

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ



TÍMARIT LJÓSMÆÐRAFÉLAGS ÍSLANDS 1. TBL. - 99. ÁRGANGUR - JÚLÍ 2021
- JOURNAL OF THE ICELANDIC MIDWIVES ASSOCIATION -



LANDSKÖP

HINSEGIN FÓLK, KYNHLUTLAUST ORÐALAG OG AÐ VERÐA FORELDRI

HANN FÆDDI BARN

SÁLRÆN VANLÍÐAN KVENSTÚÐENTA Á BARNEIGNARALDRI

HVERS VEGNA VELJA KONUR AÐ FÆÐA ÁN AÐSTOÐAR?

lindex.is

Frábært úrval af
meðgöngu- og
brjóstagjafafatnaði.

LINDEX



LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ er gefið
út af Ljósmeðrafélagi Íslands
Borgartúni 6, 105 Reykjavík
Sími: 595 5155 Fax: 588 9239
Netfang: formadur@ljosmodir.is
skrifstofa@ljosmodir.is
Heimasíða: www.ljosmaedrafelag.is

ÁBYRGÐARMAÐUR

Unnur Berglind Friðriksdóttir,
formadur LMFÍ
formadur@ljosmaedrafelag.is

RITNEFND

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, olofol@hi.is, ritstjóri
Anna Guðný Hallgrímsdóttir,
anna.gudny.hallgrimsdottir@heilsugaeslan.is
Berglind Hálfðánsdóttir, berglindh@hi.is
Edythe L. Mangindin,
edythe.mangindin@gmail.com
Emma Marie Swift,
emma.marie.swift@gmail.com
Guðlaug Erla Vilhjálmssdóttir,
gudlaug@simnet.is
Rut Guðmundsdóttir,
rutgudmunds@gmail.com
Steinunn Blöndal,
steinablondal@gmail.com
Sunna María Schram
sunnamaria@gmail.com

RITSTJÓRN FRÆÐILEGS EFNIS

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, olofol@hi.is
Berglind Hálfðánsdóttir, berglindh@hi.is
Emma Marie Swift, emmas@hi.is

MYNDIR

Í einkaeigu - ábyrgð
Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Þorkell Þorkelsson

PRÓFARKALESTUR

Kristín Edda Búadóttir

AUGLÝSINGAR

Ljósmeðrafélag Íslands

UMBROT OG PRENTVINNSLA

Prentun.is

Ljósmeðrablaðið er opinbert tímarit Ljósmeðra-
félags Íslands og er öllum ljósmeðrum heimilt að
senda efni í blaðið. Greinar sem birtast í blaðinu
eru alfarið á ábyrgð greinahöfundar og endurspeglar
ekki endilega viðhorf ritstjóra, ritnefndar eða Ljós-
meðrafélagsins. 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 mál-
efnum ljósmeðra óviðkomandi. Gert er ráð fyrir að
gefa út tvö tölublað á ári. Skilafrestur er í samráði
við ritnefnd og skal efni berast á tölvutæku formi.

FORSÍÐA

Landsköp

ISSN nr. 1670-2670

EFNISYFIRLIT

- 4 Ritstjórnarpistill
Ólöf Ásta Ólafsdóttir
- 6 Ávarp formanns Ljósmeðrafélagsins
Unnur Berglind Friðriksdóttir
- 7 Landsköp
Um listaverk á forsiðu: Hallgerður Hallgrímsdóttir
- 8 Ljósmeður taka vel á móti þér - í leghálsskimun
hjá heilsugæslunni
Anna Guðný Hallgrímsdóttir
- 10 Sálræn liðan kvenstúdenta á barneignaraldri við H.Í.
Ritrýnd grein: Jóhanna Bernhárðsdóttir, Guðný Bergþóra
Tryggvadóttir og Rúnar Vilhjálmsson
- 16 Af hverju neyta barnshafandi konur ekki helstu
jóðgjafa fæðunnar?
Ritrýnd grein: Þórdís Kristjánsdóttir, Berglind Hálfðánsdóttir og
Ingibjörg Gunnarsdóttir
- 22 Að vera sátt við brjóstagjöfina jafnvel þó eitthvað
vanti upp á: Reynsla kvenna af brjóstagjöf
Fræðslugrein: Lilja Guðnadóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir
- 28 Hinsegin fólk, kynhlutlaust orðalag og að verða foreldri
Sólveig Daðadóttir
- 26 Hann fæddi barn: Viðtal við Henry Stein Leifsson
Rut Guðmundsdóttir og Steinunn H. Blöndal
- 34 Reynsla landsbyggðarljósmeðra af notkun
klínískra leiðbeininga um sykursýki á meðgöngu
Ritrýnd grein: Oddný Ösp Gísladóttir, Sigfríður Inga Karlsdóttir
og Sigfríður Sía Jónsdóttir
- 41 Yfirlit yfir íslenskar ljósmeðrarannsóknir 2020-2021
Berglind Hálfðánsdóttir
- 42 Ljósmynd ársins 2020: Viðtal við Þorkel Þorkelsson
Guðlaug Erla Vilhjálmssdóttir
- 44 Mismunandi áhrif mísóprostóls eftir lyfjaleið
Guðný Björk Proppé, Ingibjörg Steinunn Sigurbjörnsdóttir og
Unnur Ýr Haraldsdóttir
- 46 Hvers vegna velja konur að fæða án aðstoðar?
Fræðslugrein: Sunna María Schram og Berglind Hálfðánsdóttir
- 49 Metár í fæðingum á Íslandi: Tekur kvennadeild
Landspítala endalaust við?
Emma Marie Swift
- 50 Meistaraverkefni í ljósmóðurfræði til starfs-
réttinda, ljósmeður útskrifaðar vorið 2021
- 51 Hugleiðing ljósmóður
Katrín Sif Sigurgeirsdóttir

LJÓSMÆÐUR VÍKKA SJÓNDEILDARHRINGINN

Ljósmaður koma víða við í lífi fólks og þó áherslan sé mest á meðgöngu, fæðingu barns og fyrstu vikurnar á eftir, þá eykst áherslan á kynheilbrigði. Efling kynheilbrigðis- og barneignarþjónustu er mikilvæg fyrir alla hópa, þeirra sem á einhvern hátt minna mega sín, eiga við fikni- eða andleg vandamál stríða, þau sem eru af erlendum uppruna, eru Íslendingar eða að sækja um íslenskan borgararétt eða á flótta frá hræðilegum aðstæðum í heimalandi sínu og leita skjóls og verndar hjá okkur.

Eins og alltaf þegar ritnefnd byrjar að undirbúa næsta blað er farið yfir hvernig til tókst með síðasta blað og hvað varð út undan. Hvert blað hefur í raun sitt þema sem þó er sveigjanlegt og fjölbreytt, rétt eins og starf og samskipti ljósmæðra eru við fólk, umheiminn og lífið. Síðasta blað var tileinkað ári ljósmæðra og hjúkrunarfræðinga 2020 og kom út í hátíðarútgáfu í sérstöku broti. Þetta blað er aftur í hefðbundnara formi og eins og áður er áherslan á efni sem endurspeglar fjölbreytt viðfangsefni og ólíka hópa sem ljósmæður sinna í sínu starfi. Hópa með ólíkan bakgrunn sem eru allir sérstakir og eiga að fá bestu þjónustu „sem völ er á“.

Ánægjulegt var að þetta árið tókst Ljósmæðrafélaginu að halda ráðstefnu á netinu í tilefni 5. maí, alþjóðadags ljósmæðra. Dagskráin bar þess merki að íslenskar ljósmæður eru framtakssamar og sýna dug víða um heim í að sinna skjólstæðingum sem allra best á tímum COVID-19. Einnig koma þær af stað nýjum verkefnum, stofna fyrirtæki og bjóða upp á aukna og fjölbreyttari þjónustu á ýmsum sviðum innan og utan starfsins - af hugsjón og með myndarskap. Má þar t.d. nefna Urðarbrunn, heimili sem styður viðkvæmar fjölskyldur við barn eignarferlið, sem ljósmóðirin Elísabet Ósk Vigfúsdóttir stendur að, en hún hefur sinnt þessum fjölskyldum á göngudeild meðgönguverndar á Landspítala um áraskeið.

Starfsvettvangur ljósmæðra í heilbrigðiskerfinu er um land allt, heima, innan heilsugæslu eða á sjúkrahúsi. Það getur verið snemma á ævinni, jafnvel fyrir meðgöngu eða seinna eftir fæðinguna, við kynþroska, á breytingaskeiði, þegar við kveðjum lífið eða þegar við fögnum því og tökum á móti. Menntunin hefur aukist í samræmi við þarfir samfélagsins og hópa með ólíkan bakgrunn. Nú eru 25 ár síðan ljósmæðranám fluttist á háskólastig en nú er svo komið að allar ljósmæður hljóta meistaragráðu til starfsréttinda. Fyrsti hópurinn úr því námi útskrifast í vor og yfirlit lokaverkefna og mynd af ljósmæðrum 2021 er á sínum stað.

Ljósmæður veita gagnreynda heilbrigðisþjónustu, byggja fræðslu á faglegri þekkingu og stunda rannsóknir í auknum mæli. Merki þess sjást í samtals sex greinum, bæði ritrýndum og öðrum um ólík efni s.s. um andlega líðan kvenna á barneignaraldri, mikilvægi joðneyslu á meðgöngu, hvernig sé að fylgja eftir leiðbeiningum um meðgöngusykursýki, reynslu af brjóstagjöf, áhrif lyfjagjafar á framköllun fæðinga og svo er spurningunni um hvers vegna konur kjósa að fæða barn án aðstoðar velt upp.

Síðasta áratuginn hafa ljósmæður séð um sýnatöku og krabbameinsleit í leghálsi, fyrst hjá Leitarstöð Krabbameinsfélagsins og nú



Ólöf Ásta Ólafsdóttir, ritstjóri

innan heilsugæslunnar, eins og Anna Guðný Hallgrímsdóttir ljósmóðir segir okkur frá. Enn fremur fá ljósmæður nú eftir útskrift leyfi frá Landlæknisembættinu til að ávísar getnaðarvarmarlyfjum. Þó eru enn tæknileg vandamál til staðar fyrir konur að fá þau afgreidd í apótekum landsins. Ætlunin er að fjalla um þessar breytingar á þjónustu í boði ljósmæðra og reynsluna af henni í næsta Ljósmæðrablaði.

Í takt við tímann breytast störfín t.d. vegna möguleika læknavísinda til að mæta þörfum hinsegin fólks, trans-kvenna og karla sem koma út, samkynja para og annarra hinsegin para sem eignast börn með mannlegri og tæknilegri hjálpi. Nýlega voru samþykkt ný lög frá Alþingi um kynrænt sjálfræði fólks, rétt þess á því að skilgreina sjálft kyn sitt og breyta skráningu þess í þjóðskrá, einnig að hafa kynskráningu sína hlutlausu. Það er því rétt að huga að því hvort heilbrigðiskerfið sé undirbúið og hvort við ljósmæður séum tilbúnar til að taka við þessum

breytingum og sinna einstaklingum af öllum kynjum og hinsegin fólki í barneignar- og kynheilbrigðisþjónustunni af faglegri alúð. Íslenskan er kynjað tungumál og málvenjur okkar geta sært hinsegin skjólstæðinga okkar. Hvernig við orðum hlutina skiptir máli og gott að fá ráðgjöf frá þeim sem hafa reynsluna, temja sér kynhlutleysi, skoða og leggja af karllægar málvenjur eins og fjallað er um í fróðlegum pistli Sólveigar Daðadóttur, og einnig í viðtali ljósmæðranna Rutar Guðmundsdóttur og Steinunnar H. Blöndal við Henry Stein sem var lagður af stað í kynleiðréttingarferli þegar hann uppgötvaði að hann gekk með barn. En eins og þær skrifa þá hafa reynslusögur kvenna skipt ljósmæður miklu máli og hafa í gegnum aldirnar haft mótandi áhrif á ljósmóðurþekkingu. „Nú þurfum við að víkka sjóndeildarhringinn og vera tilbúnar að hlusta á sögur fleiri kynja og bæta þannig við þekkinguna sem fyrir er og opna umræðuna upp á gátt“.

Aðstæður á Landspítala hafa verið í þjóðfélagsumræðunni, ekki síst vegna COVID-19 og nú síðast vegna fjölgunar fæðinga. Mynd ársins 2020 tók Þorkell Þorkelsson ljósmyndari Landspítala og fékk hann verðlaun fyrir myndaröð ársins. Í viðtali Guðlaugar Erlu Vilhjálmisdóttur segir Þorkell frá starfi sínu sem ljósmæður á kvenna- og barnasviði þekkja vel en hér fáum við að skyggast inn í hugarheim og baksvið mynda hans. Emma Marie Swift ljósmóðir á meðgöngu- og sængurkvennadeild Landspítala og lektor við Háskólann skrifaði á dögnum kröftuga grein í Morgunblaðið sem við endurbirtum. Hún fjallaði m.a. um væntanlega fjölgun fæðinga á þessu ári, aðstöðuleysi á Landspítala og skorar á heilbrigðisfyrirvöld að gera bragarbót. Ljóst sé að ekki er hægt að halda áfram á gleðinni og hugsjóninni einni saman og að þetta endi með þeim afleiðingum að starfsfólk verði úrvinda og í hættu á því að fá kulnun eða verða veikt vegna álags og streitu.

Að lokum hvetur Katrín Sif Sigurgeirsdóttir okkur ljósmæður til samstöðu með stolti og kærleik. Hún lítur til baka og fer yfir breytingar í ljósmóðurstarfi síðustu áratugina og framþróun sem kallar á breytingar sem við eigum að vanda okkur við. Hennar orð eru samhljóma ávarpi nýs formanns Ljósmæðrafélagsins, Unnar Berglindar Friðriksdóttur, um að við ljósmæður munum – „standa föstum fótum, allar sem ein og vera einhuga í að hlúa að stéttinni okkar“.

Vegna aukinnar eftirspurnar eftir náttúrulegum húðvörum á meðgöngu hefur **Bio-Oil** þróað **100% náttúrulega húðolíu.**

Klínískar rannsóknir hafa sýnt fram á að **Bio-Oil Natural** er jafn áhrifarík og hin sívinsæla **Bio-Oil** sem skilað hefur ótrúlegum árangri.

- Bætir ásýnd húðslita og öra
- Hjálpar til við að draga úr möguleikanum á húðslitum á meðgöngu
- Jafnar húðlit
- Hefur jákvæð áhrif á öldrun og raka húðarinnar



Bio-Oil®

er fáanleg í öllum helstu apótekum,
barnavöruverslunum, Hagkaup,
Fjarðarkaup og á Heimkaup.is

ÞAÐ ER NÓG TIL

Kæru ljósmæður. Það er mér mikill heiður að vera komin í embætti formanns Ljósmæðrafélags Íslands. Ég tek við góðu búi af forvera mínum, Áslaugu Írisi Valsdóttur sem nú lætur af störfum eftir tæplega áratug í starfi. Það er mér líka ómetanlegt að hafa hana mér innan handar og vil ég nota þetta tækifæri til að þakka henni fyrir störf hennar í þágu félagsins, félagsmanna og ekki síður mín í nýju starfi.

„Það er nóg til“ var yfirskrift heildarsamtaka launafólks í tilefni 1. maí 2021 og er orðatiltæki sem Alþýðusamband Íslands hefur notað undanfarnar vikur til að koma áleiðis baráttumálum sínum nú í aðdraganda þingkosninga í haust. Það vísar til þess að íslenskt samfélag hafi burði til að deila þeim gæðum sem til skiptanna eru og enginn þurfi að liða skort, að „við búum í landi sem er ríkt af auðlindum – bæði af náttúrunnar hendi og mannaudi“.

En það á ekki við um ljósmæður. Það er ekki hægt að segja að nóg sé til af ljósmæðrum og hefur skortur á ljósmæðrum aldrei verið eins alvarlegur og nú. Við sjáum fram á mjög erfiða tíma næstu mánuði og ár. Áætlanir samkvæmt sórnarskoðunum gera ráð fyrir 25-30% aukningu á fæðingum í sumar og fram á haustið. Því fylgir meðal annars aukin mæðravernd og þjónusta við sængurkonur og nýbura.

Við það álag sem er yfirvofandi, þurfum við ljósmæður sem aldrei fyrr að standa saman og hlúa að hver annarri og okkur sjálfum.

Þessu mikla álagi sem kemur til með að vera í okkar störfum fylgir streita sem getur leitt til líkamlegra og andlegra veikinda. Undir þau veikindi falla til dæmis kulnun í starfi þar sem einkenni eru meðal annars þreyta, pirringur, gleymaska, spennu og að geta ekki slakað á. Einkenni sem við verðum að vera meðvit- aðar um hjá okkur sjálfum og okkar vinnufélögum. Í því mikla álagi sem við sjáum fram á verðum við að gæta þess að losa um



Unnur Berglind Friðriksdóttir, formaður Ljósmæðrafélags Íslands

streitu milli vakta og forðast að vera með hugann við vinnu allan sólarhringinn. Gefa okkur tíma til að gera skemmtilega hluti með fjölskyldu og vinum. Við vitum allar hvað við þurfum að gera, við verðum bara að muna eftir því.

Sem fyrr segir hef ég miklar áhyggjur af því álagi sem verður á ljósmæðrum í sumar og í haust. Starfsumhverfið er orðið flóknara og því fylgir enn meiri streita. Konur þurfa að mörgu leiti margslungnari þjónustu en fyrir einungis 20 árum síðan.

Samfélagsmiðlar hafa einnig áhrif á starfsumhverfi okkar. Nú fá sögur sem áður voru eingöngu sagðar í saumaklúbbum miklu meiri athygli og geta farið í hraða dreifingu á netmiðlum. Það er oft erfitt að þurfa að sitja undir þeim. Sérstaklega þegar við vitum allar að sögurnar geta ekki staðist og eru oft einhliða frásagnir. Það er erfitt að rísa ekki upp og svara.

Ljósmæður verða sem aldrei fyrr að snúa bókum saman og hlúa hver að annarri. Við þurfum að styðja við og styrkja þær sem ganga í gegnum erfiða tíma. Ekki gagnrýna og dæma. Við verðum að muna að hver og ein er að gera sitt besta á hverjum tímapunkti. Að horfa í baksýnisspegilinn og rýna á alltaf að vera til góðs.

Við þurfum líka að hugsa vel um ljósmæðranemana sem koma til starfa á okkar deildum. Ljósmæðranemarnir okkar búa yfir öllum nýjustu fræðunum og við getum lært svo mikið af þeim. Ljósmæðranemarnir þurfa síðan á reyndum ljósmæðrum að halda, til að læra klínísku vinnubrögðin, hvar og hvernig fræðin passa saman við klínísku starfið. Við þurfum að hlúa að þeim í verknámi til þess að þeir blómstri í starfi eftir útskrift. Við þurfum svo sannarlega á þeirra starfskröftum að halda næstu árin. Og svo verðum við áfram og ávallt að standa saman sem ljósmæður.

Unnur Berglind Friðriksdóttir, formaður.



NÝ STJÓRN LJÓSMÆÐRAFÉLAGSINS KOSIN Á AÐALFUNDI 20. MARS 2021

Formaður	Unnur Berglind Friðriksdóttir	861 6855	formadur@ljosmodir.is
Varaformaður	Inga M. H. Thorsteinson	6945687	ingamaria1991@gmail.com
Ritari	Gréta María Birgisdóttir	7705540	gretamb@gmail.com
Varagjaldkeri	Hafdis Guðnadóttir	8484816	hafdisgd@gmail.com
Gjaldkeri	Bryndís Ásta Bragadóttir	6260878	bryndisasta@gmail.com
Vararitari	Guðlaug María Sigurðardóttir	8927232	gmariasig@gmail.com
Meðstjórnandi	Jóhanna Ólafsdóttir	8960181	joh.olafsdottir@gmail.com

LANDSKÖP

Ljósmyndarinn dansar eilíflega á mörkunum, horfir samtímis innávið og útávið.

Það er ógerlegt að skilja holuna til fulls, myrkrið er ósnertanlegt. En hvíftírnar og raufirnar bjóða okkur velkomin, þyngdarafl óefnis þeirra er óviðjafnanlegt. Loforð liggur í loftinu. Um stað sem er bæði fyrir innan og fyrir utan.

Í óútskýrðum draumum er ég gluggi, hið fullkomna millibil.

Þessar vangaveltur skrifaði ég þegar myndir eftir mig, meðal annars myndin á forsíðunni af jöklasköpum í svart-hvítu, birtust í finnskri „zine“-útgáfu. Seríuna kallaði ég Holes and other latent places sem gæti útlagst Holur og aðrir óframkallaðir staðir. Myndirnar tók ég á þvælingi um Ísland, í miskæruleysislegum bíl- og gönguferðum með myndavélatöskuna meðferðis.

Myndina sýndi ég í nýju samhengi í Listasavni Færeyja fyrir tæpum tveimur árum og þar var hún sett fram með stórfenglega hversdagslegum hætti: á 45 blöðum í A4 stærð sem flæddu út úr ljósritunarvél safnsins og mynduðu saman jökul í Færeyjum. Naglarnir sem festu síðurnar stóðu ásæknir út úr veggnum og gerðu myndina áleitnari, örlítið hættulegri. Skrifstofu-



Hallgerður Hallgrímsdóttir,
myndlistarkona

pappírinn og efniskennd hans átti að minna gesti á að þetta væri ljósmynd, flöt og tilbúin. Með því að hafa myndina mjög stóra reyndi ég svo að framkalla sömu tilfinningu og ég upplifði á staðnum: Að vera lítil frammi fyrir risasköpum móður jarðar sem virtust bjóða mér að skríða inn. Jökul sem opnar sig á meðan hann hverfur af yfirborði jarðar í einskonar afturábak-fæðingu. Þannig vonaðist ég til að skapa augnablik þar sem áhorfandinn stæði í millibílinu, milli jökuls og túlkunar listamannsins á jökli og mögulegra tilfinninga eða tákna sem myndin kallaði fram.

Listrænt ferli á ýmsar hliðstæður í getnaði, meðgöngu og fæðingu. Hugmyndir koma stundum viljandi og stundum óvænt, sumar dala uppi snemma, á meðan aðrar komast smám saman á lokastig. Fæðingin getur verið kröftug þegar verkið spýttist út eða langdregin og þurft að draga fram tangirnar. Á endanum

skiptir svo litlu máli hvernig þessu öllu var farið, nýtt verk hefur litið dagsins ljós. Þetta verk, þessi mynd, er kannski ennþá að verða til þar sem hún ferðast á milli og í nýju samhengi verður lestur hennar annar. En líklega voru það alltaf hennar örlög að enda sem sköp á forsíðu Ljósmaðrablaðsins. Eigi má sköpum renna.



NÁMS- OG STARFSFERILL

Hallgerður er myndlistarkona og vinnur mest með ljósmyndamiðilinn í sinni sköpun. Hún er með BA í myndlist með áherslu á ljósmyndun frá Glasgow School of Art og meistaraþráðu í myndlist frá Akademin Valand í Gautaborg, þaðan sem hún lauk námi 2019. Verk hennar hafa farið víða og verið sýnd meðal annars í The Photographer's Gallery í London, Hasselblad Center í Gautaborg, í Listasafninu á Akureyri, Listasafni Færeyja, Ljósmyndasafni Reykjavíkur og Listasafni Reykjavíkur. Ljósmyndabók Hallgerðar *Hvassast* kom út 2016 og 2018 gaf Pastel ritröð út ljóð-myndabókina *Límkennda daga*. Hallgerður býr og starfar í Reykjavík og það má sjá fleiri verk eftir hana á hallgerdur.com.

LJÓSMÆÐUR TAKA VEL Á MÓTI ÞÉR

-Í LEGHÁLSSKIMUN HJÁ HEILSUGÆSLUNNI-

Það hefur sennilega ekki farið framhjá neinum að í byrjun árs tók Heilsugæsla Höfuðborgarsvæðisins (HH) við skimun fyrir frumubreytingum í leghálsi af Leitarstöð Krabbameinsfélagsins. Sú breyting var gerð í kjölfar ákvörðunar heilbrigðisráðherra sem tekin var árið 2019. Mikið hefur verið rætt og skrifað um þessa breytingu, framkvæmd hennar, rannsóknaradferðir og ástæður og sitt sýnist hverjum. Um það verður þó ekki skrifað hér heldur enn fremur rýnt í kostina.

Hjá Leitarstöð Krabbameinsfélagsins störfuðu ljósmæður við skimunina. Það hefur ekki breyst því nú eru það ljósmæður, og stöku hjúkrunarfræðingar, sem starfa á heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu og úti á landi sem sjá um þetta starf. Ljósmæður sem starfa á landsbyggðinni hafa þó séð um skimunina undanfarin ár með góðum árangri. Konur geta nú líkt og áður leitað til síns kvensjúkdómalæknis og fengið sýnatöku ef þeim hugnast það frekar. Þær ljósmæður sem starfa við skimunina hafa margar hverjar fengið þjálfun í að taka sýni frá leghálsi í sínu námi og allar fengu þær þjálfun og fræðslu um skimunina í aðdraganda breytinganna. Ljósmæður eru sérfræðingar í samfelldri þjónustu og með því að ýmist breyta vinnufyrirkomulagi sínu eða auka starfshlutfall sitt fengu þær tækifæri til þess að bæta þessari þjónustu við sig. Konur sem mæta í skimun eru því jafnvel kunnugar ljósmóðurinni, hafa kynnst henni í gegnum mæðravernd, ungbarnavernd eða annað starf hennar innan heilsugæslunnar. Þess má þó geta að ljósmæður bættu skimuninni við starfssvið sitt án þess að samið hafi verið sérstaklega um launagreiðslur til þeirra en áður fékk sá sem tók sýni greitt fyrir hverja sýnatöku. Leghálsskimun er því ekki aðeins tækifæri til þess að víkka út starfssvið ljósmæðra heldur ætti einnig að vera tækifæri til þess að auka tekjur ljósmæðra. Til þess að svo geti orðið þarf að hefja umræðu um greiðslur vegna leghálsskimana á réttum vettvangi, en mikilvægt er að standa vörð um hagsmuni ljósmæðra og störf þeirra.

Á mörgum heilsugæslustöðvunum þurfti að breyta aðstöðunni og aðlaga hana nýrri starfsemi og hefur það gengið vel. Allar heilsugæslustöðvarnar fengu nýja skoðunarbekki, ljós, áhöld og annað sem til þurfti. Skimunin er heldur persónulegri á heilsugæslustöðvunum því ekki er þörf á að bíða á biðstofu, ber að neðan í gulum sloppi (og jafnvel með maska og hanska á covid tímum) eftir að hafa verið kölluð inn í sýnatöku. Á heilsugæslustöðvunum er hægt að fá að afklæðast inni á skoðunarherberginu og hafa margar konur haft á orði hversu miklu betra það er.

Áður var Leitarstöðin og einkareknar stofur kvensjúkdómalækna nýja staðirnir hér á höfuðborgarsvæðinu sem hægt var að fá skimun hjá. Nú eru sýni hins vegar tekin á öllum 19 heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins, bæði innan HH og þeim einkareknu. Það má því gefa sér að auðveldara er að fá tíma



Anna Guðný Hallgrímsdóttir,
ljósmóðir

sem hentar og að styttri biðtími sé eftir sýnatöku þar sem skimunarstöðvum hefur fjölgað til muna. Eins getur kona ráðið því hvert hún fer í skimun, hún þarf ekki að velja sína heilsugæslustöð heldur getur valið um að mæta á þann stað og á þeim tíma sem hentar henni. Bókun fer fram í gegnum heilsuvera.is eða í gegnum síma. Á Leitarstöð Krabbameinsfélagsins greiddu konur rúmar 4800 kr fyrir sýnatökuna en nú er sá kostnaður aðeins 500 kr. Aðgengið er því orðið talsvert betra en áður og kostnaður einnig minnkað til muna. Margar konur hafa rætt um kosti þessa flutnings yfir til heilsugæslunnar, þeim þykir gott að koma á kunnuglega heilsugæsluna og margar nefnt hversu miklu munar í kostnaði frá því sem áður var.

Markmið skimunar er að greina frumubreytingar á forstigi og meðhöndla þær til

þess að lækka nýgengi og dánartíðni leghálsskrabbameins. Því er mælt með reglulegri sýnatöku frá leghálsi hjá konum á aldrinum 23-64 ára. Til þess að árangur skimunar sé góður skiptir mestu máli að fá faglega örugga þjónustu og mæta í reglubundna skimun. Því skiptir aðgengi höfuðmáli og með því að bæta aðgengi og draga úr kostnaði er verið að reyna að auka hlutfall þeirra sem mæta í skimun. Það er vel vegna þess að hlutfall þeirra sem mæta hefur farið lakkandi síðustu áratugi og hefur verið undir 70% síðastliðin ár en það er fyrir neðan viðmið Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) um viðunandi árangur. Mikilvægt er að bæta mætinguna og ná henni upp fyrir 80%. Önnur breyting sem átti sér stað nú í byrjun árs er að tekin var upp HPV frumskimun hjá aldurshópnum 30-64 ára. Slik skimun er næmari á áhættu á leghálsskrabbameini en frumuskoðun sem áður var gerð, en næmi HPV frumskimunar er um 95%.

Ljósmæður geta vel ýtt undir þátttöku kvenna í leghálsskimun því þær vinna náið með konum og geta hvatt þær til þess að mæta í skimun. Svo sama hvert starfið er er alltaf tækifæri til þess að ræða leghálsskimun, sama hvort viðkomandi starfar í heilsugæslu, við mæðravernd, ungbarnavernd, við fæðingar eða í heimaþjónustu. Eins þurfa ljósmæður að vera duglegar að mæta.

Flutningur leghálsskimunar yfir til heilsugæslunnar hefur gengið vel. Þegar þetta er skrifað hafa 3300 sýni verið tekin og 3000 þeirra verið greind. Aðeins 27 sýnanna voru ófullnægjandi, 20 þeirra voru tekin af kvensjúkdómalæknum en aðeins 7 þeirra voru tekin af hjúkrunarfræðingi eða ljósmóður á heilsugæslunni. Vissulega voru tafir við vinnslu sýna og birtingu niðurstaðna í upphafi en það vandamál ætti að vera úr sögunni.

En hvað sem hverjum finnst um þær breytingar á þjónustunni sem hafa átt sér stað er alla vega eitt öruggt – að það verður ljósmóðir sem tekur vel á móti þér í leghálsskimun hjá heilsugæslunni. Aðalatriðið er að búið er að auka næmi skimunar, aðgengi að skimun og lækka þátttökukostnað en það er mikilvægt lýðheilsu kvenna og heilsuefingu þeirra.

BetterYou®

Ný bætiefnalína fyrir öll stig móðurhlutverksins

Conception munnúðinn

er blanda af sjö nauðsynlegum næringarefnum sem styðja við frjósemi og undirbúa líkamann fyrir meðgöngu. Inniheldur D3 vítamín, fólínsýru, járn, sink, selen, tíamín (B1) og joð.

Granatepla- og hindberjabragð

Pregnancy munnúðinn

styður næringarefna- og orkubörf sem getur fylgt meðgöngu. Inniheldur fólínsýru, joð, járn, D3 vítamín, K2 og B12 sem stuðlar stuðlar að því að draga úr þreytu og lúða.

Piparmintubragð

Hair, Skin & Nails

munnúðinn hjálpar til að fá ljómann aftur eftir fæðingu. Sérniðinn stuðningur fyrir heilbrigt hár, húð og neglur. Inniheldur sex fegurðarbætandi næringarefni: C vítamín, sink, selen, bíótín, joð og pantóþensýru (B5).

Appelsínu-, ferskju og mangóbragð

Children's Health munnúðinn

er þægileg og áhrifarík leið til að tryggja að börn frá 1 árs aldri fái helstu vítamín sem á er þörf til að styðja við vöxt og þroska. Inniheldur A vítamín, B12, C, D og K2 vítamín, fólínsýru og joð.

Hindberjabragð



Fyrir meðgöngu

Á meðgöngu

Eftir fæðingu

Fyrir börn

Fæst í helstu apótekum.

SÁLRAEN VANLÍÐAN KVENSTÚDENTA Á BARNEIGNARALDRI

PSYCHOLOGICAL DISTRESS AMONG FEMALE
UNIVERSITY STUDENTS DURING THE CHILDBEARING YEARS



Jóhanna Bernharðsdóttir,
lektor, Hjúkrunarfræðideild HÍ
og forstöðumaður fræðasviðs í
geðhjúkrun, Geðþjónusta Landspítala



Guðný Bergþóra Tryggvadóttir
verkefnastjóri, Félagsvísindastofnun
Háskóla Íslands



Rúnar Vilhjálmsson, prófessor,
Hjúkrunarfræðideild Háskóla
Íslands

ÚTDRÁTTUR

Bakgrunnur: Sálræn vanlíðan meðal ungs fólks á Íslandi, ekki síst kvenna, er vaxandi vandamál bæði hérlandis og meðal nágrannalanda. Áhyggjur af líðan háskólastudenta hafa aukist og fulltrúar þeirra hafa kallað eftir úrræðum vegna þessarar þróunar.

Tilgangur þessarar rannsóknar var þríþættur: 1. Að kanna meðalstig kvíða og þunglyndis meðal íslenskra kvenstúdenta á árunum 2007 og 2018 ásamt þörf þeirra fyrir faglega þjónustu. 2. Að kanna sálræna vanlíðan þeirra kvenstúdenta sem telja sig hafa þörf fyrir geðheilbrigðisþjónustu samanborið við þær sem ekki telja sig hafa slíka þörf. 3. Að athuga hvað kemur í veg fyrir að kvenstúdentar fái faglega aðstoð.

Aðferð: Þversniðsrannsókn fór fram árið 2018 þar sem lagðir voru fyrir þunglyndis- og kvíðakvarðar, sem eru undirvarðar Symptom Checklist-90 einkennalistar, ásamt lista með bakgrunnsbreytum. Í úrtaki voru 20 konur á aldrinum 19-45 ára valdar af handahófi, og var svarhlutfallið 58%. Sambærileg rannsókn fór fram árið 2007 og er hluti niðurstaðna frá árinu 2018 borinn saman við þær niðurstöður.

Niðurstöður: Meðalstig þunglyndis og kvíða hækkaði marktækt meðal kvenstúdenta milli ára 2007 og 2018. Þörf þeirra fyrir þjónustu vegna sálrænnar vanlíðunar jókst einnig marktækt eða úr 28% árið 2007 í 51% árið 2018. Marktækur munur var á kvíða- og þunglyndisstigum eftir því hvort konurnar töldu sig þarfnast aðstoðar eða ekki. Þeir kvenstúdentar sem fengu faglega aðstoð vegna andlegrar heilsu sinnar mældust marktækt lægri á þunglyndiskvarðanum en þær sem fengu ekki aðstoð. Megin hindranir fyrir faglegri aðstoð voru kostnaður, tíma-skortur og að vita ekki hvert skuli leita eftir aðstoð.

Ályktun: Niðurstöðurnar benda til þess að þróa þurfi markvissar forvarnir og snemmihlutunarir fyrir kvenstúdentar á barneignaraldrum.

Lykilorð: kvenstúdentar, kvíði, sálræn vanlíðan, þjónustuþörf, þunglyndi

ABSTRACT

Background: Psychological distress among young people in Iceland,

especially females, is a growing problem, as in many of neighbouring countries. Concerns about the well-being of students at the university level have increased and student representatives have called for measures due to this development.

The purpose of this study was threefold: 1. To compare the mean level of anxiety and depression among Icelandic female students between the years 2007 and 2018 and their need for professional services. 2. To examine psychological distress among female students who consider themselves in need of mental health services compared to those who do not consider themselves in need of such services. 3. To examine what prevents female students from receiving professional help.

Method: This cross-sectional study took place in 2018 where the Symptom Checklist-90, Depression and Anxiety subscales, was sent on-line to the sample with a list of background variables. Two thousand females of childbearing age were randomly selected into the sample. The response rate was 58% and both descriptive and inferential statistics were used. A similar study took place in 2007 and some of the results from 2018 are compared with those results.

Results: The results showed that the average score on the depression and anxiety scales increased significantly among female students between the years 2007 and 2018. The females own assessment of their need for services due to mental health also increased significantly between the years 2007 and 2018 or from 28% to 51%. There was a significant difference in the levels of anxiety and depression depending on whether the women felt they needed professional help or not. The female students who received professional help due to their mental health scored significantly lower on the depression scale than those who did not receive help. The main obstacles to professional help were cost, lack of time and not knowing where to seek help.

Conclusion: These results suggest that targeted prevention and early intervention for female university students of childbearing age need to be developed and provided.

Key concepts: Anxiety, depression, female university students, psychological distress, service needs.

INNGANGUR

Kannanir benda til þess að andleg vanlíðan og streita fari vaxandi meðal ungs fólks á Íslandi, ekki síst meðal yngri kvenna (Embætti landlæknis, 2018, 2019). Árið 2018 voru 18.346 nemendur í háskólanámi á Íslandi þar af voru 11.874 konur eða um 63%. Flestir kvenstúdentar í háskólum landsins eru á barneignaraldri (Hagstofa Íslands, 2020). Það er verulegt áhyggjuefni hve geðraskanir eru algengar meðal þess hóps sem undirbýr sig undir framtíðarstörf, barneignir og fjölskyldulíf (Auerbach o.fl., 2018; Oswalt o.fl., 2020). Faraldsfræðilegar rannsóknir sýna að um einn fimmti háskólastúdenta hefur glímt við geðraskanir undanfarna 12 mánuði og að algengustu geðraskanirnar, eins og hjá almenningi, eru kvíði og þunglyndi og er hvort tveggja algengara meðal kvenna en karla (Auerbach o.fl., 2016; Kessler o.fl., 2005; Wittchen og Jacobi, 2005). Í skýrslu Mennta- og menningarmálaráðuneytisins (2018) kemur fram að 17% íslenskra kvenstúdenta telja sig búa við andleg veikindi á móti 12% karla. Svipaðar niðurstöður hafa fengist í Bretlandi þar sem 17% fyrsta árs háskólanema töldu sig glíma við geðrænan vanda (UNITE, 2019). Það er einnig mikilvægt að hafa í huga að samkvæmt faraldsfræðilegum rannsóknum hafa 75% geðraskanar birst með vægum einkennum í byrjun, eða fyrir 24 ára aldurinn þegar margir eru í háskólanámi (Kessler o.fl., 2005; Kessler o.fl., 2007).

Í þessari grein er sjónum beint að sálrænni vanlíðan með einkennum kvíða og/eða þunglyndis meðal kvenstúdenta. Sálræn vanlíðan er upplifð á mismunandi stigum og getur sveiflast hjá sama einstaklingi sem viðbrögð við streituvaldi og mótlæti í lífinu. Sálræn vanlíðan er ekki geðröskun í sjálfu sér, en getur valdið töluverðri þjáningu og dregið úr lífsgæðum og virkni einstaklingsins (Alonso o.fl., 2018; Jenkins o.fl., 2020; Mirowsky og Ross, 2003). Langtíma rannsóknir á undanföllum árum, í Finnlandi og Noregi, hafa sýnt fram á vaxandi tíðni sálrænnar vanlíðunar meðal háskólastúdenta (Knapstad o.fl., 2019; Oksanen o.fl., 2017). Einnig hafa fjölmargar rannsóknir sýnt að þunglyndis- og kvíða-einkenni séu tíðari meðal kvenstúdenta en karlstúdenta sem og meðal yngri námsmanna þó ekki sé það einhlítt eins og kom fram í finnskri rannsókn þar sem sálræn vanlíðan var tíðari meðal eldri stúdenta (Bewick o.fl., 2010; Jenkins o.fl., 2020; Oksanen o.fl., 2017). Fár íslenskar rannsóknir hafa verið birtar um tíðni þunglyndis- og kvíðaeinkenna meðal háskólastúdenta, en í meistaraverkefni Andra Haukssteins Oddssonar (2017) kom ekki fram marktækur munur á tíðni þessara einkenna á milli kynja. Hins vegar reyndust bæði kvíði og þunglyndi algengari meðal þeirra sem voru í fullu námi borið saman við þá sem voru í hlutanámi, sem og þeirra sem bjuggu í foreldrahúsum. Rannsókn Swift og félaga árið 2017 sýndi að um fjórðungur kvenstúdenta sem þátt tóku í rannsókn varðandi ákvarðanir um fæðingu, upplifðu alvarlegan kvíða og tæplega þriðjungur þeirra alvarlegt þunglyndi.

Samkvæmt erlendum rannsóknum fær hins vegar aðeins lítill hluti háskólastúdenta með geðrænan vanda faglega aðstoð og sýna niðurstöður að þeir leita sér frekar aðstoðar eftir óformlegum leiðum (Auerbach o.fl., 2016; Bruffaerts o.fl., 2018; Eisenberg o.fl., 2011). Hvað varðar stöðu þessara mála hérlendis má benda á að stúdentar hafa sjálfir kallað eftir úrræðum vegna vaxandi geðheilsuvanda í sínum röðum (Kjarninn, 2018).

Lífsbreytingar meðal háskólastúdenta

Til þess að skilja aðstæður geðheilsuvandans er gagnlegt að líta til miðstigskenningar Meleis og fleiri (2000) um lífsbreytingar (e. Middle-Range Theory). Henni má beita til að skilja eðli breytinga, áskorana og viðbragða háskólanema sem takast samhliða á við fullorðinsár og háskólanám. Að auki er kenningin vegvísir fyrir heilbrigðisstarfsfólk til að styðja við stúdenta vegna þeirra vendipunkta sem eiga sér stað í lífi þeirra og veita þeim leiðsögn og aðrar ihlutanir sem miða að því að efla aðlögunarleiði þeirra og sjálfsmynd (Mahmoud o.fl., 2012; Meleis o.fl., 2000). Lífsbreytingum má lýsa sem nokkurs konar umbreytingarferli sem kallar á aðlögun og viðbrögð þegar einhvers konar breyting eða röskun verður í lífi einstaklingsins, hvort sem hún er óvænt eða ekki. Lífsbreytingar eru af mismunandi uppruna og toga. Þær geta verið tengdar þroska einstaklingsins, breytingum á heilsufari og skipulags-

breytingum ásamt breyttum kringumstæðum. Oft er talað um að háskóla-árin séu tími mikilla breytinga í lífi einstaklings sem er að fóta sig í námi, undirbúa framtíð sína og samþætta líf sitt öðrum verkefnum sem tilheyra fullorðinsárunum. Tilfinningaleg viðbrögð geta verið margs konar og augljóslega í samræmi við eðli og fjölda þeirra lífsbreytinga sem viðkomandi tekst á við hverju sinni. Viðbrögðin geta til að mynda birst í ráðaleysi, vanlíðan, pirringi, kvíða, þunglyndi og breytingum á sjálfsmynd (Chick og Meleis, 2010). Samkvæmt millibilskenningu Meleis og fleiri (2000, 2010) er meginmarkmið með aðstoð við einstaklinga sem takast á við krefjandi lífsbreytingar, fyrst og fremst að styðja við jákvæða úrvinnslu breytingaferlisins og útkomu þess.

Í ljósi ofangreindrar millibilskenningar eru háskólastúdentar taldir geta verið í heilsufarslegri áhættu vegna þess að þeir eru meðal annars að takast á við breytingar í þroska og aðstæðum og þurfa að tileinka sér nýja færni til að takast á við mikilvæg atriði í aðlögunarferlinu. Ýmislegt innra með einstaklingnum, í nærumhverfi hans eða í samfélaginu sjálfu getur haft áhrif á hvernig honum farnast í þeim breytingum sem eiga sér stað í lífi hans. Streita af mismunandi uppruna er talin algeng í þessum hópi og tengist meðal annars áhyggjum af námsárangri, frammistöðu, framtíðarhorfum ásamt fjárhagsáhyggjum (Beiter o.fl., 2015; Karyotaki o.fl., 2020). Ástæður breytinganna geta verið samfélagslegar svo sem þegar staða eða aðstæður ungs fólks í samfélaginu breytast. Breytingarnar geta einnig verið lífsskeiðstengdar, þegar einstaklingur fer af einu skeiði ævinnar á annað og tekur að sér ný hlutverk og verkefni. Enn aðrar breytingar geta verið persónubundnar þegar einstaklingur á tilteknu lífs-skeiði verður fyrir einstaklingsbundinni áskorun eða mótlæti.

Í þessari rannsókn er leitað svara við eftirfarandi spurningum:

1. Er marktækur munur á þunglyndis- og kvíðaeinkennum meðal 19-45 ára kvenstúdenta við Háskóla Íslands á árunum 2007 og 2018?
2. Hefur orðið marktæk breyting á þörf stúdenta fyrir þjónustu frá fagaðilum að þeirra eigin mati á árunum 2007 og 2018?
3. Er marktækur munur á kvíða- og þunglyndisstigum kvenstúdenta meðal þeirra sem: i) töldu sig ekki þarfnast faglegar aðstoðar, ii) töldu sig þarfnast þjónustu en fengu hana ekki og iii) þeim sem töldu sig þarfnast þjónustu og fengu hana?
4. Hvað kemur í veg fyrir að kvenstúdentar fái aðstoð vegna sálrænnar vanlíðunar?

ADFERD

Rannsóknarsnið

Gagnagreiningin byggði á þversniðskonun frá árinu 2018 þar sem upplýsinga var aflað með spurningalista sem sendur var út á netinu. Tekið var slembiúrtak meðal 19-45 ára kvenstúdenta sem stunduðu nám við Háskóla Íslands. Undanskildir voru þeir sem höfðu afþakkað fjölda-pósta og erlendir skiptinemar. Lítið var svo á að ef spurningalista var svarað jafngilti það samþykki fyrir þátttöku í rannsókninni. Leyfi fyrir rannsókninni var fengið frá rektor Háskóla Íslands og Vísindasiðanefnd 5. desember, 2017 (VSN-17-220). Til samanburðar og til að svara fyrstu tveimur rannsóknaspurningunum voru niðurstöður frá 2018 bornar saman við niðurstöður sams konar þversniðskonunnar meðal kvenstúdenta frá árinu 2015 (Rúnar Vilhjálmsson, 2015). Spurningalistinn í báðum ofangreindum könnunum byggði á tveimur undirkröðum Symptom Checklist-90 (SCL-90), það er þunglyndis- og kvíðakvarðanum, ásamt lýðfræðilegum breytum. Dæmi um þær eru: Aldur, hjúskaparstaða, foreldra- og námsstig, og vinna með námi. Kvíðakvarði SCL-90 einkennalistinn inniheldur 10 spurningar en þunglyndiskvarðinn 13 spurningar. Þátttakendur voru beðnir að svara að hve miklu leyti þeir hefðu upplifað tiltekin einkenni síðastliðna sjö daga á Likert skala sem var á bilinu 0-4. Dæmi um einkenni í kvíðakvarða eru: Skyndileg hræðsla án nokkurrar ástæðu, þungur eða hraður hjartsláttur og þú varst svo eirðarlaus að þú gast ekki setið kyrr. Dæmi um einkenni í þunglyndiskvarðanum eru: Þú varst döpur, þú hafðir engan áhuga á hlutunum og þér fannst allt erfið. Þátttakandi sem hafði ekki upplifað viðkomandi einkenni fékk gildið 0, en ef upplifun hans á einkenninu var mjög mikil fékk hann gildið 4 (Derogatis o.fl., 1973).

Rúnar Vilhjálmsson þýddi og forprófaði kvíða- og þunglyndiskvarðana, sem eru undirkröðar SCL-90 einkennalistans (Derogatis o.fl., 1973; Rúnar Vilhjálmsson, 2015). SCL-90 einkennakvarðinn hefur víða verið notaður til að skima fyrir sálrænum einkennum bæði meðal almennings

og sjúklingahópa (Vilhjalmsson o.fl., 1998). Innri áreiðanleiki SCL-90 einkennalistans (Chronbach's alpha) hefur reynst góður og í íslenski rannsókn meðal háskólastudenta var hann 0.905 fyrir þunglyndiskvarðann og 0.780 fyrir kvíðakvarðann (Bernhardsdóttir og Vilhjalmsson, 2013a).

Einnig voru kvenstúdentar spurðir hvort þeir teldu sig hafa þörf fyrir aðstoð frá fagfólki vegna andlegrar heilsu sinnar. Svarmöguleikar voru tveir, já eða nei. Því næst voru þeir sem töldu sig þurfa faglega aðstoð spurðir eftirfarandi spurningar: Ef þú telur þig þurfa aðstoð vegna andlegrar heilsu þinnar en færð hana ekki, hvað kemur í veg fyrir að þú fái aðstoð? Hægt var að merkja við fleiri en eitt atriði í níu atriða lista. Ef þátttakendur hökuðu við annað voru þeir beðnir að skrifa í tiltekinn reit hvaða ástæður ættu við og voru þau svör innihaldsgreind og flokkuð.

SPSS tölfraeðiforritið var notað við úrvinnslu gagna og var beitt bæði lýsandi- og ályktunartölfræði. Reiknuð voru meðaltöl og staðalfrávik þunglyndis- og kvíðaeinkenna. Gerð var dreifigreining og t-próf óháðra úrtaka til að kanna marktækan mun á milli undirhópa ($p < .05$).

NIÐURSTÖÐUR

Þátttakendur í rannsókninni 2018 voru 1152 talsins (svarhlutfall 58%). Til samanburðar voru þátttakendur í rannsókninni 2007 alls 743 (svarhlutfall 37,5%). Meðalaldur þátttakenda 2018 var 28,5 ár ($sf=6,5$), en 27,9 ár ($sf=6,3$) árið 2007. Flestar voru konurnar á aldrinum 20-29 ára eða 66% (Tafla 1). Yfir sextíu prósent úrtaks voru í grunnnámi og um þrír fjórðu í fullu námi. Líðlega fimmtíu prósent kvenstúdentanna voru einhleypar eða í föstu sambandi en heldur færri eða 45% voru í sambúð eða í hjónabandi. Rúmlega þriðjungur kvennanna voru mæður og tveir þriðju unnu með námi.

Tafla 1. Upplýsingar um svarendur árið 2018.

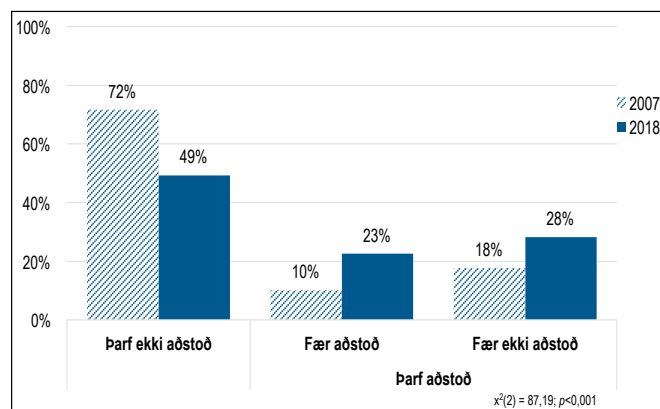
		n	%
Aldur (n=1107)	20-24 ára	382	35%
	25-29 ára	351	32%
	30-34 ára	156	14%
	35-45 ára	218	20%
Hjúskaparstaða (n=1102)	Einhleyp/í föstu sambandi	589	53%
	Hjónaband/sambúð	497	45%
	Fráskilin/ekkja	16	1%
Börn (n=1106)	Á börn	386	35%
	Á ekki börn	720	65%
Námsstig (n=1107)	Grunnstig	708	64%
	Framhaldsstig	399	36%
Nám (n=1107)	Fullt nám	824	74%
	Hlutanám	283	26%
Vinna (n=1101)	Í vinnu	801	73%
	Ekki í vinnu	300	27%

Meðalkvíðastig árið 2018 var, 9,3, ($sf=7,25$) og meðalstig þunglyndis var 14,2, ($sf=11,62$). Meðalkvíðastig árið 2007 var 6,9 ($sf=5,3$) og meðalstig þunglyndis var 10,0 ($sf=9,5$) (Tafla 2). Þegar tölur frá árinu 2018 voru bornar saman með t-prófi óháðra úrtaka við meðaltöl frá þversniðsrannsókninni árið 2007 kom í ljós marktæk hækkun á meðaltölum þunglyndis og kvíða milli þessara ára.

Tafla 2. Samanburður á meðalskori kvíða og þunglyndis kvenstúdentna á aldrinum 20-45 ára árin 2007 og 2018.

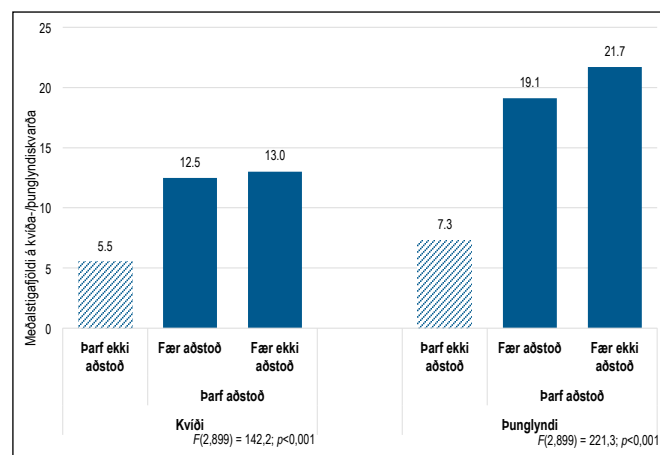
		n	m	Sf	t	df	p
Kvíði	2007	737	6.9	5.3	-8.384	1,822	0.000
	2018	1106	9.3	7.2			
Þunglyndi	2007	737	10.0	9.5	-8.849	1,765	0.000
	2018	1106	14.4	11.6			

Hvað varðar samanburð á mati þátttakenda á eigin þörf fyrir faglega aðstoð kom fram að líðlega helmingur þátttakenda árið 2018 taldi sig þarfnast faglegrar þjónustu vegna sálrænnar vanlíðunar, sem er marktæk hækkun frá árinu 2007 þegar 28% þátttakenda taldi sig þarfnast aðstoðar. Þegar hópnun sem taldi sig þarfnast faglegrar aðstoðar var skipt eftir því hvort hann fékk þjónustu eða ekki kom í ljós að hlutfall þeirra sem fékk ekki þjónustu hafði stækkað marktækt úr 18% árið 2007 í 28% árið 2018 (Mynd 1).



Mynd 1. Samanburður á þörf kvenstúdentna fyrir þjónustu árið 2007 og 2018.

Í könnuninni frá 2018 kom fram marktækur munur á meðal kvíðastigi þeirra sem töldu sig ekki þurfa faglega aðstoð og þeirra sem töldu sig hafa þörf fyrir hana. Hins vegar var kvíði þeirra sem þurftu aðstoð svipaður hvort sem þeir höfðu fengið aðstoð eða ekki. Þegar meðaltöl þunglyndisstiga voru borin saman á milli allra þriggja ofangreindra hópa kom fram marktækur munur á milli þeirra allra (Mynd 2).

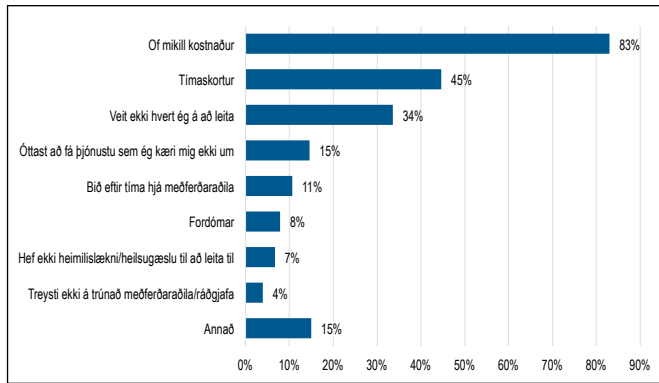


Mynd 2. Munur á meðaltölum kvíða og þunglyndis eftir því hvort konur þurfa ekki aðstoð, fá aðstoð og fá ekki aðstoð en þurfa hana

Helstu þættir sem kvenstúdentarnir greindu frá að kæmu í veg fyrir að þær fengju aðstoð vegna andlegrar heilsu voru of mikill kostnaður, tímaskortur, að vita ekki hvert skuli leita eftir aðstoð og að óttast að fá þjónustu sem viðkomandi kærdi sig ekki um. Þar á eftir komu ástæður er vörðugu bið eftir meðferðaraðila eða skort á aðgengi að heilsugæslu. Um 8% þátttakenda greindu fordóma sem hindrandi þátt (Mynd 3). Fimmtán prósent þátttakenda ($n=39$) töldu sig hafa aðrar ástæður en voru tilgreindar í spurningalistanum. Þegar þær voru innihaldsgreindar og flokkaðar komu eftirfarandi ástæður oftast fram: a) framtaksleysi og frestunarárátta (erfiðleikar eða ótti við að stíga skrefið og leita hjálpar), b) óvissa sem tengdist því hvort vandinn væri þess eðlis að þörf væri fyrir faglega aðstoð, eða of stór til að treysta sér til að takast á við hann, c) óánægja með fyrri þjónustu, d) erfiðleikar með að tala við aðra og e) telja sig eiga að geta ráðið við vandann upp á eigin spýtur.

UMRÆÐUR

Meginniðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að sálræn vanlíðan fari vaxandi meðal kvenstúdentna á Íslandi svipað og í nágrannalöndum



Mynd 3. Þættir sem koma í veg fyrir að kvenstúdentar (n=253) fái aðstoð vegna andlegrar heilsu árið 2018.

okkar (Knapstad o.fl., 2019; Oksanen o.fl., 2017). Jafnframt sýna niðurstöðurnar að þörf kvenstúdenta fyrir faglega aðstoð fer vaxandi, eins og raunar víðar (Oswalt o.fl., 2020). Ekki hefur verið gefin nein einhlít skýring á þessum breytingum þó oft sé vísað til aukinnar streitu meðal háskólastúdenta (Beiter o.fl., 2015; Karyotaki o.fl., 2020). Rannsóknir hafa sýnt að helstu áhyggjur stúdenta snúast um námstengdar kröfur og fjárhag ásamt því að takast á við krefjandi háskólanám og samþætta það við aðrar skyldur eins og vinnu með námi, náin sambönd og fjölskyldulíf (Brzezinski o.fl., 2017; Palmer og Puri, 2006).

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að milli ára 2007 og 2018 hefur þeim kvenstúdentum fjölgað umtalsvert sem telja sig hafa þörf fyrir þjónustu, eða úr tæpum þriðjungi í liðlega helming, og er sú aukning tölfraðilega marktæk. Þeim kvenstúdentum sem telja sig hafa þörf fyrir faglega aðstoð vegna andlegrar vanlíðunar, en fá hana ekki, hefur einnig marktækt fjölgað úr 18% í 28% milli ára. Sé litið til fjölda kvenstúdenta á Íslandi árið 2018 mætti leiða að því líkur að hér gæti verið um rúmlega 3000 konur að ræða (Hagstofa Íslands, 2020). Þessar niðurstöður eru samhljóða erlendum rannsóknum sem benda til að hér sé um fjölbjóðlegt vandamál að ræða (Oswalt o.fl., 2020). Ekki er ósennilegt að vaxandi þörf fyrir faglega þjónustu að mati þátttakenda tengist þeirri vitundarvakningu sem orðið hefur meðal almennings um gildi geðheilsu sem hluta af almennri heilsu. Opnari umræða í fjölmiðlum þar sem kallað er eftir ódýrari og aðgengilegri geðheilbrigðisþjónustu er einnig líkleg til að hafa sömu áhrif. Jafnframt er mikilvægt að hafa í huga að 35% kvenstúdenta í þessari rannsókn eru mæður, sem bendir til þess að margir íslenskir kvenstúdentar eignast börn á námstíma og eru þar af leiðandi í umtalsverðum samskiptum við ljósmæður og hjúkrunarfræðinga. Í því sambandi má hafa í huga að íslensk rannsókn sýni að konur í námi voru líklegri en konur á vinnumarkaði til að skilgreina fæðingarreynslu sína sem erfiða. Jafnframt kom í ljós að stuðningur ljósmæðra fyrir barnshafandi konur hefur marktæk áhrif á reynslu kvennanna af fæðingunni (Sigurdardóttir o.fl. 2017).

Þegar sálræn liðan þátttakenda í rannsókninni árið 2018 er skoðuð eftir faglegri aðstoð kemur í ljós að liðanin er verst meðal þeirra sem fá ekki aðstoðina. Þessar niðurstöður vekja óneitanlega spurningar um tengsl sálrænnar vanlíðunar og faglegrar aðstoðar en rannsókn meðal háskólastúdenta benti til að námsmenn með hærri þunglyndisstig hefðu neikvæðari viðhorf til þess að leita sér faglegrar aðstoðar (Chang, 2007). Í okkar rannsókn var kvíði þeirra sem þurftu aðstoð svipaður hvort sem þeir höfðu fengið aðstoð eða ekki. Hins vegar kom fram að þeir sem fengu faglega aðstoð höfðu marktækt lægra meðaltal á þunglyndiskvarðanum en aðrir. Það bendir til þess að faglega aðstoðin beri árangur að því er varðar þunglyndi meðal kvenstúdenta. Rannsóknir á árangri hugrænnar atferlismeðferðar meðal íslenskra kvenstúdenta hafa einmitt sýnt góðan árangur er varðar kvíða og þunglyndi (Bernhardsdóttir o.fl., 2013b; Bernhardsdóttir o.fl., 2014).

Eins og fyrr segir er það sérstakt áhyggjuefni að tæplega þriðjungur kvenstúdenta fær ekki faglega aðstoð þrátt fyrir sýnilega þörf fyrir þjónustu. Því er eðlilegt að spyrja hvað komi í veg fyrir að svo stór hluti kvenstúdenta fái slíka aðstoð, en rannsóknir sýna að nemendur leita oftast til vina, foreldra og kærasta/kærustu eftir aðstoð en í fjórða sæti er aðstoð frá geðheilbrigðisstarfsfólki (Goodwin o.fl., 2016). Í þessari rannsókn var

lang algengasta ástæða þess að nemendur fengu ekki faglega aðstoð sú að um of mikinn kostnað væri að ræða, en fleiri rannsóknir hafa einmitt sýnt að stúdentar sem eru lakar staddir samfélagslega og fjárhagslega leita sér síður faglegrar aðstoðar (Cullinan o.fl., 2020). Einnig hefur komið fram í rannsóknum að stúdentar telja sig eiga að takast á við vandann upp á eigin spýtur eins og kom einnig fram í þessari rannsókn í opnum svörum þátttakenda (Ebert o.fl., 2019; Eisenberg o.fl., 2011; Karyotaki o.fl., 2020; UNITE, 2019). Jafnframt hafa rannsóknir sýnt að fordómar í eigin garð geta hindrað stúdenta í að leita sér faglegrar aðstoðar ásamt tilhneigingu til að forðast að kafa dýpra í vandann, eins og kom einnig fram í þessari rannsókn (Cage o.fl., 2018; Eisenberg o.fl., 2012).

Hér má á ný líta til millibilskenningar Meleis og félaga (2000) um lífsbreytingar og nauðsyn þess að hafa í huga persónulega afstöðu einstaklingsins til lífsbreytinganna, áhrif nærumhverfisins til dæmis í formi stuðnings og fyrirmýnda. Þetta er einnig í samræmi við sýn og hugmyndafræði ljósmæðra er varðar barneignarferlið. Í þeirra nálgun er lögð áhersla á að stuðla að eðlilegu barneignarferli og að mæta konum þar sem þær eru staddar og veita heildræna umönnun á þeirra forsendum og fjölskyldunnar (Olafsdóttir o.fl., 2018). Auk þess er vert að hafa í huga ríkjandi gildi í samfélagsinu svo sem viðhorf til geðrænna vandamála, áhrif samfélagsmiðla og félags- og fjárhagsstöðu einstaklingsins. Nefna má að í þessari rannsókn er meðalaldur íslenskra kvenstúdenta hærri (28,5 ár) en almennt gerist meðal evrópskra stúdenta. Einnig er algengara að íslenskir kvenstúdentar séu mæður, en það átti við um 35% kvennanna í þessari rannsókn. Í nýlegri skýrslu Mennta- og menningarmálaráðuneytisins (2018) kemur fram að liðlega 40% barna íslenskra háskólastúdenta eru undir þriggja ára aldri sem felur að jafnaði í sér mikla umönnunarþörf foreldranna. Auk þessa virðast íslenskir stúdentar vinna talsvert meira með námi en evrópskir nemendur, eða rúmlega 70% á móti 50% evrópskra nemenda (Mennta- og menningarmálaráðuneytið, 2018). Með hliðsjón af millibilskenningu Meleis og fleiri (2000) um lífsbreytingar virðast því margir íslenskir kvenstúdentar takast á við krefjandi verkefni samhliða háskólanámi. Augljóslega geta þessi verkefni togast á og skapað upplifun tímaskorts en tímaskortur var einmitt talinn upp sem næst algengasta ástæða þess að kvenstúdentarnir fengu ekki faglega aðstoð.

FRAMTÍÐARRANNSÓKNIR

Styrkleikar þessarar rannsóknar felast meðal annars í notkun áreiðanlegra matstækja til að meta kvíða og þunglyndi, auk þess sem úrtök beggia kannana endurspeglar vel þýðið með tilliti til aldurs og námsstigs. Svarhlutfall árið 2007 var tæp fjórðungi prósent en tæp sextíu prósent árið 2018. Gæta þarf varkárni þegar dregnar eru ályktanir út frá úrtakinu, en niðurstöður þessarar rannsóknar gefa sterkar vísbendingar sem vert er að fylgja eftir í frekari rannsóknum á þessum hópi. Sérstaklega mikilvægt verður að greina þann hóp kvenstúdenta sem upplifir hvað mestu sálrænu vanlíðunina en fær ekki faglega þjónustu þrátt fyrir eigið mat á slíki þörf. Jafnframt áætla höfundar áframhaldandi greiningu á sálrænni vanlíðan kvenstúdenta sem eru mæður í samanburði við þær sem eiga ekki börn.

GILDI FYRIR STÖRF LJÓSMÆÐRA OG HJÚKRUNARFRÆÐINGA

Sálræn vanlíðan er algeng meðal kvenstúdenta á barneignaraldrinum bæði hérlandis og erlendis og getur að líkindum tengst krefjandi lífsbreytingum og viðbrögðum þeim tengdum. Það er hins vegar áhyggjuefni að nærri þriðjungur þeirra sem telja sig þarfnast faglegrar aðstoðar fá hana ekki. Niðurstöður þessarar undirstrika mikilvægi þess að gripið sé til markvissra aðgerða af heilbrigðis- og háskólafræðingum með áherslu á þverfaglegt samstarf til að takast á við þennan vanda. Það er ljóst að ljósmæður og hjúkrunarfræðingar hafa oftast beint og milliliðalaust aðgengi að skjólstaðingum til dæmis vegna meðgöngu, fæðinga eða í störfum sínum við heilsugæslu svo sem í ungabarnavernd og skólahjúkrun. Reynsla þessara stétta, menntun og faglegur undirbúningur er dýrmætur og mætti nýta enn betur til að meta sálræna liðan og veita fræðslu og faglegan stuðning til kvenstúdenta sem taldir eru í heilsufarslegri áhættu (Swift o.fl., 2017). Þetta er ekki síst mikilvægt þar sem rannsóknir sýna að sálræn vanlíðan hefur neikvæð áhrif á námsframvindu og lífshætti stúdenta svo sem reykingar og áfengisnotkun sem og veikindi almennt (Auerbach o.fl., 2016; Geisner o.fl., 2012; Kenney og Holahan, 2008; Rawson o.fl.,

1994). Það er til mikils að vinna að snúa þessari þróun við því rannsóknir sýna að u.þ.b. 22% þunglyndissjúkdóma er hægt að koma í veg fyrir með snemmihlutunum (Beekman o.fl., 2010).

Ljósmaður og hjúkrunarfræðingar sem starfa með ungum konum á barneignaraldrir gegna mikilvægu hlutverki í stuðningi og leiðsögn fyrir þennan hóp í daglegum störfum sínum. Sýn Meleis og félaga (2000) á eðli og áhrifum krefjandi lífsbreytinga getur komið hér að góðu gagni. Samkvæmt þeirri sýn er eitt af meginhlutverkum hjúkrunarfræðinga og ljósmaðra að styrkja og efla árangursríkar aðlögunarleiðir meðal kvenna á námstíma. Heildræn sýn beggja faghópa ásamt því að mæta skjólstæðingum á þeim stað sem þeir eru staddir hverju sinni með gagn-reyndum aðferðum er sameiginlegt markmið beggja faghópa (Olafsdóttir o.fl., 2018; Stuart, 2013). Hér er aðkallandi fyrir sérfræðinga í geðhjúkrun og ljósmaður að stilla saman strengi og þróa í samstarfi iðlutanir sem byggja á stuðningi, fræðslu og samtalsmeðferðum fyrir þennan stóra samfélagshóp sem kvenstúdentar á barneignaraldrir eru.

HEIMILDIR

- Alonso, J., Mortier, P., Auerbach, R. P., Bruffaerts, R., Vilagut, G., Cuijpers, P., . . . Kessler, R. C. (2018). Severe role impairment associated with mental disorders: Results of the WHO World Mental Health Surveys International College Student Project. *Depression and Anxiety*, 35(9), 802-814. doi:10.1002/da.22778
- Andri Haukstein Oddsson. (2017). *Depressive and anxiety symptoms among university students in Iceland*. Sótt á <http://hdl.handle.net/1946/28674>
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., . . . Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 46(14), 2955-2970. doi:10.1017/S0033291716001665
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., . . . Kessler, R. C. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623-638. doi:10.1037/abn0000362
- Beekman, A. T., Smit, F., Stek, M. L., Reynolds, C. F. og Cuijpers, P. C. (2010). Preventing depression in high-risk groups. *Current opinion in psychiatry*, 23(1), 8-11. doi: 10.1097/YCO.0b013e328333e17f
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M. og Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 173, 90-96. doi:10.1016/j.jad.2014.10.054
- Bernhardsdóttir, J. og Vilhjálmsson, R. (2013a). Psychological distress among university female students and their need for mental health services. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 20(8), 672-678. doi:10.1111/jpm.12002
- Bernhardsdóttir, J., Vilhjálmsson, R. og Champion, J. D. (2013b). Evaluation of a brief cognitive behavioral group therapy for psychological distress among female Icelandic University students. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(7), 497-504. doi:10.3109/01612840.2013.773473
- Bernhardsdóttir, J., Champion, J. D. og Skåråter, I. (2014). The experience of participation in a brief cognitive behavioural group therapy for psychologically distressed female university students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(8), 679-686. doi:10.1111/jpm.12106
- Bewick, B., Koutsopoulou, G., Miles, J., Slaa, E. og Barkham, M. (2010). Changes in undergraduate students' psychological well-being as they progress through university. *Studies in Higher Education*, 35(6), 633-645. doi:10.1080/03075070903216643
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., . . . Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: prevalence and academic functioning. *Journal of Affective Disorders*, 225, 97-103. doi:10.1016/j.jad.2017.07.044
- Brzezinski, S., Millar, R. og Tracey, A. (2017). What do tertiary level students in the U.S.A. and Northern Ireland (UK) worry about? An exploratory study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 46(4), 402-417. doi:10.1080/03069885.2017.1286634
- Cage, E., Stock, M., Sharpington, A., Pitman, E. og Batchelor, R. (2018). Barriers to accessing support for mental health issues at university. *Studies in Higher Education*, 45(8), 1637-1649. doi:10.1080/03075079.2018.1544237
- Chang, H. (2007). Psychological distress and help-seeking among Taiwanese college students: role of gender and student status. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35(3), 347-355. doi:10.1080/03069880701418789
- Chick, N. og Meleis, A.I. (2010). Transitions: a nursing concern. Í Meleis, A.I. (ritstj.), *Transitions theory, middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (1. útg.) (bls. 24-38). New York, NY: Springer Publishing.
- Cullinan, J., Walsh, S. og Flannery, D. (2020). Socioeconomic Disparities in Unmet Need for Student Mental Health Services in Higher Education. *Applied Health Economics and Health Policy*, 18(2), 223-235. doi:10.1007/s40258-019-00529-9
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. og Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology bulletin*, 9(1), 13-28.
- Ebert, D. D., Franke, M., Kähle, F., Küchler, A.-M., Bruffaerts, R., Mortier, P., . . . Baumeister, H. (2019). Increasing intentions to use mental health services among university students. Results of a pilot randomized controlled trial within the World Health Organization's World Mental Health International College Student Initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), e1754. doi:10.1002/imp.1754
- Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N. og Zivin, K. (2011). Mental Health Service Utilization Among College Students in the United States. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5), 301-308. doi: 10.1097/NMD.0b013e328182175123
- Eisenberg, D., Speer, N. og Hunt, J. B. (2012). Attitudes and Beliefs About Treatment Among College Students With Untreated Mental Health Problems. *Psychiatric Services*, 63(7), 711-713. doi:10.1176/appi.ps.201100250

- Embætti landlæknis (2018). Liðan íslendinga árið 2017. *Talnambrunnur: Fréttabréf landlæknis um heilbrigðisupplýsingar*, 12(3), 1-4. Sótt á https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item34554/Talnambrunnur_Mars_2018_.pdf
- Embætti landlæknis (2019). Mat á líkamlegri og andlegri heilsu eftir menntun. *Talnambrunnur: Fréttabréf landlæknis um heilbrigðisupplýsingar*, 13(2), 1-5 Sótt á https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item36795/Talnambrunnur_Februar_2019.pdf
- Geisner, I. M., Mallett, K. og Kilmer, J. R. (2012). An Examination of Depressive Symptoms and Drinking Patterns in First Year College Students. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(5), 280-287. doi:10.3109/01612840.2011.653036
- Goodwin, J., Behan, L., Kelly, P., McCarthy, K. og Horgan, A. (2016). Help-seeking behaviors and mental well-being of first year undergraduate university students. *Psychiatry Research*, 246, 129-135. doi:10.1016/j.psychres.2016.09.015
- Hagstofa Íslands (2020). *Nemendur eftir skólastigi, almennt sviði náms, aldri og kyni 1997-2019*. Sótt á https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Samfelag/Samfelag_skolamal_4_haskolastig_0_hsnemendur/SKO04106.px/table/tableViewLayout/1/rxid=08513fee-f49c-4462-9c1c-1f5eb31be757
- Jenkins, P. E., Duckler, I., Gooding, R., James, M. og Rutter-Eley, E. (2020). Anxiety and depression in a sample of UK college students: a study of prevalence, comorbidity, and quality of life. *Journal of American College Health*, doi:10.1080/07448481.2019.1709474
- Karyotaki, E., Cuijpers, P., Albor, Y., Alonso, J., Auerbach, R. P., Bantjes, J., . . . Kessler, R. C. (2020). Sources of Stress and Their Associations With Mental Disorders Among College Students: Results of the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student Initiative. *Frontiers in Psychology*, 11, 1759. doi:10.3389/fpsyg.2020.01759
- Kenney, B. A. og Holahan, C. J. (2008). Depressive Symptoms and Cigarette Smoking in a College Sample. *Journal of American College Health*, 56(4), 409-414. doi: 10.3200/JACH.56.4.409-414
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. og Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. og Üstün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359-364. doi: 10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c
- Kjarninn (2018). *Háskólanemar kalla eftir aðstoð*. Sótt á <https://kjarninn.is/skyring/2018-04-13-haskolanemar-kalla-eftr-adstod/>
- Knapstad, M., Sivertsen, B., Knudsen, A. K., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Lønning, K. J. og Skogen, J. C. (2019). Trends in self-reported psychological distress among college and university students from 2010 to 2018. *Psychological Medicine*, 51(3), 470-478. doi:10.1017/S0033291719003350
- Mahmoud, J. S. R., Staten, R. T., Hall, L. A. og Lennie, T. A. (2012). The Relationship among Young Adult College Students' Depression, Anxiety, Stress, Demographics, Life Satisfaction, and Coping Styles. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), 149-156. doi:10.3109/01612840.2011.632708
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K. og Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- Mennta- og menningarmálaráðuneytið (2018). Staða íslenskra háskólanema: Aðgengi, efnahagur og tækifæri til náms. Sótt á https://www.stjornaradid.is/library/01--Frettatengt---myndir-og-skrar/MRN/Sta%a3%b0a%20%a3%adslenskra%20h%a3%a1sk%a3%b3lanema_%20ni%a3%b0urst%a3%b6%a3%b0ur%a20EUSTUDENT%20VI.pdf
- Mirowsky, J. og Ross, C. E. (2003). *Social Causes of Psychological Distress* (2. útg.). Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Oksanen, A., Laimi, K., Björklund, K., Loyttyniemi, E. og Kunttu, K. (2017). A 12-year Trend of Psychological Distress: National Study of Finnish University Students. *Cent Eur J Public Health*, 25(2), 113-119. doi:10.21101/cejph.a4438
- Olafsdóttir, O. A., Kristjansdóttir, H., Halfdansdóttir, B. og Gottfredsdóttir, H. (2018). Midwifery in Iceland: From vocational training to university education. *Midwifery*, 62, 104-106. doi:10.1016/j.midw.2018.03.021
- Oswalt, S. B., Lederer, A. M., Chestnut-Steich, K., Day, C., Halbritter, A. og Ortiz, D. (2020). Trends in college students' mental health diagnoses and utilization of services, 2009-2015. *Journal of American College Health*, 68(1), 41-51. doi:10.1080/07448481.2018.1515748
- Palmer, S., & Puri, A. (2006). *Coping with stress at university: A survival guide*. London, England: SAGE Publications.
- Rawson, H. E., Bloomer, K. og Kendall, A. (1994). Stress, anxiety, depression, and physical illness in college students. *The Journal of genetic psychology*, 155(3), 321-330. doi: 10.1080/00221325.1994.9914782
- Rúnar Vilhjálmsson (2015). *Landkönnunin Heilsa og lífshættir Íslendinga – Aðferð og framkvæmd*. Reykjavík: Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.
- Sigurdardóttir, V. L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Kristjansdóttir, H., Sveinsdóttir, H. og Gottfredsdóttir, H. (2017). The predictive role of support in the birth experience: a longitudinal cohort study. *Women Birth*, 30(6), 450-459. doi:10.1016/j.wombi.2017.04.003
- Stuart, C. (2013). *Mentoring, Learning and Assessment in Clinical Practice. A Guide for Nurses, Midwives and Other Health Professionals*. (3. útg.). London, England: Churhill Livingstone.
- Swift, E. M., Gottfredsdóttir, H., Zoega, H., Gross, M. M. og Stoll, K. (2017). Opting for natural birth: a survey of birth intentions among young Icelandic women. *Sex Reprod Healthc*, 11, 41-46. doi:10.1016/j.srhc.2016.09.006
- UNITE (2019). *THE NEW REALISTS. Unite Students Insight Report 2019*. Sótt á <http://www.unite-group.co.uk/sites/default/files/2019-09/new-realists-insight-report-2019.pdf>
- Vilhjálmsson, R., Kristjansdóttir, G. og Sveinbjarnardóttir, E. (1998) Factors associated with suicide ideation in adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(3), 97-103. doi: 10.1007/s001270050028.
- Wittchen, H. U. og Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.012

Lansinoh®

Organic Nipple Balm

Einungis unnið úr sérstakri blöndu af náttúrulegum jurtum og olíum sem vinna vel á sárum geirvörtum og þurri húð.

100%

náttúrulegt brjóstakrem
sem mýkir og róar húðina

Engin

lyktar-, bragð-
eða litarefni



Öruggt

fyrir móður og barn

Fæst í öllum helstu apótekum,
barnavöruverslunum,
Hagkaup og heimkaup.is

AF HVERJU NEYTA BARNSHAFANDI KONUR EKKI HELSTU JOÐGJAFNA FÆÐUNNAR?

WHAT ARE THE MAIN REASONS FOR SUBOPTIMAL IODINE INTAKE OF
PREGNANT WOMEN IN ICELAND?



Þórdís Björg Kristjánsdóttir,
ljósmóðir á heilsugæslunni Firði



Berglind Háldánsdóttir,
dósent í ljósmóðurfræði við
heilbrigðisvísindasvið HÍ



Ingibjörg Gunnarsdóttir,
prófessor í næringarfræði við HÍ
og deildarstjóri næringarstofu LSH

ÚTDRÁTTUR

Bakgrunnur: Joð gegnir mikilvægu hlutverki á meðgöngu fyrir eðli-
legan vöxt, þroska og efnaskipti fósturs. Nýlega greindist joðskortur
í fyrsta skipti á Íslandi og það á meðal barnshafandi kvenna, líklega
vegna minnkaðrar neyslu á fiski og mjólk. Markmið rannsóknar-
innar var að skoða hvers vegna barnshafandi konur neyta ekki lengur
fæðutegunda sem eru mikilvægar uppsprettur joðs.

Aðferð: Um er að ræða megindlega rannsókn með þversniði.
Barnshafandi konur (n=100) svöruðu spurningalista í símavið-
tali þar sem meðal annars var spurt um neyslu á joðríkum fæðu-
tegundum og fæðubótarefnum. Niðurstöðurnar voru bornar saman
við ráðleggingar Embættis landlæknis um neyslu á mjólkurvörum og
fiski. Gögnin voru greind með lýsandi tölfræði og niðurstöður settar
fram með tíðnitölum og hlutföllum.

Niðurstöður: Hlutfall kvenna sem sagðist aldrei neyta mjólk-
urvara var 13% og aðeins 27% þeirra neytti ráðlagðra tveggja
skammta á dag eða meira. Ýmsar skýringar voru gefnar fyrir lítilli
neyslu mjólkurvara, til dæmis sögðust 14% kvenna ekki finnast þær
góðar en 24% gáfu enga skýringu. Hlutfall kvenna sem sagðist aldrei
borða fisk var 9% og einungis 27% borða fisk tvisvar í viku eða
oftar. Ástæður lítillar fiskneyslu voru fjölbreyttar en 10% kvennanna
fannst fiskur ekki góður og 18% gáfu enga skýringu. Einungis 7%
þátttakenda tók fæðubótarefni sem innihélt joð.

Ályktanir: Niðurstöður benda til þess að margvíslegar ástæður
liggi að baki því að konur neyti ekki nóg af joðríkum fæðutegundum
til að fullnægja þörf. Notkun á fæðubótarefnum sem innihalda joð
er sjaldgæf. Mikilvægt er að koma upplýsingum um mikilvægi
joðríkrar fæðu til kvenna í mæðravernd.

Lykilorð: meðganga, mataræði, fiskur, mjólkurvörur, fæðubótar-
efni, joð

ABSTRACT

Background: Iodine plays an important role during pregnancy
for normal growth, development, and the metabolism of the fetus.
Iodine deficiency was recently observed for the first time in Iceland,
among pregnant women, most likely due to lower fish and dairy
consumption when compared to previous studies. The aim of the
study was to examine why pregnant women do not consume food
items that are important sources of iodine.

Method: This was a quantitative cross-sectional study. Pregnant
women (n=100), answered a questionnaire through a telephone
interview, on consumption of fish, dairy and supplements contain-
ing iodine. The results were compared with the Food Based Dietary
Guidelines (FBDG) from the Directorate of Health.

Findings: The percentage of women claiming they never consume
dairy was 13% and only 27% consumed two or more portions a day,
which is in line with the FBDG. Various explanations were given
for not following the guidelines on dairy consumption, e.g. 14% of
the women said they did not like dairy but 24% gave no specific
reason. The percentage of women who said they never consume fish
was 9% and only 27% consume fish two or more times a week.
Various reasons were given for not following the guidelines on fish
consumption but 10% of the women do not like fish while 18% gave
no reason. Only 7% of women took supplements containing iodine.

Conclusions: The findings suggest that there are several different
reasons for low consumption of food items rich in iodine and use of

dietary supplements containing iodine is uncommon. It is important to provide women with information on the significance of food rich in iodine in prenatal care.

Key words: pregnancy, diet, fish, dairy, supplements, iodine

INNGANGUR

Joð er lykilefni til myndunar á skjaldkirtilshormónunum þríjoðþýrónín (T3) og þýroxín (T4) sem gegna mikilvægu hlutverki fyrir eðlilegan vöxt, þroska og efnaskipti fósturs á meðgöngu, eftir fæðingu og lífið á enda (Nordic Council of Ministers, 2012; Martin, Savige og Mitchell, 2014). Þessi hormón eru sérstaklega mikilvæg til að stuðla að eðlilegum vexti og heilabroska, allt frá fyrstu vikum fósturlífs (Martin o.fl., 2014). Joðskortur á meðgöngu hefur verið tengdur auknum líkum á andvana fæðingu, skyndilegu fósturláti og áhrifum á þroska barna (Melse-Boonstra og Jaiswal, 2010; Marangoni, Cetin og Verducci, 2016).

Fæðutegundir sem teljast góðar náttúrulegar uppsprettur joðs eru aðallega fiskur, mjólk og mjólkurvörur (að ostum undanskildum). Í gegnum tíðina hefur neysla þessara fæðutegunda verið rifleg hérlandis og næg til að tryggja góðan joðhag þjóðarinnar (Gunnarsdóttir, Gústavsdóttir og Þórsdóttir, 2009). Til þessa hefur því ekki verið talin ástæða til að joðbæta salt á Íslandi eins og víða er gert í Evrópu og á Norðurlöndunum (Nyström, Brant-sæter og Erlund, 2016). Á Íslandi hafði aldrei greinst ófullnægjandi joðhagur í íslensku þýði fyrr en niðurstöður rannsóknar sem gerð var hér á landi á árunum 2017-2018 meðal barnshafandi kvenna lágu fyrir (Aðalsteinsdóttir, Tryggvadóttir og Hrólfsdóttir, 2020). Ástæðan fyrir ófullnægjandi joðhag var talin vera minnkuð neysla á fiski, mjólk og mjólkurvörum, en ástæður lítillar neyslu á helstu joðgjöfum fæðunnar eru hins vegar óþekktar.

Markmið rannsóknarinnar og um leið rannsóknarspurning hennar, var að skoða hvers vegna hluti barnshafandi kvenna neytir ekki fæðutegunda sem eru mikilvægar uppsprettur joðs í íslensku mataræði. Tilgangurinn er að leggja grundvöll að heilsuefandi aðgerðum sem gætu aukið joðinntöku og bætt joðhag barnshafandi kvenna á Íslandi.

FRÆDILEGUR BAKGRUNNUR

Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (World Health Organization, WHO) er joðskortur talinn vera eitt stærsta næringar-tengda heilbrigðisvandamál í heiminum og stærsti einstaki áhrifaþáttur þegar kemur að heilabroska á fósturskeiði (WHO, 2007). Þrátt fyrir að dregið hafi úr tíðni joðskorts frá upphafi aldarinnar gefa tölur frá árinu 2011 til kynna að joðskortur hrjái tæplega 30% mannkyns (Glabska, Malowaniec og Guzek, 2017; WHO, 2004). Brugðist hefur verið við víða um heim með því að joðbæta salt í því skyni að auka neyslu joðs og fyrirbyggja þannig joðskort (Brant-sæter, Abel og Haugen, 2013).

Þörf fyrir neyslu á joði eykst á meðgöngu og er talið að þörfin sé 50% meiri en hjá konum sem ekki eru barnshafandi (Marangoni o.fl., 2016). Gefin hafa verið út viðmið um ráðlagða neyslu á joði hjá barnshafandi konum, meðal annars á Norðurlöndunum og í Evrópu. Í norrænu næringarráðleggingunum er ráðlagður dagskammtur 175 µg af joði á dag en þær evrópsku mæla með 200 µg af joði á dag (NNR, 2012; European Food Safety Authority (EFSA), 2014). WHO hefur einnig gefið út ráðleggingar um daglega inntöku joðs hjá barnshafandi konum og er þar mælt með 250 µg af joði á dag. Ofgnótt af joði getur líka haft slæm heilsufarsleg áhrif en viðmið um efri mörk neyslu hafa verið skilgreind við 600 µg á dag (NNR, 2012; EFSA, 2014; WHO, 2004).

Um það bil 90% af því joði sem neytt er skilar sér út með þvagi og því má nýta mælingar á joðstyrk í þvagi til að meta joðhag hópa (Anderson, de Benoist, Delange, 2007; Skeaff, 2011; Bath, Steer og Golding, 2013). Æskilegt miðgildi joðstyrks í þvagi barnshafandi kvenna er 150-249 µg/L (WHO/UNICEF/ICCIDD, 2007). Eins og greint er frá í inngangskafli getur joðskortur á meðgöngu haft alvarlegar afleiðingar og mikilvægt er að fyrirbyggja hann til að

koma í veg fyrir áhrif á líkamlegan og andlegan þroska einstaklinga (Skeaff, 2011). Niðurstöður rannsókna benda til að jafnvel mildur til miðlungs joðskortur á meðgöngu auki hættuna á greindarskerðingu, heyrnarskerðingu og skertum málþroska hjá börnum (Melse-Boonstra og Jaiswal, 2010; Charlton o.fl., 2010; Bath o.fl., 2013; Markus, Dahl, Moe o.fl. 2018).

Á Íslandi hefur neysla á fiski og mjólkurvörum minnkað mikið síðastliðna áratugi og í kjölfarið fóru að koma fram áhyggjur af joðhag þjóðarinnar (Gunnarsdóttir, Gunnarsdóttir og Steingrímsdóttir, 2010). Það var þó ekki fyrr en í rannsókn Aðalsteinsdóttur o.fl. (2020) að ófullnægjandi joðhagur greindist í fyrsta sinn í íslensku þýði. Rannsóknin var gerð á árunum 2017-2018 meðal barnshafandi kvenna og reyndist miðgildi joðstyrks í þvagi (UIC) vera 89 µg/L. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu einnig að mjög fáar konur tóku inn fæðubótarefni sem innihélt joð, eða einungis 3,5% þeirra.

Lítið er vitað um viðhorf kvenna til fiskneyslu og mjólkurvöruneyslu á Íslandi og hvers vegna þær neyta þessara matvæla í minna mæli en áður, en þetta gætu reynst gagnlegar upplýsingar til að bæta ráðgjöf í mæðravernd. Barnshafandi konur eru móttækilegar fyrir upplýsingum á meðgöngu og þær treysta á ljósmæður í mæðravernd varðandi upplýsingagjöf og fræðslu (Lobo, Lucas og Herbert, 2019). Þó eru ýmsir hindrandi þættir sem hafa áhrif á heilsuhegðun barnshafandi kvenna. Helstu áhrifaþættirnir eru lítil þekking kvenna á mikilvægi joðs, ofnæmi og óþol, að vera grænmetisæta eða grænkeri og að telja járn vera joð svo eitthvað sé nefnt. Einnig eru fleiri hindrandi þættir eins og að ljósmæður hafi ekki góða þekkingu eða veiti ekki góða fræðslu um næringu á meðgöngu hvað varðar mikilvægi ýmsis konar vítamína og steinefna eins og til dæmis joðs (Martin o.fl., 2014; Bouga, Lean og Combet, 2018). Þekking kvenna á gagnsemi joðs er mikilvæg en svo virðist sem þær skorti oft þessa þekkingu. Einnig er mikilvægt að þær viti hvar þær geta nálgast þetta snefilefni (Charlton, Gemming og Yeatman, 2010).

AÐFERÐAFRÆÐI

Aðferðafræði rannsóknarinnar var megindleg með þversniði. Vísindasiðanefnd (VSN-19-170) og siðanefnd Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins samþykktu rannsóknaráætlunina, að gefnu áliti Persónuverndar. Rannsókin fór fram á þremur heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu, sem valdar voru með hentugleikaúrtaki. Alls áttu 249 konur bókaðan tíma í mæðraskoðun á þessum stöðvum á rannsóknartímabilinu, frá byrjun nóvember fram í miðjan desember 2019. Þar af voru 75 erlendar mæður sem ekki fengu boð um þátttöku af þeim sökum að íslenskukunnátta var skilgreind sem þátttökuskilyrði í rannsókninni. Þýði rannsóknarinnar samanstóð því af 174 konum. Fyrsta boð um þátttöku í rannsókninni og kynning á rannsókninni var í höndum ljósmóður í mæðravernd. Ekki voru sett fram skilyrði um ákveðna meðgöngulengd. Það gleymdist að kynna rannsóknina fyrir 50 konum og 19 konur höfnuðu þátttöku (ekki var óskað eftir skýringu). Fjöldi þátttakenda sem skrifaði undir upplýst samþykki fyrir þátttöku í rannsókninni var því 105, en ekki náðist samband við fimm konur sem samþykkt höfðu þátttöku. Fjöldi kvenna sem tók þátt í rannsókninni var því 100, sem samsvarar 57% af þýðinu, en 81% af þeim sem boðin var þátttaka.

Rannsakandi hafði samband við konurnar símileiðis innan tveggja vikna frá gefnu samþykki og lagði spurningalista fyrir þær. Spurningalistinn skiptist í fjóra hluta, samtals 16 spurningar. Fyrsti hluti spurningalistans innihélt þrjár spurningar um neyslu á mjólk og mjólkurvörum. Spurningarnar í fyrsta hlutanum voru eftirfarandi: 1) Drekkur þú mjólk eða notar aðrar mjólkurvörur svo sem skyr, ab-mjólk, súrmjólk eða jógúrt (ostar eru ekki meðtaldir)? 2) Ef já, hversu marga skammta á dag? (1 skammtur=200-250 ml) 3) Ef svarið var einu sinni á dag eða sjaldnar, var spurt um ástæðu fyrir því. Í þessari spurningu var óskað eftir opnu svari. Í öðrum hluta voru fjórar spurningar um fiskneyslu og voru þær eftirfarandi: 4) Borðar þú fisk? 5) Ef já, hversu oft í viku? 6) Ef já, hvaða fisk-

tegundir borðar þú oftast? (opið svar, flokkað eftir á og reynt að fá upplýsingar um hlutfall) 7) Ef svarið var einu sinni í viku eða sjaldnar, var spurt um ástæðu fyrir því. Í þessari spurningu var óskað eftir opnu svari. Í þriðja hluta voru þrjár spurningar um fæðubótarefni og voru þær eftirfarandi: 8) Tekur þú fæðubótarefni sem inniheldur jód? 9) Ef já, hvaða tegund fæðubótarefna? 10) Ef konan svaraði „veit ekki“ þá var spurt um hvaða tegund fæðubótarefna konan var að nota. Að lokum voru sex bakgrunnsspurningar og snéru þær að eftirfarandi þáttum: Hæð, þyngd fyrir þungun, þyngd í fyrstu mæðraskoðun, aldri, hjúskaparstöðu og menntun. Líkamsþyngdarstuðull (BMI, kg/m²) var reiknaður út frá hæð og þyngd fyrir þungun.

Við úrvinnslu var notast við lýsandi tölfraði og niðurstöður settar fram sem meðaltöl og staðalfrávik ásamt lýsingu á tíðni og hlutföllum.

NIÐURSTÖÐUR

Þar sem fjöldi þátttakenda var 100 þá jafngildir fjöldatala hundraðshlutum (%) þegar niðurstöðum er lýst. Upplýsingar um bakgrunn þátttakenda má sjá í töflu 1. Meðalaldur þeirra var 30,0±8,4 ár, 77% voru giftar eða í sambúð, 51% höfðu lokið háskólanámi og líkamsþyngdarstuðull var að meðaltali 25,7±5,5 kg/m².

Tafla 1. Lýsing á bakgrunni þátttakenda rannsóknarinnar (n=100)

	n (%)*
Aldur (ár)	
18-24	10
25-29	35
30-34	41
35-39	12
40-45	2
Hjúskaparstaða	
Einhleyp	4
Fast samband	19
Sambúð	58
Gift	19
Menntun	
Grunnskóli	6
Menntaskóli, fjölbrautarskóli eða álíka (2-4 ár)	23
Háskóli eða tækniskóli <4 ár í námi	20
Háskóli >4 ár í námi	51
Líkamsþyngdarstuðull (kg/m ²)	
<18,5	1
18-25	48
25-30	33
>30	15
Svaraði ekki	3

*Þar sem þátttakendur í rannsókninni voru 100 jafngildir tíðnitalan hlutfalli þátttakenda

Tafla 2 sýnir neyslu mjólkur og mjólkurvara. Af þeim 100 konum sem tóku þátt sögðust 13 konur aldrei neyta mjólkur eða mjólkurvara. Þrátt fyrir að meirihluti (87%) kvennanna segðist nota mjólkurvörur þá náðu einungis 27 konur viðmiðum um æskilega neyslu samkvæmt ráðleggingum Embættis landlæknis, sem eru tveir skammtar á dag. Konur sem notuðu aldrei mjólk eða mjólkurvörur eða að hámarki einn skammt á dag (alls 59%) voru spurðar um ástæðu fyrir því að þær neyttu þessara fæðutegunda ekki oftar. Algengustu ástæðurnar sem gefnar voru upp voru að þeim þættu mjólkurvörur ekki góðar (14 af 59 konum, 24%) eða að engin sérstök ástæða lægi að baki (24 af 59 konum, 40%).

Tafla 2. Neysla mjólkur og mjólkurvara (n=100)

Neytir þú mjólkur eða mjólkurvara?	n (%)*
Nei	13
Já	87
Fjöldi skammta á dag	
Aldrei til <1 í viku	13
1 - <7 sinnum í viku	8
1 sinni á dag	38
>1- <2 sinnum á dag	14
2 sinnum á dag eða oftar	27
Ástæða þess að neyta aldrei mjólkur eða mjólkurvara eða að hámarki einu sinni á dag (n=59)	
Grænkeri/grænmetisæta	3
Óþol	7
Ógleði eða magaverkur	5
Finnst þær ekki góðar	14
Ýmsar aðrar ástæður	6
Engin sérstök ástæða	24

*Þar sem þátttakendur í rannsókninni voru 100 jafngildir tíðnitalan hlutfalli þátttakenda

Í töflu 3 má sjá að níu konur sögðust aldrei borða fisk. Innan við þriðjungur náði viðmiðum um æskilega neyslu samkvæmt ráðleggingum Embættis landlæknis, sem eru tveir til þrír skammtar á viku. Konur sem borðuðu fisk einu sinni í viku eða sjaldnar (55%) voru spurðar hvers vegna þær borðuðu fisk ekki oftar. Líkt og fyrir neyslu mjólkurvara var algengasta skýringin að það væri engin sérstök ástæða, en 15 af 55 konum (27%) nefndu að þær borðuðu eingöngu fisk í vinnunni (elduðu hann ekki heima) og 10 konur (18% þeirra sem borðuðu fisk sjaldan) sögðu að sér fyndist fiskur ekki góður.

Tafla 3. Neysla á fiski (n=100)

Borðar þú fisk?	n (%)*
Nei	9
Já	91
Fjöldi skammta á viku	
Aldrei til <1 í viku	28
1 sinni í viku	27
>1- <1- <2 sinnum í viku	18
2 sinnum í viku eða oftar	27
Ástæða þess að borða aldrei fisk, eða að hámarki einu sinni í viku (n=55)	
Grænkeri/grænmetisæta	5
Ofnæmi	3
Of dýrt	1
Eldar ekki heima	15
Finnst fiskur ekki góður	10
Ýmsar aðrar ástæður	6
Engin sérstök ástæða	18

*Þar sem þátttakendur í rannsókninni voru 100 jafngildir tíðnitalan hlutfalli þátttakenda

Í töflu 4 koma fram upplýsingar um neyslu mismunandi fisk-tegunda og voru þátttakendur beðnir um að nefna fyrst þá fisktegund sem þeir borðuðu oftast og svo koll af kolli. Þrjátíu og átta konur nefndu að þær veldu ýsu oftast þegar þær borðuðu fisk og 33 konur sögðust oftast velja þorsk. Þær fisktegundir sem konurnar borða næstoftast voru einnig ýsa og þorskur ásamt laxi og eru um 60% kvennanna sem velja þessar fisktegundir, eða um 20% kvenna fyrir hverja fisktegund.

Tafla 4. Algengi á neyslu fisktegunda (n=100)

Fisktegund	Fyrsta val	Annað val	Þriðja val	Fjórdi val	Fimmta val
	n	n	n	n	n
Ýsa	38	17	7	0	0
Þorskur	33	21	2	3	0
Lax	11	19	13	3	0
Bleikja	4	10	8	8	0
Aðrar tegundir	3	7	7	3	1

Mikill meirihluti þátttakenda sagðist taka fæðubótarefni (97%). Hins vegar tóku einungis sjö konur inn fæðubótarefni sem inniheldur jöð.

UMRÆÐA

Niðurstöður varðandi neyslu á mjólk og mjólkurvörum voru að innan við þriðjungur kvennanna neyta þessara vara í samræmi við ráðleggingar Embættis landlæknis, sem eru tveir skammtar á dag, og 13% kvennanna í rannsókninni sögðust aldrei neyta mjólkur eða mjólkurvara. Virðist þetta vera ívið hærri hlutfall kvenna en í rannsókn Aðalsteinsdóttur og félaga (2020) þar sem 7,2% sagðist aldrei neyta mjólkur eða mjólkurvara. Gæti þetta bent til að neysla á mjólkurvörum væri enn á niðurlæið, en rétt er að taka fram að þýði þessarar rannsóknar var lítið (n=100) í samanburði við rannsókn Aðalsteinsdóttur og félaga (2020) (n=983) og raunverulegur munur gæti því verið innan skekkjumarka.

Konur sem sögðust aldrei neyta mjólkur og mjólkurvara eða að hámarki einu sinni á dag, voru inntar eftir ástæðu. Þetta voru í heildina 59 konur og af þeim sögðust 24 konur enga ástæðu hafa fyrir því að neyta mjólkurvara ekki oftar. Það bendir til þess að engir sérstakir hindrandi þættir standi í vegi fyrir aukinni neyslu í takt við ráðleggingar hjá hluta kvenna. Ýmsir hindrandi þættir virðast þó vera til staðar og nefndu konurnar í rannsókninni nokkrar ástæður. Það voru meðal annars þættir eins og að þeim fyndist mjólk og mjólkurvörur ekki góðar á bragðið eða þær fyndu fyrir óþægindum við neyslu þeirra. Nokkrar konur nefndu að þær væru grænkerar eða grænmetisætur og notuðu af þeim sökum ekki mjólk eða mjólkurvörur. Niðurstöðurnar eru í samræmi við niðurstöður breskrar rannsóknar þar sem lýkt og bragð af mjólkurvörum var ein af ástæðum þess að konurnar neyttu þessara fæðutegunda ekki oftar. Þar kom einnig fram að konur sniðgengju mjólkurvörur vegna þess að þær væru grænmetisætur eða grænkerar eða vegna heilsutengdra vandamála, eins og óþols fyrir mjólkurvörum (Bouga o.fl., 2018).

Aðeins 27% þátttakenda sagðist borða fisk tvisvar í viku eða oftar og er það heldur lægra hlutfall en í fyrrgreindri rannsókn Aðalsteinsdóttur og félaga (2020) þar sem 35% kvenna borðuðu fisk samkvæmt ráðleggingum. Þá virtist hlutfall þeirra sem sagðist aldrei borða fisk, sem var 9% kvennanna, vera talsvert hærri en í rannsókn Aðalsteinsdóttur og félaga (2020), en í þeirri rannsókn sögðust um 2% kvenna aldrei borða fisk. Konurnar í þessari rannsókn sem borðuðu fisk aldrei til einu sinni í viku voru inntar eftir ástæðu. Algengast var að konur hefðu enga skýringu á litilli fiskneyslu (18 konur af 58 konum sem borðuðu fisk að hámarki einu sinni í viku) og 15 konur sögðust ekki elda fisk heima. Aðrar ástæður sem konurnar nefndu voru að þeim fyndist fiskur ekki góður, að þær væru grænkerar eða grænmetisætur, hefðu óþol eða ofnæmi eða að einhver á heimilinu hefði ofnæmi. Þetta eru að mörgu leyti svipaðar niðurstöður og komu fram í rannsóknnum frá Bretlandi (Bouga o.fl., 2018). Þar komu fram ástæður eins og að þeim fyndist

fiskur ekki góður eða að fjölskyldumeðlimum fyndist fiskur ekki góður. Einnig að þær skorti þekkingu á því hvernig matreiða á fisk, vegna kostnaðar eða vegna lítils framboðs á fiski. Það kom einnig fram að konur sniðgengju fisk vegna þess að þær væru grænmetisætur eða grænkerar eða vegna heilsutengdra vandamála eins og til dæmis ofnæmis fyrir fiski (Bouga o.fl., 2018).

Þrátt fyrir að 97% kvennanna taki fæðubótarefni þá taka einungis 7% þeirra fæðubótarefni sem inniheldur jöð. Niðurstöður rannsókna frá Ástralíu og Noregi benda til þess að um 35% barnshafandi kvenna taki fæðubótarefni sem innihalda jöð, en það er mun hærri hlutfall en sést meðal íslenskra kvenna (Charlton o.fl., 2010; Abel, Caspersen og Meltzer, 2017; Aðalsteinsdóttir o.fl., 2020). Ástæðan fyrir þessum mun gæti verið sá að ekki hefur verið mikil umræða á Íslandi um inntöku fæðubótarefna sem innihalda jöð, né lögð áhersla á fræðslu í mæðravernið á inntöku slíks fæðubótarefnis. Fyrirnefnd áströlsk rannsókn benti til sömu niðurstæðna og við sjáum hér, þar sem fram kom að margar kvennanna tóku fæðubótarefni sem mælt var með á meðgöngu en innihélt ekki jöð (Charlton o.fl., 2010).

Erlendar rannsóknir sýna að þekking meðal kvenna er almennt ekki mikil varðandi mikilvægi jöðs né í hvaða fæðutegundum jöð er að finna (Charlton o.fl., 2010; Gamweidner-Holme, Aakre og Lilleengen, 2017). Ljósmaður í mæðraverni gegna lykilhlutverki þegar kemur að eflingu á lýðheilsu barnshafandi kvenna og upplýsingagjöf um næringu og lífsstíl á meðgöngu (Bouga o.fl., 2018; WHO, 2020). Barnshafandi konur bera almennt mikið traust til ljósmæðra, eru líklegar til að hlusta á þær og tilbúnar til að gera breytingar á heilsuhegðun þegar þær fá upplýsingar og fræðslu frá þeim (Lawrence, Vogel og Strömmer, 2020; Olander, Darwin og Atkinson, 2016).

Huga þarf vel að þeim barnshafandi konum sem skilgreina sig sem grænkerar, grænmetisætur eða með ofnæmi eða óþol fyrir fiski eða mjólkurvörum þar sem þær geta verið í hættu á að fullnægja ekki jöðþörf á meðgöngu. Í leiðbeiningum um mataræði á meðgöngu er talað um að í þeim tilfellum sem konur geta einhverja hluta vegna ekki fylgt eftir ráðleggingum um neyslu á mjólkurvörum og fiski á meðgöngu ætti að leita ráða hjá næringarfræðingi eða næringarráðgjafa (Embætti landlæknis, 2018). Einnig gaf Embætti landlæknis út dreifibréf nr. 1/2020 4. febrúar 2020 þess efnis að ef barnshafandi konur eru grænkerar eða af öðrum ástæðum borða ekki mjólk, mjólkurvörur eða fisk samkvæmt ráðleggingum þá ætti að ráðleggja þeim að taka fæðubótarefni sem inniheldur 150 µg af jöði (Embætti landlæknis, 2020).

Helsti styrkleiki rannsóknarinnar var að sami aðili lagði spurningalistann fyrir þátttakendur og öll úrvinnsla var einnig í höndum eins aðila. Helstu takmarkanir rannsóknarinnar var að fjöldi þátttakenda var litill og notast var við hentugleikaúrtak við val á heilsugæslustöðvum sem allar voru á höfuðborgarsvæðinu. Vegna þessa er ekki hægt að yfirfæra niðurstöðurnar á almennt þýði. Það sem einnig takmarkar rannsóknina var að þær konur sem sögðust neyta mjólkur og mjólkurvara einu sinni til tvisvar á dag og fisks einu sinni til tvisvar í viku voru ekki spurðar hvers vegna þær fylgdu ekki ráðleggingum um neyslu á þessum fæðutegundum. Er möguleiki á að niðurstöðurnar hefðu orðið aðrar ef þessi hópur hefði verið tekinn með.

Varðandi framtíðarrannsóknir á þessu sviði þá er ástæða til að skoða enn frekar hvers vegna hluti barnshafandi kvenna á Íslandi neytir ekki fæðutegunda sem eru mikilvægar uppsprettur jöðs í íslensku mataræði. Einnig þyrfti að skoða hvernig fræðslu er háttað til kvenna um næringu á meðgöngu og meta til hvaða aðgerða þyrfti að gripa til að bæta jöðhag, ekki bara á meðgöngu heldur einnig meðal ungra kvenna á barneignaraldri.

HEIMILDASKRÁ

- Abel, M.H., Caspersen, I.H., Meltzer, H.M., Haugen, M., Brandlistuen, R.E., Aase, H., Brantsæter, A. L. (2017). Suboptimal maternal iodine intake is associated with impaired child neurodevelopment at 3 years of age in the Norwegian mother and child cohort study. *The Journal of Nutrition*, 147(7):1314-1324. doi:10.3945/jn.117.250456
- Aðalsteinsdóttir, S., Tryggvadóttir, E.A., Hrólfsdóttir, L., Halldórsson, Þ.I., Birgisdóttir, B. E., Hreiðarsdóttir, I.Th., Gunnarsdóttir, I. (2020). Insufficient iodine status in pregnant women as a consequence of dietary changes. *Food and nutrition*, 64:3653.
- Andersson, M., de Benoist, B., Delange, F. og Zupan, J. (2007). Prevention and control of iodine deficiency in pregnant and lactating women and in children less than 2-year-

- old: Conclusions and recommendations of the technical consultation. *Public Health Nutrition*, 10(12A), 1606-1611. doi:10.1017/S1368980007361004
- Bath, S.C., Steer, C.D., Golding, J., Emmett, P. og Rayman, M.P. (2013). Effect of inadequate iodine status in UK pregnant women on cognitive outcomes in their children: Results from the Avon longitudinal study of parents and children (ALSPAC). *Lancet*, 382(9889):331-337. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60436-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60436-5)
- Bouga, M., Lean, M. E.J. og Combet, E. (2018). Iodine and Pregnancy - A qualitative Study Focusing on Dietary Guidance and Information. *Nutrients*, 10(4):408. doi:10.3390/nu10040408
- Brantsæter, A.L., Abel, M.H., Haugen, M. og Meltzer, H.M. (2013). Risk of suboptimal iodine intake in pregnant Norwegian women. *Nutrients*, 5(2):424-440. doi: 10.3390/nu5020424
- Charlton, K.E., Gemming, L., Yeatman, H., Ma, G. (2010). Suboptimal iodine status of Australian pregnant women reflects poor knowledge and practices related to iodine nutrition. *Nutrition*, 26(10):963-968. doi:10.1016/j.nut.2009.08.016
- Embætti landlæknis. (2018). Mataræði á meðgöngu. Sótt 21. febrúar 2020 af: <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item35168/Mataraedi%20a%20medgongu%20baekl.2018-5.pdf>
- Embætti landlæknis. (2020). Joð á meðgöngu (dreifibréf nr. 1/2020). Sótt 25. apríl 2020 af: <https://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efirlit/heilbrigdisstarfsfolk/dreifibref/nanar/item38977/Dreifibref-nr--1/2020--Jod-a-medgongu->
- European Food Safety Authority (EFSA), (2014). Scientific opinion in dietary reference values for iodine. Sótt 19. apríl 2020 <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.2903/j.efsa.2014.3660>
- Garnweidner-Holme, L., Aakre, I., Lilleengen, A.M., Brantsæter, A.L. og Henjun, S. (2017). Knowledge about iodine in pregnant and lactating women in the Oslo area, Norway. *Nutrients*, 9(5):493. doi:10.3390/nu9050493
- Glabaska, D., Malowaniec, E. og Guzek, D. (2017). Validity and reproducibility of the iodine dietary intake questionnaire assessment conducted for young Polish women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(7):700. doi:10.3390/ijerph14070700
- Gunnarsdóttir, I., Gunnarsdóttir, B.E., Steingrimsdóttir, L., Maage, A., Jóhannesson, A.J., og Þórsdóttir, I. (2010). Iodine status of adolescent girls in a population changing from high to lower fish consumption. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64(9):958-964. doi: 10.1038/ejcn.2010.100
- Gunnarsdóttir, I., Gustavsdóttir, A.G., og Þórsdóttir, I. (2009). Iodine intake and status in Iceland through a period of 60 years. *Food & Nutrition Research*, 53. doi: 10.3402/fnr.v53i0.1925
- Lawrence, W., Vogel, C., Strömmer, S., Morris, T., Treadgold, B., Watson, D.,... Barker, M. (2020). How can we best use opportunities provided by routine maternity care to engage women in improving their diets and health? *Maternal & Child Nutrition*, 16(1):1-14. <https://doi.org/10.1111/mcn.12900>
- Lobo, S., Lucas, C.J., Herbert, J.S., Townsend, M.L., Smith, M., Kunkler, E. og Charlton, K.E. (2019). Nutrition information in pregnancy: Where do women seek advice and has this changes over time? *Nutrition & Dietetics*, 77(3):382-391. doi:10.1111/1747-0080.12589
- Marangoni, F., Cetin, I., Verduci, E., Canzone, G., Giovannini, M., Scollo, P.,... Poli, A. (2016). Maternal diet and nutrient requirements in pregnancy and breastfeeding. An Italian consensus document. *Nutrients*, 8(10):1-17. doi:10.3390/nu8100629
- Markus, M., Dahl, L., Moe, V., Abel, M., Brantsæter, A., Øyen, J.,... Kjellefve, M. (2018). Maternal iodine status is associated with offspring language skills in infancy and toddlerhood. *Nutrients*, 10(9):1270. Doi: 10.3390/nu10091270
- Martin, J.C., Savage, G.S. og Mitchell, E.K.L. (2014). Health knowledge and iodine intake in pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 54(4):312-316. doi:10.1111/ajo.12201
- Melse-Boonstra, A. og Jaiswal, N. (2010). Iodine deficiency in pregnancy, infancy and childhood and its consequences for brain development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(1):29-38. doi: 10.1016/j.beem.2009.09.002
- Nordic Council of Ministers. (2012). Iodine. *Nordic Nutrition Recommendations 2012: Integrating nutrition and physical activity* (5. útgáfa). Nordic Council og Ministers: Kaupmannahöfn.
- Nyström, H.F., Brantsæter, A.L., Erlund, I., Gunnarsdóttir, I., Hulthén, L., Laurberg, P.,... Meltzer, H.M. (2016). Iodine status in the Nordic countries - Past and present. *Food and nutrition Research*, 60:1-15. <http://dx.doi.org/10.3402/fnr.v60.31969>
- Olander, E.K., Darwin, Z.J., Atkinson, L. og Smith, D.M. (2016). Beyond the 'teachable moment' - A conceptual analysis of women's perinatal behavior change. *Women and Birth*, 29(3):e67-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.11.005>
- Skeaff, S. A. (2011). Iodine deficiency in pregnancy: The effect on neurodevelopment in the child. *Nutrients*, 3(2):265-273. doi:10.3390/nu3020265
- World Health Organization, Joint statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. (2007). *Reaching Optimal Iodine Nutrition in Pregnant and Lactating Women and Young Children*. Sótt 21. febrúar 2020 af: https://www.who.int/nutrition/publications/WHOSTatementIDD_pregnancy.pdf
- World Health Organization. (2004). Iodine status worldwide; WHO: Genf, Sviss.
- World Health Organization. (2020) Year of the nurse and the midwife 2020. Sótt 20. febrúar 2020 af <https://www.who.int/news-room/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife2020>
- WHO/UNICEF/ICCIDD. (2007). Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination, 3. Útgáfa. Genf, World Health Organization.



NJF CONGRESS
HELSINKI 2022

NORDIC MIDWIFERY CONGRESS

Helsinki 4–6th of May 2022

The Federation of Finnish Midwives warmly welcomes you to the next NJF congress.
Theme of the congress: Midwives promoting sexual and reproductive health and rights

Call for the abstracts is now open.

The Federation of Finnish Midwives



**For further
information, see
njfcongress.fi**

medela

NÝJA MEDELA FLEX™

brjóstadælan er fyrsta sinnar tegundar.

Skjöldurinn er mjúkur og hægt að snúa í 360° svo að þú finnir þína bestu stöðu.

Með **Easy Expression™** brjóstahaldaranum verður pumpan handfrjáls.



Fæst í versluninni Móðurást,
Lyfja.is og Heimkaup.is

AÐ VERA SÁTT VIÐ BRJÓSTAGJÖFINA JAFNVEL ÞÓ EITTHVAÐ VANTI UPP Á: REYNSLA KVENNA AF BRJÓSTAGJÖF



Lilja Guðnadóttir
Ljós móðir MS, Heilbrigðisstofnun
Norðurlands á Dalvík



Sigfríður Inga Karlsdóttir
Ljós móðir, prófessor við Heilbrigðis-
vísindasvið Háskólans á Akureyri

INNGANGUR

Í huga margra eru barnsfæðing og brjóstagið samvinnuð á þann hátt að þegar kona fæðir barn muni hún gefa því brjóst í þeim tilgangi að næra það. Ekki síst er þetta veruleikinn hér á Íslandi þar sem brjóstagið er algeng og flestar konur velja brjóstagið sem fyrsta valkost til að næra barnið sitt. Í stefnu Ljósmaðrafélags Íslands segir meðal annars að ljósmaður sé sérfræðingur í brjóstagið og þeirra hlutverk sé að stuðla að jákvæðu viðhorfi og árangursríkri brjóstagið, veita foreldrum upplýsingar um brjóstagið og fræðslu og taka mið af vilja og getu konunnar til brjóstagjafar þar sem áhersla er lögð á upplýst val (Ljósmaðrafélagið, 1998). Alþjóðaheilbrigðisstofnunin mælir með að börn fari á brjóst innan klukkustundar frá fæðingu, séu eingöngu á brjósti fyrstu sex mánuðina og svo með annarri fæðu til tveggja ára aldurs eða lengur allt eftir vilja móður og barns (WHO, 2018). Þessa stefnu hafa íslensk heilbrigðisyfirvöld tekið upp og tölur Landlæknisembættisins frá 2012 sýna að 98% barna voru á brjósti viku gömul og 86% eingöngu á brjósti. Við þriggja mánaða aldur voru 86% barna á brjósti, þar af 67% þeirra eingöngu á brjósti samkvæmt sömu skýrslum (Embætti Landlæknis, 2012).

Margir áhrifavaldar í umhverfi kvenna ásamt persónubundnum þáttum í fari þeirra hafa áhrif á brjóstagið. Niðurstöður rannsókna sýna að menntun kvenna, aldur og fyrri reynsla af brjóstagið hefur jákvæð áhrif á brjóstagið, sérstaklega ef reynslan er jákvæð (de Oliveira og Camelo Jr, 2017; Santacruz-Salas o.fl., 2019). Hins vegar hafa rannsóknir á reynslu kvenna af erfiðri brjóstagið sýnt að þær konur hugsa frekar til þess að næra ekki næsta barn á brjósti (Schafer, Campo Colaizy, Mulder og Ashida, 2017; Larsen og Kronborg, 2012). Þær konur sem

hugsa jákvætt til heilsufarslegs ávinnings brjóstagjafar fyrir barnið og jafnvel sjálfa sig ásamt sjálfstrausti eru líklegri til að ná markmiðum sínum varðandi lengd brjóstagjafar í sex mánuði eða lengur (Andrew og Harvey, 2011; Bourdillon, McCausland og Jones, 2020; Cato, Sylvén, Henriksson og Rubertsson, 2020; Powell, Davis og Anderson, 2014; Roberts, Wawrzyniak, og Kubicc, 2017). Margar rannsóknir hafa verið birtar þar sem konur lýsa stuðningi í nærumhverfi sínu. Aðallega eru það makar kvennanna, mæður þeirra, systur, tengdamömmur og vinkonur sem hafa áhrif á viðhorf þeirra til brjóstagjafar, en jákvæð reynsla annarra kvenna í nærumhverfinu verður gjarnan til þess að konur velja að vera með barnið á brjósti (Alina, Ismail, Manan, Muda, og Mohd, 2014; Andrew og Harvey, 2011; Powell o.fl., 2014; Roberts o.fl., 2017). Í eigindlegri rannsókn þar sem 21 kona með barn á fyrsta ári tók þátt kemur fram að þær konur sem voru lengur en sex mánuði með börnin sín á brjósti lýsa jákvæðum stuðningi einstaklinga í nærumhverfinu eða höfðu jákvæða reynslu af brjóstagið. Þær gátu reitt sig á stuðning annarra, sagt frá vandamálum sínum og sameiginlega fundið lausn á því að láta brjóstagið ganga upp. Hins vegar lýstu þær konur sem voru stutt með börnin sín á brjósti skorti á hvatningu og fyrirmyndum til brjóstagjafar í nærumhverfinu sínu (Powell o.fl., 2014).

Fyrir framvindu brjóstagjafarinnar er konum mikilvægt að fá fræðslu um brjóstagið á meðgöngunni og niðurstöður rannsókna sýna gjarnan að konur hefðu viljað fá meiri fræðslu en í boði var (Alianmoghaladam, Phibbs og Benn, 2017; Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir, 2013; Moudi, Tafazol, Boskabad, Ebrahimzadeh og Salehiniya, 2016). Konur vilja fá heiðarlega fræðslu um það sem þær geta átt von á í upphafi

brjóstagjafarinnar svo þær geti verið viðbúnað þegar upp koma vandamál (Alianmoghaladam o.fl., 2017; Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir, 2013; Robinson og Doane, 2017). Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir (2013) gerðu rannsókn á viðhorfi fjórtán íslenskra mæðra til fræðslu og ráðgjafar um brjóstagjöf. Helstu niðurstöður rannsóknarinnar voru þær að konunum þótti mjög mikilvægt að fá fræðslu um brjóstagjöf á meðgöngunni. Þær nefndu að auk þess að fá grunnfræðslu um brjóstagjafastellingar og líffræðilega virkni brjóstanna hefðu þær einnig viljað fá vitneskju um að það gætu ekki allar konur gefið brjóst og sum börn myndu sjúga vitlaust, að brjóstagjöfin hefði áhrif á alla fjölskylduna og hún gæti valdið svefnleysi og þreytu hjá þeim. Misræmi í upplýsingum var talið vísbending um skort á áreiðanlegri þekkingu og olli konunum hugarangri og vantrú.

Rannsóknir sýna að barnshafandi konur eiga erfitt með að gera sér í hugalund hvernig brjóstagjöf eftir fæðingu barnsins mundi koma til með að ganga fyrir sig. Margar telja að brjóstagjöf sé náttúrulegt ferli og komi bara að sjálfu sér en brjóstagjöfin reynist flestum konum erfðari í byrjun en þær bjuggust við (Edwards, Jepson og McInnes, 2018; Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir, 2013; Hall, McLelland, Gilmour og Cant, 2014; Oosterhoff, Hutter og Haisma, 2014). Í eigindlegri rannsókn Kronborg, Harder og Hall (2015) meðal danskra frumbyrja á upplifun þeirra af brjóstagjöf fyrstu mánuðina upplifðu konurnar mikið álag í upphafi brjóstagjafarinnar. Samtímis voru þær að læra móðurhlutverkið og að gefa barninu brjóst. Það var þeim áskorun að læra á þarfir barnsins og þær upplifðu misvísandi skilaboð frá ljósmæðrum.

Stuðningur ljósmóður á fyrstu vikum brjóstagjafarinnar getur skipt sköpum fyrir konur til að komast yfir þá erfðleika sem koma upp og eiga farsæla brjóstagjöf með barni sínu (Hall o.fl., 2014; Edwards o.fl., 2018). Í kanadískri rannsókn voru konur sem höfðu fætt fullburða einbura beðnar að lýsa upplifun sinni af öllum stuðningi sem þær höfðu fengið fyrstu sex mánuðina í brjóstagjöfinni. Faglega færni ljósmæðra og reynslu upplifðu konurnar sem stuðning, einnig ef aðstoðin var aðgengileg þegar þær þurftu á að halda, hún virkaði til að leysa vandamál og að ljósmæður sýndu konunum og börnum þeirra væntumþykju (Chaput, Adair, Nettle-Aguirre, Musto og Tough, 2015).

Í rannsókn Larsen og Kronborg (2013) á upplifun frumbyrja sem urðu að hætta brjóstagjöf fyrir sex vikna aldur barnsins höfðu allar konurnar ætlað sér að hafa börn sín á brjósti og það var konunum erfitt að taka þá ákvörðun að hætta brjóstagjöf. En ákvörðunin var tekin með hagsmuni barnsins í huga. Einnig þótti konunum erfitt að útskýra það að vera að gefa þela. Niðurstöður fleiri rannsókna sýna að það er konum þungbært að þurfa að hætta brjóstagjöf fyrr en þær ætluðu sér. Konum finnst þær vera að bregðast hlutverki sínu sem góðar mæður og eru litnar hornauga bæði meðal heilbrigðisstarfsfólks og annarra kvenna (Hvatum og Glavin, 2016; Sunna Símonardóttir og Helga Gottfreðsdóttir, 2019). Í eigindlegri rannsókn Khajehei, Swain og Wen (2020) meðal sextán frumbyrja kemur fram að jákvæð reynsla kvennanna af brjóstagjöf jök sjálfstraust þeirra almennt á meðan neikvæð reynsla hafði neikvæð áhrif á sjálfs-traust þeirra. Það sem virkaði jákvætt fyrir sjálfstraust kvennanna voru árangursrík samskipti við maka, ættingja og heilbrigðisstarfsfólk, þeirra eigin þekking og jákvæð sjálfsmynd þeirra. Þeir þættir sem greindir voru neikvæðir fyrir sjálfstraust kvennanna var þekkingarskortur, ef þær voru óundirbúnaðar og að hafa ekki stjórn á hlutum.

Þessi grein byggir á meistaranrannsókn í heilbrigðisvísindum sem framkvæmd var við Háskólann á Akureyri en markmið hennar var að auka þekkingu og dýpka skilning á því hvernig reynsla það er fyrir konur að vera með barn á brjósti, ásamt því að kanna hvaða þættir í störfum fagfólks og umhverfi kvennanna hafa áhrif á upplifun þeirra.

RANNSÓKNARAÐFERÐ

Rannsóknaraðferð Vancouver-skólans í fyrirbærafræði var valin til að svara rannsóknarspurningunni. Fyrirbærafræðin er heimspekileg fræðasýn og er spurt um merkingu til að fá fram kjarnann í reynslu fólks (Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Með Vancouver-skólanum er leitast við að auka skilning á mannlegum fyrirbærum og er þetta mikið notuð rannsóknaraðferð í mennta- og heilbrigðisvísindum (Halldórsdóttir, 2000). Rannsóknarferli Vancouver-skólans í fyrirbærafræði er í 12 þrepum en á hverju þrepi fer rannsakandinn í gegnum vitrænt vinnuferli aðferðar-

innar sem felur í sér að vera kyrr, að ígrunda, að koma auga á, að velja, að túlka, að raða saman og að sannreyna (Sigríður Halldórsdóttir, 2013).

Í upphafi rannsóknarferlisins, að fengnum leyfum frá framkvæmdastjóra hjúkrunar og framkvæmdastjóra lækninga hjá Heilbrigðisstofnun Norðurlands ásamt leyfi yfirhjúkrunarfræðings svæðis á Akureyri, var rannsóknin kynnt með tölvupósti fyrir deildarstjóra í ung- og smábarnavernd Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri. Ljósmæður og hjúkrunarfræðingar í ung- og smábarnavernd voru beðnir um að kynna rannsóknina fyrir þjónustuþegum sínum sem voru með eldra en sex mánaða gamalt barn og höfðu byrjað brjóstagjöf eftir fæðingu. Á þennan hátt gáfu sautján konur kost á sér til þátttöku í rannsókninni og voru viðtöl tekin við fjórtán þeirra. Fyrir viðtölin fengu þátttakendur ítarlegt kynningarbréf á rannsókninni þar sem einnig var tekinn fram réttur þeirra til að hætta þátttöku hvenær sem er í rannsóknarferlinu, en enginn þátttakandi nýtti sér þann kost. Tekið var eitt djúpvíðtöl við hvern þátttakanda sem öll byrjuðu á spurningunni: Hver er upplifun þín á því að vera með barn á brjósti? Stuðst var við opinn viðtalsramma í viðtölunum, með það fyrir augum að ná fram öllum þáttum upplifunar þátttakanda ásamt áhrifum frá heilbrigðisstarfsfólki og öðrum aðilum í nærumhverfi þeirra á upplifunina. Þemagreining var notuð við greiningu gagna og þemu fundin sem lýstu upplifun kvennanna. Gerð voru greiningarlíkön fyrir upplifun hvers þátttakanda og eitt heildargreiningarlíkan fyrir alla þátttakendur. Heildargreiningarlíkanið var síðan borið undir fimm þátttakendur.

Þátttakendur

Þátttakendur í þessari rannsókn voru 14 konur sem nutu þjónustu ung- og smábarnaverndar Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri. Meðal þátttakenda voru fjórar frumbyrjur og tíu fjölbyrjur; átta konur með annað barn og tvær með þriðja barn. Þær sögðu bæði frá nýlegri reynslu af brjóstagjöf, en einnig frá reynslu í tengslum við fyrri brjóstagjafir. Þannig var um 26 mismunandi brjóstagjafasögur að ræða. Allir þátttakendurnir áttu það sameiginlegt að hafa ákveðið á meðgöngunni að reyna brjóstagjöf eftir fæðingu barnsins. Allar konurnar voru í hjónabandi eða sambúð með barnsföður sínum. Ein kvennanna hafði farið þrisvar sinnum í keisaraskurð og önnur í keisaraskurð með fyrsta barn en fætt seinna barnið í gegnum leggöng í þetta sinn, aðrar konur fæddu eðlilega. Konurnar voru á aldrinum 18-36 ára, meðalaldur var 29 ára. Sex konur höfðu lokið háskólanámi eða voru í námi, fimm þeirra höfðu lokið framhaldsskóla eða voru í námi og þrjár voru með grunnskólapróf. Börnin sem konurnar voru með á brjósti í núverandi brjóstagjöf voru á aldrinum sex til 20 mánaða.

Réttmæti og áreiðanleiki

Til að auka réttmæti og áreiðanleika rannsóknarinnar var áhersla lögð á að fylgja nákvæmlega því rannsóknarsnið sem valið var. Leitast var eftir fjölbreytileika þátttakenda bæði hvað varðar aldur þeirra og reynslu varðandi brjóstagjöf. Þannig voru í hópnum konur á mismunandi aldri, með mismunandi fjölda brjóstagjafa að baki og einnig mislanga reynslu af brjóstagjöf. Í gagnagreiningu var lögð áhersla á að finna það sem var sameiginlegt í reynslu þátttakenda ásamt því að koma auga á þá þætti sem einkenndu upplifun hvers þeirra (Sigríður Halldórsdóttir og Sígurlína Davíðsdóttir, 2013).

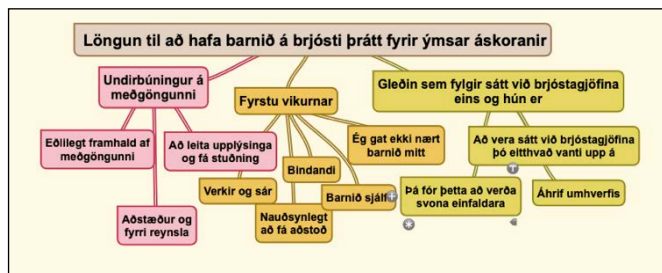
Síðfræði

Haft var samband við Vísindasiðanefnd sem taldi ekki þurfa leyfi fyrir rannsókninni og Persónuvernd gerði ekki athugasemdir við framkvæmd rannsóknarinnar. Aflað var upplýsts samþykkis hjá konunum og rík áhersla lögð á þeirra rétt til að hafna þátttöku og að þær gætu dregið sig út úr rannsókninni ef þær óskuðu þess. Við gagnaöflun og gagnagreiningu var ávalt fylgt ströngustu reglum um nafnleynd og lögð rík áhersla á rétt þátttakenda varðandi val um þátttöku og heimildir til að hætta þátttöku ef þeir óskuðu þess.

NIÐURSTÖÐUR

Mikill samhljómur var í frásögnum kvennanna varðandi upplifun þeirra af brjóstagjöfinni, en niðurstöður sýndu yfirþemað, *löngun til að hafa barnið á brjósti þrátt fyrir ýmsar áskoranir*. Þrjú aðalþemu sem voru

greind; *undirbúningur á meðgöngunni*, með þrem undirþemu; eðlilegt framhald af meðgöngunni, aðstæður og fyrri reynsla og að leita sér upplýsinga; *fyrstu vikurnar*, með fimm undirþemu; verkir og sár, nauðsynlegt að fá aðstoð, bindandi, ég gat ekki nært barnið mitt og barnið sjálft. Síðasta aðalþemað nefndist svo *að vera sátt við brjóstagjöfina eins og hún er* en þar voru greind þrjú undirþemu; þá fór þetta að verða svona einfaldara, áhrif umhverfis og að vera sátt við brjóstagjöfina þótt eitthvað verði eftir. Heildargreiningarlíkanið má sjá á mynd 1.



Mynd 1 Heildargreiningarlíkanið

Löngun til að hafa barnið á brjósti þrátt fyrir ýmsar áskoranir

Yfirþemað vísar til þess að konurnar áttu það sameiginlegt að vilja hafa börn sín á brjósti, þrátt fyrir ýmsar áskoranir. Þær töldu brjóstagjöfina vera eðlilegt framhald af meðgöngunni, flestar þeirra undirbjuggu brjóstagjöfina því ekki sérstaklega. Fyrstu vikurnar einkenndust af upplifun kvennanna af áskorunum sem síðar minnkuðu þegar leið á brjóstagjöfina. Þær þurftu á stuðningi og leiðbeiningu að halda í upphafi, bæði faglegum frá ljósmæðrum, en einnig frá maka sínum. Sumar kvennanna komust ekki yfir erfiðleikana og hættu brjóstagjöf fyrir en þær höfðu ætlað sér, en þær sem náðu að yfirstiga byrjunarerfiðleikana og voru með börnin á brjósti í nokkra mánuði voru mjög þakklátar fyrir það og þeim fannst þær hafa gert rétt að þrauka.

Undirbúningur á meðgöngunni

Fyrsta aðalþemað nefndist undirbúningur á meðgöngunni. Þar voru greind þrjú undirþemu, *eðlilegt framhald af meðgöngunni*, *aðstæður og fyrri reynsla* og *að leita sér upplýsinga*. Þetta þema lýsti því hvernig konurnar undirbjuggu brjóstagjöfina, á hvaða hátt þær máttu aðstæður sínar og reynslu og hvar þær leituðu sér upplýsinga.

Fyrsta undirþemað nefndist *eðlilegt framhald af meðgöngunni*, sem lýsti viðhorfi kvennanna til brjóstagjafarinnar. Frumbyrjur töldu um hvað þeim hefði fundist ljúft og fallet að horfa á aðrar konur, vinkonur, systur eða mæður sínar gefa brjóst og héldu jafnvel að brjóstagjöf væri þannig alveg frá upphafi. Þrátt fyrir það höfðu þær sjaldnast haft neinn áhuga á umræðu um brjóstagjöf og vandamál henni tengdri í vinkvennahópi fyrir sína fyrstu meðgöngu, sem hins vegar breyttist á meðgöngunni. Sunna lýsir viðhorfi sínu þannig:

Ég hélt að þegar barnið fæðist þá bara fer það á brjóst og það bara gengur upp, skilurðu, af því að þetta er svo náttúrulegt, þannig lagað séð, af því að við erum gerðar fyrir þetta, þá hélt ég að þetta væri ekkert mál.

Flestar kvennanna tóku það fram að þær vissu að brjóstagjöf gengi ekki alltaf upp og þær ætluðu ekkert að svekkja sig á því ef það yrði raunin hjá þeim.

Annað undirþemað var greint *aðstæður og fyrri reynsla*, en aðstæður kvennanna og fyrri reynsla þeirra hafði áhrif á undirbúning þeirra fyrir brjóstagjöfina á meðgöngunni. Gjarnan hafði erfið reynsla af fyrri brjóstagjöf þau áhrif að konurnar undirbjuggu sig betur á þessari meðgöngu. Þær lásu sér meira til um brjóstagjöf og vandamál henni tengdri. Fræðsla um brjóstagjöf fékk aukið vægi í meðgönguverndinni, einnig fengu þær oft sérstaklega góðan stuðning fyrst eftir fæðinguna. Gjarnan höfðu þær ekki neinar væntingar um farsæla brjóstagjöf í þetta skiptið og þær töldu um að þær hafi reynt brjóstagjöf núna þar sem aðstæður þeirra væru aðrar en þegar þær voru með eldra barn sitt á brjósti. Það kom líka fyrir að þær höfðu væntingar um að önnur brjóstagjöf gengi betur þar sem þær höfðu verið með barn á brjósti áður.

Reynsla kvenna í nærumhverfi þeirra, mæðra, vinkvenna og systra

hafði mikil áhrif á væntingar þeirra til farsællar brjóstagjafar. Jákvað reynsla kvenna í nærumhverfinu hafði þau áhrif að konurnar bjuggust frekar við farsælli brjóstagjöf og öfugt. Elva fékk sína vitneskju um brjóstagjöf í upplifun og trúði því að eftir byrjunarerfiðleikana myndi brjóstagjöfin ganga vel en hún segir svona frá: „... í rauninni bara frá mömmu sko [...] hún var þínu belja sko [hlær við] eða þú veist einhvern veginn henni gekk rosalega vel með okkur öll systkinin [á brjósti].“

Ein kvennanna þurfti að undirbúa sig andlega á meðgöngunni fyrir brjóstagjöfina þar sem hún missti mikið hár í þeirri fyrri. Þetta var það sem hún kveið mest fyrir þegar hún byrjaði brjóstagjöf í þetta skiptið.

Þriðja undirþemað nefndist *að leita upplýsinga og fá stuðning* en þar er lýst reynslu kvennanna af þeirri fræðslu sem þær fengu í meðgönguverndinni og hvar þær leituðu eftir viðbótarupplýsingum. Sumar konurnar töldu um að þær hefðu verið of uppteknar í skóla eða vinnu til að sækja þau námskeið sem í boði voru, en stundum hafði gleymst í meðgönguverndinni að segja þeim frá námskeiðunum. Allar konurnar fundu fyrir því í meðgönguverndinni að lögð var áhersla á brjóstagjöf. Fjölbýrjur fundu fyrir kærkominni viðhorfsbreytingu meðal ljósmæðra í meðgönguvernd þar sem áður var lögð ofuráhersla á að öll börn væru eingöngu á brjósti og ekkert annað kæmi til greina. Núna fannst þeim þetta vera þeirra val. Þær töldu einnig um að fyrri reynsla þeirra hafi hjálpað þeim að meta þá þætti í fræðslunni sem þeim fundust hjálplegir.

Fræðslan sem konurnar fengu í meðgönguverndinni um brjóstagjöf var lítil og yfirleitt í einum af síðustu tímunum og þær voru misánægðar með hana. Helst fannst þeim vanta fræðslu um hvernig ætti að leggja barnið rétt á brjóst og það sem þær gætu búist við í upphafi brjóstagjafarinnar. Birna leitaði ekki eftir fræðslu á sinni fyrstu meðgöngu þegar hún var 17 ára, en hefði viljað fá meiri fræðslu. „... [mér] fannst kannski vanta þá líka í mæðraverndina að fylgja því betur eftir af því ég var ekkert að undirbúa mig, þetta var ekkert mál, ég hafði engar áhyggjur af þessu. Kannski fullvissa sig um að maður viti samt eitthvað.“

Þær voru ánægðar að fá að vita hvar þær gætu sótt sér fræðslu, þær gátu þá fundið fræðslu ef þær þurftu á að halda. Ein kvennanna þjáðist af miklum meðgöngukviða framan af meðgöngunni sem varð til þess að hún forðaðist allt sem kæmi eftir meðgönguna.

Fyrstu vikurnar

Annað aðalþemað nefndist *fyrstu vikurnar* sem einkenndust nokkuð af erfiðleikum, þörf fyrir stuðning og leiðsögn, áhyggjum af því að barnið fengi ekki nóg en líka af ánægjulegum samskiptum við barnið og auknu sjálfstrausti. Öllum konunum sem tóku þátt í þessari rannsókn fannst brjóstagjöfin erfið í upphafi og bindandi og sumar töldu um að eftir erfiða meðgöngu þá væri erfitt að annast nýfætt barn og stundum hefðu þær verið að gefast upp vegna endurtekinna vandamála sem upp komu. Öllum fannst samt þess virði að leggja þetta á sig fyrir barnið en einnig af því að brjóstagjöfin var líka notaleg og þægileg.

Fyrsta undirþemað sem var greint *verkir og sár* lýsir erfiðleikum á fyrstu dögum brjóstagjafarinnar og tengist það að einhverju leiti þeim líkamlegu breytingum sem konurnar upplifðu eftir fæðinguna.

Það náttúrulega er ótrúlega merkilegt hvað líkami manns breytist mikið og ég man bara þegar ég var komin heim [...] þegar allt í einu brjóstin verða bara risa stór, full af mjólk, að ég fékk bara áfall þegar ég leit í spegil bara af því að ég hafði aldrei séð brjóstin á mér svona stór hehehehe [...] þetta kom mjög mikið aftan að mér (Bella).

Þær konur sem fengu sár á geirvörtunum voru í miklum erfiðleikum með að setja börnin á brjóst. Þær grétu í hverri einustu brjóstagjöf á meðan sárin voru, en gerðu það engu að síður svo barnið fengi brjóstamjólk. Í rauninni þurfti ekki sár á geirvörtum til, flestar konurnar fundu fyrir sársauka í geirvörtunum tveimur til þremur dögum eftir fæðinguna. Ein þeirra likti því við að brjóstin væru stungin með hnífi, og það kom fyrir að þær veltu fyrir sér af hverju konur legðu þetta á sig. Kata mjólk-aði sig í fjóra mánuði eftir fyrstu fæðinguna þrátt fyrir að vera með sár á báðum geirvörtum aðeins til að barnið fengi móðurmjólkina.

Magga fékk sár á geirvörtu strax eftir fæðinguna og í framhaldinu sýkingu og stíflur sem hún reyndi að nudda úr en allt kom fyrir ekki og eftir nokkurra vikna erfiðleika var henni ráðlagt að hætta brjóstagjöf og brjóstin voru þurrkuð upp. Þetta var henni lengi virkilega erfitt þar sem

hún vildi ekki hitta aðrar mæður með börn á brjósti en einnig mætti hún neikvæðu viðhorfi hjá almenningi gagnvart því að vera ekki með barnið á brjósti: „*Það var alveg sagt við mig: „Hvað ertu ekki með barnið þitt á brjósti?“*“

Nauðsynlegt að fá aðstoð er annað undirþemað sem greint var en í viðtölunum kemur fram mikilvægi þess að konur fái góða hjálp fyrst eftir fæðinguna. Margar kvennanna töluðu um að hjálpin á deildinni fyrst eftir fæðinguna hafi ekki verið nógu góð og jafnvel gert þær hræddar við brjóstagjöfina. Ljósmeðurnar gripu of mikið fram í fyrir þeim og létu sjálfar barnið á brjóst og sumum fannst of fljótt eftir fæðinguna farið í einfaldar leiðir til að næra barnið. Frumbyrjur töluðu yfirleitt um að þær hafi ekkert vitað hvað þær voru að gera til að byrja með. Gerða lýsir hér sinni fyrstu brjóstagjöf með sitt fyrsta barn: „*Þetta var bara eins og að keyra með lokuð augun, þar sem maður vissi einhvern veginn ekkert.*“ Það voru ekki bara frumbyrjur sem þurftu aðstoð fyrst eftir fæðinguna. Fjölbýrjur þurftu margar hverjar aðstoð, sérstaklega eftir erfiða fæðingu eða þegar blætt hafði mikið. Þeim fannst skrítið þegar enginn kom inn til þeirra yfir heila vakt til að athuga með þær og aðstoða við brjóstagjöfina.

Konurnar töluðu um hvað það væri erfitt að fá misvísandi skilaboð, bæði frá ljósmeðrum og öðrum í nærumhverfinu. Steinunn segir frá upplifun sinni þegar hún var hrædd um að barnið fengi ekki nóg fyrsta sólarhringinn eftir fæðinguna:

... svo sagði ein ljósmóðirin: „*Nei, nei, hann er með fullt af næringu sinn fyrsta sólarhring, hann er allt í lagi.*“ Þú veist, svo kannski kemur önnur ljósmóðir og segir: „*Nei [...] hann situr ekki nógu vel á,*“ og svo kemur næsta: „*hann situr fint á, þú hlýtur bara að mjólka ekki neitt,*“ svo kemur næsta og segir: „*þú mjólkar fullt, þú ættir að prófa mexikanahatt*“ svo kom næsta á vakt og sagði: „*Guð, ekki nota þennan mexikanahatt, þá hættir hann alveg að sjúga brjóstið.*“

Það kom fyrir að ljósmeðurnar sýndu ekki faglega framkomu við konurnar fyrst eftir fæðinguna. Ein frumbyrja, Nanna, var búin að vera með barnið á brjósti nánast alla fyrstu nóttina, var orðin þreytt og reyndi að fá aðstoð: „*Hún sagði bara að ég væri ekki búin að reyna nóg og ég ætti bara að reyna meira og gefa henni brjóst og já þetta myndi bara koma.*“ Eftir erfiða fæðingu segir Sara frá samskiptum við ljósmóðurina sem tók á móti barninu hennar:

... Þá fór hún [barnið] strax svona og fann geirvörtuna og ég var svo glöð, þetta er að gerast, og þá kom ljósmóðirin inn, sem tók á móti og bara: „*hverningur*“ „*ég held hún sé bara að fara á brjóst*“ og hún bara horfði svona á „*hehehehe elskan mín, hún er sko ekki á brjóst*“ og hló svona að mér og ég skammaðist mín svo mikið og mér leið svo illa að eftir þetta fór ég bara til baka [lyftir höndum] og þær [ljósmeðurnar] gerðu þetta bara fyrir mig, ég bara, mér leið eins og hálfvita.

Þetta varð til þess að hana langaði ekki að gefa barninu brjóst og gat alls ekki hugsað sér að þessi ljósmóðir tæki á móti næsta barni sínu þrátt fyrir að hafa upplifað hana fina í fæðingunni sjálfri.

Langflestar konurnar fóru heim af fæðingardeildinni í heimaþjónustu og voru mjög ánægðar með þjónustuna. Þær fengu meiri hjálp með vandamál og lýstu ljósmeðrum sem algjörum englum. Þeim þótti mikilvægt að hafa samfellu í þjónustunni, þannig að það væri ljósmóðir sem þær höfðu kynnst áður í barneignarferlinu sem sinniti þeim.

Makar kvennanna voru ekki síður mikilvægir til að veita aðstoð og stuðning. Þeim fannst nauðsynlegt að þeir tækju þátt í umönnuninni, minntu þær á að drekka nóg og að þeir sýndu þeim andlegan stuðning og skilning. Sérstaklega átti þetta við þegar brjóstagjöfin reyndi á þær líkamlega og andlega og þeim fannst mikilvægt að þær upplifðu þá sem hluta af teymi sem ynni að því að brjóstagjöfin gengi vel. Sumar voru sannfærðar um að það hefði verið helmingi erfiðara að vera með börnin á brjóst ef þær hefðu ekki haft góðan stuðning frá maka.

Þriðja undirþemað, **bindandi**, lýsir því hversu bindandi konunum þótti brjóstagjöfin og þær hugsuðu jafnvel um hvað þær væru búnar að koma sér út í. Sérstaklega átti þetta við í upphafi brjóstagjafarinnar þegar börnin voru oft og lengi á brjósti í einu, en einnig ef börnin vöknðu oft á næturnar til að drekka. Misjafnt var hversu lengi þetta tímabil varði. Nanna gat ekkert vikið sér frá barninu og sjálf borðaði hún með barnið í fanginu:

Alveg fyrstu vikurnar, alveg frekar lengi þá gat ég eiginlega bara ekkert lagt hana frá mér, þú veist hún bara sofnaði út frá brjóstinu, svaf bara ef ég hélt á henni og vaknaði um leið og ég lagði hana frá mér.

Bella upplifði brjóstagjöfina sem ákveðna frelsissviptingu og hugsaði með sér:

Já ókey, ég á alltaf eftir að vera hér að eilífu, ég mun aldrei aftur geta gert neitt, [hlær] það var bara þannig, mér leið þannig. En bara svona: Ég mun aldrei geta farið neitt, ég mun aldrei geta gert neitt ein, ég mun bara alltaf vera hér að gefa brjóst, alltaf.

Brjóstagjöfin var henni þínu tilfinningalegur skellur þar sem hún hafði upplifað fæðinguna vel. Sumum kvennanna fannst það ekki vera fyrr en barnið fór að borða fasta fæðu sem þær gátu farið eitthvað og upplifðu ekki þessa miklu bindingu.

Fjórða undirþemað var greint: **Ég get ekki nært barnið mitt** en það lýsir reynslu kvennanna af þeim erfiðleikum sem þær upplifðu þegar barnið fékk ekki næga næringu hjá þeim. Allar höfðu konurnar einhverjar áhyggjur af því að hafa ekki nóg handa börnunum sínum, jafnvel þó börnin þyngdust vel og væru feit og pattaraleg. Sunna telur að það sé í eðli kvenna að hafa þessar áhyggjur. Margar þeirra lýstu álagi og streitu sem fylgdi í kjölfarið, en einnig lýstu þær samskiptum sínum við ljósmeður og hjúkrunarfræðinga í ungubarnaverndinni og þeim ráðleggingum sem þær fengu, sem stundum voru gagnlegar en alls ekki alltaf. Konurnar fengu yfirleitt þau ráð að leggja börnin oftar á brjóst og helst ekki gefa ábót, þrátt fyrir að þær lýstu því að börnin væru þegar mjög mikið á brjósti. Rut lýsir liðan sinni þegar hjúkrunarfræðingur í ungubarnaverndinni sagði að hún þyrfti að vefja sig í bómull og leggja barnið örar á brjóst: „*Ég er að því en við bara grátum bæði hérna og hann fær ekki mjólk og ég gef enga mjólk [þögn] þetta var svo mikil pressa.*“ Nanna hefði viljað fá önnur ráð en að leggja barnið oftar á brjóst: „*Ég var alltaf að biða eftir öðru svari.*“

Konurnar upplifðu það yfirleitt sem ákveðinn ósigur að byrja að gefa ábót og það reyndist þeim mikil áskorun og hafði áhrif á sjálfsmynd þeirra. Bella upplifði ákveðna skömm tengdri því að þurfa að gefa ábót og upplifði sig misheppnaða, samt hafði hún þær hugmyndir á meðgöngunni að það væri ekkert að því að næra barnið með öðrum leiðum en á brjósti:

Þá þegar ég byrjaði síðan að gefa henni pela þá, algerlega án þess að ég bara myndi ráða nokkuð við það, þá upplifði ég [þögn] að ég væri einhvern veginn hálfpartinn svona mislukkuð, að ég gæti ekki bara haft barnið mitt á brjósti.

Þrátt fyrir erfiðleika við að taka ákvörðun um ábót upplifðu konurnar það mikinn létti þegar barnið fór að sofa betur og þær fengu meiri hvíld.

Fimmta og síðast undirþemað sem greint var, **barnið sjálft**, snýr að barninu sjálfu, liðan þess og hvernig það hagar sér við brjóstið. Konurnar lýstu því að það hefði áhrif á brjóstagjöfina hvernig þau tóku brjóstið, hversu áhugasöm þau voru að sjúga, hversu mikið þau ældu og hvort þau væru vær á milli gjafa. Barn Söru ældi mikið en þyngdist samt sem áður vel en þetta reyndi á hana engu að síður: „*Það er annað sem er búið að vera erfitt, hún ælir svo skuggalega mikið og gerði sérstaklega, það bara sprautaðist út úr henni.*“

Fjölbýrjurnar töluðu um það að börnin þeirra hefðu verið ólík að því leiti að sum tóku vel brjóst og sugu af áfergju, sugu sig föst við brjóstið, en önnur voru áhugalaus og sögið ekki kröftugt. Þeim fannst auðveldara að vera með ákveðnu börnin á brjósti en þau áhugalaus. Sumar konurnar voru stöðugt með í huga að þær hefðu borðað eitthvað sem börnin þöldu ekki ef þau voru óvær. Aðrar konur fengu þau skilaboð að börnin þyldu ekki mjólkina þeirra ef þau ældu mikið. Þetta olli þeim hugarangri og fékk þær til að efast um sjálfa sig. Sara lýsir þessu: „*Það voru allir að segja: „Hún þolir ekki mjólkina þína.” Fólkið sem veit ekki neitt sko.*“

Gleðin sem fylgir sátt við brjóstagjöfina eins og hún er

Síðasta aðalþemað, **gleðin sem fylgir sátt við brjóstagjöfina eins og hún er**, lýsir reynslu kvennanna þegar mestu erfiðleikarnir voru liðnir hjá. Þegar þær fóru að njóta brjóstagjafarinnar, áhrifum umhverfisins á upplifun þeirra og því þakklæti sem þær fundu fyrir að hafa getað verið með börnin á brjósti. Þrátt fyrir að það hafi ekki endilega verið eins og

þær ætluðu sér í upphafi. Gegnumgangandi var að þeim fannst baráttan við erfiðleikana í upphafi margfalt þess virði þegar upp var staðið.

Fyrsta undirþemað nefndist þá **för þetta að verða bara svona einfaldara**. Konurnar lýstu því hvernig brjóstagjöfin varð þægilegri og einfaldari þegar á leið. Kvíðinn yfir því að hafa næga mjólk fyrir barnið var ekki eins yfirþyrmandi. Þær lýstu því hversu notalegar stundir þær áttu með barninu á meðan á brjóstagjöfinni stóð og náðin við barnið var þeim mikilvæg. Margar þeirra upplifðu einnig brjóstagjöfina róandi og þægilega. „*Þetta er svo róandi [...] það er svo þægilegt ef það er eitthvað að pirra þau þá sækja þau bara í brjóstið og maður getur huggað þau þannig.*“ (Sara) Sumar þeirra sögðu frá líkamlegum og andlegum áhrifum hormóna í brjóstagjöfinni sem kölluðu fram sælutilfinningu hjá þeim. Sunna lýsir vel liðan sinni:

Einnmitt þessi tilfinning þegar maður er nýbúinn í ræktinni eða búin að hreyfa sig þá er maður bara eitthvað aahh hvað þetta er gott, ánægð með sjálfa mig og svona þínu vellíðan, ég fæ svona þínu þannig tilfinningu fyrst þegar ég var að gefa brjóst.

Annað undirþema, **áhrif umhverfis**, lýsir þeim áhrifum sem fagaðilar og nærsamfélag höfðu á reynslu kvennanna af brjóstagjöf. Allar konurnar töluðu um nauðsyn þess að fá stuðning fagaðila og í nærsamfélaginu, hvort sem það var til þess að halda brjóstagjöfinni áfram eða þær höfðu ákveðið að þetta væri komið gott og þær ætluðu að hætta. Konunum fannst mikilvægt að fá hrós frá ljósmæðrum og hjúkrunarfræðingum í ungubarnaverndinni. Sunna sagði: „*Hún meira að segja bara klappaði mér bara sérstaklega á bakið nokkrum sinnum þegar ég kom í skoðun með hana.*“ „*Ha, þú ert með svo frábæra mjólk,*“ og *ég bara: „Já geggað.“* Upplifun Möggu var að í ungubarnaverndina vantaði að hugsa um móðurina: „*Það var alltaf allt svo eðlilegt. Það er eðlilegt að gráta eftir fæðinguna, að liða illa og vera með verki og því þarftu ekki að hafa áhyggjur.*“

Vinkonur, mæður, tengdamæður og ömmur höfðu áhrif á reynslu kvennanna af brjóstagjöfinni. Þær fundu að bæði væri í lagi með börn sem ekki höfðu verið á brjósti, en einnig fundu þær þrýsting um að vera með börn sín á brjósti. Oft leituðu þær ráða hjá mæðrum og vinkonum sínum sem reyndust þeim vel. „*Það er gott að geta leitað eftir ráðum og stuðningi, en það getur líka verið jafn vont að fá alls konar ráð, viðhorf og visku [óumbeðið].*“ (Rut)

Margar konurnar nefndu að þeim hafi verið sagt að allar mæður geti haft börn sín á brjósti og ef það gengi ekki þá þyrfti bara að reyna betur. Þetta kom sérstaklega illa við þær konur sem gátu ekki haldið brjóstagjöf áfram og upplifðu þær skömm og fannst þær vera mislukkaðar. Bella lýsir upplifun sinni:

Ég held að skömmin komi svona þegar; þú veist, það er fólk í heilbrigðisstéttinni sem segir bara: „Það geta allar konur gefið brjóst,“ og svo geturðu það ekki að [...] þá náttúrulega upplifirðu það eins og það sé eitthvað að þér; en ekki bara að það sé kannski ekki öllum gefið.

Konurnar lýsa mismunandi viðbrögðum nærumhverfisins gagnvart brjóstagjöf þeirra. Magga upplifði mjög blendnar tilfinningar og var ekki sátt þegar hún þurfti að hætta brjóstagjöf og langaði hana ekki að hitta aðrar mæður sem voru með börn á brjósti. Henni fannst óþægilegt að taka upp pela og gefa barninu ef hún var innan um annað fólk, þar sem hún fékk athugasemdir um að vera ekki með barnið á brjósti. Aftur á móti fann Elva fyrir því að fólk var að setja út á það að drengurinn hennar væri enn á brjósti þegar hann var orðin fimmtán mánaða. Henni fannst þetta dónalegt. Þetta var bara hennar og barnsins, ekki annarra að hafa skoðun á.

Að gefa brjóst á almannafæri var mörgum konunum erfitt. Sérstaklega snemma í brjóstagjöfinni, en þegar leið á voru þær ekki eins feimnar. Þær konur sem áttu í erfiðleikum með brjóstagjöfina eða voru með stór brjóst vildu síður gefa brjóst á almannafæri. Algengt var að konur fóru aðeins afsíðis eða snéru sér undan þegar þær voru að gefa brjóst. Þeim fannst að fólk fyndist óþægilegt að horfa á þær gefa barni sínu brjóst. Einnig nefndu þær að barnið og þær sjálfar þyrftu ákveðna ró og næði.

Síðasta undirþemað sem greint var, **að vera sátt við brjóstagjöfina þó eitthvað vanti upp á**, lýsir reynslu kvenna af því hvernig þær hugsa um brjóstagjöfina í dag. Tíu kvennanna voru enn með barn á brjósti

þegar viðtölin fóru fram, en fjórar þeirra voru nýhættar með börnin á brjósti. Þær áttu það þó flestar sameiginlegt að vera sáttar við hvernig sem gengið hafði. Þær vildu láta brjóstagjöfina ganga upp og höfðu sýnt mikla þrautseigju þegar upp komu vandamál. Þær veltu hins vegar fyrir sér hvað hægt væri að fara fram á að kona reyndi mikið á eigin geðheilsu í viðkvæmum aðstæðum. Margar töldu að vellíðan móðurinnar væri meira virði en hver einasti dropi af brjóstamjólk. Steinunn lýsir sinni skoðun þannig: „*Ég held að vellíðan móður og svona orkan sem öllu fylgir á heimilinu sé mikilvægari en hver einasti dropi af brjóstamjólk.*“

Þegar kom að lokum brjóstagjafar fannst konunum mikilvægt að fá „grænt ljós“ hjá ljósmóður eða hjúkrunarfræðingi í ungubarnaverndinni. Sumar konurnar hættu brjóstagjöf vegna aldurs barnsins, eða höfðu upplifað að hún væri mikið basl, þær voru farnar að gefa mikla ábót og barnið jafnvel farið að hafna brjóstinu. Aðrar voru farnar að vinna og enn aðrar voru veikar. Birna hætti brjóstagjöfinni fyrir manninn sinn þar sem hann hafði ekki tengst barninu nægilega. Sjálf upplifði hún ákveðinn létti þar sem henni fannst hún fá líkama sinn aftur. Þær konur sem áttu góða brjóstagjöf eftir erfiða fyrri reynslu voru mjög þakklátar fyrir að allt hafi gengið vel hjá þeim í þetta skiptið. „*Ég var bara mjög ánægð, þó að sex mánuðir séu kannski ekki langur tími [...] þá var þetta langur tími fyrir mig sko.*“ (Rut).

UMFJÖLLUN UM NIÐURSTÖÐUR

Niðurstöður þessarar rannsóknar eru mjög samhljóma niðurstöðum sambærilegra rannsókna, bæði innlendra og erlendra. Þátttakendur byrjuðu allar brjóstagjöf eftir fæðingu barnsins en rákust á margar hindranir í upphafi. Sumar þeirra hættu brjóstagjöf á meðan aðrar komust yfir áskoranirnar og nutu brjóstagjafarinnar í auknum mæli eftir það. Konurnar höfðu allar ákveðið á meðgöngunni að vera með barnið á brjósti þar sem þeim þótti það eðlilegt framhald af meðgöngunni. Í meðgönguverndinni fundu þær fyrir meðbyr með brjóstagjöf og þó þær væri ekki minnst á pelagjöf, upplifðu þær það ekki sem þrýsting. Símonardóttir (2016b) kemst að því í greiningu sinni á vinsælu upplýsinga- og fræðslufni á netinu, sem skrifað er af fagfólki fyrir barnshafandi konur og foreldra á Íslandi, að ákvörðun móður um að hafa barn sitt á brjósti er algerlega gefin og sjálfsgöð. Konurnar í okkar rannsókn litu á það sem sjálfsagðan og eðlilegan hlut að þær yrðu með barnið á brjósti og eru því í samræmi við niðurstöður þeirrar rannsóknar. Áhugavert er að þær upplifðu ekki þrýsting frá umhverfinu, eins og kom fram í rannsókn sem gerð var í Nýja Sjálandi um áhrif heilbrigðisstarfsfólks á lengd brjóstagjafar hjá konum. Mæður þar upplifðu þrýsting frá heilbrigðisstarfsfólki, varðandi það að börn ættu eingöngu að vera á brjósti fyrstu sex mánuðina. Þessi þrýstingur hafði neikvæð áhrif á liðan þeirra (Alinmoghaddam o.fl., 2017).

Fyrri reynsla kvenna af brjóstagjöf skiptir greinilega máli. Þær konur sem upplifðu erfiða fyrri brjóstagjöf voru líklegri en konur sem höfðu upplifað farsæla fyrri brjóstagjöf, jafnvel þótt hún hafi reynst erfið í byrjun, til að ihuga að næra barnið sitt með öðrum leiðum en brjóstagjöf í þetta sinn. Niðurstöður bandarískrar rannsóknar sem 174 fjölbyrjur tóku þátt í, sýna einnig að konur ihuga annan möguleika á að næra barnið sitt ef þær hafa átt í erfiðleikum með fyrri brjóstagjöf (Schafer o.fl., 2017).

Nærumhverfi kvennanna hafði mikil áhrif á það hvort þær bjuggust við farsælli brjóstagjöf eða ekki. Ef konurnar áttu til að mynda mömmu, systur eða vinkonur, sem höfðu átt í erfiðleikum með brjóstagjöf þótti þeim ekkert líklegt en að þeirra eigin brjóstagjöf myndi mislukkast. Aftur á móti voru þær konur yfirleitt mjög bjartsýnar sem upplifað höfðu farsæla brjóstagjöf í sínu nærumhverfi. Og þrátt fyrir erfiðleika í upphafi voru þær bjartsýnar um að takast að yfirstiga erfiðleikana og ná markmiðum sínum hvað varðar brjóstagjöfina. Ítölsk rannsókn á brjóstagjafahefð innan fjölskyldna kemst að sömu niðurstöðu. Brjóstagjafasaga fjölskyldna var skoðuð þrjár kynslóðir aftur í tímann. Í niðurstöðunum kemur fram að ef kona var sjálf á brjósti sem nýburi er hún fimm sinnum líklegri til að vera með sín eigin börn á brjósti, en kona sem ekki var sjálf á brjósti (Porta o.fl., 2016).

Verkir í geirvörtum og brjóstum, sár á geirvörtum, stíflur í brjóstum og ónóg mjólkurframleiðsla voru helstu áskoranir sem konurnar í

rannsókninni stóðu frammi fyrir í upphafi brjóstagjafarinnar. Sumar kvennanna mátu aðstæður sínar þannig að best væri fyrir sig og barnið að hætta brjóstgjöf. Ákvörðunin reyndist þeim þungbær og þær upplifðu ákveðinn ósigur – þær voru ekki nógu góðar mæður að eigin mati. Fleiri rannsóknir í löndum þar sem mikil hefð er fyrir brjóstgjöf líkt og á Íslandi sýna sambærilegar niðurstöður. Larsen og Kronborg (2013) komust að því í rannsókn sinni að frumbyrjur sem væntu þess að vera með barn sitt á brjósti áttu erfitt með að taka ákvörðun um að hætta brjóstgjöf þrátt fyrir erfiðleika. Ákvörðunina tóku þær hins vegar með hagsmuni barnsins að leiðarljósi. Í rannsókn Hvatum og Glavin (2016) þótti þátttakendum þær nánast vera að brjóta lög með því að hætta brjóstgjöf. Þær upplifðu einnig aukna þörf fyrir stuðning frá heilbrigðisstarfsfólki sem þær fengu ekki. Í rannsókn Sunnu Simonardóttur og Helgu Gottfreðsdóttur (2019) á upplifun íslenskra kvenna á erfiðleikum í brjóstgjöf og því að ná jafnvel ekki markmiðum sínum varðandi brjóstgjöfina, kemur fram að konurnar upplifa neikvætt viðhorf frá heilbrigðisstarfsfólki og umhverfinu. Upplifun þeirra er að þeim hafi mistekist og að þær gátu ekki það sem þær áttu að geta gert, að vera með barnið sitt á brjósti. Þær konur í þessari rannsókn sem höfðu hætt brjóstgjöf vegna erfiðleika í upphafi eða neyddust til að gefa ábót úr pela fljótt eftir fæðingu, biðu allar eftir samþykki heilbrigðisstarfsfólks með ákvörðunina. Og jafnvel var nauðsynlegt að taka ákvörðunina fyrir þær. Simonardóttir (2016a) kemst einnig að því í sinni rannsókn að konur eiga erfitt með að taka einar slíka ákvörðun og biða eftir „græna ljósinu“ frá heilbrigðisstarfsfólki.

Allar konurnar sem tóku þátt í rannsókninni útskrifuðust af fæðingardeildinni og báðu heimaþjónustu ljósmóður. Það var þeim mikilvægt að það væri ljósmóðir sem þær þekktu frá meðgöngunni eða úr fæðingunni sem sinnti þeim heima. Þátttakendur voru allir ánægðir með heimaþjónustuna og þær lýstu faglegri færni ljósmæðranna. Þær fengu faglega leiðsögn varðandi vandamál sem upp komu og voru ljósmæðurnar með þeim í þessu. Í ástralskri rannsókn meðal 170 kvenna með börn á brjósti þörfuðust mæðurnar fyrst og fremst stuðnings frá ljósmæðrum, brjóstgjafaráðgjöfum og ungarnaefirtíli til að komast yfir erfiðleika fyrstu vikna í brjóstgjöfinni (Hall o.fl., 2014).

STYRKLEIKAR OG TAKMARKANIR RANNSÓKNARINNAR

Styrkleiki rannsóknarinnar er helst sá að tekin voru djúpvíðtöl við konur með reynslu af brjóstgjöf. Konurnar voru á breiðum aldri og með mismikla reynslu af brjóstgjöf. Var það bæði hvað varðar fjölda barna á brjósti en einnig hvernig brjóstgjafirnar gengu hjá þeim. Helstu takmarkanir rannsóknarinnar eru smæð úrtaksins og ber því að varast að alhæfa nokkuð um niðurstöður hennar.

NOTAGILDI RANNSÓKNARINNAR OG FRAMTÍÐARRANNSÓKNIR

Rannsóknin nýtist ljósmæðrum og almenningi til að auka þekkingu sína á líðan kvenna í brjóstgjöf. Hún getur orðið til þess að bæta enn frekar þjónustu ljósmæðra við konur á þessu viðkvæma tímabili í lífi sínu. Og til að efla enn frekar þjónustu ljósmæðra við þennan skjólstæðingahóp væri áhugavert að gera rannsókn á upplifun ljósmæðra á stuðningi við konur með barn á brjósti. Niðurstöður rannsóknarinnar sýna hversu mikilvægt það er konum að hafa börn sín á brjósti. Þær leggja verulega mikið á sig bæði líkamlega og andlega til að brjóstgjöfin gangi upp. Þær þurfa að undirbúa brjóstgjöfina á meðgöngunni, en bera sig ekki eftir því að fyrra bragði. Þær upplifa erfiðleika í upphafi brjóstgjafarinnar og þurfa helst stuðning og leiðsögn ljósmæðra á meðgöngunni og á þeim tíma. Stuðningur í nærumhverfi þeirra skiptir þær einnig verulega miklu máli.

HEIMILDASKRÁ

- Andrew, N. og Harvey, K. (2011). Infant feeding choices: Experience, self-identity and lifestyle. *Maternal & Child Nutrition*, 7(1), 48-60. doi: 10.1111/j.1740-8709.2009.00222x.
- Alianmoghaddam, N., Phibbs, S. og Benn, C. (2016). Resistance to breastfeeding: A focauidian analysis of breastfeeding support from health professionals. *Women and Birth*, 30(6), e281-e291.

- Alina, T., Ismail, T., Manan, W., Muda, W. og Mohd, I. B. (2014). Intention of pregnant women to exclusively breastfeed their infants: The role of beliefs in theory of planned behaviour. *Journal of Child Health Care*, 18(2), 123-132.
- Bourdillon, K., McCausland, T. og Jones, S. (2020). The impact of birth-related injury and pain on breastfeeding outcomes. *British Journal of Midwifery*, 28(1), 52-63.
- Cato, K., Sylven, S. M., Henriksson, H. W. og Rubertsson, C. (2020). Breastfeeding as a balancing act – pregnant Swedish women's voices on breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, 15(16). doi.org/10.1186/s13006-020-00257-0.
- Chaput, K. H., Adair, C. E., Nettle-Aguirre, N., Musto, R. og Tough, S. C. (2015). The experience of nursing women with breastfeeding support: A qualitative Inquiry. *Canadian Medical Association Journal*, 3(3), e305-309.
- de Olivera, M. M. og Camelo, J. S. (2017). Gestational, perinatal, and postnatal factors that interfere with practice of exclusive breastfeeding by six months after birth. *International Breastfeeding Journal*, 12(1), 1-8.
- Edwards, M. E., Jepson, R. G. og McInnes, R. J. (2018). Breastfeeding initiation: An in-depth qualitative analysis of the perspectives of women and midwives using Social Cognitive Theory. *Midwifery*, 57(February), 8-7.
- Elin Ösp Gísladóttir og Jónína Einaradóttir. (2013). Viðhorf mæðra til fræðslu og ráðgjafar um brjóstgjöf: Eigindleg viðtalsrannsókn í mannfræði. *Ljósmæðrablaðið*, 91(1), 7-12.
- Embætti Landlæknis. (2012). *Brjóstgjöf og næring 2004-2008*. http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item16573/brjostgjof_og_naering_2004_2008_juni.2012.pdf.
- Hall, H., McLelland, G., Gilmour, C., og Cant, R. (2014). "It's those first few weeks": Women's views about breastfeeding support in an Australian outer metropolitan region. *Women and Birth*, 27(4), 259-265.
- Halldórsdóttir, S. (2000). The Vancouver school of doing phenomenology. Í Fridlund, B. og Hildingh, C. (ritstjórar), *Qualitative research methods in the service of health* (bls. 47-81). Stokkhólmur: Studentlitteratur.
- Hvatum, I. og Glavin, K. (2016). Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), 3144-3155. doi: 10.1111/jocn.13663.
- Khajeheini, M. Swain, J. A. og Wen, Y. (2020). Primiparous women's narratives of confidence in the perinatal period. *British Journal of Midwifery*, 28(1), 42-51.
- Kronborg, H., Harder, I. og Hall, E. O. C. (2015). First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2), 82-87.
- Larsen, J. S. og Kronborg, H. (2013). When breastfeeding is unsuccessful – mothers' experiences after giving up breastfeeding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 848-856.
- Ljósmæðrafélag Íslands. (1998). *Hugmyndir og stefna*. Sótt af: <https://ljosmaedrafelag.is/Assets/C3%9Agt%C3%Alfa/lmfistefnumotun.pdf>.
- Moudi, A., Tafazoli, M., Boskabadi, H., Ebrahimzadeh, S. og Salehiniya, H. (2016). Comparing the effect of breastfeeding promotion intervention on exclusive breastfeeding: an experimental study. *Biomedical Research & Therapy*, 25(11), 1-18.
- Oosterhoff, A., Hutter, I. og Haisma, H. (2014). It takes a mother to practice breastfeeding: Women's perceptions of breastfeeding during the period of intention. *Women and Birth*, 27(4), e43-e50.
- Porta, F., Mussa, A., Baldassarre, G., Perduca, V., Farina, D., Spada, M. og Ponzone, A. (2016). Genealogy of breastfeeding. *European Journal of Pediatrics*, 175(1), 105-112.
- Powell, R., Davis, M. og Anderson, A. K. (2014). A Qualitative look into mother's breastfeeding experiences. *Journal of Neonatal Nursing*, 20(6), 259-265.
- Roberts, B., Wawrzyniak, J. og Kubiec, W. (2017). Women's body image and breastfeeding. *Medical Science pulse*, 11(2), 31-34.
- Robinson, B. A. og Doane, G. H. (2017). Beyond the latch: A new approach to breastfeeding. *Nurse Education in Practice*, 26(sept), 115-117. doi.org/10.1016/j.nepr.2017.07.011.
- Santacruz-Salas, E., Aranda-Reneo, I., Segura-Fragoso, A., Cobo-Cuenca, A. I., Laredo-Aguilera, J. A. og Carmona-Torres, J. M. (2020). Mothers' expectations and factors influencing exclusive breastfeeding during the first 6 months. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1). doi:10.3390/ijerph17010077.
- Schafer, E. J., Campo, S., Colaizy, T. T., Mulder, P. J. og Ashida, S. (2017). Influence of experiences and perceptions related to breastfeeding one's first child on breastfeeding initiation of second child. *Maternal Child Health Journal*, 21(6), 1288-1296. doi 10.1007/s10995-016-2228-1.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2013). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 281-297). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigríður Halldórsdóttir og Sigurlína Davíðsdóttir. (2013). Réttmæti og áreiðanleiki í meginlegum og eigindlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 211-227). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Simonardóttir, S. (2016a). Getting the Green Light: Experiences of Icelandic mothers struggling with breastfeeding. *Sociological Research Online*, 21(4), 1-13. doi: 10.5153/sro.4149.
- Simonardóttir, S. (2016b). Constructing the attached mother in the "world's most feminist country". *Women's Studies International Forum*, 56(May/June), 103-112. doi. org/10.1016/j.wsif.2016.02.015.
- Sunna Simonardóttir og Helga Gottfreðsdóttir. (2019). „Ég var að feila á því eina sem kona á að geta gert“. Orðræðugreining á frásögnum kvenna sem áttu í erfiðleikum með brjóstgjöf. *Ljósmæðrablaðið*, 97(1), 30-34.
- World Health Organization. (2018). *WHO/breastfeeding*. <https://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>

HINSEGIN FÓLK, KYNHLUTLAUST ORÐALAG OG AÐ VERÐA FORELDRI

Barneignir hafa verið umræðuefni heima hjá mér frá því ég man eftir mér. Ég var alin upp af ljósmóður sem var reglulega ólétt sjálf af yngri systkinum mínum. Samtöl innan veggja heimilisins voru oftast en ekki um þá mögnuðu hluti sem líkaminn getur gert. Kynfræðslan var því með óhefðbundnum hætti. Sem dæmi má nefna það þegar ég var 12 ára bauð mamma mér að vera viðstödd fæðingu systur minnar. Sú upplifun var óhugnanleg en á sama tíma alveg mögnuð. Oft heyrir ég í spenntri mömmu minni kalla á heimilisfólkið að koma að skoða magnaða fæðingu sem verið er að sýna í sjónvarpinu eða myndir sem hún fann á netinu. Það er gott að eiga hana að þegar allar heimsins spurningar vakna og hún á alltaf svar á reiðum höndum.

Ég hef síðastliðin ár verið virk í feminískri umræðu og tekið þátt í ýmsu feminísku starfi, meðal annars sem forseti og fræðslustýra Q-félags hinsegin stúdenta, í Feministafélagi HÍ og í stúdentapólitík. Ég hef mikinn áhuga á kynfræðslu og annarri feminískri fræðslu og hef tekið þátt í hinsegin fræðslu Samtakanna '78 undanfarnin ár. Barneignir hafa því lengi verið mér kært umræðuefni, bæði í feminísku samhengi og vegna þess að mig langar sjálfa að eignast börn. Þegar þetta er skrifað er ég komin 9 vikur á leið með mitt fyrsta barn svo þið eruð með þeim fyrstu sem við segjum frá þessum yndislegu fréttum. Nú fæ ég loksins að upplifa þetta ferli sjálf og gæti ekki verið spenntari. Sem verðandi hinsegin foreldri hef ég þurft að kynna mér stöðu hinsegin fólks í barn-eignun, bæði til að undirbúa mig og fjölskyldu mína fyrir þær hindranir sem við munum mæta og til þess að vera virkur hluti af samfélagi hinsegin foreldra á Íslandi.

Það eru mikil forrættindi að geta búið til barn án aðstoðar. Án þess að líta til frjösemissvanda þá eru margar aðrar hindranir sem hinsegin fólk mætir í sínu barneignarferli. Ég og makinn minn fengum aðstoð hjá Livio til að verða óléttar. Þetta var kostnaðarsamt ferli og krafðist mikillar þolinmæði, enda gátum við bara orðið óléttar á skrifstofutíma. Við erum mjög heppnar með að hafa ekki þurft að reyna mjög oft. Við höfum þau forrættindi að vera með leg okkar á milli. Þör sem bera ekki leg sín á milli eru í verri forrættindastöðu heldur en margt annað hinsegin fólk. Að auki vill sumt hinsegin fólk ekki ganga með barn þó að það langi í barn. Staðgöngumæðrun er ekki leyfileg á Íslandi og ættleiðingarferlið er fullt af allskonar hindrunum og mismunum. Ættleiðingarferlið gerir miklar kröfur til verðandi foreldra, líf þeirra þarf að passa að ströngum reglum ferlisins. Þau lönd sem heimila ættleiðingar samkynja og annarra hinsegin para og eru með samning við Ísland eru einungis Ísland sjálft og Kólumbía. Fjárhagsaðstoð vegna barneigna er ábótavant á Íslandi, en til dæmis í Svíþjóð þá er fólk styrkt alveg fyrir fyrsta barni. Það er ósk margra að verða foreldrar og það eru mikil forrættindi að geta eignast börn óvart.

KYNHLUTLAUST ORÐALAG

Hvernig við orðum hlutina getur skipt sköpum fyrir fólk og sérstak-



Sólveig Daðadóttir
Forseti Q - félags hinsegin stúdenta

lega jaðarsett fólk. Íslenska er eitt af kynjuðustu tungumálum sem til eru. Með sínar kynjuðu myndir orða, karllægu málvenjur og titla. Kynjativhyggja samfélagsins viðheldur þessum málvenjum með reglum kynjakerfisins, þannig tryggja þær velferð feðraveldisins.

Það er mikilvægt að geta talað kynhlutlaust um fólk. Það er auðvelt að snúa bakið við karllægum málvenjum og segja frekar „öll þurfa að...“, „fyrir þau sem vilja...“ og „mörg sóttu um...“. Það er ekki málfræðilega réttara að nota karllægt orðalag frekar heldur en kynhlutlaust orðalag, en það gæti tekið smá tíma að venja sig á það.

Ég hef tekið eftir því að barneignarferlið er kynjað ferli frá fyrstu skrefum. Allt efni um og fyrir barnshafandi fólk gengur út frá því að barnshafandi einstaklingurinn sé sis kona og textinn kynjaður út frá því. Þó að konur séu í meirihluta barnshafandi einstaklinga þá þarf að

vera rými fyrir barnshafendur sem eru ekki konur. Verandi hinsegin þá finnst mér ekki allt efni höfða til mín, fjölskyldu minnar eða gera ráð fyrir hinseginleika okkar.

ÖRUGGARI RÝMI

Öruggari rými geta verið alls konar rými, til dæmis fæðingarstofan, viðtalsherbergi, vinnustofan eða einstaka viðburðir. Þetta eru rými sem eru sköpuð fyrir jaðarsett fólk, þar sem jaðarsett fólk upplifir sig velkomið og finnur fyrir virðingu og skilning án þess að þurfa að fela jaðarsetninguna sína, bera skömm vegna hennar eða finna fyrir mismunum. Í öruggari rýmum eru sjálfskilgreiningar fólks ekki dregnar í efa. Við segjum öruggari rými en ekki örugg rými þar sem ekki er hægt að ábyrgjast að rýmið sé alltaf öruggt.

Jaðarsett fólk verður fyrir örætti, mismunum og fordómum daglega í samfélaginu. Mig langar að benda á að fatlað fólk og hinsegin fólk verður fyrir auknu áreiti í barneignarferlinu vegna félagslegrar stöðu sinnar. Hæfni fatlaðs fólks til að takast á við foreldrahlutverkið og geta þeirra til að vera kynvera yfir höfuð er dregin í efa. Þetta sést vel í þeirri fordómafullu umræðu sem hefur átt sér stað í kringum baráttu Freyju Haraldsdóttur fyrir því að taka barn í föstur. Ég nefni stöðu fatlaðs fólks ekki af ástæðulausu þar sem mikið af hinsegin fólki er fatlað eða langveikt fólk. Hinsegin fólk fær ógrynni af óviðeigandi spurningum um það hvernig barnið var búið til og persónulegar spurningar um barneignarferlið sem kemur því ekkert við. Rót vandans er skortur á inngildandi kynfræðslu sem tekur mið af samtali við jaðarsett fólk um stöðu þeirra í samfélaginu og fordómum sem þau mæta. Það myndi bæta kynfræðslu fyrir öll, hvort sem þau eru jaðarsett eða ekki. Togstreitan milli félagslegrar stöðu fólks og réttar þeirra til að vera hluti af umræðunni um kynfræðslu og forvarnir hefur skapað rými fyrir inngildandi kynfræðslu og forvarnir sem endurspeglar margbreytileika samfélagsins. Það að jaðarsett fólk sé ekki inngilt í kynfræðslu og forvarnir ýtir undir fordóma og félagslega kúgun þeirra.

FORNÖFN, KYNTJÁNING OG HINSEGINLEIKI

Eitt af því sem gerir rými öruggari fyrir hinsegin fólk er að venja sig á að kynna sig sjálf með fornöfnum þegar man kynnir sig með nafni. Þetta er auðvelt að venja sig á og skiptir miklu máli fyrir hinsegin samfélagið, því það skapar rými fyrir þau sem talað er við að kynna sig líka með fornöfnum.

Sjálf kynni ég mig oftast með því að segja „Hæ, ég heiti Sóla og nota fornafnið hún.“

Ef við vitum ekki hver fornöfn einhvers eru þá þurfum við að vera óhrædd við að spyrja viðkomandi að þeim því við viljum öll að við séum ávörpuð rétt. Það að breytingar til hins betra eigi sér stöðugt stað er samfélagsábyrgð. Við þurfum að vinna saman að því að brjóta niður ósýnilegar reglur kynjakerfisins sem setja samasemmerki milli kyntjáninga og fornafna. Hvað samfélagið flokkar sem kvenlegt annars vegar og karlmannlegt hins vegar er algjörlega háð menningu og hefðum sem hafa breyst og munu breytast meira með tímanum.

Kyntjáning er einstaklingsbundin, persónuleg og getur verið sibreytileg. Með henni er hægt að ögra kynjathyggju samfélagsins og öðrum samfélagslegum normum. Það að vera hinsegin sjálf finnst mér hafa gefið mér auknið rými til þess að leika mér með eigin kyntjáningu. Kyntjáning fólks er mikilvægur þáttur í því að fólk geti verið það sjálft. Það er skemmtilegt að sjá hvernig hún er notuð til þess að tjá alls konar tísku, persónuleika og menningu. Fólk dregur margar ályktanir út frá kyntjáningu annarra og vegna þeirra ályktana mætir fólk fordómum, bæði jákvæðum og neikvæðum. Kyntjáning kynsegin fólks þarf ekki að vera kvenleg og karlmannleg til helminga, ekki frekar en að konur þurfi að tjá sig kvenlega. Kyntjáningu er því ekki hægt að nota til að skera úr um hvaða fornöfn einhver notar. Það er þess vegna alltaf gott að reyna að tala kynhlutlaust, líka þegar talað er um ófædda barnið. Að orða hlutina með mjög áþreifanlegri tvíhyggju skapar ekki rými fyrir intersex börn, sem eru börn sem fæðast með ódæmigerð kyneinkenni. Að auki skapar það ekki rými fyrir trans stelpur, trans stráka og kynsegin börn.

HINSEGIN FJÖLSKYLDUR OG ORÐRÆÐA

Það er samfélagslegt norm að tala um að börn eigi mömmu og pabba en það á alls ekki við um allar fjölskyldur, bæði hinsegin og óhinsegin fjöl-

skyldur. Ég hef þó orðið vör við það undanfarið að fólk tali í auknum mæli um foreldri í stað mömmu og pabba sem er orðræða sem er mikið opnari fyrir því hvernig fjölskyldan er.

Ég og makinn minn erum hinsegin par og erum stoltar af því. Hinsegin fjölskyldur eru margs konar þar sem hinseginleiki fólks er allskonar. Til eru samkynta hinsegin pör, gagnkynta hinsegin pör þar sem annar eða báðir einstaklingar eru hinsegin, hinsegin pör þar sem fólk er allskonar hinsegin og hinsegin fjölskyldur þar sem fleiri en tveir einstaklingar eru í sambandinu. Sum hinsegin pör eru í þeirri forrættindastöðu að geta eignast börn án aðstoðar en mörg þeirra geta það ekki. Sum hinsegin pör vilja eignast börn og önnur ekki. Hinsegin fjölskyldur eru margbreytilegar.

EN HVAD GETUM VIÐ GERT TIL AÐ SÝNA HINSEGIN FJÖLSKYLDUR STUÐNING OG VIRÐINGU?

Það er skortur á því að inngilda málefni hinsegin fólks sem og annarra jaðarsettra hópa í allt útgefið efni, einkum sem snýr að meðgöngunni og foreldrahlutverkinu. Ójaðarsett fólk græðir einnig á því að heyra um margbreytileikann hvort sem það er í tengslum við barneignir eða annað. Hægt er að umorða það efni sem til er svo það verði aðgengilegra og orðalagið meira inngildandi.

Það er á ábyrgð hvers og eins að fræða sig um margbreytileika samfélagsins og um það hvernig jaðarsett fólk vill láta tala um sig. Við getum ekki gert kröfu á að hinsegin fólk þurfi ávallt að vera tilbúið að fræða öll í kringum sig og leiðrétt þegar þarf. Ójaðarsett fólk verður að geta verið til staðar fyrir jaðarsett fólk og frætt önnur í kringum sig. Gefum öllu jaðarsettu fólki það rými sem það þarf, þar sem það mætir ekki fordómum og getur verið öruggt.

Næsti kafli í mínu lífi er án efa spennandi og fullur af stórum verk-efnum; meðgangan, fæðingin og foreldrahlutverkið þar sem við munum þiggja leiðbeiningar þess fagfólks sem verður samferða okkur. Ég vil að það fagfólk beri virðingu fyrir hinseginleika mínum og maka míns. Hvert skref í átt að inngildandi umræðu og fordómalausum samfélagi mun hafa áhrif á mig, fjölskyldu mína og annað jaðarsett fólk. Því er mikilvægt að unnið sé að því stöðugt að bæta stöðu jaðarsetts fólks í samfélaginu svo börnin okkar þurfi ekki að mæta sömu hindrunum og fólk mætir í dag.

BRJÓSTAGJÖF Í NÚINU

MINDFUL BREASTFEEDING

Norræna Brjóstagjafaráðstefnan
verður haldin í níunda sinn
á Hilton Nordica í Reykjavík

23. og 24. september 2021

nordicbf2021.com

Mynd: Birna Bryndís Dorkadóttir

HANN FÆDDI BARN

-viðtal við Henry Stein Leifsson -

Við lifum í kynjuðum heimi og tungumálið okkar passar vel upp á að allt milli himins og jarðar sé flokkað á skipulagðan hátt eftir kynjum. Í okkar góða starfi sem ljósmæður verður þessi kynjaskipti heimur oft á tíðum mjög áberandi. Mikil eftirvænting ríkir gjarnan eftir því að fá að vita kyn barnsins og það er mörgum okkar tamt að grennslast fyrir um það hjá verðandi foreldrum. Í hugarheimi flestra eru það einungis konur sem geta orðið barnshafandi og gengið er út frá því að þær gangi annað hvort með dreng eða stúlku. Sömuleiðis er gengið út frá því að barnið eigi föður þótt í ákveðnum tilvikum geti þar einnig rúmast önnur móðir.

Samkvæmt nýjum og endurbættum lögum um kynrænt sjálfræði sem samþykkt voru á Alþingi í desember 2020 á fólki rétt á því að skilgreina sjálft kyn sitt og breyta skráningu þess í þjóðskrá. Fólki er einnig heimilt að hafa kynskráningu sína hlutlausa og ber bæði opinberum- og einkaaðilum sem skrásetja kyn að gera ráð fyrir hlutlausri skráningu á sínum eyðublöðum. Hvað þýða þessar breytingar fyrir barneignarþjónustuna, bæði fyrir þá sem sækja hana og ekki síður fyrir þá sem veita hana? Hvernig erum við í stakk búin til að taka til dæmis á móti karlmanni sem gengur með barn og brýtur þannig upp móðurhugtakið á nýjan og skapandi hátt? Hversu vel undirbúin erum við fyrir að tileinka okkur tungutak þar sem verðandi foreldri sem er barnshafandi kys að skilgreina sig hvorki sem karlmann né konu, hvorki sem föður né móður? Erum við ljósmæður tilbúnar að mæta barnshafandi einstaklingum af öllum kynjum af sömu fagmennsku og þekkingu sem við viljum státa okkur af í tilfelli barnshafandi kvenna? Er kerfið tilbúið að uppfylla þau skilyrði sem því ber samkvæmt lögum?

Í tengslum við þessi nýju lög hefur umræðan í heilbrigðiskerfinu að okkar mati verið sáralítill eða að minnsta kosti hljóðlát. Í þessari umræðu vakna hins vegar margar spurningar og mikilvægt er fyrir okkur sem fagstétt að opna þá umræðu. Margir eru eflaust feimnir eða óöryggir við að tjá sig í þessari fjölbreyttu kynjaveröld og jafnvel hræddir við að verða uppvísir að rangri orða- eða hugtakanothun. Innbyggð hugsun okkar í hefðbundnum tvíkynda heimi er okkur svo töm. Reynslusögur kvenna hafa alltaf skipt ljósmæður miklu máli og þær haft mótandi áhrif á ljósmóðurþekkingu í gegnum aldirnar. Nú þurfum við að vikka sjóndeildarhringinn og vera tilbúin að hlusta á sögur fleiri kynja og bæta þannig við þekkinguna sem fyrir er og opna umræðuna upp á gátt.

Við í ritnefndinni settum okkur í samband við Henry Stein Leifsson, sem er faðir fimm ára stúlku og er búsettur á Akureyri þar sem hann vinnur við umönnun aldraðra. Henry Stein var í miðju leiðréttingarferli sem transmaður þegar hann komst að því að hann væri barnshafandi, þá 18 ára gamall. Við fengum tækifæri til að hlusta á sögu Henrys Steins og spyrja hann út í reynslu sína af því að ganga með og fæða barn, föðurhlutverkið og lífið og tilveruna. Þegar við hittum Henry Stein var hann nýkominn úr legnámi og var að jafna sig eftir þá aðgerð.

Við byrjuðum á því að spyrja hann út í unglingsárin og hvenær hann hafði áttað sig á því að hann væri trans?

Ég var orðinn 15/16 ára þegar ég fór fyrst að velta trans-hugtakinu fyrir mér. Í byrjun var ég ekki beinlínis að hugsa um þetta í sambandi við sjálfan mig, heldur fannst mér áhugavert að þetta væri til. Svo allt í einu kviknaði ljós. Ég man stað og stund þegar það kviknaði á perunni og það varð mjög skýrt í hausnum á mér að ég væri ekki kvenkyns. Ég sat í sögutíma, ég var ekkert að fylgjast með og svo allt í einu bara - já, þetta er ég!

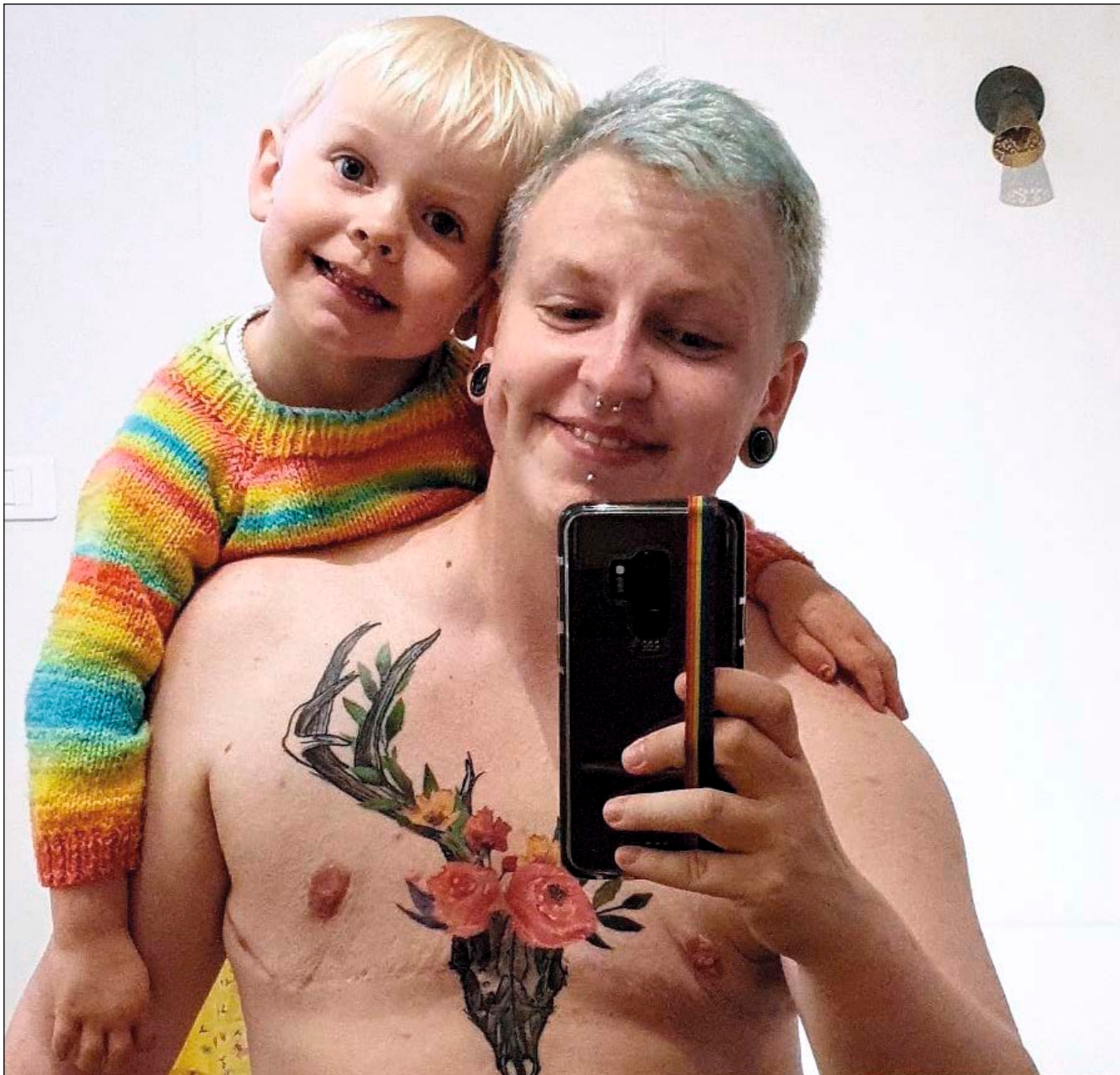
Þetta var eiginlega eins og uppljómun. Það er því alls ekki hægt að segja að ég hafi burðast með þetta alla barnæskuna því ég áttaði mig ekki á hlutunum fyrr en þarna, í sögutímanum. Hins vegar hef ég alltaf átt við erfitt þunglyndi að stríða en fann mikinn mun á mér strax á fyrstu vikunum eftir að ég kom út. Veturinn á eftir var til dæmis fyrsti veturinn frá því að ég varð unglingur sem ég var ekki á geðlyfjum.

Hvað tók svo við eftir að þú áttaðir þig á því að þú værir ekki kvenkyns?

Ég kem út haustið 2014 og fæ fljótlega eftir það nokkra tíma hjá geðlækni transteymisins. Nokkrum mánuðum síðar var ég kominn með grænt ljós á hormónaferð og tilbúinn að demba mér í það þegar ég fann að það var eitthvað skritið í gangi og ég ákvað að taka óléttupróf. Frá því að ég sá þessar tvær línur á þrúfunni þá fannst mér það merkja að þetta ætti að gerast akkúrat á þessum tíma í lífi mínu, af því að ég var ekki byrjaður á hormónum. Ég var 18 ára þegar ég komst að þessu og 19 ára þegar ég átti hana. Fólki spyr mig oft hvort það hafi ekki verið erfitt að eignast barn svona ungur og geta kannski ekki menntað sig og ferðast en ég verð bara þrjátíu og eitthvað þegar hún verður fullorðin þannig að ég hef nægan tíma. Ég verð ennþá unglingur þá. Mamma studdi mig alveg frá byrjun, hún var sjálf 15 ára þegar hún eignaðist sitt fyrsta barn, þannig að fólki í fjölskyldunni okkar er oft í yngri kantinum þegar það eignast börn.

Hvernig var það fyrir þig að vera lagður af stað í kynleiðréttingarferli, verða svo óléttur og þurfa þá óhjákvæmilega að fara í gegnum allar þær „kvenlegu“ breytingar sem verða á líkamanum í því ferli og finna fyrir hormónabreytingum í öfuga átt við það ferli sem þú varst að hefja?

Ég var mikið spurður út í þetta og hvernig mér liði andlega á þessum tíma. Í rauninni finnst mér merkilegt í dag að ég hafi ekki verið verr stemmdur á meðgöngunni. Þessar líkamlegu breytingar fóru ekki mikið í mig, því að ég vissi að ég myndi fara seinna í það að aðlaga líkamann minn að því sem ég vildi sjá í speglinum, ég var bara í pásu. Ég var rosalega yfirvegaður í gegnum þetta allt, ég hugsaði: Ég klára þetta fyrst og þá get ég farið í að græja rest. Ég hélt í rauninni í geðheilsuna með því að hugsa stöðugt: það



Henry Stein með dóttur sinni Védísí Báru Þórisdóttur

kemur að þessu, þetta er ekki að fara neitt, ég er ekki að missa af neinu, ég er ekki í tímaþröng.

Hvernig upplifðir þú fæðinguna þína?

Ég var hvattur til þess að láta það koma fram í fæðingaróskum að ég væri trans, að nafnið á pappírnum og í kerfinu væri ekki rétt nafn og hvaða fornöfn ég vildi láta nota. Svo var mamma með mér og hún var alveg með svipuna á lofti. En ég gekk sem sagt heilar 42 vikur en var farinn að bíða við 38 vikur; þannig að þetta var langur mánuður. Ég var settur af stað með stílum og síðan dreypti, fékk mænurótardeyfingu og allt það ferli en eftir sirka 20 klukkustundir af hriðum þá var bara ekkert að fréttu og hún eins og kortappi þarna niðri, hún er mjög höfuðstór - mjög höfuðstór - við erum að tala um það að hún er fimm ára í dag og notar hjálm í unglingastærð. Ég fór sem sagt að lokum í keisaraskurð. Þetta var ekki gaman en í sjálfu sér ekkert tengt því hver ég var eða hvernig.

Gastu hugsað þér að hafa barnið á brjósti?

Já, ég var með hana í einn mánuð á brjósti en fannst það ekki jafn mikill dans á rósum og sumir segja. Ég ræddi við ljósmóð-

urina mína um að mér fyndist þetta ótrúlega mikið bras og væri bara að valda mér áhyggjum og pirringi yfir því að þetta væri ekki að ganga eins og ég vildi. Ég ákvað að segja þetta gott en náði þessum mánuði.

Hvernig fannst þér heilbrigðisstarfsfólk og kerfið fylgja þér í gegnum meðgönguna og fæðinguna?

Ég hefði ekki getað bedið um að þetta færi neitt betur. Það voru allir jákvæðir og tóku þessu satt að segja sem sjálfsögðum hlut. Í fyrstu flakkaði ég á milli ljósmæðra en svo var ein sem fylgdi mér síðasta spöl meðgöngunnar. Hún var alveg frábær og aðstoðaði mig við að koma mér þannig á framfæri innan kerfisins að ég væri ekki að rekast á vegg eða verða fyrir mótstöðu. Læknirinn sem skar mig er líka frábær í alla staði, hann er bæði búinn að skera í legið á mér og svo taka það úr núna um daginn. Hann sendi mér einmitt bækling fyrir legnámið sem var mjög kvenmiðaður. Ég ákvað að senda honum ábendingu um að það ætti eftir að koma fleira transfólk sem skilgreinir sig ekki sem þessi kona sem talað er um í bæklingnum. Hann tók mjög vel í það, afsakaði sig í bak og fyrir og er strax byrjaður að græja þetta.

Hvernig liður þér þegar þú til dæmis færð svona bækling í hendurnar sem þér finnst ekki tala beint til þín, verður þú sár eða reiður eða finnurðu þörf fyrir að leiðrétta og laga?

Ég tek svona hluti mjög sjaldan nærri mér. Ég fer frekar í áttina að því að hugsa: já okey, ég gæti kannski aðstoðað þig við að laga þetta þannig að það sé meira inklúsíft. Ég tók til dæmis eftir þessu líka á heimasíðu Livio, varðandi eggjasöfnun og annað frjðsemistengt að þar er alltaf bara talað um konuna. Í því tilfelli er til dæmis mjög einfalt að hafa þetta alveg kynlaust, ég sendi þeim ábendingu og fékk jákvæð svör. Ég hef reyndar ekki fylgt því eftir.

Er eitthvað sem þú vilt koma á framfæri til ljósmæðra sem lesa þetta blað?

Já, ég vil benda ljósmæðrum á að spyrja trans skjólstaðinga sína ekki bara út í hvaða nafn og fornöfn þau nota heldur líka hvaða orð yfir líkamsparta viðkomandi vill að séu notuð. Sumum gæti til dæmis fundist mjög fráhrindandi að tala um píku, það eru ekki allir til í það. Ekki vera feimin við að spyrja: hvaða orð viltu að ég að noti um þig og þitt?

Finnst þér þú oft vera minntur á stöðu þína, að þú sért öðru-visi eða einstakur?

Já upp að vissu marki. Stundum rekst ég á eyðublöð þar sem þarf að fylla út móðir/faðir formið en þá þarf ég bara að pikka í viðkomandi og láta vita að þetta sé ekki alveg samkvæmt nútímanum. En mér finnst þetta hafa batnað heilan helling frá því fyrir nokkrum árum þegar ég var að byrja þetta ferli. Ég vinn á öldrunarheimili og áður en ég byrjaði þar var ég sannfærður um að þar væri mikil þröngsýni en það stóðst alls ekki. Ég var búinn að vinna þarna á einhvern tíma sem Henry og sem hann áður en ég fór í að útskýra hver ég er. Ekki það, ég hefði ekkert þurft að útskýra það fyrir neinum, þetta þarf ekkert að standa á enninu á manni. Það eru margir sem vilja fá að lifa sem karl og henda transinu út um gluggann þegar það ferli er búið en ég er ekki þannig þenkjandi, sennilega af því að ég hef þessa þörf fyrir að fræða. Það var einn heimilismaður sem lét mig ekki vera og spurði á hverjum degi hvar mamma dóttur minnar væri, hvort hún væri í einhverju rugli eða kannski látin. Á þessum tíma var ég ekki kominn út fyrir heimilisfólkinu í vinnunni og hafði þess vegna engin svör, þannig að þessi gamla kona hélt bara áfram að spyrja mig. Að lokum spurði ég yfirmanninn minn hvort ég mætti ekki koma með afrit af DV viðtali sem hafði verið tekið við mig, svo ég rétti konunni bara viðtalið og sagði: hérna eru öll svörin sem þig vantar. Hún las þetta og hefur ekki spurt síðan, en hún hefur heldur ekki breytt því hvernig hún lítur á mig. Ég hef reyndar tekið eftir einu, sem mér finnst mjög merkilegt, að einstaklingar með heilabilun hafa mjög oft ákveðið að ég sé kvenkyns. Ég hef velt því mikið fyrir mér hvaðan það kemur því ég lít alls ekki kvenlega út og hef verið á hormónum í fimm ár. En ég tek það ekki nærri mér og er ekkert endilega að leiðrétta þau þegar það kemur upp að ég sé ávarpaður í kvenkyni.

Hvernig hefur þú kosið að tala eða útskýra fyrir dóttur þinni hvaðan þú kemur og hver sé þinn bakgrunnur?

Hún er mjög meðvituð um að hún eigi tvo pabba og FIMM ömmur, tekur það alltaf skýrt fram líka. Svo fylgir stundum með að hún eigi fjóra afa. En hún kemur kvenfyrirmyndunum, sem eru ömmurnar, alltaf á framfæri með þessu. Annars er hún að komast á þann aldur að ég fer örugglega að opna meira á þessa umræðu, ekki það að ég myndi loka á neina umræðu ef hún kæmi með hana. En ég fer kannski fljótlega að ræða frekar við hana um hvaðan hún kemur og hvernig hún varð til. Hún veit að ég „var stelpa“, sem er orðalag sem hún notar og ég mun ræða við hana síðar, það er kannski svolítið flókið fyrir fimm ára að fá útskýringuna: pabbi upplifði sig ekki sem stelpu... en það er næsta skref að útskýra fyrir henni að ég hafi alltaf verið strákur en hafi bara ekki áttað mig á því fyrr en seinna.

Er eitthvað samfélag transforeldra á Íslandi?

Mér detta þrír hópar í hug sem eru transtengdir á einn eða annan hátt hérna á Íslandi. Trans-Ísland er með spjallhóp sem er frekar virkur, þar er mikið pepp og svoleiðis en kannski ekki jafn mikið af almennri umræðu og maður hefði viljað sjá. Svo eru það Dúddarnir sem er hópur fyrir transmenn á Íslandi og það eru alveg furðulega margir í þeim hópi, alveg 121 meðlimur. Svo eru það Aðstandendur transfólks sem er fyrir til dæmis foreldra transbarna, transfólk sem vill aðstoða við transorðalag eða gefa ráð til þeirra sem eru að koma út og bara fyrir alla þá sem vilja styðja við bakið á transfólki. Í þessum hópi hafa einmitt verið fullorðnir einstaklingar sem eru að fara í gegnum transferlið eftir að hafa eignast börn og alls konar umræður skapast í kringum það.

Nú er nýkomin út rafræn mæðraskrá og þar er bara hægt að merkja við að fæðst hafi annað hvort drengur eða stúlka en enginn -x- reitur. Myndi það skipta þig máli ef hægt væri að velja -x- við kyn barns við fæðingu?

Ef þessi reitur hefði verið í boði frá byrjun þá hefði ég kannski hugsað um það, grafið svolítið dýpra og skoðað vel hvað fælist í því. En ef þetta væri eitthvað sem væri opnað fyrir núna í lífi mínu og stelpunnar minnar þá myndi ég ekki nýta mér það. Stelpan mín er mjög mikil stelpa, mjög bleik og örugglega í réttu formi eins og hún er. Okkur finnst það eiginlega þínu fyndið þar sem við feðurnir erum hvorugir kvenlegir og svo mætir hún bara þínulítið bleik prinsessa, helst með kórónu og glimmer í hárinu. Þegar hún fæddist var ég inn á þeirri línu að reyna að hafa hlutina sem næst miðjunni, til dæmis að velja frekar hlutlaus fót og svoleiðis en svo komu gjafirnar og þær voru allar bleikar, þannig að ég reyndi að jafna þetta svolítið út.

Skipta ný lög um kynrænt sjálfræði miklu máli?

Já þau gera það. Þau veita einstaklingum í raun frelsi til þess að vera eins og þeir upplifa sig sjálfir. Það gat til dæmis verið mjög óþægilegur tími fyrir fólk sem var byrjað í kynleiðréttingarferli að þurfa að biða lengi eftir því að fá nafni og kyni breytt í þjóðskrá. En heimurinn er að þróast svo hratt áfram og ég get alveg skilið að það séu fordómar, það eru ekki allir sem meðtaka hlutina svona hratt - okey Jón er núna Sigga. Mér finnst í raun erfitt að ætlast til þess almennt þó að það væri auðvitað æskilegt. Þegar fólk er að segja mér frá foreldrum sínum með fordóma þá segi ég gjarnan: okey, en bíddu bara aðeins, gefðu þeim séns, þetta tekur tíma. En þessi nýju lög, þau hjálpa mikið. Það er ekki oft sem ég er stoltur af því að vera Íslendingur en í þessum efnum er ég bara mjög ánægður og Sjúkratryggingar Íslands eru sníll. Mér finnst mjög fyndið að grínast með það að fordómafullir skattgreiðendur borgi aðgerðirnar mínar.

Við þökkum Henry Steini kærlega fyrir samtalið og fyrir þá fallegu viðsýni og umburðarlyndi sem einkennir hans lífs-sýn. Sýn hans og vera minnir okkur sem stétt á mikilvægi þess að veita faglega og góða þjónustu til handa öllum barnshafandi einstaklingum. Sýn og reynsla Henrys Steins er gott veganesti inn í breytta heim þar sem vonandi er tekið fagnandi á móti öllum kynjum.

Rut Guðmundsdóttir og Steinunn Blöndal



Verkjastillandi og hitalækkandi

Paratabs® – 500 mg filmuhúðaðar töflur

Paratabs 500 mg filmuhúðaðar töflur, innihalda virka efnið parasetamól. Paratabs er notað gegn vægum til miðlungi miklum verkjum og til að lækka hita. Kynnið ykkur notkunarleiðbeiningar, varnaðarorð og frábendingar áður en lyfið er notað. **Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins.** Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is.

Markaðsleyfishafi Actavis Group PTC ehf.

teva

REYNSLA LANDSBYGGÐARLJÓSMÆÐRA AF NOTKUN KLÍNÍSKRA LEIÐBEININGA UM SYKURSÝKI Á MEÐGÖNGU

RURAL MIDWIVES' EXPERIENCE OF USING CLINICAL GUIDELINES
FOR GESTATIONAL DIABETES



Oddný Ösp Gísladóttir
Ljós móðir MS., deildarstjóri
fjölskyldudeildar Heilbrigðisstofnunar
Austurlands



Sigríður Inga Karlsdóttir
Ljós móðir, prófessor við
heilbrigðisvísindasvið
Háskólans á Akureyri



Sigríður Sía Jónsdóttir
Ljós móðir, dósent við
heilbrigðisvísindasvið
Háskólans á Akureyri

ÁGRIP

Bakgrunnur: Eftir tilkomu nýrra leiðbeininga um skimun, greiningu og meðferð meðgöngusykursýki hafa landsbyggðarljósmæður þurft að sinna fleiri konum í áhættumeðgöngum, án þess að áhrif þess á störf þeirra hafi verið metin.

Tilgangur: Að kanna reynslu landsbyggðarljósmæðra, sem vinna fjarri sjúkrahúsum sem bjóða upp á áhættumeðgönguvernd (SAK og LSH) á að nota leiðbeiningar um meðgöngusykursýki.

Aðferð: Rannsóknin er fyrirbærafræðileg og byggð á Vancouver-skóla aðferðinni. Tekin voru tvö viðtöl við sjö reynslumiklar landsbyggðarljósmæður sem valdar voru með tilgangsrúttaki, alls fjórtán viðtöl og þau þemagreind.

Niðurstöður: Það var merkilegur samhljómur í frásögnum ljósmæðranna. Yfirþema rannsóknarinnar er það eiga allir að sitja við sama borð: það getur samt verið erfitt í framkvæmd, sem lýsir tvíþentu viðhorfi ljósmæðranna þar sem þær annars vegar lýstu góðri reynslu sinni af því að nota leiðbeiningarnar. Þeim fannst þær skýrar, hnitmiðaðar og hjálplegar. Hins vegar ræddu þær allar um hindranir við framkvæmd þeirra sem sjá má í undirþemunum. Fimm undirþemu voru greind: 1) *Ég hugsa að það grípi allar konur:* hugleiðingar um aukið öryggi eða ofgreiningar. 2) *Ég er bara ein í mínu teymi:* reynsla ljósmæðra að hafa ekki bakland á staðnum heldur þurfa að fara fjallabaksleið að hlutunum. 3) *Meira álag á konur:* reynsla ljósmæðra af auknu andlegu og skipulagsálagi hjá konum með meðgöngusykursýki. 4) *Þær voru aldrei kynntar:* reynsla ljósmæðra á óvissu um túlkun leiðbeininganna. 5) *Við erum samt ljósmæður:* reynsla ljósmæðra á að samræma ljósmæðrahjartað og gagnreynd vinnubrögð.

Ályktun: Auðvelda þarf landsbyggðarljósmæðrum og skjólstæðingum

þeirra aðgang að úrræðum svo sem næringarfræðingum og sérfræðingum og skilgreina betur aukið álag sem verður á ljósmæðrum sem sinna þessum hópi.

Lykilhugtök: Ljós móðurfræði, landsbyggðarljósmóðir, meðgöngusykursýki, áhættumeðganga, klínískar leiðbeiningar, fyrirbærafræði.

ABSTRACT

Background: With increasing incidence resulting from newer national guidelines of risk assessment, diagnosis and management of gestational diabetes, Iceland's rural midwives care for more women in high-risk pregnancies without assessment of the effect it has on their work.

Purpose: To explore the lived experience of rural midwives, who work far away from hospitals that offer high-risk maternity care (SAK and LSH), of using guidelines for gestational diabetes.

Method: The study is phenomenological and based on the Vancouver-School method. Seven experienced rural midwives were selected as a purpose sample, and fourteen interviews conducted and thematically analysed.

Results: The midwives accounts displayed a remarkable harmony. The overall theme of the study is that *Everyone should sit at the same table:* yet it can be difficult in practice, which describes the midwives' ambivalent views of the subject as they, on the one hand, describe their good experiences of using the guidelines, finding them to be clear, concise, and helpful. However, they all spoke of difficulties they faced in their implementation, which can be seen in the sub-themes. Five sub-themes were constructed: 1) *I think it picks up all women:* reflections on increased security or overdiagnosis. 2) *I am alone on my team:* midwives' experience of having no backup on-site and having to go through alternate

routes. 3) *More stress on women*: the midwives' experiences of increased mental and organizational stress for women with gestational diabetes. 4) *They were never introduced*: midwives' experience of uncertainty about the interpretation of the guidelines. 5) *We are still midwives*: The experience of midwives' settling their midwifery heart to evidence-based practices.

Conclusion: Rural midwives and their clients need better access to resources such as nutritionists and specialists and the additional workload of midwives who attend this group must be defined.

Keywords: Midwifery, rural midwife, gestational diabetes, high-risk pregnancy, clinical guidelines, phenomenology.

INNGANGUR

Með útgáfu klínískra leiðbeininga um almenna meðgönguvernd og sérhæfða þætti meðgönguverndar og fæðingareftirlits hefur Landlæknisembættið reynt að tryggja að konur, óháð búsetu, fái sambærilega þjónustu á meðgöngu. Leiðbeiningarnar hafa meðal annars snúist að því að skilgreina annars vegar „heilbrigð kona í eðlilegri meðgöngu“ og hins vegar frávik frá því. Þetta hefur haft þær afleiðingar að fleiri konur greinist með frávik á meðgöngu. Fleiri konur á landsbyggðinni þurfa því annað hvort að leita út fyrir sitt þjónustusvæði eða ljósmæður þeirra að taka að sér áhættumeðgönguvernd í heimabyggð. Eitt af þessum frávikum sem ljósmæður í meðgönguvernd eru að greina er meðgöngusykursýki. Landlæknisembættið í samvinnu við Landspítala (LSH) hefur gefið út klínískar leiðbeiningar um skimun, greiningu og meðferð sykursýki á meðgöngu, en auk þess hafa Heilsugæsla Höfuðborgarsvæðisins (HH), LSH og Sjúkrahúsið á Akureyri (SAK) gefið út leiðbeiningar, vinnureglur og verkferla sem snúa að meðgöngusykursýki.

Upplifun landsbyggðarljósmæðra á Íslandi og reynsla þeirra af því að vinna með klínískar leiðbeiningar um meðgöngusykursýki hefur ekki áður verið rannsökuð en ef við ætlum að geta veitt góða heilbrigðisþjónustu um land allt verðum við að hlusta á reynslu landsbyggðarljósmæðra sem vinna oft á tíðum sem einyrkjar fjarri hátækniþjónustu. Því er tilgangur og markmið þessarar rannsóknar að kanna hver reynsla íslenskra landsbyggðarljósmæðra er á því að nota leiðbeiningar um meðgöngusykursýki, fjarri LSH og SAK.

FRÆÐILEGUR BAKGRUNNUR

Samkvæmt hugmyndafræði ljósmæðra hafa þær það hlutverk að styðja við verðandi foreldra og veita öruggustu þjónustu sem völ er á, sem næst einstaklingum sem njóta barneignarþjónustu, með hag móður og barns í huga. Ljósmæður eru sérfræðingar í því eðlilega lífeðlisfræðilega ferli sem barneignir eru og þegar frávik koma upp er það hlutverk þeirra að greina það og bregðast við því á öruggan máta (Ljósmæðrafélag Íslands, 2000). Eitt þeirra frávíka er meðgöngusykursýki.

Meðgöngusykursýki er sykursýki sem greinist fyrst á meðgöngu. Hún skiptist í tvo flokka: GDMA1, þar sem lífstílsbreytingar svo sem mataræðisbreyting og hreyfing eru nægileg meðferð og GDMA2 sem krefst, auk lífstílsbreytinga, lyfjameðferðar (Hildur Harðardóttir o.fl., 2012). Tíðni meðgöngusykursýki hefur aukist og fór úr 4,4% fæðinga á LSH 2007-2008 í 5,2% 2012-2014 (Margrét Helga Ívársdóttir, 2015) en árin 2015-2017 var hún komin í 11,8% á landsvísi (Jóhannes Davíð Purkhús, 2019). Á sama tíma hefur offita aukist en árið 2017 voru 27,9% íslenskra kvenna í offitu (Embætti landlæknis, 2018).

Erfitt getur verið að meta þróun meðgöngusykursýki þar sem skimun og greiningarmörk hafa bæði breyst með tímanum en eru einnig breytileg eftir stöðum (landi, svæðum, heilbrigðisumdæmum). Þannig getur það sem er kallað meðgöngusykursýki á einum stað, verið kallað skert sykurþol eða jafnvel eðlilegt á öðrum stað eða á öðrum tíma. Sitthvort verklagið gildi t.d. á LSH, HH og SAK fyrir árið 2012 (Sigríður Sía Jónsdóttir og Hrafnhildur Ólafsdóttir, 2008). Við slíkar aðstæður verður erfitt að meta umfang og afleiðingar vandamálsins, svo ekki sé minnst á að átta sig á bestu meðferð (Hartling, 2013).

Samkvæmt niðurstöðum Grunnet og fl., (2020) þá eru konur sem eru búsettar í dreifbýli líklegri til að greinast með meðgöngusykursýki, en konur sem búa í þéttbýli. Eldri íslensk rannsókn sýndi að konur á barneignaraldri væru þýngri á landsbyggðinni en á höfuðborgarsvæðinu

(Laufey Steingrimsdóttir o.fl., 2010). Niðurstöður úr yngri rannsókn bendir til að sá munur sé ekki lengur fyrir hendi (Hrafnhildur Guðjónsdóttir o.fl., 2015). Hins vegar er það umhugsunarefni að samkvæmt rannsókn sem framkvæmd var í Ástralíu þá skiptir ekki bara tímalengd föstu fyrir sýnatöku máli varðandi niðurstöðu heldur líka hvernig sýni voru geymd fram að mælingu (Jamieson, Kirke, Atkinson og Marley, 2019).

Fleiri þættir hafa einnig haft áhrif á þróun sykursýki á meðgöngu og í nýlegri kerfisbundinni heimildasamantekt kemur fram að tíðni meðgöngusykursýki hefur aukist víða síðan WHO setti fram nýjustu greiningarskilmerki árið 2013. Í rannsókninni var borin saman tíðni meðgöngusykursýki, eftir greiningarskilmerkjum fyrir 2013 og eftir 2013. Í úrtak rannsóknarinnar voru 31 rannsókn sem skoðaði tíðni meðgöngusykursýki hjá 136.705 ófrískum konum. Niðurstöðurnar sýndu að meðþvíaðnotaeldriviðmiðgreindust 8.5% kvenna með meðgöngusykursýki, en 14.7% þegar stuðst var við nýju greiningarskilmerkjin frá 2013 (Saeedi, Cao, Fadl, Gustafson og Simmons, 2021).

Aukning meðgöngusykursýki á Íslandi helst í hendur við breytingar sem gerðar voru á klínískum leiðbeiningum um meðgöngusykursýki en þó nokkrar breytingar hafa orðið frá því að Landspítalinn gaf þær út árið 2003 (Ari J. Jóhannesson, Arna Guðmundsdóttir, Ástráður B. Hreiðarsson, Hildur Harðardóttir og Reynir T. Geirsson, 2003) sem fylgt var á HH en önnur viðmið voru þá notuð á SAK (Sigríður Sía Jónsdóttir og Hrafnhildur Ólafsdóttir, 2008). Fyrstu breytingarnar mátti sjá árið 2008 þegar nýjar klínískar leiðbeiningar (Hildur Harðardóttir, Ari J. Jóhannesson, Arna Guðmundsdóttir, Ástráður B. Hreiðarsson og Reynir T. Geirsson, 2008) voru teknar upp um land allt í kjölfar frumniðurstaðna frá stórrí alþjóðlegri rannsókn á áhrifum hækkaðs eðlilegs blóðsykurs á meðgöngu (The HAPO Study Cooperative Research Group, 2008). Frekari breytingar urðu árið 2012 þegar *Klínískar leiðbeiningar um skimun, greiningu og meðferð sykursýki á meðgöngu* komu út (Hildur Harðardóttir o.fl., 2012). Sjá töflu 1. með samanburði á klínískum leiðbeiningum um meðgöngusykursýki á árunum 2008 og 2012.

Tafla 1. Samanburður á klínískum leiðbeiningum um meðgöngusykursýki árin 2008 og 2012

Leiðbeiningar	2008	2012
Skimun eftir fyrstu skoðun (um 12 vikur)	Sykurþolspróf Áður GDM Skert sykurþol fyrir þungun	Fastandi blóðsykur Áður GDM Skert sykurþol fyrir þungun Aldur > 40 Offita (LPS > 30 kg/m ²) Áður fætt þungbura (> 4500g) Ættarsaga um sykursýki í fyrsta ættlið Kynþáttur annar en hvítur
Skimun við lok annars þriðjungs meðgöngu	Sykurþolspróf við 26-28 vikna meðgöngu: Áður GDM Skert sykurþol fyrir þungun ≥ 30 kg/m ² . Saga um fæðingu þungbura miðað við meðgöngulengd eða ≥ 4500g við fulla meðgöngu. Fjölskyldusaga um sykursýki (systkini, foreldrar eða eigin börn). Kynþáttur með háa tíðni af sykursýki (t.d. frá Asíu, Suður- og Mið Ameríku og Norður Afríku) Fjölbliðruæggjastokkaheilkenni (PCO). Slæm meðgöngusaga sem gæti hafa orsakast af sykursýki t.d. óútskýrð andvana fæðing/ föstur dauði, fösturgalli eða endurtekin fösturlát.	Sykurþolspróf við 24-28 vikna meðgöngu: Áður GDM Skert sykurþol fyrir þungun Offita (LPS > 30 kg/m ²) Áður fætt þungbura (> 4500g) Ættarsaga um sykursýki í fyrsta ættlið Kynþáttur annar en hvítur Aldur > 40
Eftir 28 v meðgöngu	Ef grunur er um ofþyngd fösturs Ef vatnsleg	Ekki tekið fram
Greiningarmörk Aðeins þarf eina mælingu yfir til greiningar	í háráðablóði: > 6.1 mmól/l fastandi > 7.8 mmól/l 2 klukkustunda í sermi: > 7.0 mmól/l fastandi > 7.8 mmól/l 2 klukkustunda	Eingöngu tekið í sermi ≥ 5.1 mmól/l fastandi ≥ 10 mmól/l 1 klukkustunda ≥ 8.5 mmól/l 2 klukkustunda
Meðferðargildi	< 5.5 mmól/l fyrir morgunverð < 7.5 mmól/l eftir máltíðir	3.5 - 5.9 mmól/l fastandi < 7.8 mmól/l eftir máltíðir

Við gerð klínískra leiðbeininga er reynt að leggja mat á gæði rannsókna sem liggja að baki viðkomandi ráðleggingum. Ráðleggingar eru síðan flokkaðar eftir því hversu sterkar rannsóknir liggja að baki þeim (Embætti Landlæknis, 2014a). Slík stigun er gjarnan birt inn í leiðbeiningunum sjálfum til að notendur geti lagt mat á hversu sterk rök þar liggja að baki, en sú var ekki raunin í klínískum leiðbeiningum um meðgöngusyksýki, hvorki 2008 né 2012 (Hildur Harðardóttir o.fl., 2008; Hildur Harðardóttir o.fl., 2012). Við uppröðun sannana eru hágæða safngreiningar slembaðra rannsókna taldar fremstar en aftast raðast álit sérfræðihópa (Embætti Landlæknis, 2014a). Vandamálið við slíka uppröðun er sú að oft á tíðum getur orðið ákveðin staðfestingar bjögum (*e. confirmation bias*) og birtingar bjögum (*e. publication bias*) svo sem rannsókn Kicinski o.fl. (2015) á birtingar bjögum í Cochrane safngreiningum leiddi í ljós. Einnig hefur verið bent á að upplifanir og reynsla heilbrigðisstarfsmanna er á stundum sett til hliðar og í besta falli tekin með í góða starfshætti (Power, 2015).

Samhæft verklag virðist gefa ljósmæðrum jákvæða styrkingu í ákvarðanatöku þegar það er notað (Shee o.fl., 2019). Gagnreynd þekking nýtist hins vegar ekki til þróunar og breytinga ef tregða er hjá heilbrigðisstarfsfólki að tileinka sér hana eða utanaðkomandi hindranir koma í veg fyrir það (Bergström o.fl., 2015). Þekkt er að heilbrigðisstarfsfólk notar stundum hjáleirir (*e. workarounds*) þegar önnur lausn er talin betri (Berlinger, 2017). Slíkt getur verið af hinu góða þegar verið er að veita einstaklingsmiðaða þjónustu (Embætti landlæknis, 2014b), en einnig getur það valdið ófullnægjandi þjónustu (Berlinger, 2017). Mikilvægt er einnig að skilgreina vel hverju ætlunin er að ná fram og rannsaka hverjar útkomu þegar verklagi er breytt, en verkferlar og staðlaðar leiðbeiningar geta haft áhrif á fleira en það sem þeim raunverulega er ætlað að breyta (Hunter og Segrott, 2010).

Síðustu áratugi hefur orðið mikil fækkun á fæðingarstöðum á Íslandi (Embætti landlæknis, 2007a) og árið 2017 voru 74% fæðinga á LSH (Eva Jónasdóttir og Védís Helga Eiríksdóttir, 2019). Embætti Landlæknis hefur skilgreint fjögur þjónustustig fæðingarstaða. Fæðingarstöðum er þar skipt í A til D eftir meiri til minni þjónustu. Fæðingarvakt LSH er skilgreind sem A þjónustustig og SAK uppfyllir skilyrði B. Konum með meðgöngusyksýki er ráðið frá því að fæða á D fæðingarstöðum og konum með insúlínháða meðgöngusyksýki ráðið frá því að fæða á C fæðingarstöðum. Markmið með þessari flokkun fæðingarstaða er að stuðla að upplýstu vali verðandi foreldra (Embætti landlæknis, 2007b).

Á landsbyggðinni geta landshættir haft mikil áhrif á ákvarðanatöku og áhættumat. Hæfnin til að átta sig á því hvenær hægt er að sinna þörfum tilvonandi mæðra í heimabyggð og hvenær þær þurfa að færast á herra þjónustustig er eitt af lykilhlutverkum ljósmæðra sem vinna fjarri heilbrigðisstofnunum sem sjá um áhættufæðingar og áhættumeðgönguvernd (Harris o.fl., 2011). Gilkison, o.fl. (2018) benda á að þó að landsbyggðarljósmæður upplifi sig mjög einangraðar vegna fjarlægðar frá sjúkrahúsum með herra þjónustustig, þá séu verndandi þættir í starfi þeirra svo sem að þær myndi sterk tengsl við skjólstaðinga sína og samstarfsmenn. Sambærilega niðurstöðu getum við séð í rannsókn Hunter o.fl. (2019) á kulnunaréinkennum ljósmæðra á Bretlandi þar sem kemur fram að af klínískt starfandi ljósmæðrum í rannsókninni voru það eingöngu ljósmæður á landsbyggðinni og ljósmæður sem unnu við samfellda ljósmæðraþjónustu sem voru undir viðmiðum varðandi kulnun í starfi.

Á Íslandi hafa engar rannsóknir enn verið gerðar á reynslu ljósmæðra af starfi á landsbyggðinni. Ekki hafa því heldur verið gerðar rannsóknir á reynslu þeirra af því að vinna samkvæmt leiðbeiningum um meðgöngusyksýki. Hins vegar hafa verið gerðar litlar eigindlegar rannsóknir um reynslu og upplifanir hjúkrunarfræðinga í dreifbýli (Hrefna Guðmundsdóttir o.fl., 2004; Eva Björg Guðmundsdóttir o.fl., 2007) þar sem kemur fram að einangrun, bæði landfræðileg og fagleg sé áberandi. Nálægð við skjólstaðinga svo sem þegar börn veikist sé líka erfið. Rannsókn Steinunnar Jónatansdóttur (2015) á reynslu reyndra landsbyggðarhjúkrunarfræðinga á sjúkrahúsum styður við þessar tulkningar. Þar kemur einnig fram að erfitt geti reynst að ná í klínískar leiðbeiningar og þegar þær liggja fyrir sé oft erfitt að nýta þær sem skyldi þar sem þær miðist frekar að þörfum sérgreinasjúkrahúsa.

Markmið rannsókna og rannsóknarspurning

Þegar á allt er litið eru áhrif verklagsleiðbeininga og reglna mikil. Að gerð klínisku leiðbeininganna (Hildur Harðardóttir o.fl.) 2012 kom ein ljósmóðir en annars voru þær samdar af sex læknum og einum næringarfræðingi. Lítil aðkoma ljósmæðra er sérstaklega áhugaverð í ljósi þess að almennt eru það ljósmæður sem sjá um meðgönguvernd kvenna á Íslandi og þá sérstaklega þær sem vinna fjarri sérfræðipjónustu og falla undir skilgreininguna að vera landsbyggðarljósmæður. Því er markmið þessarar rannsóknar að kanna hver reynsla íslenskra landsbyggðarljósmæðra er á því að nota leiðbeiningar um meðgöngusyksýki, fjarri LSH og SAK. Þar sem ekkert er vitað um reynslu landsbyggðarljósmæðra á Íslandi af því að vinna með leiðbeiningar um meðgöngusyksýki fjarri LSH og SAK var sett fram rannsóknarspurningin: Hver er reynsla landsbyggðarljósmæðra af því að vinna með klínískar leiðbeiningar um meðgöngusyksýki fjarri LSH og SAK?

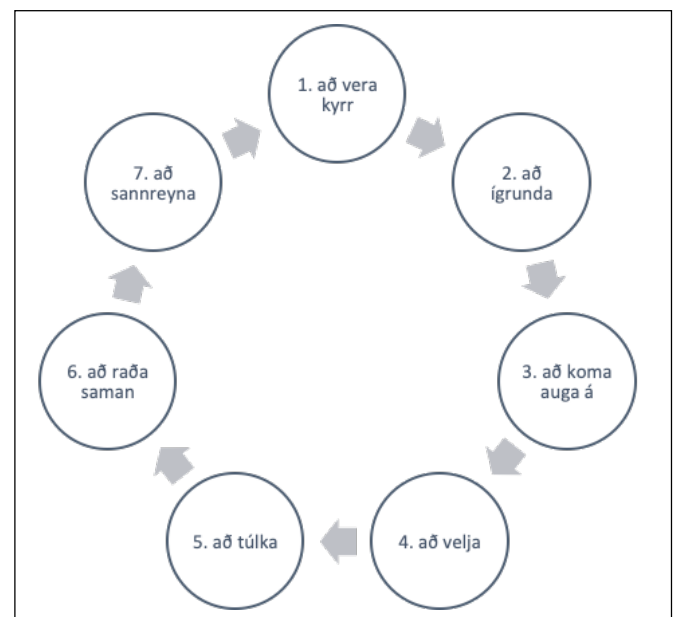
AÐFERÐAFRÆÐI

Þar sem engar rannsóknir eru til um reynslu landsbyggðarljósmæðra á því að vinna með leiðbeiningar um meðgöngusyksýki var valið að styðjast við fyrirbærafræðilegu rannsóknaraðferðina Vancouver-skólann, en hann líkt og allar fyrirbærafræðilega nálganir (Dowling og Cooney, 2012) snýst um persónulega reynslu á fyrirbærum en hefur þá sérstöðu að nota líka túlkunarfræði og hugsmíðarhyggju (Sigríður Halldórsdóttir, 2000).

Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði

Tölf þrepa aðferð Vancouver-skólans hefur áður verið lýst af Sigríði Halldórsdóttur (2000, 2003 og 2013) og það hentaði vel að styðjast við hann þar sem markmiðið var að skoða reynslu landsbyggðarljósmæðra af klínískum leiðbeiningum um meðgöngusyksýki.

Hverju þrepi Vancouver-skólans fylgja sjö meginþættir sem sýndir eru sem hringferill svo sem sjá má á mynd 1.



Mynd 1. Vitraent vinnuferli Vancouvers-skólans í fyrirbærafræði (Sigríður Halldórsdóttir, 2000, 2003 og 2013).

Það gerir að verkum að íhugun og ígrundun kemur að á öllum stigum vinnunnar.

Úrtak og val á þátttökendum

Það sem gerir Vancouver-skólann í fyrirbærafræði sérstakan er viðhorfið til þátttakenda sem litið er á sem meðrannsakendur (Sigríður Halldórsdóttir, 2003 og 2013). Því má segja að val á viðmælendum sem geti orðað reynslu sína sé þess mikilvægara. Notast var við hentugleikaúrtak en val á þátttökendum í eigindlegum rannsóknum, og þar af leiðandi fyrirbærafræðilegum, byggist nær alltaf á tilgangsráttaki (Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Auglýst var eftir viðmælendum á lokaðri spjallsíðu ljósmæðra með það í huga að kanna reynslu þeirra af því að vinna með klínískar leiðbeiningar um meðgöngusyksýki. Auglýsingin skilaði ekki árangri og því fór rannsakandi þá leið að hafa beint samband

við ljósmæður sem uppfylltu skilyrði fyrir þátttöku sem voru að: þær hafi einhvern tímann á síðustu 11 árum unnið með klínískar leiðbeiningar um meðgöngusýki sem ljósmæður fjarri áhættumeðgönguvernd og/eda A og B fæðingarstöðum og hafi útskrifast sem ljósmæður árið 2017 eða fyrr. Reynt var að ná tali af ljósmæðrum með sem breiðasta reynslu frá ólíkum hlutum landsins til að reyna að fá sem fyllsta mynd af fyrirbærinu. Ljósmæðurnar höfðu allar viðtæka reynslu af vinnu úti á landi sem ljósmæður og hjúkrunarfræðingar. Þær höfðu mikla dreifingu í starfsaldri og komu að mörgum hliðum starfsins, allt frá meðgönguvernd til fæðingarhjálpur á heilbrigðisstofnunum og í heimahúsum, sængurlegu, heimaþjónustu, ungbarnavernd, krabbameinsskoðunum og sem hjúkrunarfræðingar.

Framkvæmd og réttmæti

Tekin voru tvö viðtöl við hverja ljósmóður, samtals 14 viðtöl á tímabilinu frá mars 2019 til mars 2020. Fyrst var tekið eitt viðtal við hverja ljósmóður. Ætlunin var að þau færu öll fram augliti til auglitis en vegna óhagstæðs veðurs og færðar voru tvö viðtöla skýja viðtöl. Viðtölin voru að meðaltali um 30 mínútur og voru öll tekin af fyrsta höfundi. Stuðst var við viðtalsramma, þar sem byrjað var á opnu spurningunni: *Hver er reynsla þín af því að vinna með klínískar leiðbeiningar um meðgöngusýki?* Aðrar spurningar voru eingöngu bormar fram ef þær komu ekki fram í samtalinu. Viðtölin voru hljóðrituð og skrifuð upp orðrétt og upptökunum eytt að því loknu. Hvert viðtal var þemagreint, greiningarlíkan útbúið og að því loknu var það sent til viðkomandi þátttakanda og farið yfir með þeim í eigin persónu eða samtali og nauðsynlegar breytingar gerðar á þeim til að reyna að tryggja réttmæti, áreiðanleika og persónuvernd og rætt um heildarþemu sem voru að byrja að birtast. Helstu breytingar sem þær vildu gera voru að taka út sögur sem voru persónugreinanlegar og eins að skýra betur hugmyndir. Að því loknu var unnið eitt heildargreiningarlíkan sem var síðan borið undir tvær ljósmæðranna. Einnig fóru meðhöfundar yfir heildargreiningarlíkanið. Þessi vinna sem byggir á 12 þrepa rannsóknarferli Vancouver-skólans (sjá mynd 2) er vel fallin til þess að reyna að tryggja réttmæti, en eins og Sigríður Halldórsdóttir og Sigurlína Davíðsdóttir (2013) benda á er réttmæti í eiginlegum rannsóknum byggt á öðrum viðmiðum en í megindlegum rannsóknum.

Tölf meginþrep Vancouver-skólans	Hvað var gert í þessari rannsókn
1. Að velja samræðufélaga.	Auglýst eftir og haft samband við sjö ljósmæður sem samþykktu þátttöku.
2. Fyrst er að vera kyrr.	Reynt meðvitað að átta sig á og leggja til hliðar fyrirframgefnar hugmyndir. Skoðaðar rannsóknir um fyrirbærið og hinar ýmsu hliðar þess til að vera tilbúna til að skilja fyrirbærið.
3. Þátttaka í samræðum.	Tekið eitt viðtal við sjö ljósmæður, alls sjö viðtöl. Spurt opinna spurninga og notuð virk hlustun.
4. Skerpt vitund varðandi orð.	Strax í viðtölunum var byrjað að vinna að gagnagreiningu sem hélt áfram í gegnum ferlið að rita orðrétt upp, alltaf með sjö meginþætti vitræns vinnuferlis Vancouver-skólans í huga.
5. Byrjandi greining á þemum.	Textinn lesinn á túlkandi máta og reynt að sjá heildarreynslu viðmælandans og átta sig á hver þemun séu.
6. Að átta sig á heildarmynd reynslu hvers einstaklings.	Þemunum raðað saman í eina heildarmynd eða greiningarlíkan fyrir hverja ljósmóður.
7. Staðfesting á heildarmynd hvers einstaklings með honum sjálfum.	Einstaklingsgreiningarlíkönin voru lögð fyrir ljósmæðurnar með það í huga að staðfesta með þeim eða leiðrétta líkanið þannig að það samræmdist þeirra túlkun á sinni reynslu.
8. Að átta sig á heildarmyndinni á fyrirbærinu sjálfu.	Farið til baka til að sjá, skynja og samþætta reynslu ljósmæðranna í eitt heildstætt greiningarlíkan af fyrirbærinu.
9. Að bera saman niðurstöðurnar við rannsóknargögnin.	Viðtölin voru endurlesin með tilliti til þess hvort þau endurspegluðust vel í greiningarlíkaninu.
10. Að velja heiti sem lýsir niðurstöðum í örستuttu máli.	Reynsla landsbyggðarljósmæðra af notkun klínískra leiðbeininga um sýkursýki á meðgöngu
11. Að sannreyna niðurstöðurnar með meðrannsakendum.	Heildargreiningarlíkan var borið undir tvær ljósmæðranna og staðfestu þær það.
12. Að skrifa upp niðurstöður rannsóknarinnar.	Við skrif á niðurstöðum fékk rödd ljósmæðranna að heyrast til að skýra og styrkja þemu greiningarlíkansins.

Mynd 2. 12 þrep Vancouver-skólans og framkvæmd rannsóknarinnar

Siðfræði

Ljósmæðurnar fengu allar kynningarbréf um rannsóknina með samþykkisýfirlýsingu. Rætt var um persónuvernd þeirra og hvernig nafnleynd þeirra yrði tryggt og þeim kynntur réttur sinn til að hætta við þátttöku að hluta eða öllu leiti, ásamt því að þær þyrftu ekki að svara neinu sem þær vildu ekki svara. Þar sem landsbyggðarljósmæður á Íslandi eru ekki margar verða ekki birtar upplýsingar um aldur, búsetu, starfsaldur, hjúskaparstöðu eða aðrar lýðfræðilegar breytur annað en að allar ljósmæður á Íslandi við gerð þessarar rannsóknar voru konur. Af sömu ástæðum verður ekki sérstaklega greint á milli þess hvaða ljósmóðir sagði hvað til að ekki verði hægt að rekja svörin til viðkomandi. Rannsóknin er ekki leyfisskyld samkvæmt lögum um vísindarannsóknir (Alþingi, 2014) og fékkst það staðfest hjá vísindasiðanefnd. Hins vegar var leitast við í hvívetna að viðhafa siðferðilega góð vinnubrögð og misnota þar með ekki það traust sem ljósmæðurnar veittu rannsakanda. Upptökum af viðtölunum var eytt eftir að þau höfðu verið rituð orðrétt. Skrifuð viðtöl voru geymd á OneDrive skýjaþjónustunni þar til að rannsókn lauk og þegar þeim var endanlega eytt. Hafðar voru í huga fjórar siðfræðilegar reglur sem Sigurður Kristinsson (2013) bendir á að liggi til grundvallar vísindarannsóknum, það er að segja, virðing, skaðleysi, velgjörð og réttlæti gagnvart þátttakendum.

NIÐURSTÖÐUR

Þrátt fyrir að ljósmæðurnar hafi haft mikla starfsaldursdreifingu var merkilegur samhljómur í frásögnum þeirra. Heildargreiningarlíkanið (sjá mynd 3) byggist á reynslu ljósmæðranna sem byrjuðu allar viðtölin á að segja að leiðbeiningarnar væru skýrar, hnitmiðaðar og hjálplegar og til þess fallnar að konur fengju viðeigandi meðferð. Þær komu ítrekað að því aftur í viðtölunum og lýstu hvernig það nýttist þeim í starfi en þess á milli lýstu þær hindrunum sem þær upplifðu við túlkun og framkvæmd þeirra. Margar fundu fyrir vissum efasemdum varðandi hvað þær væru raunverulega að greina. Þá nefndu þær sérstaklega að upplifa sig og skjólstæðinga sína ekki hafa greiðan aðgang að viðeigandi úrræðum í heimabyggð og lýstu álagi sem það ylli þeim og skjólstæðingum þeirra.



Mynd 3. Heildargreiningarlíkanið

Það eiga allir að sitja við sama borð: það getur samt verið erfitt í framkvæmd

Yfirþemað sem birtist í viðtölum við ljósmæðurnar var hversu mikilvægt þeim fannst að skjólstæðingar þeirra fengju góða þjónustu og að þær hefðu réttu verkfærin í höndunum til að geta veitt hana. Það er náttúrulega nauðsynlegt að allir vinni samkvæmt sama verklagi. Það eiga allir að sitja við sama borð. Þar lögðu þær áherslu á kosti þessi að hafa skýrar leiðbeiningar, verkferla og boðleiðir.

Þær lýstu því hvernig leiðbeiningarnar hefðu nýst þeim til að aðstoða skjólstæðinga sína og tryggja öryggi þeirra þar sem að fyrir tilkomu þeirra hafi það verið: *eiginlega bara meira svona hipps um happs hverjir fóru og eitthvað svona en nú er þetta bara þessir áhættuþættir*. Þær

notuðu leiðbeiningarnar við fræðslu til kvennanna og fannst gott að geta sýnt þeim þar á skematískan máta greiningarferlið og hvað það þýddi. Þeim fannst leiðbeiningarnar nauðsynlegar til að vernda réttindi bæði kvennanna og ljósmæðranna: *maður getur bara ekki munað allt og svo eru alltaf að koma inn einhverjar nýjar breytingar. Þær lýstu aftur á móti ákveðnum erfiðleikum við framkvæmdina sem birtist í undirþemunum.*

Ég hugsa að það gripi allar konur: hugleiðingar um aukið öryggi eða ofgreiningar

Fyrsta undirþemað sem greindist var reynsla af mikilli aukningu greininga hjá þeim. Þar tókust á hjá þeim sjónarmið um að þetta væri aukið öryggi, bæði að greina konur fyrr og geta hjálpaði konunum við markvissa lífstílsbreytingar annars vegar og hins vegar að verið væri að ofgreina:

Eins og ég upplifði þetta fyrst þegar ég sá þetta þá fannst mér þetta vera eingöngu verið að leita að konum í ofþyngd og að reyna að minnka líkur á þyngdaraukningu á meðgöngu og það er raunverulega ennþá tilfinningin mín. Ég er sjaldnast að greina konur með sykursýki út frá þessum leiðbeiningum.

Margar nefndu kosti þess að greina konur fyrr: *sem er kannski meira öryggi því maður hefur meiri tíma fyrir sér þannig að konan getur lært á mataræðið og náð stjórninni áður en allt er komið í óefni. Þær töldu að það leiddi til minni þyngdaraukningar, færri þungbura og bættrar líðanar kvennanna: afleiðingin er að við fáum bara konu sem er heilbrigðari á meðgöngunni sinni. Eignast heilbrigðara barn, fæðingin gengur betur, barnið verður ekki eins stórt.*

Það virtist algengt að þær fengju til sín konur sem greindust með meðgöngusykursýki en mældust aldrei með háan blóðsykur miðað við meðferðargildin. Þá benti ein ljósmóðir sérstaklega á ósamræmi milli greiningar og meðferðargilda sem henni fannst erfitt að réttlæta fyrir sjálfri sér og skjólstæðingum sínum: það er líka skritið finnst mér að í mælingunum sem við erum að mæla þar sem þarf að mæla sig heima þá einmitt mega þær vera allt upp að 5,9 í fastandi sykri. Þrátt fyrir þetta voru ljósmæðurnar á því að kostirnir vægju þyngra en gallarnir og nokkrar nefndu sérstaklega að stundum gæti það verið kostur að greina konur þar sem það veitti þeim aðhald varðandi mataræði og þyngdaraukningu, jafnvel þó að blóðsykurinn væri ekki raunverulegt vandamál.

Ég er bara ein í mínu teymi: reynsla ljósmæðra að hafa ekki bakland á staðnum heldur þurfa að fara fjallabaksleið að hlutunum

Annað undirþemað sem kom fram hjá öllum ljósmæðrunum var að ábyrgð á meðgönguvernd kvennanna á staðnum væri öll á þeirra herðum. Þegar komu upp vandamál eins og meðgöngusykursýki upplifðu þær að það væri ekkert bakland á staðnum heldur þyrftu þær annaðhvort að leysa þetta sjálfar eða að leita til áhættumeðgönguverndar LSH eða SAK: *Hér vinnur ekki næringarfræðingur, lækna koma almennt ekki mikið að umönnun kvenna á meðgöngunni og setja sig yfirleitt ekki vel inn í málin hvað varðar meðgöngusykursýki.*

Þótt ljósmæðurnar töldu um að vera öruggar með mataræðisleiðbeiningar var áberandi í tali þeirra að þær hefðu viljað hafa greiðari aðgang að næringarfræðingum og eina ljósmóðirin sem hafði næringarfræðing á staðnum sagði að hún myndi hiklaust senda konur suður til næringarfræðings ef hún hefði hann ekki.

Engin af ljósmæðrunum taldi lækna á staðnum hafa sett sig inn í leiðbeiningarnar um meðgöngusykursýki. Þær nefndu mismunandi ástæður fyrir þessu, allt frá því að: *þeir hafa bara nóg. Yfir í þá reynslu að: Maður hefur ekki haft samstarfsfólk sem hefur sama áhugann eða innsýn í hlutina.*

Ljósmæðurnar höfðu allar þurft að fá utanaðkomandi aðstoð við meðhöndlun meðgöngusykursýki. Þá voru þær oftast að leita til SAK eða LSH. Þær hins vegar upplifðu það mjög ólíkt, óháð því á hvorn staðinn þær leituðu, þar sem sumar upplifðu mjög góð og greið samskipti: *Þau eru bara svo öll af vilja gerð, bæði fæðingarlæknarnir og náttúrulega ljósmæðurnar ... þegar maður vinnur náttúrulega svona eins og ég vinn að þá bara þarftu að hafa dálítið gott bakland til að hlutirnir gangi.*

Önnur ljósmóðir sem hafði góða reynslu af aðstoð áhættumeðgönguverndar bætti við: *kannski er maður bara svo vanur því að þurfa*

að fara fjallabaksleið að hlutunum að manni finnst það minna mál.

Boðleiðirnar virðast hins vegar misjafnlega skýrar:

Mér er vísað frá áhættumeðraverndinni í ráðleggingar á Göngudeild sykursjúkra en þá bara veit enginn neitt. Já, er hún ólétt, já, biddu hver ætli sé með það og þú veist, ég hef alveg fengið svona, ég ætla ekki að segja viðmót en þú veist, maður fær, allir næs og svoleiðis en þetta lítur svona út eins og hver á að gera það?

Flestar ljósmæðurnar komu inn á að það væri lítill skilningur á álagsaukningunni sem yrði hjá þeim þegar konur væru að greinast með meðgöngusykursýki: það er ekki skilgreind í rauninni þessi aukning sem er í kringum mæðravernd í kringum þessar konur. Þá bentu þær á að þó að þær sinntu allir þjónustu við þessar konur væri kerfið byggt upp í kringum lækna þar sem einföld atriði eins og hjálpartækjabeðnir færu ekki í gegn öðruvísi en lækna sendu þær. Eins þyrftu þær að fá lækna á staðnum t.d. til að skrifa upp á lyfjameðferð, þó svo þær væru í samskiptum við lækna sem störfuðu í áhættumeðgönguvernd. Þær væru því nokkurs konar milliliðir í læknamíðuðum verkferlum.

Sérstaða þess að vinna sem einyrki kom skýrt fram hjá ljósmæðrunum: það er allt annað að starfa sem ljósmóðir útá landi og vera með þessa, þennan hóp af skjólstæðingum þar sem er ekkert bakland.

Reynsla ljósmæðra á að vera í sterkum tengslum við skjólstæðingana og samfélagið var áberandi: *maður er með þeim frá því jafnvel að lykkjan er tekin úr, er svo í mæðravernd, unga- og smábarna, sko alveg fram á dauðann. Eða eins og önnur orðaði það:*

Maður veit miklu meira um fölkíð oft og leiðbeiningarnar kannski, þú veist, það kom til mín kona. Hún var grónn, það var ekkert sem benti til þess að hún hefði sykursýki, en svo bara vissi ég að allar frænkur hennar höfðu fengið meðgöngusykursýki.

Meira álag á konur: reynsla ljósmæðra af auknu andlegu og skipulags álagi hjá konum með meðgöngusykursýki

Ljósmæðurnar komu flestar inn á að þetta væri aukið álag á konurnar, bæði andlegt álag og einnig skipulags og fjárhagslegt álag þar sem konur þyrftu snemma að fara úr sinni heimabyggð að biða fæðingar. Þessi reynsla spannaði allt frá því að tala um að þetta væri viss lífsgæðaskerðing í að hafa miklar áhyggjur af andlegri heilsu kvennanna:

Konur sem að eru með mikinn kvíða? og þunglyndissögu, mér finnst rosalega erfitt að bæta þessu við, líka af því að þetta er svona alveg á grensunni. Af því að það verður aldrei aðal íssjúði á meðgöngunni það verður alltaf annar fókus sem er þá andlega líðanin og hefur miklu, miklu, miklu meiri áhrif á útkomu móður og barns heldur en að sykursýki sem er á einhverri grensu.

Fyrir þær konur sem þyrftu að sækja þjónustu út fyrir byggðarlagið sitt var það aukið álag:

Það kostar helling. Börnin eru í skóla og leikskóla og á að fá einhvern til að passa þau eða á að taka þau með? Ef þau eru tekin með þá eru þau hundleið að hanga heima í einhverri verkalyðisíbúð í Reykjavík og enga vini og ekkert plan. Maðurinn klárar allt sitt frí. Þannig að þetta er órúlega leiðinlegt.

Ljósmæðurnar vildu reyna að minnka þetta álag með því að veita þeim þjónustu eins lengi og hægt væri en ræddu um að það væri misjafnlega vel séð: þeir vilja stundum fá þær ... fyrir 37 vikur sem mér finnst eiginlega í flestum tilvikum bara óþarfi og veldur rosa langri bið ... ég get náttúrulega verið að taka þessar konur í þú veist mónitor eftir 36 vikur.

Þær voru aldrei kynntar: reynsla ljósmæðra á óvissu um túlkun leiðbeininganna

Hluti ljósmæðranna talaði um að sakna þess að leiðbeiningarnar hefðu verið kynntar, bæði fyrir þeim og heilsugæslulæknum og flestar ræddu um að vanta meiri upplýsingar: *þær voru aldrei kynntar, við bara fengum þetta í hendurnar og átum bara að byrja að nota það.*

Ljósmæðurnar nefndu sérstaklega þætti sem þær hefðu viljað ræða frekar svo sem óvissu varðandi meðhöndlun kvenna sem væru á metformíni: *það sem hefur pirrað mig er þessi óljósu skil á milli sko, insulínháðrar og insulínháðrar með tilliti til þegar konur fara*

á lyfjameðferð með töflum. Hvort þær séu þá GDMA1 eða 2. Önnur ljósmóðir ræddi hvernig hún hefði þurft að marglesa leiðbeiningarnar til þess að reyna að komast til botns í þessu þar sem mest megnis væri talað um insúlínháða sykursýki sem GDMA2.

Sumar nefndu að þær hefðu viljað útskýringar á því af hverju ákveðnir hópar væru ekki skimaðir svo sem konur með fjölbloðrueggjastokka og konur með sykri í þvagi: ég gómaði bara ansi margar á því að hafa sykri í þvagini, þú veist, sem að í rauninni voru eðlilegar, eðlilegar miðað við klínísku leiðbeiningarnar þannig að mér fannst svona klínísku leiðbeiningarnar bæði betri og verri.

Einnig fannst þeim vanta inn í leiðbeiningarnar atriði svo sem meðhöndlun nýbura eftir fæðingu þar sem þær hefðu ekki aðgang að verklagsreglum LSH: þessar leiðbeiningar varðandi börnin hefðu alveg mátt vera með og skýrt alla veganna hvernig eftirlit þau eru að fá.

Margar ljósmæðranna höfðu áhyggjur af því hvernig ætti að skipuleggja eftirlit eftir fæðingu hjá konum með meðgöngusykursýki:

Mér finnst bara ekki skýrar leiðbeiningar um hvernig eftirliti á að vera háttað af því að þú veist það eru 50% kvenna sem að eru að koma sér upp sykursýki innan 10 ára eftir að hafa fengið meðgöngusykursýki.

Hversu oft eiga þær að koma í eftirlit og hvernig á ráðgjöfin að vera til þeirra á eftir? Í hvaða farveg á þá að setja það ef kona er ekki með alveg eðlileg gildi? Það eina sem er skýrt er allt sem er á meðgöngunni en framhaldið er svolítið í lausu lofti.

Við erum samt ljósmæður: reynsla ljósmæðra á að samræma ljósmæðrahjartað og gagnreynd vinnubrögð

Loka undirþemað sem birtist í samtölum við ljósmæðurnar var áherslan sem þær lögðu á að þó það væri mikilvægt að vinna út frá gagnreyndri þekkingu væri meira en leiðbeiningar, verklag og skipurit sem þyrfti að hafa í huga og að sem ljósmæður þyrftu þær alltaf að vera sveigjanlegar:

Ef við ætlum að vera fagfólk, ef við ætlum að vera faghópur og láta taka mark á okkur þá náttúrulega þurfum við að fara eftir leiðbeiningum. Það er bara þannig, en við erum samt ljósmæður þannig að við þurfum líka að vera sveigjanlegar.

Þessa áherslu á sveigjanleika mátti heyra frá flestum ljósmæðranna, *ég reyni svolítið mikið að klæðskera allt gagnvart einstaklingunum sem ég er að sinna.*

Hluti ljósmæðranna tók dæmi um hvernig þær hefðu farið út fyrir leiðbeiningarnar til að koma til móts við konur. Nokkrar ljósmæðranna tóku sem dæmi um þetta að hafa boðið konum sem voru ósáttar með greiningu á fastandi blóðsykri upp á sykurþolspróf þar sem konurnar jafnvel hafi staðist það:

Þannig að ég hugsaði með mér, ef við hefðum hengt þetta á hana þarna af því að fastandi sykri var í eina mælingu svona hár þá hefði hún verið komin með alvarlega greiningu, án þess að í rauninni hafa þetta.

Ljósmæður sem unnu við fæðingarþjónustu þyrftu að huga að mörgu:

Audvitað fer maður eftir leiðbeiningunum en svo fer maður líka bara eftir tilfinningu sinni eða bara öðrum áhættuþáttum, þannig að ég hef ekki á tilfinningunni að ég sé að velja rangt þessar konur. Ég er ekki að lenda í vandræðum með sykursýkiskonurnar.

Þrýstingur á að fara eftir leiðbeiningum virtist almennt ekki hrjá ljósmæðurnar en, eins og ein orðaði það:

Ég fæ stundum tilfinningu eins og aðrar ljósmæður. Finnist eins og ég vinni ekki vinnuna mína vegna þess að það tikkaði ekki í eitthvað box sem var samkvæmt einhverju verklagi. Ég veit samt að það grefur ekki undan ljósmæðrahjarta mínu en mér finnst leiðinlegt ef einhver er að hugsa, ok, hún er ekki að vinna vinnuna sína.

Önnur ljósmóðir benti á að um leiðbeiningar en ekki reglur væri að ræða: *einhversstaðar las ég nú að klínískar leiðbeiningar væru nú ekkert eitthvað verklag sem væri skylda að vinna eftir heldur ætti að hafa til hlidsjónar og væru viðurkennd, gagnreynd vinnubrögð. Það að vera tilbúin að horfa alltaf á heildina, konuna, aðstæður hennar, úrræði*

á staðnum og hvernig best sé hægt að sinna henni er kannski það sem einkennir ljósmæður og landsbyggðarljósmæður mest.

UMRÆÐUR UM NIÐURSTÖÐUR

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að reynsla landsbyggðarljósmæðra af því að styðjast við klínískar leiðbeiningarnar um meðgöngusykursýki var tvíþent. Annars vegar voru þær ánægðar með að hafa samhæfðar leiðbeiningar til að fara eftir. Það er í samræmi við niðurstöður Shee o.fl. (2019). Ljósmæðrunum fannst það aukði öryggi að skimað sé eftir meðgöngusykursýki svo konurnar greinist fyrr. Hins vegar upplifðu þær mikla aukningu á meðgöngusykursýki svo sem niðurstöður rannsókna Margrétar Helgu Ívarsdóttur (2015) og Jóhannes Davíðs Purkhús (2019) styður. Þær veltu upp möguleikanum á því að það sem verið væri að greina væri ekki endilega meðgöngusykursýki og bentu á að það hefði valdið mikilli aukningu í álagi á þær sjálfar sem ljósmæður og skjólstaðinga þeirra. Þetta aukna álag má segja að hafi verið óætluð afleiðing leiðbeininganna en Hunter og Segrott (2010) benda einmitt á mikilvægi þess að meta allar afleiðingar verklags, ætlaðar og óætlaðar.

Skortur á næringarfræðingum var áberandi í tali ljósmæðranna og fæstar sendu þær skjólstaðinga sína til næringarfræðinga, þótt leiðbeiningarnar geri ráð fyrir að allar konur með meðgöngusykursýki hitti næringarráðgjafa minnst einu sinni yfir meðgönguna, helst sem fyrst eftir greiningu (Hildur Harðardóttir o.fl., 2012).

Þrátt fyrir að ljósmæðurnar legðu mikla áherslu á að þeim fyndist leiðbeiningarnar alveg skýrar nefndu þær flestar einhver vafaatriði sem þær hefðu viljað fá betri leiðbeiningar um og margar höfðu sniðið verklagið að þörfum kvennanna og aðstæðunum sem þær unnu við. Einnig fannst þeim verkferlið læknaðið. Það að ljósmæðurnar fengu ekki neina kynningu á leiðbeiningunum stangast á við leiðbeiningar stýrihóps landlæknis um gerð klínískra leiðbeininga þar sem sérstaklega er tiltekin nauðsyn þess að hafa ítarlega kynningu á leiðbeiningum fyrir væntanlega notendur (Sigurður Helgason, 2014). Þegar á allt er litið eru áhrif leiðbeininga sem byggja á gagnreyndum rannsóknum miklar og því spurning, hver er það sem gerir þær, fyrir hvern, í hvaða tilgangi og hvernig ætlum við að meta að tilganginum sé náð? Í núverandi Klínískum leiðbeiningum um skimun, greiningu og meðferð sykursýki á meðgöngu (Hildur Harðardóttir o.fl., 2012) stendur að næsta endurskoðun sé áætluð í síðasta lagi þremur árum síðar eða í febrúar 2015. Nú, við gerð þessarar rannsóknar árið 2020, hafa nýjar leiðbeiningar enn ekki verið birtar og því tími fyrir ljósmæður til að koma reynslu sinni og sjónarmiðum að, þannig að raddir og rannsóknir ljósmæðra geti orðið hluti af nýjum leiðbeiningum.

Í viðtölunum kom helst á óvart að ljósmæðurnar voru aðallega ánægðar með leiðbeiningarnar út frá áhrifum þeirra á lífstíl kvennanna, ekki að verið væri að greina konur sem ættu að vera í áhættumeðgöngum. Einnig komu sterk tengsl ljósmæðranna við fagfólk í áhættumeðgönguvernd LSH og SAK nokkuð á óvart, en erlendar rannsóknir hafa frekar bent til að landsbyggðarljósmæðrum þyki ljósmæður á hærri þjónustustigi meta hæfni þeirra lítils (Harris o.fl., 2011). Þetta verður þess athyglisverðara í ljósi þess hve þær lýstu litlu samstarfi við sína samstarfslækna um meðgöngusykursýki, en erlendar rannsóknir hafa frekar bent til að landsbyggðarljósmæður hafi sterk tengsl við samstarfsfólk sitt (Gilkison o.fl., 2018). Hvað veldur þessum mun er erfið að segja en nokkuð hefur verið rætt um ónóga mönnun heilsugæslulækna á Íslandi og fækkun fastráðinna heimilislækna á landsbyggðinni (Svandís Svavarsdóttir, 2018) sem getur dregið úr teymisvinnu ljósmæðra og heimilislækna. Einnig má benda á að hér á landi eru sterk tengsl milli ljósmæðra og fæðingarlækna þar sem flestir þekkjast enda mjög fámennar stéttir sem vinna náið saman.

Takmarkanir rannsókna

Rannsóknin er byggð á fjórtán viðtölum við sjö landsbyggðarljósmæður með mikla starfsreynslu. Varast ber að alhæfa um reynslu landsbyggðarljósmæðra út frá þeim. Þó að áhersla sé hér lögð á það sem einkennir reynslu landsbyggðarljósmæðra hefur reynsla ljósmæðra sem búa nær áhættumeðgönguvernd ekki verið rannsökuð og því ekki hægt að fullyrða hvaða hluti hennar er sérstakur. Einnig gæti það hafa haft áhrif að sum viðtalanna voru tekin augliti til auglitis en önnur sem skype-viðtöl.

Notagildi, breytingar og ábendingar fyrir ljósmæður og heilbrigðisstarfsfólk

Hafa mætti mismunandi vinnuumhverfi ljósmæðra á Íslandi í huga við gerð næstu klínisku leiðbeininga um meðgöngusýkursýki og opna á styðjandi þætti svo sem notkun fjarviðtala við eftirlit og fræðslu til kvenna með meðgöngusýkursýki og þar með léttu nokkru álagi af bæði landsbyggðarljósmæðrum og skjólstaðingum þeirra.

Aukið álag sem skapast vegna áhættumeðgönguverndar á heilsugæslustöðvum mætti vera skilgreint þannig að ljósmæður hefðu meiri tíma til að sinna þeim skjólstaðingum. Opnari aðgangur að leiðbeiningum og verklagsreglum LSH og SAK er mikilvægur. Svo ánægjulega vill til að eftir að þessi rannsókn var framkvæmd hefur aðgangur verið bættr og nú geta flestar landsbyggðarljósmæður bæði notað þær við vinnu sína og frætt konur með meðgöngusýkursýki um þær. Einnig hefur eftirfylgd kvenna eftir meðgöngu verið skýrð með öryggi kvenna að leiðarljósi.

FRAMTÍÐARRANNSÓKNIR

Rannsaka þyrfti reynslu barnshafandi kvenna með meðgöngusýkursýki af meðgönguvernd og hvort hún sé breytileg eftir búsetu. Þar sem samvinna heilbrigðisstétta er sífellt mikilvægari væri áhugavert að skoða viðhorf heilsugæslulækna á landsbyggðinni til leiðbeininga um meðgöngusýkursýki. Skoða þyrfti hvort mönnun heilsugæslulækna sé hindrandi þáttur við aðkomu þeirra að meðgönguvernd á landsbyggðinni. Áhugavert væri einnig að bera saman hópa kvenna sem höfðu aðgang að þjónustu næringarfræðings eða ekki og áhrifa þess á heilsu þeirra á meðgöngu og börnin.

LOKAORÐ

Leiðbeiningar um meðgöngusýkursýki gefa landsbyggðarljósmæðrum aukið öryggi um að þær séu að veita barnshafandi konum sambærilega þjónustu óháð búsetu og aðstoða þær við lífstílsbreytingar. Hins vegar hafa leiðbeiningarnar aukið álag á meðgönguvernd þeirra með mikilli aukningu meðgöngusýkursýki, aukinni þörf á sérfræðiaðstoð, reynslu af læknaþjálfun umhverfi og auknu álagi á konur. Hafa þyrfti aðgang að þjónustu í huga við gerð klínískra leiðbeininga sem taka á upp um land allt.

ÞAKKIR

Þakkir fá ljósmæðurnar sem tóku þátt í rannsókninni, án þeirra hefði þessi rannsókn ekki verið framkvæmd.

HEIMILDASKRÁ

- Alþingi. (2014). Lög um vísindarannsóknir á heilbrigðissviði nr. 44/2014. <https://www.althingi.is/lagas/nuna/2014044.html>
- Ari J. Jóhannesson, Arna Guðmundsdóttir, Ástráður B. Hreiðarsson, Hildur Harðardóttir og Reynir T. Geirsson. (2003). *Klínískar leiðbeiningar um meðgöngusýkursýki*. Verklagsreglur fyrir Kvinnadeild Sykursjúkra á LSH.
- Bergström, A., Skeen, S., Duc, D. M., Blandon, E. Z., Estabrooks, C., Gustavsson, P., ... Wallin, L. (2015). Health system context and implementation of evidence-based practices: development and validation of the context assessment for community health (COACH) tool for low- and middle-income settings. *Implementation Science*, 15(10). doi: 10.1186/s13012-015-0305-2
- Berlinger, N. (2017). Workarounds are routinely used by nurses-but are they ethical? *American Journal of Nursing*, 117(10), 53-55. doi: 10.1097/01.NAJ.0000525875.82101.b7
- Dowling, M. og Cooney, A. (2012). Research approaches related to phenomenology: negotiating a complex landscape. *Nurse Researcher*, 20(2), 21-27. doi: 10.7748/nr2012.11.20.2.21.c9440
- Embætti Landlæknis. (2007a, 6. nóvember). *Dreifibréfi Nr. 4/2007. Leiðbeiningar um val á fæðingarstað*. https://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efirlit/heilbrigdisstarfsfolk/dreifibref/nanar/item15030/Dreifibref_Nr_4/2007_Leiðbeiningar_um_val_a_fadingarstad
- Embætti Landlæknis. (2007b). *Leiðbeiningar um val á fæðingarstað*. <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2818/3304.pdf>
- Embætti Landlæknis. (2014a). *Stigun leiðbeininga. Kerfi til að meta vísindalegan bakgrunn rannsókna sem notaðar eru við gerð klínískra leiðbeininga*. https://www.landlaeknir.is/um-embattid/greinar/grein/item15321/Stigun_leidbeininga
- Embætti Landlæknis. (2014b). *Fyrirvari*. <https://www.landlaeknir.is/um-embattid/greinar/grein/item15313/Fyrirvari>
- Embætti landlæknis. (2018). *Heilsa og líðan Íslendinga*. https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item35880/49_50_zbmiif_BMI_UTGEFID.pdf
- Eva Björg Guðmundsdóttir, Eydis Hrönn Vilhjálmisdóttir, Kolbrún Jónasdóttir og Sigrún Þórisdóttir. (2007). *Spennandi og krefjandi starf. Upplifun hjúkrunarfræðinga starfandi í dreifbýli*. Ritgerð til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði. Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Eva Jónasdóttir og Védís Helga Eiríksdóttir. (2019). *Skýrsla frá fæðingarskráningunni fyrir árið 2017*. <https://www.landspitali.is/default.aspx?pageid=8e5ee741-37cc-48a0-ae95-e25619d05eb3>
- Gilkison, A., Rankin, J., Kensington, M., Daellenbach, R., Davies, L., Deery, R. og Crowther, S. (2018). A woman's hand and a lion's heart: Skills and attributes for rural midwifery practice in New Zealand and Scotland. *Midwifery*, 58, 109-116. doi: 10.1016/j.midw.2017.12.009

- Grunnet, L. G., Hjort, L., Minja, D. T., Msemo, O. A., Møller, S. L., Prasad, R. B., Groop, L., Lusing, J., Nielsen, B. B., Schmiegelow, C., Byghjerg, I. C. og Christensen, D. L. (2020). High prevalence of gestational diabetes mellitus in rural Tanzania-diagnosis mainly based on fasting blood glucose from oral glucose tolerance test. *Int. J. Environ Res Public Health*, 17(9), 3409. doi: 10.3390/ijerph17093109
- Halldórsdóttir, S. (2000). The Vancouver school of doing phenomenology. Í B. Fridlund og C. Hildingh (ritstjóri), *Qualitative methods in the service of health* (bls. 47-81). Lund: Studentlitteratur.
- Harris, F.M., Teijlingen, E., Hundley, V., Farmer, J., Bryers, H., Caldwell, J., Ireland, J.,...Tucker, J. (2011). The buck stop here: Midwives and maternity care in rural Scotland. *Midwifery*, 27(3), 301-307. doi: 10.1016/j.midw.2010.10.007
- Hartling, L. (2013). Benefits and harms of treating gestational diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis for the U.S. preventive services task force and the national institutes of health office of medical applications of research. *Annals of Internal Medicine*, 159(2), 123-129. doi: 10.7326/0003-4819-159-2-201307160-00661
- Hildur Harðardóttir, Ari J. Jóhannesson, Arna Guðmundsdóttir, Ástráður B. Hreiðarsson og Reynir T. Geirsson. (2008). *Klínískar leiðbeiningar um meðgöngusýkursýki*. Reykjavík: Landspítali.
- Hildur Harðardóttir, Ari J. Jóhannesson, Arna Guðmundsdóttir, Ástráður B. Hreiðarsson, Bertha M. Ársælsdóttir, Hörður Björnsson, ... og Reynir Tómas Geirsson. (2012). *Klínískar leiðbeiningar um skimun, greiningu og meðferð sykursýki á meðgöngu*. Reykjavík: Landspítali.
- Hrafnhildur Guðjónsdóttir, Þórhallur I. Halldórsson, Ingibjörg Gunnarsdóttir, Hólfriður Þorgeirsdóttir og Laufey Steingrimsdóttir. (2015). Áhrif búsetu og menntunar á mataræði og líkamspýngdarstuðul kvenna og karla. *Læknablaðið*, 10(1), 11-18. Doi: 10.17992/ibl.2015.01.06
- Hrefna Guðmundsdóttir, Rakel Káradóttir og Þóra Þorleifsdóttir. (2004). *Að starfa sem hjúkrunarfræðingur í heilsugæslu á landsbyggðinni*. Ritgerð til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði. Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Hunter, B., Fenwick, J., Sidebotham, M. og Henley, J. (2019). Midwives in the United Kingdom: Levels of burnout, depression, anxiety and stress and associated predictors. *Midwifery*, 79. doi.org/10.1016/j.midw.2019.08.008
- Hunter, B. og Segrott, J. (2010). Using a clinical pathway to support normal birth: Impact on practitioner roles and working practices. *Birth*, 37(3), 227-236. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00410.x
- Jamieson, E. L., Spry, E. P., Kirke, A. B., Atkinson, D. N og Marley, J. V. (2019). Real-world gestational diabetes screening: problems with the oral glucose tolerance test in rural and remote Australia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(22), 4488. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224488>
- Jóhannes Davíð Purkhus. (2019). *Meðgöngusýkursýki á Íslandi 2015-2017: Tíðni, greiningarskilmerki og afdrif móður og barns*. Ritgerð til B.S. gráðu í lækisfræði. Reykjavík: Háskóli Íslands.
- Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir. (2013). Úrtök og úrtaksaðferðir í eigindlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 129-135). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Kicinski, M., Spragute, D. A. og Kontopantelis, E. (2015). Publication bias in meta-analyses from the Cochrane Database of Systematic Reviews. *Statistics in Medicine* 34, 2781–2793. doi: 10.1002/sim.6525
- Laufey Steingrimsdóttir, Elínborg J. Ólafsdóttir, Lilja Sigrún Jónsdóttir, Rafn Sigurðsson og Laufey Tryggvadóttir. (2010). Reykingar, holdarfarar og menntun kvenna í borg og bæ. *Læknablaðið*, 96(4), 259-279. Doi: 10.17992/ibl.2010.04.286
- Ljósmæðrafélag Íslands. (2000). *Hugmyndafræði og stefna ljósmæðrafélags Íslands*. Í Hildur Kristjánsdóttir, Margrét I. Hallgrímsson, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Valgerður Lisa Þórsdóttir (ritstjórar). <http://www.ljosmaedrafelag.is/Assets/%C3%9Agt%C3%A1fa/lmfistefnumotun.pdf>
- Margrét Helga Ívarsdóttir. (2015). *Meðgöngusýkursýki eftir innleiðingu nýrra klínískra leiðbeininga um skimun fyrir sykursýki á meðgöngu*. Ritgerð til B.S. gráðu í lækisfræði. Reykjavík: Háskóli Íslands.
- Power, A. (2015). Contemporary midwifery practice: Art, science or both? *British Journal of Midwifery*, 23(9), 654-657. doi: 10.12968/bjom.2015.23.9.654
- Saeedi, M., Cao, Y., Fadl, H., Gustafson, H. og Simmons, D. (2021). Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus when implementing the IADPSG criteria: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes research and clinical practice*. 172, 108642. doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108642
- Shee, A. W., Nagle, C., Corboy, D., Versace, V. L., Robertson, C., Frawley, N., ... Lodge, J. (2019). Implementing an intervention to promote normal labour and birth: A study of clinicians' perceptions. *Midwifery*, 70, 46-53. doi: 10.1016/j.midw.2018.12.005
- Sigríður Halldórsdóttir. (2003). Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum á heilbrigðisvísindum* (bls. 249-265). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2013). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 239-280). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigríður Halldórsdóttir og Sigurlína Davíðsdóttir. (2013). Réttmæti og áreiðanleiki í megindlegum og eigindlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 211-227). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurður Helgason f.h. stýrihóps. (2014, 20. febrúar). *Leiðarvísir fyrir vinnuhópa*. Sótt af: https://www.landlaeknir.is/um-embattid/greinar/grein/item15322/Leiðarvísir_fyrir_vinnuhopa
- Sigurður Kristinnson. (2013). Siðfræði rannsókna og siðanefindir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 211-227). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigríður Sía Jónsdóttir og Hrafnhildur Ólafsdóttir. (2008). Skimun á meðgöngusýkursýki og forspárgildi sykurþolsprófa. *Ljósmæðrablaðið*, 86(1), 6-12.
- Svandís Svavarsdóttir. (2018). Svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn frá Ólafi Ísleifssyni um heimilislækna á Íslandi og ráðningar heilsugæslulækna á landsbyggðinni. *148. löggjafarþing 2017-2018. Þingskýjal 1379 — 538. mál*. <https://www.althingi.is/altext/148/s/1379.html>
- Steinunn Jónatansdóttir. (2015). „Þú verður bara að bjarga þér sjálfur“. *Lýsing reyndra hjúkrunarfræðinga á landsbyggðarhjúkrun*. Ritgerð til M.S. gráðu í hjúkrunarfræði. Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- The HAPO Study Cooperative Research Group. (2008). Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 358(19), 1991-2002. doi: 10.1056/NEJMoa0707943

YFIRLIT YFIR ÍSLENSKAR LJÓSMÆÐRARANNSÓKNIR 2020-2021

Íslenskar ljósmæður eiga langa sögu um metnaðarfullt og faglegt starf við barneignarþjónustu og leggja áherslu á að byggja vinnu sína á bestu fánlegu þekkingu hverju sinni. Ljósmæðrablaðið vill styðja við starf ljósmæðra á klíniskum vettvangi með því að koma á framfæri þeirri rannsóknarvinnu sem unnin er af íslenskum ljósmæðrum, einnig þeirri þekkingu sem birtist á öðrum vettvangi.

Með því móti teljum við að efla megi ljósmæður til dáða og stuðla áfram að faglegu, gagnreyndu starfi lesenda okkar.

Þrjár íslenskar ljósmæður stunda um þessar mundir doktorsnám í ljósmóðurfraði, þar sem Edythe Mangindin hefur nú bæst við þær sem fyrir voru, Ingibjörgu Eiríksdóttur og Embla Ýr Guðmundsdóttur. Íslenskar ljósmæður eru sem fyrr öflugar í alþjóðlegu og innlendu rannsóknarsamstarfi, þar á meðal:

- COST verkefnið Childbirth Cultures, Concerns, and Consequences: Dr. Helga Gottfreðsdóttir.
- MiMo módelið, umönnun í barneignarferlinu í norrænu samhengi á forsendum kvenna: Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir.
- The Nordic Homebirth Study: Dr. Berglind Hálfðánsdóttir og Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir.
- Verkefnastyrkur Rannis (styrknúmer 196218-051). Erlendar konur á Íslandi: útkoma á meðgöngu, í fæðingu og eftir fæðingu og samskipti þeirra við heilbrigðiskerfið: Dr. Helga Gottfreðsdóttir, Embla Ýr Guðmundsdóttir og Edythe L. Mangindin.
- COST verkefnið Perinatal Mental Health and Birth-Related Trauma: Maximising best practice and optimal outcomes (CA18211): Dr. Sigfríður Inga Karlsdóttir, Dr. Sigfríður Sía Jónsdóttir og Dr. Valgerður Lís Sigurðardóttir (varafulltrúi).
- Nordic Network of Academic Midwives (NorNAM): Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Dr. Helga Gottfreðsdóttir.
- Nordic welfare center rannsóknarsamstarfið Use of alcohol and other substances during pregnancy – in a Nordic perspective: Dr. Valgerður Lís Sigurðardóttir.
- INTERSECT - International Survey of Childbirth-Related Trauma: Dr. Valgerður Lís Sigurðardóttir og Dr. Emma Marie Swift.
- Verkefnastyrkur Rannis (styrknúmer 218139-051). Áhrifapættir neikvæðrar fæðingarupplifunar afhjúpaðir: faraldsfræðileg nálgun: Dr. Emma Marie Swift, Dr. Helga Gottfreðsdóttir og Dr. Valgerður Lís Sigurðardóttir.
- Verkefnastyrkur Rannis (styrknúmer 195900-053). Hagstæðasta meðgönguvikan fyrir framköllun fæðingar: Erum við á rétttri leið?: Dr. Emma Marie Swift.
- iPOP rannsóknarhópurinn (International Perinatal Outcomes in the Pandemic Study) um áhrifapætti fyrirburafæðinga í heimsfaraldri. Dr. Emma Marie Swift.

Afrakstur rannsókna- og þróunarverkefnis Twinning up North, samstarfsverkefnis íslensku og hollensku ljósmæðrafélaganna, fékk að líta dagsins ljós á síðasta ári á vefsíðunni <https://midwives4mothers.nl/twinning-up-north/>. Á síðunni má finna upplýsingar um fjölmörg áhugaverð verkefni sem ætlað er að efla ljósmæður sem leiðtoga í umræðunni um eðlilegar fæðingar og stuðla að bættri þekkingarmiðlun til verðandi foreldra gegnum rafræna miðla.

Um þessar mundir vinnur hópur íslenskra ljósmæðra að því, í samstarfi við ljósmæður á öðrum Norðurlöndum, að skrifa nýja kennslubók í ljósmóðurfraði. Bókinni er ætlað að verða kennslufni í ljósmæðranámi á Íslandi, í Danmörku, Finnlandi, Noregi og Svíþjóð. Ljósmæðrablaðið mun færa frekari fréttir af nýju kennslubókinni þegar liður að birtingu hennar.

Frá síðasta vori hafa þrjár ritrýndar greinar um rannsóknir íslenskra ljósmæðra birst í Ljósmæðrablaðinu. Á sama tíma hafa í það minnsta sex ritrýndar greinar og tveir bókarkafflar um fjölbreyttar rannsóknir íslenskra ljósmæðra birst á öðrum vettvangi:

Ólöf Ásta Ólafsdóttir ritstýrði fræðilegum hluta í nýrri útgáfu *Ljósmæðratals* Ljósmæðrafélagsins, sem út kom árið 2020. Í Ljósmæðratalinu skrifuðu Ólöf Ásta og félagar bókarkaffla um sögu ljósmæðramenntunar á Íslandi og Helga Gottfreðsdóttir skrifaði kafla um íslenskar ljósmæðrarannsóknir.

Sigfríður Inga Karlsdóttir og samstarfsfélagar í COST verkefninu, Perinatal Mental Health and Birth-Related Trauma: Maximising best practice and optimal outcomes (CA18211) birtu í tímaritinu *PLoS-One* í júlí 2020 greinina **Birth as a neuro-psycho-social event: an integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth**. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32722725/>

Helga Gottfreðsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *European Journal of Midwifery* í júlí 2020 greinina **Models for midwifery care: A mapping review**. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7839165/>

Emma Marie Swift, Helga Gottfreðsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Wellcome Open Research* í febrúar 2021 greinina **The international Perinatal Outcomes in the Pandemic (iPOP) study: protocol**. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16507.1>

Embla Ýr Guðmundsdóttir, Helga Gottfreðsdóttir, Berglind Hálfðánsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* í maí 2021 greinina **Challenges in migrant women's maternity care in a high-income country: A population-based cohort study of maternal and perinatal outcomes**. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.14186>

Ólöf Ásta Ólafsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Women and Birth* í mars 2021 greinina **Being in charge in an encounter with extremes. A survey study on how women experience and work with labour pain in a Nordic home birth setting**. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32057663/>

Emma Marie Swift, Helga Gottfreðsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Women and Birth* í júlí 2021 greinina **Enhanced Antenatal Care: Combining one-to-one and group antenatal care models to increase childbirth education and address childbirth fear**. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519220302742?via%3Dihub>

Í því óvanalega ástandi sem ríkt hefur undanfarið ár hafa íslenskar ljósmæður haldið áfram að sækja ráðstefnur hérlandis og erlendis, þótt margar þeirra hafi farið fram á rafrænu formi vegna aðstæðna. Fræðsludagur Ljósmæðrafélagsins var til að mynda haldinn með rafrænum hætti vorið 2021. Þar voru kynnt spennandi nýsköpunarverkefni ljósmæðra auk þess sem við fengum sögur af því hvernig heimsfaraldur Covid-19 hefur haft áhrif á störf íslenskra ljósmæðra sem starfa í ólíku umhverfi í ýmsum löndum. Talsverður fjöldi íslenskra ljósmæðra kynnti rannsóknir sínar á Líf- og heilbrigðisvísindaráðstefnu Háskóla Íslands, sem send var út rafrænt 2. og 3. júní 2021. Íslenskar ljósmæður áttu einnig sína fulltrúa á alþjóðlegri ráðstefnu ICM, alþjóðasamtaka ljósmæðra, sem haldin var á rafrænu formi fjóra miðvikudaga í júní 2021. Áætlað er að ljósmæður muni geta sótt næstu alþjóðaráðstefnu í eigin persónu á Balí árið 2023 og fréttaritara Ljósmæðrablaðsins hlakka til að vera þar flugur á vegg. Ljósmæðrablaðið hvetur íslenskar ljósmæður eftir sem áður til að næra ljósmæðrahjartað með því að sækja innlendar og erlendar ráðstefnur á ýmsu formi. Til þess má nýta styrki starfsmenntunarsjóðs og starfsþróunarseturs BHM, sem Ljósmæðrafélagið er aðili að.

Berglind Hálfðánsdóttir

LJÓSMYND ÁRSINS 2020

- Viðtal við Þorkel Þorkelsson ljósmyndara

Á hverju ári útnefnið Blaðljósmyndarafélag Íslands ljósmyndir ársins. Mynd ársins 2020 og myndaseríu á ljósmyndari Landspítala, Þorkell Þorkelsson. Myndirnar voru teknar á kvöldvakt í upphafi covid faraldursins, á deildum A6 og A7 í Fossvoggi og þykja myndirnar hafa náð að fanga einstaklega vel ástandið og þann undirtón sem fylgdi störfum á þessum deildum á meðan faraldurinn stóð sem hæðst.

Ljósmyndari Landspítala er ljósmæðrum Landspítala af góðu kunnur og kviknaði sú hugmynd hjá ritnefndinni að kynnað honum og störfum hans betur. Það var því einn eftirmiðdag í mars sem undirrituð settist niður með Þorkeli.

ÁHUGAMÁL VERÐUR AÐ ATVINNU

Hvernig stóð á því að þú gerðist ljósmyndari Landspítala? Hver er þinn ferill áður en það gerist?

Ég er blúinn að vera ljósmyndari eiginlega síðan ég man eftir mér og byrjaði að taka myndir þegar ég var fjögurra ára með Kodak Instamatic 155 og svo elti það mig í gegnum æskuna og upp unglingsárin. Þegar ég var unglingur þá var ég í Björgunarsveit og myndaði svolítið í kringum það og svo hafði ég, eins og margir ungir menn, næmt auga fyrir kvenlegri fegurð og fór að taka tiskmyndir svona 18-19 ára.

Ég var ráðinn á Morgunblaðið þegar ég var tvítugur og var samhliða tiskuljósmyndari þess tíma og fréttaljósmyndari. Ég var á Morgunblaðinu í 21 ár en samhliða því fór ég smám saman að leita meira út í heim af því að ég hef alltaf haft mikinn áhuga á öllu því sem heitir hjálpar- og þróunarstörf. Sem slíkur og sem fréttaljósmyndari þá ferðaðist ég út um allan heim. Mjög mikið um Afríku, Mið-Austurlönd og líka talsvert um Asíu; Suðaustur-Asíu og Norður-Asíu.

Seint og síðar meir skellti ég mér svo í mastersnám í ljósmyndun og við vorum úti hjónin í fjögur ár og vorum í fjórum löndum á þeim tíma. Við bjuggum á Spáni fyrst, síðan í Danmörku í smá stund, Írlandi og Bretlandi.

Í miðju hrúni komum við heim og stofnuðum listagallerý í Borgarnesi, prófuðum það í eitt og hálft ár og ég var í lausamennsku samhliða því. Svo sá ég að það var verið að auglýsa eftir ljósmyndara á spítalanum. Þannig að ég sótti um og endaði hér.

SKRÝTNAR ÍPRÓTTIR ÍRA OG JARÐARFARIR GLÆPAMANNA

Á meðan Þorkell bjó og starfaði erlendis tók hann að sér ýmis konar verkefni

Ég var að vinna til dæmis fyrir skrifstofu á Írlandi og maður tók náttúrulega bara þau störf sem voru í boði og það var tvennt sem stóð sérstaklega útlendingnum til boða. Það var annars vegar að taka upp verkefni eftir aðra, einhver hafði fengið einhvern ódýran ljósmyndara og það hafði klúðrast eitthvað verkefni; ég fékk mjög oft svoleiðis störf. Síðan voru það skrýtnar íþróttir Íra og enn frekar jarðarfarir glæpamanna, sem var mjög vel borgað fyrir, en það vildi enginn Íri gera.

Hverjir voru að borga fyrir myndir úr jarðarförum glæpamanna?

Það voru þá írsku blöðin til að fá fréttir, kannski hafði einhver stór-glæpon verið drepinn, það var verið að jarða hann í dag og þá er fréttamynd af útförinni. Gjarnan tekið með mjög löngum linsum og svona. Þetta var, eins og ég segi, vel borgað og Írarnir vildu ekki gera þetta því þetta var óþægilegt.

Voru þeir hræddir um að fá einhvern á eftir sér?

Já, já, sjálfsagt eitthvað svoleiðis og einu sinni komu reyndar einhverjir

gaurar sem mér leist ekkert á og spurðu mig hvað ég væri að gera og ég sagði þeim það og bar þeim minar samúðarkveðjur, að missa félaga sinn og það fór bara ágætlega á með mér og þessum glæpamönnum í þessu stutta spjalli.

LJÓSMYNDARI LANDSPÍTALA

Þegar Þorkell hóf störf hjá Landspítalanum þá átti hann von á því að hann væri að fara í frekar þægilegt starf, fínt með einhverju öðru en ekki fullt starf.

Svo eru bara breyttir tímar og breyttar áherslur og það kemur í ljós að spítalinn hefur mikinn áhuga á að nýta reynslu mína, sem er að vinna í allskonar almannatengslum og fréttum, til þess að gera starfið sýnilegra. Á Landspítala samskiptadeild sem ég vinn með, þannig að utan um þetta starf sem var klínísk ljósmyndun fyrst og fremst er stór hluti af starfinu orðinn allskonar almannatengsl með innra og ytra kynningarefni spítalans.

Hvernig er dagur, eða vinnuvika hjá þér?

Vinnuvikan getur verið mjög mismunandi og grunnurinn að starfinu er sem sagt klínísk ljósmyndun. Það er mjög mismunandi á milli deilda hversu mikil þörf er á slíku og mjög dæmigert eru alls konar myndatökur fyrir lýtaaðgerðir og myndatökur í ýmis konar aðgerðum eins og ákveðnum tegundum af hjartaaðgerðum. Þá er oft verið að endurnýja kennslufni og eins vilja lækarnir kannski bara sjá hvernig þetta lítur út og vilja þá fá myndir. Til að eiga þá í sjúkrahúsi og skrásetja ákveðna atburði; hvernig er framvindan? Það er nú svona hryggjarstykkið í starfinu.

Svo eru alls konar viðburðir sem eru skrásettir með það að leiðarljósi að draga athygli að þeim. Maður reynir að gera fallegar myndir af einhverjum sem kannski ekki allir hafa áhuga á. Kannski einhverjum fundum, eitthvað sérhæft.

Þá er að mynda starfið; starfsfólkið í vinnu sinni. Það þjónar margþættem tilgangi. Einn tilgangurinn er að skrásetja starf spítalans, enn einn tilgangurinn er að búa til efni sem getur bæði nýst inn á við og út á við. Sem sagt hvað er verið að gera og í hverju við stöndum okkur vel. Við viljum sýna stjórnvöldum, sýna almenningi, skattborgurum, fjölmiðlum, með okkar hætti, hvað við erum að gera, sýna okkar góða starf.

Loks er það þessi innri markaðssetning þar sem starfsfólk finnur til þess að spítalinn hefur áhuga á því sem það er að gera og það er verið að sýna þeirra starf í góðu ljósi, réttu en góðu ljósi, og kannski verið að hampa því, kannski birta það í myndaalbúmi á facebooksiðu spítalans. Kannski dreifa einhverjum myndum út til fjölmiðlanna og miðla þannig upplýsingum.

MYND ÁRSINS 2020

En þessi mynd sem var valin mynd ársins 2020, hvernig varð hún til? Já, þegar covid skellur á þá varð mér náttúrulega ljóst að allt starf spítalans myndi gjörbreytast á einni nóttu og þarna kviknaði bara á gamla fréttaljósmyndanum sem sá bara að þarna var atburður í uppsiglingu.



Þorkell Þorkelsson

Við Ási, eða Ásvaldur Kristjánsson, kvikmyndatökumaður spítalans fórum bara markvisst að reyna að skrásetja starfið. Vegna þess að við vissum að það væri náttúrulega sögulega mikilvægt, við vissum að það væri mikilvægt af öllum þessum ástæðum sem ég nefndi áðan, að eiga þetta til.

Akkúrat þessi mynd, eða þessi séria, er af kvöldvakt á covid-deildunum í Fossvogi sem eru A6 og A7, minnir mig að hafi verið. Í rauninni er ég bara að fylgjast með starfinu sem þarna á sér stað og maður áttar sig á því að þetta er geysilega erfitt starf sem þetta fólk er að vinna - þessar konur. Þetta eru mikið til konur sem eru að vinna í umönnunarstörfunum sjálfum, flestir sjúkraliðarnir og hjúkrunarfræðingarnir eru konur. Auðvitað voru læknar þarna líka en ekki svo mikið á kvöldvaktinni. Þær náttúrulega eru að vinna með þessar óþægilegu grímur, í þessum óþægilegu búningum, við þessar hættulegu aðstæður.

Þetta er mjög aðdáunarvert starf og mjög athyglisvert að fá að fylgjast með því, bæði hvernig þær héldu og halda vel utan um hvor aðra, sem sagt faglega og líka persónulega; svona að þetta hópinn. Ég skynjaði að það væri góður andi á milli þeirra en mjög faglegt andrúmsloft og ég reikna með að í hita leiksins geti fólk ekkert verið að hugsa endilega um alvarleika allra hluta. En svo kemur kannski stund þar sem bráir aðeins af þér.



Ljósmynd ársins 2020

Ég horfi oft eftir því hvernig fólk hegðar sér; ég er alltaf að horfa á fólk, reyna að átta mig á því hvernig það hugsar, hvað það er að fara að gera, hvernig það hreyfir sig og alla þessa hluti. Og þegar ég tók þessa mynd, sá ég að það var eins og hún dytti aðeins út, hún varð svona fjarlæg og mér fannst svona kannski eins og hún væri í reflecting. Hvað segir maður á íslensku? Hún var svona eins og að fá einhverja smá speglun á það sem var búið að gerast. Þarna var náttúrulega fjarveikt fólk. Fólk sem vissi ekki hvort það mundi lifa eða deyja og allt það. Þetta var mjög snemma í faraldrinum og auðvitað hefur þetta áhrif á alla sem koma

nálægt þessu, eins og þið ljósmæður þekkið í ykkar starfi. Þær fóru inn í hópum, voru inni í ákveðinn tíma í búningunum og komu síðan út og hvíldu sig aðeins og næsta holl fór inn. Þær gátu náttúrulega ekki verið í búningunum í átta klukkustundir samfellt, það er ekki hægt. Þannig að þessi mynd, verður bara til þarna, ég sé allt í einu, hún verður svona fjarlæg og ég negli....smelli af.

En covid-myndatökurnar, þær voru svolítið sérstakar að því leitinu til að þú þurftir sjálfur að vera í búning og að setja myndavélina í plastpoka og vera með öryggisgleraugu og grímu. Þegar þú ert kominn með allt þetta þá ertu hættur að sjá í gegnum myndavélina, þú ert kominn með ákveðna fjarlægð frá myndavélinni. Svo er plast yfir myndavélina og þú sérð ekkert í gegnum myndavélina, þú þarft bara að giska á það sem þú ert að gera. Þú þarft þá að þekkja myndavélina sem þú ert að vinna með mjög vel. Þetta var svolítið skrautlegt og ég vissi aldrei fyrr en eftir á hvort það hefði eitthvað komið út úr þessari myndatöku. Þetta var svolítið eins og gamli filmutíminn, þegar verið var að taka og svo varð að framkalla, sjá hvort þetta væri nú í fókus og svona, hvort þetta væri rétt lýst. En það var allt í lagi, ég er gamall refur og þetta var bara svona upprifjun á gömlum tíma.

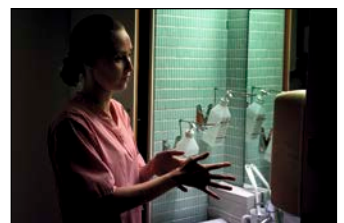
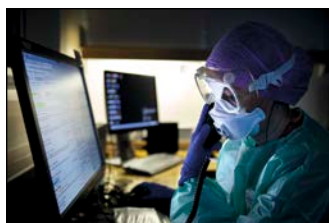
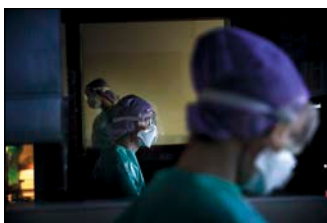
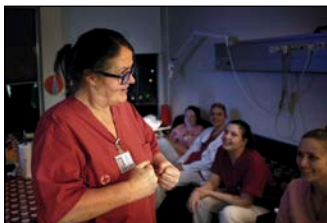
ERFIÐ VERKEFNI Á KVENNASVIÐI

Eitt af verkefnum Þorkels er þjónusta við fæðingarvaktina og meðgöngu- og sængurlegudeild. Þangað kemur hann m.a. til að taka myndir fyrir foreldra af börnum sem fæðast andvana. Þorkell hefur verið mjög liðlegur í þeirri þjónustu og kemur hann hiklaust inn á fríðögum til að taka myndir, sem standa svo foreldrum til boða að eiga. Ég spurði Þorkel hvað hann hefði að leiðarljósi við þær myndatökur.

Já, það eru náttúrulega myndatökur sem eru í eðli sínu afskaplega dapurlegar og það eru andvana fædd börn, eða börn sem deyja þarna mjög snemma, fyrstu dagana, meðan þau eru hjá ykkur. Ég hef litið þannig á að þær myndir, þær myndatökur, þjóni tvenns konar tilgangi. Annars vegar til þess að foreldrarnir eigi minningu um barnið sem þeir voru að missa. Hins vegar hef ég það að leiðarljósi að myndirnar sem ég er að taka séu þess eðlis að þær vekji tilfinningaleg hrif og ég reyni að lýsa þær þannig og taka þær þannig að þær eigi að hleypa út tilfinningum. Ég vil helst að foreldrar sem sjái þessar myndir geti farið að gráta og ég held að það sé, ég veit það ekki, en ég held að það sé gott fyrir þig í þessum aðstæðum að ná að hleypa sorginni út. Min hugsun er að myndirnar, vonandi, geti eitthvað hjálpað til, í þessu hörmulega ferli sem verður þegar fólk missir börnin sín svona.

Við sitjum um stund í þögninni. Þarna er greinilega réttur maður á réttum stað. Við endum þetta með orðum Þorkels:

Ég er bara mjög ánægður í starfi og bara þakklátur fyrir að koma að gagni, ég held að það sé mesta gæfa hvers manns að hafa tilfinningu fyrir því að það sé eitthvað gagn í því eða að einhverjum nýtist það að einhverju leiti.



Ljósmyndaséria ársins 2020

MISMUNANDI ÁHRIF MÍSÓPROSTÓLS EFTIR LYFJALEIÐ



Guðný Björk Proppé,
nemandi í lyfjafræði



Ingibjörg Steinunn Sigurbjörns-
dóttir, nemandi í lyfjafræði



Unnur Ýr Haraldsdóttir,
nemandi í lyfjafræði

Meðhöfundar: Dr. Helga Helgadóttir og Dr. Sveinbjörn Gizurarson, lyfjafræðideild Háskóla Íslands

INNGANGUR

Framköllun fæðingar er ferli þar sem þroskun á leghálsi er flýtt og örvun á samdráttum í legi er framkölluð. Fara þarf varlega þegar gripið er inn í náttúrulegt fæðingarferli og mikilvægt að meta og tryggja öryggi móður og barns [1]. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) gefur þau tilmæli að framköllun fæðingar ætti aðeins að fara fram þegar skýr læknisfræðileg ábending sé fyrir því og ávinningur meðferðar vegi meira en hugsanleg áhætta. Mælt er með framköllun fæðingar eftir 41 viku meðgöngu ($> 40v + 7d$) eða fyrir konur sem gengnar eru fulla meðgöngu og missa legvatnið án þess að fæðing sé hafin [2].

Á síðustu árum hefur framkölluðum fæðingum fjölgað til muna á Íslandi. Frá árunum 2004-2016 fjölgaði þeim um 17,4% á Landspítalanum og árið 2018 voru 28,1% fæðinga framkallaðar [3]. Samkvæmt WHO er tíðni framkallaðra fæðinga í heiminum á bilinu 4,4 - 20% [2]. Því er mikilvægt að til séu öruggar aðferðir til þess að gripa inn í hið náttúrulega fæðingarferli.

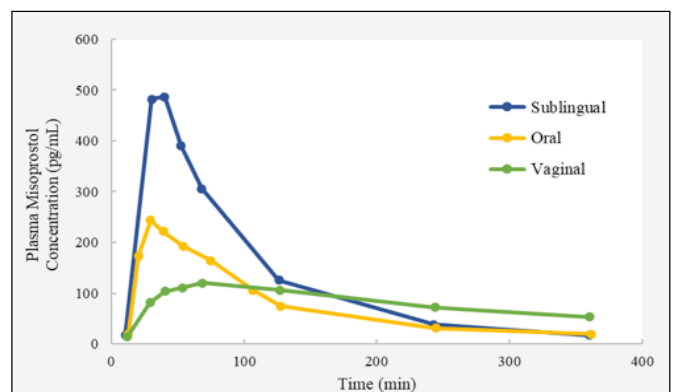
Í þessari grein sem unnin af nemendum í BS námi lyfjafræði í námskeiði um klíniska aðgengisfræði, verður fjallað um tvö lyf sem bæði innihalda mísóprostól (PGE1 prostaglandín) og eru notuð til að setja af stað fæðingu, en eru með miskröftug áhrif. Þegar virkni náttúrulegra efna eru skoðuð, er heillandi að sjá hve viðtæk verkunin er. Mísóprostól er engin undantekning, það hefur mörg hlutverk í líkamanum, en sú verkun sem sóst er eftir er áhrif þess á þroskun leghálsins og örvun á samdrætti legsins [4], m.a. með því að örva virkni ensíms sem kallast metalló-próteinasi-1 og er staðsett í trefjakimfrumum í leghálsi [5].

TVÖ MISMUNANDI LYFJAFORM

Nokkur lyfjaform eru í boði sem innihalda mísóprostól, ýmist eru þau ætluð til inntöku, undir tungu, í leggöng eða í endaparm. Flestar rannsóknir hafa sýnt fram á að sé lyfið sett í leggöng, þá örvi það verulega þroskun leghálsins og sé best til þess fallið að koma af stað fæðingu innan

24 klukkustunda [1, 6-9]. Einnig hefur verið sýnt fram á að konur þurfi minna magn oxytósíns hafi þær áður fengið mísóprostól í leggöngin [6].

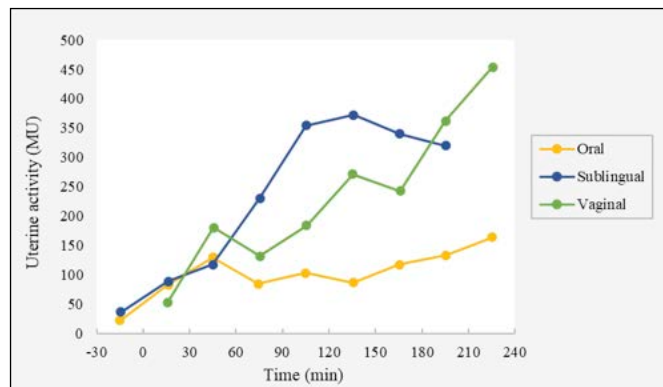
Sé lyfið tekið inn um munn, frásogast það fljótt en skilst einnig hratt út. Gera má ráð fyrir að áhrifin á legið megi sjá eftir u.þ.b. 10 mínútur [10] sem er marktækt styttri en ef það hefði verið sett í leggöng. Við inntöku er minni hætta á oförvun á legi og dregur þannig úr líkum á breytingum á hjartsláttartíðni fösturs [4]. Mynd 1 sýnir samanburð á blóðstyrk og lyfja-hvarfáfræði mísóprostóls eftir mismunandi leiðum. Þar kemur greinilega fram að frásog út í blóðið er hægt eftir að lyfið er gefið í leggöng, en það virkar lengur. Virkni lyfsins er hins vegar staðbundin og verkar m.a. beint á leghálsinn, nokkuð sem ekki næst þegar það er tekið inn í töfluformi. Gera má ráð fyrir að áhrifin hefjist eftir u.þ.b. 1-2 klst og eru í hámarki eftir um 4 klst. Áhrifin á leghálsinn leiðir síðan til beinna áhrifa á legið [7] og þessi virkni er marktækt meiri en ef lyfið hefði verið tekið inn um munn [10]. Þrátt fyrir góða virkni á framköllun fæðinga getur legstillinn sett af stað oförvun á leginu sem síðan leiðir til aukins álags á föstrið



Mynd 1. Meðal blóðstyrkur mísóprostóls eftir mismunandi lyfjaformum [7]

m.a. með auknum hjartslætti [1]. Einnig þarf að hafa í huga blæðingar, legvatnsleka og seytingu frá leggöngum, en allt þetta getur haft áhrif á virkni og frásög misóprostóls frá leggöngum. Því má segja að það sé meiri munur á frásögu og virkni legstíla (skeiðastíla) en t.d. taflanna [11].

Sé misóprostól gefið inn um endaparm fæst sambærilegur blóðstyrkur og með legstílum [7]. Hins vegar fæst ekki staðbundin verkun á legghálsinn og síðan legið. Sé misóprostól sett undir tungu fæst mjög hratt frásög og mikil blóðþéttni, sem er líkleg til að valda ýmsum hliðarverkunum. Þessi lyfjaleið er hins vegar kjörin ef konu blæðir mikið eftir barnsburð (e. postpartum haemorrhage). Þá er mikilvægt að ná fram hröðu og miklu frásögu með kröftugri verkun á legið sjálft. Mynd 2 sýnir þennan mun á virkni í legi eftir lyfjaleiðum.



Mynd 2. Virkni í legi var mæld í Montevideo einingum (MU), eftir misóprostól gjöf. Meðferðarhóparnir voru sem hér segir: leggöng (0,4 mg), til inntöku (0,4 mg) og undir tungu (0,4 mg) [10]

Þegar lyfjagjöf er valin þarf að hafa marga þætti í huga. Mikilvægt er að upplýsa konuna um kosti og galla þeirra úrræða sem eru í boði. Rannsóknir hafa sýnt að konur eru almennt ánægðari með og myndu frekar kjósa misóprostól til inntöku, en að fá það í leggöngin [11-12]. Það er ákveðinn kostur að kona geti tekið lyfið inn sjálf. Einnig geta félagslegar og trúarlegar ástæður legið að baki því að kona kjósi lyfjagjöf um munn fremur en lyfjagjöf í gegnum leggöng [12].

Ekki er mælt með að nota misóprostól til að framkalla fæðingu hjá konum með ör á legi, t.d. eftir keisaraskurð. Visbendingar eru um að hætta sé á legbresti (e. uterine rupture), jafnvel við lága skammta af lyfinu [13]. Einnig hefur komið fram fylgni milli misóprostóls, þegar það er gefið í töfluformi og hærri tíðni af grænlituðu legvatni, þó án frekari fylgikvilla fyrir nýburann [12]. Einnig hafa sumar rannsóknir bent á að tíðni keisaraskurða sé hærri þegar lyfið er gefið um munn [8].

SAMANTEKT

Misóprostól sem prostaglandín er áhrifaríkt lyf til að setja af stað fæðingu. Tvær lyfjaleiðir eru í boði á Íslandi, inntaka í töfluformi eða stílar sem settir eru í leggöng, sem báðar eru áhrifaríkar. Á fæðingarvakt Landspítalans er lyfið í boði til að taka um munn. Rannsóknir ber þó saman um að legstíllinn gefi betri verkun, á margan hátt, sem er kostur fyrir móðurina. Hafa þarf í huga að þættir eins og leki legvatns getur valdið því að minna lyf kemst á verkunarstað og getur þar með haft áhrif á virkni lyfsins. Töfluformið er auðveldara í notkun og margar konur kjósa það frekar, þá eru einnig minni líkur á neikvæðum áhrifum á föstrið með töfluforminu, t.d. með tilliti til aukinnar hjartsláttartíðni.

HEIMILDIR

1. Chen W, Xue J, Peprah MK, et al. A systematic review and network meta-analysis comparing the use of Foley catheters, misoprostol, and dinoprostone for cervical ripening in the induction of labour. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* **123**,346-354, 2016
2. World Health Organization. *Recommendations: Induction of Labour at or beyond Term.*; 2018.
3. Ólafsdóttir ÁH, Kristófersson DM, Karlsdóttir SI. Áhrif framköllunar fæðingar eftir 41. viku meðgöngu á fæðingarmáta og útkomu fæðinga. *Læknablaðið.* **105(3): 115-123**, 2019
4. Sérlyfjaskrá. Samantekt á eiginleikum misoprostols. Netútgáfa 2020:1-8.
5. Abdelhakim AM, Gadallah A-H, Abbas AM. Efficacy and safety of oral vs vaginal misoprostol for cervical priming before hysteroscopy: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* **243**, 111-119, 2019
6. Fisher SA, Mackenzie VP, Davies GAL. Oral versus vaginal misoprostol for induction of labor: A double-blind randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* **185**, 906-910, 2001
7. Allen R, Brien BMO. Uses of Misoprostol in Obstetrics and Gynecology. *Dep Obstet Y Gynecol, Esc Med Warren.* **2**, 159-168, 2009
8. Handal-Orefice RC, Friedman AM, Chouinard SM, et al. Oral or Vaginal Misoprostol for Labor Induction and Cesarean Delivery Risk. *Obstet Gynecol.* 2019;**134**, 10-16, 2019
9. Jahromi BN, Poorgholam F, Yousefi G, Salarian L. Sublingual versus vaginal misoprostol for the induction of labor at term: A randomized, triple-blind, placebo-controlled clinical trial. *Iran J Med Sci.* **41**, 79-85, 2016
10. Aronsson A, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Effects of misoprostol on uterine contractility following different routes of administration. *Hum Reprod.* **19**, 81-84, 2004
11. Radoff KA. Orally Administered Misoprostol for Induction of Labor with Prelabor Rupture of Membranes at Term. *J Midwifery Womens Health.* **59**, 254-263, 2014
12. Hauwa, U., Shittu, O., Audu, B., & Umar, H.-S. A randomized comparison of patient satisfaction with oral and vaginal misoprostol for induction of labor at term. *Archives of international surgery.* **8**, 63, 2018
13. Alfirevic Z, Aflaifel N, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* **6**, 286-286 2014



HVERS VEGNA VELJA KONUR AÐ FÆÐA ÁN AÐSTOÐAR?



Sunna María Schram,
ljósmóðir á fæðingarvakt Landspítala



Berglind Hálfðánsdóttir,
ljósmóðir og dósent við námsbraut
í ljósmóðurfræði Háskóla Íslands

INNGANGUR

Fæðing barns er einn dýrmætasti atburður í lífi hvernar móður og góð fæðingarupplifun getur haft langvarandi jákvæð áhrif á líf og heilsu kvenna í samfélaginu (Steinunn H. Blöndal, 2010; Helga Gottfreðsdóttir, 2016). Barnshafandi konur hafa rétt á því að velja þá leið í barneignarferlinu sem þær telja öruggasta og besta fyrir sig og ófætt barn sitt, samkvæmt gildismati þeirra á hugmyndunum um öryggi og áhættu (Dahlen, Jackson og Stevens, 2011; Murphy, 2016). Að sama skapi er réttur kvenna til að hafna þeirri barn-eignarþjónustu sem þeim stendur til boða tryggður í lögum um réttindi sjúk-linga (nr. 74/1997).

Á ensku eru fæðingar án aðstoðar nefndar freebirth eða unassisted (child) birth og verður notast við íslensku þýðinguna í þessari grein. Fæðing án aðstoðar er þegar kona tekur meðvitaða og upplýsta ákvörðun um að fæða án aðstoðar ljósmóður eða annars heilbrigðisstarfsfólks, þrátt fyrir að slík aðstoð standi til boða. Þetta er róttæk ákvörðun sem getur haft áhrif á útkomu fæðingar og heilsu móður og barns (Feeley og Thomson, 2016b). Ekki er þó hægt að fullyrða með öryggiandi hætti um útkomu móður og barns í fæðingum án aðstoðar þar sem slíkt er erfitt að rannsaka. Erfitt getur reynst að skrá fæðingar sem þessar sökum eðlis þeirra (Feeley, 2015). Ekki má rugla fæðingum án aðstoðar saman við meðgöngur kvenna sem haldið er leyndum eða er afneitað, eða þegar konur hafa skert eða ekkert aðgengi að barneignarþjónustu og hafa því ekki raunverulegt val um aðstoð í fæðingu (Friedman, Heneghan, Rosenthal, 2007; Feeley og Thomson, 2016b).

Sá hópur kvenna sem hefur áhuga á, eða hefur nú þegar fætt án aðstoðar, stækkar nú jafnt og þétt (Wickham, 2016; Dahlen o.fl., 2011; Holten og de Miranda, 2016). Erfitt er að henda reiður á hve margar tilheyra þessu samfélagi kvenna en miðað við fjöldataölur í spjallhópum á netinu, líkt og Free birth society, má áætla að hópurinn sé ört stækkandi, þó hann sé mikill minnihluti fæðandi kvenna í heiminum (Free birth society, e.d.). Samfélagsumræður síðustu missera og skynjaður flótti kvenna frá barneignarþjónustu víða í heiminum gefur tilefni til nánari athugunar á ástæðum þess að konur velja þessa leið. Mikilvægt er að veita þessari þróun athygli og leitast við að endurvinna traust kvenna á ljósmæðraþjónustu. Til þess að það megi verða þurfa ljósmæður að gera sér grein fyrir hvað liggur að baki ákvörðun kvenna að fæða án aðstoðar. Þessi grein byggir á lokaverkefni til kandidatsprófs í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands vorið 2020.

BAKGRUNNUR KVENNA SEM FÆÐA ÁN AÐSTOÐAR

Rannsóknir þar sem sjónum er beint að fæðingum án aðstoðar benda til þess að konur sem fætt hafa með slíkum hætti séu vel upplýstar og sjálfstæðar en mismunandi var hvort rannsóknirnar litu það jákvæðum augum

(Symon, Winter, Donnan og Kirkham, 2010) eða neikvæðum (Thompson, 2013). Rannsóknir sem fundust um efnið miðast allar við vestræn ríki og voru allir þátttakendur þeirra vestrænir, hvítar konur. Þegar leitað var eftir þátttakendum í rannsóknirnar var konum boðin þátttaka í gegnum spjallhópa kvenna sem fætt höfðu án aðstoðar. Meðalaldur kvennanna var 34 ár og var aldursbilið frá 25–42 ár. Stærstur hluti kvennanna var giftur eða í sambúð og allar höfðu þær maka sinn viðstaddan í fæðingunni. Menntunarstig þeirra var í langflestum tilfellum hátt (Feeley og Thomson 2016b; Lindgren, Nässén og Lundgren, 2017; Jackson, Dahlen og Schmied, 2012). Í ástralskri rannsókn kom í ljós að 20% þátttakenda voru starfandi ljósmæður á spítala sem stefndu á fæðingu án aðstoðar eða á heimafæðingu með áhættuþátt (Jackson o.fl., 2012).

Stærsti hluti þátttakenda í rannsóknunum voru fjölbyrjur eða um 85% kvennanna, og áttu þær eitt til þrjú börn hver (Lindgren o.fl., 2017; Jackson o.fl., 2012). Búseta þeirra var dreifð og ekki bundin við ákveðin landsvæði (Feeley og Thomson, 2016b). Í sænskri rannsókn var tekið fram að sex af átta konum rannsóknarinnar hefðu reynt að finna ljósmóður til að sinna sér í heimafæðingu án árangurs en tvær tóku meðvitaða ákvörðun um að fæða án aðstoðar ljósmóður (Lindgren o.fl., 2017).

FLÓTTI FRÁ BARNEIGNARÞJÓNUSTUNNI

Framboð á barneignarþjónustu og afstaða heilbrigðiskerfis til heimafæðinga hafa áhrif á það val sem konur stendur til boða á meðgöngu og í fæðingu. Afstaðan getur verið allt frá því að heilbrigðiskerfið hvetji hraustar konur í eðlilegri meðgöngu til að fæða heima eða á ljósmæðrastýrðum einingum (NHS, 2018) yfir í að kerfið beinlinis mæli gegn því að konur fæði annars staðar en á spítala (Lindgren, Rådestad, Christensson og Hildingsson, 2010). Greiðsluþátttaka ríkja er einnig með mismunandi hætti en í sumum löndum er öll barneignarþjónusta niðurgreidd óháð fæðingarstað, líkt og á Íslandi, í Bretlandi og Hollandi. Á meðan leggja aðrar þjóðir ekki til greiðslur til fæðinga utan sjúkrahúsa nema að takmörkuðu leyti, líkt og í Ástralíu og Svíþjóð (Dahlen o.fl., 2011; Hildingsson, Lindgren, Haglund og Rådestad, 2006; Holten og de Miranda, 2016; Sjúkratryggingar Íslands, e.d.; Björkin, e.d.). Ekki eru til neinar opinberar tölur varðandi tíðni eða útkomu fæðinga án aðstoðar sökum eðlis þeirra og þeirrar staðreyndar að samskipti við heilbrigðiskerfið eru í lágmarki í slíkum fæðingum. Vísbendingar eru hins vegar um að fæðingum án aðstoðar sé að fjölga bæði í Ástralíu og Bandaríkjunum en þessi lönd eru bæði með háa inngripatíðni sem og skert aðgengi að samfelldri ljósmæðraþjónustu (Dahlen o.fl., 2011). Samkvæmt hollenskri rannsókn frá árinu 2013 er áætlað að um 200 konur fæði án aðstoðar í landinu á ári hverju, eða um 0,12% allra fæðinga (Holten og de Miranda, 2016, Lars, 2020).

ÁSTÆÐUR KVENNA FYRIR FÆÐINGU ÁN AÐSTOÐAR

Þær ástæður sem liggja að baki ákvörðun konu um að fæða án aðstoðar hafa verið rannsakaðar kerfisbundið undanfarin ár, á sama tíma og sjónum hefur verið beint að upplifun kvenna af slíkum fæðingum. Þörf fyrir rannsóknir sem þessar hefur aukist samhliða fjölgun fæðinga með þessum hætti víða í heiminum, þó sér í lagi í Bandaríkjunum, Ástralíu, Bretlandi og Hollandi (Feeley Burns, Adams og Thomson, 2015; Dahlen o.fl., 2011; Vogel, 2011; Hollander, de Miranda, van Dillen, de Graaf, Vandenbussche og Holten, 2017). Niðurstöður rannsókna benda til þess að einstaklingsbundnum þörfum fæðandi kvenna sé ekki mætt með fullnægjandi hætti innan barneignarþjónustunnar (Feeley, Burns, Adams og Thomson, 2015; Feeley og Thomson, 2016a).

Meginástæðan fyrir því að konur kjósa að fæða án aðstoðar er sú að þær vilja fá að nýta sjálfraði sitt til að taka upplýsta ákvörðun um fæðingu sína (Holten og de Miranda, 2016). Þó er hægt að skipta ákvörðuninni niður í nokkur undirþema en þau eru sjálfraði kvenna, höfnun á sjúkdómsvæðingu fæðinga, ósk um lífeðlislega fæðingu og slæm fyrri fæðingarreynsla (Feeley o.fl., 2015; Lindgren o.fl., 2017; Dahlen o.fl., 2011). Hér verða þessar fjórar ástæður skoðaðar nánar en stuðst verður við niðurstöður rannsókna og fræðigreinar sem skoðað hafa fæðingar án aðstoðar sem og annað efni tengt umfjöllunarefninu.

SJÁLFRÆÐI

Sjálfraði er hugtak sem hefur sterka tengingu við fæðingar án aðstoðar, en niðurstöður rannsókna benda til þess að hugtakið nái yfir meirihluta þeirra ástæðna sem konur nefna fyrir vali sínu (Feeley og Thomson, 2016a; Lindgren o.fl., 2010; Jackson, o.fl., 2012; Miller, 2009; Freeze, 2008). Ein af grunnstöðum heilbrigðiskerfis hins vestræna heims er sjálfraði einstaklinga og yfirráðaréttur einstaklings yfir eigin líkama (McAra-Couper o.fl., 2011). Siðferðileg afstaða til sjálfraðis er bundin í alþjóðasiðareglum heilbrigðisstétta, þar á meðal ljósmæðra (ICM, 2017). Raunveruleikinn er oft sá að sjálfraði kvenna og ákvarðanir þeirra mæta siðferðilegri andstöðu ljósmæðra sem þar af leiðandi veita konunni ófullnægjandi barneignarþjónustu (Dahlen o.fl., 2011).

Það er mikilvægt að konum sé gert kleift að taka upplýsta ákvörðun um þá þjónustu sem þær kjósa að þiggja eða að hafna í barneignarferlinu. Ljósmæður í meðgönguvernd bera ábyrgð á því að útskýra hvaða valkostir þeim standa til boða og veita skýrar og óhlutdrægar upplýsingar um þá valkosti. Einnig ber þeim að virða þær ákvarðanir sem konur taka. Er þetta í samræmi við lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997 (Landlækniseimbættið, 2008). Konur er einnig heimilt að taka ákvörðun um fæðingarstað og hefur sá réttur verið staðfestur af mannréttindadómstólum (Registrar of the European Court of Human Rights, 2010).

Konur sem fætt hafa án aðstoðar lýsa því hvernig ákvörðunin sé leið þeirra til að viðhalda tilfinningunni um stjórn og upplifaða ábyrgð með því að verja sitt innra sjálf og sjálfstæði (Lindgren o.fl., 2017). Konur í rannsókn Feeley og Thomson (2016b) sem kusu að afþakka einnig meðgönguvernd lýstu því hvernig þær fylgdust sjálfar með líkamlegu heilbrigði sínu á meðgöngunni, svo sem með því að mæla blóðþrýsting og skima þvag. Var þetta liður í meðvitaðri ábyrgð á eigin heilsu og þótti konunum eflandi að finna hvernig þessi ábyrgð væri þeirra að bera en ekki heilbrigðisstarfsfólks.

HÖFNUN SJÚKDÓMSVÆÐINGAR FÆÐINGA

Eitt algengasta stefið í frásögnum kvenna sem fætt höfðu án aðstoðar var höfnun á sjúkdómsvæðingu fæðinga. Konurnar hófu gjarnan frásagnir sínar á því að hafna algjörlega læknisfræðilegri orðræðu um fæðingar, svo sem tilhneigingunni til óþarfs eftirlits (Miller, 2009; Lindgren o.fl., 2010). Töldu konurnar ríkjandi viðhorf til fæðinga vera litað ótta og gagnrýndu þær að flestar fæðingar færu fram á spítala. Sjúkrastofnanir væru í eðli sínu óhentugar staður fyrir fæðingar enda miðuðust þær við meðhöndlun veikinda og sjúklegs ástands (Dahlen o.fl., 2011; Miller, 2009). Einnig töldu þær óviðeigandi að styðjast við túlkun lækna á framgangi fæðinga þar sem þeir nýttu valdastöðu sína og hagsmuni til túlkunar í stað þess að miða við upplifun kvennanna sjálfra. Konurnar útskýrðu hvernig ljósmóðurfræðilega líkanið í fæðingum næði betur utan um þeirra eigin viðhorf og afstöðu til náttúrulegra fæðinga. Þrátt fyrir muninn á læknisfræðilega og ljósmóðurfræðilega líkaninu væru þrátt fyrir það meiri líkindi milli þessara fagstétta en munur. Því var niðurstaða þessara kvenna að með hagsmuni sína og ófæddis barns síns að leiðarljósi væri best að hvorug stéttin kæmi nálægt fæðingunni, ljósmóðir myndi þrátt fyrir allt segja konu hvað hún ætti að finna og upplifa (Miller, 2009).

Sjúkdómsvæðing á sér ekki einungis stað í fæðingunni sjálfri að mati kvenna sem velja að fæða án aðstoðar heldur einnig í annarri barneignarþjónustu, til dæmis í meðgönguvernd og sængurlegu (Feeley og Thomson, 2016a). Konurnar hafa upplifað að umræður ljósmæðra sem byggðar voru á áhættuhugsun og ótta væru notaðar til að stýra vali þeirra í barneignarferlinu. Ef þær völdu að fara ekki eftir ráðleggingum ljósmóður og stöðlum heilbrigðiskerfisins upplifðu þær sig vera stimplaðar sem áhættusæknar. Olli þetta þeirri tilfinningu að þær ættu ekki samleið með hefðbundinni meðgönguvernd og þar með væru þær útilokaðar frá barneignarþjónustunni (Plested og Kirkham, 2016). Konurnar upplifðu að þær legðu aðra merkingu í hugmyndina um áhættu og öryggi í fæðingu heldur en kerfið og starfsmenn þess (Jackson o.fl., 2012).

Áhættuorðræða í meðgönguvernd sem leggur áherslu á dánartíðni, sjúkleika og áhættu eykur meðvitund kvenna um dauðann. Sú meðvitund getur enn fremur valdið tilvistarlegum áhyggjum barnshafandi kvenna sem síðan er ekki fylgt eftir af heilbrigðisstarfsfólki (Plested og Kirkham, 2016). Þetta getur leitt til skorts á trausti í meðferðarsambandi ljósmóður og móður sem sækir þá frekar í stuðning utan kerfis sem byggir á salutogenesis eða hugmyndinni um heilbrigði í barneignarferlinu (Feeley og Thomson, 2016a).

ÓSK UM LÍFEÐLILEGA FÆÐINGU

Þriðja undirþema ástæðna þess að konur kjósa að fæða án aðstoðar er ósk þeirra um lífeðlislega fæðingu án truflana og inngripa (Feeley o.fl., 2015; Lindgren o.fl., 2017; Dahlen o.fl., 2011; Feeley og Thomson, 2016a). Hluti kvennanna telur sig standa vörð um náttúrulegt ferli meðgöngu og fæðingar án utanaðkomandi afskipta eða inngripa með því að hafna kerfisbundinni barneignarþjónustu (Feeley og Thomson, 2016a). Þær telja störf ljósmæðra að einhverju leyti ónáuðsynleg og að mikilvægara sé að hafa trú á eigin getu til að fæða barn en að treysta á nærveru ljósmóður. Afstaða þessara kvenna er sú að fæðingar séu eðlilegur hluti lífsins en ekki sjúklegt ástand sem krefjist aðkomu heilbrigðiskerfisins. Þær höfðu kynnt sér til hlitar lífeðlisfræði fæðinga og bjargráð og töldu að fæðing væri náttúrulegri, sjálfstæðari og persónulegri án ljósmóður (Miller, 2009).

Í eiginlegri viðtalsrannsókn frá Svíþjóð um upplifun kvenna af fæðingum án aðstoðar ræddu konurnar um að nærvera ljósmóður geti verið hugsanleg ógn við innsæi þeirra og ferli fæðingarinnar. Töldu konurnar að starf ljósmóður væri ekki einungis fylgið í því að vera stuðningur við konur í fæðingu heldur stæði starfið einnig fyrir læknisfræðilega hugmyndafræði varðandi fæðingar, sem samræmdist ekki þeirra eigin. Þessi afstaða ljósmæðra ógnaði þar með hinni fæðandi konu sem þarfnast stuðnings frá einstaklingi sem styður hana í að fylgja innsæi sínu í stað þess að fylgja kerfisbundnum tilmælum heilbrigðiskerfisins fyrst og fremst (Lindgren o.fl., 2017).

SLÆM FYRRI FÆÐINGARREYNISLA

Fjórdi og síðasta undirþemað í ákvörðun kvenna sem kjósa að fæða án aðstoðar er slæm fyrri fæðingarreynsla (Feeley og Thomson, 2016b; Lindgren o.fl., 2017; Jackson, o.fl., 2012; Hollander o.fl., 2017). Í rannsókn Lindgren o.fl. kom í ljós að allir þátttakendurnir nema einn hafði upplifað slæma fyrri fæðingu á spítala en fæðingarótti er fimm sinnum algengari meðal kvenna með slæma fyrri fæðingarreynslu (Lindgren o.fl., 2017). Konur með slíka reynslu eru líklegri til að leggja áherslu á að upplifa stjórn í næstu fæðingu en þær fara ólíkar leiðir til þess. Þær sem kjósa að fæða heima vegna erfiðrar fyrri fæðingarreynslu sækjast eftir því að fæða fjarri stofnanavæddu umhverfi og forræði heilbrigðisstarfsfólks til að auka líkurnar á að stjórnin sé þeirra (Cheyney, 2008). Konurnar sem fætt höfðu heima sögðust tengja spítalann við áföll frá fyrri fæðingu sem og önnur áföll í lífinu, til dæmis ástvinamissi, slys og sjúkdóma og því gátu þær ekki hugsað sér að fæða inni á þeirri stofnun (Dahlen o.fl., 2011).

Í blaðaviðtali við einu íslensku konuna sem staðfest er að hafi fætt án aðstoðar nefnir hún að fyrri fæðingarreynsla sín hafi ekki verið jákvæð. Orsakaðist það af því að ljósmæður hennar í heima fæðingu hafi tekið stjórnina af henni og sent hana á spítala í miðri fæðingu þar sem henni hafi verið gefin mænurótardeyfing. Fæðingin hafi í sjálfu sér ekki verið slæm en upplifunin hafi skilið eftir óbragð í munni hennar, líkt og hún orðaði það. Leggur hún áherslu á að hún líti ekki á fæðingar sem læknisfræðilegan viðburð (Kristlín Dís Ingilínardóttir, 2019).

Í eiginlegri viðtalsrannsókn Feeley og Thomson nefndu þrjár kvennanna að hafa upplifað skilningsleysi ljósmóður í meðgönguvernd þegar þær ræddu slæma fyrri fæðingarreynslu. Konurnar ræddu um að þeim hefði ekki fundist hlustað á sig og það hefði verið gert lítið úr ákvörðunarrétti þeirra. Það hafi

orðið til þess að þær hafi á endanum ákveðið að fæða án aðstoðar, til þess að koma í veg fyrir að þurfa að eiga í samskiptum við ljósmóður sem fram að þessu hefðu verið lituð neikvæðum tóni (Feeley og Thomson, 2016a). Þegar ákvörðun um að fæða án aðstoðar hafði verið tekin áttu konurnar það sameiginlegt að upplifa pressu frá ljósmóður um að láta af ákvörðun sinni og fylgja þess í stað stöðlum heilbrigðiskerfisins um val á fæðingarstað og fæðingarmáta. Einstaklingsbundnum þörfum kvennanna var þar af leiðandi ekki mætt (Feeley og Thomson, 2016b).

UMRÆÐUR - GILDI FYRIR LJÓSMÓÐURFRÆÐI

Markmið ljósmæðra ætti að vera að skapa grundvöll í barneignarþjónustu til samskipta við konur sem einkennast af samvinnu, jákvæðni, skilningi og fordómaleysi, sama með hvaða hætti konur kjósa að fæða. Kjósi kona að fæða án aðstoðar er mikilvægt að samskiptin við ljósmóður í meðgönguvernd séu á þá leið að ákvörðuninni sé sýndur skilningur og að konan hljóti hlutlausar upplýsingar frá ljósmóður um hugsanlegar afleiðingar ákvörðunnar, byggðar á gagnreyndri þekkingu (Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997). Þannig skapast vettvangur til umræðna og stuðnings komi til þess að konan óski eftir aðstoð í fæðingu, telji hún þörf á því (Feeley og Thomas, 2016a). Það er mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk kynni sér ástæður þess að kona hafni þeirri umönnun sem henni stendur til boða, ekki síður en að leggja áherslu á að fækka þeim tilfellum sem konur upplifa fæðingu sína sem áfall (Hollander o.fl., 2017).

Nýlega birtist á netinu frásögn konu sem fætt hafði án aðstoðar erlendis með alvarlegum afleiðingum fyrir barn sitt, sem lést í fæðingunni. Í fæðingunni sem hófst ekki fyrr en á 45. viku meðgöngu grunaði hana að ekki væri allt með felldu, en hún hafði óskað sér að sleppa við gangsetningu vegna meðgöngulengdar. Konan hafði haldið sig alveg utan þjónustu heilbrigðiskerfisins og í stað þess að leita til ljósmóður leitaði hún ráða á spjallsvæði kvenna sem fætt hefðu einar, með fyrrgreindum afleiðingum (Zadrozny, 2020). Sýnir þetta hve mikilvægt það er að barnshafandi kona og ljósmóðir byggji upp samband sem einkennist af sterkum tengslum, trausti og virðingu.

Hugmyndafræði ljósmóðurfræði byggir á því að veita einstaklingsbundna og heildræna þjónustu byggða á gagnreyndri þekkingu (Ljósmæðrafélag Íslands, e.d.). Niðurstöður rannsókna benda til þess að slíkt sé ekki alltaf raunin. Afleiðingin getur orðið sú að konur upplifi vonbrigði og óöryggi á meðgöngu og afþakki í kjölfarið faglega aðstoð í barneignarferlinu (Feeley og Thomson, 2016b). Meðgönguvernd þarf að veita konum með slæma fyrri fæðingarreynslu aukinn stuðning og ljósmæður þurfa að endurvinnna traust kvenna sem hafa orðið fyrir slíku áfalli. Konurnar þurfa hvatningu til að búa til fæðingaráætlun sem eflir þær í að verða virkir þátttakendur í ákvarðanatöku. Sú staðreynd að konur kjósi að fæða án aðstoðar til að skapa rólegt fæðingarandrámsloft, laust við klínískar truflanir sem geta haft neikvæð áhrif á lífeðlislegt ferli fæðingar ætti að vera ljósmæðrum hvatning til að gera betur í starfi sínu (Feeley og Thomson, 2016b).

Meginmarkmið ljósmæðra sem sinna konum sem kjósa að fylgja ekki hefðbundnum leiðum í barneignarferlinu, ætti ekki að vera að þvinga þær til að fylgja klíniskum leiðbeiningum heldur frekar að reyna að koma í veg fyrir að þær taki ákvarðanir sem geta haft neikvæðar afleiðingar, með upplýstri umræðu og samtali (Hollander o.fl., 2017). Ráðleggingar til ljósmæðra við innleiðingu slíks samtals eru samkvæmt Hollander o.fl. (2017) að endurhugsa áhættuorðræðu, að bera virðingu fyrir sjálfræði konunnar og fyrir því trausti sem hin barnshafandi kona hefur til lífeðlislegra fæðinga, og vera tilbúna að veita barneignarþjónustu sem er laus við ótta eða óttastjórnun.

Í ljósi þess að þeim konum sem velja að fæða án aðstoðar hefur fjölgað víða í heiminum, sér í lagi í þeim löndum þar sem tíðni inngripa í fæðingar hefur aukist, er mikilvægt að ljósmæður séu vakandi fyrir þróun þessara mála hér á landi. Það er innan við eitt ár síðan íslensk kona valdi að fæða án aðstoðar og var mikið rætt um það víða í samfélaginu. Sjaldnast er ein báran stök og því má velja því fyrir sér hvort fleiri konur fylgi fordæmi þessarar konu í kjölfarið. Niðurstöður nýlegra rannsókna benda til þess að þær ástæður sem liggja að baki þeirri ákvörðun að fæða án aðstoðar séu fjórar talsins. Þær eru sjálfræði kvenna, höfnun á sjúkdómsvæðingu fæðinga, ósk um lífeðlislega fæðingu og slæm fyrri fæðingarreynsla. Með ákvörðun sinni veita konur sem fæða án aðstoðar heilbrigðisstarfsfólki óbeint aðhald varðandi sjúkdómsvæðingu, stuðning við lífeðlislegar fæðingar og virðingu fyrir sjálfræði barnshafandi kvenna.

Konur sem fæða án aðstoðar eru með ákvörðun sinni að senda skilaboð um afstöðu sína til fæðinga. Það er í verkahring ljósmæðra að hlusta á raddir kvenna og vera talsmenn þeirra í barneignarferlinu. Séu ljósmæður meðvit-

aðar um að hafa ávallt siðareglur, hugmyndafræði, hugsjónir og eigið ljósmóður-hjarta að leiðarljósi geta þær sannarlega veitt konum framtíðar þá þjónustu sem þær óska eftir.

HEIMILDASKRÁ

- Björkin. (e.d.). Fæðing. Sótt af <https://www.bjorkin.is/faeding>
- Cheyney, M. J. (2008). Homebirth as systems-challenging praxis: Knowledge, power, and intimacy in the birthplace. *Qualitative Health Research*, 18(2), 254–267. doi:10.1177/1049732307312393
- Dahlen, H. (2010). Undone by fear? Deluded by trust? *Midwifery*, 26(2), 156–162. doi:10.1016/j.midw.2009.11.008
- Dahlen, H., Jackson, M. og Stevens, J. (2011). Homebirth, freebirth and doulas: Casualty and consequences of a broken maternity system. *Women and Birth*, 24(1), 47–50. doi:10.1016/j.wombi.2010.11.002
- Feeley, C. og Thomson, G. (2016a). Tensions and conflicts in ‘choice’: Womens’ experiences of freebirthing in the UK. *Midwifery*, 41, 16–21. doi:10.1016/j.midw.2016.07.014
- Feeley, C. og Thomson, G. (2016b). Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16. doi:10.1186/s12884-016-0847-6
- Feeley, C., Thomson, G. og Downe, S. (2019). Caring for women making unconventional birth choices: A meta-ethnography exploring the views, attitudes, and experiences of midwives. *Midwifery*, 72, 50–59. doi:10.1016/j.midw.2019.02.009
- Feeley, C., Burns, E., Adams, E. og Thomson, G. (2015). Why do some women choose to freebirth? A meta-thematic synthesis, part one. *Evidence Based Midwifery*, 13(1), 4–9. Sótt af <https://search.proquest.com/docview/1679254081?accountid=135943>
- Freeze, R. (2008). *Born free: Unassisted childbirth in North America* (óbirt doktorsritgerð). University of Iowa. Sótt af <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1387&context=etd>
- Friedman, S., Heneghan, A. og Rosenthal, M. (2007). Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. *Psychosomatics*, 48, 117–122. doi:10.1176/appi.psy.48.2.117
- Helga Gottfredsdóttir. (2016). Betri fræðsla og fæðing. Sótt af https://www.hi.is/visindin/betri_fræðsla_og_faeding
- Hildingsson, I. M., Lindgren, H. E., Haglund, B. og Rådestad, I. J. (2006). Characteristics of women giving birth at home in Sweden: A national register study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195(5), 1366–1372. doi:10.1016/j.ajog.2006.03.050
- Hollander, M., de Miranda, E., van Dillen, J., de Graaf, I., Vandenbussche, F. og Holten, L. (2017). Women’s motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: A qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 423. doi:10.1186/s12884-017-1621-0
- Holten, L. og de Miranda, E. (2016). Women’s motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on “birthing outside the system. *Midwifery*, 38, 55–62. doi:10.1016/j.midw.2016.03.010
- ICM. (2017). *Core Document Bill of Rights for Women and Midwives*. Sótt af https://international-midwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-bill_of_rights.pdf
- Jackson, M., Dahlen, H. og Schmied, V. (2012). Birthing outside the system: Perceptions of risk amongst Australian women who have freebirths and high risk homebirths. *Midwifery*, 28(5), 561–567. doi:10.1016/j.midw.2011.11.002
- Kristín Dis Ingilínardóttir. (2019, 10. ágúst). *Tök á móti eigin barni í baðkarinu heima*. Visir. Sótt af <https://www.visir.is/g/2019190819998>
- Landlæknisembættið. (2008). *Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu*. Sótt af <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2548/4407.pdf>
- Lars, K. (2020). *Total number of live births in the Netherlands 2008–2018*. Sótt af <https://www.statista.com/statistics/519994/total-number-of-live-births-in-the-netherlands/>
- Lindgren, H., Nässén, K. og Lundgren, I. (2017). Taking the matter into one’s own hands – Women’s experiences of unassisted homebirths in Sweden. *Sexual and reproductive healthcare*, 11, 31–35. doi:10.1016/j.srhc.2016.09.005
- Lindgren, H., Rådestad, I., Christensson, K. og Hildingsson, I. (2010). Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth. *Midwifery*, 26, 163–172. doi:10.1016/j.midw.2008
- Ljósmæðrafélag Íslands. (e.d.). *Alþjóðasíðareglur ljósmæðra*. Sótt af <https://www.ljosmaedrafelag.is/ljosmodir/althjodasidareglur#II.Starf%20lj%20C3%B3sm%20C3%A6%20C3%B0ra>
- Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.
- McAra-Couper, J., Jones, M. og Smythe, L. (2011). Caesarean-section, my body, my choice: The construction of ‘informed choice’ in relation to intervention in childbirth: *Feminism and Psychology*, 22(1), 81–97. doi:10.1177/0959353511424369
- Miller, A. C. (2009). “Midwife to Myself”: Birth Narratives among Women Choosing Unassisted Homebirth. *Sociological Inquiry*, 79(1), 51–74. doi:10.1111/j.1475-682x.2008.00272.x
- Murphy, M. (2016). *Maternal autonomy: British Journal of Midwifery*, 24(5), 371–373. doi:10.12968/bjom.2016.24.5.371
- NHS. (2018). Where to give birth: The options. Sótt af <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/where-can-i-give-birth/>
- Plested, M. og Kirkham, M. (2016). Risk and fear in the lived experience of birth without a midwife. *Midwifery*, 38, 29–34. doi:10.1016/j.midw.2016.02.009
- Registrar of the European Court of Human Rights. (2010, 14. desember). *Chamber Judgment Ternovszky v. Hungary 14.12.2010: Legal uncertainty prevented mother from giving birth at home*. Sótt af <https://www.womenslinkworldwide.org/en/files/1250/official-press-release.pdf>
- Sjúkratryggingar Íslands. (e.d.). *Sjúkradagpeningar*. Sótt af <https://www.sjukra.is/heilbrigdisthjonusta/sjukradagpeningar/nanar-um-skilyrði-sjukradagpeninga/>
- Stevens, J., Dahlen, H., Peters, K. og Jackson, D. (2011). Midwives’ and doulas’ perspectives of the role of the doula in Australia: A qualitative study. *Midwifery*, 27(4), 509–516. doi:10.1016/j.midw.2010.04.002
- Steinunn H. Blöndal. (2010). *Stuðningur og yfirseta í fæðingu. Bæklingaröð Ljósmæðrafélags Íslands*. Sótt af http://www.ljosmodir.is/asset/332/yfirseta_stuðningur_faeding.pdf
- Symon, A., Winter, C., Donnan, P. T. og Kirkham, M. (2010). Examining autonomy’s boundaries: A follow-up review of perinatal mortality cases in UK independent midwifery. *Birth*, 37(4), 280–287. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00422.x
- Thompson, A. (2013). Midwives’ experiences of caring for women whose requests are not within clinical policies and guidelines. *British Journal of Midwifery*, 21(8), 564–570.
- Wickham, S. (2016). *Unassisted birth: listening and learning from the minority*. Sótt af <https://www.sarawickham.com/articles-2/unassisted-birth-listening-and-learning-from-the-minority/>
- Zadrozny, B. (2020, 21. febrúar). *She wanted a ‘freebirth’ with no doctors. Online groups convinced her it would be OK*. NBS News. Sótt af <https://www.nbcnews.com/news/us-news/she-wanted-freebirth-no-doctors-online-groups-convinced-her-it-n1140096?fbclid=IwAR2mcekUSdyU-23vYmSSMJKR0afGDe0fXN7Bp6y0-DH8EcZ6ooS9lpEa3dk>

METÁR Í FÆÐINGUM Á ÍSLANDI

- Tekur kvennadeild Landspítala endalaust við?

Það stefnir í metár í fæðingum á Íslandi og er áætlað að um 15% fleiri börn muni fæðast í júní og júlí á þessu ári miðað við árið á undan. Það verður því metfjöldi kvenna og barna sem þarf að sinna á meðgöngu, í fæðingu og eftir fæðinguna og er gífurlega mikilvægt að sinna þessu af kostgæfni og fagmennsku.

Um tíma hefur verið skortur á ljósmæðrum um land allt og mikið rætt um aðstöðuleysi á sjúkrastofnunum sem sinna verðandi og nýjum foreldrum í fæðingu og sængurlegu. Það er því mikilvægt að staldra við og spyrja sig hvort við séum nógu vel undirbúin fyrir þessa fjölgun. Þar sem við vitum með nokkrum fyrirvara um fjölgun fæðinga, þá höfum við yfirleitt nokkra mánuði til að bregðast við og undirbúa okkur vel en það hefur ekki verið gert.

Kvennadeild Landspítala er stærsti fæðingarstaður landsins en þar fæðast um 75% barna á Íslandi. Starfsemin einkennist af fagmennsku en einnig af undirmönnun og aðstöðuleysi. Það segir sig því sjálft að 15% aukning í fæðingum mun hafa veruleg áhrif á starfsemina nema við gripum fast og örugglega í taumana. Aðstöðuleysi lýsir sér t.d. í því að stundum þurfa konur sem ekki geta farið snemma heim og fengið heimaþjónustu í sængurlegu frá ljósmóður að tvímenna á herbergjum í sængurlegu. Þá er aðstaðan fyrir maka þannig að honum er boðinn stóll til að hvíla sig á og nýir foreldrar hafa ekki mikið pláss til að athafna sig. Á tímum covid- takmarkanna hefur maki ekki haft tækifæri til að vera á sængurlegudeildinni á nóttunni á þeim stofum sem tvær konur liggja sængurlegu og því hefur samvera nýrra foreldra verið rofin. Þetta er alltaf slæmt fyrir nýja foreldra sem vilja nýta dýrmætan tímann til að kynnast barninu sínu og fara yfir atburði síðustu klukkutíma saman. En þetta er sérstaklega slæmt þegar kona hefur verið í erfiðri fæðingu, sem hugsanlega endaði sem bráðakeisari eða með því að barn þarf að leggjast inn á Vökudeild. Þá er algerlega ömurlegt að þurfa að senda maka heim frá konu og barni. Lengi hefur verið þörf á betri aðstöðu fyrir þessar fjölskyldur sem verður enn brýnni við yfirvofandi fjölgun fæðinga. Afar mikilvægt er að bjóða öllum nýjum foreldrum bestu aðstæður til að hvíla sig eftir fæðingu, kynnast barninu sínu og fá stuðning og þjónustu frá ljósmæðrum, hjúkrunarfólki og læknum.

Oft á tíðum er mikið þúsluspil að koma öllum fyrir á meðgöngu- og sængurlegudeild LSH og einkennist starfið á stundum af því að útskrifa þurfi konur og börn eins hratt og mögulegt er svo unnt sé að koma öðrum nýrri foreldrum fyrir á deildinni. Þetta skapar óþarfa streitu fyrir nýja foreldra og það heilbrigðisstarfsfólk sem þeim sinnir. Miðað við hversu oft þessar aðstæður koma upp nú þegar, þá er erfitt að ímynda sér hvernig þetta verður með 15% fleiri fæðingum á næstu mánuðum.

Kvennadeildin er einnig verulega undirmönnuð og vantar ljós-



Dr. Emma Marie Swift,
ljósmóðir á meðgöngu- og
sængurlegudeild LSH og
lektor við Háskóla Íslands

mæður og hjúkrunarfræðinga á allar deildir. Slík undirmönnun gerir það að verkum að það starfsfólk sem vinnur á deildunum þarf að hlaupa hraðar á vaktinni og taka aukavaktir til þess að brúa bil sem annars myndast. Það er daglegt brauð að finna þurfi starfsfólk til að manna vaktir og því mikið álag þegar sífellt er verið að hringja eða senda skilaboð með bön um að mæta á aukavaktir. Þetta er hægt að gera í skamman tíma en getur ekki verið langtímaplan á eins stórum vinnustað og Landspítali er. Afleiðingin er úrvinda starfsfólk sem á í mikilli hættu á því að lenda í kulnun eða öðrum streitutengdum veikindum.

Ljósmæður og hjúkrunarfræðingar sem sinna barnshafandi konum og nýjum foreldrum á kvennadeildinni sinna sínum skjólstæðingum af mikilli kostgæfni, fagmennsku og hugsjón og er ekki ólíklegt að einmitt þess vegna hafi þessi undirmönnun og aðstöðuleysi viðgengist eins lengi og raunin er. En það er óforsvaranlegt

að biðja þetta sama starfsfólk um að hlaupa nú ennþá hraðar, og ekki er hægt að ætlast til þess að við komumst yfir öll verkefni á gleðinni og hugsjóninni einni saman.

Heilsa móður og barns við fæðingu er mikilvægur mælikvarði á almenna heilsu þjóðar og því til mikils að vinna að allar barnshafandi konur, nýir foreldrar og nýburar fái fyrsta flokks þjónustu í gegnum allt ferlið innan Landspítala og utan hans.

Ég skora því á heilbrigðisyrfirvöld að veita meira fé í þennan málaflokk.



MEISTARAVERKEFNI Í LJÓSMÓÐURFRÆÐI TIL STARFS- RÉTTINDA OG LJÓSMÆÐUR ÚTSKRIFAÐAR VORIÐ 2021

NEMANDI	HEITI VERKEFNIS	LEIÐBEINANDI
Hafrós Lind Ásdísardóttir	Ákvarðanataka og virðing í meðgönguvernd lýsandi þversniðsrannsókn	Emma Marie Swift
Lilja Kristín Guðjónsdóttir	Fræðsluþarfir frumbyrja um verkun og aukaverkanir ólíkra leiða til verkjastillingar í fæðingu- þróun og forþrófun spurningalista	Berglind Hálfðánsdóttir, Embla Ýr Guðmundsdóttir og Þórdís Björg Kristjánsdóttir
Ilmur Björg Einarsdóttir	Fæðingarsögur Bjarkarinnar. Eigindleg etnógrafísk frásagnargreining	Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Elfa Lind Einarsdóttir	Fæðingarstellingar kvenna á Íslandi árin 2012-2018: Lýðgrunduð ferilrannsókn	Helga Gottfreðsdóttir og Embla Ýr Guðmundsdóttir
Hildur Holgersdóttir	Eðlilegar og eftirmálalausar fæðingar á Íslandi á árunum 1999-2018	Emma Marie Swift
Laufey Rún Ingólfssdóttir	Fæðingarstofan: Vettvangsathugun og einstaklingsviðtöl við ljósmæður	Helga Gottfreðsdóttir
Kristín Hálfðánardóttir	Ákvarðanataka ljósmæðra um heima-fæðingarþjónustu við konur með frábendingar: Eigindleg fyrirbærafræðileg rannsókn	Berglind Hálfðánsdóttir og Steinunn H. Blöndal
Lilja Vigfúsdóttir	Tíðni fyrirburafæðinga hjá íslenskum og erlendum konum á Íslandi á árunum 1997-2018: Lýðgrunduð ferilrannsókn	Helga Gottfreðsdóttir og Embla Ýr Guðmundsdóttir



Efri röð til vinstri: Hildur, Laufey Rún, Ilmur Björg, Ylfa Lind. Neðri röð: Lilja, Kristín, Lilja Kristín

STOLT, KÆRLEIKUR, FRAMÞRÓUN, SAMSTAÐA

Þegar vinkona mín og skólasystrir úr hjúkrunarfræði stakk upp á því við mig hvort ég væri ekki til í að sækja um í ljósmóðurfræði með henni, þótti mér það lítið spennandi. Mér þótti við fyrstu tilhugsun sem um frekar einhæfan starfsvettvang væri að ræða. Mér sem þótti svo gaman að hjúkra, bæði konum og körlum.

Ég átti þá þegar fjögur börn og allar vinkonurnar voru einnig í barneign svo mér fannst ég hafa verið beint og óbeint í samvistum við barnshafandi konur og nýbakaðar mæður í mjög langan tíma. Ég sá þá ekki alveg sjarma í því að gera það að starfsvettvangi utan heimilis, að ræða um og takast á við meðal annars hormónasveiflur, grindarverki, svefnleysi, brjóstapöku og gyllinæð.

Við vinkonurnar sömdum að lokum um að senda umsóknir í tvo háskóla í mjög ólíkar námsbrautir og fara í það nám sem við kæmumst í. Og viti menn, það fór svo að ljósmóðurfræðin valdi mig.

Fyrir það er ég ævarandi þakklát. Ég sá fljótt hvað ég hafði rangt fyrir mér þegar ég hélt að ljósmóðurstarfið væri einhæft. Það er svo fjarri lagi. Starfssvið hinnar íslensku ljósmóður er víðfeðmt og sífellt að verða fjölbreyttara. Ég finn ljósmóðurhjartað fara stækkandi og takturinn styrkist eftir því sem árunum frá útskrift fjölgar. Það eru svo sannarlega forréttindi að vera ljósmóðir, að tilheyra stétt ljósmæðra og geta starfað við sitt fag.

Ég hef upplifað þróun starfsstéttarinnar ýmist sem ljósmóðir, þjónustuþegi eða hvoru tveggja sl. Þrjá áratugi og hér í hugleiðingum mínum ætla ég að tipla á stóru yfir þá sögu frá mínu sjónarhorni. Það breyttist margt á þeim 22 árum sem liðu frá því að ég átti mitt elsta barn og þar til ég átti það yngsta og enn hraðari þróun hefur mér þótt eiga sér stað eftir að sú yngsta fæddist (2013) og til dagsins í dag.

Þegar elsti drengurinn minn fæddist í júní árið 1992 var Fæðingarheimilinu svokallaða lokað í fyrsta sinn hluta úr sumri. Það var því ekki annað í boði en að hann myndi fæðast á Landspítalanum.

Á þeim tíma tíðkaðist að konur lægju sængurlegu í a.m.k. 5 daga. Ég lá þá á stofu með þremur öðrum konum, pabbarnir voru sendir heim. Börnin voru á vöggustofu fyrir miðjum ganginum og einungis komið með þau inn til mæðra sinna þegar þau áttu að fá að drekka (á 4 tíma fresti að mig minnir) og þá átti bara að gefa annað brjostið í einu (allar konur sem sagt komnar með slagsíðu á 3ja degi). Gestir máttu sjá börnin í gegnum stóran glugga á vöggustofunni. Börnin áttu að liggja á maganum og fengu snuð um leið og komið var á deildina. Ekki tíðkaðist að konur eða börn þeirra væru í fatnaði að heiman á meðan á innlögn stóð. Ljósmæður böðuðu börnin strax og að mig minnir á hverjum degi, það var ekkert sem mæðurnar áttu að vera að vasast í.

Sex árum síðar fæddi ég annan dreng, einnig á Landspítalanum. Þá var búið að loka Fæðingarheimilinu endanlega, mörgum til ævarandi söknuðar. Allt hafði breyst! Nú var engin vöggustofa lengur. Börnin áttu alls ekki að sofa á maganum, öll skyldu skorðuð á hlið. Börn áttu alls ekki að fá snuð á fyrstu dögum lífs síns. Kona og barn klæddust sínum fótum en ef ekki væri komið með fót að heiman var hægt að fá lánuð fót. Ekki átti að baða börnin því fösturfitan var svo góð. Leggjá átti barnið á brjóst eins oft og það vildi og konan gat. Og, konan mátti bara leggja barnið á það brjóst sem hún vildi og hvert á eftir öðru ef henni sýndist svo. Pabbarnir máttu vera meira á staðnum og konur skyldu útskrifaðar heim eins fljótt og þær höfðu heilsu til, í mínu tilfelli eftir um 12 klst. Svona fleytti fram breytingunum á þeim tíma og kollvarpaðist flest sem unnið var eftir, aðeins sex árum síðar, yfir í mjög ólíkar leiðbeiningar.



Katrín Sif Sigurgeirsdóttir,
ljósmóðir

Íslenskar ljósmæður eru ekki margar en ótrúlega öflugar. Þrátt fyrir mikla breidd í ljósmæðrastéttinni, þá er einhver ljósleiðari sem liggur í gegnum hjörtu allra íslenskra ljósmæðra. Hann er svo öflugur að ljósmæður hafa náð að viðhalda þekkingarþorsta sínum og stöðugri leit að framþróun og bættu verklagi, meira vinnuhagræði og betri útkomu.

Ljósmæður á Íslandi eru aðlögunarhæfar, vel menntaðar og metnaðarfullar fyrir hönd stéttarinnar og skjólstaðinga sinna. Flestar erum við duglegar að hvetja hver aðra áfram og leggjast á eitt við að standa vörð um fagið okkar. Það hefur oft reynt á samtakamáttinn, hvort sem er í baráttu okkar fyrir menntuninni, starfsvettvangi eða kjörum. Við erum kannski heldur þægar og þolinmóðar og því hafa sumar breytingar tekið langan tíma. En, við komumst þangað sem við ætlum okkur að lokum og alltaf er það samtaka-

mátturinn sem skiptir öllu máli.

Lyftum hver annarri upp, bæði innan vinnustaðar, í féluginu okkar og ekki sist í opinberri umræðu. Það vex sem þú veitir athygli, það á svo sannarlega við um okkur. Sýnum hver annarri athygli og hvatningu, við græðum allar á því. Gefum hver annarri svigrúm til að hafa aðrar skoðanir og aðra nálgun og fögnum fjölbreytileikanum, þannig vöxum við og styrkjumst.

Breytingarnar frá því að yngsta barnið mitt fæddist, árið 2013 eru líkt og ég tiltók hér að framan einnig ansi miklar. Ljósmæður hafa verið mjög öflugar við að útvinna starfssvið sitt og nýta þannig betur viðtæka menntun sína og reynslu. Ljósmæður hafa tekið yfir skimanir fyrir leghálskrabbameini, bætt við sig menntun í nýburaskoðunum, um getnaðarvarnaráðgjöf og í kjölfarið fengið réttindi til ávísana á getnaðarvarnaryfjum.

Ljósmæður hafa komið að þjónustu við fólk í frjðsemismæðferðum, rannsakad og látið sig varða breytingaskeið kvenna. Komið að útgáfu fræðsluefnis á mjög fjölbreyttu formi, svo sem með bókaútgáfu, bæklingum, haldið úti vefsíðum, boðið upp á hlaðvörp, öpp og greinaskrif bæði í dagblöðum og vefmiðlum þeirra. Einnig aukið úrval námskeiða fyrir verðandi foreldra.

Ljósmæður hafa látið sig jaðarsetta skjólstaðinga varða með aðdáunarverðum hætti og bætt verulega í þjónustu við þann hóp og framtíðin lofar góðu. Ljósmæður hafa unnið að því að bjóða upp á fjölbreyttari valkosti þegar kemur að fæðingarstað og náð að styrkja stöðir og ímynd heima-fæðingarþjónustu. Ljósmæður hafa með samtakamætti sínum komið af stað jákvæðri umræðu um barneignarferlið í samfélaginu og í kjölfarið vitundarvakningu á mikilvægi ljósmóðurstarfsins. Íslenskar ljósmæður hafa látið að sér kveða á erlendra grund, ljósmæðrarannsóknir eflast og þar með birtingar fræðigreina í háskólasamfélaginu. Þær hafa tekið að sér meira af stjórnumarstörfum og hafa áhrif á pólitískum vettvangi.

Ljósmóðurstarfið er kvíkt, það er skemmtilegt, gefandi og gríðarlega fjölbreytt.

Vöndum okkur við breytingar. Höfum það ávallt hugfast að sjálfsmat okkar endurspeglast út á við. Það er okkar að vera metnaðarfullar, viðhalda menntun okkar og færni og verð- setja svo þjónustu okkar í samræmi við það. Það er auðvelt að gjaldfella starfsframlagið ef samstaða rýrnar og því ávallt mikilvægt að standa föstum fótum, allar sem ein - og vera einhuga í að hlúa að stéttinni okkar.

Ást og friður.



MEÐ ÞÉR ALLA ÆVI

LSR er til staðar fyrir þig á mörgum helstu tímamótum ævinnar.
Sem sjóðfélagi öðlastu víðtæk réttindi – kynntu þér þau á lsr.is.

Hjá okkur geturðu líka fengið **séreignarsparnað**, sem er ekki aðeins
bein launahækkun fyrir þig, heldur líka ein besta sparnaðarleið sem völ
er á. Við bjóðum einnig **fasteignalán**, bæði verðtryggð og óverðtryggð.

Nú geturðu sótt um bæði séreignarsparnað og fasteignalán
á vefnum okkar. Kynntu þér málið á lsr.is.