hirsla.lsh.is/lsh/sfh>. Þar er hægt að finna greinar með því að slá inn leitarorð.

Bókin um Meðgöngu, fæðingu og sængurlegu hefur nú verið endurþýdd og dreift til allra ljósmæðra í mæðra-vernd. Kristín Svala Jónsdóttir sá um þýðingu bókarinnar og fékk til liðs við sig fleiri ljósmæður m.t.t. staðfæringar. Bókin er kostuð og gefin út af Libero fyrirtækinu en umboðsaðili þess hér á landi er O. Johnson og Kaaber sem mun sjá um dreifingu hennar.

Hafið samband við Ólaf Hauk vegna pantana á bókinni: oho@ojk.is

Húsnæðismál

Nú höfum við verið í nýju húsnæði í rúmt ár og líkar sambúðin við BHM félög afskaplega vel. Boðleiðir eru stuttar þegar flestir sem til þarf að leita, eru undir sama þaki. Eins hafa ljósmæður verið sérlega iðnar við að nýta sér góða fundaaðstöðu sem nægt framboð er af í húsnæðinu.

Við höfum lagt mikla áherslu á aðgang að fjarfundabúnaði sem nú er að komast í gagnið og hyggjumst við nýta okkur hann við flest tækifæri.

Ég vil þakka stjórn Ljósmæðrafélagsins góða samvinnu og félagsmönnum fyrir hollar ábendingar og hvatningarorð. Ljósmæðrafélagið er lítið félag en öflugt og með traustan bakhjarl, BHM. Eins og fyrr segir, má á ýmsan hátt líkja Ljósmæðrafélaginu við grasrótarsamtök, með hugsjónum ljósmæðra fyrir góðum málstað og við eigum að nýta okkur þau einkenni félagsins til að styrkja stéttina yst sem innst.

f.h. stjórnar

*Ljósmæðrafélags Íslands
Guðlaug Einarsdóttir, formaður*



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Störf Fræðslu- og endurmenntunar- nefndar LMFÍ veturinn 2006-2007

Ný nefnd tók til starfa eftir aðalfund LMFÍ 5. maí 2006.

Í nefndinni eru Guðrún Sigríður Ólafsdóttir formaður, Dagný Ólafsdóttir, Helga Bjarnadóttir, Stefánía Guðmundsdóttir og Steina Þórey Ragnarsdóttir. Árið hefur verið nokkuð viðburðaríkt, haldnar hafa verið fjórar hringborðsumræður og tvö námskeið.

Fyrstu hringborðsumræður vetrarins voru haldnar 19. september og mættu 20 ljósmæður. Umræðuefnið kvöldsins var: „Við sjálfar. Hvað getum við gert til að styrkja okkur sjálfar og styðja hver aðra?“ Margt var rætt á hringborðsumræðunum sem við getum nýtt okkur til að efla okkur sjálfar. Til dæmis var minnt á styrktarsjóð BHM þar sem félagsmenn geta sótt um ýmsa styrki, bæði til andlegrar og líkamlegrar ræktar. Rætt var um mikilvægi þess að tala við fólk en ekki um fólk til að tryggja betri starfsanda og að bera virðingu fyrir samstarfsfólki sínu. Hollsystur voru nefndar sem mikill styrkur og einnig samstarfsfélagar. Sú hugmynd kom fram að gaman getur verið að safna hlutum í „minjaskrín“ þ.e. að safna saman kortum eða gjöfum frá foreldrum sem við



Þátttakendur á ilmkjarnaolfunámskeiðinu, ásamt leiðbeinanda, Denise Tiran.

höfum sinnt. Minjaskrín getur minnt okkur á af hverju við erum í þessari vinnu og stappað í okkur stálinu, ekki síst ef við höfum lent í erfiðum málum.

Næstu hringborðsumræður voru 21. nóvember og mættu 27 ljósmæður að þessu sinni. Umræðuefnið var námið okkar, fyrr og nú. Við fengum til okkar góða gesti, þau Braga Þorgrím Ólafsson sagnfræðing og dr. Ólöfu Ástu Ólafsdóttur lektor í ljósmóðurfræði. Bragi kynnti fyrir okkur bókina, Sá nýi yfirsetukvennaskóli eður stutt undirvísun um yfirsetukvennakunstina, en bókina var fyrsta kennslubók í ljósmóðurfræði sem var gefin út á íslensku. Bragi skrifaði inngang og skýringar fyrir endurútgáfu bókarinnar sem kom út í nóvember árið 2006 og bjó hana til prentunar. Hann rakti sögu bókarinnar og viðtökur hennar þegar hún var fyrst gefin út, sýndi ýmsar myndir og stiklaði á stóru um innihald hennar. Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir tók síðan við og fjallaði um þróun ljósmæðramenntunar á Íslandi. Í kjölfarið spunnust umræður um ljósmæðramenntun fyrr og nú og einnig um mögulega þróun ljósmæðramenntunar.

Þriðju hringborðsumræðurnar voru haldnar þann 15. febrúar og kom Ásdís

Ragna Einarsdóttir grasalæknir til að fræða ljósmæður um nám sitt, hvaða skjólstæðingar okkar leituðu helst til hennar og með hvaða vandamál. Einungis mættu þrjár ljósmæður á þann fund og er það miður, þar sem hann var mjög áhugaverður. Þeir sem leita helst til Ásdísar eru konur sem gengur illa að verða barnshafandi, konur með ógleði á meðgöngu og foreldrar með óvær ungabörn. Hún fjallaði um hvaða jurtir eru mest notaðar og hvað ber að varast þegar þungaðar konur eru meðhöndlaðar.

Síðustu hringborðsumræður vetrarins voru haldnar 20. mars. Rætt var um fyrirburafæðingar og var yfirskriftin: „Hvað erum við að gera og hvað getum við gert betur?“ Voru 18 ljósmæður mættar á þennan fund og var þar á meðal stór hópur ljósmæðranema sem er ánægjulegt. Við fengum til okkar konu sem hafði fætt tvíburar fyrir tímann og sagði hún okkur frá sinni reynslu, bæði af Kvennasviðinu og af Vökudeildinni. Helga Bjarnadóttir ljósmóðir sagði frá annarri konu sem hafði fætt fyrir tímann og var áhugavert að heyra hversu ólíkar sögur þeirra voru. Talsverðar umræður spunnust í kringum þessar frásagnir og



Elví nýtur leiðsagnar Denise Tiran við fótanudd með ilmkjarnaolm.



Guðrún Sigríður Ólafsdóttir, Valgerður L. Sigurðardóttir, Kristbjörg Magnúsdóttir, Jenný Inga Eiðsdóttir og Helga Sigurðardóttir á rökstólum (eða öllu heldur rökgrjónapúðum) og stinga saman neffjum um ilmkjarnaolúr.

Ljóst er að það er margt sem þarf að huga að þegar kemur að fyrirburum og fjölskyldum þeirra.

Þann 13. janúar var haldin vinnusmiðja um vatnsfæðingar. Ethel Burns ljósmóðir kom til okkar frá Bretlandi til að stýra vinnusmiðjunni en hún hefur víðtæka reynslu af vatnsfæðingum auk þess að kenna við Oxford Brooks



Formaður fræðslunefndar Guðrún Sigríður Ólafsdóttir, stendur vaktina við að undirbúa hádegisverðinn fyrir þátttakendur í vinnusmiðju ym vatnsfæðingar.

University. Alls tóku 32 ljósmæður þátt í vinnusmiðjunni. Margt gagnlegt kom fram og var horft á notkun vatns í fæðingum frá ýmsum hliðum. Má þar nefna að farið var yfir niðurstöður tveggja nýlegra rannsókna sem hafa verið gerðar á vatnsfæðingum í Bretlandi. Í annarri rannsókninni var borin saman útkoma barna sem fæddust í vatni og barna sem fæddust ekki í vatni. Í hinni rannsókninni var skoðuð útkoma þess að nota vatn til örvunar samanborið við hefðbundnar aðferðir þegar þörf er á örvun í fæðingu. Talsvert var rætt um hvernig umhverfi við viljum skapa í

kringum vatnsfæðingar, út frá praktískum og faglegum þáttum. Einnig var rætt um hvaða konur geta nýtt sér baðið og umönnun þeirra í fæðingu, öryggisþætti og ýmislegt fleira.

Dagana 10. til 12. apríl var haldið námskeið í notkun ilmkjarnaolía í umönnun barnshafandi kvenna. Denise Tiran ljósmóðir var kennari á námskeiðinu en hún hefur haldið námskeiði fyrir verðandi mæður, ljósmæður og aðrar heilbrigðisstéttir í Bretlandi og víðar. Hún hefur einnig skrifað bækur um notkun óhefðbundinna meðferða í ljósmóðurfræði. Tuttugu og tvær ljósmæður víðsvegar að af landinu mættu á námskeiðið. Fjallaði Denise meðal annars um notkun óhefðbundinna meðferða hjá barnshafandi konum, efnafræðilega verkun ilmkjarnaolía og hvernig má nota þær með öðrum meðferðum, öryggi ilmkjarnaolíumeðferða, ábendingar og frábendingar. Einnig ræddi hún um aðferðir sem hægt er að nota til að veita ilmkjarnaolíumeðferð og kenndi meðal annars nuddaðferðir sem nýtast vel með meðferðinni.

Vert er að geta þess í lokin að bæði vinnusmiðja um vatnsfæðingar og námskeiðið í notkun ilmkjarnaolía komst á laggirnar eftir ábendingar frá ljósmæðrum sem sýndu þessum þáttum mikinn áhuga. Því viljum við hvetja ljósmæður til að halda áfram að koma með ábendingar til fræðslunefndarinnar um umræðuefni, námskeið eða fyrirlestra sem þið hafa áhuga á.

Fyrir hönd fræðslunefndar
Guðrún Sigríður Ólafsdóttir
Stefanía Guðmundsdóttir



Hlustað á Ethel Burns með athygli. Vinnusmiðjan um vatnsfæðingar byggðist bæði á fyrirlestrum og hópvinnu þátttakenda.

Fyrsta doktorspróf í ljósmóðurfræði á Íslandi

Þann 24. nóvember 2006 flutti Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir ljósmóðir, lektor og forstöðumaður náms í ljósmóðurfræði, fyrirlestur sem var byggður á nýlokinni doktorsrannsókn hennar: *An Icelandic Midwifery Saga - coming to light - with woman and connective ways of knowing*. Fyrirlesturinn sem nefnist *Sögur líta dagsins ljós - Yfirseta: Þekkingarbrunnur ljósmæðra í fæðing-arhjálp* fór fram í Hátíðarsal Háskóla Íslands og var hann þétt setinn, Margrét I. Hallgrímsson, fundarstjóri tók fram að þessi fyrirlestur væri sá fjölmennasti sem hefði verið haldinn í Hátíðarsal H.Í.

Rannsóknin fjallar um fæðingasögur og þekkingarþróun í ljósmóðurfræði og menningarlegar breytingar í fæðing-arþjónustu á Íslandi frá seinni hluta 20. aldar til okkar daga. Sérstök áhersla er lögð á fæðingasögur sem endurspeglar samband ljósmæðra við konur, öryggi og þróun innsæisþekkingar.

Rannsóknin var unnin til doktorsgráðu við Thames Valley University í London og fór vörnin fram 2. októ-



Ólöf Ásta, Chris McCourt annar leiðbeinenda við doktorsverkefnið og Naoko Hashimoto, ljósmóðir frá Japan, sem útskrifaðist á sama tíma.



ber 2006. Andmælendur voru dr. Gail Thomas, deildarforseti, Faculty of Health and Human Sciences, Thames Valley University og prófessor Billie Hunter University of Wales, Swansea, School of Health Sciences, Chair in Midwifery, Center for Midwifery and Gender Studies.

Aðalleiðbeinendur voru dr. Lesley Page yfirljósmóðir, Visiting Professor Nightingale School of Nursing and Midwifery King's College, London, Joint Head of Midwifery and Nursing Women's Health Services Guys and St Thomas' Hospital Trust, London og dr.

Ljósið í forgrunni í Hátíðarsal Háskóla Íslands en hann var þétt setinn þegar Ólöf Ásta flutti fyrirlesturinn: Sögur líta dagsins ljós - Yfirseta: Þekkingarbrunnur ljósmæðra í fæðing-arhjálp.



Að loknum fyrirlestri voru ýmsir til að heiðra Ólöfu Ástu. Á myndinni má sjá Guðlaugu Einarsdóttur formann LMFÍ, Margræti Hallgrímsson sviðsstjóra Kvennasviðs LSH og Steinunni Blöndal ljósmóður þar sem þær fluttu ávörp og færðu gjafir í tilefni þessa merka áfanga.



Lesley Page, annar leiðbeinenda við doktorsverkefnið og Ólöf Ásta.

Chris McCourt professor, Faculty of Health and Human Sciences, Thames Valley University. Fulltrúi í doktorsnefnd frá Íslandi var dr. Sigríður Dúna Kristmundsdóttir, prófessor í mann-

fræði, Félagsvísindadeild, Háskóla Íslands.

Að loknum fyrirlestri, bauð Ólöf Ásta til veislu, þar sem fjöldi manns var saman kominn til að samfagna henni

með þennan merka áfanga, sem markar spor í sögu ljósmæðrastéttarinnar á Íslandi. Þar var glatt á hjalla, eins og við var að búast, með söng, dansi og ljúffengum veitingum.

Fyrsti íslenski formaður Norðurlandasamtaka Ljósmæðra (NJF)



Á stjórnarfundum Norðurlandasamtaka Ljósmæðra (Nordisk Jordmor Forbund NJF) sem haldinn var í Turku í Finnlandi 2.-3. maí, var Hildur Kristjánsdóttir ljósmóðir kjörin formaður Norðurlandasamtakanna. Það er í fyrsta sinn í 57 ára sögu samtakanna sem Íslendingur vermir það sæti. Hildur hefur verið fulltrúi Íslands í stjórn NJF síðan 1986. Norðurlandasamtök Ljósmæðra voru stofnuð árið 1950 í þeim tilgangi að efla samvinnu ljósmæðra á Norðurlöndum. Þau ljósmæðrafélög sem aðild hafa að NJF eru það íslenska, danska, norska, sænska, finnska og hið nýstofnaða færeyska. Árlega er haldinn stjórnarfundur þar sem hvert landanna á tvo fulltrúa. Á þriggja ára fresti er haldin ráðstefna og hefur hún þrisvar sinnum verið haldin á Íslandi, 1965, 1983 og 2004. Á Norðurlöndum eru um 15 þúsund starfandi ljósmæður, þar af um 220 á Íslandi.

Ljósmæðrafélag Íslands óskar Hildi innilega til hamingju með formannsstöðuna.

Frá útskrift ljósmæðra vor 2007



Að venju var bekkurinn þétt setinn í málstofunni.



Ljósmæður sem útskrifast í júní 2007: Arndís Mogensen, Guðfinna Sif Sveinbjörnsdóttir, Nína Björg Magnúsdóttir, Jónína Salný Guðmundsdóttir, Berglind Hálfðánsdóttir, María Haraldsdóttir, Auðbjörg Brynja Bjarnadóttir, Gíslína Erna Valentínusdóttir og Hafdís Ólafsdóttir. Á myndina vantar Jennýju Árnadóttur.



Nína Björg Magnúsdóttir flytur erindi sitt um átraskanir barnshafandi kvenna.



Áheyrendur höfðu margt til málanna að leggja og greinilegt að erindin vöktu fólk til umhugsunar.

Lokaverkefnalisti vor 2007

Nemandi	Heiti	Leiðbeinandi
Jenný Árnadóttir	Notkun Syntocinon-dreypis til örvunar í eðlilegri fæðingu: Viðhorf og reynsla ljósmæðra af notkun þess. Fyrri hluti	Ingibjörg Eiríksdóttir, aðjúnt.
Auðbjörg Brynja Bjarnadóttir	Helstu áhrif og afleiðingar ofþyngdar og offitu barnshafandi kvenna – fræðileg úttekt	Ingibjörg Eiríksdóttir, aðjúnt
Nína Björg Magnúsdóttir	Átraskanir barnshafandi kvenna	Árdís Ólafsdóttir, aðjúnt
Guðfinna Sif Sveinbjörnsdóttir	Fyrstu 12 vikur meðgöngu – þjónusta og þarfir kvenna	Hildur Kristjánsdóttir, aðjúnt
Gíslína Erna Valentínusdóttir	Hraðar fæðingar og reynsla kvenna	Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir, lektor
María Haraldsdóttir	Notkun vatns í fæðingu	Árdís Ólafsdóttir, aðjúnt og Kristbjörg Magnúsdóttir, stundakennari
Jónína Salný Guðmundsdóttir	Fæðingarsögur kvenna og reynsla þeirra af barnsfæðingu fjarri heimili, samfélagi og fjölskyldu	Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir, lektor
Arndís Mogensen og Hafdís Ólafsdóttir	Starfsemi MFS einingar á kvennasviði Landspítalans á árunum 1994-2006	Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir, lektor
Berglind Hálfðánsdóttir	Frumbyrjur framtíðar: Viðhorf og væntingar til barneigna og þjónustu	Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir, lektor

Framtíðin í höndum ljósmæðra

Um 500 ljósmæður sóttu ráðstefnu NJF í Turku 4. – 6. maí síðastliðinn, en yfirskrift ráðstefnunnar var „Framtíðin í höndum ljósmæðra“ (Midwives guarding the future/ Fremtiden i barnmorskans hænder). Um þrjátíu íslenskar ljósmæður sóttu ráðstefnuna og verður það að teljast nokkuð hátt hlutfall frá okkar litla landi. Þar af voru sex þeirra með erindi á ráðstefnunni og eru þeim gerð nánari skil í skýrslu stjórnar LMFÍ annars staðar í þessu blaði.

Aðalfyrirlesarar voru Katri Velhviläinen-Julkunen með fyrirlestur um fræðslustarf ljósmæðra úti í samfélaginu (barnmorskans arbete som samhällelig uppgift), Johanna Sarlio með fyrirlestur um þátttöku malavískra sveitakarla í fjölskylduáætlun (männens deltagande i familjeplaneringen på Malawis landsbygd), Marianne Mead með fyrirlestur um skynjun ljósmæðra á áhættu í fæðingu hjá heilbrigðum frumbyrjum á Norðurlöndunum (midwives' perception of intrapartum risk for healthy nulliparous women in four nordic countries), Ann-Kristin Sandin-Bojö með fyrirlestur um hvernig yfirseta í fæðingu samræmist ráðleggingum



Guðrún Eggertsdóttir var fánaberi íslenska fánans við setningarathöfnina.



Íslensku ljósmæðurnar hrifust mjög af fæðingarlaug sem þarna var til sýnis. Ekki er vitað um hvort mælt sé með að bera íslenska búninginn að jafnaði í fæðingarlaugum, en víst taka þær sig vel út þær Sigfríður Inga Karlsdóttir, Guðrún Eggertsdóttir, Hulda Pétursdóttir og Ingibjörg Jónsdóttir.

Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) (vård vid förlossning i relation till WHO's rekommendationer) og loks Shirley Jones með erindi um siðfræði í ljósmóðurstarfinu (ethics in midwifery).

Einnig var fjöldi fyrirlestra í minni söllum þar sem hægt var að velja á milli nokkurra erinda. Nokkrar vinnusmiðjur voru og veggspjaldakynningar.

Það er erfitt að velja úr efni til kynningar hér eftir að hafa sótt marga áhuga-verða fyrirlestra. Það er alveg ljóst á norrænar ljósmæður eru í vaxandi mæli að stunda rannsóknir innan sinna fræða og val á rannsóknarefnum er mjög fjölbreytt. Undirrituð sótti t.d. nokkrar kynningar á klínískum rannsóknum m.a. þar sem verið var að rannsaka áhrif nálastungumeðferðar, mismunandi tækni við saumaskap á spangaráverkum, mat á fósturhreyfingum, syntocinonmeðferð, komurit o.fl. Einnig voru áhugaverðir fyrirlestrar sem voru meira á hugmyndafræðilegum nótum, eins og um ákvarðanatöku í ljósmóðurstarfinu,



Lapplenskar ljósmæður í þjóðbúningum sínum.



Stefanía Guðmundsdóttir og Helga Sigurðardóttir kynna erindi sitt um nálastungur við grindarverkjum á meðgöngu.

menningaráhrif, siðfræðilegar vanga-
veltur um fósturgreiningar, fæðing-
arupplifun o.fl. Niðurstöður Marianne
Mead um skynjun ljósmæðra á áhættu
hjá frumbyrjum í eðlilegu fæðingarferli
voru athyglisverðar, því svo virðist sem
ljósmæður vanmeti líkur á að þessi hópur
fæði eðlilega. Oft voru miklar umræður
eftir fyrirlestrana og mátti heyra bæði í
mörgum fyrirlestrum og í umræðum á
eftir að ljósmæður telja, nú sem fyrr, að
mikilvægt sé að hafa tíma til að vera hjá
konunum og sinna þeim á þeirra eigin
forsendum. Sem sagt að gefa sér tíma til
að sitja yfir konunum.

Einn er sá þáttur sem er ómetanlegur
á svona ráðstefnum en það er að hitta
aðrar ljósmæður, mynda þessi tengsl
við umheiminn til að heyra og sjá hvað
aðrir eru að gera. Eða eins og sagt er
„að sýna sig og sjá aðra“. Margt bar
á góma í óformlegu spjalli, t.d. höfðu
færeyskar ljósmæður mikinn áhuga á
að ræða málín við íslenskar sveitaljós-
mæður, þar sem þær lifa og starfa við
svipaðar aðstæður, þ.e. á fámennum
stöðum á landsbyggðinni. Einnig voru



Á leiðinni úr boði borgarstjórans í Turku.

danskar ljósmæður með kynningu utan
dagskrár á verkefninu „kendt jordmor“,
sem kynnt er annars staðar í blaðinu.

Á föstudagskvöldinu var svo hóf sem
borgarstjórinn í Turku hélt fyrir ráð-
stefnugesti. Þar var hópur ljósmæðra
sem skartaði þjóðbúningum landa sinna
og má sannarlega segja að þær hafi
skartað sínu fegursta. Galaklæðnaðurinn
var síðan tekinn fram á laugardags-
kvöldinu, þegar ljósmæður komu saman

til kvöldverðar á ráðstefnuhótelinu.
Ýmislegt var þar gert til skemmtunar
m.a. sýndu íslensku ljósmæðurnar á sér
óvænta hlið, þegar „Ljósmæðrakórinn“
steig á svið og hóf upp raust sína og
söng: *Hani, krummi, hundur, svín...* með
tilheyrandi látbragði. Það var alla vega
mat íslenska hópsins að kórinn hefði
hreinlega slegið í gegn!

Næsta ráðstefna NJF verður í
Kaupmannahöfn árið 2010 og ber hún
yfirskriftina „Practice and science“. Án efa verður þar hópur íslenskra ljós-
mæðra, enda eru samgöngur til kóns-
ins Köben okkur frekar hagstæðar.

Valgerður Lísu Sigurðardóttir



Hildur Kristjánsdóttir kynnti (á óaðfinnanlegri sænsku) hinn nýstofnaða Ljósmæðrakór; sem
sló rækilega í gegn með laginu: *Hani, krummi, hundur, svín...*!



Ritstjórnir spjalla. Valgerður Lísu, Inda, Jaana Beversdorf, ritstjóri finnska
Ljósmæðrablaðsins og Sigríður Pálsdóttir.



Ljósmóðurstaða

Heilbrigðisstofnun Austurlands auglýsir eftir ljósmóður til starfa í 100% stöðu við Heilsugæsluna í Fjarðabyggð.

Umsækjandi þarf að geta hafið störf í síðasta lagi
1. september nk.

Heilsugæslan í Fjarðabyggð samanstendur af heilsugæslustöðvunum á Eskifirði, Reyðarfirði, Fáskrúðsfirði og Stöðvarfirði.

Umsóknarfrestur er til 20. júlí 2007.

Umsóknir skulu berast til Emils Sigurjónssonar fulltrúa framkvæmdastjóra Strandgötu 31, 735 Eskifirði.

Nánari upplýsingar um starfið veita Jónína Óskarsdóttir hjúkrunarstjóri Heilsugæslunnar í Fjarðabyggð

sími 865-5737 e-mail jonina@hsa.is

Lilja Aðalsteinsdóttir hjúkrunarforstjóri HSA

sími 860-1920 e-mail lilja@hsa.is og

Emil Sigurjónsson fulltrúi framkvæmdastjóra HSA

sími 895-2488 e-mail emils@hsa.is

Þökkum eftirtöldum aðilum stuðninginn

Reykjavík

Efning stéttarfélag, Sætúni 1
Eignamiðlunin ehf, Síðumúla 21
Grund, dvalar- og hjúkrunarheimili,
Hringbraut 50
Innheimtustofnun sveitarfélaga,
Lágmúla 9
Íþróttar- og tómstundaráð Reykjavíkur,
Bæjarhálsi 1
Mörk ehf gróðrarstöð,
Stjörnugróf 18
Tryggingastofnun ríkisins,
Laugavegi 114

Garðabær

Garðabær, Garðatorgi 7

Hafnarfjörður

Síld og Fiskur ehf, Dalshrauni 9b

Reykjanesbær

Reykjanesbær, Tjarnargötu 12
Sparisjóðurinn í Keflavík,
Tjarnargötu 12-14

Akureyri

Heilsugæslustöðin á Akureyri,
Hafnarstræti 99

Ólafsfjörður

Dvalarheimilið og Heilsugæsla
Ólafsfjarðar

Húsavík

Heilbrigðisstofnun Þingeyinga,
Auðbrekku 4

Höfn í Hornafirði

Heilbrigðisstofnun Suðausturlands,



Þegar andlát ber að höndum

Önnumst alla þætti útfararinnar.

Við Útfararstofu kirkjugarðanna starfa nú 14 manns með áratuga reynslu við útfararþjónustu. Stærsta útfararþjónusta landsins með þjónustu allan sólarhringinn.

Prestur
Kistulagning
Kirkja
Legstaður
Kistur og krossar
Sálmaskrá
Val á tónlistafólki
Kistuskreytingar
Dánarvottorð
Erfdrykkja

ÚTFARARSTOFA
KIRKJUGARÐANNA EHF.

Vesturhlíð 2
Fossvogi
Sími 551 1266
www.utfor.is



Heilbrigðisstofnun
Suðurlands



LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

Kvennasvið

Gleðilegt sumar

Barnið er fætt – hvað tekur við?

Ég hef í vetur verið að stíga mín fyrstu skref í heimaþjónustu ljósmæðra. Þar bý ég að ágætri reynslu af umönnun sængurkvenna á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS), þar sem ég starfa meðal annars. En þó að ljósmæðrastörf-in séu þau sömu í heimaþjónustu og á sængurkvennadeild, er umgjörðin mjög ólík. Í heimaþjónustunni er fjölskyldan á heimavelli, sameinuð í eigin umhverfi, sem veitir flestum sjálfsöryggi og velíðan. Einnig hefur það áhrif að þjónustan er veitt af einungis einni ljósmóður, en það ætti að stuðla að samræmdari fræðslu og vinnubrögðum.

Þrátt fyrir ótvíræða kosti og vinsældir heimaþjónustunnar, er hún þó í raun og veru ekki val fyrir nýbakaða foreldra á Stór-Reykjavíkursvæðinu. Hreiður og heimaþjónusta er sá pakki heilbrigðiskerfisins sem stendur til boða eftir eðlilega fæðingu. Flestar konur eru sáttar við þetta og undir það búnar á meðgöngunni. Hins vegar heyrir ég alltaf öðru hvoru raddir kvenna sem finnst slæmt að hafa ekki val um sængurlegu á sjúkrahúsi. Ástæðurnar sem liggja að baki geta verið margvíslegar; slæm reynsla af brjóstgjöf, þörf fyrir hvíld fjarri önnun heimilislífsins, ónógur stuðningur heima fyrir o.s.frv. Þessar ástæður vega sjaldan nógu þungt til að réttlæta innlögn á sængurkvennagang, sem oftast en ekki er fullsetinn af mæðrum og börnum sem þurfa sérhæft eftirlit og umönnun.

Konur sem kjósa sængurlegu fram yfir heimaþjónustu geta reyndar valið að fæða og liggja sængurlegu á einhverju jaðarsjúkrahúsanna (í Keflavík, á Akranesi og Selfossi). Á HSS fá feður t.a.m. að vera með móður og barni á einkastofu svo lengi sem húsrúm leyfir og er lengd dvalarinnar háð þörfum móður og barns. Foreldrar eru almennt mjög ánægðir með þetta fyrirkomulag og feður nýta sér þennan kost vel. Verðandi foreldrar á Reykjavíkursvæðinu setja þó vegalengdina til jaðarsjúkrahúsanna oft fyrir sig, en einnig takmörkun á opnun skurðstofu sem sum staðar er staðreynd. Valið er því í raun og veru annmörkum háð.

Hin hliðin á málinu er svo þær sængurkonur sem vegna eigin heilsufarsvandamála, eða barna sinna, þurfa að



Steinunn Zophaníasdóttir,
ljósmóðir á Landspítala-háskóla-
sjúkrahúsi og Heilbrigðisstofnun
Suðurnesja

fara á sængurkvennadeild. Þær hafa ekkert val og þurfa oftast en ekki að deila herbergi með öðrum sængurkonum, stundum fleirri en einni. Það segir sig sjálft að ekki felst mikil hvíld í því, auk þess sem slík dvöl felur í sér aðskilnað frá föður barnsins að einhverju leyti.

Sem ljósmæðranemi á Skejby sjúkrahúsinu í Árósum í Danmörku kynntist ég fleiri útfærslum á sængurlegunni. Starfsemi sængurkvennagangs var reyndar samskonar og á LSH, nema hvað hámarksfjöldi á hverri stofu voru tvær sængurkonur. Skrautfjöldur spítalans var sjúkrahótelið (patienthotellet), en þangað fóru frumbyrjur í eðlilegu ferli í sængurlegu. Skipulag hótelsins var að fyrirmynd hefðbundins hótels með teppalögðum göngum, einstaklings- eða hjónaherbergjum með sér baðherbergi og sjónvarpi. Þarna var líka hinn fínasti veitingastaður sem foreldrar gátu rölt

á með vögguna og farið “út að borða”. Að sjálfsögðu var bjór og léttvín á boðstólum að hætti Danans. Hótelið var að vonum mjög vinsælt og flyktust fæðandi konur hvaðanæva að í von um að fæða eðlilega og enda á sjúkrahótelinu. Boðið var upp á 4-5 daga sængurlegu fyrir foreldra og barn. Ljósmóðir var á vakt allan sólarhringinn og gekk á milli herbergja tvisvar á dag og sinnti sængurlegunni. Einnig var hægt að kalla á hana þess á milli ef foreldrar þurftu á að halda.

En eins og komið hefur fram, var þessi þjónusta einungis fyrir frumbyrjur. Fjölbýrjur í eðlilegu ferli voru útskrifaðar heim heilum fjórum tímum eftir fæðingu. Og ekki var heimaþjónustunni fyrir að fara. Heimsókn ljósmóður sem var á vakt á fæðingargangi, daginn eftir fæðingu stóð til boða, þ.e.a.s. ef blessaðar ljósmóðir voru ekki of uppteknar í fæðingum.

Óvíst er hvort íslenskar konur myndu setta sig við slíka mismunum, en víst er, að þótt sængurlegan á Íslandi sé almennt góð, má lengi gott bæta. Krafan um einbýli á sjúkrahúsum er að aukast í samfélaginu og nýbakaðar mæður þurfa rólegt umhverfi og hvíld sem ekki er hægt að uppfylla með fjölmönnum herbergjum. Einkastofa ætti að mínu mati að standa öllum nýbökkuðum foreldrum og börnum þeirra til boða, ekki einungis konum í eðlilegu ferli, heldur einnig veikum konum og þeim konum sem kjósa sængurlegu á sjúkrahúsi framyfir heimaþjónustu. Það er því mín von, að á nýju þjóðarsjúkrahúsi verði gert ráð fyrir flottu “Hreiðurhótel”, sem til viðbótar okkar frábæru heimaþjónustu myndi gera gæfumuninn fyrir íslenskar sængurkonur og fjölskyldur þeirra.



Milt og gott alla ævi

ENNEM / SIA



Neutral þvottaefni inniheldur hvorki litarefni, ilmeefni, bleikiefni né önnur aukaeefni sem eru þekkt fyrir að geta kallað fram kláða og exem. Þess vegna minnkar þú hættuna á snertiofnæmi og ofnæmisviðbrögðum þegar þú þværð með Neutral – bæði hjá þér og börnunum þínum. Neutral vörurnar eru viðurkenndar af dönsku astma- og ofnæmissamtökunum.



Neutral vörurnar eru viðurkenndar
af dönsku astma- og ofnæmissamtökunum.

Neutral
verndar viðkvæma húð

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



Traustur sjóður, örugg samfylgd

Þegar starfsævinni lýkur reynast lífeyrisréttindi ein mikilvægasta eign okkar flestra. Á lífsleiðinni skiptir því öllu máli að njóta samfylgdar lífeyrissjóðs sem býr vel í hagin fyrir framtíðina.

Meginhlutverk LSR er að taka á móti iðgjöldum sjóðfélaga og ávaxta þau í sameiginlegum sjóði til að greiða elli-, örorku-, maka- og barnalífeyri. Sjóðfélagar LSR hafa ávallt greiðan aðgang að greinargóðum upplýsingum um réttindi sín og lífeyrisgreiðslur. Þá eiga allir sem greiða eða hafa einhvern tíma greitt í LSR rétt á lífeyrissjóðsláni.

Séreign LSR tekur við frjálsum viðbótarsparnaði sjóðfélaga og geta þeir valið um þrjár fjárfestingarleiðir til að ávaxta sparnaðinn. Viðbótarsparnaður er séreign sjóðfélaga og erfist við fráfall. Hvort sem þú greiðir í A- eða B-deild LSR ætti framlag í Séreign LSR að vera eðlileg viðbót.