

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ



Tímarit Ljósmeðrafélags Íslands 1. tbl. - 93. árgangur - júlí 2015– Journal of the Icelandic Midwives Association –



Viðhorf til
tíðablæðinga og
hlutgerð líkamsvitund

Notkun viðbótarmeðferða
á meðgöngu

Valdefling

Fylgstu með á facebook - Lindex Iceland



LINDEX



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 hrafn@internet.is
Sigrún Ingvarsdóttir
sigrun81@gmail.com
Embla Ýr Guðmundsdóttir
emblayrg@gmail.com

Ritstjórn fræðilegs efnis
Helga Gottfreðsdóttir
helgagot@hi.is
Berglind Hálfðánsdóttir
bugsy@internet.is
Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir
ingbjorghre@simnet.is

Myndir
Steina Þórey Ragnarsdóttir
Védís Vala Guðmundsdóttir
Inga Sigríður Árnadóttir
Shutterstock

Prófarkalestur
Arna Jónsdóttir
arnakj@gmail.com

Auglýsingar
Dóra Stephensen

Umbrot og prentvinnsla
Stafræna prentsmiðjan, 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 endurspeglar 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 Viðhorf til tíðablæðinga og hlutgerð líkamsvitund
Herdís Sveinsdóttir, Ragna Áspórsdóttir og Ragnheiður Halldórsdóttir
- 14 Notkun viðbótarmeðferða á meðgöngu meðal íslenskra kvenna
Margrét Unnur Sigtryggisdóttir, Helga Gottfreðsdóttir og Þóra Jenný Gunnarsdóttir
- 20 Er heimabyggð rétti staðurinn fyrir konur í eðlilegri fæðingu?
Steina Þórey Ragnarsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir
- 28 Valdefling – fyrir konur og ljósmaður
Ásrún Ösp Jónsdóttir og Steinunn H. Blöndal
- 33 „Þú ert komin, váááá, ég trúi ekki að þú sért komin“
Rut Guðmundsdóttir
- 36 Meðganga og Staphylococcus lugdunensis
Björg Sigurðardóttir
- 37 Upplifun af störfum ljósmóður í Tansaníu
Védís Vala Guðmundsdóttir
- 42 Málstofa í ljósmóðurfræði
- 44 Íslenskar ljósmaðrarannsóknir
- 46 Skýrsla stjórnar LMFÍ 2014-2015
- 50 Stjórn og nefndir Ljósmaðrafélags Íslands 2015 - 2016
- 51 Hugleiðing ljósmóður
Birna Málmfríður Guðmundsdóttir

Litið um öxl

Undanfarnar vikur hafa verið átakamiklar og mörgum mjög erfiðar. Ljósmeðrafélagið hefur staðið í mjög harðri kjarabaráttu ásamt öðru háskólamenntuðu fólki innan BHM. Þegar þessi pistill er skrifaður hefur verkfallið staðið í 10 vikur og búið að setja lög á það. Í upphafi voru ekki allar ljósmeður sáttar við framkvæmd verkfallsins en þegar á hólminn var komið stóðum við saman sem einn maður. Verkfallið hefur reynt mjög á allar ljósmeður sem í aðgerðunum stóðu. Eðli verkfalla er þannig að þau bitna alltaf á þriðja aðilanum en ég fullyrði að mikillar fagmennsku var gætt í að forgangsraða og öllum bráðatilfellum var sinnt. Mikil vinna er hjá formanni Ljósmeðrafélagsins ásamt kjaranefnd fyrir okkur. Að fylgjast með þessariaráttu getur maður ekki annað en farið að hugsa um sögupersónuna Don Kíkóta sem barðist við vindmyllur. Utanfrá séð virðist ríkið vera í sýndarviðræðum, það sem er í boði í dag er ekki í boði á morgun. Maður veltir fyrir sér hvernig framhaldið verður, á að nýta tímann vel til 1. júlí eða á að halda áfram að vera í sýndarviðræðum og bíða eftir gerðardómi?

Margir hjúkrunarfræðingar hafa sagt upp störfum hjá Landspítalanum. Ekki hafa heyrst fréttir af uppsögnum ljósmeðra. Töluvert atvinnuleysi hefur verið meðal ljósmeðra og því setið um hverja stöðu. Fregnir hafa borist af því að nokkrar ljósmeður sem ekki hafa fengið fastráðningu hér á landi séu að leita fyrir sér erlendis og geta þær fengið vinnu strax. Í svona átökum er líklegt að við missum eitthvað af fólki úr landi. Íslenskt heilbrigðisstarfsfólk er vel menntað fólk sem er eftirsótt erlendis og er ég þá ekki bara að tala um lækna, það er eins og ríkið sé hræddara við að missa lækna úr landi en annað heilbrigðisstarfsfólk.



Hrafnhildur Ólafsdóttir
ritstjóri Ljósmeðrablaðsins

En nú að efni blaðsins, tvær ritrýndar greinar eru í blaðinu. Það er mikilvægt að íslenskar ljósmeður taki þátt í alþjóðlegum og þvermenningarlegum samræðum um viðfangsefni sín og grundvalli þær á íslenskum rannsóknum. Önnur ritrýnda grein blaðsins fjallar um þetta. Er hún hluti af stærri rannsókn sem hefur þann tilgang að auka skilning á samhengi sjálfshlutgervingar, viðhorfi til tíðablæðinga, viðhorfi til þess að bæla blæðingar, líkamsþjálfun, líkamsvitundar og upphafs blæðinga. Niðurstöður sýndu að viðhorf þátttakenda til blæðinga eru frekar hlutlaus. Þeim er þó frekar skapraun að blæðingum en telja ekki að þeim beri að leynd. Þátttakendur hafa litla skömm á líkama sínum, telja sig geta stjórnað útliti sínu og fylgjast vel með því og hugsa meira um líkamann út frá útliti hans en líkamlegri líðan.

Visbendingar eru um aukna notkun viðbótarmeðferða hjá barnshafandi konum, svo sem nálastungumeðferðir, nudd og jóga. Hin ritrýnda greinin í blaðinu fjallar um þetta efni, tilgangur þeirrar rannsóknar var að skoða hvers vegna og hvaða viðbótarmeðferðir íslenskar konur nota á meðgöngu og hvar konur fá hvatningu og ráðleggingar varðandi slíkar meðferðir. Vítamín, nudd og meðgöngusund voru þær viðbótarmeðferðir sem flestar konurnar höfðu notað á meðgöngu. Barnshafandi konur virðast bera traust til ljósmeðra varðandi ráðleggingar um notkun viðbótarmeðferða á meðgöngu. Þekking ljósmeðra þarf að þróast í takt við breyttar áherslur.

Nokkrar fræðslugreinar eru í blaðinu, má þar nefna grein um útkomu fæðingar á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja og skemmtilega grein um valdeflingu, svo eitthvað sé nefnt.

Ég vil fyrir hönd ritnefndar óska ljósmeðrum gleðilegs sumars.



*Gleðilegt
sumar*



Procto-eze™

Léttir á einkennum gyllinæðar

Gyllinæð eru bólgnar og þrútnar æðar í eða við endaparmsopið og um 50% einstaklinga fá gyllinæð einhvern tíma ævinnar.

Blæðing úr endaparmi ásamt kláða og sársauka eru helstu einkenni gyllinæðar og er hún algengust hjá eldra fólki og konum á meðgöngu.

Krem



Procto-eze Krem veitir góða vörn með því að búa til vatns-fitufilmu yfir erta svæðið. Vörnin dregur úr kláða og sviða og meðferðarsvæðið verður mýkra og rakara, sem kemur í veg fyrir að húðin springi og valdi óþægindum.

- Þrjúþætt verkun – verndar, gefur raka og græðir
- Byggir á náttúrulegum innihaldsefnum
- Inniheldur ekki stera
- Má nota á meðgöngu

Fyrir hámarksárangur er mælt með notkun á Procto-eze™ Hreinsi áður en Procto-eze™ Krem er notað.

- Froðan hreinsar, róar og frískar óþægindasvæðið.
- Byggir á náttúrulegum innihaldsefnum

Hreinsifroða

Procto-eze Hreinsir er hreinsifroða sem ætluð er til að viðhalda hreinlæti og draga úr óþægindum tengdum gyllinæð. Froðan hreinsar, róar og frískar óþægindasvæðið. Hún hentar vel til að nota í sturtu og kemur í stað sápu sem oft er til viðkvæmt svæðið.



Ljósmaður eru töffarar

Ég held að ég geti sagt með algjörrri vissu að þessi vetur mun seint líða mér úr minni fyrir margra hluta sakir. Efst í huga mér er kjarabaráttu félagsins ásamt félögum okkar í BHM. Atkvæðagreiðsla um verkfall var samþykkt af 80% félagsmanna okkar en þó voru skoðanir mjög skiptar um hvernig best væri að sækja fram. Ekki voru allir á eitt sáttir í upphafi og töluvert var tekist á enda „eru ljósmaður töffarar“ svo vitnað sé í samninganefnd ríkisins. Það gleður mig samt að segja að eftir því sem vikurnar liðu fór samstaða vaxandi, félagsmenn urðu jákvæðari í tali, mættu betur á fundi og stóðu mjög vel við bakið á kjaranefnd og formanni og er það ómetanlegt.

Þegar þetta er skrifað er enn ósamið við ríkið og ekki komin niðurstaða úr félagsdómi varðandi launafrádrátt ljósmæðra. Það er þó farið að hilla undir samninga og þá tekur við líf að loknu verkfalli.

Eftir átök sem hafa staðið í þetta langan tíma getur verið erfitt að byggja upp traust að nýju. Ég hef heyrt margar ljósmæður tala um vonbrigði sín með vinnustaðinn og finnst bæði virðingarleysi og ósanngirni hafa komið fram af hálfu spítalans. Til að byggja



Áslaug Valsdóttir
formaður Ljósmæðrafélags Íslands

aftur upp góðan vinnuanda og þar með gott og faglegt starf þá er mikilvægt að sættast við vinnuveitandann og horfa fram á veginn, það sama gildir um innra starf félagsins. Það verða aldrei allir alveg á eitt sáttir með samninga eða framkvæmd kjarabaráttunnar en það er mikilvægt að halda áfram samstöðu og vinna að framgangi fagsins og félagsins.

Mörg verkefni hafa verið sett á bið innan félagsins þar sem gríðarlegur tími hefur farið í kjaramál undanfarin tvö ár. Það er mikið verk óunnið og af nægu að taka. Eitt af því sem mér þykir aðkallandi er að félagið móti sér stefnu í þeim málum sem heitast brenna á faginu. Ljósmæður eru fáar og félagið lítið. Því er hver einstakur félagsmaður enn dýrmætari og hefur meira vægi. Meira mæðir á hverri ljósmóður að standa vörð um stéttina og fagið heldur en félagsmönnum stærri félaga.

Mig langar til að nota þetta tækifæri og þakka öllum þeim ljósmæðrum sem hafa sýnt kjarabaráttu okkar stuðning sinn bæði í verki og orðum, og eins og áður hefur komið fram þá er það ómetanlegt. Það er von mín að allar ljósmæður og fjölskyldur þeirra njóti sumarsins og komi fullar af eldmóði og úthvildar næsta haust – tilbúnar í þá slagi sem taka þarf í framtíðinni.



Viðhorf til tíðablæðinga og hlutgerð líkamsvitund

Þýðing og forprófun tveggja mælitækja



Herdís Sveinsdóttir,
hjúkrunarfræðingur PhD,
Háskóla Íslands og Landspítala



Ragna Áspórsdóttir,
hjúkrunarfræðingur BS, Landspítala



Ragnheiður Halldórsdóttir,
hjúkrunarfræðingur BS, Höglanssjúkrahús
í Svíþjóð

ÚTDRÁTTUR

Mikilvægt er að íslenskar ljósmæður taki þátt í alþjóðlegum og þvermenningarlegum samræðum um viðfangsefni sín og grundvallar þær á íslenskum rannsóknum.

Rannsóknin, sem greint er frá hér, er hluti stærri rannsóknar sem hefur þann tilgang að auka skilning á samhengi sjálfshlutgeringar, viðhorfi til tíðablæðinga, viðhorfi til þess að bæla blæðingar, líkamshjálfunar, líkamsvitundar og upphafs blæðinga. Markmið úrvinnslunnar er að þýða, staðfæra, þáttgreina og áreiðanleika-prófa mælitækin: Spurningalistinn um skoðun á og viðhorf til tíðablæðinga (The Beliefs about and Attitudes Toward Menstruation Questionnaire (BATM)) og Hlutgerði líkamsvitundarvörðinn (The Objectified Body Consciousness Scale (OBSC)). BATM er 40 atriði og OBSC 24 atriði. Spurningalistarnir voru þýddir á íslensku og íslenska þýðingin þýdd aftur yfir á ensku. Þýðingarnar tvær voru því næst samlesnar af höfundum og þýðendum þar til samþykkt náðist. Þeir voru lagðir fyrir þægindaúrtak hjúkrunarfræðinema ($n=224$) við Háskóla Íslands vorið 2013. Mælitækin voru þáttgreind með leitandi þáttgreiningu og stuðst við meginhlutagreiningu og hornskakkan snúning. Niðurstaða þáttgreiningar íslensku útgáfunnar af BATM sýndi fjóra þætti en þeir eru: Skapraun, Leynd, Forskrift og Máttur og reyndist niðurstaðan að nokkru leyti frábrugðin upprunalegu útgáfunni. Áreiðanleiki þátta var á bilinu 0,74 til 0,88 og skýrðu þeir 42,7% af heildardreifingu atriða. Fylgni milli þátta var viðunandi. Niðurstaða þáttgreiningar íslensku útgáfunnar af OBSC sýndi þrjá þætti: Skömm á líkamanum, Trú á stjórnum og Eftirlit, sem voru sambærilegir við upprunalegu útgáfuna. Áreiðanleiki þátta var á bilinu 0,71 til 0,72 og skýrðu þeir 36,9% af heildardreifingu atriða.

Fylgni milli þátta var viðunandi. Niðurstöður sýndu að viðhorf þátttakenda til blæðinga eru frekar hlutlaus. Þeim finnst þó frekar skapraun að blæðingum en telja ekki að þeim beri að leynd. Þeir hafa litla skömm á líkama sínum, telja sig geta stjórnað útliti sínu og fylgjast vel með því og hugsa meira um líkamann út frá útliti hans en líkamlegri líðan. Meginályktun rannsóknarinnar er að þáttabygging íslensku útgáfunnar af BATM og OBSC er nothæf og mælir annars vegar viðhorf til tíðablæðinga og hins vegar hlutgerða líkamsvitund íslenskra kvenna.

Lykilorð: Viðhorf, blæðingar, líkamsvitund, þáttgreining.

ABSTRACT

It is of importance that Icelandic midwives participate in international and transcultural dis-course about their subject and base their discourse on Icelandic studies.

The study presented here is a part of a larger study that aims to increase understanding of the relationship between self-objectification, attitudes towards menstruations, attitudes towards menstrual suppression, physical activities, body awareness and menarche. The purpose with the present analysis is to translate, contextualise, factor analyse and test the reliability of the instruments The Beliefs about and Attitudes Toward Menstruation Questionnaire (BATM) and The Objectified Body Consciousness Scale (OBSC). BATM has 40 items and OBSC 24 items. The questionnaires were translated and back translated and finally read by authors and translators until acceptance was reached. They were administered to a convenient sample of nursing students ($n=224$) at the University of Iceland in spring 2013. The instruments were factor analysed

by exploratory factor analysis using principal component analysis and oblim rotation. The findings of the Icelandic version of BATM showed four factors: Annoyance, Secrecy, Prescribe and Mighty and was somewhat different from the original version. The reliability (Cronbach's- α) of factors was between 0,74 to 0,88 and explained 42,7 of item variance. The correlations between factors was acceptable. The findings of the Icelandic version of OBSC revealed three factors: Body shame, Control beliefs and Surveillance. The reliability of factors was between 0,71 to 0,72 and explained 36,9% of item variance. The correlations between factors was acceptable. Findings were that participants attitudes towards menstruation are rather neutral. However they find them rather annoying and that they should not be kept secret. They have little body-shame, believe they can control how they look, survey their appearances closely and think more about the body based on its look than physical wellbeing. The main conclusion of the study is that the Icelandic versions of BATM and OBSC are acceptable and measure attitudes towards menstruation and objectified body consciousness in Icelandic women.

Keywords: Attitudes, menstruation, body consciousness, factor analysis.

INNGANGUR

Íslensk orðabók skilgreinir menningu svo: „Þroski mannlegra eiginleika mannsins, þjálfun mannsins, þjálfun hugans, verkleg kunnátta, andlegt líf, sameiginlegur arfur (venjulega skapaður af mörgum kynslóðum) (snara.is, e.d.). Í mannfræði ganga klassískar hugmyndir mannfræðinga um menningu út á að hún sé afl sem mótar einstaklinginn, hugsun hans og hegðun, og þannig megi líta á að sá fjölbreytileiki í lífnaðarháttum sem mannkyn hefur búið sér sé menningarlegur (Vísindavefurinn, e.d.). Viðhorf til tíðablæðinga hafa mikið verið rannsökuð hjá konum og körlum og meðal mismunandi hópa á undanförunum árum og áratugum í ólíkum menningarsamfélögum. Reynt er að skilja hvernig þau mótast og hvernig þeim er viðhaldið í mismunandi menningarheimum og hvernig viðhorf hafa áhrif á reynslu kvenna af tíðahringnum, en fjöldi rannsókna sýnir að viðhorf til tíðablæðinga virðast að einhverju leyti móta og stýra hegðun kvenna (Brantelid, Nilvér og Alehagen, 2014; Johnston-Robledo og Chrisler, 2013; McPherson og Korfine, 2004). Flestar rannsóknirnar hafa verið unnar í Bandaríkjunum en þær takmarkast ekki við það land því rannsóknir er einnig að finna frá Bretlandi, Norðurlöndum, Kína, Japan, Mexíkó, Ástralíu, Afríku og víðar (sjá Herdís Sveinsdóttir, 2012). Fram hefur komið að jákvæð viðhorf tengjast færri blæðingaeinkennum, meiri ánægju með líkamann, traustari líkams- og sjálfsmynd og betri líðan í kynlífssamböndum (Rempell og Baumgartner, 2003; Schooler, Ward, Merriwether og Caruthers, 2005) en neikvæð viðhorf tengjast því að fela einkenni um blæðingar, töku á lyfjum sem bæla blæðingar alveg og minni þátttöku í íþróttum (Szarewski, von Stenglin og Rybowski, 2012, Johnston-Robledo, Ball, Laut og Zekoll, 2003). Lífseigt er það viðhorf, sem er algerlega óstaðfest, að blæðingar hafi áhrif á vitsmunalega getu kvenna (sjá Stubbs, 2008). Hins vegar vegnar konum verr á prófum sem meta vitræna hæfni ef fyrir þær eru lagðar spurningar um blæðingasögu áður en þær taka prófið heldur en ef þær eru lagðar fyrir á eftir (Wister, Stubbs og Shipman, 2013). Jafnframt hefur komið fram tilhneiging til þess hjá konum að draga sig í hlé í samræðum ef þær telja að aðrir viti af því að þær séu á blæðingum (Kowalski og Chapple, 2000). Þetta bendir til að konur taki inn á sig og samsami sig almennum viðhorfum. Niðurstöður nýrrar kínverskrar rannsóknar eru að bæði ungar konur og karlar hafa neikvæð viðhorf til tíðablæðinga enda er það í takt við hefðbundin viðhorf í kínversku samfélagi, þó voru karlarnir frekar á því en konurnar að þær ættu að fela ástand sitt (Wong o.fl., 2013). Ekki fundust íslenskar rannsóknir á því hvað eldri íslenskum konum var ráðlagt og því ekki vitað hvort reynsla þeirra samsvari niðurstöðum rannsókna á því hvað eldri mexíkóskum konum var ráðlagt (Marván og Trujillo, 2009), en þeim var bent á að forðast erfiðisvinnu, að

lyfta þungu, forðast sund og að borða sterkan eða súran mat meðan á blæðingum stæði.

Að sögn gríska heimspekingsins Papadaki (2007) er kynferðisleg hlutgerving þekkt umfjöllunarefni kvennafræða og á samsvörun í kenningum heimspekingsins Immanuel Kant en í bók sinni *Lectures on Ethics* frá 1963 fjallar hann um kynferðislega hlutgervingu og hvernig kynferðisleg löngun beinist að líkama annarrar manneskju en ekki einstaklingnum sjálfum. Forsendur kenningarinnar um hlutgervingu (e. objectification theory) (Fredrickson og Roberts, 1997) eru að menningarheimur, sem hlutgerir konur sem kynlífsleikföng, móti félagsþroska stúlkna og kvenna þannig að á einhverju stigi fari þær að meðhöndla sjálfar sig sem hlut sem sé metinn eftir útlitinu. Þetta endurspeglar meðal annars í sjónrænni framsetningu á félagslegum samskiptum í fjölmiðlum, til dæmis í tónlistarmyndböndum þar sem áherslan er nánast alltaf á líkama kvenna en á andlit og hendur karlmanna. Í kenningunni eru færð rök fyrir því að stúlkur og konur samsami sig sjónarmiði þess sem hlutgerir þær og að þær verði ofuruppteknar af líkamlegu útliti sínu sem þær telja að stjórni því hvernig þeim farnast í lífinu. Þær verða meðvitaðar um líkama sinn sem hlut sem þær líta stöðugt gagnrýnum augum. Þetta ferli kallast sjálfshlutgerving (e. self objectification) og það hefur fjölmargar neikvæðar sálrænar afleiðingar sem geta birst sem skömm á líkamanum, trufluð líkamsmynd, átröskun, áhættuhegðun í kynlífi, kvíði, þunglyndi og sókn í fegrunaraðgerðir (Forbes, Jobe og Revak, 2006; Johnston-Robledo, Sheffield, Voigt og Wilcox-Constantine, 2007; Moradi og Huang, 2008; Schooler o.fl., 2005; Tiggemann og Boundy, 2008). Þá virðist sjálfshlutgerving leiða til þess að konur hafa neikvæðari viðhorf til tíðahringssins, séu stöðugt vakandi yfir eigin útliti, eigi það til að fyllast skömm á eigin líkama og forðist að samsama sig honum. Líkamsvitund þeirra, það er hvernig þær hugsa um líkamann og meðvitund þeirra um hann, litast af skoðunum annarra og er hlutgerður (Roberts, 2004; Erchull, 2013).

Fáar eða engar rannsóknir eru til á viðhorfi íslenskra kvenna til tíðablæðinga né á hlutgervingu líkamsvitundar þeirra, en eins og kynnt hefur verið hér sýna rannsóknir að slík viðhorf tengjast menningu. Það má því segja að um menningarbundna afstöðu sé að ræða sem hugsanlega hefur áhrif á velferð kvenna.

Skjólstaðingahópur ljósmæðra er að mestu konur á barneignaraldri en auk þess að sinna konum á meðgöngu og fæðingu þá sinna þær ungubarnaeftirliti, heilsuefingu í skólum og fleiri þáttum er lúta að heilbrigði kvenna. Sökum þess nána sambands sem þær hafa við konur er mikilvægt að ljósmæður þekki afstöðu íslenskra kvenna til tíðablæðinga og líkamans. Eitt af sérsviðum ljósmæðra er kynheilbrigði og forvarnir en umfjöllun hér að framan bendir til þess að líkamsvitund kvenna og viðhorf þeirra til tíðablæðinga hafi áhrif á kynheilbrigði þeirra. Í þessari grein er fjallað um þýðingu, forpröfun og próffræðilega eiginleika tveggja mælitækja sem ætlað er að mæla þessi hugtök. Annars vegar er það *Spurningalistinn um skoðun á og viðhorf til tíðablæðinga* (The Beliefs about and Attitudes Toward Menstruation Questionnaire (BATM)) (Marván, Ramírez-Esparza, Cortés-Iniestra og Chrisler, 2006) og hins vegar *Hlutgerði líkamsvitundarkvarðinn* (The Objectified Body Consciousness Scale (OBCS)) (McKinley og Hyde, 1996). Það er vandasamt að mæla óaðgengileg hugtök eins og viðhorf og vitund. Góð mælitæki þurfa að vera nákvæm, hafa forspárgildi og vera réttmæt og áreiðanleg, sýna stöðugleika og hreinlega mæla það sem þeim er ætlað að mæla (Field, 2013).

Hérlandis er mikilvægt að nota margreynd mælitæki sem sannað hafa réttmæti sitt í erlendum rannsóknum til að unnt sé setja íslenskar niðurstöður í alþjóðlegt samhengi. Hætt er við að íslensk mælitæki sem bún eru til út frá íslenskum aðstæðum séu lítið notuð í erlendum rannsóknum, ekki hvað síst þegar til eru áreiðanleg og réttmæt erlend mælitæki. Hins vegar þarf að vanda til verks við staðfæringu til að próffræðilegir eiginleikar þýdda mælitækisins haldi sér og að það mæli sömu eiginleika og upprunalega mælitækið. Rannsóknin, sem greint er frá hér, er hluti stærri rannsóknar sem hefur þann

tilgang að auka skilning á samhengi sjálfshlutgervingar, viðhorfi til blæðinga, heilsutengdra lífsgæða, viðhorfi til þess að bæla blæðingar, líkamspjálfunar, líkamsvitundar og upphafs blæðinga. Markmið úrvinnslunnar hér er að þýða, staðfæra, þáttgreina og áreiðanleikaprófa mælitækin BATM og OBSC.

AÐFERÐ

Úrtak og framkvæmd

Úrtak rannsóknarinnar var þægindaúrtak kvenhjúkrunarfræðinemenda við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands sem skráðir voru í eitthvert af þeim fjórum námskeiðum sem kennd voru í janúar 2013, alls 313 nemendur á aldrinum 19 til 48 ára. Farið var í kennslustundir og var spurningalisti lagður fyrir kvennemendur sem mættu í tíma þá daga sem rannsóknin fór fram. Rannsóknin var kynnt nemendum, þeim afhent kynningarbréf og spurningalisti og þeir beðnir um að skila listanum fyrir lok skóladags. Farið var aftur í tíma í tveimur námskeiðanna sökum litillar mætingar nemenda í fyrria skiptið sem gagnasöfinun var gerð.

Mælitæki

BATM

BATM var samið af sálfræðingum með langa reynslu af rannsóknum á tíðahring kvenna (Márvan o.fl., 2006) í þeim tilgangi að skoða viðhorf til tíðablæðinga og trú kvenna á ýmsa þætti sem tengjast blæðingum. BATM er 40 atriða listi og eru svarmöguleikar mjög ósammála (=1), frekar ósammála (=2), hvorki sammála né ósammála (=3), frekar sammála (=4) og mjög sammála (=5). Listinn skiptist í fjóra þætti: I. Skapraun (e. annoyance) (11 atriði), II. Leynd (e. secrecy) (10 atriði), III. Fordæming og forskrift (e. proscriptions and prescriptions) (14 atriði) og IV. Ánægjulegar (e. pleasant) (5 atriði). Hærra gildi á mælitækinu í heild þýðir að þátttakendur séu mjög sammála því að blæðingar hafi áhrif á frammistöðu og daglegt líf en lægra gildi þýðir að þeir séu ósammála því.

Upphaflega voru 88 atriði í mælitækinu og voru þau annars vegar fengin úr heimildaleit sem laut að mýtum, staðalímyndum og viðhorfum til blæðinga og hins vegar úr viðtölum um blæðingar við 24 konur á mismunandi aldri og með mismikla menntun. Þá var réttmæti mælitækisins enn frekar skoðað með því að tölfsérfræðingar með reynslu af rannsóknum á tíðahringnum mátu nauðsyn hvers atriðis á listanum. Niðurstaða frekari prófana á þessum 88 atriða lista á mexíkóskum og bandarískum körlum og konum leiddi til 40 atriða listans með fjórum þáttalausnum (BATM). Tafla 1 sýnir atriðin og þættina fjóra. Áreiðanleiki þáttanna (Cronbachs- α) hefur mælst frá 0,74 til 0,88 fyrir þættina Fordæming og forskrift, Skapraun og Leynd og á bilinu 0,62 til 0,69 fyrir þáttinn Ánægjulegar (Márvan o.fl., 2006).

OBSC

OBSC var samið af sálfræðingum sem byggðu á fémínískum kenningum um félagslega byggingu (e. social construction) kvenlíkamans (McKinley og Hyde, 1996). Mælitækinu, sem er á ensku, er ætlað að mæla á hvern hátt meðvitundin hlutgerir líkamann út frá stöðugu eftirliti með honum, hvernig einstaklingurinn samsamar sig (e. internalize) menningarlegum staðalímyndum um líkamann og trú á að geta stjórnað líkamanum. OBSC er 24 atriða listi og merkja þátttakendur við á tölukvarða frá 1 til 7 þar sem 1 þýðir mjög ósammála og 7 mjög sammála. Upphaflega voru 69 atriði á listanum og voru þau fengin úr heimildum og úr fyrri rannsóknum höfunda. Niðurstaða frekari prófana á þessum 69 atriða lista, þar sem þátttakendur voru ungar og miðaldra konur, leiddi til 24 atriða listans sem reyndist innihalda þrjá þætti: I. Skömm á líkamanum (e. body shame) (8 atriði), II. Trú á stjórnun (e. control beliefs) (8 atriði) og III. Eftirlit (e. surveillance) (8 atriði) (McKinley og Hyde, 1996). Hátt gildi á Skömm á líkamanum veldur því að konunni líður eins og hún standi sig ekki ef hún uppfyllir ekki menningartengdar væntingar um líkama sinn, lágt gildi þýðir að henni finnist hún í góðu lagi þó hún uppfylli ekki slíkar væntingar. Hátt gildi á Trú á

stjórnun þýðir að konan trúir að hún hafi stjórn á þyngd sinni og útliti ef hún leggur hart að sér, lágt gildi felur í sér að konan telji sig ekki stjórna þyngd og útliti heldur sé þessum þáttum stjórnað af erfðum. Hátt gildi á Eftirlit þýðir að konan fylgist iðulega með útliti sínu og hugsar um líkama sinn út frá útliti hans, lágt gildi þýðir að hún fylgist sjaldan með útliti sínu og hugsar um líkamann út frá líkamlegri líðan. Tafla 2 sýnir þættina og atriðin í hverjum þætti. Mælitækið hefur verið notað í fjölda rannsókna og hefur áreiðanleiki (Cronbachs- α) Líkamsskammar mælst á bilinu 0,70 til 0,84, Eftirlits á bilinu 0,79 til 0,89 og Trúar á stjórnun á bilinu 0,68 til 0,72 (McKinley og Hyde, 1996; McKinley, 1998; McKinley, 1999).

Þýðing og staðfæring mælitækjanna tveggja

Leyfi fengust frá höfundum mælitækjanna til að nota þau hér á landi. Upphafleg útgáfa BATM var á spænsku en höfundar mælitækisins þýddu mælitækið á ensku með viðurkenndum aðferðum (Márvan o.fl., 2006) og er enska útgáfan notuð hér. Markmið þýðingarinnar var að hvert íslenskt atriði næði merkingu enskunnar en ekki endilega að þýða frá orði til orðs. Við þýðinguna var fylgt viðurkenndu þýðingafæri (Jones, Lee, Phillips, Zhang og Jaceldo, 2001; Brynja Örlygsdóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir, 2005). Mælitækin voru upphaflega þýdd og staðfærð af rannsakendum úr ensku yfir á íslensku. Enska og íslenska útgáfan voru samlesnar af íslenskufræðingi og íslenska útgáfan því næst þýdd aftur yfir á ensku af tvítýngdum klínískum sálfræðingi búsettum í Bandaríkjunum. Lokaeintak listanna var því næst lesið yfir og samþykkt af þessum aðilum. Spurningalistinn var forprófaður á átta konum á aldrinum 23 til 26 ára og komu fram smávægilegar athugasemdir varðandi orðalag sem tekið var tillit til. Þá gagnrýndi einn þátttakenda BATM og sagði staðhæfingar endurteknar. Ekki var tekið tillit til þessarar athugasemdar því það var metið svo að athugasemd frá einum aðila væri ekki nægileg til að breyta byggingu á íslensku útgáfu listans. Það tók konurnar átta á bilinu 11 til 19 mínútur að svara listanum.

Bakgrunnsspurningar

Listinn, sem lagður var fyrir þátttakendur, innihélt, auk BATM og OBSC, mælitækið SF-36v2 sem mælir heilsutengd lífsgæði og spurningar um blæðingasögu, hreyfingu og mataræði. Í töflu 3 eru lýsandi niðurstöður fyrir spurningar sem gefa mynd af þátttakendum. Valdar voru spurningar sem rannsóknir sýna að tengjast líkamsvitund og viðhorfi til blæðinga þó að hér séu ekki skoðuð slík tengsl.

Tölfræðileg úrvinnsla

Tölfræðiúrvinnsla fór fram með tölfræðiforritinu Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 21. útgáfu (SPSS Inc., Chicago, USA). Notuð var lýsandi tölfræði til að lýsa úrtakinu. Til að meta hugtakaréttmæti (e. construct validity) var gerð leitandi þáttagreining (e. exploratory factor analysis) og stuðst við meginhlutagreiningu og hornskakkan snúning (e. oblimin rotation). Svörum þátttakenda sem slepptu fleiri en tveimur atriðum í hverjum þætti var sleppt í greiningunni. Fylgni þátta og atriða var skoðuð og ef ástæða var til var beitt hornréttum (e. varimax) snúningi. Einungis þættir með eigingildi 1 eða meira voru dregnir út. Til að athuga mikilvægi þátta var skriðurit (e. scree plot) jafnframt skoðað auk Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) prófs og Bartlett's-prófs. KMO gefur til kynna hvort úrtakið sé hæfilegt (e. sampling adequacy) og bendir til áreiðanleika þátta. Bartlett's-próf metur fylgni milli fullyrðinga í þáttum. Við þáttabyggingar var ákveðið, með hliðsjón af fjölda þátttakenda, að atriði með þáttahleðslu lægri en 0,35 skyldu felld út (Field, 2013). Cronbachs- α var notað til að reikna út innra samræmi þátta. Fylgnipróf (Pearson) var notað til að skoða fylgni milli þátta.

Siðfræði

Fengið var leyfi frá Vísindasiðanefnd (nr. HI12110194/10.6.6), leyfi frá rektor Háskóla Íslands (tilvisun: HI12110194/10.6.6) til að leggja rannsókn fyrir nemendur skólans auk þess sem rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar (nr. S6003). Þátttakendur fengu

kynningarbréf með viðeigandi upplýsingum. Ef nemendur svöruðu spurningalistanum var það talið ígildi samþykkis.

NIÐURSTÖÐUR

Þátttakendur

Spurningalistinn var afhentur 239 nemendum og var svarhlutfall 93,7% (n=224). Meðalaldur þessara kvenna var 25 ár, 65,2% voru giftar eða í sambúð og áttu tæp 34% eitt barn eða fleiri. Tíðahringur

Tafla 1. Þáttgreining Í-BATM. Lýsing á atriðum þátta og þáttahleðslum í bandarísku og íslensku úrtaki.

Atriði	Þættir í bandarísku úrtaki				Þættir í íslensku úrtaki			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
36. Það er pirrandi að hafa blæðingar mánaðarlega	0,70				0,80			
38. Blæðingar eru virkilega pirrandi	0,72				0,79			
18. Blæðingar eru pirrandi	0,69				0,78			
10. Konur óska þess að blæðingar vari einungis í fáar mínútur	0,45				0,74			
13. Konur óska þess að þær hefðu ekki blæðingar	0,69				0,74			
28. Það er óþægilegt fyrir konur að vera á blæðingum	0,63				0,66			
19. Ég held að á stundum finnst konum blæðingarnar óþolandi	0,52				0,62			
32. Blæðingar eru það sem konur þurfa að umbera	0,47				0,57			
7. Karlar njóta þess fram yfir konur að vera lausir við þá skapraun sem blæðingar eru	0,57				0,51			
24. Það eru til konur sem njóta þess að hafa blæðingar+				0,69	0,49	0,21		
15. Það eru til konur sem eru ánægðar í hvert sinn sem þær hafa blæðingar+				0,69	0,43			
31. Blæðingar eru mikið vandamál			0,52	0,41	0,29	0,30	0,36	
34. Það er erfitt að lifa við blæðingar	0,41			0,41	0,27	0,36	0,34	
3. Konur eru stoltar þegar blæðingar þeirra hefjast+				0,58	0,40			
5. Blæðingar eru óhreinar	0,41			0,38	0,32	0,32		
26. Það eru til konur sem eru meira aðlaðandi á meðan blæðingar vara+				0,46	0,31	-0,24		
16. Það er mikilvægt að enginn viti af því þegar kona hefur blæðingar	0,61				0,75			
27. Það er mikilvægt að halda blæðingum leyndum	0,68				0,72			
30. Konur ættu að forðast að tala um blæðingar í viðurvist karlmanna	0,65				0,72	0,22		
20. Það er vandræðalegt þegar karlmaður kemst að því að kona er með blæðingar	0,71				0,71			
8. Konur verða að leyndu öllu sem sýnir að þær séu með blæðingar	0,5				0,69			
11. Það er mikilvægt að kaupa dömubindi án þess að nokkur sjái	0,41				0,56			
22. Konur roðna þegar þær horfa á dömubindauglýsingu í viðurvist karlmanns	0,57				0,46		0,43	
14. Konum þykir óþægilegt að tala um eigin blæðingar	0,43				0,39	0,39		
6. Það er mikilvægt að ræða blæðingar á opinskáan hátt heima við+	0,54				0,35	-0,35		
12. Konur eiga að halda sig frá karlmönnum á meðan blæðingar standa yfir	0,44				0,35			
4. Konur verða að forðast sund á meðan þær eru með blæðingar	0,52			0,23	0,25			
39. Konur eiga að borða og drekka heitan mat/drykki þegar þær eru með blæðingar	0,71				0,76			
29. Konur verða að fara í heita sturtu þegar þær hafa blæðingar	0,61				0,70			
21. Konur eiga að drekka te þegar þær eru með blæðingar	0,67				0,69			
35. Konur eiga að forðast að borða og drekka kaldan mat/drykki þegar þær eru með blæðingar	0,54				0,63			
2. Konur verða að sleppa því að borða ákveðna fæðu á meðan á blæðingum stendur	0,64				0,52	0,21		
17. Konur verða að forðast reykingar á meðan á blæðingum stendur	0,45				0,50	0,24		
25. Konur eiga að forðast að bera þunga hluti á meðan blæðingar vara	0,61				0,46	0,43		
40. Það eru til konur sem eru sáttrar við eigin blæðingar+	0,52	0,25			0,29			
37. Blæðingar hafa áhrif á daglegar athafnir kvenna	0,42	0,22			0,31	0,66		
9. Blæðingar hafa áhrif á frammistöðu kvenna í vinnu	0,63	0,28				0,64		
33. Blæðingar hafa áhrif á getu kvenna til að vinna heimilisstörf	0,58			0,22	0,38	0,63		
23. Blæðingar hamla konum umtalsvert	0,44			0,37		0,60		
1. Það er mikilvægt að tala um blæðingar við karlmenn	0,61					0,47		
Eigingildi				8,01	4,38	2,75	1,94	
Hlutfall breytileika				20,03	10,95	6,87	4,86	
Cronbachs-α				0,88	0,76	0,75	0,74	
Fylgni íslenskra þátta								
I				1,00				
II				0,25	1,00			
III				0,23	0,28	1,00		
IV				0,47	0,22	0,36	1,00	
*Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.								
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy 0,811								
Bartlett's Test of Sphericity; approx. Kikvaðrat 3291,197 (df (780); p≤0,000								
+ Tölugildi atriðis var snúið við.								

var að jafnaði 29 dagar og blæðingar náðu að meðaltali yfir 5,1 dag. Meirihluti (78,4%) fann fyrir verkjum í tengslum við blæðingar og um 20% notuðu oft verkjalyf vegna þeirra. Flestar (78,5%) borðuðu reglulega þrjár máltíðir á dag, um þriðjungur fékk aldrei eða sjaldan samviskubit yfir að borða of mikið og tæp 11% voru oft eða alltaf í megrun. Í töflu 3 er að finna frekari lýsingu á þátttakendum.

Hugtakaréttmæti og áreiðanleiki íslenska BATM-listans (Í-BATM)

Tafla 1 sýnir niðurstöður leitandi þáttgreiningar fyrir Í-BATM. Upphaflega var beitt hornskökkum snúningi en ekki reyndist fylgni milli þátta og var greiningin endurtekin með hornréttum snúningi. Tíu þættir voru með eigingildi hærra en einn en skriðupróf benti

Tafla 2. Þáttgreining Í-OBCS. Lýsing á atriðum þátta og þáttahleðslum í bandarísku og íslensku úrtaki.

Atriði	Þættir í bandarísku úrtaki			Þættir í íslensku úrtaki		
	I	II	III	I	II	III
17. Þegar ég stunda ekki nógu mikla líkamsrækt efast ég um að ég sé nógu góð manneskja	0,80			0,63		
22. Þegar ég er ekki í þeirri stærð sem mér finnst ég eiga að vera í þá skammast ég mín	0,62			0,63		
11. Ég myndi skammast mín ef fólk vissi hversu þungt ég er í alvöru	0,50			0,62		
2. Þegar ég hef ekki stjórn á þyngd minni liður mér eins og það hljóti að vera eitthvað að mér	0,69			0,62		
13. Ég hef oft áhyggjur af því hvort fötin sem ég klæðist fari mér vel			0,58	0,48		0,28
5. Jafnvel þó að ég geti ekki stjórnað þyngd minni finnst mér allt í lagi með mig+	0,72			0,54		
16. Ég skammast mín þegar ég hef ekki lagt mig fram um að líta sem best út	0,60			0,54		
8. Mér liður eins og ég hljóti að vera vond manneskja þegar ég lít ekki eins vel út og ég get	0,85			0,42	-0,36	
15. Ég hef aldrei áhyggjur af því að það sé eitthvað að mér þegar ég stunda ekki jafn mikla líkamsrækt og ég ætti að gera+	0,71			0,39		
24. Formið, sem þú ert í, er að mestu háð genunum sem þú fæddist með+	0,68			0,71		
19. Ég held að þyngd manneskju ákvarðist aðallega af genunum sem eru meðfædd+	0,72			0,69		
21. Það skiptir ekki máli hversu mikið ég legg mig fram um að breyta þyngd minni, hún á hvort sem er alltaf eftir að vera svipuð+	0,53			0,68		
6. Stór hluti af því að vera í formi er að vera með þannig líkama til að byrja með+	0,52			0,57		
10. Ég held að manneskja geti nokkurn veginn litið út eins og hún vill ef hún er tilbúin til að vinna í því*	0,62			0,51		
12. Ég tel mig í rauninni ekki hafa mikla stjórn á því hvernig líkami minn lítur út+	0,72	-0,37	0,49	0,34		
23. Ég get verið í þeirri þyngd sem ég ætti að vera í ef ég legg mig nógu mikið fram	0,48			0,47		
4. Ég held að manneskja sitji uppi með það útlit sem hún fæðist með+	0,66			0,40		
7. Ég hugsa meira um hvernig mér liður líkamlega heldur en hvernig líkami minn lítur út+	0,82			0,65		
18. Ég hef sjaldan áhyggjur af því hvernig ég lít út í augum annarra+	0,71	0,30		0,60		
1. Ég hugsa sjaldan um það hvernig ég lít út+	0,59			0,59		
9. Ég ber útlit mitt sjaldan saman við útlit annarra+	0,73			0,54		
20. Mig varðar meira um hvað líkami minn getur gert en hvernig hann lítur út+	0,58			0,52		
14. Ég hugsa oft á dag um það hvernig ég lít út	0,47	0,49		0,49		
3. Mér finnst mikilvægara að fót min séu þægileg en að þau fari mér vel+	0,84			0,41		
Eigingildi			4,09	2,93	1,83	
Hlutfall breytileika			17,05	12,23	7,62	
Cronbachs-α			0,73	0,71	0,69	
Fylgni íslenskra þátta						
I			1,00			
II			-0,13	1,00		
III			0,45	0,03	1,00	
*Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.						
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy 0,753						
Bartlett's Test of Sphericity; approx. Kikvaðrat 1123,109 (df (276); p≤0,000						
+ Tölugildi atriðis var snúið við.						

til réttmætis þess að draga út fjóra þætti. Þá kom KMO-próf og Bartlett-próf vel út eins og sést í töflunni og það styður gæði gagna til þáttagreiningar. Þættirnir fjórir skýrðu 42,7% af heildardreifingu atriðanna. Með nokkrum undantekningum (atriði 31, 34, 5, 22, 14, 6 og 25) eru þáttahleðslur nokkuð afgerandi á einn þátt. Sá þáttur sem flest atriði hlaðast umtalsvert á en tilheyrja á endanum ekki er þáttur IV. Hleðslur atriða sem hlaðast á þann þátt eru hins vegar mjög ótvíræðar. Eins og sést í töflu 1 hlaðast atriðin ekki eins á þættina í Í-BATM eins og í BATM. Öll atriðin úr BATM-þættinum Skapraun og fjögur atriði af fimm úr BATM-þættinum Ánægjulegar hlóðust á þátt I í Í-BATM. Öll atriðin utan eitt í BATM-þættinum Leynd hlaðast á þátt II í Í-BATM. Atriðin 14 úr BATM-þættinum Fordæming og forskrift dreifast hins vegar nokkuð á þættina í Í-BATM, sjö atriði hlaðast á þátt III, fimm atriði á þátt IV, tvö atriði á þátt III og eitt atriði á þátt I. Ákveðið var að halda í þættina eins og þeir koma fram í okkar greiningu en Cronbachs- α (sjá gildi í töflu 2) styður þá ákvörðun. BATM-þátturinn Ánægjulegar dettur alveg út í okkar greiningu og nýr

Tafla 3. Lýsandi niðurstöður um þátttakendur (N=224).

	n (%)	M (sf)
Aldur (n=220)		25,0 (4,7)
Hjúskaparstaða		
Einhleyp	75 (33,5)	
Fráskilin	3 (1,3)	
Gift/i sambúð	146 (65,2)	
Börn		
Ekkert	147 (66,2)	
Eitt	38 (17,1)	
Fleiri en eitt	37 (16,7)	
Hæð í cm (n=219)		168,0 (5,4)
Þyngd í kg (n=216)		67,4 (11,9)
Lengd tíðahrings í dögum (n=190)		29,0 (5,5)
Lengd blæðinga í dögum (n=222)		5,1 (1,3)
Líkamsþyngdarstuðull (n=216)		24,0 (5,0)
Hugsa of mikið um mat að eigin mati		
Aldrei/sjaldan	71 (31,8)	
Stundum	95 (42,6)	
Of/alltaf að hugsa um mat	57 (25,6)	
Hversu oft samviskubít yfir því að borða of mikið		
Aldrei/sjaldan	84 (37,7)	
Stundum	89 (39,9)	
Of	50 (22,4)	
Hversu oft farið í megrun		
Aldrei	86 (38,9)	
Sjaldan/stundum	111 (50,2)	
Of/alltaf í megrun	24 (10,8)	
Telur sig af eðlilegri þyngd (já)	122 (54,5)	
Tiðaverkir (já)	174 (78,4)	
Styrkur tíðaverkja (n=187) [#]		4,7 (2,4)
Áhrif tíðaverkja á líf ^{##}		2,3 (2,1)
Notkun verkjalyfja vegna tíðaverkja		
Aldrei/sjaldan	106 (48,0)	
Stundum	71 (32,1)	
Of/mjög oft	44 (19,9)	
Missir úr vinnu/skóla vegna tíðaverkja		
Aldrei	158 (71,5)	
Sjaldan	44 (19,9)	
Stundum/oft/mjög oft	19 (8,6)	
Ástundun líkamspjálfunar		
Þrisvar í viku eða oftar	123 (54,9)	
Einu sinni til tvisvar í viku	56 (25,2)	
Sjaldnar en einu sinni í viku	43 (19,4)	

[#] Spurt um styrk tíðaverkja á töluvarða frá 0 til 10 þar sem 0 = enginn verkur og 10 = verst mögulegi verkur.
^{##} Spurt um áhrif tíðaverkja á líf á töluvarða 0 til 10 þar sem 0 = engin áhrif og 10 = áhrifin gætu ekki verið meiri.

þáttur (þáttur IV) bætist við. Af atriðunum 40 voru þáttahleðslur þriggja atriða lægri en 0,35. Ákveðið var að halda þeim atriðum með þar sem áreiðanleikaprófun þáttanna kom betur út með þeim, heldur en ef þeim var sleppt. Þáttabygging Í-BATM er því nokkuð frábrugðin BATM fyrir utan að BATM-þátturinn Leynd er svo til alveg sambærilegur þætti II í Í-BATM. Endanlegir þættir eru fjórir í Í-BATM: I. Skapraun (16 atriði), II. Leynd (11 atriði), III. Forskrift (8 atriði) og IV. Máttur (5 atriði). Fylgni þáttanna er að mestu veik fyrir utan að miðlungsfylgni er milli fyrsta og fjórða þáttar ($r=0,47$) og þriðja og fjórða þáttar ($r=0,36$) (sjá töflu 2).

Hugtakaréttmæti og áreiðanleiki íslenska OBSC (Í-OBSC) út frá leitandi þáttagreiningu

Tafla 3 sýnir niðurstöður leitandi þáttagreiningar fyrir Í-OBSC. Áður en greiningin var gerð var athugað hvort gögnin uppfylltu skilyrði fyrir þáttagreiningu. Þau reyndust gera það en KMO-próf og Bartlett-próf komu vel út eins og sést í töflu 3. Upphaflega var beitt hornskökkum snúningi en ekki reyndist fylgni milli þátta og var greiningin endurtekin með hornréttum snúningi. Sex þættir voru með eigingildi herra en einn, en skriðupróf benti til réttmætis þess að draga út þrjá þætti. Þættirnir þrír skýrðu 36,9% af heildardreifingu atriðanna. Þáttahleðslur voru ótvíræðar á einn þátt utan eitt atriði (atriði 14). Atriði 16: „Ég hef oft áhyggjur af því hvort fötin sem ég klæðist fari mér vel“ hlóðst á þátt I í Í-OBSC en í bandaríska OBSC í þáttinn Eftirlit. Ákveðið var að hafa atriðið í þætti III í Í-OBSC. Atriðið hlóðst líka á þann þátt í Í-OBSC auk þess að áreiðanleikaprófun þáttarins kom betur út þannig. Íslensku þættirnir fengu heitin I. Skömm á líkamanum, II. Trú á stjórnun og III. Eftirlit. Tengsl þáttanna eru veik fyrir utan tengsl þátta eitt og þrjú ($r=0,45$) (sjá töflu 3) þar sem um miðlungsfylgni er að ræða.

Samanburður á Í-BATM og Í-OBSC við BATM og OBSC

Í töflu 4 sjást meðalstig þátttakenda í undirþáttum Í-BATM og Í-OBSC og samanburður við úrtök bandarískra og mexíkóska kvenna þar sem upprunalegu mælitækin voru notuð. Þar sést, þegar tillit er tekið til þess að þættirnir eru ekki alveg eins, að viðhorf til tíðablæðinga virðast nokkuð svipuð hjá íslenskum hjúkrunarfræðinemum og bandarískum og mexíkóskum háskólastúdúnum. Undantekning er þó þátturinn Leynd þar sem þær íslensku fá færri stig að meðaltali en hinir hóparnir. Miðað við bandarískar háskólastúdíur hafa íslenskir hjúkrunarfræðinimar síður skömm á líkama sínum, telja sig betur geta stjórnað útliti sínu og fylgjast betur með útliti sínu og hugsa meira um líkamann út frá ásynd hans. Meðalstigafjöldi hjúkrunarfræðinemanna á undirþáttum Í-OBSC líkist frekar miðaldra bandarískum konum (sjá töflu 4) en bandarískum háskólastúdúnum.

UMRÆÐUR

Mikilvægt er að íslenskar ljósmæður taki þátt í alþjóðlegum og þvermenningarlegum samræðum um viðfangsefni sín á sem breiðustum vettvangi og grundvalli þær á íslenskum rannsóknum. Í þessari grein var lýst ferli við að þýða, staðfæra, þáttgreina og áreiðanleikaprófa mælitæki sem ætlað er til rannsókna á raunveruleika íslenskra kvenna. Meginniðurstöður eru að þáttabygging Í-BATM

Tafla 4. Meðalstigafjöldi á undirkvörðum Í-BATM og Í-OBSC og á undirkvörðum BATM og OBSC í erlendum rannsóknum.

Þátttakendur (allt konur)	Undirþættir Í-BATM og BATM				Undirþættir Í-OBSC og OBSC		
	Skapraun m (sf)	Leynd m (sf)	Fyrirmæli m (sf)	Máttur m (sf)	Líkamsskömm m (sf)	Trú á stjórnun m (sf)	Líkamseftirlit m (sf)
Ísland – 223 hjúkrunarfræðinimar	3,3 (0,6)	1,7 (0,5)	2,0 (0,6)	2,3 (0,8)	2,9 (1,0)	4,4 (0,8)	5,5 (0,8)
	Fordæming og forskrift						
Bandaríkin – 67 háskólastúdentar ^a	3,7 (0,6)	2,10 (0,7)	1,9 (0,6)	2,7 (0,7)			
Mexíkó – 86 háskólastúdentar ^a	3,6 (0,7)	2,11 (0,7)	2,4 (0,7)	2,6 (1,8)			
Bandaríkin – háskólastúdentar ^b					3,3 (1,0)	3,9 (0,7)	4,2 (0,9)
Bandaríkin – miðaldra konur ^c					3,0 (1,0)	4,9 (1,0)	4,3 (1,0)

var talsvert ólík þáttabyggingu BATM en þáttabygging Í-OBSC var svo til sambærileg OBSC. Hvað varðar Í-BATM þá hefur einungis einn þáttur, Leynd, svo til sömu byggingu í úrtökum sem listarnir tveir byggjast á, en einn þáttur BATM (Ánægjulegar) dettur alveg út úr íslensku útgáfunni og annar þáttur (Máttur) er í Í-BATM en ekki BATM. Hvað veldur ólíkum þáttabyggingum er erfitt að segja til um. Þættirnir í Í-BATM byggjast á úrtaki hjúkrunarfræðinema og er kannski um frekar einsleitna hóp að ræða. Sama má segja um útgáfu BATM sem byggist á frekar litlum úrtökum bandarískra og mexíkóskra háskólastúdenta. Þáttahleðslur atriða á þætti eru ekki alveg ótvíræðar í Í-BATM en sjö atriði hlaðast umtalsvert á aðra þætti. Þetta bendir til þess að viðhorf til tíðablæðinga sé flókið hugtak sem ekki sé einfalt að mæla á afdráttarlausan hátt. Innra samræmi þátta í Í-BATM var hins vegar gott en Cronbachs- α var í öllum tilvikum yfir 0,7 sem er vel viðunandi þegar til skoðunar eru sálfræðileg hugtök líkt og viðhorf eru (Field, 2013, bls.709). Fylgni milli þátta var jafnframt þokkaleg. Í heild þýðir það að þættirnir mæla afstöðu til mismunandi hugmynda um blæðingar og gefa mynd af viðhorfum íslenskra kvenna til blæðinga. Í ljósi þessa var ákveðið að nota þáttabygginguna sem kom fram í okkar greiningu í Í-BATM. Hins vegar eru þættirnir ekki að öllu leyti sambærilegir við BATM og ber því að fara varlega í að bera saman niðurstöður rannsókna sem nota þessar tvær útgáfur af mælitækinu.

Þáttabygging Í-OBSC er að mestu sambærileg við OBSC og þáttahleðslur bærilegar. Einungis eitt atriði hlóðst í annan þátt í íslensku útgáfunni en í þeirri bandarísku og er það fyllilega viðunandi en smávægilegur munur getur verið á því hvernig atriði hlaðast í mismunandi úrtökum innan sama menningarsvæðis (Field, 2013). Fylgni milli þáttanna er viðunandi. Þetta þýðir að þættirnir mæla mismunandi hugmyndir og til samans gefa þeir mynd af hlutgerðri líkamsvitund íslenskra kvenna og unnt er að bera niðurstöður saman við niðurstöður rannsókna sem nota bandarísku útgáfuna.

Viðhorf þátttakenda til blæðinga voru frekar hlutlaus. Konnum finnst þó frekar skapraun að þeim en telja ekki að þeim beri að leyna. Í samanburði við mexíkósk og bandarísk úrtök háskólastúdína (Marván o.fl., 2006) finnst íslenskum hjúkrunarstúdínum síður skapraun af blæðingum og þær leyna þeim síður. Eins og hefur komið fram féll þátturinn Ánægjulegar úr BATM svo til alveg inn í þáttinn Skapraun í Í-BATM og getur það skýrt mun á niðurstöðum varðandi þann þátt. Að því sögðu þá eru viðhorf þátttakenda í íslensku rannsókninni jákvæðari en þátttakenda ýmissa annarra rannsókna á viðhorfi kvenna til blæðinga (Marván og Trujillo, 2009; Kim, 2005; Charlesworth, 2001; Lu, 2001).

Fram kemur ákveðin þversögn í niðurstöðum varðandi hlutgerða líkamsvitund en þátttakendur hallast frekar að því að það sé í góðu lagi þó líkaminn falli ekki alveg að menningarlegum kröfum um hvernig hann eigi að líta út, telja sig geta stjórnað útliti sínu og fylgjast vel með því og hugsa meira um líkamann út frá ásýnd hans en líkamlegri líðan. Þeir reyndust jafnframt talsvert frábrugðnir bandarísku háskólastúdínum þegar horft var til hlutgeringar líkamsmyndar. Þversögnin felst í því að segja að það sé allt í lagi að vera öðruvísi en jafnframt vera frekar upptekin af útliti líkamans og telja sig hafa fulla stjórn á því.

Takmarkanir

Aukinn breidd í aldri, menntun, starfi og búsetu í úrtakinu hefði aukið á fjölbreytileika þess en einsleitni úrtaks er ókostur þegar þáttabygging hugtaka er til skoðunar. Áhugavert verður að skoða hvort munur verður á þáttabyggingu mælitækjanna tveggja í fjölbreyttara úrtaki. Þá má kannski finna að því að ekki var beitt staðfestandi þáttagreiningu (e. confirmatory factor analysis) í greiningu okkar. Ástæðan er að markmiðið var að skoða þáttabyggingu í íslensku úrtaki en ekki endilega staðfesta að mælitækið væri eins og bandarísku útgáfunar. Víkið var frá því skilyrði að við þáttabyggingar skyldu öll atriði hafa þáttahleðslu yfir 0,35 eins og ráðlagt er. Innra samræmi þáttanna var hins vegar meira þegar atriðin voru höfð með og teljum við það fullnægjandi rök fyrir því að halda atriðunum inni.

Ályktun

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að þáttabygging Í-BATM og Í-OBSC sé nothæf og mæli annars vegar viðhorf til tíðablæðinga og hins vegar hlutgerða líkamsvitund íslenskra kvenna. Endanleg staðhæfing á hæfi þáttanna fæst fyrst með rannsókn á fjölbreyttara úrtaki.

ÞAKKARÖÐ

Höfundar vilja þakka þátttakendum rannsóknarinnar fyrir þátttökuna og starfsfólki á skrifstofu Hjúkrunarfræðideildar fyrir veitta aðstoð.

HEIMILDASKRÁ

- Brantelid, I. E., Nilvér, H. og Alehagen, S. (2014). Menstruation during a lifespan: A qualitative study of women's experiences. *Health Care for Women International*, 35(6), 600–616.
- Brynja Örlýgssdóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir (2005). Alþjóðlegar og þvermenningarlegar rannsóknir: Aðferðir við þýðingu á mælitækjum. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 3(81), 8–14.
- Charlesworth, D. (2001). Paradoxical constructions of self: Educating young women about menstruation. *Women and Language*, 24(2), 13–20.
- Erchull, M. J. (2013). Distancing through objectification? Depictions of women's bodies in menstrual product advertisements. *Sex Roles*, 68, 32–40.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: Sage.
- Forbes, G. B., Jobe, R. L. og Revak, J. A. (2006). Relationships between dissatisfaction with specific body characteristics and the sociocultural attitudes toward appearance questionnaire-3 and objectified body consciousness scale. *Body Image*, 3(3), 295–300.
- Fredrickson, B. L. og Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173–206.
- Herdís Sveinsdóttir (2012). Varð ég kona í dag? Í Helga Gottfreðsdóttir (ritstjórn) og Herdís Sveinsdóttir, *Við góða heilsu? Konur og heilbrigði í nútímasamfélagi* (bls. 19–29). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Johnston-Robledo, I., Ball, M., Lauta, K. og Zekoll, A. (2003). To bleed or not to bleed: Young women's attitudes toward menstrual suppression. *Women & Health*, 38, 59–75.
- Johnston-Robledo, I., Sheffield, K., Voigt, J. og Wilcox-Constantine, J. (2007). Reproductive shame: Self-objectification and young women's attitudes toward their reproductive functioning. *Women & Health*, 46(1), 25–39.
- Johnston-Robledo, I. og Chrisler, J. C. (2013). The menstrual mark: Menstruation as social stigma. *Sex Roles*, 68(1–2), 9–18.
- Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E. og Jaceldo, K. B. (2001). An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nursing Research*, 50(5), 300–304.

- Kim, H. J. (2005). Study on an attitude toward menstruation, premenstrual symptoms, and coping of nursing students. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 11(4), 288–295.
- Kowalski, R. M. og Chapple, T. (2000). The social stigma of menstruation: Fact or fiction? *Psychology of Women Quarterly*, 24(1), 74–80.
- Lu, Z. J. (2001). The relationship between menstrual attitudes and menstrual symptoms among Taiwanese women. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 621–628.
- Marván, M. L., Ramírez-Esparza, D., Cortés-Iniestra, S. og Chrisler, J. C. (2006). Development of a new scale to measure beliefs about and attitudes toward menstruation (BATM): Data from Mexico and the United States. *Health Care for Women International*, 27(5), 453–473.
- Marván, M. L. og Trujillo, P. (2009). Menstrual socialization, beliefs, and attitudes concerning menstruation in rural and urban Mexican women. *Health Care for Women International*, 31(1), 53–67.
- McKinley, N. M. og Hyde, J. S. (1996). The objectified body consciousness scale development and validation. *Psychology of Women Quarterly*, 20(2), 181–215.
- McKinley, N. M. (1998). Gender differences in undergraduates' body esteem: The mediating effect of objectified body consciousness and actual/ideal weight discrepancy. *Sex Roles*, 39(1–2), 113–123.
- McKinley, N. M. (1999). Women and objectified body consciousness: Mothers' and daughters' body experience in cultural, developmental, and familial context. *Developmental Psychology*, 35, 760–769.
- McPherson, M. E. og Korfine, L. (2004). Menstruation across time: Menarche, menstrual attitudes, experiences, and behaviors. *Womens Health Issues*, 14(6), 193–200.
- Moradi, B. og Huang, Y. P. (2008). Objectification theory and psychology of women: A decade of advances and future directions. *Psychology of Women Quarterly*, 32(4), 377–398.
- Papadaki, E. L. (2007). Sexual objectification: From Kant to contemporary feminism. *Contemporary Political Theory*, 6(3), 330–348.
- Rempell, J. K. og Baumgartner, B. (2003). The relationship between attitudes towards menstruation and sexual attitudes, desires, and behavior in women. *Archives of Sexual Behavior*, 32(2), 155–163.
- Roberts, T. A. (2004). Female trouble: The menstrual self-evaluation scale and women's self-objectification. *Psychology of Women Quarterly*, 28(1), 22–26.
- Schooler, D., Ward, L. M., Merriwether, A. og Caruthers, A. S. (2005). Cycles of shame: Menstrual shame, body shame, and sexual decision-making. *Journal of Sex Research*, 42(4), 324–334.
- snara.is (e.d.). Íslensk orðabók. Sótt 21. október 2014 á <http://snara.is/8/s8.aspx?action=search&sw=menning>.
- Stubbs, M. L. (2008). Cultural perceptions and practices around menarche and adolescent menstruation in the United States. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1135(1), 58–66.
- Szarewski, A., von Stenglin, A. og Rybowski, S. (2012). Women's attitudes towards monthly bleeding: Results of a global population-based survey. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 17(4), 270–283.
- Tiggemann, M. og Boundy, M. (2008). Effect of environment and appearance compliment on college women's self-objectification, mood, body shame, and cognitive performance. *Psychology of Women Quarterly*, 32, 399–405.
- Vísindavefurinn (e.d.). Hvað er menning? Sótt 21. október 2014 á <http://www.visindavefur.is/svar.php?id=3156>.
- Wister, J. A., Stubbs, M. L. og Shipman, C. (2013). Mentioning menstruation: A stereotype threat that diminishes cognition? *Sex Roles*, 68(1–2), 19–31.
- Wong, W. C., Li, M. K., Chan, W. Y. V., Choi, Y. Y., Fong, C. H. S., Lam, K. W. K., Yeung, T. Y. (2013). A cross-sectional study of the beliefs and attitudes towards menstruation of Chinese undergraduate males and females in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23–24), 3320–3327.



Verndar og nærir dýrmæta húð



 **GAMLA APÓTEKIÐ** / BARNIÐ

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



Fylgstu með okkur á Facebook / www.gamlaapotekid.is

Fást í öllum helstu apótekum um land allt

VELJUM ÍSLENSKT

Notkun viðbótarmeðferða á meðgöngu meðal íslenskra kvenna



Margrét Unnur Sigtryggsdóttir, MsC
Nuddari hjá 9 mánuðum
og ljósmóðir á fæðingardeild HSu.



Helga Gottfreðsdóttir, PhD
Dósent og námsbrautarstjóri í
ljósmóðurfræði við Hjúkrunarfræðideild
Háskóla Íslands.



Þóra Jenný Gunnarsdóttir, PhD
Dósent í hjúkrunarfræði við
Hjúkrunarfræðideild
Háskóla Íslands.

ÚTDRÁTTUR

Vísbendingar eru um aukna notkun viðbótarmeðferða hjá barnshafandi konum, svo sem nálastungumeðferðir, nudd og jóga. Tilgangur þessarar rannsóknar var að skoða hvers vegna og hvaða viðbótarmeðferðir íslenskar konur nota á meðgöngu og hvar konur fá hvatningu og ráðleggingar varðandi slíkar meðferðir.

Settur var saman spurningalisti út frá fræðilegri samantekt og hann forprófaður og síðan lagður fyrir tilviljunarúrtak 50 nýbakaðra mæðra en 45 þeirra svöruðu listanum. Meðalaldur kvennanna var um 30 ár, og 18 (40%) voru frumbyrjur og 27 (60%) fjölbyrjur.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að flestar konurnar eiga við fleiri en einn líkamlegan eða andlegan kvilla að stríða á meðgöngunni, en þeir algengustu eru ógleði, brjóstsviði, mæði, bak- og grindarverkir. Vítamín, nudd og meðgöngusund voru þær viðbótarmeðferðir sem flestar konurnar höfðu notað á meðgöngu. Af hópnum höfðu 20 konur (45%) verið hvattar til að nota viðbótarmeðferðir á meðgöngu. Algengast var að ljósmæður hvettu konur til að nota viðbótarmeðferðir og einnig veittu þær oftast fræðslu um meðferðirnar. Samkvæmt erlendum rannsóknum sækir meirihluti barnshafandi kvenna í viðbótarmeðferðir til að fyrirbyggja eða milda meðgöngutengda kvilla. Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa vísbendingar um að svo sé einnig hérlandis en skoða þarf frekar hver tíðnin er á landsvísi.

Barnshafandi konur bera traust til ljósmæðra um ráðleggingar varðandi notkun viðbótarmeðferða á meðgöngu. Þekking ljósmæðra þarf að þróast í takt við breyttar áherslur.

Lykilorð: Viðbótarmeðferðir, meðganga, þekking, notkun, hvatning.

ABSTRACT

In the last decades there has been a considerable increase in the use of commentary and alternative therapies (CAM) such as

acupuncture, massage and yoga among childbearing women. The purpose of this study was to explore the use of CAM among Icelandic women during pregnancy. The aim was to gain an understanding of which CAM Icelandic women use during pregnancy and why, where they get their motivation and who gives them information about the use of CAM.

Questionnaire was designed based on systematic review, pretested with focus groups and tested on 50 newly mothers, randomly chosen, 45 women (90%) answered the list. Average age was 30 years, 18 (40%) primiparas and 27 (60%) multiparas.

Findings showed that most of the women had one or more physical or mental problem during pregnancy, the most common were nausea, heartburn, shortness of breath, back- and pelvic pain. Vitamin, massage and pregnancy swimming classes were the most commonly used CAM during pregnancy. Twenty women (45%) had been motivated to use CAM during pregnancy. Midwives were the motivational person in most of the cases and also the one that provided the information about use of CAM to pregnant women. Compared to foreign researches pregnant women tend to use CAM to prevent or minimize pregnancy-related symptoms. The findings of this research indicate that it is also like that in Iceland but a bigger sample from all of Iceland would give us better information.

Women trust their midwife about CAM use during pregnancy and therefore it is important that the knowledge of midwives needs is in line with that information.

Keywords: Complementary and alternative therapies, pregnancy, knowledge, usage, motivation.

INNGANGUR

Meðganga felur í sér ýmsar breytingar á líkamsstarfsemi og almennri líðan konunnar. Einkennin tengjast flest blóðrásar-, stoð-

og meltingarkerfum. Misjafnt er milli kynslóða og menningarheima hvernig konur takast á við meðgöngukvilla en í flestum vestrænum ríkjum eru þeir taldir óvinsælir, valda vanlíðan og auka streitu (Grigg, 2006). Barnshafandi konur kjósa að nota viðbótarmeðferðir til að draga úr þessum aukaverkunum vegna góðrar reynslu af þeim fyrir þungun en einnig vegna ábendinga frá ljósmæðrum (Kalder, Knoblauch, Hrgovic og Münsterdt, 2011). Verðandi mæður virðast upplifa aukna stjórn á eigin heilsu og ófæddis barns síns þegar viðbótarmeðferðum er beitt en tilfinning fyrir stjórn getur stuðlað að aukinni ánægju (Green og Baston, 2003).

Viðbótarmeðferðir eru fjölpættur hópur úrræða sem ekki tilheyrja hinum hefðbundnu lækningum (Hall, McKenna og Griffiths, 2012a). Meðferðirnar eru jafnólíkar og þær eru margar og hefðir og menning stjórna því að einhverju leyti hvaða meðferðir eru notaðar og hve mikil notkunin er í hverju landi (Hall, Griffiths og McKenna, 2011). Náttúrulyf og bætiefni teljast til viðbótarmeðferða og svo virðist sem barnshafandi konur ráðfæri sig ekki við heilbrigðisstarfsfólk varðandi notkun slíkra meðferða þar sem þær álíta þessi efni náttúruleg og skaðlaus (Adams, Sibbritt og Lui, 2011). Niðurstöður íslenskrar rannsóknar frá 2006 sýna fram á aukningu í notkun viðbótarmeðferða hér á landi. Þar er bent á mikilvægi þess að heilbrigðisstarfsmenn séu í stakk búnir til að mæta þessari þróun en innan heilbrigðisstofnana á Íslandi skortir leiðbeiningar varðandi notkun viðbótarmeðferða (Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenny Gunnarsdóttir, 2010).

Niðurstöður lokaverkefnis í ljósmóðurfræði þar sem þekking og viðhorf ljósmæðra til verkjameðferðar í eðlilegri fæðingu voru skoðuð benda til þess að ljósmæður telji að fræðslu til barnshafandi kvenna um notkun viðbótarmeðferða sé ábótavant (Signý Dóra Harðardóttir og Elísabet Ósk Vigfúsdóttir, 2012). Því má álykta að aukin þörf sé á samræmdri kennslu og þjálfun í viðbótarmeðferðum fyrir þá sem koma að þjónustu við barnshafandi konur. Ákjósanlegt er að fræðslan byggist á gagnreyndri þekkingu þar sem sýnt hefur verið fram á árangur og skaðleysi (Adams, Lui, Sibbritt, Broom, Wardle og Homer, 2009). Rannsóknir benda til þess að áhugi ljósmæðra á notkun viðbótarmeðferða sé mikill en mismunandi skoðanir eru á hvort notkun þeirra eigi heima í ljósmæðraþjónustu vegna vöntunar á klínískum rannsóknnum á áhrifum og skaðleysi meðferðanna (Hall o.fl., 2012a). Sú vöntun hefur verið akkilesarhæll þegar kemur að áreiðanleika þeirra og þar með innleiðingu í heilbrigðisþjónustu (Ritenbaugh o.fl., 2011). Hér á landi hefur notkun viðbótarmeðferða á meðgöngu og í fæðingu meðal kvenna lítið verið skoðuð og ekki eru til upplýsingar um hvaðan konur fá hvatningu um notkun og ráðleggingar varðandi slíkar meðferðir.

Bakgrunnur

Almennt nota konur frekar viðbótarmeðferðir en karlmenn (Murphy, 1998; Adams, Sibbritt, Easthope og Young, 2003) og því kemur ekki á óvart að á bilinu 30–70% þungaðra kvenna noti slíkar meðferðir á meðgöngu samkvæmt niðurstöðum frá Ástralíu, Ísrael, Bretlandi og Noregi (Adams o.fl., 2011; Bishop, Northstone, Green og Thompson, 2011; Nordeng, Bayne, Havnen og Paulsen, 2011; Skouteris o.fl., 2008). Algengustu viðbótarmeðferðirnar sem notaðar eru á meðgöngu og í fæðingu eru nálastungur, nudd, svæðameðferð, ilmolíumeðferð, smáskammtalækningar, shiatsu-nudd, jóga, náttúrulyf og dáleiðsla. Talið er að meðferðartegundirnar skipti hundruðum en hefðir og menning stjórna því hvaða meðferðir eru notaðar (Hall o.fl., 2011; Tiran, 2011). Í Þýskalandi eru til dæmis nálastungur, ilmkjarnaoliur og smáskammtalækningar mest notuð meðferðirnar á meðgöngu og í fæðingu en í Ástralíu er algengast að barnshafandi konur fari í nudd og jóga (Münstedt, Schröter, Brüggmann, Tinneberg og von Georgi, 2009; Skouteris o.fl., 2008). Önnur áströlsk rannsókn sýndi að 73% þungaðra kvenna hafði nýtt sér viðbótarmeðferðir fyrir þungun og 40% þeirra héldu áfram notkun á meðgöngu en aðeins 6% notaði ávisuð lyf frá lækni. Sömu niðurstöður hafa komið fram í rannsóknnum á Vesturlöndum (Evans, 2009; Skouteris o.fl., 2008). Þetta gefur vísbendingu

um að barnshafandi konur í ýmsum löndum kjósi frekar að nota náttúrulegar lausnir til að takast á við einkenni sem valda vanlíðan.

Lítið hefur verið skrifað um notkun viðbótarmeðferða barnshafandi kvenna hér á landi en íslensk forrannsókn sýndi að nálastungumeðferð fyrir konur með grindarverki á meðgöngu hafði jákvæð áhrif á andlega og líkamlega líðan þátttakenda (Stefanía Guðmundsdóttir og Helga Sigurðardóttir, 2006). Það að eiga kost á notkun viðbótarmeðferða í meðgönguvernd og fæðingum er talið auka ánægju bæði þeirra sem veita og þiggja þjónustuna (Hall o.fl., 2012a) en góð og áreiðanleg upplýsingagjöf um viðbótarmeðferðir í samskiptum ljósmóður og hinnar barnshafandi konu er því nauðsynleg. Rannsóknir benda þó til að kunnáttu fæðingarlækna og ljósmæðra sé ábótavant í einhverjum tilfellum (Tiran, 2006) sem getur leitt til neikvæðra viðhafa og verið hindrun í garð innleiðingar nýrrar þekkingar (Maio og Haddock, 2010; Hessing, Arcand og Frost, 2004).

Hér á landi hefur lítið verið birt um notkun viðbótarmeðferða meðal kvenna á meðgöngu en tilgangur þessarar rannsóknar var að skoða hvers vegna og hvaða viðbótarmeðferðir íslenskar konur nota á meðgöngu og hvar konur fá hvatningu og ráðleggingar varðandi slíkar meðferðir. Könnunin sem hér er lýst byggist á eftirfarandi rannsóknarspurningum:

1. Hvaða viðbótarmeðferð nota íslenskar konur á meðgöngu?
2. Hvaðan fá þær ráðleggingar, hvatningu og upplýsingar varðandi notkun viðbótarmeðferða?

AÐFERÐAFRÆÐI

Við undirbúning rannsóknarinnar var þróaður og forþróaður spurningalisti til þess að hægt væri að meta notkun viðbótarmeðferða á meðgöngu meðal íslenskra kvenna. Upplýsingar um tíðni notkunar slíkra meðferða á meðgöngu hafa ekki birst hér á landi og því var ákveðið að notast við lýsandi rannsóknarsnið (e. descriptive). Sú nálgun er notuð þegar á að lýsa aðstæðum eins og þær koma fyrir hverju sinni ásamt því að lýsa einkennum einstaklinga eða hópa þar sem gögnum er safnað samtímis (Polit og Beck, 2012). Spurningalistakannanir eru ein tegund lýsandi aðferðafræði og hannaðar til að fá niðurstöður er varða tíðni, dreifingu og tengsl ákveðinna fyrirbæra hjá þýði (Polit og Beck, 2012). Spurningalistinn sem var notaður í þessari rannsókn byggist á fræðilegum grunni og áströlskum spurningalista (Skouteris o.fl., 2008). Þar sem hönnun spurningalistans var langt komin þegar ástralski spurningalistinn barst var eingöngu notast við eina spurningu úr þeim lista. Sú spurning varðar notkun viðbótarmeðferða við undirbúning fæðingar en miðað var við leiðbeiningar Brynju Örlýgsdóttur og Erlu Kolbrúnar Svavarsdóttur (2005) um þýðingu spurningarinnar. Þýðingu og staðfærslu verður að vinna með þeim hætti að upplýsingar sem fást með staðfærðri þýðingu hafi sambærilega eiginleika og frumútgáfa. Í þessu tilvikinu voru tveir einstaklingar, tvítýngdir, fengnir til að gefa álit sitt á þýðingu spurningarinnar og hún aðlöguð í samræmi við ábendingar þeirra.

Við þróun spurningalistans var leitað til 13 barnshafandi kvenna sem mynduðu tvo rýnihópa. Konurnar komu frá tveimur heilsugæslustöðvum og var meðgöngulengd þeirra 32–39 vikur (Margrét U. Sigtryggsdóttir, 2013). Við hönnun spurningalista er talið kostur að notast við rýnihópa til þess að dýpka skilning rannsakanda á viðfangsefninu (Silverman, 2006). Spurningalistinn var í þremur hlutum. Fyrst var aflað upplýsinga um bakgrunn þátttakenda, síðan var spurt um meðgöngukvilla og að lokum var spurt um notkun viðbótarmeðferða og hvaðan konur fengu upplýsingar um slíkar meðferðir.

Við gerð listans var stuðst við leiðbeiningar Dillman (2000) og Rea og Parker (2012). Samkvæmt þeim er það ferli í þremur skrefum, í þessari rannsókn voru það fyrst tvö rýnihópsviðtöl, síðan yfirferð rannsakenda og að lokum var 50 mæðrum boðið að svara listanum. Þróun spurningalistans er nánar lýst í óbirtri meistararitgerð (Margrét Unnur Sigtryggsdóttir, 2013) en niðurstöður úr spurningalistunum eru til umfjöllunar í þessari grein.

Framkvæmd og úrvinnsla

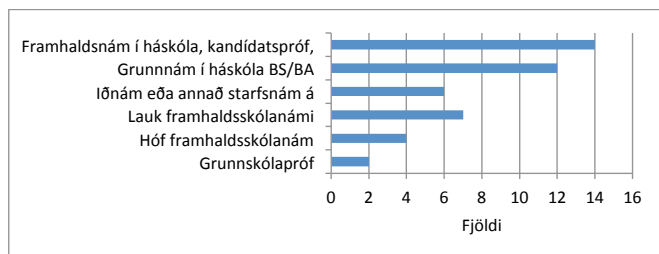
Við gerð rannsóknaráætlunar var miðað við að stærð úrtaks yrði að minnsta kosti 30 konur ($n=30$). Samkvæmt heimildum um úrtaksstærð við forpröfun er talað um 20–40 þátttakendur (Rea og Parker, 2012). Söfnun gagna fór fram 21. mars til 15. apríl 2013. Tekið var tilviljunarúrtak kvenna sem voru á tveim deildum kvenna- og barnasviðs Landspítala (LSH) þessa daga. Við val á þátttakendum voru ljósmæður á þessum tveimur deildum beðnar um að bjóða nýbökudum mæðrum að taka þátt með því að fylla út spurningalistann. Að vera læs á íslenska tungu var skilyrði fyrir þátttöku auk þess að hafa á síðastliðnum dögum fætt barn. Ljósmæðurnar fengu kynningarbréf áður en rannsóknin hófst en einnig reyndi rannsakandi að koma reglulega á deildirnar til að minna á sig og svara spurningum varðandi rannsóknina. Konurnar fylltu flestar út listana fyrir útskrift en þær sem fóru í heimaþjónustu létu sína heimaþjónustuljósmóður fá útfyllta lista fyrir síðustu heimsókn. Leiðbeiningar voru sendar til heimaþjónustuljósmæðra í gegnum fjölpóst Ljósmæðrafélagsins. Í umslaginu með spurningalistanum var kynningarbréf sem kynnti tilgang og eðli rannsóknarinnar. Einnig var þess getið að lítið væri á útfylltan lista sem upplýst samþykki fyrir þátttöku í rannsókninni. Kynningarbréf og ósk um leyfi fyrir rýnihópum var sent yfirlækni og yfirhjúkrunarfræðingi tveggja heilsugæslustöðva áður en mögulegum þátttakendum var boðið að taka þátt og sótt var um viðeigandi leyfi fyrir spurningalistakönnuninni (Vísindanefnd Landspítala, leyfi númer 11/2013).

Notast var við lýsandi tölfræði og ályktunartölfræði við greiningu gagna í SPSS (Statistical Package for Social Sciences) forritinu, útgáfu 20.0. Tengsl milli breyta voru skoðuð í krosstöflum, ki-kvarðat próf var notað til að meta marktækni og stuðlarnir χ^2 (2x2 krosstöflur) og Cramér's V (stærri en 2x2 krosstöflur) notaðir til að meta fylgni. Samkvæmt fylgnistuðlunum telst samband veikt ef það er < 0.10 , miðlungs ef það er $0.11-0.30$ og sterkt ef það er > 0.3 . Einnig var notast við línulega aðhvarfsgreiningu (e. linear regression analysis) til að lýsa og meta tengsl milli sjálfstæðra breyta. Þær frumbreytur sem ekki voru á jafnbilakvarða voru endurkóðaðar sem tvígildar (e. dummy) breytur. Marktektarmörk voru sett við $p < 0.05$.

NIÐURSTÖÐUR

Bakgrunnur þátttakenda

Af þeim 50 konum sem fengu spurningalista svöruðu 45. Fyrstu fimm spurningar á spurningalistanum sneru að bakgrunni þátttakenda. Þar var meðal annars spurt um aldur, póstnúmer, menntun, hjúskaparstöðu og fjölda fæðinga. Meðalaldur þeirra 44 kvenna sem svöruðu spurningunni um aldur var 29,98 ár (18–44 ára), staðalfrávikíð 6,125 ár og spönnin 26 ár. Meirihluti kvennanna (78%) var í skráðri sambúð eða giftar, 20% í sambandi og 1 kona einhleyp. Allar konurnar svöruðu spurningum um menntun og kom meðal annars fram að 26 konur (57,8%) höfðu lokið grunnnámi á háskólastigi eða framhaldsnámi í háskóla, sjá mynd 1.



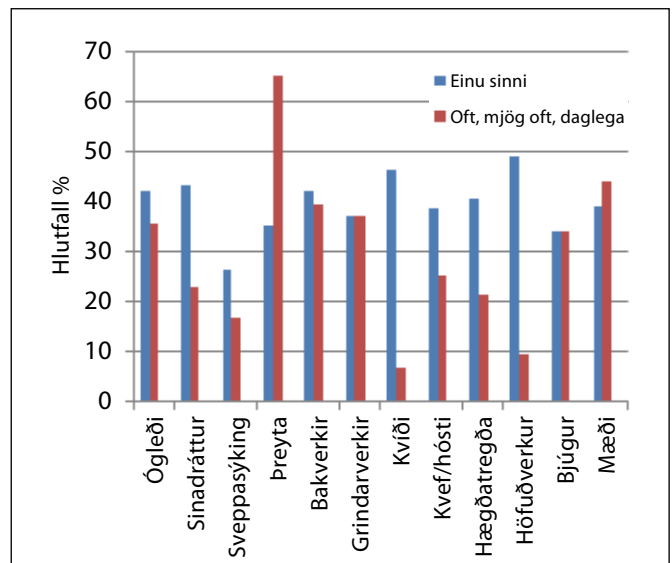
Mynd 1: Menntunartig þátttakenda

Af hópnum voru 40% frumbyrjur á móti 60% fjölbyrjum, en af fjölbyrjunum voru 37,8% að fæða sitt annað barn og 17,8% sitt þriðja barn. Meðalbarnafjöldi á hverja konu var 1,87 barn. Tvær spurningar sneru að fæðingarstað og fæðingarmáta en um 30% þátttakenda fæddu í Hreiðrinu og 70% á fæðingargangi. Af þeim sem

svöruðu spurningu um fæðingarmáta þá fæddu 75% kvennanna um leggöng en af þeim merktu 11% við áhaldafæðingu, hjá 13,3% var gerður keisaraskurður.

Rannsóknarspurningar 1 og 2 – Hvaða viðbótarmeðferðir nota íslenskar konur á meðgöngu og í hvaða tilgangi eru þessar meðferðir notaðar?

Til að fá heilsteypari mynd af þeim viðbótarmeðferðum sem konur nota á meðgöngu var jafnframt spurt um 20 meðgöngukvilla og voru valmöguleikarnir aldrei, stundum, oft, mjög oft og daglega. Á mynd 2 kemur fram að stór hluti kvenna (40%) finnur fyrir hægðatregðu, höfuðverk (49%) og kvíða (46,5%) einu sinni á meðgöngu. Ógleði, þreyta, mæði, sínadráttur, brjóstsvíði, bak- og grindarverkir voru algengastir í oft, mjög oft og daglega valmöguleikunum eins og myndin sýnir. Einnig var valmöguleiki að setja kvilla sem ekki voru á listanum í síðustu spurninguna, þar var nokkrum meðgöngukvillum bætt við, til dæmis kláða og fótapirringi.



Mynd 2: Tíðni og eðli meðgöngukvilla

Áherslan var síðan á notkun viðbótarmeðferða og var spurt um notkunina áður en konan varð barnshafandi, notkun á meðgöngu og mögulega notkun á næstu meðgöngu. Listinn samanstóð af 14 meðferðum fyrir meðgöngu og 15 á meðgöngu. Svarmöguleikarnir voru aldrei, einu sinni, oft, mjög oft og daglega.

Varðandi algengustu viðbótarmeðferðir áður en konan varð barnshafandi þá var inntaka vítamíns í fyrsta sæti sem konur höfðu notað oft eða mjög oft (45%) og 42% merktu við notkun daglega en 11% sögðust aldrei hafa tekið inn vítamín fyrir meðgöngu. Nudd var næst algengasta meðferðin sem konur höfðu notað fyrir meðgöngu, 26% höfðu farið einu sinni í nudd og 19% hafði farið oft í nudd áður en þær urðu barnshafandi. Um 21% hafði farið oft í jóga, 14% hafði notað ilmkjarnaoliur oft, mjög oft eða daglega og 14% hafði farið einu sinni í nálastungumeðferð áður en þær urðu barnshafandi. Á meðgöngu voru það aftur vítamínin sem voru algengasta viðbótarmeðferðin en um 62% kvennanna notaði þau daglega en 4,6% hafði aldrei eða einu sinni tekið inn vítamín. Rúmlega 30% kvennanna hafði farið í nudd einu sinni, 14% oft og 9% mjög oft og varðandi meðferðir eins og jóga og meðgöngusund merktu um 20% þátttakenda við valmöguleikann oft.

Með aðhvarfsgreiningu kom í ljós marktækt samband milli aldurs og notkunar viðbótarmeðferða á meðgöngu ($p = 0.16$). Sambandið er veikt þar sem breytan aldur skýrir 12,5% í breytileika (e. adjusted R square) notkunar viðbótarmeðferða á meðgöngu. Þegar tengsl ákveðinna breyta voru tekin fyrir var ekki fylgni á milli neinna af meðgöngukvillum og notkunar á viðbótarmeðferðum á meðgöngu, til dæmis tengsl bak- og grindarverkja við notkun

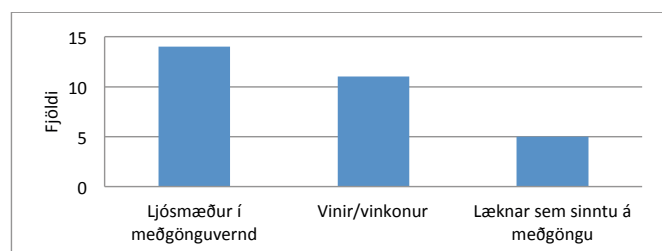
nudds, jóga, nálastungumeðferða eða meðgöngusunds sýndu að ekki var um marktækt samband að ræða milli tíðni kvilla og notkunar á meðgöngu. Þannig virðast konur með stoðkerfisvandamál, bak- og grindarverki, ekki frekar leita eftir viðbótarmeðferðum sem sérstaklega miða að því að meðhöndla þá kvilla.

Konurnar voru spurðar hvort þær myndu nota einhverjar af þeim meðferðum sem þær höfðu notað á þessari meðgöngu á næstu meðgöngu. Meðferðarlistinn samanstóð af 15 meðferðum og var svarmöguleikinn já eða nei. Í lokin var opin spurning fyrir annað en listinn samanstóð af. Niðurstöður sýndu að 37 konur (82%) gátu hugsað sér að nota vítamín á næstu meðgöngu, sama gildi fyrir 25 konur (56%) varðandi nudd, 13 konur (29%) varðandi jóga og 20 konur (44%) varðandi meðgöngusund.

Spurt var um notkun viðbótarmeðferða á síðustu dögum eða vikum fyrir fæðingu sem myndu stuðla að betri fæðingu. Þær sem höfðu notað einhverjar meðferðir til undirbúnings fyrir fæðingu voru 17 (37,8%). Algengustu meðferðirnar voru nálastungur og nudd.

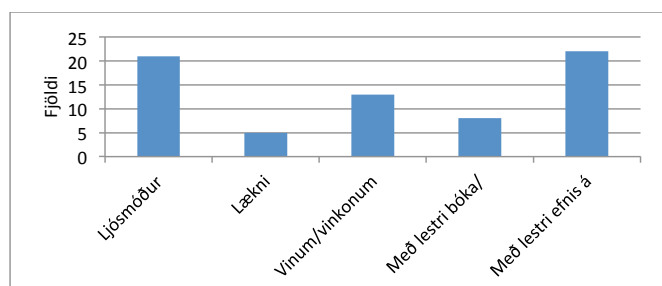
Rannsóknarspurning 3 – Hvaðan fá konur ráðleggingar, hvatningu og upplýsingar varðandi notkun viðbótarmeðferða?

Niðurstöður sýndu að af þeim 44 konum sem svöruðu spurningunni höfðu 20 (45,5%) verið hvattar til að nota einhverjar viðbótarmeðferðir á meðgöngu. Hægt var að merkja við fleiri en einn möguleika. Þeir sem hvöttu til notkunar voru oftast ljósmæður (45,2%), en einnig vinir eða vinkonur (sjá mynd 3). Þrjár konur merktu við liðinn annað og þar var um að ræða hvatningu frá fjölskyldu eða af námskeiðum, til dæmis fæðingarfræðslunámskeiði.



Mynd 3: Hvatning um notkun viðbótarmeðferða á meðgöngu

Síðasta spurningin sneri að því hvert konurnar hefðu leitað varðandi upplýsingagjöf um notkun viðbótarmeðferða á meðgöngu og í fæðingu. Möguleikarnir voru fimm ásamt opnum svarmöguleika í lokin. Þrjátíu og sex konur svöruðu þessari spurningu og 21 kona (58%) sagði að upplýsingar hefðu verið fengnar frá ljósmóður en 22 konur (61%) fengu upplýsingar með lestri bóka/timarita (sjá mynd 4). Þrjár konur sem merktu við valmöguleikann annað tiltóku upplýsingar frá ættingjum, fæðingarfræðslunámskeiði eða upplýsingar fengnar á jóganámskeiði.



Mynd 4: Hvaðan upplýsingar um notkun viðbótarmeðferða voru fengnar

UMRÆÐUR

Í þessari rannsókn voru spurningalistarnir þróaðir frá grunni og því ferli fylgt eins og því er lýst af Dillman (2000) og Rea og Parker (2012). Gagnlegar ábendingar komu fram í þeirri vinnu sem felast ekki síst í því að hægt væri nú að leggja könnunina fyrir stærra úrtak.

Jafnframt benda niðurstöður okkar til að notkun kvenna á viðbótarmeðferðum sé umtalsverð. Þó gefa niðurstöður til kynna að ljósmæður hér á landi hvetji konur síður til að nota viðbótarmeðferðir en sumstaðar erlendis. Ef miðað er við tölur frá Hagstofu Íslands virðist úrtakið vera lýsandi fyrir þýðið, meðalaldur kvenna í rannsókninni var 29,98 ár en á því ári var meðalaldur allra kvenna sem fæddu hér á landi 29,9 ár. Meðalbarnafjöldi hjá þátttakendum var 1,87 barn en 2,037 hjá þeim konum sem fæddu hér á landi árið 2012 (Hagstofa Íslands, 2013). Af hópnum höfðu 57,8% lokið grunn- eða framhaldsnámi í háskóla, á móti 39,5% þýðisins (Hagstofa Íslands, 2012). Mögulega er þetta háa menntunarstig bundið við búsetu á höfuðborgarsvæðinu, aðeins 5 konur sem svöruðu listunum þjuggu utan þess. Þar sem búseta hópsins var nokkuð einsleit og úrtakið lítið var samband milli búsetu og annarra breyta ekki skoðað nánar. Því er erfitt að áætla hvort hægt sé að yfirfæra niðurstöður á allt þýðið. Varðandi þætti er lúta að fæðingarmáta og fæðingarstað þá voru niðurstöður bornar saman við fæðingaskrá frá árinu 2011 (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson, 2012). Samkvæmt fæðingaskrá var tíðni keisaraskurða 16,6% á LSH árið 2011. Niðurstöður könnunarinnar sýndu að sex konur (13,3%) fóru í keisaraskurð, þar af fjórar konur (9,1%) sem fóru í fyrirfram ákveðinn keisaraskurð og tvær (4,5%) fóru í bráðakeisaraskurð. Eðlilegar fæðingar voru 74,6% á LSH árið 2011 í samanburði við 75% í þessari litlu könnun. Fæðingarstaður var hjá 32 konum (71,1%) fæðingargangur, en 13 konur (28,9%) fæddu á Hreiðrinu sem er aðeins hærri tala en sú sem gefin er upp í fæðingaskrá frá árinu 2011 þegar 22,8% allra fæðinga voru á Hreiðrinu. Frumbyrjur voru 40% úrtaksins sem samræmist tölum fyrir allar fæðingar á Íslandi árið 2011 en þá voru 39,7% kvenna frumbyrjur (Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl., 2012). Þannig má segja að úrtakið sé sambærilegt við þýðið í þessari rannsókn sem þó tekur aðeins til þeirra 45 kvenna sem svöruðu könnuninni.

Visbendingar eru um að meðgöngukvillar séu algengir, um 35–43% kvennanna stríddi við ógleði, bjúg, bak- og grindarverki oft, mjög oft eða daglega og 65% tjáðu að þreyta væri eitthvað sem angraði þær oft, mjög oft eða daglega. Það samræmist erlendum rannsóknum þar sem konur telja lífsgæði minnkuð á meðgöngu vegna meðgöngukvilla sem hefur hindrandi áhrif á þeirra daglega líf (Costa o.fl., 2010; Wang o.fl., 2005). Niðurstöður okkar benda jafnframt til að hluti þessara kvenna leiti í óhefðbundnar meðferðir þó ekki hafi verið hægt að sýna fram á fylgni milli meðgöngukvilla og notkunar á viðbótarmeðferðum á meðgöngu í rannsókninni. Mögulega kæmi slík fylgni þó í ljós í stærra úrtaki. Erlendar rannsóknir sýna fram á aukna notkun viðbótarmeðferða samfara hærri aldri, meiri menntun og því að hafa meðgöngukvilla (Adams o.fl., 2003; Bishop o.fl., 2011). Í þessu úrtaki var hvorki hægt að sýna fram á marktækt tengsl milli menntunar og meðgöngukvilla né menntunar og notkunar viðbótarmeðferða. Aftur á móti var marktækt veikt samband á milli hærri aldurs og notkunar viðbótarmeðferða á meðgöngu ($p = 0.016$). Niðurstöðurnar sýna að notkun vítamíns á meðgöngu er algengasta viðbótarmeðferðin sem konurnar í þessu litla úrtaki notuðu og samræmist það klínískum leiðbeiningum (Embætti Landlæknis, 2010). Fyrir meðgöngu höfðu 40 konur (88%) tekið inn einhver vítamín, á meðgöngu tóku 15 konur inn vítamín oft eða mjög oft og 27 konur daglega. Flestar konurnar (82,2%) sögðust myndu nota vítamín á næstu meðgöngu. Í samanburði við ástralska rannsókn frá 2008 (Skouteris o.fl.) er þessi notkun vítamína mjög mikil en í þeirri rannsókn notuðu 99 barnshafandi konur (30,8%) vítamín. Nudd er jafnframt algeng viðbótarmeðferð samkvæmt okkar niðurstöðum en 11 konur höfðu notað nudd einu sinni (25,6%) og 8 konur höfðu notað nudd oft (18,6%) fyrir meðgöngu. Það samræmist íslenskri landskönnun frá árinu 2006 en samkvæmt henni höfðu 19% leitað til nuddara eða sjúkranuddara og var það sú viðbótarmeðferð sem mest var notuð (Björg Helgadóttir o.fl., 2010). Á meðgöngu höfðu 19 konur notað nudd einu sinni (30,2%), oft (14%) eða mjög oft (9,3%). Þessi notkun samræmist niðurstöðum Skoutouris og félaga (2008) þar sem nudd

var ein algengasta viðbótarmeðferðin, 159 konur í þeirra rannsókn (49,5%) fóru í nudd á meðgöngunni. Niðurstöður okkar voru einnig nokkuð samhljóða þeirra niðurstöðum varðandi notkun ilmkjarnaolíu og jóga á meðgöngu.

Ljósmeður eru helstu hvatningaraðilar um notkun viðbótarmeðferða á meðgöngu og konur fá helst upplýsingar um notkun meðferðanna frá þeim. Niðurstöðurnar sýndu að tæplega helmingur kvennanna, 20 (45,5%), hafði fengið hvatningu til að nota viðbótarmeðferðir á meðgöngu og fengu 14 konur (45,2%) hvatningu frá ljósmeðrum, 5 konur (16,1%) fengu hvatningu frá læknum og 11 konur (36,7%) frá vinum. Rannsóknir sýna að ljósmeðrum finnst viðbótarmeðferðir gagnast barnshafandi konum og ljósmeðrunum finnst jafnframt að með því að ráðleggja um og beita viðbótarmeðferðum öðlist þær aukinn fjölbreytileika og dýpt í starfi sínu (Gaffney og Smith, 2004; Williams og Mitchell, 2007). Á sama tíma finnst konunni að verið sé að veita henni einstaklingsmiðaða þjónustu sem eykur ánægju hennar með þjónustuna (Anna Sigríður Vernharðsdóttir o.fl., 2009). Séu niðurstöður þessarar rannsóknar bornar saman við erlendar rannsóknir þá kemur í ljós að um 65–100% ljósmeðra víða um heim nota óhefðbundnar meðferðir í starfi sínu (Bayles, 2007; Hall, Griffiths og McKenna 2012b; Kalder o.fl., 2011; Mitchell, Hobbs og Pollard, 2006). Þá hvetja 78–96% ljósmeðra í Ástralíu barnshafandi konur að leita til aðila sem stunda viðbótarmeðferðir (Gaffney og Smith, 2004) sem er herra hlutfall en þessi forpröfun gefur vísbendingar um. Til þess að álykta hvers vegna íslenskar ljósmeður virðast hlutfallslega sjaldnar nota og ráðleggja um notkun viðbótarmeðferða en erlendir kollegar þyrfti stærra úrtak og mögulega rannsókn á þeim þáttum sem eru hindrandi og hvetjandi varðandi ráðleggingar og notkun viðbótarmeðferða hér á landi. Einnig þyrfti að skoða meðal ljósmeðra hve stórt hlutfall þeirra notar viðbótarmeðferðir í meðgönguvernd. Þó má benda á að í leiðbeiningum um meðgönguvernd fyrir heilbrigðar konur er það tekið fram að fáar óhefðbundnar meðferðir séu taldar öruggar og áhrifaríkar og hefur það mögulega áhrif á upplýsingagjöf ljósmeðra og notkun þessara meðferða (Embætti Landlæknis, 2010). Rannsóknir sýna að almennt virðast viðhorf ljósmeðra og hjúkrunarfræðinga gagnvart viðbótarmeðferðum jákvæðari en lækna (Gaffney og Smith, 2004; Münstedt o.fl., 2009; Samuels o.fl., 2010). Þátttaka lækna er lítil í meðgönguvernd hjá heilbrigðum konum hér á landi og því erfitt að draga ályktanir út frá okkar aðstæðum og bera saman við erlendar rannsóknir sem framkvæmdar eru á stöðum þar sem lækna gegna stærra hlutverki í meðgönguvernd.

Veikleiki rannsóknarinnar er smæð úrtaksins og að allar konurnar fæddu á sama staðnum. Bakgrunnsupplýsingar úrtaksins samræmast tölum um þýðið. Það styrkir gildi rannsóknarinnar að niðurstöður samræmast að miklu leyti erlendum rannsóknum.

LOKAORÐ

Út frá þessum niðurstöðum er hægt að álykta að fræðsla um viðbótarmeðferðir og hvatning um að nota öruggar meðferðir frá ljósmeðrum og öðrum heilbrigðisstarfsmönnum sem veita þjónustu í meðgönguvernd geti stuðlað að árangursríkari notkun meðferðanna. Að konum líði vel á meðgöngu er kappsmál þeirra sem vinna með barnshafandi konum. Að sama skapi er mikilvægt að ráðleggja konum hvað þær eiga að forðast varðandi viðbótarmeðferðir þar sem ekki hefur verið sýnt fram á skaðleysi með rannsóknum og einnig að þær sjálfar séu gagnrýnar á hvað þær nota og gera á meðgöngunni. Fræðsla á meðgöngu, byggð á áreiðanlegum upplýsingum sem kemur til móts við einstaklingsbundnar þarfir barnshafandi kvenna er besti grunnurinn að traustu sambandi ljósmóður og skjólstaðings hennar. Fjölbreytni í þjónustu eykur einnig ánægju hjá bæði ljósmóður og barnshafandi konum en skoða þarf betur notkun viðbótarmeðferða hjá konum á meðgöngu með stærra úrtaki og ætti að vera hægt að nýta þennan spurningalista til þess. Einnig mætti kanna hvort einhver tengsl eru á milli notkunar viðbótarmeðferða meðal barnshafandi kvenna og þekkingar ljósmeðranna sem sinna þeim á meðgöngu og/eða í fæðingu. Þar sem inntaka vítamína

virðist í samanburði við erlendar rannsóknir vera mikil í úrtakinu væri fróðlegt að rannsaka nánar notkun vítamína, bætiefna og jurtalyfja þar sem ekki er mikið vitað um áhrif ýmsa bætiefna á heilbrigði fösturs. Auk þess væri áhugavert að skoða skráningu á viðbótarmeðferðum í meðgönguvernd.

ÞAKKIR

Við þökkum þeim konum sem tóku þátt í rannsókninni fyrir að leggja okkur lið og þeim ljósmeðrum sem kynntu rannsóknina og söfnuðu gögnum.

HEIMILDASKRÁ

- Adams, J., Sibbritt, D. W., Easthope, G. og Young, A. F. (2003). The profile of women who consult alternative health practitioners in Australia. *Medical Journal of Australia*, 179(6), 297–301.
- Adams, J., Lui, C. W., Sibbritt, D., Broom, A., Wardle, J og Homer, C. (2009). Attitudes and referral practices of maternity care professionals with regard to complementary and alternative medicine: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 472–483.
- Adams, J., Sibbritt, D. og Lui, C.–W. (2011). The use of complementary and alternative medicine during pregnancy: A longitudinal study of Australian women. *Birth*, 38(3), 200–206.
- Anna Sigríður Vernharðsdóttir, Stefania Guðmundsdóttir, Helga Sigurðardóttir, Þóra Jenný Gunnarsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir. (2009). Nálastungumeðferð í ljósmóðurstarfi. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir (ritstj.), *Lausnarsteinar: Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist*. (bls. 123–143) Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag, Ljósmæðrafélag Íslands.
- Bishop, J. L., Northstone, K., Green, J. R. og Thompson, E. A. (2011). The use of complementary and alternative medicine in pregnancy: Data from the Avon longitudinal study of parents and children (ALSPAC). *Complementary Therapies in Medicine*, 19(6), 303–310.
- Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir. (2010). Notkun óhefðbundinnar heilbrigðisþjónustu á Íslandi. *Læknablaðið*, 95(4), 267–273.
- Brynja Örlýgsdóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir. (2005). Alþjóðlegar og þvermenningarlegar rannsóknir: Aðferðir við þýðingu á mælitækjum. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 3(81), 8–14.
- Comley, A. L. (2008). A comparative analysis of Orem's self-care model and Peplau's interpersonal theory. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 755–760.
- Costa, D., Dritsa, M., Verreault, N., Balaa, C., Kudzman, J. og Khalife, S. (2010). Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 13(3), 249–257.
- Dillman, D. A. (2000). *Mailand Internet surveys: The tailored design method* (2. útgáfa). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Embætti landlæknis. (2008). *Matur og meðganga*. Sótt 14. apríl 2013 af: http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item11446/version16/MaturMedganga3ja_utg_2008.pdf
- Embætti landlæknis. (2010). *Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu*. Klínískar leiðbeiningar. Sótt 29. mars 2013 af: <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2548/4407.pdf>
- Evans, M. (2009). Post date pregnancy and complementary therapies. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(4), 220–224.
- Gaffney, L. og Smith, C. A. (2004). Use of complementary therapies in pregnancy: The perceptions of obstetricians and midwives in South Australia. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 44(1), 24–29.
- Grigg, C. (2006). Working with women in pregnancy. Í S. Pairman, J. Pincombe, C. Thorogood og S. Tracy (ritstj.), *Midwifery: Preparation for practice* (bls. 341–374). Australia: Churchill Livingstone.
- Green, J. M. og Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: Concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30(4), 235–247.
- Hagstofa Íslands. (2012). *Mannfjöldi eftir menntunarárstöðu 2003–2011, hlutfallsleg skipting*. Sótt 17. apríl 2013 af: <http://hagstofa.is/?PageID=2604&src=/temp/Dialog/varval.asp?ma=SKO00010%26ti=Mannfj%F6ldi+efur+menntunarst%F6%F0u+2003%2D2011%2C+hlutfallsleg+skipting++++++%26path=../Database/skolamal/yfirlit/%26lang=3%26units=hlutfall>
- Hagstofa Íslands. (2013). *Fæddir og dánir*. Sótt 17. apríl 2013 af: <http://hagstofa.is/Hagtalur/Mannfjoldi/Faaddir-og-danir>
- Hall, H. G., Griffiths, D. L. og McKenna, L. G. (2011). The use of complementary and alternative medicine by pregnant women: A literature review. *Midwifery*, 27(6), 817–824.
- Hall, H. G., McKenna, L. G. og Griffiths, D. L. (2012a). Complementary and alternative medicine for induction of labour. *Women and Birth*, 25(3), 142–148.
- Hall, H. G., McKenna, L. G. og Griffiths, D. L. (2012b). Midwives' support for Complementary and Alternative Medicine: A literature review. *Women and Birth*, 25(1), 4–12.
- Kalder, M., Knoblauch, K., Hrgovic, I. og Münstedt, K. (2011). Use of complementary and alternative medicine during pregnancy and delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283(3), 475–482.
- Maio, G. R. og Haddock, G. (2010). *The Psychology of Attitudes and Attitude Change*. (2. útgáfa). London: Sage Publications.

- Margrét Unnur Sigtryggisdóttir. (2013). *Notkun viðbótarmeðferða á meðgöngu og í fæðingu meðal íslenskra kvenna*. Óbirt MS-ritgerð: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Mitchell, M., Williams, J., Hobbs, E. og Pollard, K. (2006). The use of complementary therapies in maternity services: A survey. *British Journal of Midwifery*, 14(10), 576–582.
- Murphy, P. A. (1998). Alternative therapies for nausea and vomiting of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 91(1), 78–81.
- Münstedt, K., Schröter, C., Brüggmann, D., Tinneberg, H. og von Georgi, R. (2009). Use of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany. *Forschende Komplementärmedizin / Research in Complementary Medicine*, 16(2), 111–116.
- Nies, M. A. og McEwen, M. (2007). *Community/Public Health Nursing. Promoting the Health of Population*, (4. útgáfa). Saunders, Elsevier.
- Nordeng, H. og Havnen, G. C. (2005). Impact of socio-demographic factors, knowledge and attitude on the use of herbal drugs in pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(1), 26–33.
- Nordeng, H., Bayne, K., Havnen, G. C. og Paulsen, B. S. (2011). Use of herbal drugs during pregnancy among 600 Norwegian women in relation to concurrent use of conventional drugs and pregnancy outcome. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(3), 147–151.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2012). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9. útgáfa). Wolters Kluwer og Lippincott Williams og Wilkins.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson. (2012). *Skýrsla frá fæðingarskráningunni fyrir árið 2011*. Reykjavík: Landspítali – háskólasjúkrahús.
- Rea, L. M. og Parker, R. A. (2012). *Designing and conducting survey research: A comprehensive guide*. Jossey-Bass.
- Ritenbaugh, C., Nichter, M., Nichter, M. A., Kelly, K. L., Sims, C. M., Bell, I. R., Coons, S. J. (2011). Developing a patient-centered outcome measure for complementary and alternative medicine therapies I: Defining content and format. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11(1), 135.
- Samuels, N., Zisk-Rony, R. Y., Singer, S. R., Dulitzky, M., Mankuta, D., Shoval, J. T. og Oberbaum, M. (2010). Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among nurse-midwives in Israel. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(4), 341.e341–341.e347.
- Signý Dóra Harðardóttir og Elisabet Ósk Vigfúsdóttir. (2006). *Viðhorf og þekking ljósmæðra til verkjameðferða í eðtilegri fæðingu*. Óbirt lokaritgerð í ljósmóðurfraði. Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Skouteris, H., Wertheim, E. H., Ralis, S., Paxton, S. J., Kelly, L. og Milgrom, J. (2008). Use of complementary and alternative medicines by a sample of Australian women during pregnancy. *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(4), 384–390.
- Stefanía Guðmundsdóttir og Helga Sigurðardóttir. (2006). Nálastungur við grindaverkjum á meðgöngu. *Ljósmæðrablaðið*, 84 (2), 8–14.
- Tiran, D. (2005). NICE guideline on antenatal care: Routine care for the healthy pregnant woman-recommendations on the use of complementary therapies do not promote clinical excellence. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11(2), 127–129.
- Tiran, D. (2006). Complementary therapies in pregnancy: Midwives' and obstetricians' appreciation of risk. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12(2), 126–131.
- Tiran, D. (2011). Complementary therapies in maternity care: Responsibilities of midwives. Í S. Macdonald og J. Magill-Cuerden (ritstj.), *Mayes Midwifery* (bls. 207–215). London: Baillière Tindall, Elsevier.
- Wang, S. M., Zinno, P. D., Fermo, L., William, K., Caldwell-Andrews, A. A., Bravemen, F. og Kain, Z. N. (2005). Complementary and alternative medicine for low-back pain in pregnancy: a cross-sectional survey. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 11(3), 459–464.
- Williams, J. og Mitchell, M. (2007). Midwifery managers' views about the use of complementary therapies in the maternity services. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13(2), 129–135.

ÁN OFNÆMIS- VALDANDI EFNA

Með því að nota mild þvottaefni eins og MILT, dregur þú úr líkum á því að þú eða einhverjir í þinni fjölskyldu fái ofnæmi eða exem.

40 ÞVOTTAR
Í 2 KG PAKKA

Þú þarft minna
af MILT því það
er sérþróað fyrir
íslenskt vatn.

MILT
HREIN TILVERA



FARÐU MILDUM HÖNDUM UM ÞIG, ÞVOTTINN OG UMHVERFIÐ

Er heimabyggð rétti staðurinn fyrir konur í eðlilegri fæðingu?

Afturvirk lýsandi rannsókn á útkomu eðlilegra fæðinga á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja



Steina Þórey Ragnarsdóttir,
ljósmóðir M.Sc. á Heilbrigðisstofnun
Suðurnesja



Ólöf Ásta Ólafsdóttir,
ljósmóðir PhD. Lektor við námsbraut í
ljósmóðurfraði við Hjúkrunarfræðideild
Háskóla Íslands

ÚTDRÁTTUR

Á Ljósmeðravakt Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja (HSS) fara fram eðlilegar fæðingar í umsjón ljósmæðra. Erlendar rannsóknir sýna að hægt er að reka slíka þjónustu á hagkvæman og öruggan hátt með minni líkum á inngripum í eðlilegt barneignarferli. Markmið þessarar meginlegu rannsóknar með lýsandi afturvirku rannsóknarsniði var að kanna útkomu fæðinga og undirbúning fyrir fæðingu. Úrtakið eru 145 konur sem fæddu á HSS frá 1. maí 2010 til 1. maí 2011 og af þeim fengu 66 konur undirbúning fyrir fæðinguna í formi jóga, nálastungna og fræðslu.

Helstu niðurstöður voru þær að útkoma spangar var góð. Ein kona hlaut 3^o rífu og engin 4^o rífu. Lítil notkun sterkra verkjalyfja er á deildinni. Flestar konur notuðu baðið sem verkjastillingu eða 67%, glaðloft var notað í 23% tilfella og pethidin og phenergan voru notuð í 12% tilfella. Inngrip í fæðingu voru lítil en belgjarof var gert í 23% tilvika. Notkun syntocinons til örvunar var í 11% tilvika. Í 4% tilvika þurfti að beita léttri sogklukku í fæðingu. Blæðing meiri en 500 ml var 5% hjá 8 konum. Meðal Apgar skor barna var 8,5 eftir 1 mínútu og 9,7 eftir 5 mínútur.

Þær konur sem fóru í meðgöngujóga þurftu síst sterk verkjalyf og notuðu vatnsbað til verkjastillingar (84%). Marktækur munur ($p = 0,003$) gefur til kynna að þær konur sem stunduðu meðgöngujóga, fengu undirbúningsnálar og fóru á foreldrafræðslunámskeið komu betur undirbúnar fyrir fæðinguna og notuðu frekar vatnsbað sem verkjastillingu. Þar sem úrtakið var lítið er frekari rannsókn þörf. Niðurstöðurnar um ljósmæðrarekna þjónustu á HSS hvetja til upplýsts vals kvenna í eðlilegri meðgöngu og fæðingu um að fæða í heimabyggð.

Lykilorð: Ljósmæðrarekin þjónusta, samfelld þjónusta, eðlileg fæðing, útkoma, meðgöngujóga, nálastungur.

INNGANGUR

Val á fæðingarstað, fjölbreytileiki og mismunandi þjónustustig til að koma til móts við þarfir barnshafandi kvenna og fjölskyldna þeirra er nauðsynlegur í barneignaðþjónustunni (Ljósmæðrafélag Íslands, 2000). Mikilvægt er að fæðingarstaðir verði ekki færri en þeir eru nú, en þeim hefur fækkað úr 15 niður í 8, auk heimaafæðinga, á árunum 2000 til 2013 (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir,

Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson, 2014; Reynir T. Geirsson, Gestur Pálsson, Ragnheiður I. Bjarnadóttir og Guðrún Garðarsdóttir, 2001).

Rannsóknin sem hér er kynnt för fram á fæðingardeild á landsbyggðinni á árinu 2010–2011, við Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS). Búið er að loka þeirri skurðstofuþjónustu sem í boði var á HSS og breyta fæðingarstaðnum úr því að vera skilgreindur sem C2 í það að vera D1 fæðingarstaður þar sem konur fæða í umsjá ljósmæðra sem hafa aðgang að þjónustu heilsugæslulækna (Landlæknisembættið, 2007). Lögð var áhersla á að viðhalda ljósmóðurþjónustu í eðlilegum fæðingum á HSS. Reynslan sýnir að konur vilja fæða í sinni heimabyggð. Á fæðingardeild HSS sem nú heitir Ljósmæðravaktin er lögð áhersla á rölegt umhverfi og sem minnsta truflun á eðlilegt ferli. Konur eru hvattar til þess að fæða á náttúrulegan hátt þar án verkjalyfja og er þeim markmiðum mætt með áherslu á undirbúningsnálar, einu sinni í viku fram að fæðingu. Einnig er í boði foreldrafræðslunámskeið.

Rannsóknir gefa til kynna að ljósmæðrarekin eining, yfirseta ljósmóður í fæðingu og samfelld umönnun minnki líkur á lyfjanotkun og inngripum (McLachlan, Forster, Davey, Farrell, Gold, Biro, Albers, Flood, og Waldenström, 2012; Freeman, Adair, Timperley og West, 2006). Betri útkoma spangar er á ljósmæðrareknum einingum (Overgaard o.fl., 2011; Bernitz, Rolland, Blix, Jacobsen, Sjøborg og Øian, 2011; Hodnett, Gates, Hofmeyr og Saksl, 2007). Barnsfæðing er eitt af stærstu þroskaverkefnum sem fjölskyldur takast á við. Ef konan fær þjónustu þar sem hún telur sig örugga og líður vel og treystir þeim sem annast hana eru auknar líkur á að fæðingarferlið sem stýrt er af hormónum hafi sinn gang. Margar konur vilja fæða á ljósmæðrareknum stað og fæða á náttúrulegan hátt án verkjalyfja vegna þess að almennt finnst þeim umhverfið vera notalegt (Eide, Nilsen og Rasmussen, 2009) öruggt, hlýtt og án truflunar (Odent, 2011). Erlendar og íslenskar rannsóknir benda til þess að hægt sé að reka örugga barneignaþjónustu við aðstæður eins og eru á Suðurnesjum (Berglind Hálfðánsdóttir, Alexander Kr. Smáráson, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Ingegerd Hildingsson og Herdís Sveinsdóttir, 2015; Sigrún Kristjánsdóttir, 2012; Overgaard o.fl., 2011; Hodnett o.fl., 2007).

Ljóst er að fæðingarþjónustu á sjúkrahúsum með fullum rekstri skurðstofa verður ekki haldið úti á mörgum stöðum á Íslandi en mikilvægt er þó að áfram verði í boði ákveðin grunn barneigna- og fæðingarþjónusta sem víðast. Til þess að slík fæðingarþjónusta sé raunhæfur valkostur fyrir konur í eðlilegri meðgöngu og fæðingu er mikilvægt að gera rannsóknir sem afla upplýsinga um og þróa örugga og hagkvæma fæðingabjónustu í heimabyggð, hvort sem um er að ræða fæðingar á ljósmæðrastýrðum einingum eða heima fæðingar og miðla þeim upplýsingum til ljósmæðra og annars fagfólks í barneignabjónustunni.

Nýlega komu út klínískar leiðbeiningar um fæðingarhjálp í Bretlandi sem leggja áherslu á að konur fái fræðslu í meðgönguvernd til þess að auka trú þeirra og getu til þess að fæða eðlilega og án inngripa og að fyrsta val kvenna í eðlilegri meðgöngu sé að geta fætt á sjálfstæðri ljósmæðrastýrðri einingu með samfelldri þjónustu og/ eða hafa val um heima fæðingu (NICE clinical guidelines, 2014).

Talið er að konur í eðlilegri meðgöngu og fæðingu fái frekar samfellda þjónustu frá ljósmæðrum sem starfa á litlum fæðingarstað eða heima og með sem minnstum inngripum heldur en á hátæknisjúkrahúsi þar sem eitt inngrip getur leitt af sér önnur og þar með fjölgað keisaraskurðum (McLachlan o.fl., 2012; Barlow, 2008; Fenwick, Butt, Dhaliwal, Hauck og Schmied, 2009; Odent, 2011; Birthplace in England Collaborative group, 2011; NICE clinical guidelines, 2014). Stuðlað er að eðlilegum fæðingum með því að styðja við verkjastillingu í fæðingum án verkjalyfja sem minnkar líkur á inngripum og eykur jákvæða upplifun kvenna af fæðingunni (Overgaard, Møller, Fenge-Grøn, Knudsen, Sandall, 2011, NICE clinical guidelines, 2014).

Þessi fræðslugrein segir frá meistarannsókn þar sem tilgangurinn var að afla upplýsinga og styðja við upplýst val kvenna í eðlilegri meðgöngu um að fæða í sinni heimabyggð. Gögnum var safnað um útkomu eðlilegra fæðinga og hvaða áhrif undirbúningur á meðgöngu hefur til að styrkja konur til þess að fara í gegnum eðlilega fæðingu án verkjalyfja. Því voru eftirfarandi rannsóknarspurningar lagðar fram:

1. Hver er útkoma eðlilegra fæðinga við HSS á tímabilinu 1. maí 2010 til 1. maí 2011?
2. Hver eru áhrif undirbúnings á meðgöngu á útkomu fæðingar með tilliti til meðgöngujóga, nálastungna og foreldrafræðslu?
3. Er samband á milli undirbúnings á meðgöngu og verkjastillingar í fæðingu?

Eðlilegar fæðingar og fæðingarstaðir

Ekki er auðvelt að skilgreina hvað eðlileg fæðing er í nútímasamfélagi. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin WHO leggur áherslu á stuðning við eðlilega fæðingu og lífeðlisfræðilegt ferli. Skilgreining WHO á eðlilegri fæðingu er: *Fæðing sem fer sjálfkrafa af stað, kona í eðlilegu ferli á meðgöngu og haldi þannig áfram út fæðinguna. Að barnið fæðist af sjálfu sér í höfuðstöðu milli 37.–42. viku meðgöngu og að eftir fæðingu séu móðir og barn í góðu ásigkomulagi* (WHO, 1996). Samkvæmt Fæðingarskráningunni fyrir árið 2010 yfir fæðingar á Íslandi koma fram gæðavísar um fæðingar þar sem eru skilgreiningar eins og: Fæðing án inngripa og Fæðing án fylgikvilla. (Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl., 2011). Samkvæmt skilgreiningu Landlæknisembættisins er búið að gefa út leiðbeiningar til að flokka fæðingarstaði miðað við áhættu. D1 er fæðingarstaður þar sem konur fæða í umsjá ljósmæðra sem hafa aðgang að þjónustu heilsugæslulækna og er fyrir hraustar konur í eðlilegri fæðingu, í 37–42 vikna meðgöngu, í sjálfkrafa sótt, ekki fyrirsjáanleg vandamál í fæðingunni og er fyrirfram ákveðið og upplýst val konunnar (Landlæknisembættið, 2007).

Aldrei er eins mikil þörf á að halda utan um og styðja við eðlilegar fæðingar eins og nú. Inngripatiðni er að aukast á tímum tæknivæðingar og breyting hefur orðið á hugtakinu „eðlilegt“. Hvað er eðlileg fæðing? Er það þegar ekki hafa verið nein inngrip eða þegar fæðing hefur átt sér stað um fæðingarveg með gangsetningu eða með notkun utanbastdeyfingar (Page, 2000)? Í lokaverkefni Sigrúnar Huldar Gunnarsdóttur (2014) í ljósmóðurfræðum um viðhorf og skilgreiningu íslenskra ljósmæðra á eðlilegum fæðingum og fæðingarumhverfi kom engin ein skilgreining fram, en áhersla var á sjálfkrafa upphaf og lífeðlisfræðilegt ferli án inngripa og jákvæð upplifun konunnar um að hún væri sigurvegari skipti mestu máli. Mismunandi getur verið hvernig ljósmæður skilgreina eðlilega fæðingu eftir því á hvers konar fæðingarstað þær starfa, til dæmis hvort fæðingin fer fram heima eða á fæðingarstofnunum, og hvaða hópi kvenna þær eru að sinna (Kennedy og Shannon, 2004; Sigrún Huld Gunnarsdóttir, 2014).



Í hugmyndafræði ljósmæðra er lögð áhersla á að ljósmæður standi vörð um eðlilegar fæðingar. Þrátt fyrir það hafa ljósmæður verið þátttakendur í að tæknivæða barneignarferlið og samkvæmt rannsóknunum virðast ljósmæður hafa tilhneigingu til að vanmeta það að heilbrigð kona í eðlilegu ferli geti fætt eðlilega (Valgerður Lís Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009). Almenn er áætlað að 70–80% kvenna séu í eðlilegri meðgöngu og fæðingu (WHO, 1996). Takmarkið í heiminum er að tíðni keisaraskurða fari ekki upp fyrir 15% en samt sem áður hefur keisaratiðni í Bandaríkjunum hækkað upp í 31,8%. Í Victoria í Ástralíu hefur keisaratiðni tvöfaldast frá árinu 1985 og var orðin 31% árið 2011 (McLachan o.fl., 2012). Til þess að sporna við þessari stöðugu hækkun hefur WHO ráðlagt að auka skuli rannsóknir og stefnumótun til þess að auka líkur á fæðingu um fæðingarveg og þá sérstaklega hjá konum með fyrsta barn (Kennedy, Grant, Shaw-Battista og Sandall, 2010; WHO, 2007). Líkur á að konur fæði án inngripa í fæðingu (gangsetningar, utanbastdeyfiging, svæfingar, sogklukku, tanga, spangarklippingar, keisaraskurðar og stjórnunar í fylgjufæðingu) og eigi náttúrulega fæðingu eru mun meiri á ljósmæðrareknum einingum (83%) og í heima-fæðingum (88%) heldur en á hátæknisjúkrahúsum (58%) (Birthplace in England Collaborative Group, 2011).

Rannsóknir á Nýja-Sjálandi hafa sýnt að konur í eðlilegum fæðingum verða fyrir áhrifum frá fæðingarstað. Ljósmæðrum þar finnst erfiðara að bjóða upp á eðlilegar fæðingar á hátæknisjúkrahúsum vegna ytri hömlunar, svo sem plássleysis, skorts á viðeigandi stuðningi, einkarými, baðaðstöðu, frelsi til að geta hreyft sig og verklagsreglna (Davis, Baddock, Pairman, Hunter, Benn, Wilson, Dixon og Herbison, 2011). Tilhneigingin hefur verið sú að líta á allar fæðingar eins og þær séu með sömu áhættu en það getur haft neikvæðar afleiðingar í för með sér og haft áhrif á þjálfun heilbrigðisstarfsfólks, notkun tækni og aðferðar (WHO, 1996). Þegar vinnuálag er mikið á stórum fæðingarstofnunum og yfirsetan minnkar fjölga inngripum í eðlilegt ferli. Yfirsetan hefur áhrif á upplifun ljósmæðra og sjálfræði í ljósmóðurstarfinu (Valgerður Lís Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009).

Meðgöngujóga

Jóga á meðgöngu getur stýtt fyrsta stig fæðingarinnar, gert konur meðvitaðri um líkama sinn og fengið þær til að treysta honum betur í fæðingunni. Auk þess getur það leitt til þess að konur séu afslappaðri og öruggari í fæðingunni sjálfri (Chuntharapt, Petpichetchian og Burns, 2008; Sun, Hung, Chang og Kuo, 2009; Babbar, Parks-Savage, Chauhan, 2012). Öndunarmynstur getur hjálpað konu að hafa stjórn á fæðingunni, ásamt því að það getur aukið súrefnisflæði til fóstursins og þar með aukið vellíðan þess. Með því að nota öndunina í fæðingu er verið að viðhalda stjórn og fylgja eftir takti hriðanna og bjóða þær velkomnar í stað þess að berjast á móti þeim. Þetta getur valdið því að upplifun konu af fæðingu verði jákvæðari (Chuntharapt o.fl., 2008; Singh, 2006; Babbar o.fl., 2012). Auk þess



hefur verið sýnt fram á að jógaástundun færir konum meira sjálfs-traust í fæðingu og því upplifi þær minni verki en aðrar konur (Sun o.fl., 2009). Talið er að jóga dragi úr kviða fyrir fæðingunni ásamt því að þær sofa betur og hafi aukna orku (Kinser og Williams, 2008; Babbar o.fl., 2012).

Undirbúningsnálar

Ein leiðin til að styrkja og undirbúa konur til að geta fætt á náttúrulegan hátt er að bjóða upp á svokallaðar undirbúningsnálar á meðgöngu og undirbúa þannig líkama og sál síðustu vikur meðgöngu. Nálastungur á síðustu vikunum fyrir fæðinguna geta stýtt fyrsta stig fæðingar ásamt því að undirbúa legið og andlega þáttinn (Hope-Allan, Adans, Sibbritt, Tracy, 2004; Zeisler, Tempfer, Mayerhofer, Barrada og Husslein, 1998; Betts og Lennox, 2006; Kubista og Kucera, 1974).

Undirbúningsnálar eru boðnar konum einu sinni í viku sem hluti af meðgöngueftirliti frá 36 vikna meðgöngu og fram að fæðingu. Meðferðin stýttir fyrsta stig fæðingar, minnkar líkur á gangsetningum, utanbastdeyfigingum og keisaraskurðum. Auknar líkur eru á að konur fæði um fæðingarveg. Einnig virðast undirbúningsnálar hafa áhrif á þroskun leghálsins (Betts og Lennox, 2006; Zeisler o.fl., 1998). Kubista og Kucera (1974) rannsökuðu 60 frumbyrjur sem voru undirbúnar fyrir fæðingu með nálastungum og allar fæddu um fæðingarveg með barn í höfuðstöðu. Meðallengd fæðingar var 6,5 klst. Þeir notuðu punkta sem eru slakandi og auka blóðflæði til grindarhólsins. Niðurstöðurnar voru þær að nálastungumeðferð til undirbúnings fyrir fæðingu virðist hafa áhrif til að minnka hræðslu, spennu og verki í fæðingu.

Fræðsla

Mikilvægt er fyrir konur og makar þeirra að geta búið sig undir fæðinguna. Ljósmæður geta haft mikil áhrif á fræðslu til foreldra á meðgöngu og eru meðgönguverndin og foreldrafræðslunámskeiðin góð tækifæri til þess, þar sem reynslan hefur sýnt að konur fæða frekar án verkjalyfja ef þær eru betur undirbúnar.

Í rannsókn Kemp og Sandall (2008) kemur fram að ekki næst eins góður árangur við að búa foreldra undir fæðinguna eins og áður var talið með foreldrafræðslunámskeiðum, því hefur komið til annars konar fræðsla til foreldra. Hún byggist á einstaklingshæfðu viðtali við 36 vikna meðgöngu. Tilgangur með slíkum viðtölum er að byggja upp trú konunnar á jákvæða og eðlilega fæðingu og byggja upp sjálfstraust hennar til þess hún geti fætt án inngripa. Slíkt fæðingarsamtal hefur áhrif á getu konunnar til að fæða án inngripa og eykur sjálfsöryggi hennar til fæðingarinnar og trú á sjálfri sér (Jónína Birgisdóttir, 2014).

Vatnsböð og vatnsfæðingar

Á ljósmæðrastýrðum einingum eru notaðar náttúrulegar verkjameðferðir sem styðja við eðlilegt ferli fæðingarinnar. Slakandi vatnsböð er hjálpleg í fæðingum. Slökunin hefur áhrif á framleiðslu adrenalíns þar sem framleiðslan minnkar þegar einstaklingurinn er slakur og því eru minni líkur á því að finna fyrir sársauka. Konur eru léttari á sér í vatninu og hafa aukið svigrúm til þess að hreyfa sig. Heitt vatn hjálpar til við samdrátt legvöðvans og eykur súrefnisríkt blóð til hans sem verður til þess að hann vinnur betur og hefur áhrif á að stytta fæðinguna (Lichy og Herzberg, 1997; Odent, 2011).

Vatnsfæðingar minnka líkur á inngripum, verkjastillingu eins og utanbastsdeyfiging, leghálsdeyfiging og svæfing í fæðingu (Cluett og Burns, 2004; Cluett, Nikodem, McCandlish og Burns, 2006; Thoeni og Zech, 2012). Notkun vatnsbaða stuðlar að slökun í fæðingu og hjálpar konum að komast í gegnum hana í rólegu umhverfi og hvetur til hormónajafnvægis hjá konunni (Lichy og Herzberg, 1997; Odent, 2011).

AÐFERÐAFÆÐI

Í rannsókninni var notað lýsandi afturvirkir rannsóknarsnið. Upplýsinga var aflað úr sjúkraskrá. Úrtakið voru allar konur sem fæddu



á fæðingardeild Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja einu ári eftir að skurðstofunni þar var lokað og þjónustustig breyttist, eða á tímabilinu 1. maí 2010 til 1. maí 2011. Alls voru 145 konur í úrtakinu.

Mælitækið sem var notað í þessari rannsókn er skráningarlisti sem notaður hefur verið á Íslandi í öðrum rannsóknum, svokallaður atriðisorðalisti (Berglind Hálfðánsdóttir, 2015; Sigrún Kristjánsdóttir, 2012). Það var þýtt og staðfært úr norsku en þar hafði það verið notað í rannsókn um útkomu heimaþæðinga í Noregi á árabílinu 1997–2007 (Blix, Schaumburg Huitfeldt, Öien, Straume og Kumle, 2012) og er notað í framvirkri rannsókn um útkomu heimaþæðinga á Íslandi og á Norðurlöndunum árabílið 2009–2013 en niðurstöður úr þeirri rannsókn biða birtingar (Ólöf Ásta Ólafsdóttir, munnleg heimild, apríl 2015).

Upplýsingar úr mæðraskrár voru settar inn í skráningarlista. Einnig fengust upplýsingar um undirbúning á meðgöngu, svo sem hjá Margréti Knútsdóttur um þátttöku á meðgöngujóganámskeiði en hún er jógakennari og ljósmóðir og hefur séð um þessi námskeið í Reykjanesbæ. Margar kvennanna mættu vikulega í jóga frá 20. viku og fram að fæðingu (Margrét Knútsdóttir, munnleg heimild, júní 2012).

Undirbúningsnálar eru gefnar á fæðingardeild HSS frá viku 36 og mæta konurnar einu sinni í viku, mynda tengsl við ljósmæðurnar á deildinni og fá nálastungur í ákveðna punkta (Sp6, Ht7 og Gv20) sem undirbúa legið og andlega þáttinn undir fæðinguna og veita slökun. Foreldrum gafst kostur á að koma á foreldrafræðslunámskeið sem tvær ljósmæður deildarinnar sáu um.

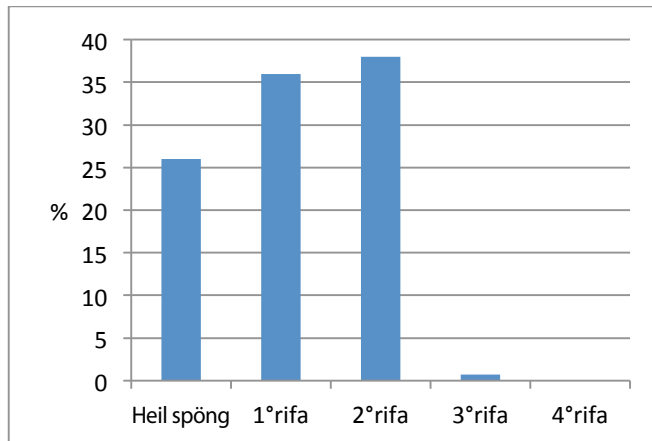
Lýsandi tölfraði var beitt. Útkomubreytur tengjast afdrifum kvenna og barna þeirra. Hjá barninu voru Apgar stig skoðuð. Hjá móðurinni var útkoma spangar metin. Skoðað var hvers konar verkjastilling var notuð, svo sem notkun baðs, glaðlofts, nálastungna og sterkra verkjalyfja eins og pethidins og phenergans. Einnig voru skoðaðar útkomubreytur fyrir fæðingarferlið, fæðingarmáta, lengd fæðingar og magn blæðingar, tíðni vatnsfæðinga, inngrip eins og sogklukkur, keisaraskurðir, spangarklippingar, belgjarof og notkun hriðaðörvandi lyfja.

Samanburður var gerður og skoðað var hvort munur væri á útkomu fæðinga milli þeirra sem fengu undirbúning í formi jóga, nálastungna eða fræðslu miðað við allan hópinn. Þau marktæknimörk sem notuð voru í rannsókninni eru Pearson's t-próf þar sem bornir eru saman tveir hópar og Anova þar sem bornir eru saman fleiri en tveir hópar. Við gagnaúrvinnslu var notast við forritið Excel. Fengin voru meðaltöl og tíðnitöl með aðstoð Excel forritsins og SPSS forritsins ásamt því að fá marktækni.

NIÐURSTÖÐUR

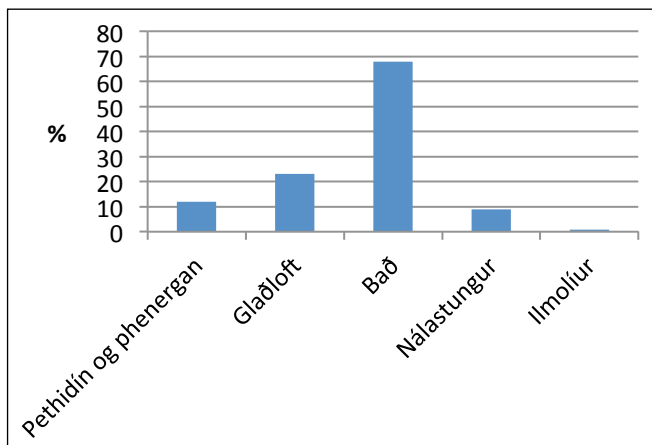
Meðalaldur kvenna í rannsókninni var 27 ár. Frumbyrjur 36% og fjölbyrjur 64%. Meðalmeðgöngulengd þátttakenda var 40 vikur. Meðallengd allra fæðinga á HSS var 7,35 klst. Vatnsfæðingar voru 45% allra fæðinga á HSS eða alls 65. Konur sem voru með heila spöng voru alls 36 eða 26%. Flestum konum blæddi eðlilega eftir fæðingu eða minna en 500 ml (95%). Áverkar á spöng voru hjá alls 104 konum en það eru 72%. 50 konur eða 36% fengu 1° spangarrifu, 53 fengu 2° spangarrifu eða 38% kvennanna, 1 kona fékk 3° spangarrifu eða 0,7% og þurfti að senda hana á LSH í

saumaskap. Engin kona fékk 4° spangarrifu. 13 konur voru klipptar spangarklippingu (e. episitomia) eða 9% kvennanna. Þær konur sem voru með heila spöng voru alls 36 eða 26%.



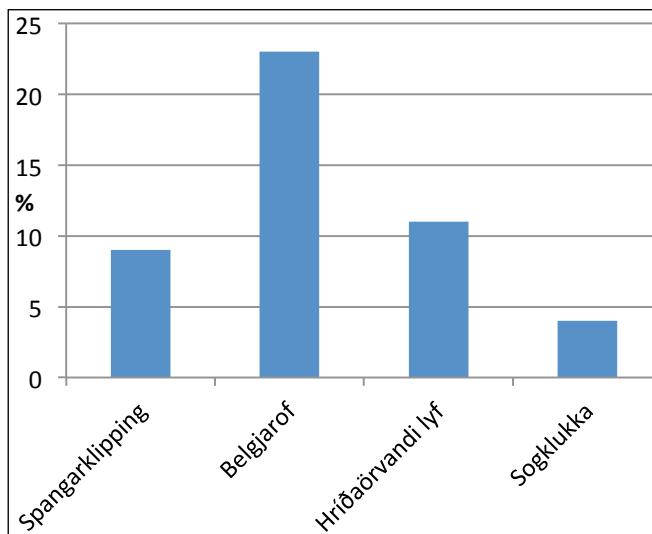
Mynd 1: Útkoma spangar hjá öllu úrtakinu.

Meirihluti kvennanna eða 98 notuðu baðið til verkjastillingar eða um 68%.



Mynd 2: Verkjameðferð allra í úrtakinu.

Belgjarof var algengasta inngripið í fæðingar á HSS eða 23%.



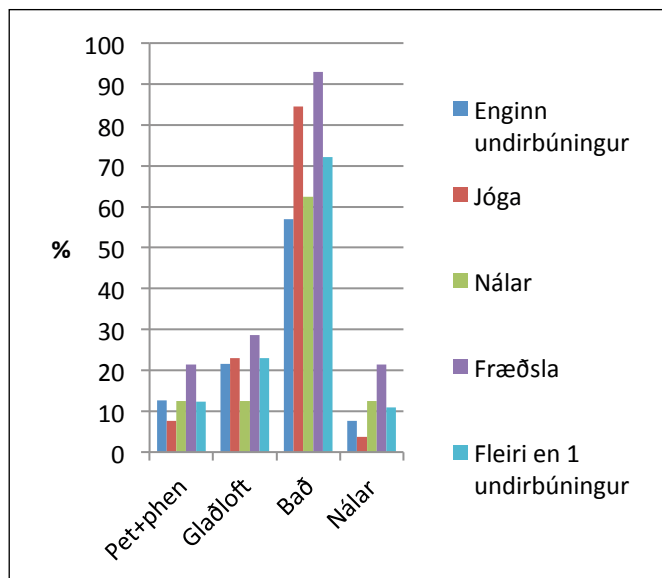
Mynd 3: Inngrip í fæðingu.

Tafla 1: Meðaltöl, spönn og staðalfrávik á útkomu barna.

	Meðaltal	Spönn	<i>sf</i>
Þyngd barns	3.668 gr	2.235–4.695	443
Lengd barns	51 cm	45–56	2
Höfuðmál barns	35 cm	32–39	1,4
Apgar e. 1 mín	8,5	4–10	1,4
Apgar e. 5 mín.	9,7	7–10	0,6

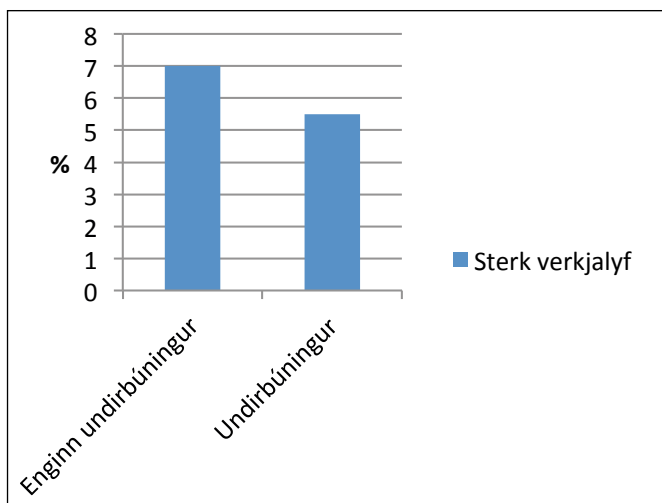
Útkoma barna mælt í Apgar og þyngd, lengd og höfuðmál barna sem fæddust á HSS.

Marktækur munur fannst milli þeirra kvenna sem fengu engan undirbúning á meðgöngu og þeirra sem fengu sérstakan undirbúning þegar skoðuð var notkun vatnsbaðs í fæðingu. 80% þeirra kvenna sem nutu undirbúnings notuðu baðið til verkjastillingar miðað við 57% kvenna sem fengu engan undirbúning og notuðu baðið. Það voru hlutfallslega marktækt fleiri sem fóru í undirbúning og notuðu vatnsbað samkvæmt Pearson's Kí-kvaðratsprófi ($\chi^2(1) = 8,942, p = 0,003$).



Mynd 4: Verkjastilling kvennanna sem fengu sérstakan undirbúning á meðgöngu og hinna sem fengu engan undirbúning.

Kannað var hvort samband væri á milli undirbúnings á meðgöngu og fæðingar án verkjalyfja. Af þeim sem fæddu með notkun sterkra verkjalyfja voru 10 (7%) sem fengu engan undirbúning og 8 (5,5%) sem fengu undirbúning á meðgöngu. Ekki fannst marktækur munur þar sem úrtakið er lítið.



Mynd 5: Konur sem fóru í sérstakan undirbúning miðað við þær konur sem fengu engan undirbúning og notuðu sterk verkjalyf (pet+phen).

UMRÆÐUR

Almennt er útkoma úr fæðingum á HSS á rannsóknartímabilinu í samræmi við rannsóknarniðurstöður annarra um útkomu eðlilegra fæðinga á ljósmæðrareknum einingum eða heima fæðingum (Berglind Hálfðánsdóttir, 2015; Sigrún Kristjánsdóttir, 2012; Blix o.fl., 2012; Hodnett o.fl., 2007; Overgaard, o.fl., 2011; Barlow, 2008; Fenwick o.fl., 2009). Niðurstöðunum svipar til niðurstaðna bæði innlendra og erlendra rannsókna þar sem fram kemur að minna er um inngríp og verkjalyfjanotkun hjá konum í eðlilegri fæðingu á ljósmæðrareknum einingum miðað við hátækisjúkrahús. Undirbúningur virðist skila sér í minni notkun verkjalyfja og auka líkur á náttúrulegum verkjastillingum eins og notkun vatnsbaðs.

Meðallengd fæðinga í rannsókninni var 7,35 klst., miðað við virkan gang fæðingar. Fæðingin gekk hraðar hjá þeim konum sem höfðu farið í undirbúningsnálar eða 6,04 klst. sem kemur heim og saman við það sem rannsóknir segja, að undirbúningsnálar geti stýtt útvíkkunarstigið (Betts og Lennox, 2006; Zeisler o.fl., 1998; Hope-Allan o.fl., 2004).

Það sem þótti áhugavert við niðurstöður rannsóknarinnar er að útkoma alvarlegra fæðingaáverka hjá konum eru mjög fáir. Engin kona hlaut alvarlegan áverka (4°) og ein kona hlaut meðalalvarlegan áverka (3°) og má skoða það hvort það sé vegna fylgni við háa tíðni vatnsfæðinga en við HSS fæða 45% kvenna í vatni. Ekki var sérstakur munur á milli þeirra sem fóru í undirbúning undir fæðinguna og hinna. Það má segja að útkoma spangar hjá meðgöngujógaþópnum var best varðandi 1° rifu en kom verst út með 2° rifu og svo var eina konan í úrtakinu með 3° rifu úr þessum hóp.

Marktækur munur var milli þeirra sem fengu sérstakan undirbúning á meðgöngu og notuðu vatnsbað sem verkjastillingu og þeirra sem fengu engan sérstakan undirbúning. Sýnt hefur verið fram á tengsl milli vatnsfæðingar og lítillar notkunar á verkjalyfjum (Thoeni og Zech, 2012). Konur notuðu baðið í 67% tilfella á HSS en notkun vatnsbaða á LSH var 16% árið 2010 og á HSU notuðu konur vatnið í 51% tilvika á árinu 2010 (Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl., 2011).

Meðgöngujóganámskeiðið virðist undirbúa konurnar í því að nota vatnsbað til verkjastillingar og búa þær undir að fæða án lyfja þar sem jógaþópurinn var með minnstu verkjalyfjanotkunina og notuðu baðið í 85% tilvika. Flestar konurnar sem höfðu farið í jóga á meðgöngunni notuðu baðið og luku 58% þeirra fæðingunni í vatninu. Þær konur sem fengu undirbúningsnálar voru einnig duglegar að nota vatnsbaðið til verkjastillingar en þær voru 62,5% og 37,5% þeirra fæddu í vatni. Þetta kemur heim og saman við aðrar rannsóknir þar sem undirbúningsnálar hvetja til náttúrulegra fæðinga og geta minnkað líkur á verkjalyfjanotkun ásamt því að minnka hræðslu, spennu og verki í fæðingu og sársaukaskynjun kvenna er minni (Betts og Lennox, 2006; Kubista og Kucera, 1974; Hope-Allan o.fl., 2004; Smith, Collins, Cyna, og Crowther, 2006; Betts og Lennox, 2006).

Lítið er um notkun sterkra verkjalyfja og einungis 12% kvenna nota pethidín og phenegan sem eru sterk verkjalyf, en hafa verið notuð í einstaka tilfellum þar sem konan hefur ekki viljað láta flytja sig á fæðingarstað með aukið þjónustustig til að fá mænurótardeyfingu og náttúruleg verkjastilling ekki dugað. Þessi verkjastilling hefur nú minnkað enn frekar eftir að þessi rannsókn var gerð. Kemur það ekki á óvart þar sem meiri líkur eru á að konur noti vatnsbæð og fæði án verkjalyfja á ljósmæðrastýrðri einingu en á áhættudeild (Overgaard o.fl., 2011). Við HSS eru ljósmæður í yfirsetu með konunum til þess að styðja þær við að fæða á náttúrulegan hátt án verkjalyfja og deyfinga. Þetta er samkvæmt hugmyndum Odent (2011) um að minnka ótta, huga að hormónajafnvægi konunnar í fæðingu og styðja við lífeðlislegt barneignarferli, en yfirveguð ljósmóðir gefur lítið af streituormónóm frá sér.

Niðurstöður rannsókna sýna að konur sem fæða á ljósmæðrareknum einingu eru ekki eins líklegar til þess að lenda í blæðingu eftir fæðingu þar sem minna er um notkun inngrípa (Overgaard o.fl., 2011). Fáum konum blæðir riflega eftir eðlilega fæðingu á HSS og gæti skýringin verið sú að lítið er um inngríp í fæðinguna.

Konum og börnum þeirra sem fæðast á HSS farnast vel. Meðal Apgar skor barna í rannsókninni er 8,5 eftir 1 mínútu og 9,7 eftir 5 mínútur. Lægsti Apgar var 4/8 hjá 3 börnum og var um axlarklemmu að ræða í einni fæðingunni. Ekkert barn þurfti á endurlífgun að halda eða var flutt á LSH vegna erfiðleika eftir fæðingu. Þessar niðurstöður gefa til kynna að öruggt er að fæða á HSS enda er búið að flokka konurnar með tilliti til áhættu.

Niðurstæða rannsóknarinnar um að útkoma úr eðlilegum fæðingum við HSS sé góð gefur til kynna að val um að fæða í heimabyggð sé rétt fyrir konu í eðlilegri meðgöngu og fæðingu. Einnig má segja að sérstakur undirbúningur fyrir fæðingu í formi meðgöngujóga, nálastungna og fræðslu hafi áhrif á tíðni inngripa í fæðingu og að konur fæði frekar með náttúrulegri verkjastillingu. Hagnýting rannsóknarinnar felst í því að hægt er að hvetja konur til þess að undirbúa sig á meðgöngu til að auka líkur á eðlilegri fæðingu í heimabyggð.

Takmarkanir rannsóknarinnar eru þær að úrtakið er lítið og ekki hægt að heimfæra niðurstöður á allar fæðingar á landinu. Góð skráning, gæðæfirlit og frekari rannsóknir á umönnun ljósmæðra og fjölþættum árangri í barneignarþjónustu á hverjum stað og heilt yfir landið væru þá lyklatríði.

LOKAORÐ

Lokun og hekkun minni fæðingarstaða á Íslandi er áhyggjuefni. Of langt er á milli þeirra og konur hafa ekki nægilegt val um fæðingarstað og sjálfærði í fæðingum. Þær þurfa jafnvel að fæða með óþarfa inngripum og auknum tilkostnaði án þess að þörfin sé fyrir hendi. Upplýst val kvenna um fæðingarstað er mikilvægt og að konur í eðlilegu barneignarferli hafi fjölbreytta möguleika á fæðingarstað þar sem þær telja sig öruggar í höndum ljósmæðra sem þær eru oft búnar að mynda tengsl við.

Í kjölfar fjölgunar keisaraskurða, sem þó er með lægsta móti hér á landi, og inngripa í fæðingarferlið er einnig mikilvægt að huga að kostnaði við barneignarþjónustuna. Vitað er að kostnaður við eðlilegar fæðingar er mun lægri en við tæknifæðingar sem ætti að vera hvatning til heilbrigðisyrivalda um að efla og fjölga ljósmæðrareknum einingum sem byggja á samfelldri umönnun á meðgöngu, í fæðingu og eftir hana. Þetta gildir bæði á landsbyggðinni og á höfuðborgarsvæðinu. Vel skipulagt tilvísunar- og flutningskerfi og þverfagleg teymisvinna er nauðsynleg. Gott samstarf er mikilvægt við miðlægar einingar með herra þjónustustig sem eru fyrst og fremst ætlaðar fyrir konur í áhættumeðgöngu og fæðingum sem þyrftu hugsanlegra inngripa við. Þá skiptir flokkun kvenna eftir heilbrigði og/eða áhættu á meðgöngu miklu máli fyrir góða útkomu fæðingar fyrir móður, barn og fjölskylduna.

Umfjöllun franska fæðingarlæknisins Michel Odent (2011), frumkvöðuls í náttúrulegum fæðingum og vatnsfæðingum, hefur haft mikil áhrif á hugmyndafræði ljósmæðra. Odent leggur áherslu á að vinna þurfi bug á ótta við fæðingar, minnka streitu og huga að hormónajafnvægi konunnar. Trúflun á því og streita í kringum fæðingar getur haft áhrif á ljósmæður, framgang og útkomu fæðinga. Við ljósmæður verðum að geta gefið af okkur í okkar næringarrika starfi og þurfum því að leggja rækt við okkur sjálfar, vera sterkar svo umhyggjan fyrir konunni þar sem hún er stödd og fjölskyldu hennar gangi fyrir. Mikilvægt er að konur séu við stjórn í fæðingum sínum því þannig vinna hormón konunnar best og auknar líkur eru á góðri útkomu móður og barns ásamt því að hún fái góða upplifun af fæðingunni. Til þess að ná þessu takmarki er góður undirbúningur kvenna og ljósmæðra saman nauðsynlegur á meðgöngunni, til dæmis í formi meðgöngujóga, nálastungna og fræðslu, ásamt samfelldri þjónustu og yfirsetu ljósmæðra í fæðingunni.

HEIMILDARSKRÁ

- Babbar, S., Parks-Savage, A. C. og Chauhan, S. P. (2012). Yoga during pregnancy: A review. *American Journal of perinatology* 29(6), 459–464.
- Barlow, G. (2008). Midwives at the heart of maternity care changes. *Australian Nursing Journal*, 16(4), 26–29.
- Berglind Hálfðánsdóttir, Alexander Kr. Smásson, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Ingegerd



Hildingsson og Herdis Sveinsdóttir. (2015). A planned home or hospital birth among low risk women in Iceland in 2005–2009. A retrospective cohort study. *Birth: Issues in perinatal care* 42(1), 16–26.

- Berglind Hálfðánsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Alexander Kristinn Smásson (2011). Að fæða heima – áhætta eða ávinningur? Samanburður á útkomu fyrirfram ákveðinna heima-fæðinga og sjúkrahús-fæðinga á Íslandi 2005–2009, áfturvirk forrannsókn með tilfellaðni. *Tímarit Ljósmæðrafélags Íslands* (89):2. bls. 6–12.
- Bernitz, S., Rolland, R., Blix, E., Jacobsen, M., Sjøborg, K. og Øian, P. (2011). Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised trial. *BJOG* 118, 1357–1364.
- Betts, D. og Lennox, S. (2006). Acupuncture for prebirth treatment: An observational study of its use in midwifery practice. *Medical Acupuncture. A Journal for Physicians by Physicians* 17(3). Sótt 2. mars 2011 af http://www.medicalacupuncture.org/aama_marf/journal/vol17_3/article_2.html
- Birthplace in England Collaborative group. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. Sótt 24. nóvember 2012 af <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>
- Blix, E., Schaumburg Huitfeldt, A., Øien, P., Straume, B. og Kumle, M. (2012). Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: A retrospective cohort study. *Sexual and Reproductive Healthcare* 3(4): 147–153.
- Cluett, E. R. og Burns, E. (2004). *Immersion in water in labour and birth*. (Review) (78 refs) (Update of Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2) Art. No.: CD000111. doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub3.
- Cluett, E. R., Nikodem, V. C., McCandlish og Burns, C. C. (2006). *Immersion in water in pregnancy, labour and birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006(4). doi:10.1002/14651858.CD000111.pub2.
- Chuntharapat, S., Petpichetchian, W., og Hatthakrit, U. (2008). Yoga during pregnancy: Effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14(2), 105–115.
- Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Wilson, D., Dixon, L. og Herbison, P. (2011). Planned place of birth in New-Zealand: Does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? *Birth*, 38(2), 111–119.
- Eide, B. I., Nilsen, A. B. V. og Rasmussen, S. (2009). Births in two different delivery units in the same clinic – A prospective study of healthy primiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 9(25) doi:10.1186/1471-2393-9-25.
- Fenwick, J., Butt, J., Dhaliwal, S., Hauck, Y., og Schmied, V. (2010). Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women and Birth*, 23(1), 10–21.
- Freeman, L. M., Adair, V., Timperley, H. og West, S. H. (2006). The influence of the birthplace and models of care on midwifery practice for the management of women in labour. *Women and Birth*, 19(4), 97–105.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G. S. og Saksl, C. (2007). Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. Sótt 4. október 2011 af <http://apps.who.int/whl/reviews/langs/CD003766.pdf>
- Hope-Allan, N. Adams, J., Sibbritt, D. og Tracy, S. (2004). The use of acupuncture in maternity care: a pilot study evaluating the acupuncture service in an Australian hospital antenatal clinic. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10(4), 229–232.
- Jónína Birgisdóttir. (2014). *Fæðingarsamtal. Forþrófun fræðsluhlutunar í meðgönguvernd*. Óbirt lokaverkefni til meistaraþrófs í ljósmóðurfæðum: Háskóli Íslands. Reykjavík.
- Kemp, J. og Sandall, J. (2010). Normal birth, magical birth: the role of the 36-week birth talk in caseload midwifery practice. *Midwifery* 26: 211–221.
- Kennedy, H. P., Grant, J., Shaw-Battista, J. og Sandall, J. (2010). Normalizing birth in England: A qualitative study. *J Midwifery Womens health* 55, 262–269.

- Kinser, P. og Williams, N.P. (2008). Prenatal yoga. *MJHS*: Sótt 16. október 2012 af <http://physical-therapy.advanceweb.com/Article/Prenatal-Yoga-3.aspx>
- Kubista, E. og Kucera, H. (1974). Acupuncture as a method of preparation in obstetrics. *The American Journal of Chinese Medicine* 2(3), 283–287.
- Landlækniseimbættið. (2007). *Leiðbeiningar um val á fæðingarstað*. Sótt 12. nóvember 2011 af <http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=3304>
- Lichy, R. og Herzberg, E. (1997). *The Waterbirth Handbook*. Bath, UK: Gateway books.
- McLachlan, H.L., Forster, D.A., Davey, M.A., Farrell, T., Gold, L., Biro, M.A., Albers, L., Flood, J.O. og Waldenström, (2012). Effects of continuity of care by primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the cosmos randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119 (12), 1483–1492. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03446x.
- Nice Clinical Guidelines. (2014). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. Sótt 13. mars 2015 af <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/guidance-intrapartum-care-care-of-healthy-women-and-their-babies-during-childbirth-pdf>
- Odent, M. (2011). *Childbirth in the age of plastics*. Pinter and Martin: London.
- Overgaard, C., Møller, A. M., Fenger-Grøn, M., Knudsen, L. B. og Sandall, J. (2011). Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ Open*;2. doi:10.1136/bmjopen-2011-000262.
- Page, L. A. (2000). *The New Midwifery. Science and sensitivity in practice*. Churchill Livingstone: London.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson, og Gestur I. Pálsson (2015). *Skýrsla frá Fæðingaskráningunni fyrir árið 2013*. Reykjavík: Kvennadeild, Barnaspítali Hringins, Landspítali – Háskólasjúkrahús.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson (2011). *Skýrsla frá Fæðingaskráningunni fyrir árið 2010*. Reykjavík: Kvennadeild, Barnaspítali Hringins, Landspítali – Háskólasjúkrahús.
- Reynir T. Geirsson, Gestur Pálsson, Ragnheiður I. Bjarnadóttir og Guðrún Garðarsdóttir. (2001). *Skýrsla frá fæðingaskráningu fyrir árið 2000*. Reykjavík: Landspítali – Háskólasjúkrahús, kvennadeild og Barnaspítali Hringins.
- Sigrún Huld Gunnarsdóttir. (2014). *Eðlileg fæðing og fæðingarumhverfið: Skilgreiningar og viðhorf íslenskra ljósmæðra. Fagrynirannsókn*. Óbirt lokaverkefni til meistaraþrófs í ljósmóðurfræðum: Háskóli Íslands. Reykjavík.
- Sigrún Kristjánsdóttir. (2012). *Er öruggt að fæða í heimabyggð? Útkoma úr fæðingum á Heilbrigðisstofnun Suðurlands árið 2010*. Óbirt MS-ritgerð: Háskóli Íslands, námsbraut í ljósmóðurfræðum. Sótt 15. maí 2012 af <http://skemman.is/handle/1946/12249>
- Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M. og Crowther, C. A. (2006). *Complementary and alternative therapies for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006(4) doi:10.1002/14651858.CD003521.pub2.
- Singh, A. N. (2006). Role of yoga therapies in psychosomatic disorders. *International Congress Series* 1287, 91–96.
- Sun, Y. C., Hung, Y. C., Chang, Y., & Kuo, S. C. (2009). Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2009.01.005.
- Thoeni, A. og Zech, N. (2012). *Review of 2.225 underwater births in a single institution. Does water birth increase the risk of neonatal infection?* Sótt 16. desember 2012 af <http://www.gimnogravida.pt/Documentos/Estudo%20de%202225%20partos%20na%20agua.pdf>
- Valgerður Lisa Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2009). Skynjun íslenskra ljósmæðra á öryggi og áhættu við eðlilegar fæðingar. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstj.) *Lausnarsteinar ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 193–214). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- World Health Organization (WHO). (1996). Care in normal birth: report of technical working group. Geneva. Sótt 25. október 2012 af http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- WHO (2007). Delivery settings and caesarean section rates in China. *Bulletin of the World Health Organisation*, 85(10), 733–820.
- Zeisler, H., Tempfer, C., Mayerhofer, K., Barrada, M. og Husslein, P. (1998). Influence of acupuncture on duration of labor. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 46(1), 22–27.



Mini Drops

3ja mánaða til 5 ára

VIÐ KYNNUM NÝJA VÍTAMÍNLÍNU FYRIR BÖRN

C-vítamín
DHA-dropar
D3-vítamín
Fjöl vítamín-
dropar



Innihalda EKKI: sykur, glútein, ger, laktósa eða gerviefni.

Sölustaðir: Heilsuhúsið, Apótek Garðabæjar, Lyfsalinn Glæsibæ, Árbæjarapótek, Heilsutorgið Blómavali, Þín verslun Seljabraut, Apótek Suðurnesja, Garðsapótek, Lifandi markaður, Borgarapótek, Fræið Fjarðarkaupt





Afta med®

GEGN SÁRUM Í MUNNI FYRIR UNGBÖRN MEÐ TANNTÖKUVERK

Aftamed flýtir fyrir bata áblásturs, munnangurs og smására í munni, ásamt því að vera verkjastillandi. Verkun Aftamed hefur verið staðfest með klínískum rannsóknum.

- Verkjastillandi
- Fyrirbyggjandi
- Græðandi
- Náttúrulegt og skaðlaust



Inniheldur: Hyaluronsýru

Fæst í apótekum
www.alvogen.is

Valdefling – fyrir konur og ljósmæður



Ásrún Ösp Jónsdóttir,
ljósmóðir M.Sc. á
heilbrigðisstofnun Norðurlands



Steinunn H. Blöndal,
ljósmóðir M.Sc. á
Landspítala

Vegna búsetuáðstæðna ákváðu undirritaðar að taka hluta af námi sínu til meistaraþrófs í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands sem gestanemendur við Háskólann á Akureyri. Þessi leið gafst okkur afar vel og henta námskeiðin á Akureyri þeim ljósmæðrum vel sem búa ekki á Reykjavíkursvæðinu eða þurfa af einhverjum ástæðum að nýta sér fjarnám til að ljúka meistaraþrófi í faginu.

Í námskeiðinu *Eigindlegar rannsóknir* voru kynntar helstu rannsóknaraðferðir í eigindlegum aðferðum undir handleiðslu sérfræðinga á hverju sviði. Í hugtakagreiningu og þáttökurannsóknnum/starfsendarannsóknnum voru unnin hópverkefni þar sem við ljósmæðurnar í hópnum fengum að vinna saman. Í báðum þessum verkefnum unnum við með hugtakið valdeflingu (e. empowerment) og sannfærðumst um mikilvægi þess í klínískri vinnu í ljósmóðurfræði.

Í hugtakagreiningu í þessu námskeiði gerðum við, ásamt Hálfdáni Örnólfssyni framhaldsskólakennara, skil á hugtakinu valdeflingu. Með því að bæta við nálgun menntunarfræða fengum við ólíka og dýrmæta innsýn í þetta hugtak sem er að okkar mati eitt af lykilhugtökum í ljósmóðurfræði. Í þessari hugtakagreiningu var meðal annars unnið út frá hugmyndum Walker og Avant (2005) sem hafa haft mikil áhrif í hugtakagreiningarsmíð innan hjúkrunarfræði.

Hvað er valdefling og hvers vegna skiptir hún máli fyrir ljósmæður?

Valdefling er flókið hugtak sem á sér mismunandi skilgreiningar eftir því í hvaða samhengi það er notað og innan hvaða fræðasviðs. Fræðasvið sem ná til fötlunar, menntunar, félagsráðgjafar, stjórnunar auk kvennafræða hafa öll stuðst við hugtakið (Hanna Björg Sigurjónsdóttir, 2006). Innan hjúkrunar- og ljósmóðurfræða hefur einnig töluvert verið vísað til valdeflingar. Þar hefur hugtakið til dæmis verið notað í tengslum við meðferðarsamskipti hjúkrunarfræðinga/ljósmæðra og skjólstaðinga/kvenna (Ellis-Stoll

og Popkess-Vawter, 1998; Hermansson og Martensson, 2011).

Hugtakið valdefling varð reyndar ekki til í tengslum við heilbrigðisþjónustuna, heldur í tengslum við jafnréttisbaráttuna á sjöunda áratug síðustu aldar og síðar í ýmiss konar baráttu minnihlutahópa. Vert er að minnast þess að hugtakið hefur mikið verið notað í geðheilbrigðismálum hérlandis, sérstaklega í tengslum við endurhæfingu geðfatlaðra (félagsmálaráðuneytið, 2011), en hugtakið var einnig talsvert notað af konum í brjóstabyltingunni síðastliðið vor (Sigríður Guðmarsdóttir, 2015), sem gefur til kynna að þýðingin valdefling sé að festast í tungumálinu.

Upphafspunktur *valdeflingar* er skynjun á valdleysi og kúgun. Sumir fræðimenn hafa einmitt lagt til að auðveldara sé að útskýra hugtakið með því sem það er ekki. Í heilbrigðisvísindum eru þetta þættir eins og valdleysi, hjálparleysi, að líða eins og utangátta (e. alienation) eða að vera öðrum háður (Hermansson og Martensson, 2011). Valdefling er þannig ferli þar sem einstaklingur (hópar) öðlast innri styrk í gegnum félagsleg samskipti sem hefur jákvæð áhrif á líf hans og bætir lífsgæði til lengri tíma. Með talsverðri sannfæringu má halda því fram að fæðing barns sé ferli þar sem *möguleiki* til valdeflingar er til staðar.

Í ljósmóðurfræði stöndum við reyndar ágætlega að vígi í þessum fræðum/efnum, en Sigríður Inga Karlsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir settu fram kenningu árið 2009 um mikilvægi eflingar/valdeflingar kvenna í barneignarferlinu, með sérstakri áherslu á fagmennsku ljósmæðra byggða á rannsóknum þeirra undanfarin ár. Sú grein er skyldulesning fyrir ljósmæður en þar er gerð grein fyrir fagmennsku ljósmóðurinnar sem felst í faglegri umhyggju, faglegri færni, fagvisku, samskiptafærni og sjálfsrækt. Samkvæmt kenningunni skipa gæði ljósmóðurþjónustunnar stærstan þátt í reynslu kvenna af barneignarferlinu og gæði þess stuðnings sem ljósmóðirin veitir er þar lykilatriði.

Skilningur á valdeflingu er nátengdur þeim skilningi sem lagður er í hugtakið vald. Annar höfundur aðurnefndrar kenningar, Sigríður Halldórsdóttir (2003a, 2003b), setti fram kenningu um samskiptahætti og áhrif þeirra í heilbrigðiskerfinu. Grundvallarspurningin í þeirri kenningu er hvernig manneskja sem hefur í hendi sér ákveðið vald yfir annarri manneskju notar það vald; allt frá því að gefa vald (eflandi samskiptaháttur) yfir í að beita valdi (niðurbjótandi samskiptaháttur). Sigríður heldur því fram að við höfum öll einhvers konar vald, vald sé í sjálfu sér hlutlaust hugtak en það hvernig það er notað breytir umhverfinu og mótar það. Sigríður lítur svo á að með eflandi samskiptahætti geti einstaklingur upplifað að hann eflist hið innra, finni fyrir styrkingu frá öðrum, venjulega í gegnum samræður, samskipti og jákvæð tengsl. Hugmynd hennar um eflingu/valdeflingu felur í sér að hún auki vald og stjórn einstaklingsins yfir sjálfum sér og aðstæðum sínum, eyði tilfinningu um varnarleysi og að viðkomandi öðlist styrka rödd.

Í þeim anda er í þessari grein brugðið upp dæmum úr reynsluheimi fæðandi kvenna til að varpa frekara ljósi á hugtakið valdeflingu. Við setjum fram skálduð dæmi úr starfi sem eiga að varpa skýrara ljósi á hugtakið valdeflingu; um er að ræða dæmigert tilvik og jaðartilvik, en einnig er varpað ljósi á skyld hugtök. Þá er gerð grein fyrir ólíkum skilgreiningum á hugtakinu valdeflingu og umræða um og gagnrýni á þær skilgreiningar ræddar. Að lokum setjum við fram okkar eigin skilgreiningu á hugtakinu valdefling og hvernig hún tengist hinu dæmigerða tilvik sem sett var fram í upphafi.

Í lok umfjöllunarinnar ræðum við lítilsháttar hvernig við ljósmæður getum nýtt hugtakið valdeflingu í starfi og rannsóknunum.

Hugtakið valdefling frá nokkrum sjónarhornum – dæmi og ólíkar skilgreiningar

Dæmigert tilvik (e. model case)

Jóhanna gengur með sitt fyrsta barn. Meðgangan er mjög kærkomin en Jóhönnu finnst spítalaumhverfið erfitt og kvíðvænlegt. Hún á að baki erfiða persónulega reynslu og treystir ekki fullkomlega „kerfinu“. Hún hefur lesið sér til um heimafæðingar og hún og maki hennar hafa áhuga á að kynna sér það betur. Hún ræðir þessar hugmyndir við ljósmóðurina sem upplýsir hana um mismunandi þjónustuform í barneignarferlinu og setur hana í samband við heimafæðingarljósmóður. Barneignarferlið verður styrkjandi fyrir samband þeirra hjóna, þau kynna sér saman ólíka fleti og taka upplýst val um heimafæðingu. Fólki í kringum þau lýsir furðu á ákvörðuninni og ýjar að því að þau séu að taka óþarfa áhættu. Jóhanna og maki hennar vísa í rannsóknir og eru sannfærð um að heimafæðing sé bæði öruggari og betri fyrir þau. Jóhanna tekst sjálf á við fæðinguna í eigin umhverfi og finnur fyrir eigin styrk. Síðar á lífsleiðinni getur Jóhanna sótt styrk í þessa jákvæðu reynslu þar sem hún stóð með sjálfri sér.

Jaðardæmi (e. boarderline case)

Sigríður er barnshafandi að sínu öðru barni. Henni fannst ekki hlustað á sig í fyrri fæðingu og upplifði að þjónustan væri ópersónuleg og sjúkdómsvædd. Hún býr í Hafnarfirði en ákveður að fæða í Keflavík þar sem hún hefur heyrt að þjónustan sé öllu persónulegri en á Landspítala. Hún ræðir þessar hugmyndir sínar við ljósmóður í mæðravernd sem sýnir henni skilning og hvetur hana til að taka ákvörðun á sínum forsendum. Þegar kemur að fæðingunni gengur allt vel en Sigríður upplifir að ljósmóðirin taki stjórnina að einhverju leyti. Heildarupplifun Sigríðar er að flestu leyti jákvæð en henni finnst hún missa stjórnina og vald yfir sjálfri sér og aðstæðum undir lokin.

Skyld hugtök. (e. related cases)

Í fræðilegri umræðu hefur hugtakið valdefling verið tengt við hugtök á borð við sjálfsöryggi (e. self-efficacy), sjálfræði (e. self-autonomy), sjálfsefningu eða það „að vera eigin talsmaður“ (e. self advocacy).

Hildur Sigurðardóttir hefur (2009) gert ítarlega grein fyrir námskenningu Bandura um sjálfsöryggi í ljósmóðurfræði og hvernig

hún getur nýst til að efla sjálfstraust kvenna í fæðingum. Þar er sjálfstraust skilgreint sem trú einstaklinga á eigin getu eða hæfni til þess að framkvæma eða takast á við hin ýmsu verkefni eða aðstæður í lífinu.

Hugtakið sjálfræði er flókið hugtak líkt og valdefling. Í sinni einföldustu mynd má segja að kjarni hins siðferðilega hugtaks um sjálfræði sé það að ráða sér sjálfur, geta tekið eigin ákvarðanir og valið hvernig maður lifir lífi sínu. Gjarnan er vísað til sjálfræðis sem hæfileika einstaklingsins til að vera gerandi í eigin lífi. Lengi hefur verið tekið á um skilgreiningu á sjálfinu, en í tengslum við valdeflingu hefur verið vísað í hið félagslega sjálf, sem er aðstæðubundið og ber keim af þáttum eins og félagslegri stöðu og menningu (Ástríður Stefánsdóttir, 2012).

Tengt þessu er hugtakið „að vera eigin talsmaður“ (e. self-advocacy). Slagorðið „ekkert um okkur án okkar“, sem ýmis hagsmunasamtök hafa notað, lýsir ágætlega inntaki þess. Enginn getur talað fyrir manns hönd nema maður sjálfur. Það að vera ekki útilokaður frá samræðunni heldur beinn þátttakandi í henni er meginuppistaðan í því ferli sem þetta hugtak nær yfir (félagsmálaráðuneytið, 2011).

Þá stendur sjálfsefning mjög nærri hugtakinu valdefling og er í einhverjum tilfellum notað sem samheiti. Rétt eins og í tilfellinu hér að framan liggur munurinn helst í því að valdefling er viðtækara hugtak með áherslu á félagsleg samskipti þar sem hugtakið vald kemur ríkar við sögu (Hanna Björg Sigurjónsdóttir, 2006).

Eftirfarandi eru fimm dæmi um ólíkar skilgreiningar á hugtakinu valdefling:

- I. Valdefling er hvernig einstaklingar eru hvattir til að finna eigin kraft til þess að vinna að velferð sinni og hámarksun lífsgæða (Hervör Alma Árnadóttir, munnleg heimild, 8. apríl 2011).
- II. Leið til þess að auka getu einstaklinga eða hópa til að taka ákvarðanir og til að ákvarðanir þeirra leiði til æskilegra aðgerða og niðurstaðna (utanríkisráðuneytið og Þróunarsamvinnustofnun Íslands, 2013).
- III. Ferli á milli hjúkrunarfræðings og skjólstæðings sem byggist á virkri þátttöku og hefur það að markmiði að skjólstæðingur breyti slæmum heilbrigðisvenjum. Breytingin felur í sér þróun meðferðarsambands þar sem virk hlustun og þátttaka skapar nýja þekkingu. Afleiðingin er valdeflandi ferli sem leiðir til heilsueflandi hegðunar fyrir skjólstæðinginn (Ellis-Stoll og Popkess-Vawter, 1998).
- IV. Valdefling er það að kennurum er falið vald eða veitt umboð til að ráða sjálfir yfir því fagi sem þeir nýta í starfi sínu. Þeir geti því unnið sem fagmenn og þannig styrkt fagvitund sína og stöðu í samfélaginu (Edda Kjartansdóttir, 2010).
- V. Valdefling er stöðugt og aðstæðubundið ferli sem gerir einstaklingum kleift að upplifa að þeir geti og hafi rétt til að bregðast við eigin aðstæðum. Aðstæðurnar einkennast af ójöfnuði, ósannngirni, undirokun eða mismunum og mótaskast af samspili margra þátta eins og menningu, persónulegum þáttum auk stofnanalegra (Hanna Björg Sigurjónsdóttir, 2006).

Framangreindar skilgreiningar bera með sér að hugtakið valdefling mótast eftir aðstæðum og að notkunarmöguleikarnir spanna vítt svið. Þrátt fyrir viðtæka notkun á ýmsum fræðasviðum er hugtakið valdefling fremur nýtt í íslensku hversdagsmáli, en það er tilfinning höfunda að notkun hugtaksins sé að festast í sessi.

Umræða um skilgreiningar og gagnæmi

- *Skilgreining I* inniheldur nauðsynlegt lykilatriði sem er að einstaklingur finnur eigin kraft. Hún getur til dæmis átt við þegar nemandi er hvattur til að leggja meiri alúð við nám eða þegar einstaklingur breytir lífsstíl sínum til hins betra. Markmiðssetningin um „velferð og hámarksun lífsgæða“ er hins vegar of við og óljós til að fanga öll þau atriði sem felast í valdeflingu. Skilgreiningin nær ekki heldur að fanga þá vidd hugtaksins sem snýr að virkri eflingu eigin réttinda gagnvart stærri heild, jafnvel mannréttinda, þar sem skilja má að hún feli

einvörðungu í sér hvatningu til einstaklingsins að gera eitthvað í sínum málum.

- *Skilgreining II* setur virka mannréttindabaráttu í brennidepil en í orðalaginu „til að ákvarðanir þeirra leiði til æskilegra aðgerða og niðurstaðna“ er sleginn gamalkunnur tónn forræðishyggju um æskilegar aðgerðir á framandi slóðum. Þessi skilgreining getur átt við í því samhengi þegar fátækri þjóð er veitt aðstoð til að byggja skóla líkt og Íslendingar hafa gert í Malaví. Skilgreining á valdeflingu felur hins vegar í sér ferli á jafnræðisgrunni þar sem orðalag um æskilegar aðgerðir og fyrirfram mótaðar niðurstöður standast ekki skoðun.
- *Skilgreining III* fjallar um jákvæð og uppbyggjandi samskipti í heilbrigðisþjónustu og breytingar á heilsutengdri hegðun. Sennilega á hugtakið heilsuefning hins vegar betur við hér heldur en valdefling.
- *Skilgreining IV* er gott dæmi um notkun hugtaksins í ákveðnu samhengi, hér kennarastarfinu. Skilgreiningin er hins vegar þröng og byggist á upplifun kennarans en tekur ekki til þeirra áhrifa sem kennslan hefur eða hverjir hinir mótandi aflvakar eru fyrir nemandann.
- *Skilgreining V* nær vel að fanga þá vídd hugtaksins sem snýr að mannréttindum. Þá er lögd áhersla á stöðugt ferli sem breyti í raun stöðu einstaklingsins gagnvart stærri heild og því hvernig einstaklingurinn skynjar eigið sjálf. Skilgreiningin sprettur úr jarðvegi þeirra sem standa höllum fæti í samfélaginu og er fullmikil áhersla á erfiðar aðstæður við upphaf ferlisins. Stundum er hugtakið notað þegar ekki er augljóst að einstaklingurinn búi við undirokun eða mismunun. Þörfin fyrir valdeflingu gæti þar helgast af óöryggi vegna nýrra aðstæðna eða vilja til að breyta þeim kringumstæðum sem einstaklingnum eru búnar. Það gæti átt við um konu sem undirbýr fæðingu og upplifir fæðingardeildina ópersónulega og yfirþyrmandi stofnun þar sem hún fær litlu ráðið.

Kröfur til skilgreiningar á hugtakinu valdefling, eigin skilgreining sett fram og rökstuðningur

Almennt þurfa skilgreiningar á valdeflingu að ná yfir eftirtalin atriði, að okkar mati, óháð fræðasviði:

- Einstaklingar/hópar stjórna sjálfir ferðinn í, hafa val og finna innri styrk.
- Ferlið er aðstæðubundið.
- Styrkurinn (útkoman) úr ferlinu veitir áframhaldandi jákvæð áhrif.
- Samskipti á milli einstaklinga/hópa eru eflandi (samanber kenningu Sigríðar Halldórsdóttur, 2003a, 2003b), þar á meðal samskipti á milli þeirra sem veita þjónustu og þiggja hana.

Út frá þessum viðmiðum settum við fram eigin skilgreiningu á valdeflingu: Valdefling er aðstæðubundið ferli þar sem einstaklingur, hópar, stofnanir eða samfélög öðlast meiri stjórn á eigin aðstæðum og upplifa jákvæðar breytingar til hins betra. Þetta ferli á sér stað í gegnum eflandi félagsleg samskipti. Lykilhugtök í þessu tilliti eru réttur til sjálfsákvæðna, jafnræði, sjálfsefning og að fólk taki í ríkari mæli ábyrgð á lífi sínu.

Skilgreining okkar hefur þann kost að hún er fremur við og fangar mismunandi aðstæður. Hún horfir til þess að einstaklingar/hópar öðlist aukna stjórn á aðstæðum sínum og getur það falið í sér aukin mannréttindi. Hún þrengir sig ekki að hvatningu til einstaklings til að ná auknum árangri heldur lýtur að gagnvirku ferli sem er styrkjandi til lengri tíma inn á við sem út á við. Skilgreiningin felur ekki í sér forræðishyggju þar sem einungis er um valdeflingu að ræða ef einstaklingurinn eða hópurinn metur sjálfur að jákvæðar breytingar hafi orðið þar sem hann er við stjórn. Þessi skilgreining aðgreinir skyld hugtök að því leyti að hún nær til stærra og víðtækara samhengis heldur en skyldu hugtökin gera hvert um sig.

Við notuðum dæmi úr reynsluheimi ljósmóðurfræða til að varpa ljósi á hugtakið, en fæðing barns er einmitt ferli þar sem möguleiki til valdeflingar er til staðar. Í alþjóðasiðareglum ljósmæðra er hugtakið

empower notað í tengslum við grunnskyldur ljósmæðra. Þar segir að eitt meginhlutverk ljósmæðra sé að styðja konur í að taka virkan þátt í allri ákvarðanatöku sem snýr að umönnun þeirra í barneignarferlinu sem og að *efla/valdefla* konur til að vera eigin málsvavar (ICM, 2008).

Út frá slíkri nálgun leitast ljósmæður við að styrkja konuna í því að kalla fram eðlislægan styrk sinn og innsæi í barneignarferlinu. Ýmsar rannsóknir sýna að slæm fæðingarreynsla getur verið niðurbjótandi fyrir konur á meðan jákvæð fæðingarreynsla getur haft uppbyggjandi áhrif til lengri tíma (Beck, 2006; Walsh, 2008).

Í upphafsdæmi okkar nær Jóhanna valdeflingu í gegnum barneignarferlið. Hún upplifir að hún hafi stjórn og finnur jákvæðar breytingar á lífi sínu í kjölfarið. Hún tekur sjálf ákvarðanir, tekur ábyrgð á eigin lífi og fær þjónustu sem byggist á jafnræði. Hún lætur ekki bugast þótt ytra umhverfi letji hana heldur finnur styrk í gegnum maka og fagfólk og styðst við aukna vitneskju og upplýsingar til að vinna bug á kvíðvænlegum aðstæðum. Í sögulegu ljósi má segja að hún hafi staðið á rétti kvenna til að hafa rödd og taka sér vald í eigin fæðingum, en oft hefur verið brotið á þessum rétti í gegnum tíðina.

Í jaðardæmi okkar er dregin upp mynd þar sem Sigríður upplifir ekki jafnræði í samskiptum, sem kemur í veg fyrir að hún sjálf sé við stjórn í síðari hluta fæðingar. Þótt fæðingarreynslan sé jákvæðari í heild en sú fyrri er ferlið sem slíkt ekki valdeflandi fyrir Sigríði. Það var ekki hlustað á hana sem skyldi og hún nær ekki stjórn á aðstæðum. Reynsla hennar uppfyllir þannig ekki skilyrði skilgreiningarinnar.

Skyldu hugtökin sjálfraði, sjálfsefning, sjálfsöryggi, eigin talsmaður og heilsuefning eru í raun undirhugtök skilgreiningarinnar. Valdefling felur í sér víðtækari skírskotun og nær í raun yfir þau öll. Þessi skyldu hugtök eru nauðsynlegir þættir í valdeflingu en nægja ekki ein og sér til þess að skilgreina valdeflingu. Við teljum að okkar skilgreining nái að fanga hinn víðtæka anda hugtaksins valdefling.

Valdefling og þátttökurannsóknir

Að okkar mati er hugtakið valdefling eitt af leiðarljósum ljósmæðra í starfi. Útgangspunktur í klínísku starfi ætti alltaf að vera að veita þjónustu þar sem valdefling konunnar/parsins er sett í öndvegi. Í hugtakagreiningu Hermansson og Martensson (2011) á valdeflingu í ljósmóðurfræði benda þær á mikilvægi þess að horfa á barneignarþjónustuna í heild sinni. Það að undirbúa komu barns, takast á við fæðingu og verða foreldri sé ein stærsta umbreyting í lífshlaupi fólks. Þær leggja áherslu á að ljósmóðurfræðin verði að halda áfram að þróast í þá átt að horfa á þá þjónustu sem hún vill veita með þeim hætti að í henni felist tækifæri til valdeflingar. Í skilgreiningu Hermansson og Martensson (2011) felur valdefling í sér fjölbreytilegt og kraftmikið ferli, sem nærir meðal annars skapandi og eflandi samskipti milli ljósmóður og verðandi foreldra, þar sem sambandið byggist á virðingu og heilindum. Með virkum samskiptum myndast möguleiki til að takast á við hvers konar breytingar og þar með er hægt að styrkja kraft parsins og þeirra bjargráð. Með valdeflandi samskipti í huga er þannig mikilvægt að mæta konum á þeim stað sem þær eru og mótun barneignarþjónustunnar þarf að vera í samræði við þær. Í nútímaheilbrigðisþjónustu er vaxandi skilningur á því að mótun þjónustunnar eigi alltaf að vera í samræði og út frá reynslu þeirra sem þjónustuna þurfa (Kristín Björnsdóttir, 2005; Embætti landlæknis, 2014). Það er til eftirbreytni að í Bretlandi hefur skapast sú hefð að við stefnumótun í barneignarþjónustu er alltaf fulltrúi kvenna (eða sá sem þjónustuna þiggur) í stýrinfundinni (NICE, 2014; NCT, RCM og RCOG, 2007). Þetta þyrftum við að taka upp hérlandis þegar stærri ákvarðanir um breytingar á þjónustu fyrir verðandi foreldra eru teknar.

Í þessu samhengi er áhugavert að minnst á þátttökurannsóknir eða starfendarannsóknir (e. action research), sem er ein aðferð eigindlegra rannsókna. Einkenni þeirrar rannsóknaraðferðar er meðal annars að auka gæði eigin starfshátta, en jafnframt að efla notendur þjónustu og vald þeirra yfir eigin lífi og þátttöku í umbótum sem varða þá sjálfa, en hugmyndafræði þátttökurannsókna byggist meðal annars á hugmyndum um valdeflingu (Kristín Þórarinsdóttir og Rúnar

Hjúkrunar- og rekstrarvörur fyrir nýbakaða foreldra

Rekstrarland er stolt af því að geta boðið upp á fjölbreytt úrval af hjúkrunar- og rekstrarvörum fyrir nýbakaðar mæður og foreldra, frá hinum vandaða danska framleiðanda Abena.

Abena framleiðir vörur í hæsta gæðaflokki sem flestar eru svansvottaðar og viðurkenndar af astma- og ofnæmissamtökum.

Hafðu samband við sérfræðinga okkar sem veita faglega ráðgjöf við innkaup og pöntun á þeim heilbrigðisvörum sem óskað er eftir.



Hafðu samband við sérfræðinga okkar sem veita faglega ráðgjöf við innkaup og pöntun á þeim heilbrigðisvörum sem óskað er eftir.



REKSTRARLAND
- léttir þér lífið

Sigþórsson, 2013; McNiff og Whitehead, 2010; McNiff, 2002). Þessi aðferð hefur til dæmis verið notuð í ljósmóðurfræði til að innleiða verkferla með það að markmiði að auka eðlilegar fæðingar í Wales (Hunter, 2007). Nú stendur sömuleiðis yfir þátttökurannsókn á fæðingarvaktinni á Landspítala í tengslum við innleiðslu verkferla sem byggjast meðal annars á nýju módeli um ljósmæðraumönnun sem styrkja umönnun sem byggist á ljósmóðurfræðilegri nálgun/fræðasýn (Berg, Ólafsdóttir og Lundgren, 2012).

Í áðurnefndu námskeiði gerðum við sjálfar rannsóknaráætlun byggða á aðferðum þátttökurannsókna um bætt upplýsingaflæði í meðgönguvernd til foreldra með áherslu á val á fæðingarstað. Þrátt fyrir yfirlýst markmið í klínískum leiðbeiningum um meðgönguvernd um að alltaf eigi að ræða val á fæðingarstað við barnshafandi konu (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2008) virðist í viðtölum við einstaklinga sem valið hafa heima fæðingu hérlandis á árunum 2010–2013 að raunveruleg umræða um fæðingarstað hafi verið lítil í meðgönguvernd. Í rannsóknnum kemur fram að verðandi foreldrar fá hugmyndina um heima fæðingu oft frá öðrum en þeim sem sinna meðgönguvernd (Ásrún Ösp Jónsdóttir, 2014; Elva Björg Einarsdóttir, 2007). Í meistararitgerð Elvu Bjargar Einarsdóttur (2007) í mannfræði var lýst reynslu 20 íslenskra kvenna af vali á fæðingarstað á árunum 1979–2007. Niðurstöður bentu til að konur fá upplýsingar fyrst og fremst með því að sækja þær sjálfar, eins og til dæmis í foreldrafræðslu og með reynslunni. Margar upplifa að þær hafi eitthvað val, en sumar gera það ekki. Þá kemur fram að konur upplifa að sumar ljósmæður í foreldrafræðslu beini konum á tiltekna fæðingarstaði. Í rannsókn Ásrúnar Aspar Jónsdóttur (2014) taka feður undir þetta.

Með þátttökurannsóknnum er með jákvæðum hætti hægt að stuðla að breyttum starfsháttum og jafnframt meta árangur breytinga. Ígrundun er mikilvægur þáttur þátttökurannsókna og felst í að skoða og ígrunda eigið starf til að öðlast meiri og dýpri skilning á því. Þetta krefst þess að spurt sé hvers vegna aðstæður séu eins og þær eru og fá nýja sýn á núverandi vinnustað. Ígrunduð hugsun felur í sér betri skilning á okkur sjálfum, reynt er að kafa í aðstæður til að takast betur á við þær og læra af þeim, en í menntunarfræðum hefur þessi aðferð til dæmis verið notuð mikið til að bæta kennslu (Hafdis Guðjónsdóttir, 2011; Hafþór Guðjónsson, 2011; Kristín Þórarinsdóttir og Rúnar Sigþórsson, 2013).

Margar leiðir eru færar í þessum efnum. Aðferðir þátttökurannsókna eru fjölmargar, svo sem rýnihópar, vettvangsrannsóknir, myndbandsupptökur á starfsvettvangi og svo mætti lengi telja. Mat okkar er að valdeflandi markmið aðferðarinnar eigi vel heima í landslagi ljósmóðurfræða almennt og rannsóknaraðferðin geti stuðlað að bættum starfsháttum ljósmóðurstéttarinnar og þar með bæði ýtt undir valdeflingu verðandi foreldra jafnt sem ljósmæðra í starfi.

HEIMILDASKRÁ:

- Ásrún Ösp Jónsdóttir. (2014). *Reynsla íslenskra feðra af heima fæðingu: „Frábær upplifun, algjörlega rétt ákvörðun fyrir okkur“*. Óbirt meistararitgerð: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild. Sótt af <http://skemman.is/handle/1946/19582>
- Ástríður Stefánsdóttir. (2012). Hvernig ber að skilja sjálfraði? *Ráðstefnurit Netlu – Menntavika 2012*. Sótt af <http://netla.hi.is/menntavika2012/003.pdf>
- Berg, M., Ólafsdóttir, O.A. og Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – in Swedish and Icelandic settings. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3(2), 79–87. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.001.
- Beck, C.T. (2006). Pentadic cartography: Mapping birth trauma narratives, *Qualitative Health Research*, 16(4), 453–466. doi: 10.1177/1049732305285968.
- Edda Kjartansdóttir. (2010). Starfendarannsóknir til valdeflingar, *Ráðstefnurit Netlu – Menntavika 2010*. Sótt af <http://netla.hi.is/menntavika2010/alm/007.pdf>
- Ellis-Stoll, C.C. og Popkess-Wawter, S. (1998). A Concept Analysis on the Process of Empowerment. *Advanced in Nursing Science*, 21(2), 62–68.
- Elva Björg Einarsdóttir. (2007). *Val á fæðingarstað: Sjónarhorn kvenna*. Óbirt meistararitgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild. Sótt af <http://hdl.handle.net/1946/6334>
- Embætti landlæknis. (2014). *Eftun gæði og öryggi í íslenskri heilbrigðisþjónustu. Markmið-framkvæmd-eftirfylgni. Leiðbeiningar embættis fagræðs landlæknis um sjúklingaöryggi*. Sótt af <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item19084/Eftun%20gæði%20og%20öryggi%20210113.pdf>
- Félagsmálaráðuneytið. (2011). Þjónusta við geðfatlað fólk. Stefna og

- framkvæmdaáætlun vegna átaks félagsmálaráðuneytisins 2006–2010. Sótt af http://www.velferdarraduneyti.is/media/gefatladir/Thjonusta_gefatladir_neww_st.pdf.
- Hafdis Guðjónsdóttir. (2011). Rýnt í vinnubrögð starfendarannsókna: Ólíkar leiðir við gagnaöflun. *Ráðstefnurit Netlu – Menntavika 2011*. Menntavísindasvið Háskóla Íslands. Sótt af <http://netla.hi.is/menntavika2011/010.pdf>
- Hafþór Guðjónsson. (2011). Kennarinn sem rannsakandi. *Ráðstefnurit Netlu – Menntavika 2011*. Menntavísindasvið Háskóla Íslands. Sótt af <http://netla.hi.is/menntavika2011/011.pdf>
- Hanna Björg Sigurjónsdóttir. (2006). Valdefling: Glíma við margrætt hugtak. Í Rannveig Traustadóttir (ritstjóri), *Fötuln: Hugmyndir og aðferðir á nýju fræðasviði* (bls. 66–80). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Hermansson, E. og Martensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context – a concept analysis. *Midwifery*, 27, 811–816.
- Hildur Kristjánsdóttir, Jóna Dóra Kristinsdóttir, Anna Björg Aradóttir, Arnar Hauksson, Helga Gottfreðsdóttir, Rúnar Reynisson o.fl. (2008). *Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu*. Klínískar leiðbeiningar. Landlæknisembættið. Sótt af <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/pdfstore93/item2548/version4/4407.pdf>
- Hildur Sigurðardóttir (2009). Já ég þori, get og vil. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstjórar), *Lausnarsteinar, ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 215–239). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Hunter, B. (2007). *The all Wales clinical pathway for normal labour: What are the experiences of midwives, doctors, managers and mothers? Project Report*. Swansea: Institute of Health Research, School of Health Science, Swansea University. Sótt af http://orca.cf.ac.uk/18745/1/NLP_final_report%5B1%5D.pdf
- ICM (International Confederation of Midwives). (2008). *International code of ethics for midwives*. Sótt af http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20ENG%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
- Kristín Björnsdóttir. (2005). *Líkami og sál. Hugmyndir, þekking og aðferðir í hjúkrun*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Kristín Þórarinsdóttir og Rúnar Sigþórsson. (2013). Starfenda- og þátttökurannsóknir. Í Sigfríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 347–359). Akureyri: Ásprent Stíll ehf.
- NCT (National Childbirth Trust), RCM (The Royal College of Midwives) og RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists). (2007). *Making normal birth a reality. Consensus statement from the maternity care working party: our shared views about the need to recognize, facilitate and audit normal birth*. Sótt af <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/NormalBirthConsensusStatement.pdf>
- NICE (National Institute for Clinical Excellence). (2014). *Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth*. Sótt af <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-recommendations>
- McNiff, J. (2002). *Action research for professional development: Concise advice for new action researchers*. Sótt 20. apríl 2014 af <http://jeanmcniff.com/ar-booklet.asp>
- McNiff, J. og Whitehead, J. (2010). *You and your action research project* (3. útgáfa). Oxon: Routledge.
- Sigfríður Inga Karlsdóttir og Sigfríður Halldórsdóttir. (2009). Efling kvenna í barneignarferlinu með áherslu á fagmennsku ljósmæðra. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstj.). *Lausnarsteinar. Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 144–171). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Sigfríður Guðmarsdóttir (2015). Bræði, brjóst, bylting: Úr dagbók geðilla feministans. *Knú – feminískt vefrit – 27. mars*. Sótt af <https://knuz.wordpress.com/2015/03/27/bræði-brjóst-bylting-ur-dagbok-geðilla-feministans/>
- Sigfríður Halldórsdóttir (2003a). Eflandi og niðurbrotandi samskiptahættir og samfélög. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 79(4), 6–12.
- Sigfríður Halldórsdóttir (2003b). Efling eða niðurbrot: Kenning um samskiptahætti og áhrif þeirra. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 79(3), 10–16.
- Útanríkisráðuneytið og Þróunarsamvinnustofnun Íslands. (2013). *Jafnréttisstefna á sviði alþjóðlegrar þróunarsamvinnu Íslands*. Sótt af <http://www.utanrikisraduneyti.is/media/throunarsamvinna/UTR-Jafnréttisstefna-2013.pdf>
- Walker, L.O. og K.C. Avant. (2005). *Strategies for theory construction in nursing*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Walsh, D. (2008). Promoting normal birth. Í Downe, S. (ritstjóri). *Normal Childbirth, Evidence and Debate* (2. útgáfa), (bls. 175–188). Edinburgh: Churchill, Livingstone.

„Þú ert komin, váááá, ég trúi ekki að þú sért komin“



Rut Guðmundsdóttir
Nýútskrifuð ljósmóðir

Venja er að í vorhefti Ljósmæðrablaðsins sé birt verkefni sem unnið er af nema í ljósmóðurfræði um efni sem er ofarlega á baugi í umræðunni. Hér á eftir er frásögn af eðlilegri fæðingu frumbyrju, en sú kona sagði að hún hefði alltaf haft þá trú að hún gæti fætt barnið sitt eðlilega. Margar barnshafandi konur segjast vera opnar fyrir öllu varðandi fæðinguna þó auðvitað óski konur almennt þess að fæðing þeirra verði eðlileg. Ýmsir halda því fram að það sé óheppilegt að hafa of mótaðar væntingar um það sem koma skal, konan geti þá orðið fyrir vonbrigðum og jafnvel fyllst sektarkennd. En er sú orðræða ekki partur af þeirri tæknivæðingu sem er raunveruleikinn í dag? Mér finnst vera ákveðinn samhljómur með að „engin fæðing sé eðlileg fyrr en hún er afstaðin“ og „að leggja áherslu á að vera opin fyrir öllu“.

Fyrir um 25 árum fóru konur að koma í fæðingu á LSH með „óskalista“ þar sem tilgreint var hvernig þær vildu láta annast sig í fæðingunni og hverjar óskir þeirra voru t.d. varðandi verkjamæðferð. Þá var ég ljósmóðurnemi og ég minnst umræðunnar á fæðingavaktinni þegar „listakona“ meldaði sig. Erum við á öðrum stað núna? Við erum alltaf að reyna að gera okkar besta og á hverjum tíma teljum við okkur byggja starf okkar á gagnreyndri þekkingu og mæta konunum þar sem þær eru. En við, eins og konurnar, erum hluti af þessu flókna samhengi þar sem skipulag stofnana, þekking og gildismat fagfólks, lög og reglugerðir, klínískar leiðbeiningar og kostnaður, svo eitthvað sé nefnt, skapa það umhverfi sem við vinnum í. Ég vona að dæmið sem hér fer á eftir vekji umræður meðal ljósmóðra.

Helga Gottfreðsdóttir

Lilja er 23 ára kona sem kom á fæðingavaktina til að fæða sitt fyrsta barn. Hún missti vatnið snemma morguns og kom í skoðun á deildina þar sem legvatnsleki var staðfestur. Hún fór aftur heim og stuttu síðar byrjaði hún að finna fyrir samdráttum. Í fyrstu voru þeir óreglulegir en svo lengdust þeir og styrktust og bilið á milli þeirra styttest. Hún kom, ásamt barnsföður sínum, aftur upp á fæðingardeild

um kl. 15, þá voru 3–5 mínútur á milli hríða sem voru x(x) að styrkleika og vörðu í tæplega minútu. Lilja var mjög róleg og andaði sig í gegnum hverja hríð fyrir sig. Hún var í baðinu í góða stund en þegar ég tók við vaktinni kl. 23 sat hún í rúminu með lokuð augun algjörlega í eigin heimi. Svo mikil ró var á fæðingarstofunni að það mátti heyra saumnál detta. Ljósmóðirin sagði mér að hún væri ekkert búin að skoða Lilju en hún væri búin að vera í hörkusótt síðan um kvöldmatarleytið. Í fyrstu vissi ég ekki alveg hvernig ég átti að ná sambandi við Lilju því ég vildi helst ekki trufla hana. Ég lét hana bara vita af mér og sagði henni að hún væri að gera þetta svo vel. Mér fannst eins og við næðum fljótlega tengingu, það þurfti einhvern veginn ekki mikið til. Hún vissi af mér og ég fylgdist með henni. Fljótlega fór Lilja að stynja aðeins með hriðunum og finna fyrir vægri rembingsspörf. Hún bað mig um að gera innri skoðun og í ljós kom að útvíkkun var lokið og kollar í -1 við spinae. Lilja rembdist nú af auknum krafti en var áfram með lokuð augun og studdist við djúpa öndun á milli hríða. Þegar kollurinn stóð á spönginni fann ég að hún kipptist til og ætlaði að fara að öskra en svo sagði hún „nei“ við sjálfa sig og byrjaði aftur að anda djúpt. Nokkrum mínútum síðar fæddist spræk stúlka sem fór beint í fang móður sinnar. Lilja opnaði augun og ljómaði öll upp. Konan sem hafði varla sagt stakt orð í fæðingunni grét nú af gleði og sagði aftur og aftur: „Þú ert komin, váááá, ég trúi ekki að þú sért komin“.

Íhugun

Í verknámi mínu á fæðingavakt Landspítalans í haust hefur hugarfar kvenna og fæðingarundirbúningur verið mér hugleikinn. Ég hef lagt það í vana minn að spyrja konur sem ég tek á móti hvort þær hafi einhverjar óskir varðandi fæðinguna og yfirleitt er svarið eitthvað í þá átt að þær komi með opnum hug og vilji ekki útiloka neitt. Sumar segjast vilja reyna að gera þetta sjálfar en halda öllum kostum opnum en aðrar eru harðákveðnar í því að fá mænurótardeyfingu og láta vita af því strax við komu á deildina. Lilja trúði því allan tímann að hún væri þess megnug að fæða barn og að líkami hennar vissi hvað hann

væri að gera. Mér fannst það svo áberandi í þessari fallegu fæðingu hvað Lilja hafði mikla trú á sjálfri sér og fæðingunni og þá fór ég að hugsa um hvað það er alengt að konur séu hræddar í fæðingunni, ekkert endilega þannig að hræðslan taki yfirhöndina heldur skína í gegn efasemdir um eigin getu. Ég spurði Lilju áður en ég fór heim af vaktinni hvernig hún hefði undirbúið sig fyrir fæðinguna og hvernig fæðingu hún hafi séð fyrir sér. Hún sagðist hafa farið í jóga, lesið sér til og allan tímann stefnt að náttúrulegri fæðingu. Ég spurði hana hvort hún hefði verið hrædd á einhverjum tímum, fyrir eða í fæðingunni. Hún neitaði því og sagðist frekar hafa hlakkað til að takast á við fæðinguna. Lilja sagðist hafa verið alveg róleg í fæðingunni því hún hafi fundið að líkaminn vissi hvað hann var að gera.

Þegar ég var lítil stelpa varð ég oft svolítið öflug og pirruð þegar ég náði ekki tökum á því sem ég tók mér fyrir hendur. Þá var pabbi vanur að segja við mig að það skipti svo miklu máli að vera jákvæður, þá gengi allt svo miklu betur. Nú langar mig til að nota tækifærið og kanna hvort þessi speki föður míns eigi við þegar kemur að upplifun kvenna og útkomu fæðinga. Auka jákvæð viðhorf kvenna til fæðingarinnar líkur á eðlilegri fæðingu, jákvæðri útkomu eða góðri upplifun? Hafa hræðsla og neikvæð viðhorf neikvæð áhrif? Skiptir máli að vita hvað maður vill eða er betra að vera opin fyrir öllu og taka því sem að höndum ber?

Áhrif viðhorfa á fæðinguna

Árið 1987 var gerð stór rannsókn í Bretlandi þar sem væntingar og viðhorf barnshafandi kvenna til fæðingarinnar voru könnuð. Einnig voru ýmis atriði varðandi fæðinguna og útkomu hennar skoðuð. Rannsóknin var svo endurtekin árið 2000 til að athuga hvort breytingar hefðu orðið á viðhorfum kvenna síðustu áratugi. Í ljós kom að konur voru marktækt jákvæðari í garð inngripa árið 2000 en þær höfðu verið 1987. Konur með minni menntun og ungar konur voru almennt jákvæðari en aðrar konur fyrir inngripum. Samband var á milli viðhorfa og fæðingarmáta, auknar líkur voru á áhald- og keisarafæðingu ef konur voru jákvæðar í garð inngripa og voru þær sem voru mjög jákvæðar tvöfalt líklegri til þess að enda í áhald- eða keisarafæðingu en þær sem voru neikvæðar í garð inngripa. Til að kanna þetta samband nánar voru gerðar tölfraðiprófanir á áhrifum ýmissa þátta sem vitað er að hafa áhrif á fæðingarmáta, eins og gangsetningar, örvanir og mænurótardeyfingar. Í ljós kom að þegar þessir þættir eru teknir með inn í jöfnuna þá voru viðhorf til inngripa ekki lengur marktækur áhrifaþáttur. Viðhorf til inngripa hafði ekki áhrif á líkur á gangsetningu eða örvun en tengdist á marktækan hátt notkun mænurótardeyfinga. Konur sem voru jákvæðari í garð inngripa voru 2,5 sinnum líklegri til að fá mænurótardeyfingu og konur sem fengu deyfingu voru 5,93 sinnum líklegri til að lenda í áhald- eða keisarafæðingu þegar búið var að útiloka áhrif menntunar, aldurs, fjölda barna, gangsetningar, örvunar og viðhorfa til inngripa. Mikil aukning var á notkun mænurótardeyfinga milli ára en á sama tíma hafði hlutfall þeirra kvenna sem óttuðust sársauka fæðingarinnar aukist verulega. Það getur verið varasamt að draga ályktanir um orsakasamband á milli mænurótardeyfinga og fæðingarmáta þar sem mænurótardeyfing er oft á tíðum viðbragð við erfiðri fæðingu en áhugavert var að einnig var samband á milli fæðingarmáta og viðhorfum kvenna á meðgöngu til mænurótardeyfingar, óháð því hvort þær enduðu með því að fá deyfingu eða ekki (Green, Baston, Easton og McCormic, 2003; Green og Baston, 2007).

Í sænsk-ástralskri rannsókn var gerð tilraun til að kanna áhrif hræðslu, viðhorfa og trúar á fæðingunni á fæðingarmáta og fæðingarupplifun. Ýmsir spurningalistar voru lagðir fyrir konur á meðgöngu og þær svo flokkaðar í þrjá hópa eftir svörum við þeim. Konur sem höfðu sterkar skoðanir á fæðingunni og voru ekki hræddar flokkuðust í sjálfsákvörðunarhóp, þær konur sem höfðu ekki fastmótuð viðhorf til fæðingarinnar og vildu halda öllum möguleikum opnum flokkuðust í „taka því sem koma skal“ hóp. Í þriðja hópinn, hræðsluhóp, flokkuðust svo konur sem lýstu

yfir áhyggjum og hræðslu við fæðinguna á meðgöngu. Í ljós kom að viðhorf til fæðingar hafði mikil áhrif á útkomu hennar. Konur í sjálfsákvörðunarhópnum voru lang líklegastar til þess að fæða um fæðingarveg án áhalds eða 44% kvennanna. Aðeins 27% kvenna í hræðsluhópnum og 29% kvenna úr „taka því sem koma skal“ hópnum fæddu um fæðingarveg án áhalds. Konurnar í hræðsluhópnum voru einnig líklegri en konurnar í sjálfsákvörðunarhópnum til þess að upplifa fæðinguna á neikvæðan hátt (Haines, Rubersson, Pallant og Hildingsson, 2012). Upplifun kvenna af fæðingunni er afar mikilvægur þáttur þegar horft er á útkomu fæðinga. Sambandið á milli fæðingarupplifunar, sársauka og verkjalyfjanotkunar er flókið en rannsóknir sýna að konur sem óttast sársaukann sem fylgir fæðingunni séu líklegri til að lýsa neikvæðri upplifun. Svo virðist þó vera að jákvæðar væntingar kvenna, stuðningur umönnunaraðila í fæðingu, gæði sambandsins við umönnunaraðila og áhrif kvenna á ákvarðanatöku séu það mikilvægir þættir þegar konur meta upplifun sína af fæðingum að þeir yfirskyggja áhrif annarra þátta eins og verkja, inngripa, fæðingarundirbúning og félagslega stöðu (Hodnett, 2002).

Ekki er nóg að konur viti hvað þær vilji í fæðingu ef umhverfið sem þær eru í styður ekki á fullnægjandi hátt við viðhorf og væntingar þeirra. Nýverið var gerð eigindleg rannsókn þar sem sýn 22 kvenna á vali og væntingum í tengslum við fæðinguna var skoðuð í samhengi við fæðingarreynsluna sjálfa. Í ljós kom að konurnar upplifðu sjálfar sig í neytendahlutverki í fæðingarundirbúningnum þar sem þeim fannst eins og þær gætu valið hvernig fæðingu þær vildu upplifa. Flestar konurnar sóttust eftir eins náttúrulegri fæðingu og mögulegt var og vildu sem fæst inngrip. Helmingur kvennanna endaði í keisaraskurði og aðeins tvær konur fæddu án allra inngripa. Þrátt fyrir áætlanir og upplýstar ákvarðanir fyrir fæðinguna þá virtist erfitt fyrir konurnar að halda áfram að vega og meta kosti og galla þegar inn í fæðinguna var komið. Margar konur lýstu snjóboltaáhrifum þess þegar fyrsta inngripid kom til sögunnar og að þær hefðu ekki haft forsendur til þess að taka ákvarðanir um það sem fylgdi á eftir. Konurnar upplifðu að ýmsir valmöguleikar hefðu verið í boði í aðdraganda fæðingarinnar en þegar á hólminn var komið og boltinn farinn að rúlla upplifðu þær ákveðið valdleysi. Þær voru yfirleitt þakklátar heibrigðisstarfsmönnum en kenndu sjálfum sér um ef reynsla þeirra var ekki í samræmi við væntingar (Malacrida og Boulton, 2014).

UMRÆÐUR

Margt bendir til þess að útkoma fæðinga og fæðingarupplifun tengist tilfinningum og mótun viðhorfa á meðgöngu. Að stefna að jákvæðri upplifun kvenna af fæðingunni hlýtur að vera eitt af meginmarkmiðum ljósmæðraþjónustu á meðgöngu og í fæðingu og því mikilvægt að ljósmæður séu meðvitaðar um áhrif viðhorfa og væntinga þar á. Það gæti verið sérstaklega mikilvægt fyrir ljósmæður að gefa þeim konum gaum sem ekki hafa sérstakar óskir eða væntingar til fæðingarinnar. Sá hópur virðist viðkvæmur og líklegri til að lenda í áhald- eða keisarafæðingu en þær sem hafa skoðanir á fæðingunni og eru ekki hræddar (Haines o.fl., 2012). Ég velti því fyrir mér hvort hlutleysi ljósmæðra þegar þær fræða konur um fæðingu og fæðingarundirbúning sé ef til vill of mikið. Þar sem tengsl viðhorfa og útkomu fæðinga virðist helst liggja í gegnum notkun mænurótardeyfinga gæti aukin vitundarvakning um áhrif deyfingarinnar á fæðingar haft áhrif á viðhorf kvenna í hennar garð og minnkað notkun hennar.

Fæðingin hennar Lilju var svo ótrúlega lærdómsrík fyrir mig. Það var ekki beint vegna þess að eitthvað gerðist eða gerðist ekki heldur var það sjálfsöryggi hennar, róin og trúin á eigin getu sem vakti mig til umhugsunar um svo ótalmargt. Ég fór að hugsa um hvað það er mikilvægt fyrir mig sem ljósmóðurnema að komast í snertingu við náttúrulegar fæðingar í náminu til þess að læra að þekkja og treysta lífeðlislegu ferli. Það væri óskandi að á höfuðborgarsvæðinu væri líka fæðingarstaður sem legði áherslu á náttúrulegar fæðingar. Annars er hætt við því að dýrmat ljósmæðraþekking tapist smá saman því að

þar sem inngrip eru algeng verða þau sjálfsögð og þá minnkar þekking og traust á ótruflað ferli fæðingarinnar (Crabtree, 2004).

Ég hlakka til að fara aftur í verknám í mæðraverndina og kynnast því nánar hvernig ljósmæður sem þar starfa vinna með viðhorf og væntingar kvenna til fæðingarinnar. Gaman væri að skoða nánar hvaða þættir það eru sem hafa áhrif á viðhorf kvenna og hvernig hægt sé að styrkja og efla konur í trú sinni á eigin getu.

HEIMILDASKRÁ

Crabtree, S. (2004). Midwives constructing 'normal birth'. Í S. Downe (ritstjóri).

Normal Childbirth: evidence and debate (bls. 85–99). London: Churchill Livingstone.

Green, J., Baston, H., Easton, S. og McCormic, F. (2003). *Greater Expectations? Inter*

relationships between women's expectations and experiences of decision making, continuity, choice and control in labour, and psychological outcomes. Leeds: Mother & Infant Research Unit.

Green, J.M. og Baston, H.A. (2007). Have women become more willing to accept obstetric interventions and does this relate to mode of birth? Data from a prospective study. *BIRTH*, 34(1), 6–13.

Haines, H.M., Rubersson, C., Pallant, J.F. og Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(55), 1–14.

Hodnett, E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 160–172.

Malacrida, C. og Boulton, T. (2014). The best laid plans? Women's choices, expectations and experiences in childbirth. *Health*, 18(1), 41–59.



yes lífrænt sleipiefni fyrir elskendur

Konur sem eru komnar á breytingaskeiðið, hafa nýlega eignast barn, verið í meðferð við krabbameini eða vegna langtíma veikinda eiga oft við þurrk í leggöngum að stríða.

■ Fjallað hefur verið um YES lífræna sleipuefnið í mörgum helstu tímaritum í Bretlandi. Þar er meðal annars haft eftir Anne Brember, yfirhjúkrunarfræðingi á krabbameinsdeild á Basingstoke og North Hants Hospital í Bretlandi: „Ég tel að Yes lífræna sleipiefnalínan sé kærkomin lausn fyrir skjólstæðinga okkar sem þjást af þurrki í leggöngum og á kynfærasvæði í kjölfar krabbameinsmeðferðar.“

■ Yes línan er sérstaklega hönnuð fyrir konur sem eiga við þurrk að stríða í leggöngum og slímhúð

■ Yes sleipiefnin eru unnin úr lífrænum innihaldsefnum og hefu hlotið lífræna vottun frá The Soil Association, Bristol UK

■ Yes sleipiefnin innihalda engin aukaefni eða skaðleg efni sem geta verið ertandi fyrir slímhúðina

■ Yes sleipiefnin innihalda bæði olíubasa (oil based) og vatnsbasa (water based) sem er hægt að nota með gúmmíverjum

■ Yes sleipiefnin klístrast ekki og eru rakagefandi fyrir slímhúðina

YES línan fæst í apótekum og heilsuverslunum. Nánari upplýsingar eru á www.icecare.is

Meðganga og Staphylococcus lugdunensis

Á innan við einu ári hafa rekið á fjörur mínar tvær þungaðar konur, búsettar á sitt hvoru landshorninu, í auka mæðraskoðun vegna verkja og óþæginda. Báðar lýstu svipuðum einkennum. Voru þær gengnar yfir 34 vikur og áttu von á öðru barni. Báðar konurnar voru með þrýstingsverki/samdrætti og eymsli yfir legi, þrýsting niður í leggöng auk ríkulegrar gulgrænleitrar útferðar. Héldu þær jafnvel að legvatn væri farið að renna, sem ekki reyndist vera. Eðlileg lífsmörk mældust hjá þeim og hjartsláttarrit voru eðlileg. Vegna einkenna var tekið stök frá leggöngum og sent í ræktun, næmispróf og talningu (RNT). Hjá annarri konunni var strokið endurtekið og sent til Reykjavíkur í nánari skoðun, þar sem erfitt var að greina sýnið.

Niðurstöður ræktunar hjá báðum þessum konum sýndu að þær voru með *Staphylococcus lugdunensis* í leggöngum. Kemur það heim og saman við lýsingu kvennanna á útferðinni sem var gulgrænleit eins og einkennir vöxt *S. lugdunensis* (Babu og Oropello, 2011).

Næmi var fyrir venjulegum sýklalyfjum eins og penicillini og erythromycini. Fengu þær báðar sýklalyf á meðgöngunni og fór fljótlega að líða betur og urðu einkennalausar. Önnur kvennanna hefur fætt þegar þetta er skrifað og gekk fæðing eðlilega fyrir sig. Ekki var merki um sýkingu hjá konu eða barni í kjölfar hennar. Hin er enn í meðgöngu, en líður mikið betur og upplifir ekki lengur þau einkenni sem hún lýsti við komu í mæðraverndina.

Staphylococcus lugdunensis er grampósítív baktería, coagulase negatív, sem fyrst var lýst af Freney og félögum árið 1988. Er nafn hennar dregið af latnesku heiti borgarinnar Lyon í Frakklandi, þar sem hún greindist fyrst (Babu og Oropello, 2011; Shah o.fl., 2010). Hefur verið sýnt fram á að *S. lugdunensis* tengist sýkingum í hjartapeli, blóði, veldur bráða ígerðum (septic shock og toxic shock syndrome), bráðum munnsýkingum og þvagfærasýkingum. *Staphylococcus lugdunensis* er einnig þekktur orsakavaldur fyrir sýkingum í liðum, beinum og húð, ekki síst í tengslum við skurðaðgerðir, svo og í taugakerfi, það er mænu og heila. Þá hefur *S. lugdunensis* verið tengd alvarlegum sýkingum hjá mæðrum eftir fæðingu, hefur ræktast úr legvatni við keisaraskurð og þekkt fyrir að valda nýburasýkingum (Marchocki o.fl., 2013; Shaaban, Choo og Sensakovic, 2011; Shah o.fl., 2010; Srun o.fl. 2013). Þessir greinahöfundar taka þó fram að þörf sé á frekari rannsóknum tengdum *S. lugdunensis*. Sýnt hefur verið fram á að sýking af völdum *S. lugdunensis* hefur valdið fósturláti hjá kúm (Ardigò, D'Incau og Pongolini, 2014) og nefna höfundar að þessi baktería sé vangreind og ætti að hafa hana í huga þegar leitað er eftir orsökum sýkinga.

Í ýmsum þeim greinum sem hér er vitnað til er *S. lugdunensis* (Ardigò, D'Incau og Pongolini, 2014; Marchocki o.fl., 2013) talin vera oft misgreind sem *Staphylococcus aureus*. Kemur það heim



Björg Sigurðardóttir
Ljósmyndir B.ed., M.Sc á
heilbrigðisstofnun Suðurnesja

og saman við það sem lífeindafræðingar þeir sem rannsökuðu þessi sýni sögðu. Nefndu þeir að *S. lugdunensis* væri jafnvel ekki greind rétt þar sem það þarf fleiri próf og lengri tíma til að greina hana en ýmsa ættingja hennar. Þess vegna sé gott að muna eftir tilvist hennar þegar staphylococcar greinast í sýnum (munaleg heimild Sigurlaug Þráinsdóttir, 23. október 2014).

Af þessari litlu samantekt um tvö atvik í mæðravernd á árinu 2014 sem tengjast *Staphylococcus lugdunensis* tel ég að hafa beri í huga að taka sýni frá leggöngum hjá konum á meðgöngu sem lýsa óþægindum og vanlíðan eins og raunin var í þessum atvikum og láta rækta og greina eins nákvæmlega og kostur er. Komi í ljós að þær greinist með *Staphylococcus lugdunensis* er rétt að meðhöndla þær með viðeigandi sýklalyfjum til varnar frekari einkennum og minnka með því líkur á að kona og barn veikist alvarlega.

HEIMILDASKRÁ

- Ardigò, P., D'Incau, M. og Pongolini, S. (2014, 7. október). Abortion in cattle due to infection with *Staphylococcus lugdunensis*. *Journal of Veterinary Diagnostic Investigation*. doi: 10.1177/1040638714550182
- Babu, E. og Oropello, J. (2011). *Staphylococcus lugdunensis*: The coagulase-negative staphylococcus you don't want to ignore. *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 9(10), 901–907. doi: 10.1586/eri.11.110
- Marchocki, Z., Collins, K., Lehane, E., O'Reilly, P. og O'Donoghue, K. (2013). *Staphylococcus lugdunensis* cultured from the amniotic fluid at caesarean section. *Plos One*, 8(2): e56373. doi:10.1371/journal.pone.0056373
- Shaaban, H.S., Choo, H.F. og Sensakovic, J.W. (2011). A case of staphylococcus *lugdunensis* related pyomyoma occurring after caesarean section. *Journal of Global Infectious Diseases*, 3, 101–102.
- Shah, N.B., Osmon, D. R., Fadel, H., Patel, R., Kohner, P.C. Steckelberg J.M. o.fl. (2010). Laboratory and clinical characteristics of staphylococcus *lugdunensis* prosthetic joint infections. *Journal of Clinical Microbiology*, 5, 1600–1603. doi: 10.1128/JCM.01769-09.
- Srun, S., Sinath, Y., Seng, A.T., Chea, M., Borin, M., Nhem, S., o.fl. (2013, 15. ágúst). Surveillance of post-caesarean surgical site infections in a hospital with limited resources, Cambodia. *The Journal of Infection in Developing Countries* 7(8): 579–585 doi:10.3855/jidc.2981



Upplifun af störfum ljósmóður í Tansaníu

Sem nýútskrifuð ljósmóðir eftir fjögurra ára nám í ljósmóðurfræðum í Hollandi hafði ég mikinn áhuga á að fara til þróunarlands til að fá að kynnst í mýflugumynd mæðravernd og fæðingum þar. Ekki yrði leiðinlegt að fá að taka á móti nokkrum börnum og nýta þekkingu og krafta áhugasamrar „nýfæddrar“ ljósmóður sem var tilbúin í allt og vildi láta gott af sér leiða. Það var úr mörgum löndum að velja, en Tansanía var valin eftir að ebóla geisaði í löndunum í kringum Ghana sem ég ætlaði upphaflega til. Allar bólusetningar voru fengnar og þegar malariutöflur, spritt, sápur, hanskar, hlustunarpípa, blóðþrýstingsmælir, naflastrengsklemmur, pennar (já, þá færðu ekki á spítalanum sem ég vann á), sterílar þurrkur og margt fleira var komið ofan í tösku þá mátti fjögurra vikna ævintýrið byrja. Áætlunin var að vera þrjár vikur í sjálfbóðavinnu á Maternity Clinic í borginni Arusha. Þessi ferð í fyrrihaust var mín fyrsta upplifun af Afríku sunnan Sahara-eyðimerkurinnar.

Þegar ég hugsa til baka til að lýsa upplifun vinnunnar veit ég ekki hvar eða hvernig ég á að byrja. Fyrsta daginn var mér fylgt á

sjúkrahúsið aftan á skellinöðru (að sjálfsgöðu enginn hjálmur og hvorki umferðarreglur né malbik) þar sem ég hitti yfirlækninn. Ég vissi ekki hvort hann væri ánægður að fá mig eða ekki. Honum fannst allavega lítið til þess koma að ég væri nýútskrifuð og fylgdi mér yfir í fæðingarálmuna. Þar var eitt rými með um þrjátíu rúmum, örugglega fimmtíu ára gömlum, skipt í tvennt með nokkrum slitnum og þunnum gardinum. Öðrum megin voru konur í fæðingu (frá fjórum cm) og hinum megin voru sængurkonur. Þar lágu ein til þrjár konur (með nýfæddu börnin sín) í hverju rúmi með teppi (sem voru aldrei þvegin) og mishreinu laki með engan kodd. Tvö rúm voru fyrir ljósmóður til að hvíla sig í en þar lágu einnig nokkrar. Það var hlegið að mér þegar ég kom og lítið yrt á mig. Ég var heppin að fyrsta daginn var belgísk ljósmóðir einnig í sjálfbóðastarfi og ég elti hana eins og skugginn. Mér voru gefnar skúringagræjur til að skúra steypugólfíð og ein ljósmóðir stóð yfir mér og sagði allskonar hluti eins og að ég væri lengi, hvort ég væri nokkuð löt eða þreytt og sagði eitthvað við fólkið á swahili í kring og þá var mikið hlegið.

Ég fann einn krana með rennandi köldu vatni en enga sápu. Það var sótthreinsandi gel í húsinu en það var bara notað fyrir doppler tækið sem aðeins yfirlæknirinn mátti snerta. Það var á morgnana þegar hann gekk á milli kvennanna í fæðingu og hlustaði á fösturhjartsláttinn. Ávallt notaði ég hanska og var með mína eigin sápu, sótthreinsandi gel og hlustunarpípu. Næstu daga fékk ég fleiri verkefni, eftir að hafa skúrað í upphafi vinnudags. Ég passaði mig að koma fram af kurteisi við samstarfsfélaga mína þrátt fyrir mjög misjafna framkomu af þeirra hálfu.

Fæðingar voru eins og á færbandi og ferlið var þannig að konur frá 0–4 cm útvíkkun voru í annarri byggingu (sjá mynd 2), frá 4–10 cm fóru þær yfir í fæðingar- og sængurkvennaálmuna. Stundum var hlustað á hjartsláttinn hjá barninu með hlustunarpípu en innri skoðun var framkvæmd þegar hentaði og ekki mátti líða minna en 3–4 klst. á milli. Aðeins þegar sást í kollinn var þeim vipað yfir í annað skítugt og lítið herbergi þar sem tveir bekkir voru til að fæða barnið (með gardinu á milli sem annar sjálfbóðaliði hafði gefið). Þegar kollurinn var að fæðast var alltaf ýtt með miklum krafti á fundus uteri með báðum höndum þangað til að allt barnið var komið út. Langoftast var klippt strax á naflastrenginn þegar barnið var fætt, nema þegar ég eða belgíska ljósmóðirin tókum á móti. Þá gerðum við í því að vera hægari í vinnubrögðum þegar við bundum teygjuna á naflastrenginn. Teygjan sem var notuð var neðsti hluti hanskanna.

Í einni fæðingu kom fylgjan ekki öll og þá fór ljósmóðirin inn í legið með alla höndina og náði í hinn hlutann, með öskrum og látum fæðandi konunnar. Svo get ég varla hugsað um hvernig var saumað, svo hrikalegt var það, líka vegna þess að staðdeyfangin var ekki alltaf notuð þrátt fyrir að hún var til staðar! Mér var ekki treystandi til saumaskaparins að þeirra mati og fékk því (miður) aldrei að spreyta mig á því sviði. Svo fannst mér magnað að um leið og fæðingunni var lokið var settur þykkur bómull á milli fótanna og



Vala og Kate (vinstri) sem er frá Englandi, hún stefnir á að fara í nám í lækisfræði og í mæðraverndinni.



Í þessari byggingu voru 4 rúm. Bæði inni og fyrir utan voru konur á forstigi fæðingar. Þegar virkt stig fæðingar byrjaði, gengu þær yfir í fæðingarálmuna.

konurnar stóðu upp og gengu aftur yfir í hitt rýmið með allt dótið sitt. Þær þurftu nefnilega sjálfar að koma með mat (sem fáar voru með) og drykk sem var oftast te. Einnig voru þær með dúka sem notaðir voru sem fót fyrir móðurina, teppi fyrir barnið, lak undir þær í fæðingunni sjálfri og tvær plastfötur; ein var fyrir óhreint tau og hin ef þær köstuðu upp. Það var engin gleði í kringum þetta ferli, ekkert bros, engin tilkynning hvort strákur eða stelpa væri fædd/fæddur né hamingjuóskir. Ef fæðandi konan öskraði mikið þá var hún slegin í lærið eða í andlitið. Ég veit ekki hvort þessir siðir og venjur eru vegna trúarbragða, lífshörkunnar eða lítillar vonar um gott líf. Matarpásur voru einnig sérstakar, aldrei sást neinn borða en annað slagið fá sér að drekka. Í fyrstu vikunni fékk ég mér samloku eða banana fyrir utan bygginguna. Þá var mikið horft á mig (reyndar alltaf vegna þess að ég er með hvíta húð) og eftir nokkra daga fattaði ég að þetta væri líklega ekki videigandi þar sem fólkið átti varla fyrir mat. Á hverjum degi skutlaði sami 23 ára gamli strákurinn mér og sótti mig í vinnuna á skellinöðrunni en ég borgaði honum 180 krónur fyrir, sem eru miklir peningar þar. Hann sagðist vera að safna til þess að geta farið í skóla. Ótrúlegt en satt þá fannst mér ég vera öruggari hjálmlaus aftan á hjá honum en að ferðast ein gangandi eða með strætó.

Einn vinnudaginn var kona í fæðingu með um þriggja cm lag af hjúg á kúlunni og alls staðar var hjúgur. Blóðþrýstingurinn var 160/105 mm Hg, hún fékk blóðþrýstingslækkandi lyf (e. trandate/labetalol) og saltvatn í æð. Konan var mjög veik af meðgöngueitrun og erfitt var að ná sambandi við hana. Kviðurinn var svakalega stór og bjóst ljósmóðirin við tvíburum. Tilkynnt var að það ætti að færa hana yfir á annað sjúkrahús þar sem hún fengi betri umönnun, en hún var síðan ekki flutt af einhverjum ástæðum. Þegar konan var búin að umla í margar klukkustundir án framgangs var samdráttarlyfi (e. syntocinon) sprautað í saltvatnspokann og hraðað á drippinu. Mér var falið að taka á móti en yfirljósmóðirin fylgdist náði með og stjórnaði hverju skrefi fyrir sig. Eftir nokkurn tíma fæddist 2500 gramma sonur sem grét strax, og lá hitt barnið í höfuðstöðu en hátt uppi. Síðan var beðið, konan lá í móki og yfirljósmóðirin stóð nokkra metra í burtu með hendur í kross. Það liðu 15 mínútur og ekkert gerðist. Mér var sagt að bíða eftir 10 cm útvíkkun og að barnið myndi birtast. Ég náði í doppler tækið. Ég ætlaði sko ekki að standa þarna og gera ekki neitt og láta lítið barn deyja á meðan ég beið! Jú, hjartslátturinn var eðlilegur. Fjörðíu mínútum eftir fyrsta barnið biðum við enn... Ég hlustaði oft og var létt þegar ég heyrði 120 sl/mín. Tíu mínútum síðar kom annar 2500 gramma drengur en ekki jafn sprækur og bróðir hans. Apgar stig eftir fimm mínútum var 7. Þá var tími fyrir fylgjurnar, fundus uteri var við rifbeininn. Ég hugsaði: „Bíddu, getur verið að það sé eitt barn í viðbót þarna inni?“ Í sömu andrá kom blóðflód og fylgjurnar komu

(sem betur fer) en áfram hélt að blæða. Ekkert virtist virka, hvorki syntocinon né nudd, og kallað var í lækna. Hlutirnir gerðust mjög hægt og starfsfólkið var rólegt. Ég fór strax að mæla púlsinn, sem var uppúr öllu valdi, og blóðþrýstinginn, sem var lækkandi, og sagði að það yrði að tæma þvagblöðruna. Það var ekkert hlustað á mig, enda voru þau búin að taka yfir umönnunina. Eftir um fimmtíu mínútur var hún færð í sjúkrabílinn, sem var frá áttunda áratugi síðustu aldar og engan veginn búinn neinum græjum (sjá mynd 4), með ljósmóður sem framkvæmdi bimanual þrýsting (e. bimanual compression) og var flutt á annan spítala. Síðar frétti ég að konan hefði lifað af og fengið blóðgjöf en misst að öllum líkindum 3–4 lítra af blóði í fæðingunni. Það var stundum logið að mér, en ég kys að trúa því að hún hafi í alvöru lifað af.

Yfirlæknirinn tilkynnti mér að ef mig langaði að styrkja spítalann þá vantaði kodka fyrir álmuna. Fegin að fá upplýsingar frá honum keypti ég þrjá kodka til að byrja með. Þeim færði ég þremur sængurkonum sem ásamt starfsfólkinu glóddust. Þennan dag fór ég í mæðraverndina þar sem unnið er markvisst að því að konur komi þrisvar til fjórum sinnum á meðgöngunni í eftirlit. Þar er athugað með status á HIV, gefnar jártöflur og töflur gegn liðormum og bólusettt gegn berklum. Nýburar eru bólusettir gegn berklum á fyrstu tveimur dögnum eftir fæðingu og fá A-vítamín í dropaformi.

Á meðgöngu er mæld þyngd í hverri skoðun, blóðþrýstingur og kúlan. Full meðganga var reiknuð frá fyrsta degi síðustu blæðinga svona: Dagur plús tíu, mánuður mínus þrír, þannig að ef það er 12. desember 2014 þá lýkur fjórutíu vikna meðgöngu 22. september 2015. Hvern dag komu um hundrað konur í mæðravernd sem biðu, stundum í átta klukkustundir, úti í röð á stól eftir að komast að.

Ég fékk það hlutverk að mæla kúluna og spurði einu sinni hve margar vikur konan væri gengin svo ég hefði smá viðmið. Svárið var að ég ætti að mæla kúluna og segja þeim hve langt ég héldi að konan væri gengin og síðan voru þær vikur skráðar niður, vegna þess að fyrsti dagur síðustu blæðinga var ekki þekktur. Eftir að ég áttaði mig á því að í mæðraverndinni var mældur blóðþrýstingur hjá aðeins nokkrum konum á dag, þrátt fyrir að oftast væri hann skráður sem 110/70 eða 100/60 í allar mæðraskrár, ákvað ég að mitt hlutverk yrði að mæla blóðþrýstinginn hjá öllum konunum sem mættu og vék ekki frá því hlutverki þá daga sem ég vann við meðgöngueftirlit. Með tímanum varð ég ákveðnari, fékk meira sjálfstraust og ákvað að ég myndi ekki gera neitt sem ég teldi ekki siðferðislega rétt. Manni finnst það vera hinn eðlilegasti hlutur en þarna er svo allt annar heimur. Sumar ljósmæður vildu ekki ná í lækinn til að gefa konu Trandate þegar ég mældi blóðþrýstinginn háan, en þá stóð ég fast á mínu. Það var ekki hægt að treysta mörgum og þess vegna varð ég ekki róleg fyrr en ég sá að konan fékk lyfið í hendurnar frá læknum. Ein kona var nefnilega einu sinni send heim þegar hún átti að fara á rannsóknarstofuna eftir að ég taldi ástæðu til þess. Það er skrítið og erfitt að trúa að það sé logið að manni og ekki sé hægt að treysta fólkinu en þetta var bara svona.



Inni í sjúkrabílnum.

**Kláði eða sviði?
Þekkir þú einkenni
sveppasýkingar í
leggöngum?**



**Eitt hylki,
einu sinni
Án lyfseðils**



Candizol® 150 mg, 1 hylki – *Við sveppasýkingum í leggöngum* **Candizol hylki á að gleypa í heilu lagi með glasi af vatni**

Candizol hylki fást án lyfseðils til meðhöndlunar við sveppasýkingum í leggöngum hjá konum, sem hafa áður fengið meðferð á vegum læknis við sveppasýkingu í leggöngum og fá sömu einkenni að nýju. Einkenni sveppasýkingar eru meðal annars kláði og sviði í leggöngum og ytri kynfærum.

Notkunarsvið: Candizol inniheldur virka efnið flúkónazól og tilheyrir flokki sveppalyfja. Candizol er notað við sveppasýkingum í leggöngum og fæst án lyfseðils til meðhöndlunar fyrir þær konur sem áður hafa fengið meðferð á vegum læknis við sveppasýkingu í leggöngum og fá sömu einkenni að nýju. Einkenni sveppasýkingar eru meðal annars kláði og sviði í leggöngum og ytri kynfærum. **Ekki má nota Candizol** ef ofnæmi er fyrir virka efninu, flúkónazól, öðrum skyldum azólsamböndum eða einhverju hjálparefnaða eða fyrir öðrum lyfjum sem þú hefur notað við sveppasýkingum, einkennin geta verið kláði, húðroði eða öndunarerfiðleikar. Ef þú tekur astemizól, terfenadin (andhistamínlyf við ofnæmi), cisapríð (notað við óþægindum í maga), pímozól (notað við geðrænum kvillum), quinidín (notað við hjartsláttartruflunum), eða erytrómýcín (sýklalyf). **Sérstök varnaðarorð:** Gæta skal varúðar við gjöf flúkónazóls hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi og skerta lifr starfsemi. Gæta skal varúðar við gjöf flúkónazóls hjá sjúklingum sem eru með sjúkdóma sem hugsanlega geta valdið hjartsláttartruflunum. Ekki er mælt með samhlíða gjöf flúkónazóls og halófantríns. Í mjög sjaldgæfum tilfellum hefur verið greint frá bráðaofnæmi. Lyfið inniheldur laktósaeynhýdrat. Sjúklingar með galaktósaóþol, laktasaskort eða vanfrásog glúkósa-galaktósa, sem eru mjög sjaldgæfir arfgengir kvillar, skulu ekki nota lyfið. **Láttu lækinn vita ef þú:** Ert yngri en 16 ára og eldri en 50 ára, ert í fyrsta skipti að fá einkenni um sýkingu í leggöngum, hefur fengið fleiri en tvær sýkingar síðustu sex mánuði, ert með einhvern krónískan sjúkdóm, hefur lifrar- eða nýrnakvilla, hefur hjartasjúkdóm, þ.m.t. hjartsláttartruflanir, hefur óeðlilegt magn af kalíum, kalsíum eða magnesíum í blóðinu, færð alvarleg húðviðbrögð (kláða, roða í húðinni eða öndunarerfiðleika), (eða rekkjunaútur þinn) hafði verið útsett fyrir kynsjúkdómum, ert óviss um orsök einkennanna, ert með önnur einkenni s.s. hita eða verk í neðri hluta kviðar, óeðlilegar eða óreglulegar blæðingar frá leggöngum, ertingu, sár eða blöðrur á ytri kynfærum eða sviða við þvaglát, tekur önnur lyf. **Notkun annarra lyfja samhlíða Candizol:** Látið lækinn eða lyfjafræðing vita um öll önnur lyf sem eru notuð, hafa nýlega verið notuð eða kynnu að verða notuð, þar með talin lyf sem fengin eru án lyfseðils. **Aukaverkanir:** Eins og við á um öll lyf getur þetta lyf valdið aukaverkunum en það gerist þó ekki hjá öllum. Ef vart verður við einhver eftirtalinn aukaverkana skal hafa samband við lækni eða lyfjafræðing: höfuðverkur, óþægindi í maga, niðurgangur, ógleði, uppköst, hækkun á gildum í blóðprufum fyrir lifr starfsemi, útbrot. **Skammtastærðir:** Candizol hylki á að gleypa í heilu lagi með glasi af vatni. Fullorðnir: 150 mg sem stakur skammtur. Leitið til læknis ef sjúkdómseinkenni versna eða lagast ekki innan 3 daga. Geymið lyfið þar sem börn hvorki ná til né sjá. **Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja lyfinu.** Markaðsleyfishafi: Actavis hf. Maí 2015.

Actavis

Sama dag og koddarnir voru gefnir voru þeir horfnir frá sængurkonunum. Ég skildi ekkert í þessu og reyndi eins vel og ég gat á swahili ásamt ensku að spyrja þær hver hefði tekið koddana. Þeir lágu á hildarrúmum ljósmæðranna og ljósmæðurnar horfðu á mig eins og ekkert væri sjálfsgaðara. Þarna varð ég reið, gerði mig skiljanlega um að þessir koddar væru fyrir skjólstaðinga/sjúklinga sjúkrahússins og tók þá og gaf sængurkonunum aftur. Seinna þennan dag hafði þetta endurtekið sig en þá var búið að fela koddana undir dýnunum í rúmum ljósmæðranna. Þá skrifaði ég með stórum stöfum á báðar hliðarnar: THIS PILLOW IS FOR THE PATIENTS AND NOT FOR THE STAFF! Síðan fór ég með þá á sinn stað. Þegar ég mætti til vinnu daginn eftir voru koddarnir alveg horfnir.

Eftir ellefu daga sjálfbodastarf (sem hljómar ekki mikið, en upplifunin var eins og sjötíu dagar) fann ég að ég var komin yfir mín mörk. Tveimur dögum áður mátti ég ekki bjarga nýfæddu barni og blása lofti í lungun. Mér var bandað frá tvisvar sinnum á meðan sogað var uppúr barninu niður í maga og lungu stanslaust í svona tíu mínútur. Ekki kom mikið slím. Þá þurfti ég að yfirgefa herbergið því að ég áttaði mig á því að þetta barn myndi enda mikið skaðað ef það myndi lifa af og ég gat ekkert gert! Starfsfólkið skildi ekkert í mér og allir voru fegnir að barnið hefði lifað af. Yfirlæknirinn, sem ég kallaði á, samþykkti ekki að flytja það yfir á nýburadeildina sem var á öðru sjúkrahúsi þrátt fyrir að það væri hálf grátt á litinn, slappt og ætti greinilega erfitt með að anda. Mér fannst ég hafa fallið á einhverju prófi þegar ég ákvað að hætta fyrr en ég hafði ætlað mér því áður en ég fór út fannst mér þrjár vikur ekki vera langur tími. Þá þurfti ég að spyrja sjálfa mig af hverju ég hefði aftur ákveðið að fara í svona ferð og það var til að kynnast öðrum menningarháttum í barneignarferlinu, ekki til að bjarga heiminum. Fjóra síðustu dagana mína sem sjálfbodaliði notaði ég til að fara á munaðarleysingjahæli og í skóla fyrir munaðarlaus börn þar sem ég fræddi þau um the baby in the belly. Sú vinna var allt önnur og var eiginlega aðeins minni hryllingur en á spítalanum, þó svo að aðstæður barnanna þar væru ekkert betri.

Það var mikill léttir að ekki var framkvæmd spangarklipping í fæðingunum, því ég hafði heyrt frá samnemendum mínum í ljósmæðranáminu að í nokkrum Afrikulöndum sé alltaf klippt (meira að segja ef barnið hefur fæðst mjög hratt og ekki náðst að klippa, þá er samt klippt eftir að barnið er fætt því það á alltaf að klippa!). Fæðandi konur á mínum spítala þurftu allavega ekki að ganga í gegnum þá meðhöndlun þótt að einu sinni teldi ég ástæðu til



Heilbrigðisstarfsmaður gengur á milli rúma og gefur nýbura bólusetninguna gegn berklum og A-vítamín dropa.

	Tansanía	Ísland	Bandaríkin	Indland
Fólksfjöldi x 1000 (2013)	49.253	330	320.051	1.252.140
Lífslíkur í árum (2012)	61	82	79	66
Miðgildi aldurs í árum (2013)	18	36	37	23
Líkur á dauðsfalli fyrir 15 ára aldur (2012)	21,5%	1%	3,5%	22%
Algengasta orsök dauðsfalla (2012)	HIV,TBC, Malaria	Hjarta- og æðasjúkdómar	Hjarta- og æðasjúkdómar	Hjarta- og æðasjúkdómar
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births) 2013	410	4	28	190
Umönnun fæðinga af menntuðu heilbrigðisstarfsfólki (2007)	49%	ekki skráð hjá WHO	99%	67%

Heimild: Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (World Health Organisation, WHO) (Vefslóð: <http://www.who.int/countries/en/>).



Vala að vinna í mæðravernd.

að klippa hjá frumbyrju vegna ástands fösturs en það var ekki gert og endaði með rifu 3B. Stundum fannst mér heilbrigðisþjónustan vera svo slæm að ég átti erfitt með að sjá eitthvað jákvætt við það að konurnar væru í eftirliti á meðgöngu og í fæðingu. Eftir mesta menningarsjokkið reyndi ég að sjá björtu hliðarnar og áttaði mig á því að ég horfði á aðstæður fólksins út frá minni eigin reynslu og aðstæðum í lífinu. Ég get ekki dæmt heilbrigðisstarfsfólkið fyrir kunnáttu sína eða færni. Þau eru að gera sitt besta miðað við menntun og upplifun. Þetta eru svakalega harðar lífsaðstæður og svo hrikalega mikil fátækt á allan hátt. Konur í fæðingu eru í alvöru betur settar á Ngarenaro Maternity Clinic en aleinar úti á landi.

Mér finnst það forréttindi að hafa fengið að upplifa svona ólíkan heim og ég mun örugglega í framtíðinni fara aftur út í sjálfbodastarf. Lífsviðhorf eru breytt og kröfur um alls konar hluti sem skipta engu máli hafa minnkað. En fyrst og fremst er ég þakklát fyrir að búa í samfélagi þar sem góð skólaganga fyrir börn er til staðar og lækniþjónustuna sem við getum nýtt okkur, auk þess að geta treyst því að heilbrigðisstarfsfólk sé að taka ákvarðanir sem eru okkur í hag. Hlutir sem margir líta á sem sjálfsgaðan.

Vala Védís Guðmundsdóttir
ljósmóðir á Landspítala

ARDO brjóstagjafavörur í Rekstrarlandi

Pegar kemur að því að geyma og meðhöndla brjóstamjólk er mikilvægt að vanda valið. Rekstrarland býður upp á fyrsta flokks brjóstagjafavörur frá ARDO sem fagaðilar mæla óhikað með. Vönduðu rafmagns- og handdælnar frá ARDO hafa reynst fjölmörgum mæðrum frábærlega enda eru þær bæði skilvirkar og þægilegar í notkun.

Rekstrarland býður einnig mikið úrval af fylgihlutum:

- Frystipokar
- Brjóstakrem
- Brjóstainnlegg og lekaflífar
- Brjóstamjólkurílát og fleira



Allar vörur frá ARDO eru framleiddar í Sviss.



Rekstrarland leigir út ARDO brjóstadælar til lengri eða skemmri tíma.



REKSTRARLAND
- léttir þér lífið

Málstofa í ljósmóðurfræði

Hinn 29. maí 2015 var haldin árleg málstofa í ljósmóðurfræði þar sem útskriftarnemar í ljósmóðurfræðum kynntu lokaverkefni sín til embættisprófs. Í ár útskrifast tíu ljósmæður með kandidateispróf í ljósmóðurfræði og voru erindin mjög fjölbreytt og áhugaverð.

Við óskum nýútskrifuðum ljósmæðrum innilega til hamingju með áfangann og gæfu og góðs gengis á nýjum starfsvettvangi. Hægt er að finna og lesa öll verkefni á vefslóðinni www.skemman.is.

Verkefni til embættisprófs í ljósmóðurfræði

Nemandi	Heiti verkefnis	Leiðbeinandi
Erla Björk Sigurðardóttir	Erum við að hestast úr lestinni? Fræðileg samantekt um menntun og starfssvið ljósmæðra tengt kynheilbrigði kvenna	Helga Gottfreðsdóttir
Hildur Helgadóttir	Stuðningsþarfar kvenna eftir fósturmissi snemma á meðgöngu: Fræðileg úttekt	Hildur Kristjánsdóttir
Eva Finnbogadóttir	Föðurhlutverkið. Skynjun feðra á þátttöku á meðgöngu	Hildur Sigurðardóttir
Elsa María Þór	Skimun fyrir sárasótt á meðgöngu: Fræðileg úttekt	Helga Gottfreðsdóttir
Sigríður Berglind Birgisdóttir	Andleg liðan kvenna í áhættumeðgöngu	Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Valgerður Lisa Sigurðardóttir
Signý Scheving Þórarinsdóttir	Brjósttagjöf síðfyrirbura: Fræðileg samantekt	Hildur Kristjánsdóttir og Ingibjörg Eiríksdóttir
Steinunn Rut Guðmundsdóttir	Lífæðisleg fæðing. Nálgun, ferli og ávinningur	Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Helga Valgerður Skúladóttir	Hækkandi barneignaraldur og framköllun fæðingar	Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Birna Gerður Jónsdóttir
Jóhanna Rut Hafsteinsdóttir	Verkir og verkjastilling í fæðingu: Viðhorf og upplifun kvenna	Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Anna Guðný Hallgrímsdóttir	Upplýst samþykki fyrir notkun utanbastsdeyfingar í fæðingu	Hildur Kristjánsdóttir og Embla Ýr Guðmundsdóttir



Steinunn Rut tekur við viðurkenningu frá Ólöfu Ástu fyrir góðan námsárangur.

Verkefni til meistaraþrófs í ljósmóðurfræði

Nemandi	Heiti verkefnis	Leiðbeinandi
Ásrún Ösp Jónsdóttir	Reynsla íslenskra feðra af heimafæðingu. „Frábær upplifun, algjörlega rétt ákvörðun fyrir okkur“	Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Sigrún Ingvarsdóttir	Hvaða þættir skipta konur máli í tengslum við val á fósturgreiningu? Samanburður á fósturgreiningu í móðurbloði og fósturgreiningu með legástungu	Helga Gottfreðsdóttir og Vigdís Stefánsdóttir
Steinunn Haraldsdóttir Blöndal	„Eðlilegt er svo afstætt: Það er ekki eitthvað eitt eðlilegt.“ Reynsla kvenna af eðlilegri fæðingu: Eigindleg fyrirbærafræðileg rannsókn	Ólöf Ásta Ólafsdóttir



Klár á vaktina



Fósturdopplerar frá Huntleigh

- Margar gerðir
- Meiri næmni í próbum en áður og því auðveldara að greina hjartslátt snemma í meðgöngu
- Vatnsheldir próbar í boði
- Auðvelt að þrifa próba
- Löng snúra auðveldar notkun
- Til með útskiptanlegum próbum

Hafið samband og fáið nánari upplýsingar um fósturdopplerana

Flexi Clog hágæða vinnuskór

FlexiClog er með innbyggt innlegg sem styður við fótinn og hjálpar þannig til við að halda líkamanum í réttri stöðu.

HUNTLEIGH

Taffeln

FASTUS

Veit á vandaða lausn

Verið velkomin í verslun okkar að Síðumúla 16. Opíð mán - fös 8.30 - 17.00
Síðumúli 16 • 108 Reykjavík • Sími 580 3900 • www.fastus.is

Íslenskar ljósmæðrarannsóknir

Á síðustu árum hefur orðið mikil aukning á rannsóknarstarfi íslenskra ljósmæðra. Ljósmæðrablaðið er helsti miðill ljósmæðra á Íslandi fyrir fræðilegt efni um ljósmæðrarannsóknir og því ekki úr vegi að kynna á þessum vettvangi þau rannsóknarverkefni sem unnin eru af íslenskum ljósmæðrum og þær greinar sem birst hafa í öðrum ritrýndum tímaritum.

Í dag stunda fimm íslenskar ljósmæður rannsóknanám á doktorsstigi. Sigfríður Inga Karlsdóttir, dósent og starfandi formaður hjúkrunarfræðideildar Háskólans á Akureyri (HA), stundar doktorsnám í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands (HÍ) og rannsakar þar sársauka í fæðingu frá sjónarhóli kvenna. Ingibjörg Eiríksdóttir, sérfræðiljósmóðir á Landspítala (LSH) og klínískur lektor við HÍ, stundar doktorsnám í lýðheilsuvísindum við HÍ, þar sem hún rannsakar tengsl heilsufars móður á meðgöngu og útkomu fæðingar við tímalengd brjóstgætt. Berglind Hálfðánsdóttir stundar doktorsnám í ljósmóðurfræði við HÍ og rannsakar útkomu og áhrifaþætti heima-fæðinga. Sigríður Sía Jónsdóttir, lektor við heilbrigðisvísindasvið HA, stundar doktorsnám í heilbrigðisvísindum við Linnéuniversitetet í Svíþjóð þar sem hún rannsakar áhrif sálrænn vanlíðanar, félagslegs stuðnings og ánægju í parasambandi á vandamál á meðgöngu og við fæðingu. Valgerður Lís Sigurðardóttir, sérfræðiljósmóðir á LSH og klínískur lektor við HÍ, stundar doktorsnám í ljósmóðurfræði við HÍ, en verkefni hennar er þróun á meðferð fyrir konur með erfða- eða neikvæða fæðingarreynslu.

Íslenskar ljósmæður taka einnig þátt í stórum samstarfsverkefnum um rannsóknir innan lands sem utan. Hildur Kristjánsdóttir ljósmóðir fer fyrir þverfaglegum stýrihópi íslensku rannsóknarinnar Barneign og heilsa, en í hópnum situr einnig Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir. Hildur hefur jafnframt tekið þátt í BIDENS rannsóknasamstarfinu (Belgium, Iceland, Denmark, Estonia, Norway and Sweden) þar sem skoðuð voru áhrif ofbeldis á konur á meðgöngu, en verkefnið var unnið með DAPHNE II styrk frá Evrópusambandinu. Ljósmóðir Dr. Helga Gottfreðsdóttir situr í stýrinednd COST-verkefnis á vegum Evrópusambandsins, en verkefnið nefnist Childbirth Cultures, Concerns, and Consequences: Creating a dynamic EU framework for optimal maternity care. Ljósmæðurnar Sigfríður Inga Karlsdóttir og Sigríður Sía Jónsdóttir sitja í stýrinednd COST-verkefnis sem nefnist BIRTH, Building Intrapartum Research Through Health – an interdisciplinary whole system approach to understanding and contextualising physiological labour and birth. Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir er í rannsóknasamstarfi við Háskólann í Gautaborg um þróun umönnunarmóðels í fæðingu, svokallaðs MiMo-móðels, sem verið er að innleiða í Gautaborg og á fæðingavakt Landspítala. Ólöf Ásta er einnig fulltrúi Íslands í norræna samstarfsverkefninu The Nordic Homebirth Study ásamt Ásrúnu Ösp Jónsdóttur og Berglinni Hálfðánsdóttur.

Frá árinu 2013 hafa birst þrjár ritrýndar greinar íslenskra ljósmæðra í Ljósmæðrablaðinu. Á sama tíma hafa birst í öðrum tímaritum eftirfarandi 13 ritrýndar greinar í það minnsta um rannsóknir sem íslenskar ljósmæður hafa gert á efni sem snertir ljósmæðraþjónustu á Íslandi (stjórnumerkta greinar eru hluti af doktorsverkefni):

Hildur Kristjánsdóttir og samstarfsaðilar hennar í rannsóknasamstarfinu Barneign og heilsa birtu árið 2014 tvær rannsóknargreinar í tímaritinu *Scandinavian Journal of Primary Health Care* um **reykingar og lyfjanotkun íslenskra kvenna á meðgöngu**:

<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/02813432.2013.869409>

<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/02813432.2014.965884>

Kristín Rut Haraldsdóttir, Helga Gottfreðsdóttir og Reynir Tómas Geirsson birtu í *Læknablaðinu* í mars 2014 grein um rannsókn sína á **fósturlátum í kjölfar legvatnsástungu og fylgjusýnitöku á Íslandi**:

<http://www.laeknabladid.is/tolublod/2014/03/nr/5098>

Ólöf Ásta Ólafsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Sexual & Reproductive Healthcare* í mars 2014 yfirlitsgrein um **starfshætti og leiðbeiningar við heima-fæðingar á Norðurlöndunum**:

[http://www.srhcjournal.org/article/S1877-5756\(13\)00067-0/pdf](http://www.srhcjournal.org/article/S1877-5756(13)00067-0/pdf)

Hildur Kristjánsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir birtu í tímaritinu *Midwifery* í júní 2014 greinina **Women's reflection of positive fetal screening 11–21 months after giving birth**:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.024>

Sigfríður Inga Karlsdóttir, Sigríður Halldórsdóttir og Ingela Lundgren birtu í tímaritinu *Scandinavian Journal of Caring Sciences* í júní 2014 grein sem ber nafnið **The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman's paradigm***:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12061/epdf>

Hildur Kristjánsdóttir og samstarfsaðilar hennar í BIDENS rannsóknasamstarfinu hafa á árunum 2014–5 birt þrjár rannsóknargreinar í tímaritunum *PLoS One*, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* og *Birth* um **tíðni ofbeldis gegn konum**, fæðingarótta og áhalda- eða keisarafæðingar:

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0087579>

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12392/abstract>

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12147/abstract>

Helga Gottfreðsdóttir og félagar birtu í *Tímariti hjúkrunarfræðinga* í upphafi árs 2015 grein um rannsókn sína á **þörfum háskólanema fyrir sérstaka heilbrigðisþjónustu, þar með talið barneignarþjónustu:**

<http://hjukrun.is/library/Skrar/Timarit/Timarit-2015/1-tbl-2015/Heilbrigðismottaka%20fyrir%20haskolanemendur.pdf>

Ólöf Ásta Ólafsdóttir og félagar birtu í *The American Journal of Maternal/Child Nursing* í janúar/febrúar 2015 grein þar sem sett eru fram **ólík sjónarmið um öryggi heimaafæðinga:**

http://journals.lww.com/mcnjournal/Citation/2015/01000/Are_Planned_Home_Births_Safe_2.aspx

Berglind Hálfðánsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Medicine, Health Care and Philosophy* (rafræn birting í febrúar 2015) grein um rannsókn sína sem er hugtakagreining á **sjálfræði kvenna um val á fæðingarstað*:**

<http://link.springer.com/article/10.1007/s11019-015-9624-y>

Berglind Hálfðánsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Birth* í mars 2015 grein um rannsókn sína þar sem borin er saman **útkoma heimaafæðinga og sjúkrahúsfæðinga á Íslandi*:**

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12150/abstract>

Sigríður Inga Karlsdóttir, Herdís Sveinsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir birtu í tímaritinu *Sexual & Reproductive Healthcare* (rafræn birting í maí 2015) greinina **Pregnant women's expectations about pain intensity during childbirth and their attitudes towards pain management: Findings from an Icelandic national study*:**

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575615000452>

Helga Gottfreðsdóttir, Herdís Magnúsdóttir og Berglind Hálfðánsdóttir birtu í tímaritinu *Sexual & Reproductive Healthcare* (rafræn birting í maí 2015) grein um eigindlega rannsókn á **viðhorfum til heimaafæðinga eins og þau birtast í íslenskum fjölmiðlum:**

<http://authors.elsevier.com/sd/article/S1877575615000439>

Ritstjórn Ljósmeðrablaðsins hvetur íslenskar ljósmeður til að kynna sér efni þessara greina sem geta haft þýðingu fyrir störf okkar í þjónustu við íslenskar fjölskyldur í barneignarferli.

Berglind Hálfðánsdóttir
ljósmóðir

Lífræn barnamjólk

♥ til blöndunar og tilbúin til drykkjar

Omega 3 og 6

♥ mikilvægar fyrir sjónhimnu og heila

Præbiotik fjölsykrur

♥ örva heilbrigða og góða meltingu



Stig 1 • 2 • 3 • 4

Skýrsla stjórnar LMFÍ 2014–2015

Stjórnarfundir

Stjórnarfundir starfsársins hafa verið 13 talsins, haldnir á tveggja til þriggja vikna fresti eftir því hvað legið hefur fyrir hverju sinni.

Kjaramál

Síðustu tvö starfsár hafa markast mikið af kjaraviðræðum og undirbúningi fyrir miðlæga kjarasamninga. Síðasta vor lauk samningum á þann hátt að við töldum okkur hafa samið um vopnahlé þar sem komið var langt fram á vor (28. maí) og samið var til stutts tíma. Við tókum því aftur að undirbúa kjaraviðræður í ágúst. Samningar runnu út 28. febrúar sl. og erum við búnar að eiga nokkra fundi með samninganefnd ríkisins sem býður okkur 3,5% launahækkun. Það er hvergi nærri því sem við erum að hugsa um þannig að þegar þetta er skrifað ber enn mikið á milli. Haldnir hafa verið sex fundir til kynningar á kröfugerð okkar og stöðu mála. Þessir fundir hafa bæði verið í Reykjavík og á nokkrum stöðum á landsbyggðinni þar sem flestar ljósmæður eru. Atkvæðagreiðsla vegna verkfallsaðgerða verður í vikunni 16–20. mars.

Stofnanasamningar hafa ekki alveg gleymst og var gengið frá yfirferð tveggja stofnanasamninga nú eftir áramót.

Félagsfundir – menntamál - fagdeildir

Tveir félagsfundir voru haldnir á haustönninni. Annar var vegna menntunarmála ljósmæðra. Á fundinum var kynnt hvernig námi ljósmæðra er fyrirkomið annars staðar á Norðurlöndunum. Umræður voru um með hvaða hætti hentugast væri að breyta náminu hérlendis og var það niðurstaðan að stefna ætti að fimm ára direct entry námi sem lyki

með M.Sc. gráðu og möguleika á eins árs viðbótarnámi til að ljúka námi í hjúkrun. Stjórn félagsins sendi bréf til námsbrautar í hjúkrun við Háskóla Íslands þar sem þessar tillögur voru lagðar fram. Annar félagsfundur var haldinn til að stofna formlega þær fjórar fagdeildir sem samþykktar voru á aðalfundi 2014. Þetta eru fagdeild um kynheilbrigði og forvarnir, fagdeild um fæðingahjálpi, fagdeild um meðgönguvernd og fösturskimanir og fagdeild um sængurlegu og brjóstagjöf. Skýrslur deildanna eru í aðalfundargögnum.

BHM

Talsvert samstarf hefur verið við BHM á árinu. Sérstaklega vegna stýrihópa sem myndaðir voru í kjölfar bókonar í síðustu kjarasamningum. Formaður var þá í hóp með fulltrúum þriggja annarra félaga og fjögurra fulltrúa samninganefndar ríkisins þar sem vaktavinnukaflinn var tekinn til endurskoðunar. Vinnu í þeim hópi lauk 1. desember sl. með sameiginlegu plaggi sem kynnt hefur verið á fundum.

95 ára afmæli félagsins

95 ára afmæli félagsins var fagnað á afmælisdeginum 2. maí. Í kjölfar fræðsludags á vegum námsbrautar HÍ og HH var stigið upp í rútu og haldið í skoðunarferð um Reykjanes og að Ásbrú þar sem hönnuðir voru heimsóttir. Síðan var farið í Bláa lónið þar sem afmælisgestum gafst kostur á að fara í bað í lóninu og snæða svo kvöldmat þar. Þeir heiðursfélagar voru tilnefndir að þessu sinni og söngvarinn Valdimar Guðmundsson kom og skemmti.



Guðrún Ásmundsdóttir hélt erindi á aðalfundi Ljósmæðrafélagsins.



AlvoGenius

Fæðubótarefni fyrir mæður og börn

DHA Omega 3 fitusýrur úr þörungum



VITSMUNAPROSKI | ATHYGLISGÁFA | ANDLEG LÍÐAN

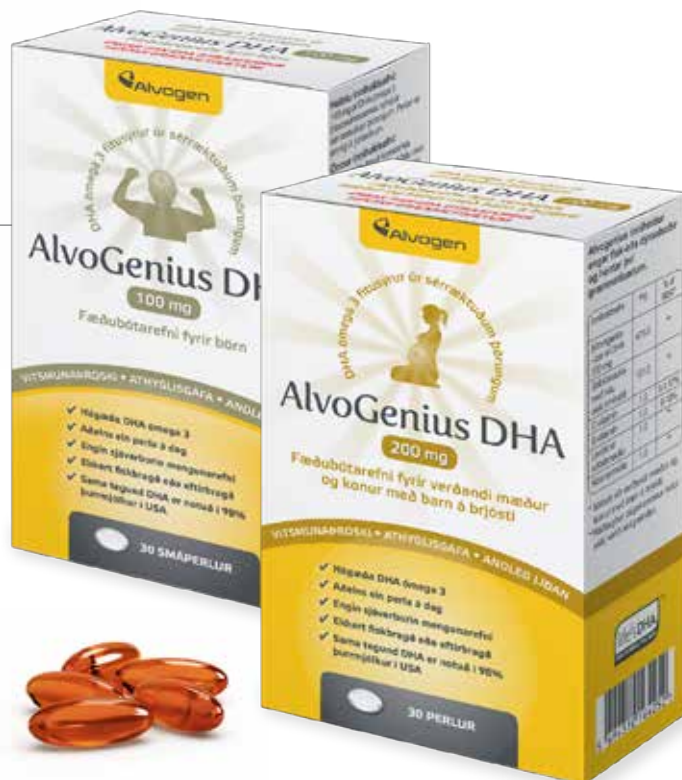


DHA - Réttu fitusýran fyrir heilann

DHA er eitt af aðalbyggingarefnum heilans.

Fjölmargar rannsóknir gefa til kynna að nægilegt framboð DHA á meðgöngu og á fyrstu æviárunum bæti vitsmunaproska, athyglisgáfu og andlega líðan barna.

- ▶ Engin mengunarefni úr sjó
- ▶ Ekkert fiskibragð eða eftirbragð
- ▶ Aðeins ein perla á dag
- ▶ Hentar grænmetisætum
- ▶ Sama tegund DHA er notuð í 98% þurrmjólkur í USA



www.alvogenius.com

Heimildir: Innis, S.M. (2008) Dietary omega 3 fatty acids and the developing brain. Brain Research (1237):35-43. Jensen, C. V. (2010). Effects of early maternal docosahexaenoic acid intake on neuropsychological status and visual acuity. The Journal of Pediatrics, 157, 900-905. Brenna, J. L. (2009). Background paper on fat and fatty acid requirements during pregnancy and lactation. Annals of Nutrition & Metabolism, 55, 97-122. Jensen, ibid. Lloyd-Still, J. P.-T. (2006). Bioavailability and safety of a high dose of docosahexaenoic acid triacylglycerol of algal origin in cystic fibrosis patients - a randomized controlled study. Nutrition, 22, 36-46. Fleiri heimildir má finna á www.alvogenius.com



Áslaug Hauks, Dýrfinna og Áslaug Valsd.

Heiðursfélagar

Eins og fram hefur komið voru þrír heiðursfélagar tilnefndir á afmæli félagsins. Það voru þær Elin Hjartardóttir, Margrét Guðmundsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir sem allar hafa starfað ötullega fyrir félagið og fyrir stéttina í heild.

100 ára afmæli félagsins

Undirbúningur er hafinn fyrir 100 ára afmæli félagsins 2019.

NJF ráðstefna verður haldin, væntanlega í Hörpu. Formaður undirbúningsnefndar er Ástþóra Kristinsdóttir og formaður fræðilegrar nefndar er Helga Gottfreðsdóttir.

Erla Doris Halldórsdóttir sagnfræðingur hefur hafist handa við að skrá sögu félagsins frá 1979 og nefnd er starfandi til undirbúnings útgáfu nýs ljósmæðratals. Ýmsar aðrar hugmyndir eru uppi sem skoða þarf betur.

NJF

Félagið hefur tekið þátt í NJF samstarfi. Formaður LMFÍ, Hildur Kristjánsdóttir, forseti NJF og Helga Gottfreðsdóttir lektor fóru til Kaupmannahafnar á samnorrænan fund vegna menntunarmála ljósmæðra á Norðurlöndum. Þeim fundi eru gerð góð skil í 2. tölublaði Ljósmæðrablaðsins 2014. Stjórnarfundur NJF er fyrirhugaður á Íslandi í maí á þessu ári.

ICM

Formaður LMFÍ sótti miðstjórnarfund ICM í Prag og ráðstefnu í kjölfarið.

Málefni heilsugæslu höfuðborgarinnar

Félagið hefur skrifað stjórn heilsugæslunnar bréf þar sem þess hefur verið farið á leit að staða yfirljósmóður í mæðravernd sem heimild er fyrir samkvæmt stofnanaþingi verði auglýst laus til umsóknar og ráðið í hana í kjölfarið. Engin svör hafa borist. Formaður fundaði einnig með formanni Félags íslenskra fæðinga- og kvensjúkdómalækna um fyrirhugaðar breytingar á rekstrarformi heilsugæslunnar. Enginn sem hefur bein afskipti af mæðravernd er í nefnd varðandi breytingarnar og lék okkur forvitni á að vita með hvaða hætti mæðravernd yrði fyrirkominn innan breyttrar heilsugæslu. Við höldum því á fund ráðherra og ræddum málið. Hann staðfesti að breytingar á rekstrarformi stæðu fyrir dyrum en engar breytingar yrðu á mæðravernd nema þá til hins betra!

Ljosmodir.is og hagræðingar í rekstri

Vefstjóri Ljosmodir.is hefur látið af störfum og formaður og skrifstofan hafa tekið við. Þetta er gert í hagræðingarskyni. Ekki er lengur greitt fyrir fyrirspurnir (nema í sambandi við brjóstagjöf) né neina aðra vinnu við síðuna. Vonumst við til að með þessum hætti getum við aflað félaginu nokkurra tekna.

Við höfum leitað ýmissa leiða til sparnaðar og meðal annars pökkum við Ljósmæðrablaðinu sjálfar og dreifum um helmingi upplagsins með því að bera út blöðin á vinnustaði fólks. Við þetta sparast heilmikill póstburðarkostnaður. Við munum þróa þetta betur þegar næsta tölublað kemur út.

Skjalaflokkun

Óskar Þór Þráinsson hefur tekið að sér að flokka skjöl og setja upp skjalaflokkunarkerfi bæði rafrænt og á þau pappírsgögn sem þarf að varðveita. Mikilvægt er að skjöl félagsins séu flokkuð eftir viðurkenndu kerfi. Það auðveldar alla vinnu við að finna þau skjöl sem á þarf að halda hverju sinni, og heldur utan um hvaða eigur félagið á. Einnig mun þetta gera nýju fólki sem kemur til starfa fyrir félagið auðveldara að komast inn í starfið og að skoða og kortleggja fyrra starf félagsins.

Skrifstofan

Ráðist var í endurbætur á skrifstofunni. Keypt var fundarborð og fundaraðstaða gerð á skrifstofunni. Almenn ánægja er með þetta fyrirkomulag og er aðstaðan mikið notuð.

Á döfinni

Ýmsar hugmyndir eru á lofti innan stjórnar um hvað þurfi að gera og breyta og bæta í rekstri félagsins. Áhugi er á því að reyna að standa



Frá aðalfundi Ljósmæðrafélagsins í vor.

fyrir vinnudegi þar sem ljósmæður sem áhuga hafa á gætu komið saman og unnið að stefnumótun fyrir félagið sem sárlega vantar. 5. maí næstkomandi hyggst félagið, ásamt HH, námsbraut og LSH, standa fyrir fræðadegi og er undirbúningur hafinn. Vinna við app eða smáforrit fyrir væntanlega foreldra er hafin. Vonast félagið til að það komist í gagníð sem fyrst. Nauðsynlega þarf að uppfæra og laga vefinn ljosmodir.is og erum við að leita að peningum í það verkefni. Vefurinn ljosmodir.is er mjög mikið heimsóttur og notaður og ef að vel er á málum haldið gæti hann skilað okkur ágætis tekjum.

Á hugmyndastiginu

- Skoða þarf betur að gera Ljósmæðrablaðið að rafrænu tímariti. Einn af kostunum við það er að einstakar greinar koma þá upp við Google leit á vefnum. Eins og er setjum við blaðið inn í PDF skjali og koma þá ekki einstaka greinar upp við leit.
- Einnig hafa komið upp hugmyndir um að virkja betur vefinn ljosmaedrafelag.is og gera hann sjáanlegan svo að auðveldara sé að skoða hann í síma. Þar inn kæmu upplýsingar sem ljósmæður nota ef til vill í daglegri vinnu. Eins hefur komið upp sú hugmynd að setja inn leitarvél þar sem ljósmæður sem starfa sjálfstætt gætu

sett inn upplýsingar um sig, t.d. brjóstaráðgjafi – hvaða tungumál talar – í hvaða hverfi starfar o.s.frv. Þetta gæti nýst konum sem vilja leita sér að heimaþjónustuljósmóður sem dæmi.

- Gaman væri að gera viðtalsþátt þar sem talað er við þær ljósmæður sem eldri eru og muna tímana tvenna og/eða safna viðtölum við þær í gegnum „munnlega geymd“ sem er verkefni á vegum Landsbókasafnsins og eru viðtölin þá varðveitt þar. Ingibjörg Ýr Óskarsdóttir ljósmóðir er komin af stað með að athuga möguleika okkar á að gera viðtalsþátt með nokkrum eldri ljósmæðrum þar sem þær lýsa starfi sínu og þeim aðstæðum sem þær störfuðu við og þróuninni gegnum árin. Það verður spennandi að sjá hvað út úr þeirri vinnu kemur.

Þakkir

Stjórn félagsins þakkar öllum þeim sem starfað hafa fyrir félagið á síðastliðnu ári, einnig þeim sem hafa látið sig málefni félagsins varða, haft samband og veitt ábendingar.

*Fyrir hönd stjórnar LMFÍ
Áslaug Valsdóttir, formaður*





Stjórn og nefndir LMFÍ 2015-2016

Stjórn:

- Formaður:** Áslaug Valsdóttir,
s. 861 6855
formadur@ljosmodir.is
- Varaform:** Steina Þórey Ragnarsdóttir
steina@hss.is
- Ritari:** Ásta Hlín Ólafsdóttir
asta.hlin@simnet.is
- Vararitari:** Bergrún Jónsdóttir
bergrunjons@gmail.com
- Gjaldkeri:** Inga Sigríður Árnadóttir
geggja@hotmail.com
- Varagjaldk.:** Hafdís Ólafsdóttir
hafdisol@gmail.com
- Meðstj.** Edda Sveinsdóttir
eddasveins@simnet.is

Ritnefnd:

- Hrafnhildur Ólafsdóttir ritstjóri,
s. 846 1576 hrafno@internet.is
- Berglind Hálfðánsdóttir
bugsy@internet.is
- Ólöf Ásta Ólafsdóttir
olofol@hi.is
- Embla Ýr Guðmundsdóttir
emblayrg@gmail.com
- Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir
ingibjorghre@simnet.is
- Sigrún Ingvarsdóttir
sigrun81@gmail.com
- Rut Guðmundsdóttir
srg25@hi.is

Kjaranefnd:

- Edda Sveinsdóttir, formaður
s. 898 6639 eddasveins@simnet.is
- Jóhanna Skúladóttir
johskuladottir@simnet.is
- Kristín Viktorsdóttir
krisvik@simnet.is
- Sesselja Ingólfsdóttir
jkj@simnet.is
- Signý Dóra Harðardóttir
signy@internet.is
- Formaður LMFÍ

Fræðslu- og endurmenntun- arnefnd:

- Guðrún Haraldsdóttir, formaður,
gharalds69@hotmail.com
- Hildur Ármannsdóttir
hilduraa@simnet.is
- Ragnheiður Þorvaldsdóttir
gretarof@simnet.is
- Ingibjörg Eiríksdóttir
ingibjorgei@simnet.is

Sjóðanefnd:

- Inga Sigríður Árnadóttir, formaður
- Formaður LMFÍ
- Gjaldkeri LMFÍ
- Gréta Rún Árnadóttir
gretarunarna@gmail.com
- Greta Matthíasdóttir
greta@makker.is
- Margrét Guðmundsdóttir
magmar@internet.is

Kjörnefnd:

- Birna Ólafsdóttir, formaður,
s. 863 8806, birnaol@simnet.is
- Hilda Friðfinnsdóttir
kulupenni@internet.is
- Tinna Jónsdóttir

Siðanefnd:

- Birna Gerður Jónsdóttir, formaður
birnagj@landspitali.is
- Anna Rut Sverrisdóttir
annarutljosa@gmail.com
- Guðrún Halldórsdóttir
- Varamenn: Gróa Margrét Jónsdóttir og
Margrét Guðmundsdóttir (eldri)

NJF:

- Hildur Kristjánsdóttir
S: 557 1591 hildurkr@simnet.is
- Fulltrúi úr stjórn

Skoðunarmenn:

- Ingunn Vattnes Jónsdóttir
Margrét Guðmundsdóttir

Aðaltrúnaðarmaður:

- Arndís Mogensen
s. 821 4491, arndismog@hsu.is

Jafnvægi

Streita og áhrif hennar á líf okkar er mér mjög hugleikið efni þessa dagana. Það tengist líklega jógísku brótti mínu síðustu árin. Fyrir fjórum árum ákvað ég að fara í jógakennaranám og hefur það undið ærlega upp á sig með fleiri tegundum jógánáms. Það sem gerist í svona námi er að maður fer í mjög mikla sjálfsvinnu sem opnar oft fyrir manni alveg nýjan heim. Nú síðast var ég í námi í nokkru sem kallast jóga nidra og er hreint út sagt frábær hugleiðsluaðferð og djúpslökun. Eftir því sem ég kenni jóga lengur finn ég að slökun er það sem fólk þarf mest á að halda.

Talið er að um 80% af þeim vandamálum sem fólk fer með til læknis eigi rætur sínar að rekja til streitu og of mikillar spennu. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin lítur á streitu sem helsta heilsufarsvandamál 21. aldarinnar. Oft heyrum við talað um streitutengda sjúkdóma en hvað er átt við með því? Ýmsar rannsóknir hafa verið gerðar á þeim og hafa m.a. fundist tengsl á milli streitu og hjartasjúkdóma, offitu, sykursýki, þunglyndis, meltingarsjúkdóma og astma.

Skoðum aðeins nánar hvað gerist í líkamanum þegar við erum undir of miklu álagi yfir langan tíma og rifjum stuttlega upp smá lífeðlisfræði í mjög einföldu máli. Ósjálfráða taugakerfið skiptist í sympatíska og parasympatíska taugakerfið. Sympatíska kerfið virkjað þegar við þurfum að bregðast við einhverju áreiti (*fight or flight response*). Við það fara nýrnahetturnar að framleiða streituhormón sem m.a. valda því að vöðvar spennast, blóðþrýstingur hækkar, hjartað slær örar, sjáöldur vikka, öndun verður örari og meltingin hægir á sér. Parasympatíska kerfið er virkt í hvíld og kemur jafnvægi á líkamanum eftir að sympatíska kerfið fer í gang. Í ayurvedísku fræðunum er talað um að streita skapist þegar spenna er meiri en slökun. Aðeins einfaldari leið til að líta á þetta en engu að síður svo rökrétt.

Lítum aðeins á samsvörun þeirrar heimspeki við vestræn vísindi. Talað er um að í líkamanum séu hvorki meira né minna en 72.000 orkubrautir en þær helstu kallast Ida, Pingala og Sushumna. Sushumna er stærst og gengur í gegnum miðjan líkamann frá botni hryggsúlu og upp í hvirfil. Í kringum hana hringast svo Ida og Pingala. Ida er tengd kvenlægri, róandi tunglorku og Pingala tengd örvandi, karllægri sólarorku. Það er svo vel hægt að sjá samsvörun með sympatíska kerfinu (Pingala) og parasympatíska kerfinu (Ida). Það sem við viljum hafa er jafnvægi á milli þessara tveggja kerfa (homeostasis). Þess vegna er svo gagnlegt að líta á streitu sem ójafnvægi milli spennu og slökunar, of mikil spenna, of lítil slökun.

Við viljum heldur alls ekki hafa það á hinn veginn. Það er ekki gott að hafa of mikla slökun því þá myndum við engu koma í verk. Viss streita er okkur nauðsynleg til að gefa okkur drifkraft og getur jafnvel aðeins örvað ónámiskerfið. Við megum ekki gleyma því að streita er mannum eðlileg, hún býr hann undir átök. Hins vegar er líkaminn bara gerður til að þola 60–90 sekúndur í einu af þessum sympatísku viðbrögðum en nútímamaðurinn er undir þessu álagi meiri hluta sólarhringsins. Líkaminn er búinn undir átök sem aldrei verða.

Það er þetta stöðuga álag sem við erum undir sem fer smám saman að veikja okkur. Það er hægt að líkja okkur við frosk sem er settur út í heitt vatn. Ef hann er settur beint í sjóðandi vatn eru viðbrögð hans að stökkva beint upp úr. Hins vegar ef hann er settur í kalt



Birna Málfríður
Guðmundsdóttir,
ljósmóðir á Akureyri

vatn og það hitað smám saman upp verður hann ekki var við hvað er að gerast. Við erum ekkert frábregðin froskinum í þessu ljóta dæmi. Við gerum okkur oft ekki grein fyrir streitunni fyrr en heilsufarsvandamálin gera vart við sig, en jafnvel þá áttum við okkur ekki endilega á að streita sé orsök. Það er nefnilega svo mikilvægt að vinna í orsökinni en ekki bara einkennunum.

Ástæður streitu geta verið margvíslegar, til að mynda of mikið annríki, fjárhagsáhyggjur, persónuleg áföll, kjarabaráttu og svo mætti lengi telja. Í jógísku fræðunum er of mikil streita líka talin afleiðing þess að kunna ekki að stjórna hugsunum sínum. Við verðum hugsanir okkar og tilfinningar, íklæðumst þeim, í stað þess að upplifa tilfinningarnar og sleppa svo af þeim tókunum.

Í jóga og hugleiðslu erum við að leitast við að ná þessu jafnvægi milli spennu og slökunar. Það gerir jóga, hugleiðslu og slökun

að vænlegum kosti til að ná betra jafnvægi í lífi okkar. Að gefa parasympatíska kerfinu færi á að koma jafnvægi á líkamsstarfsemina á móti sympatíska kerfinu. Smám saman lærum við að horfa á hugsanir okkar í stað þess að íklæðast þeim og í framhaldinu að leyfa tilfinningunum að fljóta í gegn án þess að festast í þeim eða láta þær valda okkur streitu.

Það er ástæða fyrir því að ég velti þessu upp hér. Ég velti því nefnilega oft fyrir mér að ef of mikil streita getur haft svona mikil áhrif á versnun sjúkdóma, hvort það sé þá kannski eðlilegt að ætla að streita hafi einnig áhrif á vaxandi tíðni vandamála á meðgöngu? Það stingur mig oft í augun að sjá hversu margar konur eru t.d. á þunglyndislyfjum á meðgöngu eða hafa sögu um þunglyndi og kviða. Svo er það vaxandi tíðni sykursýki sem tengist jú aukningu á offitu og ofþyngd almennt. Það er vissulega mikilvægt að vinna á einkennum þessara vandamála en spurningin sem ég kasta fram hér okkur öllum til umhugsunar er þessi: Erum við að gleyma orsökinni?

Að lokum langar mig að hvetja ykkur, kærur ljósmæður, til að gleyma ekki að við þurfum að byrja á okkur sjálfum. Byrja strax í dag að vera meðvitaðar um þetta jafnvægi. Meiri slökun, minni spenna. Að gera sitt besta og sleppa svo tókunum.

YFIRLIT UM RÉTTINDI ÞÍN Á EINUM STAÐ

Á sjóðfélagavef LSR færð þú m.a. upplýsingar um réttindi þín, greidd iðgjöld og séreignarsparnað ásamt því að hafa aðgang að Lífeyrisgáttinni.

Lífeyrisgáttin er ný leið fyrir sjóðfélaga til að fá á einum stað upplýsingar um áunnin lífeyrisréttindi sín í samtryggingarsjóðum. Með Lífeyrisgáttinni opnast greið leið að þessum upplýsingum.



Lífeyrisgáttin

Upplýsingar um lífeyrisréttindi
á einum stað.



LSR

Lífeyrissjóður
starfsmanna ríkisins

Engjateigi 11
105 Reykjavík
Sími: 510 6100
Fax: 510 6150
lsr@lsr.is

www.lsr.is