

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ



Tímarit Ljósmeðrafélags Íslands 2. tbl. - 93. árgangur - desember 2015
– Journal of the Icelandic Midwives Association –

ÁHRIF ÁTRÖSKUNAR Á
MEÐGÖNGU OG FÆÐINGU

FRÆÐILEG SAMANTEKT UM
SKAPABARMAAÐGERÐIR

SKIMUN FYRIR
SÁRASÓTT Á MEÐGÖNGU

FRÉTTIR AF
LANDSBYGGÐINNI

LJÓSMÆÐUR Í BÓKMENNTUM

VIÐTAL VIÐ LJÓSMÆÐUR
Á LEITARSTÖÐINNI



Vellíðan fyrir kynfærasvæðið



Hreinsifroða
með mjólkursýrum

Tíðatappar
með mjólkursýrugerlum

Krem með
mjólkursýrugerlum

Lyktareyðir
með
mjólkursýrum



Vellíðan



Mjólkursýrur

Viðhalda eðlilegu pH-gildi

Ellen vörurnar innihalda mjólkursýrur sem hjálpa til við að halda jafnvægi á gerlaflórunni og viðhalda eðlilegu pH-gildi.

Vörurnar fást í öllum helstu apótekum.



Ellen tíðatappar og vörur með mjólkursýrugerlum

ellen®



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

Ábyrgðarmaður
Áslaug Valsdóttir, formaður LMFÍ
formadur@ljosmaedrafelag.is

Ritnefnd
Hrafnhildur Ólafsdóttir, ritstjóri
S. 846 1576 hrafno@internet.is
Sigrún Ingvarsdóttir
sigrun81@gmail.com
Rut Guðmundsdóttir
srg25@hi.is

Ritstjórn fræðilegs efnis
Ólöf Ásta Ólafsdóttir
olofol@hi.is
Berglind Hálfðánsdóttir
bugsy@internet.is
Embla Yr Guðmundsdóttir
emblayrg@gmail.com
Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir
ingbjorghre@simnet.is

Myndir
Geður Óskarsdóttir
Guðlaug Pálsdóttir
Þorkell Þorkelsson
Arney Þórarinsdóttir
Hrafnhildur Ólafsdóttir
Shutterstock

Prófarkalestur
Arna Jónsdóttir
arnakj@gmail.com

Auglýsingar
Dóra Stephensen
dorabs@simnet.is

Umbrot og prentvinnsla
Prentun.is

Ljósmaðrablaðið er opinbert tímarit
Ljósmaðrafélags Íslands og er öllum
ljósmaðrum heimilt að senda efni í
blaðið. Greinar sem birtast í blaðinu eru
alfarið á ábyrgð greinahöfunda og end-
urspegla ekki endilega viðhorf ritstjóra,
ritnefndar eða Ljósmaðrafélagsins. Það er
stefna ritnefndar að a.m.k. ein ritrýnd grein
sé í blaðinu hverju sinni og hún áskilur sér
rétt til að hafna greinum sem eru málefnum
ljósmaðra óviðkomandi. Gert er ráð fyrir
að gefa út tvö tölublöð á ári. Skilafrestur
er í samráði við ritnefnd og skal efni berast
á tölvutæku formi.

Forsíða
Mynd: Shutterstock

ISSN nr. 1670-2670

Efnisyfirlit

- 4 Ritstjórapistill
- 6 Ávarp Formanns
- 7 Áhrif átröskunar á meðgöngu og fæðingu
Valgerður Lísu Sigurðardóttir, Arna Ingimundardóttir, Sigríður Arna Júlíusdóttir og Herdís Sveinsdóttir
- 15 Fræðileg samantekt um skapabarmaaðgerðir
Herdís Sveinsdóttir, Eygló Einarsdóttir og Hildur Þóra Sigfúsdóttir
- 22 Skimun fyrir sárasótt á meðgöngu
Elsa María Þór og Helga Gottfreðsdóttir
- 26 Fæðingarsaga - nemaverkefni
Heiða B. Jóhannsdóttir
- 28 Ljáðu mér eyra 15 ára
Birna Ólafsdóttir, Guðlaug Pálsdóttir, Hrafnhildur Ólafsdóttir, Jóhanna V. Hauksdóttir og Valgerður Lísu Sigurðardóttir
- 30 „Ef ljósmaður hefðu ekki tekið þennan bolta þá hefði einhver annar gert það“
Viðtal við Ljósmaður á Leitarstöðinni
- 32 Dagar (og nætur) í lífi heima fæðingaljósmóður
Arney Þórarinsdóttir
- 34 Fréttir af landsbyggðinni
Erla Rún Sigurjónsdóttir, Jónína S. Birgisdóttir, Jónína Salný Guðmundsdóttir, Anna María Oddsdóttir, Herborg Pálsdóttir og Hrafnhildur Ólafsdóttir
- 39 „Ljósmóðurstörf eru lífið sjálft“
Steinunn Blöndal
- 42 Ljósmóðir af Guðs náð
Rut Guðmundsdóttir
- 44 Pistill formanns kjaranefndar
Edda Sveinsdóttir
- 45 Ljósusystur - Oddrúnarpistill
Anna Margrét Einarsdóttir og Heiður Sif Heiðarsdóttir
- 46 Hugleiðingar ljósmóður
Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Lesið ljósmæður blaðið?

Vinnan við að safna efni, lesa yfir allar greinar, halda utan um greinar og myndir og vinnsla við próförför er oft erfið og tímafrek en skemmtileg vinna. Því kom mér það á óvart þegar ég frétti af því í haust að margar ljósmæður læsu ekki blaðið og væru jafnvel að kvarta yfir því að Ljósmæðrablaðið væri of þungt aflestrar, að það vanti meira af léttara efni í það. Þá er örugglega verið að tala um það að ljósmæðrum finnist of mikið af ritrýndum greinum og fræðigreinum. Ég fór heim og fletti í gegnum gömul blöð. Við gefum út tvö blöð á ári, þar birtast ein til tvær ritrýndar greinar og síðan ein til tvær fræðslugreinar. Oftast er um helmingur blaðsins léttari greinar eins og fréttir af félagsmálum, verkefni frá ljósmóðurmema og frásagnir af starfi íslenskra ljósmæðra hérlandis og erlendis. Við verðum að hafa það í huga að Ljósmæðrafélagið er ekki fjölmennt félag, ekki hægt að segja að það „rigni inn“ greinum. Við þurfum yfirleitt að biðja fólk um að skrifa. Ljósmæðrablaðið er bæði fag- og félagatímari. Blaðið er hugsað fyrir allar ljósmæður hvort sem þær vinna á gólfinu eða við rannsóknir. Ljósmæðrablaðið er eina tímaritið á Íslandi þar sem er að finna greinar um barneignarferlið og heilsu kvenna. Höfundar eru að stærstum hluta ljósmæður en einnig hafa skrifað í blaðið hjúkrunarfræðingar, fæðingarlæknar, sjúkrahjálparar og lyfjafræðingar svo eitthvað sé nefnt. Ekki veit ég hversu stór hluti ljósmæðra les ekki blaðið, tek þetta ekki persónulega, en mig langar til að biðja ljósmæður að koma með tillögum um hvernig bæta megi blaðið, hægt að senda á mig póst. Einnig vil ég nefna að það er öllum frjálst að skrifa í blaðið.

Í desember er ég alltaf spurð hvenær Fylgjan, dagbók ljósmæðra, komi út, enginn spyr um Ljósmæðrablaðið. Það má segja að Fylgjan hafi verið hálfgerð biblíja fyrir okkur ljósmæður. Þar hefur verið mikill fróðleikur sem er farið yfir á hverju hausti. Þessi dagbók er dýr, bæði vinnslan við textann þó að textinn hafi verið nánast sá sami ár eftir ár, og prentunin. Nokkur umræða hefur verið í stjórni Ljósmæðrafélagsins um hvort hætta eigi að gefa út Fylgjuna. Margar ljósmæður eru farnar að setja vaktirnar inn í snjallsímann sinn og allt fræðsluefni er til á netinu. Í ár var ákvörðun tekin um að gefa bara út dagbók til tveggja ára og sleppa öllu fræðsluefni. Líklegt er að þetta verði síðasta Fylgjan sem verður prentuð.



Hrafnhildur Ólafsdóttir,
ritstjóri Ljósmæðrablaðsins

Þá að efni blaðsins. Átröskun er alvarlegur geðsjúkdómur sem leggst oftast á konur á barn-eignaraldri. Meðgangun er viðkvæmur tími og getur átröskun verið áhrifavaldur á heilsu móður og barns. Í blaðinu er ritrýnd grein um þetta efni, í niðurstöðum kemur fram að konur með átröskunarsjúkdóma beri það ekki endilega utan á sér og tilhneiging sé til að fela sjúkdóminn. Ljósmæður eru í lykilhlutverki þegar kemur að greiningu átröskunar á meðgöngu.

Undanfarið hefur orðið mikil umræða um fegrunaraðgerðir á kynfærum kvenna. Skiptar skoðanir eru á þessum aðgerðum, flestir sem vinna við barn-eignarferlið, ljósmæður og fæðingarlæknar, telja að þessar aðgerðir séu algjörlega ónáuðsynlegar og skaði frekar en hitt. Í blaðinu er fræðslugrein um skapabarmaaðgerðir, í niðurstöðum greinarinnar kemur fram að helstu ástæður þess að konur sækist eftir því að fara í aðgerð á skapabörnum séu líkamleg óþægindi vegna stórra skapabarna, skömm og óánægja vegna útlits kynfæra, óþægindi eða kvíði

sem tengist kynlífi og væntingar um betra kynlíf. Vísbendingar eru um að konur sem sækjast eftir því að fara í aðgerðir á skapabörnum séu með líkamsröskun og hafi neikvæða líkamsmynd.

Ég held að það sé algengt að almenningur telji að ljósmæður vinni eingöngu við að taka á móti börnum, það er nú alls ekki svo. Ljósmæður eru vel menntaðar og vinna víða. Stærsti vinnustaðurinn er Landspítalinn, þar vinna ljósmæður við mæðravernd, fæðingarhjálp, sængurlegu, ráðgjöf, á kvenlækningadeild og vökudeild svo eitthvað sé nefnt. Ljósmæður vinna út um allt land, í blaðinu skrifa ljósmæður sem starfa á landsbyggðinni, þar lýsa þær starfinu sínu. Ljósmæður vinna einnig við að taka krabbameins-sýni og er gaman að nefna það að á Leitarstöðinni sjá eingöngu ljósmæður um sýnatökuna. Í blaðinu er viðtal við þrjár ljósmæður sem vinna á Leitarstöðinni. Ljósmæður starfa einnig við heima-fæðingar og er frásögn í blaðinu af ljósmæðrum sem starfa hjá Björkinni.

Skemmtileg umfjöllun er um ljósmæður í bókmenntum í blaðinu. Þær Rut og Steinunn Blöndal skrifa grein um hvernig ljósmæður birtast í skáldsögum og ævisögum. Ég vona að ljósmæður lesi blaðið, held að það gæti komið þeim á óvart hversu fjölbreytt efni er í Ljósmæðrablaðinu. Sendi jóla- og nýárskveðjur til allra lesenda.



Ljósmæðrafélag Íslands óskar öllum ljósmæðrum og fjölskyldum þeirra, gleðilegra jóla og farsælsdar á nýju ári. Þökkum þeim fjölmörgu ljósmæðrum sem unnið hafa óeigingjarnt starf fyrir félagið.

Með kærri kveðju / Stjórn Ljósmæðrafélags Íslands

Dualit®

HARÐ- SNÚINN BLANDARI



Öflugur 1000W blandari frá Dualit, sem hentar vel fyrir heimili og smærri fyrirtæki. Ný tækni, svokölluð VortecS, tryggir að ekkert botnfall myndast og árangurinn verður silkimjúkir drykkir og súpur.

Dualit blandarinn er með sérstaka ísmulningsstillingu og mylur jafnt ísmola sem og frosna ávexti á 10 sekúndum.

- 2ja lítra harðplastkanna - sterk og höggþolin
- Auðvelt að losa könnu - létt og þægileg
- Má fara í uppvottavél

Verð kr. 41.224,- m.vsk.

FASTUS

Veit á vandaða lausn

Barátta ljósmæðra

Árið 2015 hefur verið erfitt í allri kjarabaráttu og það var það svo sannarlega fyrir ljósmæður líka. Það er ekki ætlunin að fara að rekja atburði ársins hér enda öllum í fersku minni. Það er þó langt í frá að þetta sé í fyrsta sinn sem ljósmæður standa í baráttu. Það vakti mig til umhugsunar þegar Erla Doris Halldórsdóttir, sem er að skrá sögu félagsins sl. 30 ár og áætlað er að komi út á 100 ára afmælinu, sagði við mig hvað það væri skrítið hvað ljósmæður hefðu þurft að berjast mikið fyrir sínu, miklu meira en bæði hjúkrunarfræðingar og læknar.

Ég fór að hugsa um stéttina og fagið í heild sinni og sé að þetta er rétt. Nær ekkert hefur komið auðveldlega til okkar. Þegar ég fór að skoða skjalasafn félagsins komst ég að því að sem formaður félagsins er ég númer 16 í röðinni, í sama sæti og hið eftirminnilega lag Gleðibankinn forðum daga. Hver einstakur formaður á undan mér hefur haft sín sérstöku baráttumál. Til dæmis þurfti að berjast hart fyrir því að fá ljósmæður inn í heilsugæsluna og í erindisbréfi hjúkrunarforstjóra við heilsugæslustöð frá 1980 stendur að hjúkrunarforstjóri skuli annast eða hafa umsjón með mæðravernd og ung-/smábarnavernd. Einnig átti hún að annast ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf, barneignir, föstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir. Mæðravernd mátti ef kostur var vera í höndum ljósmóður. Það er ekki langt síðan þetta var en nú finnst okkur þetta sjálfsagt mál að ljósmæður starfi við heilsugæsluna og eiginlega bara hlægilegt að þannig hafi það ekki alltaf verið svo. Einnig þurfti baráttu til að deildarstjórar á kvennadeild yrðu ljósmæður og ekki má gleyma stanslausri baráttu við barnalækna um ýmis málefni.

Fyrst skal telja baráttu fyrir frönsku aðferðinni sem læknar voru alfarið á móti og veittust þeir freklega að Huldu Jensdóttur ljósmóður sem var fyrir um 35 árum að reyna að innleiða þessa aðferð sem samkvæmt nútímanum er ekki einu sinni aðferð heldur almenn skynsemi eins og til dæmis að draga úr ljósum á fæðingarstofunni og að barnið fari strax í fang móður. Rök lækna voru meðal annars að ef ljós yrðu dempuð mundu ljósmæðurnar ekki sjá naflastrenginn. Það var barátta fyrir vatnsfæðingum og voru þar ýmis þung orð látin falla af hálfu lækna. Ekki má gleyma baráttu fyrir heimaafæðingum. Sú barátta stendur hálfpartinn ennþá og er mikilvægt að allt gangi



Áslaug Valsdóttir
formaður Ljósmæðrafélags Íslands

vel og samkvæmt bókinni til að ekki gjósi upp mótstaða þar.

Margt fleira má telja sem tapast hefur. Búið er að leggja niður starfsemi þar sem ljósmæður réðu ríkjum, þar er fremst í flokki Fæðingarheimilið, MFS og Hreiðrið. Ýmsir staðir í dreifbýlinu sem áður voru fæðingarstaðir eru það ekki lengur. Þá er ótalin staða yfirljósmóður við Heilsugæsluna í Reykjavík. Í mínum huga eru aðallega tvær ástæður fyrir því að það er slæmt að misaa þá stöðu, það er slæmt að missa "valdastöður" ú höndum ljósmæðra og það er eðlilegt að ljósmæður hafi formlega faglegan yfirmann og eins vantar „góðar“ og eftirsóknarverðar stöður fyrir ljósmæður.

Það eru mörg fleiri mál sem ljósmæður hafa barist fyrir og unnið sum en tapað líka. Það verður þannig að þegar mál vinnast og árin liða þá man enginn lengur eftir því að þetta kostaði baráttu. Þess vegna er svo mikilvægt að missa

ekki neitt frá okkur sem búið er að berjast fyrir áður.

Ljósmæður eru mjög vel menntuð stétt sem þarf að nýta betur, það getur ekki verið eðlilegt að jafnmargar ljósmæður útskrifist nú og fyrir 100 árum þrátt fyrir helmingi fleiri fæðingar og mun meiri heilsufarsvanda mæðra. Baráttan heldur áfram, við þurfum fleiri stöður og að vikka okkar starfssvið og við þurfum aukin völd innan "kerfisins". Við getum glaðst yfir því að vera komnar með nánast alla sýnatöku vegna hópleitar Krabbameinsfélagsins en við megum ekki stoppa þar. Við verðum sem stétt að vera vakandi fyrir þeim tækifærum sem gefast og grípa þau. Nú er verið að ræða breytt rekstrarform í heilbrigðiskerfinu (lesist einkavæðing). Við getum ekki komið í veg fyrir breytingarnar, hvaða skoðun sem við kunnum að hafa á þeim svo að það er mikilvægt að grípa tækifæri sem þar gefast ef einhver verða. Aldrei má sofna á verðinum nú frekar en áður. Ljósmæður hafa sýnt það undanfarna tæpa öld að þær eru baráttujaxlar og bara það að litla félagið okkar skuli enn lifa góðu lífi og hafa styrkst á þessu erfiða ári 2015 sýnir úr hvaða efni stéttin er gerð.

Ég vil þakka öllum þeim félagsmönnum sem starfað hafa fyrir félagið á árinu fyrir sitt óeigingjarna starf og óska öllum ljósmæðrum og fjölskyldum þeirra gleðilegra jóla og farsældar á komandi ári.



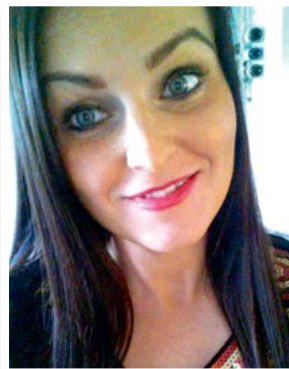
Áhrif átröskunar á meðgöngu og fæðingu



Valgerður Lís Sigurðardóttir,
sérfræðiljós móðir MSc, og
klínískur lektor Landspítala



Arna Ingimundardóttir,
hjúkrunarfræðingur BSc,
Landspítala



Sigríður Arna Júlíusdóttir,
hjúkrunarfræðingur BSc,
Landspítala



Herdís Sveinsdóttir,
hjúkrunarfræðingur PhD,
Háskóla Íslands, Landspítala

ÚTDRÁTTUR

Átröskun er alvarlegur geðsjúkdómur sem leggst oftast á konur á barneignaraldri. Meðgöngu er viðkvæmur tími og getur átröskun verið áhrifavaldur á heilsu móður og barns. Tilgangur þessarar fræðilegu samantektar var að skoða samband átröskunar á meðgöngu við fylgikvilla meðgöngu og útkomuþætti fæðingar.

Leitað var að rannsóknarheimildum í gagnasöfnum PubMed, Cinahl og Scopus og með því að skoða heimildaskrár greina sem fundust. Úr þeirri leit voru 16 greinar sem byggja á samanburðar-rannsóknum metnar nothæfar.

Meginniðurstöður eru að rannsóknum ber ekki saman um áhrif átröskunar á meðgöngu og fæðingu. Sterkustu tengsl fundust milli átröskunar á meðgöngu og fæðingarþyngdar þar sem tíu af tólf rannsóknum sýna að átröskun móður getur haft áhrif á fæðingarþyngd barns. Hvað varðar önnur áhrif á meðgöngu og útkomu fæðingar eru rannsóknarniðurstöðurnar misvisandi. Sjö af þrettán rannsóknum sýndu að konum með átröskun er hættara við að fæða fyrir tímann og fjórar af sjö rannsóknum sýna að fósturlát er algengara hjá konum með einhverja tegund af átröskun.

Konur með átröskunarsjúkdóma bera það ekki endilega utan á sér og tilhneiging er til að fela sjúkdóminn. Ljósmaður eru í lykilhlutverki þegar kemur að greiningu átröskunar á meðgöngu og skoða mætti hvort gagnlegt væri að taka upp skimun fyrir átröskunareinkennum og þá með hvaða hætti. Hins vegar er frekari rannsókn þörf á áhrifum átröskunar á fylgikvilla meðgöngu og útkomu fæðingar. Snið rannsóknanna sem hér voru til skoðunar var mismunandi og þar með talið umfang og fjöldi þátttakenda og styrkur rannsóknanna í mörgum tilvikum ekki nægur til að draga raunhæfar ályktanir.

Lykilorð: Átraskanir, meðganga, fæðing, nýburi, fræðileg samantekt.

ABSTRACT

Eating disorders are serious psychiatric disorders that commonly occur in women of childbearing age. Pregnancy is a vulnerable time where eating disorders can be influential for the health of both mother and child.

The purpose of this literature review was to assess the relationship between eating disorders during pregnancy with complications during pregnancy and birth outcomes. A search was conducted using Pub Med, Cinahl and Scopus and references of selected articles reviewed. Sixteen comparative studies were found and used.

The main findings are that the results of the impact of eating disorders on pregnancy and birth are inconclusive. Ten out of twelve studies showed that eating disorders seem to affect the neonatal birth weight. The effects on other outcomes of pregnancy and birth are inconclusive. Seven out of thirteen studies showed that women with eating disorders are more likely to give premature birth and four out of seven studies that miscarriage is more prevalent among women with some type of eating disorder.

Women with eating disorders are not easily detected and they tend to hide their disorder. Midwives are in a key position when it comes to diagnosing eating disorders during pregnancy. The usefulness of screening for eating disorders during pregnancy needs to be discussed and if useful, how it should be performed. The design of the studies included in the literature review was different, regarding scope and sample sizes. In many of the studies, the strength was not sufficient to make any reasonable conclusions.

Keywords: Eating disorder, pregnancy, birth, neonate, literature review.

INNGANGUR

Bandaríska geðlæknasamtökin greina átröskunarsjúkdóma í þrjá flokka: lystarstol, lotugræðgi og ótilgreinda átröskun (American Psychiatric Association, 2000). Þeir sem þjást af lystarstoli og lotugræðgi eiga það sameiginlegt að hafa raskaðar hugsanir og hugmyndir um eigin líkamsmynd og þyngd og eru mjög hræddir við þyngdaraukningu (DSM-IV, 2000).

Matarvenjur kvenna breytast gjarnan á meðgöngu, svo sem val á fæðutegundum og neyslumynstur (Crow o.fl. 2008; Rodriguez, á.á.). Þessar breytingar geta haft áhrif á líðan og heilsu hjá ákveðnum hópi kvenna, sérstaklega þeim sem eiga í vanda út af matarvenjum.

Konur með átröskun eru hræddar við að þyngjast og hugsa mikið um megrun. Á meðgöngu er hins vegar eðlilegt og mikilvægt að konur þyngist hæfilega mikið (sjá töflu 1).

Tafla 1. Skilgreiningar á þyngdaraukningu á meðgöngu út frá þyngd við upphaf meðgöngu.

Skilgreining	Líkamsþyngdarstuðull (LbS)	Hæfileg þyngdaraukning á meðgöngu
Vannæring	LbS < 18,5 kg/m ²	12,5-18 kg
Kjörþyngd	LbS 18,5-24,9 kg/m ²	11,5-16 kg
Ofþyngd	LbS 25-29,9 kg/m ²	7-11,5 kg
Ofþita	LbS > 30 kg/m ²	5-9 kg

Bæði af lítil og of mikil þyngdaraukning á meðgöngu hefur verið tengd við fylgikvilla á meðgöngu og í fæðingu (Siega-Riz o.fl., 2011). Rannsóknir hafa sýnt að átröskun hrjáir 5–7,5% barnshafandi kvenna (Watson o.fl., 2013; Easter o.fl., 2013). Jafnframt að átröskunareinkennum virðast almennt minnka á meðgöngu (Blais o.fl., 2000; Bulik o.fl., 2007; Crow o.fl., 2008; Lemberg og Phillips, 1989; Morgan o.fl., 1999a; Rocco o.fl., 2005) en hafa tilhneigingu til að versna aftur eftir fæðingu og í sumum tilfellum verða jafn slæm eða verri en þau voru fyrir getnað (Crow o.fl., 2008; Lemberg og Phillips, 1989; Morgan o.fl., 1999a; Rocco o.fl., 2005).

Nokkrar íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar á átröskun þar sem

markmiðið hefur m.a. verið að skoða megrun meðal unglinga og tengsl við líkamsmynd, sjálfsvirðingu og átröskunareinkenni (Sigrún Danielsdóttir o.fl., 2007), skoða innlagir, sjúkdómsmynd og lífs-horfur einstaklinga með lystarstol (Anna Sigurðardóttir o.fl., 2010), tíðni átröskunar hjá framhaldsskólanemum (Thorsteinsdóttir og Ulfarsdóttir, 2008) og hjá háskólastudentum (Ingibjörg Ásta Claessen og Sigrún Jensdóttir, 2010). Niðurstöður þessara rannsókna gefa til kynna að átröskun hrjái 6–15% framhaldsskólanema og háskólastudenta (Thorsteinsdóttir og Ulfarsdóttir, 2008; Ingibjörg Ásta Claessen og Sigrún Jensdóttir, 2010), að um þriðjungur unglinga á grunnskólaaldri fari í megrun (Sigrún Danielsdóttir o.fl., 2007) og að meðalaldur við innlögn á geðdeild vegna lystarstols sé 18,7 ár (Anna Sigurðardóttir o.fl., 2010). Allar rannsóknirnar sýna að stúlkur séu frekar í þessum hópi en drengir.

Átröskunarsjúkdómar geta verið alvarlegir, þeir eru algengastir á meðal kvenna á barneignaraldri (Blais o.fl., 2000) og því mikilvægt að skoða hvort og hvaða áhrif þeir geta haft á barneignarferlið. Undanfarinn áratug hafa rannsóknir í auknum mæli beinst að andlegri heilsu kvenna í kringum barnsburð og að áhrifum andlegrar heilsu hjá móður á heilsu og þroska barnsins. Við fundum eina íslenska rannsókn á reynslu kvenna af átröskun á meðgöngu. Það var lokaverkefni til BS prófs í hjúkrun, eigindleg rannsókn þar sem tekin voru viðtöl við þrjár konur en þær áttu samanlagt sjö meðgöngur og fæðingar að baki. Allar töldu þær einkenni sjúkdómsins vera að einhverju leyti til staðar á meðgöngu en eftir fæðingu tók sjúkdómurinn sig upp af krafti (Dagný Sif Stefánsdóttir, Katla Hildardóttir, Lára Kristín Jónsdóttir og Sunna Sævarsdóttir, 2011). Í klíniskum leiðbeiningum um átröskunarsjúkdóma (Embætti landlæknis, 2006) kemur fram að þungaðar konur með átröskunarsjúkdóm eigi að vera í nákvæmu eftirliti á meðgöngu og í sængurlegu. Þar er sérstaklega talað um að konur með lystarstol eigi að fá sértæka meðgönguvernd til að tryggja nægilega næringu á meðgöngunni og til að fylgjast með þroska fósturs. Hins vegar er ekki minnst á skimun, greiningu eða umönnun kvenna með átröskun í klíniskum leiðbeiningum um

Tafla 2. Greiningarskilmerki DSM-IV fyrir lystarstol, lotugræðgi og ótilgreinda átröskun.*

Greiningarviðmið DSM-IV fyrir lystarstol**	Greiningarviðmið DSM-IV fyrir lotugræðgi***	Greiningarviðmið DSM-IV fyrir ótilgreinda átröskun
A. Neita að viðhalda líkamsþyngd í eða fyrir ofan neðri mörk eðlilegrar þyngdar miðað við aldur og hæð, þ.e. vega minna en 85% af eðlilegri þyngd; eða að þyngdaraukning á vaxtartíma er of lítil en það leiðir til þess að þyngd verður minni en 85% af eðlilegri þyngd.	Endurtekin lotuofátskost. Lotuofát einkennist af eftirfarandi tveimur þáttum: 1. Borða, innan vissra tímamarka, þ.e. innan tveggja klukkustunda, magn af fæðu sem er augljóslega meira en flestir myndu neyta innan svipaðra tímamarka og við svipaðar kringumstæður. 2. Tilfinningu um að hafa ekki stjórn á áti meðan á átkasti stendur, þ.e. tilfinningu um að geta ekki hætt eða stjórnað hvað eða hversu mikið borðað er.	Fyrir stúlkur/konur, öll greiningarviðmið lystarstols eru uppfyllt en blæðingar eru reglulegar.
B. Mikill ótti við að þyngjast eða verða feit(ur), jafnvel þótt einstaklingurinn sé undir eðlilegri þyngd.	Endurteknar óeðlilegar mótvægisáðgerðir til að koma í veg fyrir þyngdaraukningu, svo sem að framkalla uppköst, misnota hægðalyf eða þvaglosandi lyf, nota stólpípu, fasta eða stunda óhóflegar líkamsæfingar.	Viðkomandi uppfyllir öll greiningarviðmið lystarstols en þrátt fyrir mikið þyngdartap er þyngd innan eðlilegra marka.
C. Trufluð skynjun á eigin þyngd og líkamslögun, sjálfsmat (sjálfsmynd) óeðlilega háð líkamslögun og þyngd, eða afneitun á alvarleika þess hversu lítil núverandi þyngd er.	Bæði átköst og óeðlilegar mótvægisáðgerðir eiga sér stað, að meðaltali, að minnsta kosti tvisvar í viku í þrjá mánuði.	Viðkomandi uppfyllir öll greiningarviðmið lotugræðgi en átköstin og óviðeigandi mótvægishegðun eiga sér stað sjáldnar en tvisvar í viku eða hafa varað skemur en í þrjá mánuði.
D. Tíðastopp meðal kvenna, þ.e. hafa ekki haft blæðingar síðustu þrjá tíðahringi. (Kona er talin hafa tíðastopp ef blæðingar koma eingöngu í kjölfar estrógen-hormónáagjafar.)	Líkamslögun og þyngd hefur óeðlilega mikil áhrif á sjálfsmynd.	Einstaklingur í eðlilegri þyngd sýnir óviðeigandi mótvægishegðun eftir að hafa nýtt lítills magns fæðu (t.d. framkallar uppköst eftir að hafa borðað tverr smákökur).
E.	Framangreind einkenni einskorðast ekki við tímabil lystarstols.	Mikið magn af mat er reglulega tuggið og spýtt út en ekki kyngt.
F.		Lotuofát (e. binge eating disorder): endurtekin átkastatímabil án reglulegrar mótvægishegðunar sem er einkennandi fyrir lotugræðgi.
* Vert er að geta þess að árið 2013 kom út fimmta útgáfa af DSM-kerfinu og hefur orðið breyting á flokkunarkerfi átröskunarsjúkdóma en engar af þeim rannsóknum sem notaðar eru í þessari samantekt studdust við það. Því er stuðst við eldri útgáfur greiningarviðmiða.		
** DSM-IV greinir frá tveimur megingerðum lystarstols: Takmarkandi gerð (e. restricting type): á tímabili lystarstols stundar viðkomandi ekki reglulega ofát eða hreinsunarhegðun (þ.e. framkallar uppköst eða misnotar hægðalosandi lyf, þvaglosandi lyf eða stólpípu). Ofátsgerð/hreinsandi gerð (e. binge eating/purging type): á tímabili lystarstols stunda2 viðkomandi reglulega ofát eða hreinsun (þ.e. framkallar uppköst eða misnotar hægðalyf, þvaglosandi lyf eða stólpípu).		
*** DSM-IV greinir frá tveimur megingerðum lotugræðgi: Hreinsandi gerð (e. purging type): á tímabili lotugræðgi stundar viðkomandi reglulega hreinsun, þ.e. framkallar uppköst eða misnotar hægðalyf, þvaglosandi lyf eða stólpípu. Ekki hreinsandi gerð (e. nonpurging type): á tímabili lotugræðgi stundar viðkomandi aðra mótvægishegðun, svo sem fastar eða stunda óhóflegar líkamsæfingar en hefur ekki framkallað reglulega uppköst eða misnotað hægðalyf, þvaglosandi lyf eða stólpípu.		

meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu (Embætti landlæknis, 2010).

Markmið þessarar fræðilegu samantektar er að skoða samband átröskunar við fylgikvilla á meðgöngu og útkomu fæðingar.

Hérlandis er sjúkdómsgreiningarskrá Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar (International Classification of Disease-ICD) notuð við flokkun sjúkdóma. Það er þó óhentugt í vinnu með átraskanir, þar sem flestir spurningalistar og greiningarviðtöl fyrir átraskanir eru hönnuð út frá flokkunarskilmálum ameríska geðlæknafélagsins (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Tafla 2 sýnir flokkun átröskunarsjúkdóma miðað við flokkunarskilmála DSM-IV (Crow o.fl., 2008) en flestar rannsóknirnar sem notast er við hér greina átraskanir byggðar á því kerfi. Viðmið ICD-10, sem eru notuð í nokkrum rannsóknum eru lítils háttar frábrugðin en við greinum ekki frá því sérstaklega.

AÐFERÐ

Gerð var leit í gagnasöfnum PubMed, Cinahl og Scopus. Nokkrar leitir voru framkvæmdar með mismunandi takmörkunum en lokaleitin sem framkvæmd var 25. september 2015 var án tímatakmarkanna og með leitarorðunum „Eating disorder AND pregnancy AND outcomes“. Í heild fundust 227 greinar. Leitarniðurstöður voru skoðaðar og valdar eftir lestur á titli og samantekt. Ákvörðun var tekin um að hafa einungis rannsóknagreinar þar sem notast er við samanburðarhópa í þessari fræðilegu samantekt. Jafnframt að nota eingöngu samanburðarrannsóknir þar sem skoðuð voru tengsl átröskunar við fylgikvilla á meðgöngu og útkomu fæðingar. Út frá þessum forsendum fundust 16 nothæfar greinar. Elsta greinin er frá árinu 1998 og sú yngsta frá árinu 2014.

NIÐURSTÖÐUR

Í töflu 3 er greint frekar frá aðferð, útkomubreytum og niðurstöðum rannsókna 16 auk ályktana höfunda þeirra. Tölfræðiútreikningar eru ekki birtir í töflunni en einungis eru birtar marktækar niðurstöður ($p < 0,05$).

Byggt á rannsóknunum sem völdust í samantektina og útkomubáttum sem skoðaðir voru í þeim er greint frá sambandi átröskunar við eftirfarandi útkomubreytur: blóðleysi, þvagfærasýkingar, meðgöngusýki, meðgöngueitrun, háþrýsting, fæðingarþunglyndi, vaxtarskerðingu, fösturlát, frjósemismeðferð, óráðgerða þungun, fösturstreitu, fæðingu fyrir tímann, keisaraskurð, fæðingu tvíburar, framköllun fæðingar, áhaldafæðingu, blæðingu eftir fæðingu, litla fæðingarþyngd, léttbura, þungbura, lítið höfuðummál, höfuðsmæð, andvana fæðingu og burðarmálsdauða.

Fylgikvillar á meðgöngu

Í fimm rannsóknum var hugað að blóðleysi á meðgöngu. Niðurstöður tveggja þeirra benda til að meiri hætta sé á blóðleysi á meðgöngu eða eftir fæðingu (Bansil o.fl., 2008; Koubaa o.fl., 2005) hjá konum með átröskun og niðurstöður tveggja þeirra (Linna o.fl., 2014; Micali o.fl., 2012) benda til að enginn munur sé á þeim hópi samanborið við konur án átröskunar. Í einni rannsókn (Nunes o.fl., 2012) voru bornar saman konur með lotugræðgi á meðgöngu og konur sem voru ekki með lotugræðgi og fannst ekki marktækur munur á blóðleysi hjá þeim hópum.

Í sex rannsóknum var könnuð meðgöngusýki. Í tveimur þeirra kom fram munur, annars vegar að konur með lotuofát eða ótilgreinda átröskun með hreinsun (Bulik o.fl., 2009) væru líklegri til að hafa meðgöngusýki en konur án átröskunar, hins vegar að konum með virka lotugræðgi hætti frekar til að fá meðgöngusýki en konum með óvirka lotugræðgi (Morgan o.fl., 2006). Fjórar rannsóknanna gáfu til kynna að konum með átröskun væri ekki hættara við að fá meðgöngusýki heldur en konum án átröskunar (Koubaa o.fl., 2005; Micali o.fl., 2012; Pasternak o.fl., 2012).

Tíu rannsóknir fjölluðu um meðgöngueitrun og háþrýsting hjá konum með átröskun. Ein þeirra sýndi að konur með lotuofát og

lotugræðgi voru marktækt líklegri en konur án átröskunar til þess að greinast með meðgöngueitrun (Bulik o.fl., 2009). Önnur sýndi tengsl lotuofáts hjá móður á meðgöngu við háþrýsting á meðgöngu (Linna o.fl., 2014). Þá voru niðurstöður þriðju rannsóknarinnar að konur með átröskun væru í minni hættu á að fá meðgöngueitrun og háþrýsting en konur með átröskun, en þær niðurstöður ber að taka með fyrirvara því upplýsingar um LPS voru ekki til staðar í rannsókninni (Bansil o.fl., 2008). Hinar rannsóknirnar sýndu engan mun (Bulik, 1999; Eagles o.fl., 2012; Ekéus o.fl., 2006; Koubaa o.fl., 2005; Pasternak o.fl., 2012; Nunes o.fl., 2012; Micali o.fl., 2012).

Í sjö rannsóknum voru skoðuð áhrif átröskunar á vaxtarskerðingu fösturs. Niðurstöður þriggja þeirra voru að börn kvenna með átröskun væru líklegri til að verða fyrir vaxtarskerðingu á meðgöngu en börn kvenna án átröskunar (Bansil o.fl., 2008; Eagles o.fl., 2012; Pasternak o.fl., 2012) en í hinum fjórum kom ekki fram marktækur munur (Bulik o.fl., 2009; Koubaa o.fl., 2005; Linna o.fl., 2014; Micali o.fl., 2012).

Í sjö rannsóknum voru könnuð fösturlát hjá konum með átröskun. Í fjórum þeirra var fösturlát marktækt algengara hjá konum með lysterstol (Bulik o.fl., 1999; Morgan o.fl., 2006), með lotugræðgi með eða án lysterstols (Micali o.fl., 2007) og með lotuofát (Linna o.fl., 2013) en hjá konum án þessara átröskunarsjúkdóma. Þrjár rannsóknir (Eagles o.fl., 2012; Ekéus o.fl., 2006; Pasternak o.fl., 2012) sýndu ekki samband átröskunar við fösturlát.

Fjórar rannsóknir lutu að meðgönguógleði og uppköstum. Ein af þeim sýndi fram á marktæk tengsl virkrar eða óvirkrar átröskunar við meðgönguógleði og uppköst (Koubaa o.fl., 2005) en hinar þrjár sýndu ekki marktækt samband (Bulik o.fl., 1999; Micali o.fl., 2012; Morgan o.fl., 2006).

Í einni rannsókn voru skoðuð tengsl átröskunar á meðgöngu við ófrjósemismeðferð og óráðgerðar þunganir. Þar kom í ljós að konur með lotugræðgi voru líklegri en konur án átröskunar til að hafa fengið meðferð vegna ófrjósemi, hins vegar var líklegra að þungun væri óráðgerð hjá konum með lysterstol en hjá þeim sem ekki voru með átröskun (Micali o.fl., 2014).

Tíðni þvagfærasýkinga var könnuð í einni rannsókn og reyndust konur með átröskun vera líklegri til að fá þvagfærasýkingu á meðgöngu en konur án átröskunar (Bansil o.fl., 2008).

Útkoma fæðingar

Í tveimur rannsóknum voru skoðuð tengsl milli fösturstreitu og kvenna með átröskun. Í annarri þeirra voru konur með lysterstol marktækt líklegri til þess að eignast börn sem glímt höfðu við fösturstreitu (Micali o.fl., 2012) en í hinni komu ekki fram marktæk tengsl (Ekéus o.fl., 2006).

Tölf rannsóknir fundust þar sem skoðuð var tíðni fæðinga fyrir tímann. Í sex þeirra kom fram að konum með átröskun virtist vera hættara við að fæða fyrir tímann heldur en konum án átröskunar (Bansil o.fl., 2008; Bulik o.fl., 1999; Linna o.fl., 2014; Morgan o.fl., 2006; Pasternak o.fl., 2012; Sollid o.fl., 2004). Í sumum rannsóknum var gerður greinarmunur á mismunandi tegundum átröskunar, þar sem tengsl voru annars vegar milli lotuofáts og ótilgreindrar átröskunar við aukna hættu á fæðingu fyrir tímann samanborið við konur með lysterstol eða lotugræðgi (Bulik o.fl., 2009) og hins vegar milli lysterstols og fæðingar fyrir tímann (Bulik o.fl., 1999; Linna o.fl., 2014). Engin af rannsóknum sýndi minni hættu á fyrirburafæðingum hjá konum án átröskunar en hjá konum með átröskun. Í fimm rannsóknum komu ekki fram tengsl milli átröskunar og fæðinga fyrir tímann (Eagles o.fl., 2012; Koubaa o.fl., 2005; Micali o.fl., 2007; Micali o.fl., 2012; Nunes o.fl., 2012).

Í níu rannsóknum voru skoðuð tengsl á milli átröskunar og keisaraskurða en niðurstöður þeirra eru ólíkar. Þrjár rannsóknir sýndu að konur með átröskun voru mun líklegri til þess að fara í keisaraskurð en konur án átröskunar (Bulik o.fl., 1999; Bulik o.fl., 2009; Pasternak o.fl., 2012). Rannsókn Bulik o.fl. (1999) leiddi í ljós að konur með lysterstol væru í marktækt meiri hættu á að fara í keisaraskurð heldur en konur án lysterstols. Hins vegar sýndi rann-

Tafla 3. Samband átröskunarsjúkdóma við eftirtaldir breytur: blóðleysi, þvagfærasýkingar, meðgöngusykursýki, meðgöngueitrun, háþrýsting, fæðingarþunglyndi, vaxtarskerðingu, fösturlát, frjósemis meðferð, óráðgerða þungun, fösturstreit, fæðingu fyrir tímann, keisaraskurð, fæðingu tvíbura, framköllun fæðingar, áhaldafæðingu, blæðingu eftir fæðingu, litla fæðingarþyngd, léttbura, þungbura, lítið höfuðummál, höfuðsmæð, andvana fæðingu og burðarmálsdauða.

Rannsókn (ár) og land	Aðferð, úrtak, greining Mælingar	Útkomubreytur	Samband átröskunar við útkomubreytur (p≤0,05)	Ályktanir og umræður
Bansil o.fl., 2008. Bandaríkin	Afturvirk langtímarannsókn. Átröskun-lotugræðgi, lystarstol eða bæði (n*=1668). ICD-9-CM. Frábendingar: föstureyðing, blóðruþungun, utanlegs föstur.	Blóðleysi, þvagfærasýkingar, meðgöngueitrun, háþrýstingur, vaxtarskerðing, fæðing fyrir tímann, keisaraskurður, framköllun fæðingar.	Samanbórið við konur án átröskunar á meðgöngu voru konur með átröskun marktækt líklegri til að - vera með blóðleysi eftir fæðingu - fæða fyrir tímann - föstur hjá þeim væri með skertan vaxtarhraða - fæðing væri framkölluð hjá þeim - fá ekki meðgöngueitrun og háþrýsting á meðgöngu.	Konur, sem greinst hafa með átröskun eiga frekar á hættu að lenda í meðgöngu- og fæðingarvandkvæðum.
Bulik o.fl., 2009. Noregur	Lýðgrunduð ferilrannsókn. Lystarstol (n=35), lotugræðgi (n=304), lotuofát (n=1812), ótilgreind átröskun með hreinsun (n=36) og engin átröskun (n=33742). Fæðingaskrá, DSM-IV**.	Meðgöngusykursýki, meðgöngueitrun, háþrýstingur, vaxtarskerðing, fæðing fyrir tímann, keisaraskurður, framköllun fæðingar, fæðing léttbura eða þungbura.	Samanbórið við konur með enga átröskun: - áttu konur, sem glimdu við lotuofát, síður á hættu að eignast léttbura miðað við meðgöngulengd, fremur á hættu að eignast þungbura og enda í keisaraskurði - voru meiri líkur á að konur með lotugræðgi, lotuofát og ótilgreinda átröskun mundu fara í keisaraskurð - voru auknar líkur á að konur með ótilgreinda átröskun með hreinsun fengju meðgöngusykursýki - voru auknar líkur á að konur með lotugræðgi og lotuofát fengju meðgöngueitrun. Konur með lotuofát og ótilgreinda átröskun áttu fremur á hættu að fæða fyrir tímann heldur en konur með lystarstol og lotugræðgi.	Átröskun hefur mismunandi áhrif á gang fæðingar eftir tegund.
Bulik o.fl., 1999. Nýja-Sjáland	Lýsandi aftursæ samanburðarrannsókn Lystarstol (n=66), án lystarstols (n=98). DSM-III-R. Upplýsinga aflað með viðtölum og leit í skýrslum.	Meðgöngueitrun, háþrýstingur, meðgönguógleði og uppköst, fösturlát, fæðing fyrir tímann, keisaraskurður, framköllun fæðingar, áhaldafæðing, fæðing léttbura, blæðing eftir fæðingu.	Samanbórið við konur án lystarstols: - misstu konur með lystarstol oftast föstur - föru konur með lystarstol oftast í keisaraskurð - ölu konur með lystarstol oftast léttbura - ölu konur með lystarstol oftast fyrirbura. Konur með einungis lystarstol ölu oftast léttbura heldur en þær sem voru með bæði lotugræðgi og lystarstol.	Skoða þarf betur tengsl þess að hafa sögu um lystarstol og þess að lenda í vandkvæðum á meðgöngu og fæðingu.
Conti o.fl., 1998. Ástralía	Aftursæ samanburðarrannsókn. Konur sem gengu fulla meðgöngu (n=34); konur sem áttu barn fyrir tímann (n=54), samanburðarhópur (n=86) konur sem áttu börn yfir 2500 g að þyngd. DSM-IV; EDE; EDI.	Léttburar, litil fæðingarþyngd.	32% kvenna sem áttu litil börn miðað við meðgöngulengd, 9% kvenna sem áttu börn fyrir tímann og 5% kvenna í samanburðarhópi höfðu greinst með átröskun þremur mánuðum fyrir þungun. Konur, sem eignuðust léttbura hvort heldur þær voru fullgengnar eða ekki, fengu fleiri stig á EDI-kvarðanum og áttu frekar við átröskun að stríða fyrir og á meðgöngu. - Konur, sem viðhéldu ströngu mataræði og köstuðu upp, eignuðust frekar létt börn. Konur með lystarstol voru líklegri til : - að fæða léttari börn (ekki marktækt eftir leiðréttingu gagnvart LPS fyrir þungun) - að föstur hjá þeim væri með skertan vaxtarhraða	Rannsóknin gefur visbendingar um að matarhegðun kvenna fyrir meðgöngu og á meðgöngu hafi áhrif á vaxtarþroska fösturs.
Eagles o.fl., (2012). Bretland	Samanburðarrannsókn, aftursæ. Lystarstol (n=134), konur sem fæddu 230 börn, samanburðarhópur (n=670), konur sem fæddu 1144 börn. Staðfest greining um átröskun. Fæðingaskrá	Fösturlát, háþrýstingur, fæðing fyrir tímann, keisaraskurður, framköllun fæðingar, áhaldafæðing, fæðingarþyngd, fæðing léttbura eða þungbura.	Konur með lystarstol voru líklegri til : - að fæða léttari börn (ekki marktækt eftir leiðréttingu gagnvart LPS fyrir þungun) - að föstur hjá þeim væri með skertan vaxtarhraða	Konur með lystarstol eiga frekar á hættu að föstur verði fyrir vaxtarskerðingu.
Ekéus o.fl., 2006. Svíþjóð	Aftursæ lýsandi samanburðarrannsókn. Lystarstol (n=1000), samanburðarhópur (n=827.582). ICD-8 og 9, sjúkraskrár og fæðingaskrár.	Meðgöngueitrun, fösturlát, keisaraskurður, áhaldafæðing, fæðing léttbura eða þungbura, fösturstreit, andvana fæðing, burðarmálsdauði.	Samanbórið við konur án lystarstols eignuðust konur með lystarstol: - léttari börn (þó ekki léttbura) - föru síður í keisaraskurð - þörfnuðust síður inngripa með soglukku.	Mikilvægt að fylgja vel eftir konum sem greindar hafa verið með átröskun til að tryggja viðeigandi meðferð á meðgöngu og jákvæða útkomu.
Koubaa o.fl., 2005. Svíþjóð	Ferilrannsókn. Lystarstol (n=24), lotugræðgi (n=20), ótilgreind átröskun (n=5), samanburðarhópur (n=24). DSM-IV, reglulegt eftirlit og mat var á meðgöngunni á viku 10, 20, 25, 28, 31, 34, 36 og 40.	Blóðleysi, meðgöngusykursýki, meðgöngueitrun, háþrýstingur, meðgönguógleði og uppköst, vaxtarskerðing, keisaraskurður, framköllun fæðingar, fæðing fyrir tímann, áhaldafæðing, léttburi, barn með lítið höfuðummál eða höfuðsmæð.	Konur með virka eða óvirka átröskun áttu frekar á hættu að: - fá meðgönguógleði og uppköst - vera með blóðleysi á meðgöngu - fæða léttbura - fæða börn með minna höfuðummál - fæða börn með höfuðsmæð.	Fylgjast þarf vel með konum á meðgöngu með virka eða óvirka átröskun í ljósi fæðingarútkomu barna þeirra.
Linna o.fl., 2013. Finnland	Samanburðarrannsókn. Átröskun(n=2257), án átröskunar (n=9028). ICD-10, DSM-IV, þjóðskrá.	Fösturlát.	Fösturlát voru algengari hjá konum með lotuofát.	
Linna o.fl., 2014. Finnland	Lýsandi samanburðarrannsókn. Átröskun (n=2.257), lystarstol (n=302), lotugræðgi (n=724), lotuofát (n=52), án átröskunar (n=6.319). ICD-10, DSM-IV, þjóðskrá.	Blóðleysi, vaxtarskerðing, fæðing fyrir tímann, fæðingarþyngd, fæðing léttbura, burðarmálsdauði.	Samanbórið við konur án átröskunar voru auknar líkur hjá konum með: - lystarstol og lotugræðgi á að fæða léttari börn - lystarstol á fæðingu fyrir tímann, vaxtarskerðingu fösturs, fæðingu léttbura og burðarmálsdauða - lotuofát á háþrýstingi og fæðingu þungbura.	Átröskunarsjúkdómar hafa e.t.v. áhrif á nokkra útkomupætti fæðingar. Mikilvægt er að skoða fyrri og núverandi sögu um átröskun hjá konum á meðgöngu og fylgjast vel með nýburum.

Micali o.fl., 2014. Holland	Langtíma lýðgrunduð ferilrannsókn. Lystarstol (n=160), lotugræðgi (n=265), lystarstol og lotugræðgi (n=130), aðrir geðsjúkdómar (n=1.396), samanburðarhópur (n=4.367). Sjálfmetin lífssaga um átröskun eða geðsjúkdóma, fæðingaskýrslur.	Ófrjósemis meðferð, tvíburafæðing, óráðgerð þungun.	Samanborið við konur án átröskunar voru konur með: • lotugræðgi líklegri til að hafa fengið meðferð vegna ófrjósemi • átröskun líklegri til að eignast tvíbura • lystarstol líklegri til að hafa ekki ráðgert þungun.	Mikilvægt er að hafa í huga að átröskun getur haft áhrif á frjósemi. LÞS fyrir þungun skýrði ekki tengsl á milli breyta.
Micali o.fl., 2012. Holland	Langtíma lýðgrunduð ferilrannsókn. Lystarstol (n=129), lotugræðgi (n=209), lystarstol og lotugræðgi (n=100), aðrir geðsjúkdómar (n=1.002), samanburðarhópur (n=3.816). Sjálfmetin lífssaga um átröskun eða geðsjúkdóma, fæðingaskýrslur.	Blóðleysi, meðgöngusykursýki, meðgöngueitrun, háþrýstingur, meðgönguógleði og uppköst, vaxtarskerðing, fósturstreita, fæðing fyrir tímann, keisaraskurður, framköllun fæðingar, áhaldafæðing, fæðing léttbura.	Jákvæð tengsl voru á milli þess að vera með lystarstol og gruns um fósturstreitun.	Ekki greindist samband milli lífssögu um átröskunarsjúkdóma og útkomu fæðingar.
Micali o.fl., 2007. Bretland	Langtíma lýðgrunduð ferilrannsókn. Lystarstol (n=171), lotugræðgi (n=199), lystarstol og lotugræðgi (n=82), konur með aðra geðsjúkdóma (n=1166), konur án geðsjúkdóma (n=10.636). Inntöskulýði: einburi og hefur glímt við átröskun.	Fæðing fyrir tímann, fæðingarþyngd, fæðing léttbura eða þungbura, andvana fæðing.	Konur með lotugræðgi (með og án lystarstols) og konur með aðra geðsjúkdóma voru mun líklegri en konur án þessara sjúkdóma til að hafa orðið fyrir fósturláti tvisvar eða oftar. Konur sem hafa áður glímt við lystarstol áttu marktækt léttari börn en konurnar í hinum hópnum.	Niðurstöður rannsóknarinnar kalla á frekari rannsóknir á útkomu fæðinga hjá konum með lotugræðgi.
Morgan o.fl., 2006. Bretland	Aftursæ tilfella-viðmiðunarrannsókn með samanburðarhópi. Frumbyrjur með virka lotugræðgi n=122, samanburðarhópur n=82 frumbyrjur með óvirka lotugræðgi. Greining lotugræðgi samkvæmt DSM-III-R, DSM-IV og Eating Disorder Examination (EDE). Ef einkenni voru til staðar á meðgöngu voru konurnar í rannsóknarhópi en annars í samanburðarhópi.	Meðgöngusykursýki, meðgönguógleði og uppköst, fæðingarþunglyndi, fæðing fyrir tímann, fósturlát.	Konur með virka lotugræðgi voru líklegri til að: • missa fóstur • fæða fyrir tímann • fá meðgöngusykursýki • fá fæðingarþunglyndi.	Virkt lotugræðgi getur aukið hættu á fylgikvillum meðgöngu.
Nunes o.fl., 2012 Brasilía	Ferilrannsókn. 119 konur með lotuofát á meðgöngu, 578 konur án lotuofáts á meðgöngu. Einburar. EDE. Fæðingaskrá. Spurningalisti.	Blóðleysi, meðgöngusykursýki, meðgöngueitrun, fæðing fyrir tímann, keisaraskurður, fæðing léttbura eða þungbura.	Engin marktæk tengsl við útkomubreytur.	Lotuofát á meðgöngu virðist ekki hafa sömu áhrif á útkomu fæðinga og lotuofát sem greint hefur verið fyrir meðgöngu. Lagt til að konur fari í heildargreiningu ef þær eru með lotuofát á meðgöngu. Konur með átröskun eiga frekar á hættu að lenda í erfiðleikum á meðgöngu og í fæðingu og nýfætt barnið líka. Aftur á móti eiga konur með lágan LÞS síður á hættu að fá meðgöngusykursýki, meðgöngueitrun eða þurfa inngrip í fæðingu, þ.e. keisaraskurð, framköllun fæðingar eða notkun sogklukku.
Pasternak o.fl., 2012 Ísrael	Aftursæ samanburðarrannsókn. Konur með átröskun n=122; skiptust í: lotugræðgi n=42, lystarstol n=41, ótilgreinda átröskun n=19. Samanburðarhópur n=117.753 konur. Greining átröskunar samkvæmt DSM-IV.	Meðgöngusykursýki, meðgöngueitrun, háþrýstingur, vaxtarskerðing, fæðing fyrir tímann, keisaraskurður framköllun fæðingar, áhaldafæðing, blæðing eftir fæðingu, fæðing léttbura eða þungbura, fæðingarþyngd, fósturlát.	Konur með átröskun voru líklegri til: • að fæða fyrir tímann • að eignast léttbura • að fara í keisaraskurð • að fóstur verði fyrir vaxtarskerðingu á meðgöngu. Konur með lágan LÞS voru marktækt ólíklegri til þess að fá meðgöngusykursýki en konur með hærri LÞS (p=0,58). Enginn munur var á hópnum m.t.t. fósturláta (0,4% á móti 0,4%) eða sýkingar hjá móður.	Konur með átröskun eiga frekar á hættu að lenda í erfiðleikum á meðgöngu og í fæðingu og nýfætt barnið líka. Aftur á móti eiga konur með lágan LÞS síður á hættu að fá meðgöngusykursýki, meðgöngueitrun eða þurfa inngrip í fæðingu, þ.e. keisaraskurð, framköllun fæðingar eða notkun sogklukku.
Sollid o.fl., 2004 Danmörk	Framsæ samanburðarrannsókn (e. historic prospective follow up study). Konur með átröskun (n=1202) sem fæddu 2.056 börn á árunum 1973-1993, samanburðarhópur (n=900) konur sem fæddu 1.552 börn. ICD-8 og ICD-10 fyrir lotugræðgi. Fæðingaskrá. Miðlæg geðsjúkdómaskrá.	Fæðing fyrir tímann, fæðing léttbura, fæðingarþyngd.	Konur með átröskun eru líklegri til að: • eignast létt börn • fæða fyrir tímann • eignast léttbura.	Auknar líkur eru á verri fæðingarútkomu hjá átröskunarhópnum.

*n=fjöldi þátttakenda

**Skammstafanir í töflunni: DSM-III-III-R-IV=Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder, 3. útgáfa, endurskoðuð 3. útgáfa og 4. útgáfa; EDE=Eating Disorder Examination; EDI=Eating Disorders Inventory; ICD=International Classification of Disease; MAMA=Maternal Adjustment and Maternal Attitude Questionnaire;

sókn Bulik o.fl. (2009) fleiri keisaraskurði hjá öllum hópum kvenna með átröskun nema konum með lystarstol. Fimm rannsóknir leiddu í ljós að enginn munur væri á tíðni keisaraskurða hjá konum með átröskun miðað við konur án átröskunar, hlutföllin voru samsvarandi milli hópanna (Bansil o.fl., 2008; Eagles o.fl., 2012; Koubaa o.fl., 2005; Micali o.fl., 2012; Nunes o.fl., 2012). Ein rannsókn sýndi að minni hættu var á keisaraskurði hjá konum með lystarstol (Ekéus o.fl., 2006).

Sjö rannsóknir fundust þar sem kannað var hve algengt væri að fæðing væri framkölluð hjá konum með átröskun en niðurstöðum bar ekki saman. Ein sýndi að konur með lotugræðgi, lystarstol eða

hvoru tveggja ættu frekar á hættu að fæðing væri framkölluð en konur án átröskunar (Bansil o.fl., 2008). Niðurstöður sex rannsókna sýndu hins vegar ekki mun á fjölda framkallaðra fæðinga hjá konum með átröskun miðað við konur án sjúkdómsins (Bulik o.fl., 1999 og 2009; Koubaa o.fl., 2005; Micali o.fl., 2012; Pasternak o.fl., 2012; Eagles o.fl., 2012). Engin rannsóknanna leiddi í ljós minni hættu á framköllun fæðinga hjá konum með átröskun.

Í sex rannsóknum var skoðað hve mikið væri um áhaldafæðingar hjá konum með átröskun. Ein rannsókn leiddi í ljós minni hættu á inngripum með sogklukku hjá konum með lystarstol sem legið höfðu inni á sjúkrahúsi (Ekéus o.fl., 2006) heldur en hjá konum án lyst-

arstols. Fimm þeirra bentu til að ekki væri munur á tíðni áhalda-fæðinga hjá konum með átröskun samanborið við konur án sjúkdómsins (Bulik o.fl., 1999; Eagles o.fl., 2012; Koubaa o.fl., 2005; Micali o.fl., 2012; Pasternak o.fl., 2012).

Ein rannsókn skoðaði tengsl á milli tvíburafæðinga og átröskunar. Þar kom í ljós að konur með átröskun af einhverju tagi voru líklegri en konur án átröskunar til að eignast tvíbura (Micali o.fl., 2014).

Í tveimur rannsóknum var skoðað hvort tengsl væru milli blæðingar eftir fæðingu og átröskunarsjúkdóma (Bulik o.fl., 1999; Pasternak o.fl., 2012) en í hvorugri þeirra kom fram munur.

Tölf rannsóknir komu fram þar sem athugað var hvort konur með átröskun væru líklegri til að fæða létt barn eða barn sem er lítið miðað við meðgöngulengd (léttbura). Í sex þeirra kom fram að konur með átröskunarsjúkdóma voru marktækt líklegri til að eignast létt börn en konur án slíkra sjúkdóma (Conti o.fl., 1998; Eagles o.fl., 2012; Ekéus o.fl., 2006; Linna o.fl., 2014; Micali o.fl., 2007; Sollid o.fl., 2004). Sjö rannsóknanna leiddu í ljós auknar líkur á fæðingu léttbura hjá konum með átröskun samanborið við konur án átröskunar (Bulik o.fl., 2009; Bulik o.fl., 1999; Conti o.fl., 1998; Koubaa o.fl., 2005; Sollid o.fl., 2004; Linna o.fl., 2014; Pasternak o.fl., 2012). Þá sýndu sex rannsóknir að konur með lystarstol væru líklegri til þess að eignast létt börn sem og léttbura en konur án lystarstols (Bulik o.fl., 1999; Koubaa o.fl., 2005; Micali o.fl., 2007; Linna o.fl., 2014; Sollid o.fl., 2004; Eagles o.fl., 2012). Hins vegar kom fram í rannsókn Eagles o.fl. (2012) að munurinn var ekki marktækur eftir að leiðrétt var gagnvart líkamsþyngdarstuðli kvenna fyrir þungun. Niðurstöður Bulik o.fl. (1999) var að konur sem einungis voru með lystarstol eignuðust marktækt léttari börn en konur með bæði lotugræðgi og lystarstol. Tvær rannsóknir sýndu að konur sem höfðu áður fengið lystarstol voru líklegri til þess að eignast létt börn heldur en samanburðarhópur (Ekéus o.fl., 2006; Koubaa o.fl., 2005). Niðurstöður Koubaa o.fl. (2005) gáfu einnig til kynna að konur með virka átröskun voru líklegri til að eignast léttbura en konur án átröskunar og munur á hópnum var afgerandi, þ.e. 12 á móti 1 í samanburðarhópi. Aftur á móti greindu Ekéus o.fl. (2006) engan mun á þessum hópum. Vert er þó að benda á að ekki voru konur með virka átröskun í rannsókn Ekéus o.fl. (2006) og gæti það skýrt þennan mun á niðurstöðum. Ein rannsókn sýndi að konur innlagðar á sjúkrahús vegna átröskunar fyrir meðgöngu voru tvisvar sinnum líklegri til að eignast barn með litla fæðingarþyngd en konur í samanburðarhópi. Tími frá innlögn virtist ekki skipta máli þar sem fæðingarþyngd var lítil hvort sem konur höfðu verið lagðar inn fyrir meira eða minna en átta árum. Niðurstöður rannsóknarinnar voru jafnframt að konur í átröskunarhópnum voru líklegri til þess að eignast léttbura þar sem hættan jókst um allt að 70–80% miðað við samanburðarhóp (Sollid o.fl., 2004). Tvær nýlegar rannsóknir sýndu ekki neinn mun á fæðingarþyngd né tíðni léttburafæðinga miðað við meðgöngutíma hjá konum sem höfðu einhvern tíma fengið átröskun í samanburði við konur án sjúkdómsins (Micali o.fl., 2012; Nunes o.fl., 2012).

Sex rannsóknir komu fram þar sem skoðuð voru tengsl átröskunar við fæðingu þungbura. Í tveimur þeirra reyndust konur með lotuofát líklegri til að eignast þungbura heldur en samanburðarhópur (Bulik o.fl., 2009; Linna o.fl., 2014). Fjórar rannsóknanna sýndu ekki fram á nein tengsl milli átröskunar og fæðingar þungbura (Ekéus o.fl., 2006; Micali o.fl., 2007; Nunes o.fl., 2012; Pasternak o.fl., 2012).

Ein rannsókn fjallaði um hvort konur sem áður höfðu fengið átröskun eignuðust frekar börn með lítið höfuðummál (Koubaa o.fl., 2005). Niðurstöðurnar bentu til að mæður með bæði lotugræðgi og lystarstol væru mun líklegri til að eignast barn með lítið höfuðummál en konur sem voru einungis með lystarstol. Þá leiddu niðurstöður sömu rannsóknar í ljós að konur með virka átröskun voru mun líklegri til að eignast barn með höfuðsmæð. Munur hópanna var áberandi, þ.e. 16% í átröskunarhópnum á móti 0% í samanburðarhópi.

Í þremur rannsóknum var kannað hvort andvana fæðingar eða burðarmálsdauði væru algengari hjá konum með átröskun en hjá þeim sem voru ekki með átröskun. Ein rannsóknin sýndi að auknar

líkur væru á burðarmálsdauða hjá konum með lystarstol samanborið við konur án átröskunar (Linna o.fl., 2014) en í hinum tveimur rannsóknunum var ekki marktækur munur á hópum (Ekéus o.fl., 2006; Micali o.fl., 2012).

Ein rannsókn snerist um fæðingarþunglyndi og kom í ljós samband á milli átröskunar og fæðingarþunglyndis þar sem konur með virka lotugræðgi fundu marktækt frekar til fæðingarþunglyndis en konur með óvirka lotugræðgi (Morgan o.fl., 2006).

UMRÆÐUR

Áður en fjallað er um niðurstöður þessarar samantektar er vert að taka fram ákveðnar takmarkanir sem hafa verður í huga við túlkun þeirra. Þar ber helst að nefna val á rannsóknum og gæði rannsókna sem völdust í samantektina. Við val á rannsóknum var miðað við að bornar væru saman konur með einhvern átröskunarsjúkdóm, þ.e. lystarstol, lotugræðgi, lotuofát eða ótilgreinda átröskun, við konur án átröskunar. Greining átröskunar var mismunandi eftir rannsóknum. Flestir rannsakendur studdust við þriðju eða fjórðu útgáfu DSM (Bulik o.fl., 1999 og 2009, Conti o.fl., 1998; Koubaa o.fl., 2005 og 2013; Linna o.fl., 2013 og 14; Morgan o.fl., 2006; Pasternak o.fl., 2012), nokkrir notuðu mismunandi útgáfur af ICD (Bansil o.fl., 2008; Ekéus o.fl., 2006; Linna o.fl., 2013 og 2014; Sollid o.fl., 2004) og enn aðrir studdust við EDE/EDI (Conti o.fl., 1998; Morgan o.fl., 2006; Nunes o.fl., 2012). Engar rannsóknanna miðuðu við nýjustu útgáfuna af DSM-V sem kom út árið 2013. Í stöku tilvikum var stuðst við frásögn kvennanna sjálfra (Micali o.fl., 2007 og 2012). Í rannsókn Eagles o.fl. (2012) kemur fram að um staðfesta greiningu á lystarstoli sé að ræða en ekki samkvæmt hvaða greiningarstaðli. Við gerum ekki grein fyrir nákvæmum skilgreiningum á útkomubreytum rannsóknanna. Við völdum að greina ekki sérstaklega frá þeim í ljósi umfangs þessarar umfjöllunar og að markhópur hennar er ljósmæður. Þá ber að geta þess að snið rannsóknanna var mismunandi og þar með talið umfang og fjöldi þátttakenda og styrkur rannsóknanna í sumum tilvikum ekki nægur til að greina á milli hópa.

Að þessu sögðu eru meginniðurstöður þessarar úttektar að rannsóknunum ber ekki saman um áhrif átröskunar á meðgöngu og fæðingu. Þó komu fram sterkar vísbendingar um áhrif átröskunar á fæðingarþyngd en í tíu af tólf rannsóknum kom fram að átröskun hjá móður hefur áhrif á fæðingarþyngd barns. Þyngdin getur verið meiri eða minni út frá tegund átröskunar. Hugsanleg skýring þess að fæðingarþyngd er fyrir utan skilgreind viðmiðunarmörk er trúlega næringarskortur fösturs í kjölfar vannæringar móður. Næring kvenna með lystarstol er ekki nægileg og sama má í raun segja um konur með lotugræðgi þar sem hreinsunarhegðun á sér oft stað áður en líkaminn nær að nýta næringarefnið úr fæðunni. Þetta samræmist niðurstöðum safngreiningar Solmi o.fl. (2013) en þar kom fram að lystarstol getur spáð fyrir um fæðingu léttari barna.

Hvað varðar aðra fylgikvilla/útkomuþætti meðgöngu og fæðingar, þá eru niðurstöður rannsóknanna misvísandi og erfitt að draga raunhæfar ályktanir um áhrif átröskunar á þá.

Sjö rannsóknir sýndu marktækt samband á milli átröskunar við fæðingu fyrir tímann en fimm ekki. Hvað veldur er ekki augljóst en aðferðafræði þessara rannsókna er ekki það frábregðin og landfræðileg dreifing nokkur í báðum tilvikum. Marktækt samband við átröskun skýrist trúlega af þyngd barnshafandi kvenna fyrir fæðingu, þyngdaraukningu á meðgöngu, blóðleysi á meðgöngu og næringu á meðgöngu en allir þessir þættir skipta máli þegar horft er til útkomu fæðingar (Bansil o.fl., 2008). Þessar breytur voru þó ekki skoðaðar kerfisbundið í þeim 12 rannsóknum sem skoðuðu samband átröskunar við fyrirburafæðingar og því ekki hægt að segja til um áhrif þeirra í þessu samhengi.

Fjórar af sjö rannsóknum, þar sem fösturlát var ein af útkomubreytum, sýndu að fösturlát er algengara hjá konum með einhverja tegund af átröskun. Skýringar eru trúlega svipaðar og hvað varðar fyrirburafæðingar. Þessar niðurstöður ber að túlka varlega þar sem þrjár rannsóknir sýndu ekki fram á marktæk tengsl átröskunar og fösturláta.

Ein rannsókn laut að áhrifum átröskunar á höfuðummál og höfuðsmæð og önnur að tengslum átröskunar við fæðingarþunglyndi. Niðurstöður sýndu áhrif átröskunar á þessi atriði en erfitt er að fullyrða frekar um þau áhrif vegna þess hve fáar rannsóknir eru og í báðum voru frekar lítil úrtök. Hins vegar er mikilvægt að skoða þetta frekar. Hið sama má segja um samband átröskunar við þvagfærasykingar, ófrjósamismæðferð, óráðgerðar þunganir og tvíbura-fæðingar, en erfitt er að fullyrða um áhrif átröskunar á þessa þætti út frá einni rannsókn.

Hvað varðar aðrar útkomubreytur þessarar fræðilegu samantektar, svo sem blóðleysi, ógleði og uppköst á meðgöngu, sykursýki, meðgöngueitrun, háþrýsting, vaxtarskerðingu, fósturstreitru, fæðingu þungbura, burðarmálsdauða og fósturlát á meðgöngu þá voru niðurstöður enn meira misvísandi.

Átröskun virðist ekki hafa áhrif á andvana fæðingar, aukna tíðni áhaldafæðinga eða blæðingu eftir fæðingu en mismargar rannsóknir liggja þarna að baki og erfitt að draga raunhæfa ályktun út frá þeim.

Ljóst er að frekari rannsókna er þörf á áhrifum mismunandi tegunda átröskunar á meðgöngu og fæðingu.

Hagnýting í klínísku starfi

Að vera með átröskun er alvarlegt mál og geta átröskunarsjúkdómar haft fjölbætt áhrif á heilsuna. Öll frávík á heilsu verðandi móður geta haft áhrif á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu. Vísbendingar eru um að átröskun geti haft áhrif á fæðingarþyngd barns og er rökrétt að tengja það við næringarástand móðurinnar á meðgöngu. Rannsóknir ber hins vegar ekki saman um aðra útkomubætti barneignarferlisins. Engu að síður er vert að huga að því hvernig staðið er að þjónustu við þennan hóp. Í klínískum leiðbeiningum um meðgönguvernd heilbrigðra kvenna (Embætti landlæknis, 2010) er mælt með að í upphafi meðgöngu finni ljósmóðir þær konur sem þurfa sérhæfða meðgönguvernd og skipuleggi áframhaldandi þjónustu fyrir þær. Það getur verið vegna líkamlegra, andlegra eða félagslegra þátta. Einnig er mælt með skimun á geðheilsuvanda, svo sem á alvarlegu þunglyndi, geðklofa, geðhvarfasýki eða sturlun eftir barnsburð. Gefnar eru leiðbeiningar um spurningar til að greina hvort konan eigi hugsanlega við þunglyndi að stríða (Embætti landlæknis, 2010), en hvorki er rætt um skimun vegna átröskunarsjúkdóma né ráðleggingar um hvernig hægt sé að koma auga á þessa sjúkdóma. Hins vegar er bent á að heilbrigðisstarfsmenn verði að vera á varðbergi alla meðgönguna gagnvart einkennum eða ástandi sem gæti haft áhrif á heilsu móður og fósturs, svo sem næringarástandi. Til eru skimunarlistar fyrir átröskun, svo sem SCOFF skimunarlistinn (Morgan, Reid og Lacey, 1999b) og EDE-Q sjálfsmatskvarðinn (Fairburn og Beglin, 1994) en ekki hefur verið metið hvort þeir eru nothæfir á meðgöngu.

Mælt er með að líkamspýngdarstuðull kvenna sé reiknaður í fyrstu heimsókn en ekki er mælt með að vigta konur aftur nema rannsóknir og klínískt mat gefi tilefni til (Embætti landlæknis, 2010). Franko og Spurrell (2000) nefna að lítil eða engin þyngdaraukning á öðrum þriðjungi meðgöngu geti verið merki um átröskunarsjúkdóm á meðgöngunni.

LOKAORÐ

Frekari rannsókna er þörf á áhrifum átröskunar á fylgikvilla meðgöngu og fæðingar. Konur með átröskun bera það ekki endilega utan á sér og tilhneiging er til að fela sjúkdóminn. Mikilvægt er að rannsaka betur hvort gagnlegt væri að taka upp skimun fyrir átröskunareinkennum og með hvaða hætti sú skimun færi fram. Velta má fyrir sér hvort æskilegt sé að fylgjast betur með þyngdaraukningu á meðgöngu, heldur en klínískar leiðbeiningar segja til um, þar sem of lítil þyngdaraukning getur verið merki um átröskunarsjúkdóm. Ljós-mæður eru í lykilhlutverki þegar kemur að því að greina hvaða konur þjáast af átröskun á meðgöngu og veita þeim viðeigandi stuðning.

HEIMILDASKRÁ

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision, DSM-IV-TR* (4. útgáfa). Washingtonborg: American Psychiatric Association Press.
- Anna Sigurðardóttir, Sigurður Páll Pálsson og Guðlaug Þorsteinsdóttir. (2010). Lystarstol 1983–2008 – innlagnir, sjúkdómsmynd og lifun. *Læknablaðið*, 96, 747–753.
- Bansil, P., Kuklina, E.V., Whiteman, M.K., Kourtis, A.P., Posner, S.F., Johnson, C.H. o.fl. (2008). Eating disorders among delivery hospitalizations: prevalence and outcomes. *Journal of Women's Health*, 17(9), 1523–1528.
- Blais, M.A., Becker, A.E., Burwell, R.A., Flores, A.T., Nussbaum, K.M., Greenwood, D. o.fl. (2000). Pregnancy: Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 140–149.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L., Pickering, A., Dawn, A. og McCullin, M. (1999). Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(2), 130–135.
- Bulik, C.M., Von Holle, A., Hamer, R., Berg, C.K., Torgersen, L., Magnus, P. o.fl. (2007). Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychological Medicine*, 37(8), 1109–1118.
- Bulik, C.M., Von Holle, A., Siega-Riz, A.M., Torgersen, L., Lie, K.K., Hamer, R.M. o.fl. (2009). Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 9–18.
- Conti, J., Abraham, S. og Taylor, A. (1998). Eating behavior and pregnancy outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3), 465–477.
- Crow, S.J., Agras, W.S., Crosby, R., Halmi, K. og Mitchell, J.E. (2008). Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 277–279.
- Dagný Sif Stefánsdóttir, Katla Hildardóttir, Lára Kristín Jónsdóttir og Sunna Sævarsdóttir. (2011). *Líf með átröskunarsjúkdóm, stöðug barátta: Upplifun kvenna af átröskun á meðgöngu*. Öbirt BS lokaverkefni í hjúkrunarfræði. Háskólinn á Akureyri.
- Eagles, J.M., Lee, A.J., Raja, E.A., Millar, H.R., og Bhattacharya, S. (2012). Pregnancy outcomes of women with and without a history of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 42(12), 2651–2660.
- Easter, A., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., og Micali, N. (2013). Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *European Eating Disorders Review*, 21(4), 340–344.
- Ekéus, C., Lindberg, L., Lindblad, F. og Hjern, A. (2006). Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(8), 925–929.
- Embætti landlæknis. (2010). *Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu*. Sótt 1. apríl 2013 af <http://www.landlaeknir.is/servelet/file/store93/item2548/4407.pdf>
- Embætti landlæknis. (2006). Átraskanir – Samantekt leiðbeininga um meðferð og umönnun sjúklinga með lystarstol, lotugræði og skyldar átraskanir. Sótt 1. apríl 2013 af <http://www.landlaeknir.is/servelet/file/store93/item2341/version4/2019.pdf>
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The eating disorder examination (12th ed.). In C. Fairburn & G. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317–360). New York: Guilford Press.
- Franko, D.L. og Spurrell, E.B. (2000). Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Eating Disorders and Pregnancy*, 95(6), 942–946.
- Ingibjörg Ásta Claessen og Sigrún Jensdóttir. (2010). *Líkamsmynd og tíðni átraskanaeinkenna meðal stúdenta við Háskóla Íslands*. Öbirt BS-ritgerð í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands, Heilbrigðisvísindasvið.
- Koubaa, S., Hållström, T., Lindholm, C. og Hirschberg, A.L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics & Gynecology*, 105(2), 255–260.
- Lemberg, R. og Phillips, J. (1989). The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 285–295.
- Linna, M.S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J.M., Suokas, J.T. og Gissler, M. (2013). Reproductive health outcomes in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 826–833.
- Linna, M.S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J.M., Suokas, J.T., og Gissler, M. (2014). Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.
- Micali, N., dos-Santos-Silva, I., De Stavola, B., Steenweg-de Graaf, J., Jaddoe, V., Hofman, A., ... & Tiemeier, H. (2014). Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based birth cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(4), 408–416.
- Micali, N., De Stavola, B., dos-Santos-Silva, I., Steenweg-de Graaf, J., Jansen, P. W., Jaddoe, V.W.V., ... og Tiemeier, H. (2012). Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: a population-based cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(12), 1493–1502.
- Micali, N., Simonoff, E. og Treasure, J. (2007). Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 255–259.
- Morgan, J.F., Lacey, J. og Sedgwick, P. (1999a). Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 174(2), 135–140.
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999b). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *Bmj*, 319(7223), 1467–1468.

- Morgan, J.F., Lacey, J.H. og Chung, E. (2006). Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 487–492.
- Nunes, M.A., Pinheiro, A.P., Camey, S. A. og Schmidt, M.I. (2012). Binge eating during pregnancy and birth outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. *International Journal of Eating Disorders*, 45(7), 827–31. Doi: 10.1002/eat.22024.
- Pasternak, Y., Weintraub, A.Y., Shoham-Vardi, L., Sergienko, R., Guez, J., Wiznitzer, A. o.fl. (2012). Obstetric and perinatal outcomes in women with eating disorders. *Journal of Women's Health*, 21(1), 61–65.
- Rocco, P.L., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R.P. og Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(3), 175–179.
- Rodriguez, J. C. (á.á.). Eating habits. Sótt 10. apríl 2013 af <http://www.diet.com/g/eating-habits>
- Siega-Riz, A.M., Von Holle, A., Haugen, M., Meltzer, H.M., Hamer, R., Torgersen, L. o.fl. (2011). Gestational weight gain of women with eating disorders in the Norwegian pregnancy cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 428–434.
- Sigrún Danielsdóttir, Inga Dóra Sigfúsdóttir og Jakob Smári. (2007). Megrun meðal íslenskra unglunga og tengsl við líkamsmynd, sjálfsvirðingu og átröskunareinkenni. *Sálfræðiritið*, 12, 85–100.
- Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir. (2006). Átraskanir: einkenni, framvinda, faraldsfræði og tengsl við geðsjúkdóma. *Læknablaðið*, 92(2), 97–104.
- Sollid, C.P., Wisborg, K., Hjort, J. og Secher, N.J. (2004). Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(1), 206–210.
- Solmi, F., Sallis, H., Stahl, D., Treasure, J. og Micali, N. (2014). Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiologic Reviews*, 36(1), 49–56.
- Thorsteinsdóttir, G. og Ulfarsdóttir, L. (2008). Eating Disorders in College Students in Iceland. *The European Journal of Psychiatry*, 22(2), 107–115.
- Watson, H.J., Von Holle, A., Hamer, R.M., Knoph Berg, C., Torgersen, L., Magnus, P. og Bulik, C.M. (2013). Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: a validation study in a population-based birth cohort. *Psychological Medicine*, 43(8), 1723–34.



KYNNING

„Ég vel Pampers fyrir barnið mitt“

Það er yndislegt að fá tækifæri til að verða foreldri og auðvitað vill maður allt það besta fyrir barnið sitt.

Eftir að hafa kynnt mér hvaða bleiur eru í boði, þá vel ég Pampers fram yfir aðrar bleiutegundir. Pampers er leiðandi vöru- merki í þróun á bleium og veit ég að fyrirtækið vinnur náið með fagaðilum sem hafa sérhæft sig í þroska og umönnun barna. Pampers draga einnig hraðar í sig bleytu en aðrar bleiur svo ég get treyst því að dóttir mín vakni ekki upp úr værum svefni vegna blautrar bleiu.



Jóhanna Guðrún Jónsdóttir
söngkona

Pampers eru að auki vottaðar af Skin Health Alliance og uppfylla því ítrustu kröfur um bæði framleiðslu og umhverfisvernd. Það er því á hreinu að bleiurnar frá Pampers eru ekki einungis góðar fyrir húð barnsins, heldur er einnig tekið tillit til umhverfisins og er það að mínu mati mjög mikilvægt.

Ég hvet því aðra foreldra að velja Pampers fyrir krílin sín.



Hin fullkomnu sköp:

Fræðileg samantekt um skapabarmaaðgerðir



Herdís Sveinsdóttir,
hjúkrunarfræðingur PhD,
Háskóla Íslands, Landspítala



Eygló Einarsdóttir
hjúkrunarfræðingur, Barna- og
unglingageðdeild Landspítalans



Hildur Þóra Sigfúsdóttir,
hjúkrunarfræðingur, Nýburagjörgæsla,
Ríghospitalet, Kaupmannahöfn

ÚTDRÁTTUR

Mikil umræða hefur verið hérlandis og erlendis um aðgerðir á skapabörnum kvenna í fegrunarskyni. Tölulegar staðreyndir um algengi aðgerða á kynfærum kvenna eru af skornum skammti og að nokkru leyti ómarktækar þar sem upplýsingar um aðgerðir utan sjúkrahúsa vantar. Markmið þessarar fræðilegu samantektar er að skoða rannsóknir á ástæðum og afleiðingum skapabarmaaðgerða, viðhorf til skapabarmaaðgerða og áhrif fjölmiðla á hugmyndir um eðlilegt útlit kynfæra kvenna. Rannsóknarheimilda var aflað með því að nota gagnagrunnana PubMed og Web of Science. Titlar og samantektir af leitarniðurstöðum voru skoðaðar og þær rannsóknir valdar sem þóttu endurspeglar athuganir sem gerðar hafa verið á þessum aðgerðum. Þrettán nothæfar heimildir fundust.

Fjöldi þátttakenda í rannsóknunum var almennt lítil, aðferða-fræði þeirra ídulega ábótavant og almennt ekki notast við ákveðin viðmið um stærð skapabarma við ákvörðun á nauðsyn aðgerðar. Þessir þættir draga úr áreiðanleika rannsókna.

Niðurstöður sýna að helstu ástæður þess að konur sækjast eftir því að fara í aðgerð á skapabörnum eru líkamleg óþægindi vegna stórra skapabarma, skömm og óánægja vegna útlits kynfæra, óþægindi eða kvíði sem tengist kynlífi og væntingar um betra kynlíf. Vísbendingar eru um að konur sem sækjast eftir því að fara í aðgerðir á skapabörnum séu með líkamsröskun og hafi neikvæða líkamsmynd. Rannsóknir sem skoðaðar voru greindu frá almennri ánægju meðal kvenna eftir aðgerð á skapabörnum og fáar neikvæðar afleiðingar.

Niðurstaðan er að mikilvægt sé að skilgreina viðmið um stærð skapabarma og að frekari rannsókn sé þörf á öllu er við kemur þessu viðfangsefni.

Lykilord: Skapabarmar, skurðaðgerð, kvensjúkdómalækningar.

INNGANGUR

Skapabarmaminnkun er þegar innri skapabarmar eru skornir af og er tilgangur aðgerðanna oftast í fegrunarskyni eða vegna óþæginda sem skapast vegna stærðar og lögunar skapabarma (Goodman, 2011). Hérlandis bjóða lýtalæknar (sjá t.d. Guðmundur Már Stefánsson og Ólafur Einarsson, e.d.) upp á þessar aðgerðir og þær hafa verið framkvæmdar á Landspítalanum að einhverju marki (Ebba Margrét Magnúsdóttir, munnleg heimild). Samkvæmt 8. gr laga nr. 41/2007, um landlækni og lýðheilsu, er heilbrigðisstarfsmönnum skylt að veita landlækni þær upplýsingar sem honum eru nauðsynlegar til að halda heilbrigðisskrá. Landlæknir hefur árlega frá 2007 óskað eftir upplýsingum frá lýtalæknum um starfsemi þeirra en ekki fengið. Hér á landi liggja því hvorki fyrir upplýsingar um algengi aðgerða sem gerðar eru á kynfærum kvenna né um aldur kvenna sem fara í aðgerðirnar (Þingskjal nr. 691/2013–2014).

Á heimsvísu eru tölulegar staðreyndir um algengi aðgerða á kynfærum kvenna einnig af skornum skammti og að nokkru leyti ómarktækar þar sem upplýsingar um aðgerðir utan sjúkrahúsa vantar. Gögn samtaka bandarískra lýtalækna frá 2012 sýna að 21% þeirra framkvæma aðgerðir á kynfærum kvenna. Af þeim eru aðgerðir á skapabörnum algengastar, og var aukning aðgerða 64% frá 2011 til 2012 (Hamori, 2014). Samkvæmt tölulegum upplýsingum bresku ríkisspítalanna (e. National Health Service Hospital) voru gerðar 267 aðgerðir á árunum 2008 til 2012 í landinu þar sem skapabarmar voru minnkaðir á stúlkum undir 14 ára aldri. Þar kemur einnig fram að á árunum 2003–2013 hefur orðið fimmföld aukning í Bretlandi á lýtaaðgerðum á kynfærum kvenna (British Society for Paediatric & Adolescent Gynaecology, 2013). Samkvæmt alþjóðasamtökum fegrunarlækna hefur skapabarmaaðgerðum fjölgað. Tölur þeirra

frá 25 löndum sýna að aðgerðir á kynfærum kvenna voru 1% allra lýtaaðgerða árið 2013. Frá árunum 2011–2013 hefur orðið rúmlega 100% aukning á aðgerðum á kynfærum kvenna á heimsvísu og eru aðgerðirnar algengastar í Brasilíu (International Society of Aesthetic Plastic Surgery, ISAPS, 2011; 2013).

Orsakir þessarar aukningar á skapabarmaaðgerðum eru ekki ljósar og ekki er líklegt að miklar breytingar á útliti skapabarma kvenna skýri þessa aukningu. Læknar segja að konur sækji í aðgerðirnar vegna þess að þær hafi áhyggjur af útliti skapabarma, af ótta við að vera óeðlilegar og vegna líkamlegra óþæginda og óþæginda við kynlíf (Bramwell, 2002; Bramwell o.fl., 2007). Kynfæri kvenna eru í mikilli nálægð við önnur líffærakerfi, svo sem þvagkerfi og meltingarkerfi, og aðgerðir á kynfærum eykur líkur á vandamálum sem tengjast þessum líffærakerfum. Meginmarkmið með aðgerðum á kynfærum kvenna samkvæmt læknisfræðilegum forsendum er að draga úr líkamlegum óþægindum vegna verkja eða truflana við athafnir daglegs lífs. Má þar nefna lagfæringar á spangarsvæði kvenna eftir fæðingu, meðfædda vansköpun, æxli eða sig á líffærum í grindarbotni. Þetta eru skurðaðgerðir sem taldar eru eiga rétt á sér þar sem ávinningur aðgerðar er meiri en áhættan (Shaw o.fl., 2013). Skapabarmaaðgerðir eru hins vegar ekki ávallt framkvæmdar af framangreindum forsendum heldur er tilgangurinn iðulega að fegra eða bæta útlit konunnar, oftast en ekki að hennar ósk (Hamori, 2014). Erfitt getur þó verið að setja skýr mörk hvað varðar tilgang þessara aðgerða þar sem fjölbreytileika gætir hvað varðar útlit og lögum skapabarma og ekki hafa verið sett fram viðmið um hvað sé eðlileg lengd á innri skapabörnum (Chang o.fl., 2013; Lloyd, Crouch, Minto, Liao og Creighton, 2005; Paarlberg & Weijenborg, 2008; Tepper o.fl., 2011). Þar sem opinberar viðmiðunarreglur eru ekki til staðar er það háð mati hvers skurðlæknis hvort hann framkvæmir aðgerðina eða ekki. Læknar hafa sjálfir verið að setja fram ákveðin viðmið um stærð og lengd skapabarma og er það í sumum tilfellum gert án þess að gefnar séu upp ástæður eða uppruni þessara viðmiða (Crouch o.fl., 2011; Liao o.fl., 2010). Könnun á persónulegu mati hollenskra lækna á útliti innri skapabarma, þar sem þeim voru sýndar fjórar mismunandi myndir, sýndi að 90% lækna töldu litla skapabarma endurspegla hugmyndir samfélagsins um æskilegt útlit innri skapabarma. Marktækt fleiri lýtalæknar en almennir læknar og kvensjúkdómalæknar álitu stóra skapabarma fráhrindandi og óeðlilega. Þá voru fegrunarlæknar líklegri en kvensjúkdómalæknar að vilja framkvæma aðgerð á skapabörnum án tillits til stærðar innri skapabarma, þrátt fyrir að konur kvörtuðu ekki undan óþægindum (Reitsma o.fl., 2011). Hér á landi eru okkur vitanlega ekki til nein opinber viðmið hvað varðar lengd skapabarma.

Í almennri og fræðilegri umfjöllun er talað um fjórar tilgátur byggðar á félagslegum og menningarlegum grunni sem hvetji konur til að fara í skapabarmaaðgerðir. Í fyrsta lagi umfjöllun í fjölmiðlum, í öðru lagi aukið framboð á fegrunaraðgerðum og að farið sé að líta á þær sem eðlilegar (e. normalization), í þriðja lagi fjarlæging skapahára og í fjórða lagi klámvæðingin (sjá Jones og Nurka, 2015). Þessar tilgátur hafa þó ekki verið rannsakaðar í miklum mæli. Könnun á umfangi og gæðum upplýsinga um aðgerðir á skapabörnum á vefnum sýndi að yfirleitt er talað um líkamlegar ástæður fyrir aðgerðinni, svo sem óþægindi við að vera í þröngum fötum og óþægindi við kynlíf (Liao o.fl., 2012). Sem dæmi um árangur aðgerða var nefnt aukið hreinlæti og aukin ánægja í kynlífi og jafnvel aukið næmi. Á öllum síðunum sem skoðaðar voru kom fram að aðgerðirnar væru framkvæmdar í fegrunarskyni. Umfjöllunin var almennt jákvæð, lítið var fjallað um aukaverkanir og ekki um aðra meðferð en skurðaðgerð.

Að mati höfunda ætti að meðhöndla upplýsingar, sem aðgengilegar eru á vefmiðlum, með varúð. Ennfremur að þörf sé á viðmiðunarreglum um hvaða upplýsingar um aðgerðir á kynfærum kvenna séu aðgengilegar. Fjórir fegrunarlæknar í Ástralíu greindu frá því hvernig fjallað var um skapabarmaaðgerðir á ýmsum vefsíðum. Niðurstaða þeirra var að vefsíður miðuðu að því að meingera hið eðlilega, að það væri eðlilegt að breyta því með skurðaðgerð og að fegrunar-

aðgerðir væru auðveldar (Moran og Lee, 2013). Ein rannsókn fannst sem skoðaði hvort skoðun kláms hefði áhrif á sókn í aðgerðirnar (Jones og Nurka, 2015). Þátttakendur voru 1083 konur og niðurstaðan var að þær voru flestar ánægðar með útlit kynfæra sinna og almennt ekki jákvæðar gagnvart skapabarmaaðgerðum. Höfundur töldu niðurstöður sínar ekki styðja að skoðun kláms væri aðalorsök þess að konur sækji í þessar aðgerðir, heldur séu ástæðurnar flóknari. Þannig séu orsakir fegrunaraðgerða oft tengdar sálfræðilegum vanda eins og þunglyndi, vímuefnanotkun, sjálfsvirðingu og sjálfshlutgervingu. Þessa þætti þurfi að skoða í samhengi við ástæður þess að konur sækja í aðgerðirnar meðal annars með tilliti til notkun þeirra á klámi.

Samtök kvensjúkdóma- og fæðingarlækna víða um heim, meðal annars í Kanada, Bretlandi, Bandaríkjunum, Ástralíu, Nýja-Sjálandi og Malasíu, hafa sett fram leiðbeiningar og stefnumörkun um aðgerðir á kynfærum kvenna. Það er samdóma álit þessara samtaka að það vanti sannanir fyrir öryggi og árangri aðgerða sem ekki eru framkvæmdar vegna læknisfræðilegra ábendinga. Í töflu 1 er að finna ráðleggingar kanadísku samtakanna. Þær byggja á rannsóknum sem hafa leitt í ljós að sú þekking sem er til staðar styður ekki við

Tafla 1. Leiðbeiningar samtaka kanadískra fæðinga- og kvensjúkdómalækna um fegrunaraðgerðir á kynfærum kvenna.

1. Fæðinga- og kvensjúkdómalæknar gegna mikilvægu hlutverki í að aðstoða konur við að skilja líffærafræði líkama síns og virða breytileika á milli einstaklinga. (III*-A#)
2. Það ber að taka ítarlega sjúkrasögu hjá þeim konum sem leggja fram beiðni um að gangast undir fegrunaraðgerðir á kynfærum sínum. Hún á meðal annars að taka til kynlífs konunnar og kvensjúkdómasögu hennar. Einnig skal ganga úr skugga um að engin viðvarandi kynlífsvandamál séu til staðar eða sálfræðilegir erfiðleikar. Útiloka þarf möguleikann á að verið sé að þvinga konuna á einhvern hátt eða notfæra sér hana. (III-B)
3. Fæðinga- og kvensjúkdómalæknar skulu veita ráðgjöf til þeirra kvenna sem óska eftir að gangast undir fegrunaraðgerðir á kynfærum sínum. Í ráðgjöfinni ætti að fjalla um eðlileg tilbrigði og lífeðlisfræðilegar breytingar á kynfærum kvenna sem og möguleikanum á ófyrirséðum afleiðingum aðgerðanna. Einnig ætti að ræða þann skort sem er á upplýsingum og gögnum um niðurstöðu aðgerðar og áhrif aðgerðar á mögulegum breytingum á kynfærum kvenna síðar meir, t.d. á meðgöngu og á breytingarskeiði. Allt eru þetta upplýsingar sem nauðsynlegar eru til að konur geti veitt upplýst samþykki fyrir aðgerð. (III-L)
4. Engar visbendingar benda til þess að fegrunaraðgerðir á kynfærum kvenna bæti kynlíf eða hafi jákvæð áhrif á sjálfsmynd kvenna. Þeir læknar sem kjósa að framkvæma aðgerðirnar skulu ekki auglýsa aðgerðirnar í þeim tilgangi og yfir höfuð ber að forðast að auglýsa aðgerðirnar. (III-L)
5. Læknur, sem taka á móti unglingsstúlkum sem óska eftir fegrunaraðgerð á kynfærum, ber að leita til frekari sérfræðinga í unglingaráðgjöf. Slíkar aðgerðir skal ekki framkvæma fyrr en stúlkur eru orðnar fullþroska og þurfa þar af leiðandi ekki á samþykki forráðamanna að halda. (III-L)
6. Bera þarf kennsl á þau hugtök sem ekki eru læknisfræðileg og eru notuð þegar átt er við aðgerðir á kynfærum kvenna. Þessi hugtök eru eingöngu notuð í markaðssetningu og eru á engan hátt læknisfræðileg. Þar af leiðandi er ekki hægt að meta þau á vísindalegan hátt. (III-L)

*Gæði sannana (I, II (1-3), III byggir á The Evaluation of Evidence criteria of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. I er sönnun sem byggir að minnsta kosti á einni tvíblindri rannsókn á grundvelli slembiúrtaks og III er sönnun sem byggir á skoðun virts aðila sem er byggð á klíniskri reynslu, lýsandi rannsóknum eða skýrslum sérfræðinganefnda. Sjá lýsingu á II (1-3) í Shaw o.fl. (2013).

Flokkun leiðbeininga byggir á the Classification of Recommendations criteria described in the Canadian Task Force on Preventive Health Care. A. Góð sönnun liggur að baki því að mæla með þessari klínisku aðgerð. B. Þokkaleg sönnun liggur að baki því að mæla með þessari klínisku aðgerð og L. Það eru ekki nægar sannanir (hvorki að magni né gæðum) til að setja fram ráðleggingar, aðrir þættir geta haft áhrif á ákvarðanir. Sjá lýsingu á C. - E. í Shaw o.fl. (2013).

Heimild: Shaw, D., Lefebvre, G., Bouchard, C., Shapiro, J., Blake, J., Allen, L. og Cassell, K. (2013). Female genital cosmetic surgery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(12), e1-e5.

fegrunaraðgerðir á kynfærum kvenna og að fjölgun slíkra aðgerða sé áhyggjuefni (Shaw o.fl., 2013).

Ekki er mikið um rannsóknir á aukaverkunum í kjölfar aðgerða sem framkvæmdar eru á skapabörnum kvenna. Helstu aukaverkanir virðast vera útlitslegar, það teygist á börmunum eða þeir verða ekki samhverfir. Þá geta komið fram sýkingar og sárabarmar opnast (Hamori, 2014). Innri skapabarmar eru taugaríkir og hafa áhrif á örvun og fullnægingu í kynlífi. Við skapabarmaminnkun, einkum þegar skorið er af sníp, er hætta á að skorinn sé burt vefur sem er næmur fyrir kynferðislegri örvun og hefur áhrif á ánægju í kynlífi. Afleiðingar aðgerða geta verið mismunandi eftir því hvaða svæði er skorið burt (Schober o.fl., 2010). Í ljósi þessa er athyglisvert að í könnun meðal lækna með sérhæfingu í kynlífsfræðum kom fram að þriðjungur þeirra taldi skapabarmaaðgerðir bæta kynlíf (Lowenstein o.fl., 2014).

Markmið þeirrar fræðilegu samantektar sem hér er kynnt er að skoða rannsóknir á ástæðum og afleiðingum skapabarmaaðgerða, viðhorf til skapabarmaaðgerða og áhrif fjölmiðla á hugmyndir um eðlilegt útlit kynfæra kvenna.

AÐFERÐ

Rannsóknarheimilda var aflað með því að nota gagnagrunnana PubMed og Web of Science og má sjá leitina og leitarorð í töflu 2.

Tafla 2. Heimildaleit

Gagnagrunnur	Dagsetning leitar	Leitarorð	Takmörk	Fjöldi heimilda	Nothæfar heimildir
PubMed	1. febrúar 2014	Reduction of labia minora OG media influence	Engin	1	1
Web of Science	3. febrúar 2014	Labioplasty	2004-2014 Enska	72	3
PubMed	3. febrúar 2014	Labioplasty	2004-2014	32	2
PubMed	5. febrúar 2014	Cosmetic surgery OG female genital surgery	2004-2014 Opinn aðgangur	40	0
PubMed	5. febrúar 2014	Labia minora reduction	2004-2014	45	1
Web of Science	19. mars 2015	Labia minora reduction	2014-2015	5	1
Web of Science	19. mars 2015	Labia minora reduction	2014-2015	10	2

Titlar og samantektir úr leitarniðurstöðum voru skoðaðar og þær rannsóknir valdar sem þóttu endurspegla þekkingu á þessum aðgerðum. Rannsóknir sem fjölluðu um mismunandi tækni við framkvæmd aðgerða og árangur þeirra voru útilokaðar. Ein undantekning er á þessu en tekin var með kerfisbundin heimildasamantekt sem skoðaði tækni við aðgerðir ásamt fleiru (Motakef o.fl., 2015). Auk greina sem komu fram í leitinni fundust í heimildaskrár þeirra þrjár nothæfar heimildir. Elsta rannsóknin sem var notuð er frá árinu 2000. Engar íslenskar rannsóknir fundust.

NIÐURSTÖÐUR

Í töflu 3 eru niðurstöður rannsókna kynntar. Rannsóknirnar eru listaðar í stafrófsröð eftir höfundum í töflunni.

Aðferðafræði, úrtak og mælingar

Mismunandi aðferðafræði var notuð við rannsóknirnar. Í þremur rannsóknum var stuðst við sjúkragögn og jafnframt svöruðu þátttakendur óstöðluðum spurningalista (Goodman, o.fl., 2010; Rouzier o.fl., 2000; Trichot o.fl., 2011); í tveimur rannsóknum voru sjúkragögn einvörðungu skoðuð (Jothilakshmi o.fl., 2009; Miklos og Moore, 2008); fimm rannsóknir notuðust einungis við spurningalista (Crockett o.fl., 2007; Koning o.fl., 2009; Veale o.fl., 2013; Veale o.fl., 2014 a og b); ein notaði blönduð viðtöl og mælingar sem kven-sjúkdómalæknir framkvæmdi (Crouch o.fl., 2011); ein var eigindleg viðtalsrannsókn (Bramwell o.fl., 2007) og ein kerfisbundin samantekt (Motakef o.fl., 2015). Í fimm rannsóknum sá skurðlæknirinn

sjálfur eða aðstoðarmenn hans um gagnaöflun (Crouch o.fl., 2011; Goodman, o.fl., 2010; Jothilakshmi o.fl., 2009; Miklos og Moore, 2008; Rouzier o.fl., 2000).

Ein rannsókn greindi ekki frá aldri þátttakenda (Goodman, o.fl., 2010) en samkvæmt hinum var hann breytilegur. Yngsti uppgæfni aldur var 11 ár (Jothilakshmi o.fl., 2009; Motakef o.fl., 2015) og elsti 68 ár (Motakef o.fl., 2015).

Fjöldi þátttakenda var frá sex (Bramwell o.fl., 2007; Jothilakshmi o.fl., 2009) upp í 258 (Goodman o.fl., 2010). Heimildasamantekt Motakef o.fl., (2015) nær þó til 1949 kvenna. Í tveimur rannsóknum er greint frá því að stærð skapabarma hafi verið mæld fyrir aðgerð (Crouch o.fl., 2011; Rouzier o.fl., 2000) og önnur þeirra tiltók að ákveðin stærð væri skilyrði fyrir aðgerð (Rouzier o.fl., 2000).

Þrjár rannsóknir notuðust við stöðluð mælitæki og sammanburðarhópa (Veale o.fl., 2013; Veale o.fl., 2014a og b).

Ástæður aðgerða

Átta rannsóknir greindu frá ástæðum þess að konur óska eftir að fara í aðgerðina (Bramwell o.fl., 2007; Crouch o.fl., 2011; Goodman, o.fl., 2010; Jothilakshmi o.fl., 2009; Miklos og Moore, 2008; Rouzier o.fl., 2000; Trichot o.fl., 2011; Veale o.fl., 2013).

Eftirtalдар ástæður voru tilgreindar: Líkamleg óþægindi vegna stækkunar skapabarma meðal annars vegna fatnaðar eða tengt íþróttum (Bramwell o.fl., 2007; Crouch o.fl., 2011; Goodman, o.fl., 2010; Jothilakshmi o.fl., 2009; Miklos og Moore, 2008; Rouzier o.fl., 2000; Trichot o.fl., 2011; Veale o.fl., 2013), fegrunarástæður sem fela í sér óeðlilegt útlit kynfæra og jafnvel skömm vegna þeirra að mati þátttakenda eða óánægja með útlit þeirra (Bramwell o.fl., 2007; Crouch o.fl., 2011; Goodman, o.fl., 2010; Jothilakshmi o.fl., 2009; Miklos og Moore, 2008; Rouzier o.fl., 2000; Veale o.fl., 2013); óþægindi eða kvíði tengdur kynlífi (Bramwell o.fl., 2007; Rouzier o.fl., 2000; Trichot o.fl., 2011; Veale o.fl., 2013); væntingar um betra kynlíf (Bramwell o.fl., 2007; Goodman, o.fl., 2010); til að auka sjálfstraust (Goodman, o.fl., 2010), ósk kynlífsfélaga (Goodman, o.fl., 2010); skapabarmar sýnilegir í sundfötum (Jothilakshmi o.fl., 2009) og ótti við stríðni (Jothilakshmi o.fl., 2009).

Rannsókn Goodman o.fl. (2010) gefur til kynna að helstu ástæður fyrir aðgerð á kynfærum kvenna séu persónulegar og litill hluti virðist vera undir áhrifum frá utanaðkomandi aðilum.

Hvað einkennir konur sem fara í skapabarmaaðgerðir?

Í þremur greinum leitast Veale o.fl. (2013; 2014 a og b) við að svara því hvað einkennir konur sem fara í skapabarmaaðgerðir með því að bera saman konur sem fara í aðgerðirnar og konur sem vilja ekki fara í slíkar aðgerðir. Samkvæmt niðurstöðum þeirra eru konur sem fara í aðgerðirnar marktækt óánægðari með útlit kynfæra sinna, líklegri til að vera með líkamsröskun og með neikvæða líkamsmynd. Einnig voru þær líklegri til að forðast að fara í kvenskoðun og horfa á eigin kynfæri. Þær báru sig einnig saman við aðrar konur og greindu frá neikvæðum athugasemdum eða viðbrögðum við stærð skapabarma þeirra. Í grein Jothilakshmi o.fl. (2009) kemur fram að tvær stúlkur af sex voru undir eftirliti geðlæknis vegna geðheilsu sinnar.

Ánægja með aðgerðir

Sex rannsóknir fjölluðu um ánægju með aðgerðirnar og samkvæmt þeim er ánægjan mikil (Goodman, o.fl., 2010; Jothilakshmi o.fl., 2009; Motakef o.fl., 2015; Rouzier o.fl., 2000; Trichot o.fl., 2011; Veale o.fl., 2014b). Í tveimur rannsóknum kom fram að meirihluti þátttakenda myndi gangast aftur undir aðgerð og mæla með henni fyrir konur með sömu vandamál (Rouzier o.fl., 2000; Trichot o.fl., 2011).

Veale o.fl. (2014b) greindi frá því að níu konur hafi uppfyllt skilyrði líkamsröskunar fyrir aðgerð en einungis tvær eftir aðgerðina. Þá kom einnig fram að eftir skapabarmaminnkun dró marktækt úr kvíða hjá konunum og líkamsmynd þeirra varð marktækt betri.

Tafla 3. Heimildir um ástæður og afleiðingar skapabarmaaðgerða, viðhorf til skapabarmaaðgerða og áhrif fjölmiðla á hugmyndir um eðlilegt útlit kynfæra kvenna.

Höfundar og ártal	Tilgangur	Aðferð, úrtak, mælingar	Niðurstöður	Ályktun höfunda
Bramwell o.fl., 2007. Bretland.	Að auka skilning á orsökum þess að konur fara í skapabarmaaðgerð, væntingum þeirra til aðgerðar og reynsluna af henni.	Eiginleg viðtalsrannsókn, n*=6; aldursbil 16–45 ára þátttakendur fundust í skráð kvenríkisspítala og höfðu farið í skapabarmminnkun. Þemagreining.	<i>Þema 1. Eðlilegt en gallað</i> Tilfinning um óeðlilegt útlit kynfæra samfara vitund um margbreytileika eðlilegs útlits. Árangur ekki í samræmi við væntingar hjá öllum. <i>Þema 2. Kynlíf</i> Óþægindi og kviði vegna útlits skapabarma og jafnvel von um betra samband við kynlífsfélaga. Misjafnt hvernig það gekk eftir. <i>Þema 3. Ferli þess að komast í aðgerð</i> Upplýsingar um aðgerðir fengust frá heilbrigðisstarfsmönnum og úr fjölmiðlum. Þær voru misvisandi í sumum tilvikum.	Viðmið um útlit skapabarma hefur áhrif á sókn í aðgerðir á skapabörum. Jákvæð áhrif aðgerða á kynlíf kvennanna má rekja til aukins sjálfstrausts frekar en til sjálfrar aðgerðarinnar. Boðið skal upp á sálfræðimeðferð samhliða ósk um aðgerð.
Crockett o.fl., 2007. Bandaríkin.	Að meta áhrif raunveruleikabátta um lýtaaðgerðir á þá ákvörðun að leita ráða hjá lýtalækni. Rannsakað var hvort þættirnir hafi áhrif á væntingar til aðgerða.	Könnunarsnið, n#=42; konur (meðalaldur=35,9 ár; aldursbil 11–45 ár) sem höfðu ekki farið í lýtaaðgerð áður. Spurningalistakönnun sem var tvískipt og fór fyrri hluti hennar fram áður en einstaklingur talaði við skurðlækni en seinni hlutinn strax eftir fyrsta viðtal við skurðlækni. Þátttakendur voru spurðir um ákvæðna raunveruleikabætti sem fjalla um lýtaaðgerðir og þeim var skipt í hópa eftir því hvort þeir höfðu mikið eða lítið á þá þætti. Einnig voru þeir spurðir um þá þekkingu sem þeir höfðu á lýtaaðgerðum, hvort þeir álitu þættina endurspegla þeirra að leita eftir lýtaaðgerð. Þeir voru einnig beðnir um að svara spurningum um líkamsmynd sína.	Meirihluti þátttakenda voru konur. Alls höfðu 57% mjög mikið á raunveruleikasjónvarpsþætti. Samanborið við þá sem höfðu sjaldan á slíka þætti töldu þeir sem mjög oft höfðu á þá þekkingu sína á lýtaaðgerðum marktækt betri en hinna og voru marktækt líklegri til að finna þættirnir endurspegla raunveruleikann. Allir þátttakendur töldu sig hafa bætt við þekkingu sína eftir viðtal við skurðlækni. Um 79% þátttakenda sögðu að sjónvarp og aðrir fjölmiðlar hefðu haft áhrif á ákvörðun þeirra að leita eftir upplýsingum um lýtaaðgerð. Alls ætluðu 54% af þeim sem höfðu mikið á þættina að ganga lengra og fara í aðgerð en 39% þeirra sem höfðu minna á þættina. Ekki var munur á milli hópanna þegar kom að líkamsmynd þeirra.	Rannsóknin styður þá tilgátu að raunveruleikabættir um lýtaaðgerðir hafi áhrif á væntingar skjólstæðinga til lýtaaðgerða, hvort þeir sækist eftir upplýsingum og fari í aðgerð.
Crouch o.fl., 2011. Bretland.	Meta einkenni og væntingar hjá heilbrigðum konum sem sækjast eftir því að fara í skapabarmminnkun.	Framsæ viðtalsrannsókn, n=33. Meðalaldur=23 ár; aldursbil 11 til 45 ár. Þátttakendur voru frá kvensjúkdómadeild ríkisspítala. Lengd og breidd innri skapabarma var mæld og borin saman við fyrirfram ákveðin gildi. Helstu ástæður aðgerða og væntingar til þeirra voru skoðaðar ásamt því að skoða hvaðan hugmyndir um útlit kynfæra koma.	Ástæður aðgerðar: óánægja með útlit og líkamleg óþægindi. Væntingar til aðgerða: Breytt útlit kynfæra. Upplýsingar um aðgerðir fengust í 33% tilvika úr auglýsingum um fegrunaraðgerðir, 15% flettu upp læknisfræðilegum skýringarmyndum og 12% höfðu á klám. Lengd skapabarma kvennanna var innan eðlilegra marka í öllum tilvikum. Hjá þremur var ósamræmi á milli skapabarma og þeim boðin aðgerð. Alls 30 konur var vísað frá því skapabarmar þeirra voru taldir eðlilegir.	Mikilvægt að skilgreina viðmið um eðlilega skapabarma og nauðsynlegt að skýrar leiðbeiningar liggi fyrir um hvernig heilbrigðisstarfsfólk eigi að bera sig að þegar konur sækjast eftir aðgerð á kynfærum.
Goodman o.fl., 2010. Bandaríkin.	Skoða annars vegar ástæður sem konur gefa upp fyrir því að fara í aðgerð á kynfærum og hins vegar ástæður sem lækna gefa upp fyrir aðgerð. Einnig var kynlífsvirkni fyrir og eftir aðgerð skoðuð sem og ánægja kvenna með aðgerð og fylgikvillar.	Afturvirk spurningalistakönnun (óstaðlaður listi), n=258 konur (aldur ekki gefinn upp) og sjúkraskrárgögn 12 skurðlækna um konur sem svöruðu könnun; 341 aðgerð þar af 104 skapabarmaaðgerðir. Eftirfylgni var í 6–42 mánuði eftir aðgerð.	Ástæður aðgerða: • Bæta útlit. • Auka sjálfstraust. • Minnka óþægindi (kynlíf, íþróttir, fót o.fl.). • Auka ánægju af kynlífi (eigin og félaga). • Að ósk kynlífsfélaga. Kynlífsvirkni fyrir aðgerð góð/frábær hjá 114 konum (45%) af 251. Langflestar voru ánægðar með aðgerðina (242/258; 93.8%). Hlutfallslega flestar (97.2%) sem fóru í skapabarmaaðgerð með eða án minnkunar á snipettu voru ánægðar. Almennt var aukin ánægja með kynlíf. Alls 74% (175/237) sögðu ánægjuna meðal eða talsverða og var ánægjuhlutfallið lægst (64.7%) hjá þeim sem fóru í skapabarmaaðgerð með eða án minnkunar á snipettu. Alls 29 af 256 (11.3%) fundu fyrir fylgikvillum, lægsta hlutfallið (8.5%) var hjá þeim sem fóru í skapabarmaaðgerð með eða án minnkunar á snipettu.	Erfitt er að skilgreina hvað eðlileg kynfæri eru og því er lögð áhersla á að þessar aðgerðir séu ekki gerðar í þeim tilgangi að lagfæra eitthvað óeðlilegt. Þrátt fyrir það fara konur í aðgerð í þeim tilgangi að breyta útliti kynfæra sinna. Talið er að með því að safna saman upplýsingum frá stórum hópi lýtalækna fáið skýr heildarmynd af skapabarmaaðgerðum.
Jothilakshmi Bretland.	Skoða ástæður þess að unglingsstúlkum er vísað í skapabarmaaðgerðir.	Afturvirk rannsókn frá árunum 2003–2007, n=6, 11 ára (n=1), 12 ára (n=2), 15 ára (n=1) og 16 ára (n=2). Gagna var aflað úr sjúkraskrárm.	Fimm mismunandi ástæður voru gefnar fyrir aðgerð. Að skapabarmar flæktust í nærfötum (n=2), að þeir væru áberandi undir sundfötum (n=1), óþægindi vegna stækkunar á skapabörum (n=1), skömm vegna þess að skapabarmar sæjust (n=1) og ótti við að verða strítt (n=1). Í skoðun sex vikum eftir aðgerð sögðust allir þátttakendur ánægðir með aðgerðina.	Þörf er á að meta andlegt ástand stúlkna sem sækjast eftir aðgerð, sérstaklega ef ástæðan er fagurfræðileg.
Koning o.fl., 2009. Holland.	Ákvarða ríkjandi sjónarhorn (e. view) kvenna varðandi útlit innri skapabarma og skapabarmminnkanir og hvert hlutverk fjölmiðla er við að móta það sjónarhorn.	Könnunarsnið, n=482 skipt í þrjá hópa: (I) kvennemendur í læknisfræði (n=394; meðalaldur=22 ár; staðalfrávik 3 ár) við hollenskan háskóla, (II) konur sem komu á fæðinga- og kvennadeild spítala í Leeuwarden (n=51; meðalaldur=40 ár; staðalfrávik 13 ár) og (III) konur sem sóttu einkarekna heilsugæslu (n=37; meðalaldur=41 ár; staðalfrávik 10 ár). Spurningalisti var sendur til þátttakenda og sneru spurningar að þekkingu þeirra á skapabarmaaðgerðum og hvernig sú þekking var tilkomin.	Alls 95% þátttakenda skoðuðu útlit eigin kynfæra reglulega, 43% fannst útlitið mikilvægt, 71% taldi eigið útlit eðlilegt og 14% óeðlilegt. Tveir þátttakendur höfðu farið í skapabarmminnkun. Alls 95% vissu um möguleika á aðgerðum til að minnka skapabarma og höfðu 78% heyrt af þeim í fjölmiðlum. Þátttakendur sem fréttu af aðgerðum úr fjölmiðlum fannst þær marktækt síður viðunandi en þeim sem fréttu af þeim með öðrum leiðum. Marktækur munur var samanburð á höpum: • Konur í hópi I voru yngri. • Konur í hópi I voru með færri líkamlegar kvartanir. • Hópur I var líklegri til að vera ósammála því að aðgerðin væri eðlileg.	Meiri hluti upplýsinga sem konur hafa um skapabarmaaðgerðir eru fengnar úr fjölmiðlum. Þar sem fjölmiðlaumfjöllun um efnið hefur aukist mikið í Hollandi á síðustu tveimur árum er það talin líkleg ástæða þess að konur eru í auknum mæli farnar að hugsa um útlit innri skapabarma.

Miklos og Moore, 2008. Bandaríkin.	Skoða ástæður þess að konur fara í skapabarmaaðgerð.	Afturvirk rannsókn, n=131, meðalaldur 35.7 ára (aldursbil 14-57 ára). Gagna aflað úr sjúkraskrá.	- Ástæður aðgerða: - Í fegrunarskyni einvörðungu: 37% (49/131). - Vegna líkamlegra óþæginda (oftast óþægindi við líkamsrækt og sársauki við fæðingu) einvörðungu: 32% (42/131). - Báðar ofangreindar ástæður: 31% (40/131). - Sjaldan greint frá aldri í rannsóknnum en aldursbil frá 11 til 68 ár. - Fáar rannsóknanna greindu frá stærð skapabarma fyrir aðgerð. - Greint var frá sjö mismunandi tækni sem notuð var við aðgerðirnar. - Ánægja kvenna með aðgerðirnar var á bilinu 94% til 100%. - Algengasti fylgikvilli var aðskilnaður skurðbarma (4.7%). Sjaldgæfari fylgikvillar voru hematoma, drep, óþægindi, sjáanleg ör, yfirborðssýkingar og of mikið eða of lítið skorið.	Góð líkamsmynd hefur jákvæð áhrif á kynlífsvirkni konu. Höfundar taka þó fram að lítið sé til af haldþærum rannsóknum um samband kynfæraimyndar og kynlífsvirkni konu.
Motakef o.fl., 2015	Greina einfalt flokkunarkerfi fyrir stærð skapabarma og greina tækni við aðgerðir	Kerfisbundin heimildasamantekt. Viðmið að greint væri frá tækni við aðgerðir, útkomu, fylgikvillum og ánægju kvenna með aðgerðina. Alls fundust 19 rannsóknir sem tóku til 1949 sjúklinga.	- Ástæður aðgerða: Fagurfræðilegar í 87% tilvika. Óþægindi vegna fatnaðar í 64% tilvika. Óþægindi við íþróttaiðkun í 26% tilvika og í 43% tilvika óþægindi við samfarir. - Engir meiriháttar fylgikvillar komu fram. Að mati skurðlæknis var stærð skapabarma viðunandi innan mánaðar frá aðgerð í 93% tilvika. Ellefu konur (7%) fóru í aðra aðgerð vegna óánægju með útlit skapabarma vegna sáragróanda. - Alls 83% (87/98) voru ánægðar með árangur aðgerðar. Alls 4% (4/98) myndu ekki fara í þessa aðgerð aftur. - Ástæður aðgerða: - Óþægindi vegna stækkunar skapabarma hjá öllum konunum. - Óþægindi við kynlíf hjá öllum sem voru virkar í kynlífi (n=20).	Fyrsta kerfisbundna samantektin á framkvæmd þessara aðgerða. Klínískar framsýnar rannsóknir vantar.
Rouzier o.fl., 2000. Frakkland.	Lýsa árangri aðgerða og kanna ánægju þátttakenda eftir skapabarmaminnkun.	Ferilsrannsókn, n=163, miðaldur 26 ára (aldursbil 12-67 ára). Konur valdar í aðgerð út frá skilgreiningu á hvað taldist óeðlileg stærð á innri skapabörmum. Sjúkraskrár skoðaðar m.t.t. árangurs aðgerða út frá fylgikvillum og minnkun skapabarma. Spurningalistar sendir út mánuði eftir aðgerð til að skoða ánægju. Svörun 60% (98/163).	- Ástæður aðgerða: Fagurfræðilegar í 87% tilvika. Óþægindi vegna fatnaðar í 64% tilvika. Óþægindi við íþróttaiðkun í 26% tilvika og í 43% tilvika óþægindi við samfarir. - Engir meiriháttar fylgikvillar komu fram. Að mati skurðlæknis var stærð skapabarma viðunandi innan mánaðar frá aðgerð í 93% tilvika. Ellefu konur (7%) fóru í aðra aðgerð vegna óánægju með útlit skapabarma vegna sáragróanda. - Alls 83% (87/98) voru ánægðar með árangur aðgerðar. Alls 4% (4/98) myndu ekki fara í þessa aðgerð aftur. - Ástæður aðgerða: - Óþægindi vegna stækkunar skapabarma hjá öllum konunum. - Óþægindi við kynlíf hjá öllum sem voru virkar í kynlífi (n=20).	Höfundar telja, sökum ánægju kvenna og árangurs aðgerða, réttlætanlegt að framkvæma skapabarmaminnkun af fegrunar og tilfinningalegum ástæðum.
Trichot o.fl., 2011. Frakkland.	Meta ánægju og bætt lífsgæði eftir skapabarmaminnkun.	Afturvirk lýsandi rannsókn, n=21 meðalaldur 29 ár (aldursbil 15-52 ára). Fimm konur voru undir 18 ára aldri. Aðgerðir framkvæmdar á árunum 2005-2009. Sjúkraskýrslur voru skoðaðar m.t.t. hverjar voru ástæður aðgerða. Hringt var í konurnar og þær beðnar að svara spurningum um ánægju eftir aðgerð, bæði hvað varðar útlit og líkamleg einkenni. Eftirfylgni í 6-25 mánuði.	- Ástæður aðgerða: Fagurfræðilegar í 87% tilvika. Óþægindi vegna fatnaðar í 64% tilvika. Óþægindi við íþróttaiðkun í 26% tilvika og í 43% tilvika óþægindi við samfarir. - Engir meiriháttar fylgikvillar komu fram. Að mati skurðlæknis var stærð skapabarma viðunandi innan mánaðar frá aðgerð í 93% tilvika. Ellefu konur (7%) fóru í aðra aðgerð vegna óánægju með útlit skapabarma vegna sáragróanda. - Alls 83% (87/98) voru ánægðar með árangur aðgerðar. Alls 4% (4/98) myndu ekki fara í þessa aðgerð aftur. - Ástæður aðgerða: - Óþægindi vegna stækkunar skapabarma hjá öllum konunum. - Óþægindi við kynlíf hjá öllum sem voru virkar í kynlífi (n=20).	Mikilvægt að veita sjúklingum greinargóðar upplýsingar áður en tekin er ákvörðun um aðgerð af þessu tagi. Skapabarmaaðgerðir hafa verið gerðar á stúlkum undir 18 ára aldri en almennt séð telja rannsakendur að biða eigi með aðgerðir á kynfærum stúlkna að minnsta kosti þangað til kynþroska er náð.
Veale o.fl., 2013. Bretland.	Skýra hvað einkennir konur sem fara í skapabarmaaðgerð og hvað hvetur þær til þess.	Lýsandi samanburðarrannsókn á 55 konum (miðaldur=30; aldursbil 20.5-39.5) sem höfðu verið metnar hæfar af skurðlæknum til að fara í skapabarmaaðgerð og 70 konur (miðaldur=28.5; aldursbil 18.5-38.5) í samanburðarhóp sem ætluðu ekki í slíka aðgerð. Enginn munur var á hópnum hvað varðar aldur (18-60 ára), kynhneigð, ráðhag, menntun, kynþátt eða barneignir. Gagna var aflað með* HADS, GAS, BDD, PISCO, BIQLI, COPS-BDD, BDD-YBOCS, COPS-L, lista sem mælir flótta og öryggisleitandi hegðun auk spurninga um fyrri fegrunaraðgerðir og áhrif stærðar skapabarma á líf. Úr skýrslum fengust upplýsingar um stærð skapabarma fyrir og eftir aðgerð og um aukaverkanir.	- Ástæður aðgerða: Fagurfræðilegar í 87% tilvika. Óþægindi vegna fatnaðar í 64% tilvika. Óþægindi við íþróttaiðkun í 26% tilvika og í 43% tilvika óþægindi við samfarir. - Engir meiriháttar fylgikvillar komu fram. Að mati skurðlæknis var stærð skapabarma viðunandi innan mánaðar frá aðgerð í 93% tilvika. Ellefu konur (7%) fóru í aðra aðgerð vegna óánægju með útlit skapabarma vegna sáragróanda. - Alls 83% (87/98) voru ánægðar með árangur aðgerðar. Alls 4% (4/98) myndu ekki fara í þessa aðgerð aftur. - Ástæður aðgerða: - Óþægindi vegna stækkunar skapabarma hjá öllum konunum. - Óþægindi við kynlíf hjá öllum sem voru virkar í kynlífi (n=20).	Fyrsta rannsókn sinnar tegundar. Niðurstöður ætti að nota klínískt til að meta konur sem óska eftir að fara í skapabarmaaðgerð.
Veale o.fl., 2014a. Bretland.	Skoða þætti úr uppveksti kvenna og hvernig þroskasaga þeirra tengist ákvörðun um að fara í skapabarmaaðgerð.	Lýsandi samanburðarrannsókn. Sömu þátttakendur og í Veale o.fl., 2013. Gagna aflað með spurningalistum*: POTS, CTQ, DS-R, GAS auk spurninga um kynlífsreynslu. Meðferðarhópur fékk einnig spurningar um hvar upplýsingar um aðgerðir fengust og hver hafði áhrif á ákvarðanatöku um að fara í aðgerð.	- Ástæður aðgerða: Fagurfræðilegar í 87% tilvika. Óþægindi vegna fatnaðar í 64% tilvika. Óþægindi við íþróttaiðkun í 26% tilvika og í 43% tilvika óþægindi við samfarir. - Engir meiriháttar fylgikvillar komu fram. Að mati skurðlæknis var stærð skapabarma viðunandi innan mánaðar frá aðgerð í 93% tilvika. Ellefu konur (7%) fóru í aðra aðgerð vegna óánægju með útlit skapabarma vegna sáragróanda. - Alls 83% (87/98) voru ánægðar með árangur aðgerðar. Alls 4% (4/98) myndu ekki fara í þessa aðgerð aftur. - Ástæður aðgerða: - Óþægindi vegna stækkunar skapabarma hjá öllum konunum. - Óþægindi við kynlíf hjá öllum sem voru virkar í kynlífi (n=20).	Mikilvægt er að konur sem sækjast eftir því að fara í skapabarmaaðgerðir fái sálfræðimat. Jafnframt að þróuð verði sálfræðimeðferð sem geti gagnast ákveðnum konum.

Veale o.fl., 2014b. Bretland.	Meta langtímaáhrif skapabarmaaðgerða með tilliti til ánægju með útlit kynfæra og ánægju í kynlífi. Tilgátan sem sett var fram var sú að konur sem fara í skapabarmaaðgerð verði ánægðari með útlit kynfæra sinna að lokinni aðgerð og upplifi einnig bætt kynlíf.	Framsæ samanburðarrannsókn. 49 konur sem höfðu farið í skapabarmaaðgerð (miðaldur=34 ára; aldursbil 25-43 ára) og 39 konur í samanburðarhóp (miðaldur=28 ára; aldursbil 25-34) sem ekki vilja fara í slíka aðgerð. Enginn munur var á hópnum hvað varðar aldur, kynhneigð, ráðhag, menntun, kynþátt og barneignir. Gagna var aflað með spurningalistum*: HADS, GAS, BDD, PISCO, BIQLI, og COPS-L. Meðferðarhópur var metinn: Fyrir aðgerð; 3 mánuðum eftir aðgerð og 11-42 mánuðum eftir aðgerð en þá voru einvörðungu GAS, PISCO og COPS-L lagðir fyrir. Samanburðarhópurinn var metinn tvisvar með þriggja mánaða millibili.	Fyrir aðgerð voru konurnar í meðferðarhópnum marktækt óánægðari með útlit kynfæra sinna (fleiri stig á GAS og COPS-L) heldur en þær í samanburðarhópnum. Þremur mánuðum eftir aðgerð var ánægja meðferðarhópsins við kynlíf marktækt meiri (fleiri stig á PISCO) en samanburðarhópsins. Niðurstöður matsins gáfu einnig til kynna aukna ánægju með útlit kynfæra og minni kvíða eftir aðgerð. Þegar borin eru saman stig kvenna í meðferðarhópi á mælikvörðunum fyrir aðgerð við stig kvenna 3 mánuðum eftir aðgerð (n=26) fengu konur marktækt færri stig á kvíðakvarða HADS, GAS og á COPS-L og marktækt fleiri stig á PISCO eftir aðgerð. Stig á GAS og COPS-L voru enn marktækt færri hjá hópnum 11-42 mánuðum síðar (n=23). Þá sögðust 6 konur (26%) hafa einn eða fleiri af eftirtöldum fylgikvillum: Vandí með þvaglát (n=3); óánægja með útlit (n=2); verkur við leggangaop (n=1); minnkuð kynörvun (n=2); óþægindi við að klæðast þröngum fötum (n=1). Ein kona sá eftir að hafa farið í aðgerðina.	Styrkleikar rannsóknarinnar eru að marktækir spurningalistar voru notaðir og að rannsóknin var framkvæmd án áhrifa frá skurðlæknum og langtímaárangur metinn. Höfundar álykta að það sé ákjósanlegt að bjóða upp á sálrauna aðstoð til að meta konur sem vilja fara í skapabarmaaðgerðir.
--	--	---	---	--

#n= fjöldi, M=miðgildi.

* The Perception of Appearance and Competency Related Teasing Scale (POTS), The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Disgust Scale Revised (DS-R), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Body Image Quality of Life Index (BIQLI), Genital Appearance Satisfaction (GAS), Cosmetic Procedures Scale of Labiaplasty (COPS-L), Pelvic Organ Prolapse-Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire (PISQ); Cosmetic Procedures Scale – Body Dysmorphic Disorder (COPS-BDD); Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS).

Neikvæðar afleiðingar aðgerðar

Neikvæðar afleiðingar voru almennt fáar og hlutfall þátttakenda sem greindu frá þeim yfirleitt lágt. Fjórar rannsóknir greindu frá óþægindum tengdum kynlífi (Bramwell o.fl., 2007; Goodman o.fl., 2010; Rouzier o.fl., 2000; Veale o.fl., 2013) og tvær frá seinkuðum gróanda og blæðingum (Goodman o.fl., 2010; Trichot o.fl., 2011). Í rannsókn Veale o.fl. (2014b) fundu 26% kvenna fyrir aukaverkunum eftir aðgerð sem tengdust þvaglátum, óánægju með útlit, örarmyndun, sársauka og óþægindum við að klæðast þröngum fötum. Verkir voru til staðar hjá hluta þátttakenda í rannsóknum Rouzier o.fl. (2000) og Trichot o.fl. (2011) og þeir stóðu yfir að meðaltali í eina viku eftir aðgerð. Í tveimur rannsóknum þurfti hluti þátttakenda að gangast undir aðra aðgerð þar sem útkoma fyrri aðgerðar var ekki fullnægjandi (Rouzier o.fl., 2000; Trichot o.fl., 2011). Í rannsókn Rouzier o.fl. (2000) kom í ljós óánægja með stærð skapabarma eftir aðgerð og algengara var að konum fyndust þeir of litlir heldur en of stórir. Heimildasamantekt Motakef o.fl. (2015) nefnir jafnframt aðskilnað skurðbarma, hematoma og drep.

Áhrif fjölmiðla á umræðu um útlit og kynfæri kvenna

Sex rannsóknir fjölluðu um áhrif fjölmiðla (Bramwell o.fl., 2007; Crockett o.fl., 2007; Crouch o.fl., 2011; Koning o.fl., 2009; Liao o.fl., 2012; Veale o.fl., 2014a). Þrjár fjölluðu um hvar konur sem fóru í skapabarmaaðgerðir fengu upplýsingar um aðgerðir (Bramwell o.fl., 2007; Crouch o.fl., 2011; Veale o.fl., 2014a) og sýndi rannsókn Veale o.fl. (2014a) að yfir 80% kvenna fær upplýsingarnar úr fjölmiðlum. Niðurstæða Koning o.fl. (2009) á því hvar konur fá upplýsingar um skapabarmaaðgerðir er svipuð; 78% þátttakenda höfðu fengið upplýsingarnar úr fjölmiðlum. Niðurstöður þeirra voru jafnframt að þátttakendum sem fréttu af skapabarmaaðgerðum úr fjölmiðlum fannst síður viðeigandi að konur færu í slíkar aðgerðir. Niðurstöður Crockett o.fl. (2007) voru að 79% svarenda sögðu að sjónvarp og aðrir fjölmiðlar hefðu haft áhrif á ákvörðun þeirra að leita eftir frekari upplýsingum um lýtaaðgerðir. Ennfremur kom fram að þátttakendur, sem horfðu mjög oft á raunveruleikapætti um lýtaaðgerðir, töldu sig búa yfir betri þekkingu á lýtaaðgerðum og að þættirnir endurspegluðu raunveruleikann betur en þeir sem horfðu sjaldnar á slíka þætti. Þá ætluðu hlutfallslega fleiri konur sem horfa mjög oft á þætti af þessum toga að fara í skapabarmaaðgerð en þær sem horfa sjaldnar.

UMRÆÐUR

Við túlkun niðurstæða þarf að hafa í huga að hlutdrægni rannsakenda getur haft áhrif á niðurstöður. Það á til dæmis við þegar

skurðlæknirinn sjálfur eða samstarfsfólk hans sér um framkvæmd rannsókna (Goodman o.fl., 2007; Jothilakshmi o.fl., 2009; Liao o.fl., 2010; Miklos og Moore, 2008; Rouzier o.fl., 2000). Jafnframt viljum við vekja athygli á því að það sem einkennir flestar rannsóknirnar sem við skoðuðum er lítið og einsleitt úrtak (Bramwell o.fl., 2007; Crouch o.fl., 2011; Jothilakshmi o.fl., 2009; Trichot o.fl., 2011; Veale o.fl., 2014) og lítil eða engin eftirfylgd (Bramwell o.fl., 2007; Crouch o.fl., 2011; Jothilakshmi o.fl., 2009; Rouzier o.fl., 2000). Þá notast þær allar við lýsandi rannsóknasnið. Þetta hefur áhrif á túlkunina og dregur úr sannleiksgildi og áreiðanleika rannsókna.

Í átta rannsóknum var greint frá ástæðum kvenna fyrir því að þær sækja í þessar aðgerðir. Ástæðurnar voru helstar líkamleg óþægindi, skómm og óánægja vegna útlits skapabarma og sýnileika þeirra sem og vandamál tengd kynlífi. Í ljósi þessa er áhugavert að einungis í einni rannsókn, Crouch o.fl. (2011), var lengd og breidd skapabarma mæld og konurnar metnar út frá viðmiðum sem byggðu á fyrri rannsókn höfunda meðal 50 kvenna. Í rannsókninni var meirihluta kvennanna sem leituðu eftir aðgerð vísað frá. Það var gert á þeim forsendum að lengd skapabarma þeirra væri innan viðmiðunarmarka. Í kjölfarið var þeim boðið upp á fræðslu og sálfræðipjónustu og þær fullvissaðar um að skapabarmar þeirra væru eðlilegir að stærð og lögum.

Stefnan í heilbrigðismálum víðast hvar er að heilbrigðisstarfsfólk skuli notast við viðmiðunarreglur eða gæðavísu í störfum sínum og leitast er við að innleiða gagnreynda starfshætti sem víðast. Starfshættir sem byggja á mati einstakra lækna á því hvað séu ásætlanleg viðmið þegar kemur að aðgerðum á skapabörnum hljóta að vera óásætlanlegir. Sérstaklega í ljósi þess að samtök kvensjúkdómalækna víða um heim lita svo á að það skorti sannanir fyrir öryggi og árangri aðgerða sem framkvæmdar eru án læknisfræðilegra ábendinga (Shaw o.fl., 2013).

Athyglisvert er að í framangreindri rannsókn Crouch o.fl. (2011) voru 40% kvenna sem óskuðu eftir að fara í aðgerð en uppfylltu ekki viðmið staðráðnar í að leita annað þrátt fyrir að skapabarmar þeirra teldust innan eðlilegra marka. Þetta bendir til þess að viðmið þessara kvenna séu að skapabarmar eigi að vera minni en framangreind viðmið segja til um. Viðmið sín um stærð og útlit skapabarma geta konur tæpast hafa fengið annars staðar en úr fjölmiðlum en þeir eru algengasta upplýsingaveitan um aðgerðirnar. Í rannsóknunum sem greindu frá því hvar konur fá upplýsingar um aðgerðir á kynfærum kvenna kom í ljós að allt að 80% þeirra fá upplýsingarnar úr fjölmiðlum (Veale o.fl., 2014a). Mat lækna getur líka skipt máli en það hlýtur að vera umhugsunarvert hversu stór hluti

hollenskra lækna telur litla skapabarma endurspegla hugmyndir samfélagsins um æskilegt útlit innri skapabarma og að hluti þeirra þyki stórir skapabarmar fráhrindandi og óeðlilegir (Reitsma o.fl., 2011). Við fundum ekki fleiri rannsóknir á viðhorfum lækna en vefsíður fegrunarlækna sem framkvæma aðgerðirnar endurspegla þessi viðhorf (Moran og Lee, 2013).

Í rannsóknum á fegrunaraðgerðum almennt er lögð áhersla á að skoða líkamsmynd, sjálfmynd, líkamsröskun, sjálfshlutgervingu og fleiri þætti í menningar- og félagslegu samhengi og tengsl þessa þátta við þá ákvörðun kvenna að fara í fegrunaraðgerðir (sjá til dæmis Leve o.fl., 2011; Rodrigues, 2012; Sarwer og Crerand, 2008). Einungis Veale o.fl. (2013; 2014 a og b) leituðust við að skoða konurnar í rannsóknum sínum í því samhengi. Þátttakendur voru hins vegar fáir en niðurstöður benda til þess að full ástæða sé til að skoða betur orsakir þess að konur óska eftir að fara í skapabarmaaðgerðir. Niðurstöður Jones og Nurka (2015) gefa vísbendingar um að flestar konur séu ánægðar með útlit kynfæra sinna sem styður við mikilvægi þess að skoða betur þann hóp sem velur að fara í skapabarmaaðgerðir.

Í þessari grein höfum við ekki fjallað um þau margþættu sjónarmið sem koma fram í skrifum feminískra fræðimanna um lýtaaðgerðir almennt. Meginsjónarmiðin snúa að rétti kvenna til vals og hvernig þær ákveða að nota hið frjálsa val sem þær búa við í vestrænu samfélagi þar sem formlegu jafnrétti er víða náð. Fyrirheit um frelsi sem fæst með frjálsu vali er hins vegar ekki einfalt þar sem því getur verið snyrtilega pakkað inn í útlitsmyndir sem vestrænar konur eru dæmdar út frá og hvattar til að líkja eftir, þ.e. hvattar til að velja. Á endanum er valið því ekki konunnar sjálfrar og það getur haft margþættar afleiðingar (Stuart og Donaghue, 2012). Hins vegar eru konur sjálfráða einstaklingar og það er réttur þeirra að velja, jafnvel þótt valið geti skaðað viðkomandi (Chambers, 2004).

LOKAORÐ

Vísbendingar eru um að sókn í skapabarmaaðgerðir sé að aukast. Skráningu aðgerðanna er hins vegar ábótavant og er raunveruleg tíðni og afleiðingar þeirra ekki þekkt. Val á konum í aðgerðir byggist almennt ekki á viðmiðum um hvað telst eðlileg stærð skapabarma og það er mikilvægt að skilgreina viðmið, sem hægt er að styðjast við. Umfang rannsókna er ekki mikið og aðferðafræði þeirra er ábótavant og það dregur úr áreiðanleika þeirra. Niðurstaðan er að frekari rannsókna er þörf á þessu viðfangsefni til að hægt sé að fá mynd af því hversu algengar aðgerðir á skapabörnum eru, hvað skilgreinir þann hóp kvenna sem velur að fara í aðgerðina og hver sé reynsla þeirra kvenna sem gangast undir hana.

HEIMILDIR

British Society for Paediatric & Adolescent Gynaecology. (2013). Position statement. Labial reduction surgery (labiaplasty) on adolescents. Sótt af <http://www.britspag.org/sites/default/files/downloads/Labiaplasty%20%20final%20Position%20Statement.pdf>

- Chang, P., Salisbury, M. A., Narsete, T., Buckspan, R., Derrick, D. og Ersek, R. A. (2013). Vaginal labiaplasty: Defense of the simple „clip and snip“ and a new classification system. *Aesthetic Plastic Surgery*, 37(5), 887–891. doi: 10.1007/s00266-013-0150-0
- Crouch, N. S., Deans, R., Michala L., Liao, L.-M. og Creighton, S. M. (2011). Clinical characteristics of well women seeking labial reduction surgery: a prospective study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118, 1507–1510. doi: 10.1111/j.14710528.2011.03088
- Goodman, M. P. (2011). Female genital cosmetic and plastic surgery: A Review. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(6), 1813–1825. doi: 10.1111/j.1743/6109.2011.02254.x
- Hamori. (2014). Aesthetic Surgery of the Female Genitalia: Labiaplasty and Beyond. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134(4), 661–673.
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery, ISAPS. (2011; 2013). ISAPS Global statistics. Sótt af <http://www.isaps.org/press-center/isaps-global-statistics>
- Jones, B., & Nurka, C. (2015). Labiaplasty and pornography: a preliminary investigation. *Porn Studies*, (ahead-of-print), 1–14.
- Leve, M., Rubin, L., & Pusic, A. (2011). Cosmetic surgery and neoliberalisms: Managing risk and responsibility. *Feminism & Psychology*, 0959353511424361.
- Liao, L. M., Taghinejadi, N. og Creighton, S. M. (2012). An analysis of the content and clinical implications of online advertisements for female genital cosmetic surgery. *British Medical Journal*, 2, 1–6. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001908
- Liao, L. M., Michala, L. og Creighton, S. (2010). Labial surgery for well women: a review of the literature. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 117, 20–25. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02426.x
- Lloyd, J., Crouch, N. S., Minto, C. L., Liao, L. M. og Creighton, S. M. (2005). Female genital appearance: “normality” unfolds. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(5), 643–646.
- Lowenstein, L., Salonia, A., Shechter, A., Porst, H., Burri, A., & Reisman, Y. (2014). Physicians' Attitude toward Female Genital Plastic Surgery: A Multinational Survey. *The Journal of sexual medicine*, 11(1), 33–39.
- Lög um landlækni og lýðheilsu, nr. 41/2007.
- Moran, C., & Lee, C. (2013). Selling genital cosmetic surgery to healthy women: a multimodal discourse analysis of Australian surgical websites. *Critical Discourse Studies*, 10(4), 373–391.
- Paarlberg, K. M. og Weijnen, P. T. M. (2008). Request for operative reduction of the labia minora; a proposal for a practical guideline for gynecologists. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29(4), 230–234. doi: 10.1080/01674820802291942
- Reitsma, W., Mourits, M. J., Koning, M., Pascal, A., & van der Lei, B. (2011). No (Wo) Man Is an Island—The Influence of Physicians' Personal Predisposition to Labia Minora Appearance on Their Clinical Decision Making: A Cross-Sectional Survey. *The Journal of sexual medicine*, 8(8), 2377–2385.
- Rodrigues, S. (2012). From vaginal exception to exceptional vagina: The biopolitics of female genital cosmetic surgery. *Sexualities*, 15(7), 778–794.
- Sarwer, D. B., & Crerand, C. E. (2008). Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image*, 5(1), 50–58.
- Schober, J., Cooney, M. S., Pfaff, D., Mayoglou, L. og Martin-Alguacil, N. (2010). Innovation of the labia minora of prepubertal girls. *Pediatric Adolescent Gynecology*, 23, 352–357. doi: 10.1016/j.jpog.2010.03.009
- Shaw, D., Lefebvre, G., Bouchard, C., Shapiro, J., Blake, J., Allen, L. og Cassell, K. (2013). Female genital cosmetic surgery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(12), e1–e5.
- Stuart, A., & Donaghue, N. (2012). Choosing to conform: The discursive complexities of choice in relation to feminine beauty practices. *Feminism & psychology*, 22(1), 98–121.
- Tepper, O. M., Wulkan, M. og Matarasso, A. (2011). Labiaplasty: Anatomy, etiology, and a new surgical approach. *Aesthetic Surgery Journal*, 31(5), 511–518. doi: 10.1177/1090820X11411578
- Þingskjal nr. 691/2013–2014. Svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn frá Línæk Önnu Sevarsdóttur um fegrunar- og lýtaaðgerðir á kynfærum kvenna.



Skimun fyrir sárasótt á meðgöngu



Elsa Mari Þór,
ljósmóðir



Dr. Helga Gottfreðsdóttir,
ljósmóðir PhD, dósent Háskóla Íslands

ÚTDRÁTTUR

Nýjustu tölur um sárasóttarsmit á landinu sýna aukningu á skráðum tilfellum. Árið 2014 greindust 24 einstaklingar með sjúkdóminn á Íslandi. Samanborið við tíu ár þar á undan greindust að meðaltali tvö tilfelli á hverja hundrað þúsund íbúa árlega. Karlmenntu eru í miklum meirihluta þeirra sem greinast með smit og eru karlmenn sem stunda kynlíf með körlum sérstakur áhættuhópur. Rannsóknir sýna að karlmenn sem stunda kynmök við karlmenn stunda einnig kynmök við konur og eru þær því í áhættu að smitast af sárasótt. Þunguð kona getur smitað ófætt barn sitt af sjúkdómnum og kallast það meðfædd sárasótt. Sjúkdómnum geta fylgt alvarlegar afleiðingar, sé hann ekki meðhöndlaður.

Mæðravernd býður konum skimun fyrir sárasótt í fyrstu skoðun á meðgöngu. Ef meðferð er hafin eins fljótt og unnt er og fyrir 24. viku meðgöngu er hægt að fyrirbyggja smit til föstursins. Ekki eru skráð tilfelli meðfæddrar sárasóttar á Íslandi. Kostnaður fyrir heilbrigðiskerfið vegna skimunar er um það bil 11.000.000 kr. á ári.

Í þessari grein verður rætt nánar um einkenni og faraldsfræði sárasóttar; hlutverk mæðraverndar og afleiðingar í tengslum við sárasótt. Aðaláhersla er á að svara spurningunni: Hvers vegna er verið að skima fyrir sárasótt í mæðravernd?

Lykilorð: Sárasótt, meðfædd sárasótt, skimun, mæðravernd, kostnaður.

INNGANGUR

Svo virðist sem sárasótt hafi fylgt mannkyninu frá því um aldamótin 1500 og verið mikill skaðvaldur hér áður fyrr (Rothschild, 2005). Þó nú séu um sjötíu ár liðin frá því að virk meðferð fannst hefur enn ekki tekist að útrýma sjúkdómnum þó vissulega hafi margt áunnist. Ástæður þess kunna að vera margar en skortur á forvörnum og skipulögðum skimunum geta að einhverju leyti verið orsök. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin áætlað að tólf milljónir manna sýkist af sárasótt árlega og að meira en níutíu prósent tilfella komi upp í þróunarlöndunum (World Health Organization, WHO, 2001). Hér á landi hafa færri en

tvö tilfelli greinst á ári á hundrað þúsund íbúa síðastliðin tíu ár fyrir utan árið 2007 þegar ekkert tilfelli var skráð (Landlæknisembættið, 2015). Í þróuðum löndum hefur tíðni sárasóttar verið mjög lág en svo virðist sem einhver aukning hafi átt sér stað hin allra síðustu ár. Frá árunum 2000–2013 greindust 46 einstaklingar hér á landi með sjúkdómnum, 34 karlmenn og 12 konur (Hagstofa Íslands, e.d.). Af þeim fjölda eru karlmenn sem stunda kynlíf með körlum álitinn sérstakur áhættuhópur. Sú staðreynd þarf þó ekki endilega að þýða að eingöngu sé um samkynhneigða karlmenn að ræða. Í ljósi þess að tíðni sjúkdómsins virðist eitthvað vera að hækka, hvort sem það er tímabundið eða hvort einhverjar sérstakar ástæður liggja þar að baki, má draga þá ályktun að líkur séu á að tíðni sárasóttar muni einnig hækka meðal kvenna áður en langt um líður.

Þunguð kona getur smitað ófætt barn sitt af sjúkdómnum og kallast það meðfædd sárasótt. Mæðravernd býður konum skimun fyrir sárasótt í fyrstu skoðun á meðgöngu. Ástæða þess er sú að afleiðingar sárasóttarsmits fyrir fösturþroska geta verið alvarlegar. Rannsóknir hafa sýnt að smit getur leitt til fösturláts og andvana fæðingar (Gomez, Kamb, Newman, Mark, Broutet og Hawkes, 2013), einnig hefur það verið tengt við heilalömun og vansköpun stoðkerfis (Arnold og Ford-Jones, 2000).

Faraldsfræði

Sárasótt er meðal þeirra smitsjúkdóma sem eru tilkynningarskyldir á Íslandi. Tilkynningin skal vera persónubundin og innihalda allar þær faraldsfræðilegu upplýsingar sem nauðsynlegar eru til að hindra frekari útbreiðslu sjúkdómsins og rekja uppruna smits (sóttvarnalög, nr. 19/1997). Eins og fram hefur komið er sárasótt hvorki nýr sjúkdómur né nýlega uppgötvaður. Í Vestur-Evrópu varð sárasótt svo til útdauð og er þar helst að þakka virkum meðferðum á kynsjúkdómadeildum, auk leitar og meðhöndlunar á bólfélögum þeirra sem greindust sýktir. Í gegnum tíðina hefur tíðni sjúkdómsins verið merkjanlega hærri í Bandaríkjunum en í Vestur-Evrópu. Árið 1999 var sett af stað áætlun í Bandaríkjunum með það að markmiði að eyða þar sárasótt (Centers

for Disease Control and prevention (CDC), 1999) og hefur ákveðinn árangur náðst (Centers for Disease Control and prevention (CDC), 2006). Hinsvegar hefur nú á seinni árum tilfellum fyrsta og annars stigs sárásóttar fjölgað í Bandaríkjunum og í mörgum löndum Evrópu. Að hluta má rekja þessa aukningu til fjölgunar tilfella meðal manna sem hafa kynmök við menn, en árið 2004 voru 60% nýrra tilfella rakin til þessa hóps. Breytt áhættuhegðun í kynlífi virðist þannig eiga stóran þátt í fjölgun tilfella. Tíðni sjúkdómsins hefur verið lág undanfarna áratugi meðal gagnkynhneigðra manna og kvenna en merki eru farin að sjást um einhverja aukningu á skráðum tilfellum og er ástæða til að fylgjast nánar með þeirri þróun (Fenton, 2004; Simms og Ward, 2006; Yakubovsky, Sokolovsky, Miller, Sparling, Ryder og Hoffman, 2006). Í Austur-Evrópu varð einnig mikil fjölgun á tilfellum sárásóttar síðasta áratug níjándu aldar, eftir að „Járntjaldið“ féll. Sem dæmi fjölgaði tilfellum í Rússlandi úr minna en 30/100.000 íbúa frá árunum 1978 til 1992 í 175 árið 1995. Orsakir þessarar miklu fjölgunar eru ekki kunnar, en leiða má líkur að því að kynhegðun, aukin ferðalög, innflytjendur og vændi séu áhrifþættir. Annað, sem kann að skýra fjölgun skráðra tilfella, er að aðferðum til að greina smit hefur fjölgað, notkun og virkni greininga aukist sem og meðferðir og eftirfylgni hefur batnað (Genc og Ledger, 2000).

Tölur frá Hagstofu Íslands frá árunum 2000 til 2013 um skráð tilfelli sárásóttar sýna hinsvegar að fjöldi smita snarlækkar upp úr aldamótum. Séu öll skráð tilfelli karla og kvenna tekin saman sést að árið 2000 eru tilfelli 3,2 per hundrað þúsund íbúa. Næstu ár á eftir er fækkun, 2,8 tilfelli 2001, 2,4 árið 2002 og 0,7 árið 2003. Síðastliðin tíu ár hafa greinst færri en tvö tilfelli á hundrað þúsund íbúa. Árið 2007 sker sig aðeins úr því þá er ekki skráð neitt tilfelli sárásóttar á landinu. Nýjustu tölur um sárásóttarsmit hér á landi fengust úr skrá yfir tilkynningarskylda sjúkdóma, en þar sést hins vegar að 24 einstaklingar greindust með sjúkdóminn á Íslandi árið 2014 (Landlæknisembættið, 2015). Ekki er ljóst hvað veldur þessari gífurlegu aukningu milli ára en í frétt frá Landlækni í nóvember sama ár kemur fram að uppruni flestra smita er innlendur (Landlæknisembættið, 2014).

Smitleiðir

Sárásótt er kynsjúkdómur sem smitast fyrst og fremst við óvarin kynmök. Líkurnar á því að smitast af sárásótt utan kynlífs eru afar litlar en slíkt getur þó gerst (Woods, 2005). Helstu smitleiðir sárásóttar er snerting við sýkta manneskju með opið sár eða í gegnum slímhúðir kynfæra, í munnholi eða endaparmi (Shahrook, Mori, Ocirbat og Gomi, 2014). Þar sem sárásóttin veldur rofi á ystu frumulögum á húð og slímhúðum eykur það jafnframt líkur á öðrum smitum, svo sem HIV (Buchacz, Petal, Taylor, Kerndt, Byers, Holmberg og Klausner, 2004).

Einkenni

Sárásótt er kynsjúkdómur, oft nefndur syphilis á íslensku, orsakaður af bakteriunni *T. pallidum*. Sjúkdómnum er skipt í þrjú sem hafa mismunandi einkenni eftir því sem liður frá smiti ef hann er ómeðhöndlaður.

Frumeinkenni koma venjulega fram í kringum þrjár vikur eftir sýkingu, þá myndast oftast verkjalaus sár á kynfærum. Á þessu stigi er bakterían að dreifa sér (Meredith, Hawkes, Schmid og Broutet, 2007; O'Connor, Kleinman og Goff, 2008). Ef viðeigandi meðferð hefst á þessu stigi er hægt að lækna sýkinguna annars er bakterían líkleg til að halda áfram að fjölga sér og berast um blóðrásina. Þegar það gerist þróast sjúkdómurinn í annars stigs sárásótt (Meredith, o.fl., 2007). Um það bil 25% ómeðhöndlaðra fá einkenni annars stigs sárásóttar (Meredith, o.fl., 2007). Þetta stig sjúkdómsins einkennist af húðútbrotum um allan líkamann og fylgir því oft hiti, höfuðverkur, beinverkir, þreyta, slen, hálssærindi, hármisssir og þyngdartap. Á þessu stigi er sjúkdómurinn ennþá mjög smitandi en þó enn læknanlegur. Án meðferðar hverfa einkennin yfirleitt innan nokkurra mánaða en sýkingin er áfram í líkamanum (O'Connor o.fl., 2008). Í framhaldi af annars stigs sárásótt hefst tímabil þar sem sjúkdómurinn er hulinn og sá sýkti sýnir engin sjúkdómseinkenni. Sárásóttin getur legið hulin í

mörg ár, en jafnvel á þessu stigi getur bakterían haldið áfram að fjölga sér og borist með blóðrásinni, þó slíkt sé sjaldgæfara eftir því sem liður frá smiti, en niðurstaðan er yfirleitt sú að með tímanum geta öll líffæri líkamans orðið sýkt (Genc og Ledger, 2000). Lokastig sjúkdómsins kemur svo fram árum eða jafnvel áratugum eftir sýkingu og getur það birst í ýmsum myndum. Þar ber hæst sýking í miðtaugakerfi, þar sem sárásóttin hefur borist í heila og/eða mænu og sýking í blóðrásarkerfi þar sem til dæmis slagæðar og/eða hjarta er sýkt (Meredith o.fl., 2007).

Meðfædd sárásótt

Smit frá móður til barns getur orðið hvenær sem er ef móðirin hefur ómeðhöndlaða fyrsta stigs sárásótt. Barnshafandi kona getur einnig borið smit í legið í gegnum fylgjuna eða við fæðingu hafi hún opin slímhúðarsár. Tíðni smits frá móður með fyrsta stigs sárásótt, sem hefur ekki fengið meðferð, er 70–100%. Líkur á smiti minnka ef móðirin er með sjúkdóminn á seinni stigum og getur sem dæmi farið úr 40% í 10% á meðan sjúkdómurinn er á dulda stiginu (Doroshenko, Sherrad og Pollard, 2006; O'Connor o.fl., 2008). Fóstrið sýkist yfirleitt á milli 16. og 28. viku meðgöngu, þó eru dæmi um að móðir geti smitað fóstrið allt frá níundu viku meðgöngu (Schmid, Stoner, Hawkes og Broutet, 2007). Berist sýkingin í barnið í móðurkviði veldur það mun víðtækari sýkingum í líffærum þess, samanborið við annarskonar sýkingarleið og hafa meinafræðilegar breytingar sést hjá fóstri eftir aðeins 15 vikna meðgöngu (Woods, 2005). Afleiðingar fyrir barnið geta verið heilalömun, vatnshöfuð, vansköpun stoðkerfis og heyrnaskerðing sökum taugaskemmda (Arnold og Ford-Jones, 2000). Á meðgöngu verða oftast fósturlát og andvana fæðingar bæði á öðrum og þriðja þriðjungi meðgöngunnar (21%), fyrirburafæðingar og lág fæðingabyngd (6%), að nýburar þurfi klíniska meðferð eftir fæðingu við sárásótt (16%) og nýburadauði (9%) (Gomez o.fl., 2013).

Eina þekkt meðferðin fyrir sárásótt á meðgöngu sem hefur skrásetta virkni er penisillín G. Á heimsvísu væri hægt að koma í veg fyrir meira en 300.000 andvana fæðingar og dauðsföll nýbura ef barnshafandi konur væru skimaðar á fullnægjandi hátt, og þær sem á þyrftu að halda fengu þennan eina skammt af penisillín G fyrir þriðja þriðjungi meðgöngu (World Health Organization (WHO), 2012; Newman, Kamb, Hawkes, Gomez, Say, Seuc og Broutet, 2013). Þó hægt sé að koma í veg fyrir sárásóttarsmit hjá barnshafandi konum greinast engu að síður um tvær milljónir þeirra með sjúkdóminn á hverju ári og er mikill meirihluti þeirra í þróunarlöndunum (Schmid, 2004). Árlega hefur sjúkdómurinn alvarleg áhrif á eina til eina og hálfa milljón barna þeirra mæðra sem eru sýktar af sárásótt. Af þeim deyr í kringum sex hundruð og fimmtíu þúsund annað hvort í móðurkviði eða fljótlega eftir fæðingu (Schmid o.fl., 2007; World Health Organization (WHO), 2010). Helsta ástæða þess að tíðni meðfæddrar sárásóttar er enn frekar há á heimsvísu er skortur á virkri mæðravernd. Sama má segja meðal fátækari þjóðfélagshópa, HIV-sýktra, fíkniefnaneytenda og þeirra sem ekki nýta sér heilbrigðiskerfið í þróuðum löndum. Einstaklingsþættir geta einnig haft áhrif, svo sem aldur mæðra, ólæsi, þeirra sem hafa marga rekkjunauta, hafa áður fætt andvana og HIV-smitaða, en allt eru þetta áhættuþættir fyrir sárásóttarsýkingu á meðgöngu (Saloojee, Velaphi, Goga, Afadapa, Steen og Lincetto, 2004).

Mæðravernd

Í klínískum leiðbeiningum um meðgönguvernd á Íslandi segir að bjóða ætti barnshafandi konum skimun fyrir sárásótt snemma á meðgöngunni (Landlæknisembættið, 2008). Rannsóknir mæla með því að skimað sé fyrir sárásótt í fyrstu skoðun í mæðravernd því lykilatriði er að greina sjúkdóminn eins fljótt og hægt er sé hann til staðar, en þá eru mestar líkur á árangursríkri meðferð (Centers for Disease Control and prevention (CDC), 2014; Hawkes, Gomez og Broutet, 2013; O'Connor o.fl., 2008; Walker og Walker, 2007). Með tilkomu penisillíns á fjórða áratug níjándu aldar og í ljósi þess hversu virkt það var sem meðferð var skimun fyrir sárásótt í mæðravernd komið af stað til að stemma stigum við meðfæddri sárásótt. Það tókst að útrýma meðfæddri sárásótt í efnaðri löndum að mestu leyti og þar

til nýlega héldu menn að tekist hefði að útrýma sjúkdómnum í þeim heimshluta algerlega (Walker og Walker, 2007). Með endurkomu meðfæddrar sárásóttar í Evrópu hefur verið kallað eftir auknu átaki í skimun sárásóttar í mæðravernd. Barnshafandi konur sem mæta ekki í mæðravernd, þær sem koma úr minnihlutahópum og þær konur sem eru í neyslu eru í sérstökum áhættuhóp fyrir sárásóttarsmit. Þjónusta við barnshafandi konur þarf að ná til þessara hópa og ætti að skima þær allar, sem og börnin þeirra, áður en þær fara af fæðingardeildinni.

Kostnaður

Þar sem tilfellum sárásóttar hafði fækkað verulega í hinum vest-ræna heimi kom upp sú spurning hvort hætta ætti almennri skimun fyrir sjúkdómnum hjá barnshafandi konum. Þetta varð til þess að t.d. í Noregi (Stray-Pedersen, 1983) og Bretlandi var gerð fjárhagsleg úttekt á arðsemi skimunar (Williams, 1985). Í báðum úttektum voru gefnar þær forsendur að ef þunguð kona hefði sárásótt og fengi ekki sýklameðferð yrðu afleiðingar þess eftirfarandi: 80% barnanna myndu sýkjast, 30% fæðast andvana, 10% lást í eða eftir fæðingu og 40% verða þroskaheft og/eða líkamlega fötluð. Helmingur af þeim síðast-nefndu þyrftu vistun á stofnun og hin sérkennsluúrræði. Á Íslandi var gerð samskonar athugun undir lok áttunda áratugar síðustu aldar og reyndist tíðnin hér á landi þá vera 7,9/100.000 fæðingar. Ekki var reiknuð út arðsemi skimunar, en ef gefnar væru sömu forsendur og í Noregi væri niðurstaðan sú að fjárhagslega væri hagkvæmt að framkvæma almenna skimun hjá barnshafandi konum hér á landi. Taka ber einnig fram að ekkert barn fæddist með meðfædda sárásótt á Íslandi á þessum tíma sem bendir til að skimunin beri árangur (Alexander Kr. Smárason, Reynir Tómas Geirsson, Jón Hjaltalín Ólafsson og Ólafur Steingrímsson, 1990).

Meðferð á meðfæddri sárásótt getur verið mjög kostnaðarsöm. Sem dæmi má nefna að í Bandaríkjunum er barn með meðfædda sárásótt að jafnaði sjö og hálfum degi lengur á spítala en önnur börn (Bateman, Phibbs, Joyce og Heagarty, 1997). Samkvæmt Hagdeild Landspítalans er kostnaður á hvern legudag á vökudeild að meðaltali 199.500 kr. Er þar um að ræða allan kostnað viðkomandi legu (Kristlaug H. Jónasdóttir, 2015) en áætlað er að barn með meðfædda sárásótt þurfi að dvelja að jafnaði sjö og hálfum degi lengur á vökudeild en það gerir samtals 1.496.250 kr. Að auki þarf að reikna inn í kostnaðinn marga óbeina þætti, svo sem aukinn kostnað heilbrigðiskerfisins vegna ýmissa kvilla sem kunna að hrjá þessi börn seinna meir.

Áætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar

Árið 2007 kom Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin af stað alheims átaki til að útrýma meðfæddri sárásótt, með það markmið að skima ætti 90% allra barnshafandi kvenna fyrir sárásótt árið 2015 og að minnsta kosti 90% kvenna sem reyndust semi-jákvæðar skildu fá viðeigandi meðferð (World Health Organization, WHO, 2007). Þetta átak væri í samræmi við aðra þætti almennrar heilsuverndar, svo sem viðunandi aðgang að og gæði mæðraverndar og aðgang að og gæði kembileitar á sárásótt í mæðravernd (Schmid o.fl., 2007). Til að styðja við alheims frumkvæðið lagði Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin mat á fjölda sárásóttartilfella hjá barnshafandi konum á heimsvísu og tengdum aukaverkunum á meðgöngunni og í fæðingu. Þetta mat frá 2008 bendir til að sárásótt sé áfram mikilvægur áhrifavaldur þegar kemur að dánartíðni og tilfellum alvarlegra veikinda á meðgöngu (World Health Organization, WHO, 2008). Þetta vekur ugg í ljósi þeirrar staðreyndar að helstu forvarnir eru almenn skimun fyrir sárásótt í mæðravernd og tafarlaus meðferð fyrir þær konur sem reynast jákvæðar. Það hefur einnig reynst afar hagkvæmt, jafnvel á svæðum þar sem tíðni sárásóttar er mjög lág. Matið sýnir einnig að bæta ætti skimun sárásóttar í mæðravernd á öllum svæðum heimsins þar sem það gæti haft veruleg áhrif til lækkunar burðarmálsaða og fötlunar.

Áætlanir sýna að árið 2008 hafi yfir 520.000 alvarlegra tilfella á meðgöngu mátt rekja til sárásóttar. Um 215.000 þeirra hafi verið andvana fæðingar eða fósturlát, 90.000 hafi verið andlát fyrirbura, 65.000 barna hafi haft lága fæðingarþyngd eða fæðst fyrir tímann og önnur 150.000 hafi verið sýktir nýburar. Gögnin benda til að í tveimur

þriðju alvarlegra tilfella vegna sárásóttar hafi mæður mætt í mæðravernd að minnsta kosti einu sinni, en voru annaðhvort ekki skimaðar eða, ef þær reyndust jákvæðar, höfðu ekki fengið viðeigandi penísillín meðferð. Með almennri mæðravernd í upphafi meðgöngu og skimun fyrir sárásótt auk virkra meðferða við greindum tilfellum hefði mátt koma í veg fyrir mikinn meirihluta þessara tilfella. Með núverandi heilbrigðiskerfi tókst að koma í veg fyrir alvarlegar afleiðingar í einu af hverjum fjórum tilfellum á heimsvísu árið 2008. Koma hefði mátt í veg fyrir meira en helming þessara tilfella ef á þeim tíma hefði verið búið að ná markmiðum í prófunum og meðferðum sem sett voru fyrir árið 2015 af WHO (Newman o.fl., 2013).

LOKAORÐ

Í þróuðum löndum hefur tíðni sárásóttar verið mjög lág en svo virðist vera sem einhver aukning hafi átt sér stað hin allra síðustu ár. Er sú aukning að mestu hjá mönnum sem stunda kynmök með mönnum. Byggt á gögnum frá 2003 og 2004 er áætlað að meira en 60% tilfella sárásóttar greinist hjá þeim hópi (CDC, 2006). Rannsóknir hafa sýnt að stór hluti þessara karlmanna sofa einnig hjá konum. Rannsókn Wade o.fl. (2005) um smithættu kynsjúkdóma og HIV hjá mönnum sem sofa hjá mönnum í Senegal sýndi að á svæðum þar sem tíðni kynsjúkdóma er mjög há, þá stunda allt að 94% manna sem sofa hjá mönnum einnig kynlíf með konum. Þetta hlutfall reyndist 33% í Bandaríkjunum (Binson, Michaels, Stall, Coates, Gagnon og Catania, 1995) og 79% í Rússlandi (Amirkhanian, Kelly og Issayev, 2001).

Frá því hafist var handa við skimanir hjá barnshafandi konum í efnaðri löndum hefur nánast tekist að útrýma meðfæddri sárásótt. Lykillinn að árangursríkri meðferð við sjúkdómnum og því að koma í veg fyrir smit frá móður til barns liggur í því að greina sjúkdóminn snemma á meðgöngu og hefja meðferð tafarlaust ef jákvæð greining fæst. Ef takast á að útrýma meðfæddri sárásótt þarf að innleiða öfluga mæðravernd með hagkvæmum lausnum, hvar sem er í heiminum og sér í lagi á þeim svæðum þar sem tíðni sárásóttar er há.

Hér á landi hefur sú umræða komið upp hvort réttlætanlegt sé að veita fjármunum í skimun á meðgöngu í ljósi lágrar tíðni sárásóttar á Íslandi. Ekki er eingöngu hægt að líta á kostnaðinn við skimun til samanburðar við þann kostnað sem hlýst af meðhöndlun nýbura á vökudeild með meðfædda sárásótt. Aukinn kostnaður sem myndi falla á heilbrigðiskerfið þegar að barnið eldist vegna hugsanlegra aðgerða, sérkennsluúrræða og vistana á stofnunum eru atriði sem þarf einnig að horfa til. Skimun á meðgöngu er mikilvægur þáttur í að meta tíðni sjúkdómsins, sér í lagi meðal kvenna á barneignaraldri og því að hindra frekari útbreiðslu. Verði skimun sárásóttar á meðgöngu hætt er ekki víst að hægt verði að greina aukningu á tíðni jafn skjótt því einkenni meðfæddrar sárásóttar koma jafnvel ekki fram fyrr en á kynþroskaaldri. Þannig getur rúmlega áratugur liðið áður en nákvæmar tölur um aukningu koma fram. Á þeim tíma getur margt gerst og hætta á að allur sá árangur sem hefur áunnist í baráttu við sárásótt undanfarin sjötíu ár tapist.

HEIMILDASKRÁ

- Alexander Kr. Smárason, Reynir Tómas Geirsson, Jón Hjaltalín Ólafsson og Ólafur Steingrímsson. (1990). Árangur kembileitar að sárásótt í þungun. [rafræn útgáfa]. *Læknablaðið*, 76, 351–355.
- Arnold, S. R., Ford-Jones, E. L. (2000). Congenital syphilis: A guide to diagnosis and management. *Paediatrics & Child Health*, 5(8), 463–469.
- Bateman, D. A., Phibbs, C.S., Joyce, T. og Heagarty, M. C. (1997). The hospital cost of congenital syphilis. *The journal of pediatrics*, 130(5), 752–758.
- Buchacz, K., Petal, P., Taylor, M., Kerndt, P. R., Byers, R. H., Holmberg, S. D. og Klausner, J. D. (2004). Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV infected patients with new syphilis infections. *AIDS*, 18(5), 2075–2079.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1999). *The national plan to eliminate syphilis from the United States*. Sótt 22. apríl 2015 af <http://www.cdc.gov/stopsyphilis/Plan.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2006). *Together we can. The national plan to eliminate syphilis from the United States*. Sótt 24. apríl 2015 af <http://www.cdc.gov/stopsyphilis/seeplan2006.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Primary and Secondary Syphilis — United States, 2005–2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(18), 402–406.

- Doroshenko, A., Sherrad, J. og Pollard, A. J. (2006). Syphilis in pregnancy and the neonatal period. *International Journal of STD & AIDS*, 17(4), 221–228.
- Fenton, K. A. (2004). A multilevel approach to understanding the resurgence and evolution of infectious syphilis in Western Europe. *Eurosurveillance* 9(12), 3–4.
- Genç, M og Ledger, W. (2000). Syphilis in pregnancy. *Sexually Transmitted Infections*, 76(2), 73–79.
- Gomez, G. B., Kamb, M. L., Newman, L. M., Mark, J., Broutet, N. og Hawkes, S. J. (2013). Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 217–226.
- Hagstofa Íslands. (e.d.). *Kynsjúkdómar 2000–2013*. Sótt 22. apríl 2015 af <http://www.hagstofa.is/Default.aspx?q=kynsj%C3%BAkd%C3%B3mar&pageid=2072>
- Hawkes, S.J., Gomez, G.B. og Broutet, N. (2013). Early Antenatal Care: Does It Make a Difference to Outcomes of Pregnancy Associated with Syphilis? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE* 8(2), e56713.
- Kristlaug Helga Jónasdóttir, verkefnastjóri hag- og upplýsingamála Landspítala Háskólasjúkrahúss (2015). *Kostnaður á legudag vökueld 2014*. Tölvupóstur, 4. maí 2015.
- Landlæknisembættið. (2008). *Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu. Klínískar leiðbeiningar*. Sótt 22. apríl 2015 af <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2548/4407.pdf>
- Landlæknisembættið (2014). *Almennt um kynsjúkdóma*. Sótt 24. apríl 2015 af http://www.landlaeknir.is/um-embættid/greinar/grein/item15352/Almennt_um_kynsjukdoma
- Landlæknisembættið. (2015). *Tilkynningarskyldir sjúkdómar – tölur*. Sótt 22. apríl 2015 af <http://www.landlaeknir.is/Pages/876>
- Meredith, S., Hawkes, S., Schmid, G. og Broutet, N. (2007). *The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action*. Geneva: WHO. Sótt 25. apríl 2015 af http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595858_eng.pdf
- Newman, L., Kamb, M., Hawkes, S., Gomez G, Say L., Seuc, A. og Broutet, N. (2013). *Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data*. Sótt 22. apríl 2015 af <http://www.plosmedicine.org/article/doi/10.1371/journal.pmed.1001396&representation=PDF>
- O'Connor, M., Kleinman, S. og Goff, M. (2008). Syphilis in Pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(3), e17–21.
- Rothschild, B.M. (2005). History of Syphilis. *Clinical infectious diseases*, 40(10), 1454–1463.
- Saloojee, H., Velaphi, S., Goga, Y., Afadapa, N., Steen, R. og Lincetto, O. (2004). The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bulletin of the World Health Organization* 82(6), 424–430.
- Schmid, G. (2004). Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bulletin of the World Health Organization* 82(6), 402–409.
- Schmid, G.P., Stoner, B.P., Hawkes, S. og Broutet, N. (2007). The need and plan for global elimination of congenital syphilis. *Sexually Transmitted Diseases* 34 (7 Suppl):S5–S10.
- Shahrook, S., Mori, R., Ochirbat, T. og Gomi, H. (2014). Strategies of testing for syphilis during pregnancy (Review). *The Cochrane Collaboration*.
- Simms, I. og Ward, H. (2006). Congenital syphilis in the United Kingdom. Are we prepared? *Sexually Transmitted Infections* 82(1), 1.
- Sóttvarnalög, nr. 19/1997. Sótt 26. apríl 2015 af <http://www.althingi.is/lagas/nuna/1997019.html>
- Stray-Pedersen B. (1983). Economic evaluation of maternal screening to prevent congenital syphilis. *Sexually Transmitted Diseases*, 10(4), 167–72.
- Walker, D.G. og Walker, G.J.A. (2007). Congenital syphilis: A continuing but neglected problem. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 12(3), 198–206.
- World Health Organization. (2001). Global prevalence and incidence of curable STIs. Sótt 25. apríl 2015 af http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/who_hiv_aids_2001.02.pdf
- World Health Organization. (2007). The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. Sótt þann 23. apríl 2015 af <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/>
- World Health Organization. (2008). Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections-2008. Sótt þann 22. apríl 2015 af <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stisestimates/en/>
- World Health Organization. (2010). World Health Organization and Department of Reproductive Health and Research: Investment case for eliminating congenital syphilis: promoting better maternal and child health outcomes and stronger health systems.
- World Health Organization. (2013). Sexually transmitted infections (STIs). Sótt 25. apríl 2015 af <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>
- Williams, K. (1985). Screening for syphilis in pregnancy: an assessment of the costs and benefits. *Community Medicine*, 7(1), 37–42.
- Woods, C. R. (2005). Syphilis in Children: Congenital and Acquired. *Seminars in pediatric infectious diseases*, 16(4), 245–257.
- Yakubovskiy, A., Sokolovskiy, E., Miller, W. C., Sparling, P.F., Ryder, R. W., Hoffman, I. F. (2006). Syphilis management in St. Petersburg, Russia: 1995–2001. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(4), 244–249.

Verndar og nærir dýrmæta húð



 GAMLA APÓTEKIÐ / BARNID

Barnalínan frá Gamla apótekinu inniheldur engin viðbætt ilm- og litarefni. Vörurnar í Barnalínunni eru íslenskar vörur þróaðar í samstarfi við lækna og lyfjafræðinga.

Fæðingarsaga

– upplifun föður af fæðingu fyrsta barns



Heiða B. Jóhannsdóttir
Ljós móðurnemi

Feður eru yfirleitt viðstaddir fæðingu barna sinna og hafa verið síðustu 40 ár. Þó hafa rannsóknir sýnt að þeir upplifa sig utanveltu og finnst þá vanta stuðning og umönnun á eigin forsendum. Barn-eignarþjónustan er sniðin að mæðrum og enn virðist það vera meginhlutverk fedra að vera stuðningur fyrir móðurina, samanber nýjar reglur á Fæðingavakt Landspítala þar sem gert er ráð fyrir einum stuðningsaðila við fæðinguna og að hann sé í flestum tilvikum hinn verðandi faðir. Þörf er á vitundarvakningu og fleiri rannsóknum til að skoða upplifun fedra, öryggi þeirra og hvers konar stuðning og umönnun þeir þurfa m.a. til að meðhöndla og koma í veg fyrir neikvæða upplifun, fæðingarótta og fæðingarþunglyndi.

Fæðingarsaga er eitt af þeim verkefnum sem 1. árs nemandi í ljósmóðurfræði skila í námskeiðinu Inngangur í ljósmóðurfræði. Verkefnið er unnið þannig að nemandi skrifar fæðingarsögu og hvaða skilaboð felast í henni. Fæðingarsagan er fengin úr nánasta umhverfi en hún getur verið eigin fæðingarreynsla eða frá vinkonu, móður, föður, afa eða ömmu. Reynsla, viðhorf eða hugtök sem endurspeglast í sögunni eru skoðuð og hvaða áhrif sagan geti haft á nám og starf ljósmæðra. Þessi fæðingarsaga er frá sjónarhóli föður út frá frásögn móðurinnar og samtali þeirra um fæðingarreynsluna. Hún er lærdómsrík og gefur okkur innsýn í ólíka reynslu móður og föður af sömu fæðingunni. Sagan ætti að hvetja ljósmæður til að skoða hvernig þær geta sinnt þörfum fedra betur í meðgönguvernd, fæðingarhjálpinni og sængurlegunni.

Ólöf Ásta Ólafsdóttir,
lektor í ljósmóðurfræðum

Hver og einn einstaklingur upplifir hverja fæðingu á mismunandi hátt. Ljós móðir upplifir fæðingu á einn hátt, móðirin á annan

og faðir enn annan. Lítil áhersla er yfirleitt lögð á upplifun fedra í fæðingum en hér á eftir verður sögð fæðingarsaga og upplifun föður á fæðingu fyrsta barns. Til að fá heildarmynd af fæðingunni og skilja samhengið betur og þær upplifanir sem faðirinn segir frá verður fyrst farið yfir atburðarás fæðingarinnar út frá frásögn móðurinnar og fæðingarskýrslunni sem foreldrarnir fengu afhenta stuttu eftir fæðinguna.

Að sögn móðurinnar var mikið bras búið að vera alla meðgönguna, samdrættir byrjuðu snemma og þegar hún var gengin 31 viku var hún sett á rúmlegu. Þegar hún var gengin 36 vikur og mátti loksins fara að gera allt það sem hún vildi benti allt til þess að hún væri komin með meðgöngueitrun. Hún var send í frekari rannsóknir sem staðfestu væga meðgöngueitrun. Hún var lögð inn á sjúkrahús sem er ekki í hennar heimabæ og lá inni í tæpa viku þar sem fylgst var með henni. Á meðan hún lá inni fór eiginmaður hennar og verðandi faðir a.m.k. fjórar ferðir í heimabæinn þeirra sem var í um 150 km fjarlægð til að annast eldra barn þeirra sem hún átti fyrir, svo þetta var hans fyrsta meðgöngu- og fæðingarreynsla. Síðustu vikur höfðu verið erfiðar fyrir barnið og þurfti það mikla athygli og á nærveru pabba síns að halda, en einnig var mikill álagstími í vinnunni og enn voru þrjár vikur í að hann ætti að byrja í fedraorlofi. Móðirin fékk leyfi til að fara heim í 6 nætur og koma svo aftur í endurinnlögn, en ef blóðþrýstingurinn færi yfir ákveðin mörk yrði hún að koma strax til baka. Daginn sem hún átti að leggjast inn aftur fann hún fyrir aukinni vanlíðan og voru blóðgildin þá orðin of há til að vera lengur heima. Þegar á sjúkrahúsið var komið var ástandið orðið verra og hún strax sett á blóðþrýstingslækkandi lyf. Þrýstingurinn hélt áfram að hækka og var því ákveðið að framkalla fæðinguna.

Faðirinn var ekki hjá henni nóttina fyrir gangsetningu en kom

snumma morguns. Ekki var hægt að framkalla fæðingu með belgjarofi klukkan 6 um morgun eins og áætlað var vegna óskorðaðs kolls og því beðið þar til morgunvaktin kæmi í hús. Ákveðið var að byrja gangsetninguna með drippi til að freista þess að fá kollinn neðar í grindina, legháls var 1 cm langur og opinn fyrir 3 fingur. Klukkan rúmlega 9 fóru hjónin inn á fæðingarstofuna og dreyptið var sett af stað klukkan 9:25. Verkirnir jukust smá saman en voru ekki óbærilegir. Klukkan 10:30 skoðar ljósmóðirin konuna og þá var leghálsinn fullstuttur og enn opinn fyrir þrjá fingur. En kollurinn var kominn aðeins neðar þannig að ljósmóðirin ákvað að gera belgjarof, við það festist kollurinn vel en í ljós kom mikið og kolgrænt legvatn. Við belgjarofið upplifði móðirin mikla verki og bað í kjölfarið um mænurótardeyfingu. Eftir að deyfingin hafði verið lögð, farin að virka og mesti doðinn farinn gat móðirin verið á róli, gengið um og notað þyngdaraflíð til að aðstoða við framgang fæðingarinnar. Um klukkan 12 þá fann móðirin fyrir skritinni tilf-inningu og þegar ljósmóðirin skoðaði hana var hún komin með 9 í útvíkkun og bara smá brún eftir en kollurinn var ennþá frekar hátt uppi þannig að hún bað móðurina um að fara á fjórar fætur. Við það fann móðirin svakalegan þrýsting og þá dunkar kollurinn niður, við það féll hjartslátturinn hjá krílinu og ljósmóðirin lét móðurina koma fyrst á hægri hlið en hjartslátturinn náði sér ekki upp, þá hjálpaði ljósmóðirin og faðirinn móðurinni yfir á vinstri hliðina og í kjölfarið þá hækkaði hjartslátturinn og svo var móðirin aðstoðuð við að leggjast á bakið. Móðirin fann mikinn þrýsting og man lítið annað en að hafa ríghaldið í höndina á manni sínum og reynt að hafa stjórn á sér. Ljósmóðirin bað hann um að hringja eftir aðstoð, þá kom ljósmóðir til að aðstoða inn og í framhaldi af því kalla þau á barnalækni og fæðingarlækni. Þau komu með sogklukku með sér, hjartslátturinn var ekki alveg nógu góður og því mikilvægt að ná barninu út sem fyrst. Þvílíkt hröð handtök urðu á stofunni að sögn móðurinnar. Hún sagðist hafa séð fæðingarlækninn koma og rífa gaflinn af rúminu og henda upp stoðunum. Á meðan hjálpaði ljósmóðirin móðurinni að rembast því hún hafði ekki alveg nógu góða tilfinningu vegna deyfingarinnar og þar að auki gerðist allt svo hratt að hún upplifði að hún hefði ekki stjórn á neinu en reyndi bara að fylgja líkamanum. Stuttu síðar glittir í kollinn, móðirin var látin anda sig í gegnum kollhríðina og svo fæðist barnið sem var sett beint upp á maga móður í smá stund áður en barnalæknirinn fékk það til skoðunar. Áður en hjónin spáðu nokkuð í það, spyr einhver á fæðingarstofunni hvaða kyn barnið væri, og kom þá í ljós að fæðist hafði litill drengur. Hann var hinn sprækasti við fæðingu og fékk níu í Apgar eftir eina mínútu og tíu eftir fimm mínútur. Móðirin fékk hann mjög fljótt til sín eftir að barnalæknirinn var búinn að skoða hann. Drengurinn var að sögn móður litill og nettur, dálítið rýr, krumpaður og þrúttinn í framan, en samt svo fallegur og foreldrarnir alveg heillaðir af litla kraftaverkinu. Upplifun móðurinnar af fæðingunni var frábær, henni fannst umönnunin, stuðningurinn og umhyggjan framúrskarandi og vissi alltaf hvað var að gerast.

Að sögn föðurins man hann voðalega lítið eftir þessu. Hann man aðallega eftir því hve hann var óöruggur, hann vissi ekkert hvað hann átti að gera. Hann man bara að um morguninn ætlaði ljósmóðir að gera gat á belginn en af því að barnið var of hátt uppi þá ákvað hún að biða og hann var mjög feginn. Svo man hann bara eftir að hafa sofnað í sófanum inni á stofunni. „Við fórum svo inn á fæðingarstofuna,“ segir hann „og þar var gert gat á belginn.“ Hann man ekki hvar hann var, hvort hann hafi verið í sófanum eða við hliðina á konunni sinni, en hann man að hún mátti ekki fara í baðið vegna græna legvatnsins og aftur varð hann rosalega feginn. Faðirinn man vel eftir því að konan hans bað um deyfingu og læknirinn kom með risa nál sem að hann stakk í bakið á henni. Hann segist hafa verið ótrúlega óöruggur og vissi ekkert hvað hann ætti að gera. „Ég stóð bara þarna,“ sagði hann. Hann ítrekar hve lítið hann man en þó meira vegna þess að hann hafði fengið að lesa fæðingarsögu konu sinnar sem skrifaði söguna niður stuttu eftir fæðinguna. Hann segist muna eftir því að konan hans hafi verið sett á hliðarnar vegna hjartsláttarins hjá barninu og að ljósmóðirin hafi beðið hann um að

ýta á bjölluna og hvað hann hafi verið hræddur þá. Hann mundi eftir því að ljósmóðirin sem sinnti þeim í meðgönguverndinni hafði sagt þeim í fæðingarfræðslunni að ef eitthvað kæmi upp á gæti það gerst að allir myndu hlaupa með konuna í aðgerð og hann stæði einn eftir. Og miðað við allt brasið á meðgöngunni fannst honum líklegt að það myndi gerast. „Þegar fæðingarlæknirinn var kominn inn þá gerðist allt svo hratt,“ sagði hann, en samt var ekkert fát á þeim, þau voru ekkert æst, unnu bara hratt og töluðu einhverja útlensku sem hann segist ekkert hafa skilið í. Svo kom barnið og hann man þegar strákurinn var kominn upp á magann á konu sinni. „Þetta var eitthvað svo óraunverulegt,“ hann langaði svo að gráta en af því að kona hans grét ekki þá hélt hann aftur af sér. Þegar barnalæknirinn var búinn að skoða barnið og það var komið aftur til foreldranna þá fannst honum þetta eitthvað svo skritið en hann segist samt hafa verið svo glaður en hann varð ekki rólegur fyrr en daginn eftir og jafnvel þá sagðist hann hafa verið voðalega stressaður en sagðist ekki vita af hverju.

UMRÆÐA OG LOKAORÐ

Oft upplifa feður stuðningsleysi og finnast þeir vera utangátta bæði á meðgöngu og í fæðingunni (Alio, Lewis, Scarborough, Harris og Fischella, 2013) og sumir feður upplifa tilfinningar á borð við hræðslu og ótta þegar konur þeirra hafa verið greindar með ýmis vandkvæði á meðgöngunni (Poh, Koh, Seow og He, 2014). Hræðsla, kvíði, hjálparleysi og vanmáttur eru tilfinningar sem geta komið upp hjá verðandi feðrum í fæðingunni (Johnson, 2002). Þessar rannsóknarniðurstöður endurspeglar vel upplifun föðurins í þessari fæðingarsögu.

Meginþráður sögunnar frá sjónarhorni föðurins er, eins og áður hefur komið fram, óöryggi, kvíði og hræðsla á meðgöngunni og í fæðingunni. Ég tel miðað við þessa frásögn að þá hefði með betri samfelldari fræðslu og stuðningi verið hægt að breyta upplifun föðurins mikið. Móðirin tók það fram að í fæðingarfræðslu sem þau fengu hafi verið farið vel yfir fæðingarferlið og hlutverk maka og að hún hefði ekkert getað sett út á þar en þess má geta að hún er hjúkrunarfræðingur. Faðirinn var hinsvegar ekki sammála henni þegar þau fóru að ræða þetta. Hann sagðist hafa viljað fá fræðslu um þetta oftar, því að það sem talað er um í 30 mínútur einu sinni sitji ekki eftir. Hann talaði einnig um að hann hefði viljað fá tíma einn með ljósmóðurinni til að spyrja út í ferlið eða fara á einskonar feðranámskeið. Þessi frásögn sýnir að eftir stutta fræðslu og þegar óöryggi og hræðsla eru farin að plaga einstakling er ekki von á að hann muni allt sem fjallað var um og þá jafnvel bara það versta eða dramatískasta sem getur gerst.

Því er mikilvægt að bæði á meðgöngu og í fæðingu sé feðrum veitt fræðsla og stuðningur jafnt og þétt. Með því er mögulega hægt að koma í veg fyrir að þeir upplifi sig á hliðarlínunni, að standa bara og vera gagnslausir í föður- og stuðningshlutverkinu. Fenwick, Bayes og Johansson (2012) fjölluðu um í grein sinni að heilbrigðisstarfsmenn verði að þekkja væntingar verðandi fedra og þörf þeirra fyrir stuðning til að geta veitt þeim víðeigandi þjónustu. Þessu er ég sammála og þetta verkefni og þessi fæðingarsaga mun án efa hjálpa mér í námi og starfi. Hún hefur vakið mig til umhugsunar og sýnt mér hve mikilvægt það er að hlúa að verðandi feðrum á meðgöngu og í fæðingu og ég mun gera mitt besta til að veita eins góðan stuðning og fræðslu og ég get.

HEIMILDIR

- Alio, A. P., Lewis, C. A., Scarborough, K., Harris, K. og Fischella, K. (2013). A community perspective on the role of fathers during pregnancy: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(60), 1–11.
- Fenwick, J., Bayes, S. og Johansson, M. (2012). A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sexual & Reproductive Healthcare*, (3), 3–9.
- Johnson, M. P. (2002). The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: a longitudinal study. *Psychosom Obstet Gynaecol*, 23(3), 173–182.
- Poh, H. L., Koh, S. S. L., Seow, H. C. L. og He, H. G. (2014). First-time fathers' experiences during pregnancy and childbirth: A descriptive qualitative study. *Midwifery*, 30, 779–787.

Ljáðu mér eyra 15 ára

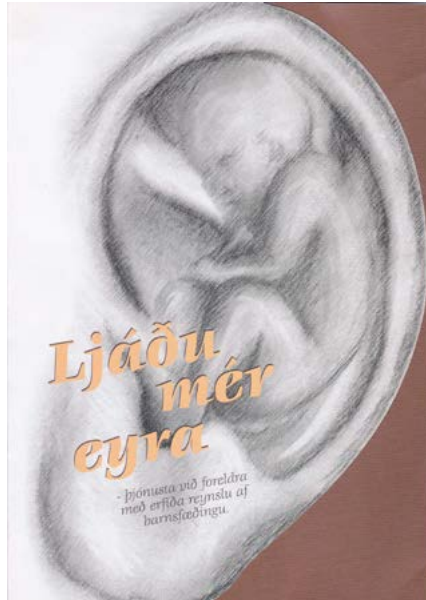
Litið um öxl

Hratt líður stund, í ár eru fimmtán ár liðin síðan „Ljáðu mér eyra“ hóf starfsemi á Landspítalanum, en fyrstu viðtölin voru veitt á því herrans ári 1999. Í tilefni þess er fróðlegt að líta um öxl og rifja upp aðdraganda þess að þessi þjónusta varð til og hvernig hún hefur þróast.

Hugmyndin um að byrja með einskonar hlustunarþjónustu (e. listening service) fyrir konur/pör sem eiga að baki erfiða fæðingarreynslu vaknaði fyrst árið 1998. Ástæða þess var að konur/pör með erfiða fæðingarreynslu að baki hringdu á fæðingardeildina til að ræða um áhyggjur sínar. Erfið reynsla hafði greinilega djúpstæð áhrif og fólki fannst sem engin eiginleg hjálp eða þjónusta væri í boði. Í upphafi höfðu þrjár ljósmæður, þær Guðlaug Pálsdóttir, Jóhanna V. Hauksdóttir og Ólöf Leifsdóttir, allar mikinn áhuga á að koma til móts við þennan hóp. Þær kynntu sér hvað væri í boði erlendis og leituðu þekkingar m.a. með lestri greina. Fljótlega kom í ljós að mikilvægt væri að hafa lækni með í teyminu og var Þóra Steingrimsdóttir fæðingarlæknir tilbúin að slást í hópinn.

Til að unnt væri að hefja slíka hlustunarþjónustu á faglegan hátt var nauðsynlegt að efla samtalstækni og færni í virkri hlustun. Teymið fékk meðbyr hjá stjórnendum kvennadeilda og haustið 1998 var sett upp námskeið hjá Rögnu Ólafsdóttur sálfræðingi í þeim tilgangi. Einnig voru sendar fyrirspurnir til ljósmæðra og lækna í Stokkhólmi og Bretlandi um kynningar á hvernig sambærileg þjónusta væri byggð upp þar. Í framhaldi af því barst þeim heimboð til Surrey í Bretlandi. Þar var vel tekið á móti hópnum og gisting boðin hjá ljósmóður sem kynnti fyrir þeim hvaða þjónusta væri í boði á sjúkrahúsinu þar sem hún vann, en hún starfaði þó meira með konum sem höfðu upplifað missi. Þetta var mjög lærdómsrík ferð og gagnaðist vel við uppbyggingu á Ljáðu mér eyra.

Fyrstu árin hittist hópurinn reglulega á fundum m.a. til að ræða aðferðir við viðtölin, útbúa skráningarblað, merki þjónustunnar



Merki Ljáðu mér eyra.

(logo) og hvernig ætti að auglýsa hana. Tölvudeild Landspítala hjálpaði til við að hanna merkið eftir hugmynd ljósmæðranna og er það mat þeirra sem að komu að vel hafi tekist til við hönnun þess. Hugmynd að merkinu og nafn á teyminu kom frá Jóhönnu en útfærslan hvíldi á herðum alls hópsins. Eyrað er tákn þjónustunnar sem vísar til mikilvægis hlustunarinnar og heldur utan um föstrið líkt og leg. Merkið hefur staðist tímans tönn og er enn notað.

Eftir viðtölin var öll skráning handskrifuð á skráningarblaðið sem nú er orðið barn síns tíma því í dag er allt skráð í rafræna sjúkraskrá í Sögu. Gömlu skráningarblöðin eru geymd í læstum skáp og hafa nýst ljósmæðranemum og ljósmæðrum til úrvinnslu, bæði í lokaverkefni til embættisprófs í ljósmóðurfræði og til meistaranáms. Óskalistablaðið sem hannað var í upphafi er enn notað.

Áður en starfsemin byrjaði var hún kynnt á heilsugæslustöðvum um allt land. Langtímamarkmið Ljáðu mér eyra hópsins var að seinna yrði svona hlustunarþjónusta í boði á heilsugæslustöðvum, en af því hefur ekki orðið, a.m.k. ekki með formlegum hætti.

Tekið var vel í að hefja viðtalsþjónustuna af stjórnendum á Landspítala og ávallt góður vilji að veita svigrúm fyrir Ljáðu mér eyra viðtöl. Mikil áhersla var lögð á trúnað við skjólstæðingana og jafnframt bent á að aðalmarkmið viðtalanna væri hlustun en að ekki væri litið á viðtölin sem vettvang til kvartana. Skjólstæðingum var beint í annan farveg ef um kvörtun var að ræða.

Uppbygging viðtalanna hefur lítið breyst með árunum þó að alltaf sé einhver þróun í gangi. Áætlað er að hvert viðtal taki um klukkutíma og er megininntak viðtalsins virk hlustun. Ljósmóðir er ávallt búin að lesa yfir fæðingarskýrslu konunnar áður en viðtal hefst og er því komin með upplýsingar um gang mála. Konan/parið stýrir að mestu leyti ferðinni í viðtölinu og er það oft sem umræðuefnið í viðtölinu er annað en ljósmóður grunar eftir lestur fæðingarskýrslunnar. Það er nefnilega ekki alltaf samasemmerki á milli þess sem lesa má í fæðingarskýrslu og þess hvernig upplifun fæðingar var. Konu/pari er boðið að fara yfir fæðingarlýsinguna og fá útskýringar á því sem þar stendur. Oft er minning um atburðarásina óljós og með því að fara yfir fæðingarsöguna er um leið verið að fylla inn í eyður. Leitast er við að hjálpa fólki að fá skýra mynd af atburðarás um leið og reynt er að leiðrétta misskilning, sé hann til staðar. Algengt er að konur komi í viðtal þegar þær verða barnshafandi aftur. Þá hafa þær oft sett erfiða reynslu sína til hliðar en svo hellist minningin yfir þegar þær sjá fram á að ganga í gengum fæðingu aftur. Oft dugar eitt viðtal en þeim er boðin endurkoma ef ástæða þykir til. Einnig er þeim boðin tilvísun til annarra fagaðila ef mál þeirra eru þess eðlis að þörf er á, t.d. viðtal við sálfræðing eða fæðingarlækni.

Frá upphafi hafa reglulegir fundir verið haldnir hjá Ljáðu mér eyra teyminu í þeim tilgangi að handleiða hver aðra. Það er mikilvægt því viðtölin eru þess eðlis að þau geta reynt mikið á fagaðil-



Jóhanna og Ólöf.



Guðlaug, Birna, Jóhanna, Valgerður Lís og Hrafnhildur.

ann. Á tímabilum hefur komið inn utanaðkomandi handleiðsla frá sálfræðingi eða geðhjúkrunarfræðingum sem hefur reynst vel.

Með tímanum fækkaði í hópnum og svo fór að lengi vel voru einungis tvær ljósmæður starfandi í teyminu, þær Guðlaug og Jóhanna. Árið 2006 var komin viss þreyta í starfseminu og fannst þeim að annaðhvort væri kominn tími til að hætta eða fara í endurmenntun. Til allrar hamingju fréttist þá af vinnusmiðju hjá Sheilu Kitzinger, mannfræðingi. Grænt ljós var fengið til fararinnar og reyndist það hin besta vítamínssprauta að hitta aðrar ljósmæður, doulur og mannfræðinga. Í vinnusmiðjunni voru haldnir fyrirlestrar og gerðar verklegar æfingar. Þetta kveikti neistann að nýju. Ljósmæður sem vinna í Ljáðu mér eyra hafa sótt ýmis námskeið til að efla sig í starfi, má þar nefna hugræna atferlismeðferð (HAM) í Endurmenntun Háskóla Íslands, ýmsa fræðsludaga og námskeið um afleiðingar áfalla og úrvinnslu sorgar.

Upp úr þessu fóru fleiri ljósmæður að sýna Ljáðu mér eyra þjón-



Guðlaug, Sheila ásamt dóttur sinni og Jóhanna.

ustunni áhuga. Valgerður Lís Sigurðardóttir bættist í hópinn og tók að sér stýrimannshlutverkið. Að hennar frumkvæði voru haldnir tveir fræðsludagar á kvennadeild Landspítala þar sem fengnir voru geðhjúkrunarfræðingar og sálfræðingar til að fræða okkur um áfallastreitu, hugræna atferlismeðferð og samtalstækni. Markmiðið var að gefa öllum ljósmæðrum sem vinna við fæðingar á Landspítalanum kost á að bjóða konum sem þær hafa verið með í fæðingu upp á viðtal ef óskað er eftir því. Þó nokkrar ljósmæður hafa veitt slík viðtöl en reyndin hefur þó verið að langflest viðtölin eru veitt af ljósmæðrum í Ljáðu mér eyra teyminu.

Í þessari grein hefur verið stiklað á stóru um þessi fimmtán ár sem liðin eru frá upphafi Ljáðu mér eyra hlustunarþjónustunnar. Nú standa fimm ljósmæður að teyminu en þær eru Guðlaug, Jóhanna, Valgerður Lís, Hrafnhildur og Birna. Gott samstarf hefur verið við sálfræðinga kvennadeildar vegna þeirra kvenna sem þurft hafa áframhaldandi meðferð. Bókanir fara fram á göngudeild mæðra-verndar og er skipulagið þannig í dag að það eru tekin tvö viðtöl alla föstudaga. Árlega hafa á bilinu 50–70 konur/pör komið í viðtöl hjá Ljáðu mér eyra og virðist þjónustan því vera mikilvægur hlekkur í barneignarþjónustunni. Um nauðsyn þess að vinna með erfiða eða neikvæða fæðingarreynslu þarf ekki lengur að efast því aukin þekking bendir til þess að erfið upplifun á fæðingu geti haft margvíslegar neikvæðar afleiðingar á líðan og heilsu konunnar. Vanlíðan hjá konu virðist einnig geta haft viðtæk áhrif á samskipti hennar og tengsl við barnið og makann.

Þess má geta að nú stendur yfir rannsókn á því hvort konum gagnist viðtölin og á hvern hátt þeim finnst ljósmæður geta hjálpað þeim að vinna úr erfiðri reynslu. Vonast er til að niðurstöður rannsóknarinnar nýtist til að þróa þjónustuna enn frekar. Það er trú þeirra sem að teyminu standa að Ljáðu mér eyra hlustunarþjónustan sé komin til að vera.

*Birna Ólafsdóttir
Guðlaug Pálsdóttir
Hrafnhildur Ólafsdóttir
Jóhanna V. Hauksdóttir
Valgerður Lís Sigurðardóttir*

„Ef ljósmæður hefðu ekki tekið þennan bolta þá hefði einhver annar gert það“

Viðtal við ljósmæður sem starfa við krabbameinsleit

Fyrir nokkrum árum byrjuðu ljósmæður að starfa við krabbameinsleit á Leitarstöðinni. Okkur í ritnefndinni langaði að fá að vita hver aðdragandinn hefði verið að því að ljósmæður kæmu inn í þetta starf, hvernig staðan er í dag og framtíðarsýn svo eitthvað sé nefnt. Ég hitti þrjár ljósmæður í Leitarstöðinni í Skógarhlíð, þær Sigríði Þorsteinsdóttur, ljósmóður og hjúkrunarframkvæmdarstjóra Leitarstöðvarinnar, Kristínu Sigurðardóttur ljósmóður og Laufeyju Ó. Hilmarsdóttur ljósmóður.

Hvenær kom sú hugmynd upp að ljósmæður færu að vinna við krabbameinsleit?

Sigríður: Ég veit ekki nákvæmlega hvenær hún kom upp. Kristján Sigurðsson yfirlæknir átti þessa hugmynd upphaflega og hafði frumkvæði að því að ljósmæður byrjuðu að taka leghálsstrok á Leitarstöðinni.

Kristín: Ég byrjaði hérna 2006 í aðlögun við að læra að gera þetta, vann hérna í einhverja mánuði, held að þetta hafi verið seinnipart vetrar, svona hálf ár. Var bæði í bóklegu, fyrirlestrum og verklegu. En þegar til kom þá var þetta flautað af í bili vegna andstöðu Félags íslenskra kvensjúkdómalækna, þeim fannst þeir vera að missa spón úr aski sínum.

Sigríður: Fljótlega eftir að ég hóf störf á Leitarstöðinni kom þessi hugmynd upp aftur. Við vorum í þeirri stöðu að lækna vildu ekki vinna hér. Það störfuðu hérna kvensjúkdómalæknar sem oft enduðu sinn starfsferil hér og gerðu það bara mjög vel. En við heyrðum alltaf í fleiri og fleiri konum sem vildu ekki koma í skoðun vegna þess að það voru eldri menn sem tóku leghálsstrokin. Konur, sérstaklega yngri konur, vilja frekar koma í skoðun hjá konu. Þá var ákveðið að láta á þetta reyna. Við höfðum þá aftur samband við Kristínu sem hefur starfað hér síðan og Laufey byrjaði fljótlega á eftir Kristínu.

Hvernig var því tekið, voru allir sáttir?

Sigríður: Það var allir sáttir og hefur þessari breytingu verið tekið mjög vel. Jón Hilmar Alfreðsson kvensjúkdómalæknir sem

starfaði hérna þá tók þessar fyrstu ljósmæður að sér og kenndi þeim, hann var mjög hlynntur þessari breytingu. Þetta hefur gengið alveg rosalega vel. Það var tekin ákvörðun um að halda áfram á þessari braut. Kristján Sigurðsson vildi hafa það form að ljósmæður færu í sérstakt nám og myndu taka sömu áfanga og læknanemar á 5. ári á kvennadeildinni. Seinna var þessu breytt, ljósmæður hafa nægilega menntun til að taka þetta að sér, lagt var til að setja inn í nám ljósmæðra það sem vantaði upp á. Ljósmæður geta komið hingað og fengið vinnu en þær þurfa samt að koma og læra að taka leghálsstrok hérna. Þær eru fyrst með Kristjáni Oddssyni, sem er yfirlæknir hérna, eða þjálfðri ljósmóður. Þær verða að setja sig vel inn í og kynna sér vel leitarleiðbeiningarnar sem við vinnum eftir. Þær þurfa að vita hvað við gerum við niðurstöðurnar, hvað niðurstöðurnar þýða og geta upplýst og frætt konur um það.

Maður hefur heyrt því fleygt fram að ljósmæður gætu ekki sinnt þessu af því að þær gerðu ekki innri þreifingu? Hefur framkvæmdin eitthvað breyst?

Sigríður: Innri þreifing er ekki lengur kennd í læknanáminu, þannig að ungir lækna gera ekki innri þreifingu í dag. Hún er talin ómarktæk og fáir sem nota hana í dag.

Kristín: Hins vegar lærðum við Laufey báðar þessa svokölluðu innri þreifingu, held að við höfum bara verið tvær sem lærðum það. Jón Hilmar kenndi okkur þetta. Ég heyrði einu sinni lækni segja það að ljósmæður gætu ekki unnið við þetta því þær þreifðu öðruvísi en lækna, þetta lýsir kannski vanþekkingunni á þessum skoðunum.

Hver var aðdragandinn að þið fóruð í þetta Kristín og Laufey?

Kristín: Fyrst var ég að vinna að HPV rannsókninni sem var minnir mig gerð 2002–2003. Seinna kom Kristján Sigurðsson að máli við mig, hann vissi að ég hefði verið að vinna í þessari rannsókn og spurði hvort ég væri til í að koma og prófa að vinna við að taka leghálsnýni. Ég var alveg til í það, eftir það kom Laufey inn í þetta líka.

Laufey: Ég hitti Kristínu á fundi og þá nefndi hún við mig að það væri verið að leita eftir annarri ljósmóður til að vinna við krabbameinsleit, ég ákvað bara að slá til.

Sigríður: Við höfum lítið þurft að auglýsa eftir ljósmæðrum og oftast eru einhverjar ljósmæður á biðlista eftir vinnu hjá okkur. Við höfum virkjað ljósmæður á heilsugæslustöðvum út um allt land til að taka leghálsnýni, það hefur gengið mjög vel. Okkur finnst að þetta hafi verið mjög farsælt. Ég er ljósmóðir og hef frekar ýtt undir það að þetta sé starf sem ljósmæður geti sinnt, því að staðan var í raun og veru þannig að ef ljósmæður hefðu ekki tekið þennan bolta þá hefði einhver annar gert það. Lækna hafa ekki viljað sinna leghálsskoðunum á Leitarstöðinni og úti á landi eru ekki lækna sem hafa viljað sinna krabbameinsleitinni nema á Akureyri, þar sjá kvensjúkdómalæknar um krabbameinsleitina.



Hvað starfa margar ljósmæður við krabbameinsleit?

Sigríður: Það eru sex ljósmæður starfandi hér, svo eru starfandi ljósmæður á öllum heilsugæslustöðvum á landinu nema tveimur, það eru hjúkrunarfræðingar á tveimur stöðum, á Patreksfirði og Siglufirði. Svo fara ljósmæðurnar sem vinna hérna á leitarstöðinni líka út á land til að taka sýni.

Hvernig taka konur því að ljósmæður sjái um þessa skoðun?

Laufey: Bara mjög vel, þær eru svolítið hissa fyrst: „Hvað eru ljósmæður að gera hér?“ en svo finnst þeim þetta mjög eðlilegt, svona eins og þær segja: „Þetta er ykkar svæði.“ Þær eru oft fegnar að fá konu til að skoða en ekki eldri mann þó að þeir hafi sinnt sínu mjög vel. Þetta á sérstaklega við um yngri stelpur.

Hvernig sjáið þið að hlutverk ljósmæðra geti þróast á þessu sviði, til dæmis innan heilsugæslunnar og almennt um kvenheilsu og kynheilbrigði, er möguleiki að þróa þetta frekar?

Laufey: Ég held að ljósmæður geti komið víða að á heilsugæslum. Til dæmis í mæðravernd væri hægt að taka sýni í fyrstu skoðun hjá konum sem ekki hafa skilað sér í sýnatöku. Hvað varðar fræðslu þá eru óendanlegir möguleikar þar.

Sigríður: Ég hefði viljað sjá fræðsluna meira í höndum ljósmæðra, núna erum við farin að mæla HPV í sýnunum, byrjuðum á því um áramótin. Við finnum að það er mjög lítil þekking um HPV veiruna bæði meðal almennings og meðal heilbrigðisstarfsfólks.

Laufey: Ég held að það sé mikilvægasti þátturinn, það er að fræða. Maður fær fullt af spurningum meðan maður er að skoða. Það er vanþekking á eðli sjúkdómsins eins og margar halda til dæmis að HPV sé ættgengt.

Sigríður: Það má líka benda á fræðslu til kvenna um brjóstaskoðun og brjóstakrabbamein. Mér finnst að ljósmæður geti þjálfað sig og kannski komið þar meira inn í. Þá er ég að tala um fræðsluna. Hvað finnurðu í brjóstinu? Hvað þýða verkir? Hvernig á að bera sig að við að skoða brjóstin sjálfur til dæmis.

Laufey: Það er mjög algengt að konur tali um að þær kunni ekki að þreifa brjóstin.

Hvernig sjáið þið fyrir ykkur að fagdeild innan Ljósmæðrafélagsins geti komið að því að styrkja þetta svið og sjáið þið fyrir ykkur að ljósmóðir geti orðið sérfræðiljósmóðir á þessu sviði?



Biðstofan á Leitarstöðinni.

Sigríður: Já, alveg hiklaust, ég held að ljósmæður geti eins og hver annar orðið sérfræðingar í þessu, þær hafa þessa þekkingu.

Laufey: Það vantar svo mikla fræðslu um t.d. breytingaskeiðið, þar finnst mér að við getum komið sterkt inn í. Við heyrum frá konum á þessum aldri tala um einkenni sem eru eðlilegur hluti af breytingaskeiðinu, þær vita ekki hvað er að gerast og hvernig þær eigi að bregðast við, hvað þær geti gert. Eins og þurrkur í leggöngunum og þá óþægindi í kynlífi, þetta skiptir máli. Konur ræða við okkur líka um þvagleka, blöðru- og legsig, þær vita ekki við hvern á að ræða þessi einkenni, þetta er feimnismál. Þetta er hluti af kvenheilbrigði, ekki bara getnaðarvarnir. Þetta hefur svolítið gleymst, það hefur verið einblínt mest á yngri konurnar. Núna er farið að bólusetja stúlkur við HPV, það er samt mikilvægt að þær mæti áfram í skoðun, alltaf mikilvægt fyrir konur að mæta í skoðun.

Sigríður: Það er gífurlega mikil framþróun í HPV mælingum og það verða væntanlega enn meiri breytingar á næstu árum. Það er minni mæting í krabbameinsleitina úti á landi en á höfuðborgarsvæðinu. Það er áhyggjuefni að konur mæta ekki nógu vel þar. Krabbameinsleit er ódýr og örugg forvörn sem hefur skilað mjög góðum árangri, konur verða að mæta betur. Krabbameinsleitin er samt mjög vel kynnt t.d. þegar við förum út á land. Konur fá bréf heim til sín í pósti, það er skrifað í öll staðarblöðin um leitina áður en við komum og þessi blöð eru borin út á hvert einasta heimili, svo erum við með auglýsingaplakat sem er sett á helstu staði þannig að þetta ætti ekki að fara fram hjá neinum.

*Hrafnhildur Ólafsdóttir
ljósmóðir*



Sigríður, Kristín og Laufey

Dagar (og nætur) í lífi heimafæðingaljósmóður

Ég er heimafæðingaljósmóðir og rek fyrirtækið Björkin ljósmæður með Hrafnhildi, góðri vinkonu minni. Vinnan okkar snýst aðallega um heimafæðingar; við sinnum skjólstaðingum okkar síðustu vikur meðgöngunnar, í fæðingunni sjálfri og í sængurlegunni. Auk þess bjóðum við upp á námskeið, ráðgjöf og ýmislegt fleira sem tengist barneignum í Lygnu fjölskyldumiðstöð, þar sem við höfum aðsetur.

Ég get ekki hugsað mér meira gefandi, fjölbreyttari eða skemmtilegri vinnu en þá sem ég sinni. Hún er samt líka stundum erfið og af og til koma mjög krefjandi og erfiðir sólarhringar. En þeir skilja ekki síður mikið eftir sig og gefa mér svo mikið.

Við Hrafnhildur höfðum nýlega setið í nokkra daga yfir gerð viðskiptaáætlunar og umsóknar fyrir Svanna, lánatryggingasjóð kvenna vegna fyrirhugaðra breytinga á starfsemi Bjarkarinnar. Við vorum löngu búnar að fá nóg af rekstrar-, framkvæmda- og fjármögnunaráætlunum og öðru slíku. Skilafresturinn var að renna út þannig að við smelltum bara á „senda“, lokuðum tölvunum og skelltum okkur með dætrum okkar á tónleika með Jessie J í september síðastliðnum. Dæturnar voru yfir sig spenntar og við þakklátar fyrir að geta verið þarna með þeim. Nokkrar konur voru á tíma en allt með kyrrum kjörum. Þetta var þó logn sem stóð ekki lengi og stutt í að mikill stormur skylli á.

Á meðan við biðum eftir að Jessie J mætti á sviðið hringdi frumbyrja. Hún var búin að vera með samdrætti í einhvern tíma, allt nokkuð rólegt ennþá og hún ætlaði að hringja þegar eitthvað meira færi að gerast. Tónleikarnir klárðust án þess að konan hringdi og við vorum að vonum fagnar að þurfa ekki að skilja dæturnar eftir í Laugardalshöll. Maðurinn minn var samt tilbúinn að sækja þær ef svo færi að við þyrftum að drífa okkur í fæðingu.

Hríðarnar skella á

Við skutluðumst því heim í rúmið og vonuðumst til að fá að sofa svolítið áður en fæðingin færi í gang fyrir alvöru. Um klukkan 4:30 hringdi síminn og pabbinn tilvonandi var á línunni. Konan var komin með reglulegar, kröftugar hríðar. Hún var komin í fæðingalaugina og vildi að ég kæmi til að meta stöðuna.

Ég dreif mig af stað og sótti í leiðinni danska ljósmæðranemann sem hafði fylgt okkur í tvær vikur. Stemningin á heimilinu var fálæg þegar við komum. Slökunartónlist ómaði og kertaljós loguðu, konan var í lauginni og maðurinn hennar hjá henni. Hríðarnar virtust mjög kröftugar og allt leit vel út. Barnið var þó ekki alveg á því að mæta í heiminn strax og eftir nokkra klukkutíma datt allt í dúnalogn.

Foreldrarir ætluðu að reyna að hvilast og við kvöddum í bili. Þá var

komið hádegi. Dagurinn leið og ekkert gerðist þangað til önnur kona hringdi um kvöldmatarleytið. Hún átti líka von á sínu fyrsta barni. Hún var byrjuð með samdrætti og fæðingin líklega að fara af stað. Enn var þó langt á milli hriða og hún ætlaði að hvíla sig.

Ég heyrði í Hrafnhildi þar sem allt útlið var fyrir að við gætum þurft að fara hvor í sína fæðinguna. En þá vandaðist málið. Hún var lögst í ælupest og gat ekki lyft höfðinu af koddanum. Ef það er eitthvað sem heimafæðingaljósmæður óttast þá eru það veikindi. Sem betur fer verðum við ekki oft veikar en þegar það gerist þá óskum við þess að engin kona fari í fæðingu rétt á meðan. Það er ekkert sem heitir veikindadagar og ekki margir sem geta leyst okkur af. Það var ekki um annað að ræða en krossa fingur og vona að konurnar færu ekki af stað á sama tíma. Hingað til hafa hlutirnir alltaf gengið upp þótt oft hafi verið útlið fyrir annað. Ég treysti því að þannig yrði það líka núna.

Síminn hringir

Ég kíkti til konunnar sem hringdi fyrst. Hún var enn með samdrætti en of rólegt til þess að nokkuð væri að gerast. Við ræddum málin, gerðum áætlun og svo fór ég heim að hvíla mig. Síminn hringdi um klukkan 1:30 og þá var það hinn pabbinn að láta vita af stöðu mála. Konan var komin með hríðar á 5 mínútna fresti, henni leið vel og þau töldu sig ekki þurfa á mér að halda strax.

Síminn hringdi aftur um klukkan 03, þá voru hríðar farnar að harðna og konan ætlaði að fara í fæðingalaugina. Hann ætlaði að hringja aftur þegar þau vildu að ég kæmi. Ekki leið nema tæp klukkustund þangað til pabbinn hringdi aftur og þá var eitthvað mikið að gerast. Ég stökk af stað, tók í leiðinni með mér annan danskan ljósmæðranema sem hafði hitt þessa konu og ætlaði að vera með í fæðingunni.

Fæðingin gekk fljótt og vel og ekki leið langur tími þar til lítill yndisleg stúlka með mikið dökkt hár fæddist. Um klukkan 9:30 var ég á leiðinni aftur heim en þá hringdi hin konan. Allt var svipað hjá henni en hún vildi að ég kæmi að kíkja á þau, var orðin þreytt og örvænting farin að gera vart við sig því ekkert var að gerast.

Vinnudagurinn vikkar út

Hrafnhildur var enn fárveik þannig að ég dreif mig heim, þreif fæðingaáhöldin og tók til í töskunni svo hún væri tilbúin fyrir næstu fæðingu. Síðan dreif ég mig af stað, þegar ég kom var legvatnið nýfarið að leka hjá konunni. Foreldrarir voru ánægðir með að einhver breyting hefði orðið enda orðin þreytt og vonuðu að nú færu hlutirnir að gerast fyrir alvöru. Samdrættirnir voru enn vægir og við ræddum hvað hægt væri að gera til að koma fæðingunni betur af stað og gerðum nýja áætlun. Ég ákvað svo að skreppa í tvær vitjanir, fyrir fæðingu, sem voru á dagskrá og erfitt var að fresta. Ég þurfti líka að kíkja á konuna og nýfæddu stúlkuna til að vera viss um að allt væri eins og það ætti að vera hjá þeim.

Dagurinn leið og um klukkan 17 fór ég aftur til konunnar með nemann með mér. Hríðarnar voru orðnar reglulegar og nokkuð kröftugar. Maðurinn minn var farinn í veiðiferð sem hafði verið skipulögð fyrir löngu. Ég get fullyrt að án hans gæti ég ekki unnið eins og ég geri. Það væri að minnsta kosti mun erfiðara. Hann er kletturinn minn. Faðmar mig á erfiðum stundum, gleðst með mér þegar vel gengur og hvetur mig áfram í öllu sem ég geri. Hann hlustar á fæðingarsögurnar, eldar fyrir mig góðan mat þegar ég hef verið í löngum fæðingum og passar að ég fái að hvilast eftir erfiðar nætur.





Ég hef aldrei áhyggjur af börnunum þegar ég þarf að vera lengi í burtu vegna vinnunnar en nú voru börnin ein heima. Það bjargaði málunum að elsta barnið okkar er nítján ára. Hann sá því um að gefa systkinum sínum að borða og passaði upp á að þau færu tímanlega að sofa. Ég vissi að það væri allt í lagi heima en fann samt fyrir samviskubiti og svo saknaði ég þeirra líka. Ég hafði ekki haft tíma til að vera með þeim í marga daga. Ég sendi þeim SMS, sagðist sakna þeirra, það þau að vera góð við hvert annað og dugleg að hjálpast að og að á morgun myndum við reyna að hafa kósý saman.

27 klukkustundir

Fæðingin var langdregin og þegar leið á nóttina gerði þreytan vart við sig og við vorum komin á það stig að íhuga flutning á spítalann. Það var samt ekki til uppgjöf í konunni, sem var svo sterk og dugleg, en ég var orðin hrædd um að fæðingin myndi ekki klárast hjálparlaust.

Danski neminn var með mér og það var mikil hjálp í henni. Við Hrafnhildur höfðum verið í SMS-sambandi. Hún fékk lítinn frið í veikindunum en var orðin örlítið hressari, þótt hún væri langt frá því að vera við fulla heilsu. Hún gat sem betur fer komið til að aðstoða. Ég þurfti á henni að halda því ég vildi vera viss um að ég væri ekki að ákveða flutning á spítalann af því að ég væri þreytt, heldur vegna þess að það væri það besta fyrir konuna og barnið hennar. Við vorum sammála um að þetta væri fullreynt heima og best væri að fara á spítalann. Þar fæddist svo þó nokkru seinna fálægur drengur.

Ég kom heim klukkan hálf sjö, 27 klukkustundum eftir að ég fór af stað í fyrri fæðinguna. Stuttu seinna hringdi vekjaraklukkan og börnin þurftu að fara í skólann. Sá yngsti var illa upplagður, allt var ómögulegt og hann vildi ekki fara. Ég hafði enga þolinmæði og samtalið, ef samtalið skyldi kalla, endaði með því að hann fór að gráta. Ég gafst upp, tilkynnti forföll hjá honum í skólanum, lagðist á koddann og fór að sofa. Úrvinda. Þegar maður er heima fæðingaljósmóðir er mikilvægt að geta sofnað fljótt og það gerði ég næstu fjóra tímuna, dreif mig svo aftur á fætur því ég þurfti að kíkja á konuna og barnið sem hafði fæðst nóttina á undan.

Þegar ég var vöknud heyrði ég í Hrafnhildi sem var öll að hressast. Ein af konunum okkar hafði misst vatnið um nóttina en fæðingin var þó ekki byrjuð enn. Ég kíkti á konuna og nýfædda barnið. Þar gekk allt eins og í búð og foreldramir ljómuðu af hamingju. Á heimleiðinni stoppaði ég í búð, mömmusamviskubitið var orðið risastórt, þannig að ég keypti Cocoa Puffs, sem elsku börnin mín fá annars aldrei nema á jólum, páskum og afmælum. Svo keypti ég ís, kleinhringi og fleira gott sem mér fannst þau eiga skilið. Þegar heim var komið náði ég mér í annan tveggja tíma hraðsvefn.

Eftir kvöldmat fórum við Hrafnhildur að kíkja á konuna sem hafði misst vatnið. Allt var enn með kyrrum kjörum. Það hafði verið ákveðið að biða til morguns og ef ekkert gerðist þá færi hún morguninn eftir á spítalann í gangsetningu. Þegar ég var á heimleið hringdi litli drengurinn minn, sem er níu ára, hálfgrátandi. Systir hans og vinkonur hennar voru að borða bragðaref úr Ísbúð Vesturbæjar. Sorgin var gríðarleg þannig að ég lofaði að koma við og kaupa einn þannig fyrir hann.

Kærkomin hvíld

Þegar ég kom heim sagði ég þeim að ég þyrfti líklega að fara aftur í fæðingu um nóttina þannig að ég þyrfti að reyna að hvíla mig. Sá litli spurði hvort ég gæti hvílt mig í sófanum hjá honum meðan hann myndi

horfa á mynd. Ég gerði það og hann hjúfraði sig upp að mér, knúsaði mig og sagði: „Mamma dagurinn byrjaði ekki vel hjá okkur en svo varð þetta besti dagur lífs míns.“ Það þarf ekki mikið til að gleðja níu ára dreng.

Morguninn eftir vaknaði ég og síminn hafði ekkert hringt. Yngri börnin mín tvö lágu hjá mér í plássi pabba síns. Ég var úthvíld en leið vegna konunnar sem nú þyrfti að hætta við heima fæðinguna og fara í gangsetningu. Þegar við vinnum svona eins og við gerum kynnumst við foreldrunum svo vel. Við tökum þátt í gleði þeirra og stundum líka sorg eða vonbrigðum. Þannig var það þennan morgun.

Dóttir mín sem er tólf ára vaknaði og spurði hvort ég hefði farið um nóttina. Ég svaraði því neitandi. Þá sagði hún: „Gott að þú fékkst að sofa en leitt að konan skyldi ekki fæða.“ Þau eru farin að skilja þetta vel, börnin mín, og vita að stundum breytast plön okkar ef ég þarf að fara í fæðingu. Þótt það geti verið erfitt þá vita þau að þegar svo ber undir þarf einhver meira á mér að halda en þau.

Þau skilja þetta en eru þó líka heppin vegna þess að langoftast get ég verið til staðar eins og þau þurfa. Jafnvel meira en ef ég væri að vinna „venjulega“ vinnu því ég get að miklu leyti stjórnað vinnutíma mínum. Nema þegar kemur að fæðingu, þeim stjórnunum við víst ekki. Börnin taka þátt í þessu með mér, þau heyra sögurnar af fæðingum, þau spyrja þegar ég kem heim hvernig hafi gengið, hvort það hafi fæðst stelpa eða strákur og svo framvegis. Langflest kvöld og nætur er ég heima og flestar helgar er ég mikið laus. Ég get bara aldrei verið viss um að geta mætt í boð eða á mannsmót. Þegar mér er boðið eitthvað er svarið alltaf: „Ég kem ef ég er ekki í fæðingu“. En við lifum samt lífinu, við förum á tónleika, í leikhús, matarboð og gerum skemmtilega hluti. Við erum bara alltaf með símann og í versta falli þurfum við að fara snemma en oftast ganga plönin okkar upp.

Dýrmætar stundir

Í haust höfum við Bjarkarljósmæður starfað við heima fæðingar í fimm ár. Á þessum tíma höfum við tekið þátt í yfir 200 heima fæðingum. Börnin hafa langflest fæðst á heimili sínu en einhver á Landspítalanum en allar hafa fæðingarnar verið jafn stórkostlegar. Við höfum tekið á móti fleiri en einu barni hjá nokkrum fjölskyldum, við höfum tekið á móti systkinabörnum og börnum vinkvenna. Við höfum líka tekið á móti börnum vina okkar og ættingja en eitt af því sem okkur finnst best við vinnuna okkar er að fá tækifæri til að kynna öllum þessum fjölskyldum svona náð.



Við kynnumst eldri systkinum, ömmum og öfum og jafnvel frænkum og frændum. Hver ein og einasta fjölskylda á sinn stað í hjörtum okkar og við höfum lært svo mikið af þeim öllum. Dagar eins og þessir koma ekki oft en þeir koma af og til. Langoftast dreifast fæðingarnar vel og við þurfum ekki oft að vinna í 27 klukkutíma án þess að sofa. Við erum svo lánsamar að fá í okkar daglega starfi ítrekað að upplifa það kraftaverk sem barnsfæðing er. Enginn dagur er eins, engin fæðing er eins, engin fjölskylda er eins og það er það sem gerir starfið svo ótrúlega skemmtilegt.

*Arney Þórarinsdóttir
heima fæðingaljósmóðir*

Fréttir af landsbyggðinni

Á örfáum árum hefur þjónusta við þungaðar konur breyst á landsbyggðinni. Það eru ekki mörg ár síðan það var tekið á móti börnum í Stykkishólmi, Patreksfirði, Höfn í Hornafirði, Egilsstöðum, Sauðárkróki og Húsavík. Á þessum stöðum fæðast ekki lengur börn og á mörgum er ekki starfandi ljósmóðir. Einnig hefur starfsemin breyst á Selfossi og Keflavík, þar er ekki lengur opin skurðstofa og enginn fæðingarlæknir á vakt. Okkur í ritnefndinni langaði að fá fréttir af ljósmæðrum sem vinna á landsbyggðinni, við leituðum til nokkurra staða og fengum góð viðbrögð.

Hrafnhildur Ólafsdóttir
ljósmóðir



LJÓSMÆÐUR Í FAÐMI FJALLA BLÁRRA

Í febrúarmánuði fyrir næstum fimm árum lá leið mín, þá nánast nýtskrifaðar ljósmóður, til Vestfjarða. Fyrirvarinn var afar stuttur eða aðeins um 6 vikur og ætlunin var að vera hér í um það bil ár sem afleysingaljósmóðir. Heldur hefur teygst úr veru minni hér því nú er svo komið að ég er hér fastráðin ljósmóðir, búin að fæða sjálf eitt barn til viðbótar á minni eigin fæðingardeild, við fjölskyldan höfum fjárfest í húsi í miðbæ Ísafjarðar og allir una hag sínum vel. En hvað er svona heillandi við starf á litlum fæðingarstað úti á landi?

Starfið hér er ákaflega fjölbreytt og samfella í starfinu mikil. Við ljósmæðurnar fylgjum konum og börnum þeirra eftir frá fyrstu mæðraskoðun og alveg fyrsta mánuðinn eftir fæðingu þar sem við tökum að okkur auk sængurlegunnar fyrsta hlutann af ungbarnaverndinni. Tengslin við skjólstaðingana verða því mjög nán sem er einstaklega gefandi. Hef ég þónokkrum sinnum verið þeirrar gæfu aðnjótandi að fá að taka á móti fleiri en einu barni hjá sömu konunni og er það alltaf jafn gaman. Starfssvæðið er norðanverðir Vestfirðir og auk Ísafjarðar sinnum við konum frá öllum þéttbýliskjörnum á svæðinu, þ.e. Súðavík, Bolungarvík, Hnifsdal, Suðureyri, Flateyri, Þingeyri og sveitunum í kring. Starfið útheimtir því talsverð ferðalög því við förum í heimavitjanir um allt svæðið og getur stundum verið ágætis tilbreyting að skreppa í bíltúr, einkum í fallegu veðri. Þess má geta að Heilbrigðisstofnun Vestfjarða leggur okkur til bíla í þessar ferðir.

Undanfarin ár hafa hér yfirleitt verið tvær ljósmæður í vinnu sem skiptast á að vera á bakvöktum eftir að dagvinnu lýkur, viku í senn ásamt mismikilli dagvinnuprósentu. Núna störfum við Sigrún Rósa Vilhjálmsdóttir hér. Eins og gefur að skilja er samstarf okkar afar náð og þó svo að við séum yfirleitt hvor um sig að sinna konum í fæðingu er svo mikilvægt að hafa einhvern til að bera álitamál undir eða deila hugleiðingum sínum með. Störfin hér krefjast mjög sjálfstæðra vinnubragða og þó svo að við getum ef í nauðirnar rekur stundum kallað hvor aðra út er það ekki alltaf mögulegt og maður verður einfaldlega að gjöra svo vel að tækla það sem upp kemur.

Það var óneitanlega breyting fyrir mig sem unga ljósmóður að koma



í þetta starfsumhverfi þar sem fáu sérhæfðu starfsfólki er til að dreifa miðað við mannmergðina á Landspítalanum. Hér er þó oftast reyndur skurðlæknir á vakt og aðgengi að skurðstofu allan sólarhringinn sem er nauðsynlegt á stað þar sem veður geta verið válynd og stundum hvorki fært héðan flugleiðina né landleiðina, jafnvel svo dögum skiptir. Það vill þó til að sjúkraflugvélin er ekki stór og hefur getað lent hér í ótrúlegustu veðrum. Það getur skipt sköpum því hér hafa komið upp tilvik m.a. á meðgöngu þar sem flutningur á LSH hefur verið mjög brýnn, svo sem vegna fyrirburafæðinga og blæðinga frá fyrirsætum fylgjum. En í slíkum tilvikum munar þó jafnvel enn meira um það að hér sé starfandi fólk sem hefur fagmenntun og kunnáttu til að bregðast rétt við aðstæðum.

Á litlum fæðingarstað sem þessum skiptir mjög miklu máli að velja vel þær konur sem hér koma inn til fæðingar. Hér eru sjaldnast áhættukonur í fæðingu, með örfáum undantekningum þó. Til dæmis erum við stundum með konur með vægan meðgönguháþrýsting eða meðgöngusyksýki sem er vel meðhöndluð með mataræði eingöngu, konur með sögu um blæðingu eftir fæðingu og við höfum boðið upp á fæðingu eftir fyrri keisaraskurð. Gangsetningar eru hér nánast eingöngu vegna meðgöngulengdar eða farins legvatns en hér eru einnig gerðir valkeisarskurðir. Samkvæmt leiðbeiningum Landlæknisembættisins um val á fæðingarstað eiga þessar konur þess kost að fæða hér og að sjálfsögðu verður að líta til vals hverrar og einnar konu.

Reynsla okkar hér fyrir vestan hefur verið sú að konur vilji nánast undantekningarlaust fæða í heimabyggð. Það að hér er ekki boðið upp á mænurótardeygingu virðist meira að segja sáralitlu skipta í því sambandi.

Aðstaðan fyrir foreldra á fæðingardeildinni er almennt þægileg. Við erum með eina rúmgöða fæðingarstofu með baði og inn af henni baðherbergi með sturtu. Hér eru svo tvær sængurlegustofur með hjónarúmum, baðherbergi, setustofa, lítil barnastofa og ein aukastofa með sjúkrarúmi sem einstöku sinnum hefur verið notuð sem auka fæðingarstofa þegar hér hafa verið tvær konur í fæðingu á sama tíma. Það er í raun merkilegt að það skuli ítrekað koma fyrir þar sem hér hafa undanfarin ár bara verið um 40 fæðingar á ári, en samt sem áður er stofan sú að koma í góðar þarfir.

Fæðingum hefur heldur fækkað hér á Ísafirði síðustu ár og hefur það verið okkur nokkurt áhyggjuefni. Fæðingarstaðir á landinu verða æ færri og ljóst að minnstu staðirnir eiga helst á hættu að lenda undir niðurskurðarhnífnum. Þó berum við þá von í brjósti að fæðingum fjölgi hér á ný, ekki síst ef verður af fyrirhuguðum Dýrafjarðargöngum, því með þeim gætu konur á sunnanverðum Vestfjörðum átt raunhæfan möguleika á því að sækja þjónustu á fæðingardeildina hér, sem nú er útilokað. Aftur á móti voru heilbrigðisstofnanirnar á Patreksfirði og Ísafirði nýverið sameinaðar. Með þeirri sameiningu förum við ljósmæðurnar líka að skoða möguleika á aukinni þjónustu við þungaðar konur sem sótt hafa þjónustu á Patreksfjörð, en þar hefur ekki verið starfandi ljósmóðir í mæðravernd í nokkur ár. Höfum við áhuga á að fara þangað og sinna mæðravernd, enda gildi þess að konur njóti góðrar umönnunar á meðgöngu ótvírætt. Ein mesta ógnin við þjónustu við konur hér á norðanverðum Vestfjörðum er einmitt sú að ef fæðingar leggjast hér af verði þess ekki langt að biða að mæðravernd skerðist einnig umtalsvert þar sem ekki yrðu hér ljósmæður til að sinna henni. Með hliðsjón af þeirri ánægju sem konur hafa látið í ljós með þjónustuna hér og það öryggi sem skapast af því hafa hér ljósmóður til taks allan sólarhringinn viljum við því fyrir alla muni standa vörð um okkar litlu fæðingardeild og þá þjónustu sem við veitum. Við vonum að stjórnmöld styðji okkur í því og geti áfram unnt vestfirskum konum þess að fá að fæða í sinni heimabyggð sem er það sem þær kjósa.

Erla Rún Sigurjónsdóttir,
ljósmóðir við Heilbrigðisstofnun Vestfjarða, Ísafirði



LJÓSMÆÐRAVAKTIN Í KEFLAVÍK

Á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja starfa átta ljósmæður á Ljós-mæðravaktinni í 6,2 stöðugildum og er deildin opin allan sólarhringinn. Eins og nafnið á deildinni gefur til kynna er lögð áhersla á að sinna almennum ljósmæðrastörfum hér á Suðurnesjum og er starfið því mjög fjölbreytt hjá okkur. Það má segja að deildin sé litil kvennadeild, þar sem við sjáum um meðgönguvernd, fæðingarhjálp, meðgöngu og sængurlegu, göngudeildarþjónustu fyrir konur bæði fyrir og eftir fæðingu og símaráðgjöf.

Við aðstoðum einnig við lyfjagjafir á kvöldin og næturnar á endurhæfingardeildinni sem liggur við hliðina á deildinni okkar, en þar er mest aldrað fólk sem kemur inn í hvíldarinnlagnir. Nú á þessu ári tók Ljósmaðravaktin að sér leghálskrabbameinsleit og fóru tvær ljósmæður í þjálfun á Leitarstöð Krabbameinsfélagsins. Ein ljósmóðir frá okkur er líka í geðteyminu á HSS og hefur verið að taka konur í viðtöl og slökun. Helstu ástæður viðtalanna eru andleg vanlíðan á meðgöngu og slæm reynsla af fyrri fæðingu.

Mæðravernd

Við reynum að leggja áherslu á samfellda þjónustu fyrir konur og fjölskyldur þeirra í barneignarferlinu. Allar ljósmæður eru með einn dag í mæðravernd og þær reyna að fylgja sínum konum alla meðgönguna og einnig í heimaþjónustu ef konan óskar eftir því. Með samfelldri þjónustu næst betri árangur í að meta heilsu móður og barns og að auki myndast traust á milli ljósmóðurinnar og hinnar verðandi móður sem stuðlar að aukinni öryggisfinningu og undirbýr hana frekar undir það að fæða náttúrulega og að hún velji að fæða hér. Til að undirbúa verðandi foreldra undir væntanlegu fæðinguna fá konur og maki eða stuðningsaðili fæðingarspjall við ljósmóður í 36. viku meðgöngu þar sem er farið yfir fæðinguna, væntingar þeirra og fæðingarstaðina.

Fæðingarhjálp

Ljósmæðravaktin er D-fæðingarstaður og eru konur skimaðar á meðgöngunni fyrir áhættuþáttum og vandamálum sem upp gætu komið í fæðingu. Fæðingar hafa verið frá 85–135 á ári eftir að deildin breyttist í D-fæðingarstað. Konur nota bæði töluvert hjá okkur í fæðingunum og er hlutfall vatnsfæðinga hátt hjá okkur eða um 45% af fæðingunum.

Meðgöngu- og sængurlega

Á Ljósmæðravaktinni leggjast inn konur á meðgöngu vegna ýmissa fylgikvilla, eins og ógleði og uppkasta, háþrýstings, til hvíldar og af ýmsum öðrum orsökum. Eftir fæðingu geta konur legið sængurlegu ef þær óska eftir því en flestar velja sér að fara í heimaþjónustu. Við erum einnig með ljósameðferð fyrir börn með gulu.

Göngudeildarþjónusta, nálastungur og símaráðgjöf

Ljósmæður sinna göngudeildarþjónustu allan sólarhringinn við konur sem leita á deildina eða er vísað af læknum eða ljósmæðrum í eftirlit fyrir eða eftir fæðingu. Helstu ástæður eru samdrættir á meðgöngu, minnkaðar hreyfingar fösturs, blæðingar, verkir, nálastungur og vandamál tengd brjóstagjöf. Við höfum verið að bjóða konum upp á nálastungumeðferð og eru konur hér á Suðurnesjum duglegar að nýta sér það. Helstu nálastungumeðferðir sem við veitum eru nálastungur við grindarverkjum, ógleði og undirbúning fyrir fæðingu en þá koma þær einu sinni í viku frá 36. viku.

Jónína S. Birgisdóttir,

yfirljósmóðir Ljósmaðravaktar á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja



KVEÐJA FRÁ LJÓSMÆÐRUM Í NESKAUPSTAÐ

Á árunum 2007 til 2010 réðu fimm nýútskrifaðar ljósmæður sig til starfa á fæðingardeild Fjórðungssjúkrahúsins í Neskaupstað. Í dag starfa enn fjórar við deildina svo við stefnum í óvenju vel mannaðan vetur. Þrátt fyrir að hafa allar byrjað nýútskrifaðar, alveg grænar og

blautar á bak við eyrun, höfum við reynt að gera okkar allra besta og ég held að við höfum staðið okkur vel. Hér er rekin eining þar sem ljósmæður sjá algjörlega um að skipuleggja starfið og þá þjónustu sem í boði er og viðfangsefnið eru mjög fjölbreytt. Hér hafa fætt um 80 konur árlega undanfarin ár. Við getum boðið hraustum konum í eðlilegri meðgöngu að fæða hjá okkur eftir 37 vikna meðgöngu. Auk fæðingarþjónustu bjóða ljósmæður hér upp á ráðgjöf fyrir getnað, sónarskoðanir, mæðravernd, nálastungur, sængurlegu, heimaþjónustu, brjóstagjafaráðgjöf og ungbarnavernd. Við njótum þeirra forréttinda að fá að kynnast fjölskyldum snemma á meðgöngu, eða jafnvel fyrir getnað, og fylgjum þeim eftir þar til barnið er orðið allt að 18 mánaða. Við hittum fjölskyldur alls staðar að af Austurlandi og sumar leggja mikið á sig til að koma til okkar. Við leggjum áherslu á að veita persónulega þjónustu og reynum að hafa fæðingardeildina heimilislega svo fjölskyldan geti notið helstu kosta þess að fæða á litlum fæðingarstað.

Ég held að við sem störfum hér, ásamt þeim ljósmæðrum sem hafa komið hér að leysa af, séum sammála um að vinnan okkar sé algjörlega, frábærlega skemmtileg en líka krefjandi. Helsti kosturinn við að vinna á fæðingardeildinni í Neskaupstað er óneitanlega fjölbreytileiki starfsins og þessi góðu tengsl sem óhjákvæmilegt er að myndist þegar maður hittir fólk reglulega yfir langt tímabil. Toppurinn á tilverunni er svo þegar maður tekur á móti fleiri en einu barni í sömu fjölskyldu og að fá að hitta og fylgjast með börnunum sem maður tekur á móti stækka og þroskast. Það eru þó ekki alltaf bara jólin hjá okkur og stundum kemur eitthvað babb í bátinn. Það veldur okkur stundum erfiðleikum við störf hvað við þurfum að sækja ráðgjöf frá fæðingarlæknum langt að. Oft er erfitt að meta hluti í gegnum síma þó að allir séu að gera sitt besta og færð og veður eru okkur ekki alltaf hagstæð þegar þarf að senda konur. Þá hefur mönnun skurð- og svæfingalækna orðið erfiðari með hverju árinu og af og til kemur fyrir að það koma gloppur í mönnun þessara starfa með tilheyrandi raski á störfum fæðingardeildarinnar. Auk þess hafa veður og færð mikil áhrif á okkar störf, sérstaklega yfir vetrartímabil, en þá eru veðurfréttir vinsælasta sjónvarpsfnið og enginn missir af. Sé spáin vond og von á ófærð fer oft talsverður tími hjá okkur í að koma fjölskyldum sem vænta fæðingar fyrir úti í bæ. Hér fyrir austan er um marga fjallvegi að fara sem geta verið erfiðir yfirferðar á vetrum og tilhugsunin um ferðalagið á fæðingarstaðinn er réttilega oft mikið kvíðafæni hjá verðandi foreldrum. Við reynum eftir bestu getu að slá á þær áhyggjur og koma fólki í öruggt skjól réttu megin Oddsskarðs áður en vont veður skellur á. Helst myndum við vilja sjá mörg og góð jarðgöng undir sem flestar af okkar fallettu heiðum til að tryggja aðgengi að deildinni sem best óháð veðri og færð.

Þó að fegurð austfirsku fjallanna sé algjörlega ómótstæðileg þá gerir fjarlægðin við höfuðborgina og stóru sjúkrahúsin okkur nokkuð erfitt fyrir ekki síst þegar kemur að endurmenntun og fréttir t.d. af breyttu verklagi við hina ýmsu hluti eru oft ansi lengi að berast til okkar. Kostnaður okkar við að sækja endurmenntun er margfaldur á við þann sem til að mynda ljósmæður á höfuðborgarsvæðinu



Hrafnhildur Lóa, Ingibjörg, Oddný Ösp og Jónína Salný.

þurfa að greiða vegna endurmenntunar ekki sist vegna þess hve ferðakostnaður er hár. Griðarlega erfitt er að fá námskeið austur og tregða við að nýta tækninýjungar á borð við fjarfund og internetið við námskeiðahald er áberandi. Eins mættu tengsl við Ljósmaðrafélagið vera meiri, við eigum sjaldan heimangengt þegar fundir eru í féluginu og væri frábært ef hægt væri að nýta betur þá möguleika sem fjarfundur býður upp á þegar mikilvægir fundir eru á dagskrá. Þá köllum við eftir því að Landspítali gangist upp í því hlutverki sem hann vill að ég held hafa sem leiðandi afl í skipulagningu og framkvæmd þjónustu við barnshafandi konur og fjölskyldur þeirra í okkar góða landi og geri t.d. verklagsreglur aðgengilegar fyrir fagfólk sem starfar úti á landi og komi áleiðis upplýsingum um breytingar á verklagi. Fæðingardeild FSA hefur nú opnað fyrir okkur gæðahandbók sína og var það okkur mikill fengur og við þökkum það vel og mikið en myndum gjarnan vilja hafa sömu tengsl við rannsóknar- og háskólasjúkrahúsið okkar.

Ég held að framtíð fæðingarþjónustu á Austurlandi sé björt ef þeir sem halda utan um okkar sameiginlegu buddu sjá heilbrigðisþjónustu á landsbyggðinni fyrir nægu fjármagni til að halda henni opinni. Hér er gott að búa og starfa, deildin nýtur mikils velvilja í samfélaginu eins og sést á þeim góðu gjöfum sem henni eru færðar ár hvert af fyrirtækjum og félagasamtökum á Austurlandi. Nú eru spennandi tímar framundan, fæðingarstofan er á leið í klössun á allra næstu vikum.

*Jónína Salný Guðmundsdóttir
Ljós móðir á Fjórðungssjúkrahúsinu í Neskaupstað*



SAUÐÁRKROKUR

Það var á haustmánuðum fyrir þremur árum að ég tók það mikla gæfuspor að flytja á Sauðárkrók og starfa þar sem ljós móðir. Fyrst um sinn vorum við tvær en fljótlega varð ég eina ljós móðirin hérna í firðinum. Ég var tiltölulega nýtskrifuð og hafði ekki mikla reynslu. Engar skipulegar fæðingar höfðu verið á Króknum í nokkur ár en þeim var hætt eftir 2009. Frá þeim tíma hafa verið að fæðast 2–3 börn á ári hérna, sem er töluverð breyting frá því sem áður var. Ég áttaði mig fljótt á því að mikil umræða var í samfélaginu um fæðingar og hvernig stæði á því að verið væri að ráða ljós móður á staðinn þar sem engar fæðingar eru. Eldra fólki fannst þetta mikil afturför og skildi ekki hvers vegna í ósköpunum konur mættu ekki fæða í heimabyggð í stað þess að fæða úti í vegkanti eða uppi á heiði. Á mínu fyrsta starfsári fæddist barn í sjúkrahúsi og eitt í einkabíl. Mér fannst þetta griðarlega erfitt og var ávallt með varann á mér. Einnig fæddust tvö börn í heimahúsi þar sem ég stóð ein vaktina meðan beðið var eftir annarri ljós móður. Ég hef oft verið spurd: „Hvernig leið þér?“ Þá svara ég: „Ef fólkið hefði séð hvernig mér leið þá hefði það væntanlega beðið mig að yfirgefa svæðið og séð undir iljarnar á mér út um hurðina!“

Þegar ég fór að starfa áttaði ég mig á því að ég kunni lítið sem ekkert! Ég hóf gönguna og hugsaði oft: „Guð minn góður hvað er ég



Anna María (t.h.) ásamt systur sinni og barni hennar.

búin að koma mér út í.“ Og á engum tíma fannst mér ég bera ábyrgð á heilu samfélagi og var vakinn og sofin yfir þeim konum sem ég sinnti í mæðravernd og heimaþjónustu. Mæðraverndin er mjög krefjandi þegar maður er einn og þarf að stóla á sjálfan sig. Ég var líka með vakt síma sem ég slökkti aldrei á af ötta við að missa af konu í fæðingu. Ég vaknaði oft upp á nóttunni og velti fyrir mér hvort ég hefði ekki átt að senda konuna, hafa hana í lengra riti, hlusta lengur, þreifa betur, já eða bara hreinlega taka hana með mér heim og passa hana sjálf þar. Þetta var algjör eldskírn fyrstu tvö árin svo mikið er víst og ég hef lent í alls konar tilfellum og mörgu sem ég varla vissi að væri til.

Það sem mér hefur fundist erfiðast við starfið er að vita aldrei hvað gerist næst, sem getur líka verið kostur en einnig haft truflandi áhrif. Það að vera ein með konu í fæðingu, jafnvel þó hún sé innan veggja spítala, tekur á. Til eru þær ljós móður sem segja: „Af hverju leyfirðu ekki konunum bara að fæða hjá þér?“ Það er tvennt ólíkt að vinna inni á sjúkrahúsi með fullt af sérfræðingum á bak við sig en að vera ein úti á landi og vera eini sérfræðingurinn og jafnframt bera ein alla ábyrgðina. Ég veit að okkur er tamt að líta á fæðingar sem eðlilegt ferli, en það er þó þannig að það getur ýmislegt gerst og þá er gott að vera í radius við sjúkrahús til að fá aðstoð. Ég hef verið með hraustar konur í eðlilegri meðgöngu í fæðingu þar sem hlutirnir þróast ekki alveg eins og maður lagði upp með. Það er svo sannarlega mikil ábyrgð og maður þarf alltaf að vera tilbúin að hlutirnir fari stundum öðruvísi en maður hefði óskað og það getur tekið á ljósmóðurhartað að lifa með því, sér í lagi þegar það er óþroskað og viðkvæmt!

Það er ljóst að samband ljósmóður og konu í mæðravernd á svona litlum stað getur verið mjög náð. Ljós móðirin fylgir konunum að jafnaði frá því þær vita af þunguninni og þangað til barnið er 6 vikna gamalt. Samfellan er því mikil og mér finnst hún það allra mikilvægasta í starfinu. Ósjálfrátt fer manni að þykja vænt um konuna og þá sem að henni standa, því getur stundum verið erfitt að klippa á strenginn við 6 vikurnar. Nánast allar konurnar fæða á Akureyri en einhverjar í Reykjavík. Langflestar velja það að koma í heimaþjónustu. Þannig að stundum er æði mikið að gera fyrir eina ljósmóður og í mörg horn að líta.

Konur á þessu svæði hafa frekar greiðan aðgang að ljósmóður og eru mjög duglegar að nýta sér þá þjónustu sem er í boði. Fyrir allnokkru bauðst mér að fara í þjálfun hjá Krabbameinsfélaginu og sinna krabbameinsleit í mínu umdæmi. Það hefur gefist mjög vel og verið góð mæting í skipulagða leit sem og sýnatökur utan hópleitar. Þannig að það er líf úti á landi fyrir ljósmóður, það gerist ekki allt á Landspítalanum. Það sem er mikilvægast í þessu er að ljósmóður sjálfar séu duglegar að skapa sér starfsvettvang og byggja ofan á hann. Ekki einblína bara á fæðingar, því þetta ferli er svo miklu meira en bara fæðingar. Það er það sem ég hef lært á þessari einveru minni hérna í sveitinni. Það sem skiptir líka höfuðmáli í þessu öllu er heildarmyndin, ef konan er örugg og henni líður vel á meðgöngu eru miklar líkur á því að henni gangi vel að fæða og ferlið eftir það verði einnig farsælt. Þó það komi stundum tímar þar sem ég hugsa af hverju í ósköpunum ég sé að leggja þetta á mig, þá er þetta starf besta starf sem hægt er að hugsa sér að mínu mati en jafnframt það erfiðasta þegar aðstæður eru þess eðlis.

Ég fæ ævinlega klassíska spurningu þegar ég hitti aðrar ljósmóður: „Finnst þér ekki leiðinlegt að vera ekki í fæðingum?“ „Það er svo fátíðlegt að leyfa ekki fæðingar í heimabyggð“, er svo það sem fylgir oftast á eftir. Svarið mitt við spurningunni er: „Nei, mér finnst það ekki leiðinlegt því ég hef áttað mig á því að starfið er svo miklu meira en bara fæðingar.“ Fæðingin ein og sér tekur stuttan tíma, en meðgangan og sængurlegan er svo miklu meira krefjandi verkefni og tekur mun lengri tíma. Því skiptir máli að nýta þann tíma vel til undirbúnings og fræðslu fyrir komandi verkefni. Ég get líka fylgt mínum konum yfir á Akureyri og tekið á móti þar ef ég vil, en það kostar tíma og persónulegar förnir og þá er mikilvægt að þekkja mörkin sín og muna að maður er ekki ómissandi.

Ef maður hugsar sér Íslandskortið þá sér maður að konur á þessu svæði sem ég sinni eru ekki illa staddar hvað varðar fæðingarstað. Það er enginn fæðingarstaður frá Selfossi að Neskaupstað sem dæmi, sem eru mun fleiri kílómetrar en milli Sauðárkróks og Akureyrar. Einnig er

mjög erfitt að búa á Seyðisfirði og þurfa að fara yfir þrjá erfiða fjallvegi til að komast á fæðingarstað. Þannig að ef þetta er það sem við þurfum að lifa við þá er ekkert annað í boði en að bretta upp ermar og sníða sér stakk eftir vexti. En samhliða því er mikilvægt að lifa í þeirri von að mögulega komi þetta til með að breytast eins og tiskustraumar. Kannski eftir einhver ár þykir hagkvæmara að konur fæði í sinni heimabyggð, hver veit! Fram að því er um að gera að vera jákvæður, vinna starfið vel og halda upp góðri þjónustu fyrir konur á barneignaraldri, þannig höldum við uppi heiðri ljósmæðrastéttarinnar og þeirra eldri ljósmæðra sem sinntu sínu starfi á alveg hreint ótrúlegan hátt og skilja eftir sig dásamlega sögu fyrir okkur hinar til að byggja ofan á. Áfram ljósmæður!

Anna María Oddsdóttir

Ljósmóðir á Heilbrigðisstofnun Norðurlands, Sauðárkróki



STARFIÐ ER LIFANDI OG ÓFYRIRSJÁANLEGT

Árið 1984 réði ég mig til starfa sem hjúkrunarfræðing á Sjúkrahús Suðurlands á Selfossi, nýtskrifuð úr Hjúkrunarskóla Íslands. Báðar þessar stofnanir heyra nú sögunni til. Skólinn minn var lagður niður og Sjúkrahús Suðurlands gekk í gegnum samruna stofnana og heitir nú Heilbrigðisstofnun Suðurlands. Ég vinn þó enn í sama húsi en nú sem ljósmóðir á Ljósmæðravakt Heilbrigðisstofnunar Suðurlands.

Það er mér enn í fersku minni þegar ég gekk inn um dyrnar á Ljósmæðraskóla Íslands fyrsta skóladaginn. Ég staldraði aðeins við neðst í stigaganginum. Naut augnabliksins. Ég hafði átt mér þann draum frá fimm ára aldri að verða ljósmóðir. Nú fannst mér ég vera komin á réttan stað í lífinu. Síðan eru liðin 24 ár og ég hef enn sömu tilfinningu fyrir starfinu mínu. Það gleður mig innilega að vera ljósmóðir.

Stundum verð ég samt leið og döpur yfir ýmsu því sem starfinu fylgir. Það er óhagkvæmlegt. Ég þarf ekki að útskýra það fyrir neinni ljósmóður. Við þekkjum þetta allar. Ég myndi þó ekki vilja skipta um starfsvettvang. Það er afar gefandi að fá að taka á móti barni og færa það í hendur glaðra foreldra. Reyndar er það líka mjög áhrifaríkt á örlagaríkið og erfiðum stundum ef ég finn að ég hef gert gagn. Létt fólki lífið á einhvern hátt.

En aftur að vinnustaðnum mínum. Ljósmæðravaktin á Selfossi er það sem Landlæknisembættið kallar D1 fæðingarstaður. Það þýðir í stórum dráttum að hjá okkur geta fætt allar þær konur sem hafa eðlilega meðgöngu að baki ef ekkert í fyrri sögu útilokar þær frá því, svo sem fyrri keisaraskurður eða miklar blæðingar svo eitthvað sé nefnt.

Í gildi er samstarfssamningur milli HSU og Landspítala og getum við hringt beint í deildarlækni og/eða sérfræðing á fæðingardeild til að leita ráða og bera undir þá vandamála sem við erum að fást við. Þetta samstarf finnst mér hafa gefist afar vel.

Fæðingar- og kvensjúkdómalæknir er starfandi við HSU sem við höfum getað kallað til þegar viðkomandi er á staðnum. Þar er því um samstarf að ræða þó það sé óformlegt enn sem komið er.

Talsvert er um að konur liggi hér sængurlegu því þjónustuvæðið er víðfeðmt og takmarkað hvað ljósmæður geta ekið um langan veg til að sinna heimaþjónustu.



Ljósmæður á fæðingardeild HSU.



Endurbætt húsnæði fæðingardeildar HSU tekið í notkun.

Á deildinni sinnum við líka göngudeildarþjónustu. Konur leita til okkar af ýmsum ástæðum allt frá fyrstu vikum meðgöngu og fram yfir fæðingu. Svo dæmi sé nefnt bjóðum við nálastungur, konur fá foreldrafræðslu og skoða deildina auk ýmiss konar eftirlits. Við erum líka með simaþjónustu og reynum að leysa úr ýmsum vanda þannig ef hægt er.

Mæðravernd fyrir Selfoss og nágrenni er á Ljósmæðravaktinni og einnig sinnum við mæðravernd á heilsugæslustöðvunum á Hellu, í Laugarási, Þorlákshöfn og Hveragerði.

Síðastliðið haust hófum við að taka leghálssýni í samvinnu við Krabbameinsfélag Íslands. Við erum með móttöku fyrir konur á Selfossi og heilsugæslustöðvum HSU þar sem mæðravernd fer fram. Ómskoðanir á meðgöngu fara fram í náinni samvinnu við ljósmæðravaktina.

Eftir hrúnið voru blikur á lofti hjá okkur ljósmæðrunum á HSU eins og annars staðar í þjóðfélaginu. Mikil óvissa ríkti um hver framtíð deildarinnar yrði. Við komum saman og funduðum og fram fór mikil hugmyndavinna því við töldum mjög mikilvægt að hafa frumkvæði að því að móta tillögur sem styrkja myndu starfið. Meðal þess sem breyttist í kjölfar þess var að mæðraverndin færðist frá heilsugæslu til vakthafandi ljósmæðra. Eftir sem áður koma flestar konur á dagvinnutíma en við höfum líka þann sveigjanleika að hitta konur á kvöldin og um helgar sem mörgum finnst þægilegt. Einnig tókum við að okkur að sinna hjúkrun á næturvöktum á tveimur hjúkrunardeildum stofnunarinnar. Þar eru sjúkraliðar á næturvöktum sem geta kallað okkur til ef á þarf að halda. Með þessu sparaðist launakostnaður á heilsugæslu og hjúkrunardeildum sem kom stofnuninni til góða og víðara starfssvið styrkti líka deildina okkar.

Nú er nýlengið við að endurnýja húsnæði og ýmsan búnað ljósmæðravaktarinnar. Húsnæðið er komið á fertugsaldur og viðhald var orðið aðkallandi. Samhliða nauðsynlegum endurbótum var húsnæðið aðlagð betur að starfsemi sinni svo nú fer mun betur um skjólstæðinga og starfsfólk en áður og óhætt að segja að almenn ánægja ríki með breytingarnar. Ljósmæðravakt HSU hefur notið mikils velvilja félagsamtaka og fyrirtækja í gegnum tíðina en á engan er hallað þó sagt sé að kvenfélagskonur á Suðurlandi séu sterkasti bakhjarl okkar hvort heldur sem um er að ræða einstök kvenfélög eða Samband sunnlenskra kvenna.

Starfið hér á Ljósmæðravaktinni er afar fjölbreytt eins og fram hefur komið. Lifandi og ófyrirsjáanlegt. Engin leið að sjá fyrir hvornig hver vakt þróast. Það má auðvitað segja um starf svo margra ljósmæðra en það sem einkennir aðstæður okkar hér á Selfossi er hvað við vinnum mikið einar. Við erum reyndar tvær í vinnu á dagvinnutíma en þess utan erum við einar á vakt. Engin önnur ljósmóðir á staðnum til að ráðgast við. Upp geta komið aðstæður sem bregðast verður við í flýti og þá er nauðsynlegt að vera viðbúin að standa á eigin fótum og sýna sjálfstæði í störfum. Það getur stundum verið erfitt en á í raun ekki illa við mig. Ég kann því vel að reyna á mig og vinna undir álagi. Vaktaskiptin dragast reyndar stundum á langinn. Þá tókum við okkur gjarnan tíma til að víðra atburði vaktarinnar því margt getum við ekki rætt nema við aðrar ljósmæður.

Ég hugleiði stundum hvað það sé sem heillar mig við að starfa sem

Ljós móðir hér á Selfossi og niðurstaðan hefur alltaf verið sú sama. Starfið er fjölbreytt og áhugavert eins og lífið sjálft. Það á vel við mig að búa í litlu samfélagi og mér þykir gott að eiga stutt að fara til að njóta útivistar í náttúrunni. Ég er líka svo heppin að eiga frábærar samstarfskonur á ljósmæðravakt HSU. Það er mjög dýrmætt og í raun ómetanleg lífsgæði ef starfið og starfsandinn er þannig að aldrei er leiðinlegt að mæta í vinnuna.

*Herborg Pálsdóttir
ljósmóðir við HSU.*



SNÆFELLSNES

Haustið 2014 urðu breytingar hjá mér og minni fjölskyldu, við ákváðum að flytja úr borginni, stefnan var tekin á Akranes. Ég vildi að svo stöddu ekki gera frekari breytingar og því hélt ég áfram að vinna á Landspítalanum. Ekki var ég búin að búa lengi á Akranesi þegar haft var samband við mig frá Heilbrigðisstofnun Vesturlands (HVE). Vegna veikinda vantaði afleysingarljósmóður í mæðravernd á Snæfellsnesi, ég fékk ekki langan umhugsunartíma og ákvað að slá til fram á vor.

Ég sinni mæðravernd í Stykkishólmi, Grundarfirði og Ólafsvík hálfsmánaðarlega, ég fer á tvo staði á dag, annan daginn er ég í Stykkishólmi og Ólafsvík og hinn daginn í Grundarfirði og Ólafsvík. Það hafa verið flestar ófrískar konur í Ólafsvík af þessum stöðum, þess vegna er ég í hvert sinn þar. Veturinn var erfiður, veðráttan leiðinleg en alltaf komst ég vestur.

Gaman er að kynnst þessum konum á landsbyggðinni, þær eru lang flestar hraustar og það sem mér finnst einkenna flestar þessara kvenna eru rólegheit og æðruleysi. Stundum á ég erfitt með að vera komin á réttum tíma milli staða, en aldrei hefur það verið neitt mál, þær eru þakklátar fyrir að hafa þjónustuna á staðnum. En auðvitað eru



Heilsugæslustöð Ólafsvíkur.

konurnar þverskurður af samfélaginu og þar eru sömu vandamál inn á milli eins og annars staðar. Gott aðgengi er að stoðþjónustu eins og sálfræðingum fyrir vestan. Flestar konurnar fara í ómskoðun á Akranesi og þar er gott aðgengi að læknum og ljósmæðrum ef á þarf að halda. Hátt hlutfall eru erlendar konur, stundum er það erfitt þar sem þær kunna oft litla íslensku og ensku, þær vinna oft erfiðisvinnu og fá oft lítinn skilning hjá vinnuveitanda ef þær þurfa að minnka vinnuna vegna meðgönguvandamála.

Tíminn hefur liðið og núna er ég búin að sinna þessu í rúmt ár sem átti að vera nokkrir mánuðir, ég er búin að taka þetta að mér fram á vor allavega. Þetta er mikil keyrsla og ég finnst oft fyrir þreytu á leiðinni heim, stundum hef ég þurft að stoppa bílinn og leggja mig aðeins til að halda áfram. Ég hugsa oft til ljósmæðra sem unnu í héraði í gamla daga, þær þurftu oft að ferðast í öllum veðrum til kvenna. Þær voru ekki með neinn farsíma til að láta fjölskyldu sína vita af sér. Ég er þó á ágætum hlýjum bíl með eitthvað til að hlusta á og síma til að láta vita af mér.

*Hrafnhildur Ólafsdóttir
ljósmóðir*

MILT

STURTUSÁPA

ÁN OFNÆMISVALDANDI EFNA

- ERTIR EKKI VIÐKVÆMA HÚÐ
- MÝKIR OG NÆRIR HÚÐINA



Astma-Allergi
Danmark

Viðurkennt af dönsku astma-
og ofnæmissamtökunum

NÝTT

Þægileg **pumpa** á
brúsanum auðveldar
þér að skammta
hæfilegt magn.



MILT
HREIN TILVERA

„Ljós móðurstörf eru lífið sjálft“

- hugleiðing um hvernig bækur um líf kvenna tengjast ljósmóðurfræði



Steinunn Blöndal
Ljós móðir M.Sc

„Er Pantheon-byggingin jafn gömul ömmu?“ spurði Sveindís, fimm ára dóttir mín og nafna ömmu sinnar, þegar við fjölskyldan fórum í fyrsta skólafrí vetrarins til Rómar. Að standa inni í þessu tvö þúsund ára gömlu húsi með þessum stórkostlega glugga í loftinu, sem Magga frænka var búin að útskýra að væri töfrum líkur – að jafnvel rigning og snjór gætu læst niður úr honum var ógleymanleg reynsla fyrir litlar manneskjur sem gleypu í sig allar þær nýju sýnir sem borgin bauð upp á. Og þar sem við stóðum þarna fjölskyldan böðuð í sólargeislum úr þakglugganum en ekki regndropum þá var ekki svo einfalt að setja tímann í rétt samhengi. Að ímynda sér menn og ljón berjast í Colosseum (þar sem konur og litilfjórlegri sátu á aftasta bekk í fjörinu) og horfa á Rómulus og Remus drekka af spena úlfsins. Hvað er eðlilegra í slíku samhengi en að velta fyrir sér hvort Pantheon og amma séu jafn-öldrur?

Og kannski er það stundum þannig með tímann. Þótt hann geti virst fjarlægur er hann samt í raun svo nálægur. Það er til dæmis ekki svo langt síðan Ljósmaðrafélagið gaf út bleikan bækling *Ágrip af sögu ljósmaðrafræðslu og ljósmaðrastéttar á Íslandi* og fékk til starfans héraðslækni frá Dalvík, Sigurjón Jónsson. Bæklingurinn, sem er frá árinu 1959, hefst með þessum orðum „Vafalaust hafa ljósmaðrastörf verið unnin að einhverju leyti frá upphafi vega mannkynsins. Upphaflega hafa þau verið harla fäskrúðug, líklega það eitt „að skilja á milli“ og annað slíkt smávægilegt, og engri kunnáttu verið fyrir að fara.“

Fyrir okkur ljósmæður sem trúum því að ljósmóðurfræði byggi á margvíslegum þekkingargrunni – eins og ljósmóðirin Huguette Comerasmy frá Mánistú orðaði það í viðtali við Ljósmaðrablaðið: „Ljós móðurstörf eru lífið sjálft“ – bera orð héraðslæknisins vitni um takmarkaða sýn á þekkingu. Margar fræðikonur í ljósmóðurfræðum hafa einmitt bent á að þegar ljósmóðurstörf voru hluti af nærumhverfi kvenna og ljósmæður þekktu þær konur sem þær önnuðust hafi heilmikil þekking verið til staðar. Ólíkt héraðslækninum er óhætt að ganga út frá því að margar þessara ljósmaðra hafi kunnað meira til verka heldur en ljós sögunnar hefur á tíðum viljað vera láta.

Ég hef reyndar ekki bók Þórunnar Á. Björnsdóttur Ljós móður frá árinu 1929 við höndina, *Nokkrar sjúkrasögur*, en í endurminningunni er það mér minnisstætt að það var háttur Þórunnar að setja alltaf líf konunnar og aðstæður hennar með í frásögnina um „sjúkrasöguna“. Fæðingarsögur verða nefnilega ekki aðskildar lífi konunnar sjálfar. Í sögu Jennifer Worth *Call the midwife*, er sami háttur hafður á. Jennifer

bregður upp mynd af aðstæðum hvernar konu og hennar lífi. Við erum stódd í Lundúnum og fáum innsýn í hversdagsleika verðandi mæðra og líf þeirra áður en hin raunverulega „fæðingarsaga“ brestur á.

Þegar ég var að skrifa meistaratíðinguna mína fyrir á þessu ári fann ég hvað það hjálpaði mér að hugsa almennt um líf kvenna, aðstæður þeirra, vonir og þrár. Astrid Lindgren var þar minn besti félagi. Ný ævisaga hennar sem kom út á síðasta ári, *Denne dag, et liv*, rak þá fyrir tilviljun á fjörur mínar. Sagan um Lassa, drenginn hennar sem hún þurfti að setja í föstur vegna fordóma samfélagsins, snerti djúpt við mér. Smáinn sem Astrid upplifði í litla þorpinu í Smálöndum, að eiga von á barni með giftum manni, var átakanleg. Að lesa um þann sársauka, sem hafði afgerandi áhrif á hana sem manneskju og sýn hennar til lífsins, dýpkaði mitt eigið rýni á heim annarra kvenna. Sagan um það þegar Astrid fæddi drenginn sinn ein í ókunnu landi – fæddi hann, tengdist honum og setti á brjóst – en þurfti svo að yfirgefa hann og setja í föstur. Astrid reyndi að heimsækja hann eins og hún gat áður en hún svo fékk hann endanlega til sín aftur þegar hann var á fjórða ári. Að lifa við þessa reynslu bar í sér djúpa sorg. En Astrid segir sjálf að hún hefði ekki getað orðið eins góður barnabókahöfundur ef lífið hefði verið leikur einn.

Astrid Lindgren hafði einstaka hæfileika til að skapa persónur sem snerta við manni – á hvaða aldri sem lesandinn er. Og auðvitað kunni Astrid Lindgren að skrifa um fæðingar:

„Hræddu þessar grimmu nornir í burtu svo að hér verði hljótt, annars heyri ég ekki hvað ég syng!“ sagði Lovísa, mamma hennar Ronju, við Matthías þegar Ronja var að koma í heiminn. Það var óveður og í óveðri í Matthíasarskógi sungu skógarnornir og skræktu. Matthías reyndi að þagga niður í skógarnornunum og líka ræningjunum tólf sem létu heyra í sér þar sem þeir biðu fullir eftirvæntingar í smíðjunni eftir að barnið myndi loks líta dagsins ljós. Það hafði aldrei fæðst barn í Matthíasarborg. Og nú vildi Lovísa syngja í fæðingunni sinni og heyra sinn eigin söng. Þannig myndi fæðingin ganga betur og eins yrði barnið glaðlynt þegar það kæmi í heiminn við söng. Og vissulega varð Ronja glaðlynt barn og góð fyrirmynd – og fæðingarsagan hennar eftirminnileg og lærdómsrík fyrir börn og fullorðna.

Bókin *Náðarstund* – sem þessi greinarstúfur átti að fjalla um – var skilin eftir af vinkonu mömmu sem gisti hér hjá okkur í Frakklandi fyrir ári síðan. Hún mælti eindregið með bókinni.

Kápan höfðaði einhvern veginn ekki til mín og ég var líka að bjástra

við að skrifa meistararitgerð og var að reyna að einbeita mér að ljósmóðurtengdu efni. Ég átti líka að taka próf í tölfræði og halda fyrirlestur á Íslandi um rannsóknina mína um jólin svo mér fannst ég ekki hafa neinn tíma strax til að lesa þessa bók. En líklega hefur mér gengið illa þarna einhvern daginn við ritgerðina og þá ákveðið að kíkja í bókina, fletta henni lauslega. Þá var ekki aftur snúið, ég sogaðist um leið inn í atburðarásina.

Ég kannaðist reyndar við söguna um Agnesi og Natan í gegnum Vatnsenda-Rósu frá því í gamla daga. Og svo verð ég víst að uppvísa að sýslumaðurinn sjálfumglæði Björn Blöndal var forfaðir minn. Pabbi (sem var reyndar stoltur af blóðböndunum) var vanur að rifja upp þessa sögu þegar við keyrðum í gegnum Vatnsdalinn – að þar hafi síðasta aftakan á Íslandi farið fram.

Frá síðu eitt fann ég að Agnes Magnúsdóttir myndi kenna mér eitthvað alveg sérstakt um lífið – og þar með um ljósmóðurstörf – og ég gat því sökkt mér í lesturinn þarna í meistaraskrifunum án sektarkenndar um að vera að svíkjust undan lærdómnum. Um leið varð ég hissa á því hvað ég þekkti í raun þessa sögu illa. Til að gera langa sögu stutta þá er bakgrunnur bókarinnar drápið á Natani Ketilssyni og gesti hans Péttri Jónssyni á Illugastöðum árið 1828. Agnes Magnúsdóttir, Sigríður Guðmundsdóttir og Friðrik Sigurðsson eru dæmd ábyrg fyrir morðunum og biða þess að aftakan fari fram.

Við lesendur fáum innsýn í hugarheim Agnesar – heim konu sem hefur stritað allt sitt líf en býr yfir fjálsum huga og þrá um betra líf – en er fangi eigin aðstæðna. Þegar við kynnumst henni er hún dæmdur morðingi fyrir morðið á Natani sem er stóra ástin í lífi hennar (samkvæmt bókinni). Með honum hafði hún látið sig dreyma um betra líf. En hann sveik hana – rétt eins og hann kom illa fram við aðrar konur og flesta þá sem urðu á vegi hans.

Við fáum að skyggjast inn í líf Agnesar þessa síðustu mánuði í lífi hennar þar sem hún setur undanfara þessara atburða í samhengi í samræðum sínum við „sáluhirði sinn“, séra Þorvarð Jónsson. Við kynnumst einnig aðstæðum og lífi annarra í þessu litla og einangraða sveitasamfélagi.

Agnes er send á Kornsá, heimili í Vatnsdalnum, og þar á hún að biða eftir dómsdegi. En hver vill fá dæmdan morðingja inn á sitt heimili? Þetta reynist nærsamfélaginu erfitt og húsmóðirin á Kornsá, Margrét, er í upphafi mjög mótfallin þessari ráðstöfun. En áhrifarík er hún lýsingin á því þegar Agnes er leidd inn á heimilið, óhrein og niðurlægð og hvernig húsmóðirin Margrét finnur til réttlátrar reiði. Þegar hún sér manneskjuna á bak við glæpinn finnur hún að allar manneskjur eiga sér málsbót. Fólk á rétt á manneskjulegri umhyggju og virðingu. Og söguna til enda mun persóna og mann-gæska Margrétar koma betur og betur í ljós.

Höfundur bókarinnar Hanna Kent hefur sagt að þessi saga sé myrkt ástarljóð til Íslands. Hún hafi viljað að fólk finði fyrir kuldanum, myrkrinu og einangruninni – rétt eins og fyrsta reynsla hennar sjálf var af veru sinni á Íslandi, nánar tiltekið á Sauðárkróki sem 17 ára skiptinemi frá Ástralíu. Þegar hún heyrði fyrst söguna af Agnesi fann hún fyrir sterkum tengslum við þessa konu. Sú hugsun og tilfinning að vera utangátta – að vera á skjön – vék ekki úr huga hennar. Og svo sannarlega tekst Hönnu Kent með næmum hætti að setja sig inn í aðstæður formæðra og forfeðra okkar. Lesandanum finnst hann í raun vera staddur sem fluga á vegg við heimilisstörf á Kornsá – við bágar aðstæður, í myrkri og kulda. Þá er ljóst að þýðandinn hefur einnig unnið afrek með þætti sínum í sögunni.

Um þessa bók hefur mikið verið skrifað og líklega hafa margar ljósmæður nú þegar lesið söguna. Hér er ekki meiningin að vera með hefðbundna bókarýni eða velta því upp hvort Agnes hafi verið höfð fyrir rangri sök. Fyrir mér liggja töfrar bókarinnar ekki í því hvort hér sé brugðið upp nýrri sýn á sjálfan glæpinn heldur miklu fremur í því innsæi sem höfundur bregður upp af veröld kvenna og aðstæðum þeirra – og hvernig samfélagið tekst á við þetta þroska-verkefni að hafa dæmdan morðingja sem þátttakanda í lífinu sjálfu. Spurningin sem ég varpa fram er: Hvað getur Agnes og konurnar í kringum hana kennt okkur um ljósmóðurfræði?

Í *Náðarstund* er átakanleg fæðingarsaga. Þegar hér er komið sögu

í bókinni höfum við kynnst Agnesi betur og á Kornsá er henni smám saman að takast að aftengja sig frá glæpnunum. Ekki eru þó allir sveitungar hennar sannfærðir um réttmæti þess að hún fái að afplána þarna í sveitinni.

„Barnið bar ekki rétt að,“ sagði Agnes þeim eftir að hafa stigið óvænt fram og lagt hönd á kvið Róslínar. Róslín hafði æpt og heimað að hinar rækju Agnesi burt en hvorki Margrét né Ingi-björg höfðu sinnt því. Og þótt Róslín slægi á hendur Agnesar og klóraði handleggina hélt hún áfram að styðja á þrútið legopið með mjóum fingrum sínum. „Það er sitjandi,“ hafði hún sagt. Þá hafði Róslín stunið og hætt að brjótast um.

Hér er gripið inn í söguna þar sem Róslín berst fyrir lífi sínu og barns síns. Þetta er hennar ellefta barn. Það er þungt yfir og engin *fagmanneskja* kemst til að aðstoða við fæðinguna – hjálpin er sótt á næsta bæ. Sú kona sem Róslín hefur síðustu mánuði fordæmt og fyrirliðið, lýst yfir vanþóknun og ótta við veru hennar í sveitinni verður bjargvættur hennar. En vitaskuld stóð Róslín uggur af að sjá Agnesi þarna í dyragættinni – í óveðrinu – Agnes var jú dæmdur morðingi. En Agnes sendir eftir jurtum heim á Kornsá – hún hefur áður aðstoðað við fæðingar og veit sitthvað um grasafræði.

Þegar heitt vatnið var borið að vörum Róslínar beit hún saman tönnum og neitaði að drekka. „Þetta er ekki eitru“ hafði Margrét sagt. „Engar tiktúrur núna.“ Þá hafði eitthvað gerst, eitt andartak. Gagnkvæmt tillit fór á milli þeirra Agnesar. Snöggst stirðlegt bros. Barnið kom sitjandi, eins og Agnes hafði sagt. Fætur fyrst, blóði drifnar tær gægdust fram, svo líkami og loks höfuð og strengurinn vafinn um herðar og háls. En barnið var lifandi og annað þurfti Róslín ekki að vita.

Með þessum gjörðum sínum – með þekkingu sinni á ljósmóðurstörfum – breytist líf Agnesar enn til hins betra. Viðvera hennar og þekking hefur bjargað lífi og það vita þeir sem til þekkja í sveitinni.

En hver er í raun þekkingin sem Agnes hefur fram að færa? Hvernig lítur það út frá sjónarhorni hinnar fæðandi konu? „Inngrip“ Agnesar er nærveran sjálf. Fyrir Róslín var það ógnvekjandi að sjá Agnesi standa í dyragættinni og enn frekara inngrip að finna snertingu hennar. Róslín bitur frá sér og klórar í handlegg Agnesar. Hún vill ekki hafa þessa nærkonu þarna. En innst inni veit hún að það eru ekki aðrir kostir í stöðunni. Fæðingin tekur líka óvænta stefnu – gagnkvæmt tillit, stirðlegt bros. Barnið fæðist og er heilbriggt og annað þurfti hin nýbakaða móðir ekki að vita – eða svo er okkur sagt. En þýðir það að Róslín hafi tekið Agnesi í sátt? Og hvernig mun þessi fæðingarreynsla verða út frá sjónarhóli móðurinnar í baksýnisspeglinum? Hefur reynslan jafnvel gert Róslín að viðsýnni manneskju eða mun það ásækja hana að „óvinurinn“ hafi brotist inn í hennar innstu fylgsni?

Það er þannig með tímann að hvort sem það var fyrir tvö þúsund árum, tvö hundruð árum eða tveimur árum, þá skín í gegn spurningin með hvaða umhyggju ljósmóðirin nálgast starf sitt og færir þá nærgætni yfir á hina verðandi móður. Það er þess vegna sem hin klunnalega, en um leið mannlega ljósmóðir Chummy Noakes í *Call the midwife* höfðar strax til okkar. Hún stendur með konunni og setur sig inn í líf hennar – blæs henni í brjóst sjálfstraust og öryggi – hver sem konan er. Í myndbroti *Náðarstundar* er Agnes ekki að bjarga sjálfri sér – en hún getur ekki annað en stigið fram og notað þekkingu sína til hjálpar Róslín. Staðreyndin er þó sú að Róslín er sú eina sem getur svarað því hver upplifun hennar á hjálp Agnesar er.

Og af því ljósmóðurstörf eru lífið sjálf, þá er sannarlega auðvelt að sækja sér andagift í bækur, sögur og skáldskap og auka þannig við eigin þekkingargrunn í ljósmæðrafaginu. Þar brýst lífið fram í öllum sínum margbreytileika – rétt eins og í starfinu – og tíminn verður afstæður en þörf hinnar fæðandi konu fyrir umhyggju og virðingu verður alltaf sú sama.



Skemmtilegt að skafa!

0-36
mánaða



BabySonic rafmagnstannbursti

Sérstaklega hannaður til að vaxa með barninu. Tvær stærðir af burstum fylgja, litill fyrir fyrstu tönnuna og stærri fyrir fleiri og stærri tennur.

Með tímaskiltillu ljósi (2 mín.) til að hjálpa til við burstun. 16.000 strokur á mínútu.



Fingurklútar - Dental Wipes

Til munn- og tannhreinunar ungubarna. Mild hreinun til að draga úr bakteríumyndun. Munnhreinun getur dregið úr tanntökuverk.



Nagburstinn

Hannaður af tannlæknum til að burstu tennur og góm. Má kæla. Úr hágæða læknaútlíki.

Best að byrja snemma

Góð tannheilsa alla ævi

FYRSTA
SKREFID

GÓMHREINSUN
HVERN DAG

brush-baby

Frekari upplýsingar:
alvogen.is/brushbaby

Ljósmóðir af Guðs náð?

- hugleiðingar um ljósmóðurstarfið eftir lestur nýútkominnar skáldsögu



Rut Guðmundsdóttir
Ljósmóðir á Landspítala

Nú í haust kom finnska verðlaunasagan *Ljósmóðir af Guðs náð* út í íslenskri þýðingu Sigurðar Karlssonar. Höfundur bókarinnar, Katja Kettu, hlaut bókmenntaverðlaun í heimalandi sínu þegar bókinn kom út árið 2011 og hefur hún síðan þá verið þýdd á fjölda tungumála og nýlega kom einnig út kvikmynd sem byggir á sögunni.

Ljósmóðir af Guðs náð er ástarsaga finnskrar ljósmóður og þýsks hermanns í seinni heimsstyrjöldinni. Sögusvið bókarinnar er Norður-Finnland árið 1944. Þjóðverjar hafa hernumið Finnland og Finnar líta á þá sem bandamenn sína í baráttunni við Rússa. Þegar Rússar ná að yfirbuga Þjóðverja breytast aðstæður mjög skyndilega og Þjóðverjar verða allt í einu óvinurinn sem reka þarf úr landi. Ástarsambönd finnskra kvenna og þýsks hermanns voru ekki óalgeng á stríðstímanum enda voru hermennirnir fleiri en íbúarnir sjálfir á sumum svæðum. Ekki var lítið niður á þessi sambönd fyrr en eftir að vindátt stríðsins breyttist en þá voru konurnar fordæmdar og sagðar föðurlandssvikarar, margar hverjar voru útskúfaðar í áratugi á eftir og málið þykir jafnvel enn tabú í finnsku samfélagi í dag.

Í upphafi sögunnar verður aðalpersónan Villiauga ástfangin af þýskum SS-sveitarmanni og heitir því frammi fyrir Guði að hún muni aldrei biðja um neitt annað í lífinu ef hún bara fái að eiga þennan mann. Hún eltir hann í fangabúðir Þjóðverja þar sem hún starfar fyrst við hjúkrun og aðhlynningu fanga og hermanns en endar sjálf sem stríðsfangi eftir að Þjóðverjar lenda undir í stríðinu. Þjóðverjar beita fangana miklu ofbeldi og vegna kunnáttu sinnar er Villiauga einnig neydd til þess að eyða föstrum kvenfanga í tilraunaskyni. Sagan er á sama tíma fálæg og hryllileg, þetta er örlagasaga fólks á stríðstímum sem vekur mann til umhugsunar um það hversu langt fólk er tilbúið til að ganga og hvernig aðstæður í samfélaginu geta fært til mörk og haft áhrif á hugsun og hegðun.

Villiauga er algjörlega ólærð og óreynd ljósmóðir í fyrstu. Þegar hún tekur á móti barni í fyrsta sinn veit hún ekki hvað ræður gjörðum sínum, eðlisávisunin segir henni að barnið sé í sitjandi stöðu og snúi öfugt, hún nær að snúa því í móðurkviði þannig að barnið fæðist án

vandræða. Eftir að hún bjargar þessari konu og barni hennar finnur hún í fyrsta sinn á ævinni fyrir því að fólk beri virðingu fyrir henni. Aune, ljósmóðirin á svæðinu, tekur hana að sér í kjölfarið og kennir henni til verka. Villiauga segist vera ljósmóðir af Guðs náð en að gáfa hennar sé bæði hennar kross og frelsun. Það er ekki beinlínis val hennar að vera ljósmóðir heldur hefur starfið valið hana og hún treystir því að vera leidd áfram af æðri máttarvöldum. Hún lýsir því endurtekið að Guð leiði hana áfram í starfi og að frá honum fái hún öryggið sem til þurfi:

„Og eins og áður kom öryggið yfir mig beint frá Guði, flæddi um huga minn eins og vatnið stígur upp af botni mýrarkeldu. Ég vissi strax að ég yrði að beita tögnum.“

Að sama skapi finnur hún fyrir óöryggi og vankunnáttu þegar henni finnst hún hafa yfirgefið Guð eftir hræðilega atburði í fangabúðunum:

„Í fyrsta sinn á ævinni er ég hrædd ... Reyni að finna kuldarólega tilfinningu kunnáttunnar sem hefur alltaf ríkt yfir mér áður. En tilfinningin er horfin úr mér, Guð leikur sér ekki í gegnum mig nú, er mér ekki náðugur.“

Við lestur bókarinnar varð ég hugsi yfir þessu með öryggið og Guð. Það hefur alltaf verið mikilvægt fyrir ljósmæður og fæðandi konur að finna fyrir öryggi, það er algjört grundvallarhugtak í ljósmóðurfræði. Margar ljósmæður tala um að öryggi og traust skapist í yfirsetunni en í dag sækjum við líka öryggi til sérhæfðrar þekkingar og menntunar, auk þess sem tækni, aðstæður og samvinna skipta okkur yfirleitt máli. Kannski þurfti trúin að þjóna öllum þessum hlutverkum hér á árum áður, sem einhvers konar haldreipi ljósmæðra bæði til að veita þeim og fæðandi konum tilfinningu um öryggi.

Í bókinni *Íslenskar ljósmæður: æviþættir og endurminningar* er

að finna ótrúlegt safn af frásögnum ljósmæðra á Íslandi á 19. og 20. öldinni. Ég ákvað að skoða frásagnir nokkurra ljósmæðra sem störfuðu á svipuðum tíma og Villiauga út frá þessum hugleiðingum. Voru ljósmæður á Íslandi líka ljósmæður af Guðs náð?

Í ljós kom að langflestar ljósmæðurnar sögðu frá því að þær hefðu starfað á Guðs vegum og að þeim hafi verið falin mikil ábyrgð, jafnvel af einhverjum æðri máttarvöldum. Ein ljósmóðir skrifaði: „Ef ég væri spurð, hvers vegna ég gerðist ljósmóðir, mundi ég svara, að það hafi verið einhver dulin öfl eða forlög, sem því réðu fremur en eðlislöngun mín til þess að takast svo ábyrgðarmikið verk á hendur.“ Önnur sagði: „Það var ekki gaman að vera ljósmóðir í þá daga með lítinn lærdóm og allsleysið á heimilinu, og að eiga að skila öllu heim í höfn. Þetta tókst þó ótrúlega oft. Margar af þessum hjálparkonum voru ólærðar ... Með guðstrúna sem sinn eina styrk gengu þær um og líknuðu.“

Í nánast öllum frásögnunum eru setningar á borð við þessar:

„Ég hef verið lánsöm í starfi mínu. Ég hef treyst Guði og hann hefur ekki brúðist mér.“

„...að ég oft til Guðs um að allt mætti nú fara vel. Það hefur löngum reynst mér besta fyrirgreiðslan.“

Margar ljósmæður sögðu einnig frá því að traust sængurkvennanna hafi skipt þær miklu máli, það hafi oft verið ótakmarkað og jafnvel óverðskuldað að þeirra mati. Athyglisvert

er að bera saman, annars vegar upplifun ljósmæðra á mikilvægi traustsins og hins vegar upplifun skjólstaðinga þeirra. Lítum fyrst á dæmi um upplifun ljósmóður:

„Þetta traust og þessi hugarhlýja, sem ég mætti hjá fólki, var mér ómetanlegur styrkur til að komast yfir byrjunarörðugleikana, og alla tíð var það eins og hjartur geisli, sem lýsti, þegar skugga vonleysis bar yfir og myrkur dapurleika leitaði á með heljarþunga í margvíslegum erfiðleikum og við ískyggilegt útlit.“

Traustið sem hún finnur frá umhverfinu veitir henni styrk til að takast á við störf sín. Ef skipt er um sjónarhorn má svo sjá dæmi um það hvernig ró og öryggi ljósmóður hefur líka áhrif á líðan konunnar:

„Ró og öryggi fylgdi henni, allt varð gott þegar hún var komin, kvíði og hræðsla þvarr og jafnvel þjáningar minnkuðu.“

Flestar frásagnir ljósmæðranna voru á þessum nótum, það er því niðurstaða mín eftir þessa óvísindalegu rannsókn að íslenskar ljósmæður hafi verið ljósmæður af Guðs náð líkt og Villiauga.

Titill bókarinnar greip mig um leið og ég sá bókina í bókabúðinni. Ég átti von á allt öðruvísi bók, þar sem starf ljósmóðurinnar spilaði talsvert stærra hlutverk en raun bar vitni. Ég get samt ekki annað en mælt með bókinni, ein kröftugasta ástarsaga sem ég hef lesið.



Blessuð sé minning þeirra.

† MINNING

Ljósmæður kvaddar 2015

Hulda Jóhannsdóttir

fæddist í Hafnarfirði 25. nóvember 1926. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1957. Hún lést 28. mars 2015.

Guðrún Þórunn Árnadóttir

fæddist að Hyrningsstöðum í Reykhólasveit 9. febrúar 1923. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1946. Hún lést 21. júlí 2015.

Pistill formanns kjaranefndar

Þegar ritstjóri leitaði til mín eftir pistli formanns kjaranefndar byrjaði ég að skrifa um það sem á undan hefur gengið þetta árið. Eftir ítarleg skrif ákvað ég að venda kvæði mínu í kross og byrja upp á nýtt að skrifa frá öðrum sjónarhóli. Það er nefnilega þannig að kjaranefndin sem og formaður hennar eru fyrst og fremst ljósmæður. Þegar ég hóf nám í ljósmóðurfræði haustið 2010 eftir að hafa alið þann draum í hjarta frá unga aldri þá gerði ég það af gríðarlegum áhuga og ástríðu. Námið gekk vel og ég naut mín hvern einasta dag í skólanum. Mikil verkefnavinna fór nokkuð þægilega í gegnum hendur mínar og verknámið var skemmtilegt en krefjandi. Eins og margar aðrar ljósmæður gerði ég þetta með stóra fjölskyldu heima auk töluvert mikillar vinnu. Þetta var erfitt en gekk, því hjartað fylgdi og nú skyldi draumurinn rætast. Ég útskrifaðist mánuði fyrir 41 árs afmælið mitt, skrifaði undir nýjan ráðningarsamning á Landspítalanum enda tveggja ára viðbótarnámi lokið og með bros á vör sagði deildarstjórinn mér að henni hefði tekist að fá mig flutta upp um einn flokk miðað við hollsystur mínar svo ég myndi ekki lækka í launum. Í gleði minni við að skrifa undir nýjan ráðningarsamning þar sem ég var titluð ljósmóðir eins og draumar mínir höfðu kveðið á um láðist mér að spyrja hvað þessi aukaflokkur gæfi mér. Það kom í ljós að heilar þrjú þúsund krónur var verðmæti 120 eininga viðbótarnáms við hjúkrunarfræðigráðu mína og þá skal ótalin sú reynsla sem ég hef af kvennasviði. Þessi dagur sem byrjaði með stolti og gleði endaði sem dagur vonbrigða og sorgar. Hvernig gat ég farið heim og sagt fjölskyldunni að ég hefði lagt allt þetta á mig fyrir þrjú þúsund króna hækkun á annars alltof lág grunnlaun hjúkrunarfræðings! Um tíma skammaðist ég mín svo mikið fyrir launin mín að ég faldi þau. Ég sagði engum hvað ég var með í laun, ekki einu sinni mannum mínum. Þetta er þung byrði. Ljósmæður eru stoltar af starfinu sínu, þær vinna skemmtilega vinnu og fá að taka þátt í dýrmætustu stundum landsmanna en laun þeirra og aðstaða, vinnutími og vinnuálag er smánarblettur á samfélaginu. Ljósmæður eru margar hverjar með tiltölulega há heildarlaun og það er sýnilegt í opinberum gögnum en ef þjóðfélagið gerði sér grein fyrir því hverskonar vinna og hark liggur að baki þeim launum myndi flestum blöskra.

Ég gat ekki setið á mér og ári eftir útskrift var ég komin í nefnd ljósmæðra á LSH sem vann að nýjum stofnanasamningum. Þá fyrst kynntist ég heimi samninganefnda. Það var alls ekki góð skemmtun. Í nefndinni vorum við allar nýjar á þessu sviði og óreyndar með öllu. En framkoma viðsejanda var með ólíkindum. Stundum leið mér eins og ég væri að biðja um sál þeirra eða hluta af þeirra eigin launum. Nýr stofnanasamningur 2013 var ekki upp á marga fiska en ljósmæður hækkuðu um einn launaflokk vegna jafnlaunaáttaks ríkisins, ekki vegna samnings milli ljósmæðra og LSH. Þar átti líka að taka til í framgangskerfi ljósmæðra. Setja inn námskeið og fleira sem miðar að faglegri þekkingarþörf þeirra sem á spítalanum starfa. Tveimur árum seinna hefur ekki bólað á neinum breytingum þar og sennilega er það löngu gleymt. En í kjölfar þessara samninga var togað í ungu ljósmóðurina frá félaginu. Nú væru kjarasamningar framundan og hennar var þörf í þágu félagsmanna. Og ég lét til leiðast. Hingað til hafa mér þótt kjaramál áhugaverð og jafnvel skemmti-



Edda Sveinsdóttir, ljósmóðir
Formaður kjaranefndar LMÍ

leg svo ég dreif mig í kjaranefnd. Ég trúði því að ég gæti náð árangri. Ég trúði því að ég hefði það sem til þarf. Ég trúði því að ég myndi standa mig. Ég hafði skýra sýn á framtíðina. Ég vissi nákvæmlega hvað þurfti til að styrkja stöðu ljósmæðra. Án þess að rekja alla viðræðusögu 2014 komst ég að því að gagnvart ríkinu eru ljósmæður einskis verðar. Það má niðurlægja þær, gera lítið úr störfum þeirra, hneykslast á frekjunni í okkur og láta ljót orð falla um fagið og störfin. Þetta voru mikil vonbrigði fyrir ungu ljósmóðurina sem hafði lagt mikið á sig til að mennta sig á erfiðum tíma og sinna því starfi sem hana hafði dreymt um frá unga aldri. Var virkilega til fólk í heiminum sem gat sagt beint framan í nefnd félagsmanna að störfin okkar væru ómerkileg, lítills virði og að við ættum ekki meira skilið? Já, þetta fólk er til og heitir samninganefnd ríkisins (SNR). Eftir vopnahlé sem stóð fram á haustið 2014 stóðum við aftur

frammi fyrir þessari ógnarnefnd sem engu hafði gleymt. Áfram var ljósmóðurstarfið lítills virði, ljósmæður áttu ekki meira skilið og svo féll setningin sem hafði hvað dýpstu áhrif á mig allt ferlið en hún kom frá formanni SNR: „Sjáðu til, þið eigið eftir að koma og skrifa undir. Þið getið aldrei neitt annað en skrifað undir!“ Ég er enn að hugsa um þessa setningu og hvað hún raunverulega þýddi. Allt samningaferlið hefur í mínum huga einkennst af kúgun og vald-niðslu. Það eru sömu menn sem eru í SNR og ákveða að borga okkur laun í verkfalli samkvæmt vinnureglu dagvinnufólks. Þetta eru líka sömu menn sem eru í vinnu hjá ríkinu, já þeir eru líka ríkisstarfs-menn eins og við, og þegar þeim gekk ekki að fá okkur til að skrifa undir einhliða samning þeirra fóru þeir heim til pabba sem setti bara lög á viðsejandann okkur. Líklega áttum við aldrei neinn séns. Að minnsta kosti var aldrei samningsvilji eða samningaviðræður enda til hvers ef hægt er að henda þessu í gerðardóm. Kæru félagsmenn, þið þekkið sögu kjarabaráttunnar 2015. Hún endaði ekki með samningum. Hún endaði með dómi sem gaf okkur sæmilega niðurstöðu sem vissulega var betri en við þorðum að vona og miklu betri en það sem SNR hafði nokkurn tímann lagt fram. Það varð okkur klárlega til happs og árangurs að hafa fylgt með BHM í þessari sókn því þeir sem ekki gerðu það eru enn með ósamið og enn með 3,5% á borðinu. Bætt kjör fást ekki án baráttu í þessu landi en hún hefur vissulega verið þungbær. Í upphafi vildu einhverjir meina að verkföll myndu ganga endanlega frá Ljósmæðrafélaginu en á daginn hefur komið að ljósmæður hafa staðið þétt saman og sýnt magnaðan styrk og samstöðu. Félagið er líklega sterkara en nokkru sinni fyrr enda stétt hæfileikaríkra ljósmæðra sem hafa mikið langlundargeð. Í kjölfar Félagsdóms hafa þær staðið sterkari en nokkur átti von á. Félagið hefur stutt við félagsmenn og í samvinnu við BHM mun það fara með launamál ljósmæðra á LSH og SAK fyrir héraðsdóm því við trúum að réttlætið muni sigrá að lokum. Sjálf trúi ég á réttlætið og sjálf hef ég ekki enn gefist upp en mínum tíma í kjaranefnd fer senn að ljúka. Nú er kominn sá tími að ég muni snúa mér að öðru. Snúa mér að því sem ég menntaði mig til, að því sem hjartað sendir mig. Mig langar bara að fá að vera ljósmóðir.

Að lokum vil ég hvetja allar ljósmæður til að njóta jólanna og gleðjast í leik og starfi.

„Ljós móðurnámið hlýtur að vera skemmtilegasta námið og það getur ekki annað verið en að við séum besta hollið!“

Það má með sanni segja að síðastliðið rúma ár hafi verið viðburðaríkt hjá okkur ljósusystur. Sambland af heilmiklum lærdómi, gleði, spennu, þrautseigju, hörku og kærleik. Við munum allar eftir því við upphaf fyrsta skólaársins þegar við hlustuðum á eldri systur okkar kynna tilfellaðaverkefni sín. Mikið þótti okkur þær búa yfir mikilli þekkingu eftir eitt ár og okkur fannst afar langsótt að við ættum eftir að standa í sömu sporum eftir aðeins ár. Okkur grunar samt að svo hafi verið í haust þegar við kynntum tilfellaðaverkefni okkar fyrir yngri systur. ☺

Þessi lukkupottur sem margar tala um að hafa dottið í eftir að hafa byrjað í þessu námi, jú við lentum líka í honum. Þarna vorum við búnar að eignast frábæran vinkonuhóp á einu bretti, hver annarri ólíkari. Við sáum þó fljótt hvað það var sem við áttum allar sameiginlegt, sælkerar fram í fingurgóma! Já, það er óhætt að segja að við höfum hent í nokkra rétti og hnallþóru þetta árið. Við fundum okkur alltaf tilefni til að fagna og gleðjast saman, hvort sem það var áfangalok, afmæli hjá bekkjarsystur eða bara af því að það var föstudagur.

Sumarbústaðarferð okkar sem við fórum í snemma á önninni mun seint gleymast. Þar var mikið hlegið, talað, borðað og notið í botn. Fljótlega eftir þá ferð fannst okkur tilvalið að hittast eitt kvöldið og bjóða mökum með. Kynnst öll og gefa þeim tækifæri á að heyra að þeir stæðu ekki einir. Það væru fleiri menn í þeirra sporum sem þurftu sífellt að hlusta á umræður um fæðingar, alla daga. Vísindarferðin til Keflavíkur var líka ótrúlega skemmtileg og lærdómsrík. Ljósmaður þar buðu okkur í heimsókn til að kynnst starfsemi þeirra í Keflavík. Við nýttum tækifærið, hoppuðum upp í rútu og brunuðum á Suðurnesið.

Meðan á öllu þessu stóð vorum við einnig á kafi í lærdómi og verkefnavinnu. Fyrsta skólaárið byrjaði með hörku þar sem fyrstu verkefnaskilin voru í sömu viku og við byrjuðum, algjörlega blautar á bak við eyrun. Það var mikið álag þetta fyrsta ár í skólanum og við allar að keppast við sama markmiðið, að verða góðar ljósmaður. Við þurftum að takast á við mörg verkefnaskil, heimapróf, munnlegt próf og skriflegt próf.

Við vorum vel upplýstar um gamlar hefðir sem höfðu ríkt í deildinni í gegnum árin, eldri systur okkar sinntu þeirri skyldu með þrýði. Við buðum þeim m.a. í jólakaffi, þar sem dekað var upp með sparistelli, hvítum dúk og að sjálfsögðu boðið upp á hlaðborð af kræsingum. Okkar bekkur breytti svo einum saumaklúbbum í jólaklubb þar sem við hittumst og vorum með „jólapúkk“ og jólastemmningu. Það sem var hlegið það kvöld!

Þegar við hittumst ferskar eftir jólafríð vorum við flestar sammála um eitt, við höfðum aldrei átt jólafrí þar sem við vorum nánast að bíða eftir því að það kláraðist. Jú, það var svo sannarlega ástæða fyrir því. Í byrjun janúar hófum við okkar fyrsta verknam sem ljósmóðurnemar. Við vorum að fara að taka á móti okkar fyrsta ljósubarni og færa því fallega smekkin merktan „fyrsta ljósubarnið“ sem við fengum í gjöf frá okkar kærri eldri systur. Við vorum allar með stóran hnút í maganum en samt svo tilbúnar í þetta.

Álagið minnkaði ekki og nú tók við tími þar sem reyndi mikið á, nú þurftum við að fara að tengja saman bóklega hlutann við verkefna námið. Við vorum að upplifa svo margt nýtt og spennandi. Við vorum staðráðnar í að láta ekki álagið hafa áhrif á félagslíf okkar. Árshátíðin tókst vel til þar sem við buðum eldri systur og kennurum með okkur. Við fórum út að borða og áttum virkilega skemmtilegt og vel heppnað kvöld saman. Saumaklubbarnir voru ófáir, þar sem þrjónarnir voru teknir fram, borðað og deilt sögum úr verknaði. Nauðsynlegar stundir til að létta á hjarta okkar, bera saman bækur og læra af hver annarri.

Þetta er búið að vera frábær tími. Ljós móðurnámið hlýtur að vera skemmtilegasta námið og það getur ekki annað verið en að við séum besta hollið! ☺

*Fyrir hönd Oddrúnar
Anna Margrét Einarsdóttir
Heiður Sif Heiðarsdóttir*



Ljósmaðranemar á öðru ári veturinn 2015-2016.

Er blaðið enn í plastinu?



Ólöf Ásta Ólafsdóttir,
Ljós móðir PhD. Lektor í ljósmóðurfræði

Þetta er setning sem kemur upp í hugann þegar ég velti fyrir mér hvort og hvernig ljósmæður lesi blaðið okkar, hvað okkur finnst um það og hvort ritnefndin undir styrkri stjórn núverandi ritstjóra Hrafnhildar Ólafsdóttur sé að gera rétta hluti. Á næsta ári kemur út 94. árgangur Ljósmaðrablaðsins og það ár hefur ljósmóðurfræði á Íslandi verið kennd í háskóla í 20 ár. Á þessum tíma hefur ljósmóðurfræðin þróast sem háskólagrein og blaðið okkar með, faglega og fræðilega. Frá árinu 2001 eða í 15 ár hafa verið birtar í því ritrýndar rannsóknargreinar. Blaðið er á lista yfir virt íslensk fag- og fræðitimarit og höfundar ritrýndra greina fá þær metnar til framgangsstiga innan háskólasamfélagsins. Eins og það er mikilvægt að taka þátt í og þróa okkar fag á alþjóðavísu, þá skiptir ekki síður máli að hafa vettvang hér heima til að fjalla um fagleg málefni á okkar eigin tungumáli og nýta efni blaðsins til að halda við fræðilegri kunnáttu og færni og einnig að nýta við kennslu í ljósmóðurfræði.

Ljóst er að það er kostnaðarsamt og tímafrekt að gefa út fagtimarit. Í litlu fagfélagi krefst það mikillar óeigingjarnar vinnu og fagmennsku af hendi ljósmæðra, sérstaklega þeirra sem sitja í ritnefnd Ljósmaðrafélagsins á hverjum tíma. Það er í raun mjög merkilegt að svo litlu fagfélagi, greinilega með stórum huga, hafi tekist að gefa blaðið út allan þennan tíma. Við getum líka verið stoltar af framlagi blaðsins og hlutverki þess innan heilbrigðisvísinda, að miðla heilbrigðisþekkingu í íslensku fræðasamfélagi, en síðustu ár hefur verið lögð aukin áhersla á þverfræðilegar greinar á sviði ljósmóðurfræða. Einnig hefur stefnan verið að fjölga fræðslugreinum um margvísleg efni, byggt á gagnreyndri þekkingu, sem tengjast okkar fagi og eru mikilvæg fyrir þróun þess í

starfi. Slíkar greinar eru einnig til að skapa umræður og kveikja áhuga á frekari rannsóknum, efla kven- og kynheilbrigði, auka val og bæta barneignarþjónustu fyrir konur, maka þeirra, börn og fjölskyldur.

Nokkuð hefur verið rætt um að gefa blaðið út með rafrænum hætti, það væri hagkvæmara og í samræmi við nútíma útgáfu og lestrarvenjur. Faglega umræðu mætti líka efla í „Ljósmaðraspjalli“ á netinu. Þá væri einnig auðveldara að bæta við fleiri tölublöðum og sækja um að Ljósmaðrablaðið verði skráð og metið meðal alþjóðlegra vísindatimarita til ákveðins gæðastaðals, svokallaðs impact factor. Ljósmóðurfræðin sem sjálfstæð fræðigrein væri þá með í vegferð Háskóla Íslands að vera með bestu háskólum í heiminum.

Undirrituð hefur verið í ritnefnd og fræðilegri ritstjórn lengi vel, hér áður þegar ljósmæðranámið hófst við háskólann og nú eftir nokkurt hlé. Mér þykir afar vænt um blaðið, er stolt af því og held að það geti áfram gegnt margþættu hlutverki fyrir ljósmæður, félags- og fræðilega. Með rannsóknar- og fræðslugreinum og frásögnum um ný og fjölbreytt störf ljósmæðra innan lands og utan. Ef breytingar yrðu gerðar á útgáfu myndu ljósmæður líklega sakna pappírsins og þess að fá fallett blað inn um póstlúguna, jólalegt að fá það í desember og með sumarkomunni í júní, eða hvað?

Ritnefndir Ljósmaðrablaðsins hafa kappkostað að hafa blaðið bæði fróðlegt og skemmtilegt, sumt tekst vel og annað síður. Vonandi verður það betra og betra t.d. með blöndu af rafrænni útgáfu og pappírútgáfu og þá verði „plastið rífið af“ og lesturinn gleðji og hvetji ljósmæður til dáða á öllum sviðum ljósmóðurstarfs og fræða.





Afta med®

GEGN SÁRUM Í MUNNI FYRIR UNGBÖRN MED TANNTÖKUVERK

- ▶ Verkjastillandi
- ▶ Fyrirbyggjandi
- ▶ Græðandi
- ▶ Náttúrulegt og skaðlaust

Alvogen

Aftamed flýtir fyrir bata áblásturs, munnangurs og smására í munni, ásamt því að vera verkjastillandi.

Verkun Aftamed hefur verið staðfest með klínískum rannsóknum.



LYFJA
- LÍFJA HÉLD

Inniheldur: Hyaluronsýru

Fæst í apótekum
www.alvogen.is

Eucerin®

HÚÐVÍSINDI SEM SJÁST



Bað- og sturtuolía sem róar þurra og pirraða húð

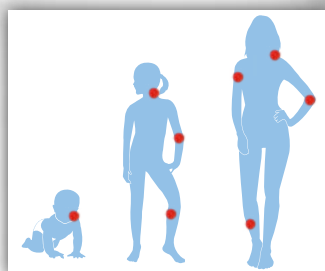
AtoControl bað- og sturtuolían hindrar að þurr og pirruð húð þorni upp og kemur aftur á náttúrulegu jafnvægi húðarinnar. Hentar jafnvel húð sem hætt er við ofnæmi.

- Hátt innihald af náttúrulegum olíum
- Hreinsar vel þurra húð og færir húðinni náttúruleg lípíð
- Mild og freyðandi
- Hentar jafnvel ungabörnum frá 3 mánaða aldri

Prófaðu endilega líka AtoControl kremi frá Eucerin®

FÆST AÐEINS Í APÓTEKUM

MJÖG ÁHRIFARÍKT OG KLÍNÍSKT PRÓFAÐ



Heimsækið Eucerin.com
fyrir meiri upplýsingar