

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ

TÍMARIT LJÓSMÆÐRAFÉLAGS ÍSLANDS 2. TBL. - 95. ÁRGANGUR - DESEMBER 2017
- JOURNAL OF THE ICELANDIC MIDWIVES ASSOCIATION -



LJÓSMÓÐURLIST // LIST LJÓSMÓÐUR

HVAÐ EINKENNIR HÓP KVENNA SEM LEITA TIL LJÁÐU MÉR EYRA ?

TÍÐAVERKIR UNGRA KVENNA VERKLAG VIÐ MÆNURÓTARDEYFINGAR Í FÆÐINGU

SJÁLFSÁKVÖRÐUNARRÉTTUR OG ÞUNGUNARROF - VIÐTAL

ALÞJÓÐARÁÐSTEFNA LJÓSMÆÐRA Í TORONTO, KANADA, 2017



index.is

Kjól
1499,-

LINDEX



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

ÁBYRGÐARMAÐUR

Áslaug Valsdóttir, formaður LMFÍ
formadur@ljosmaedrafelag.is

RITNEFND

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, olofol@hi.is, ritstjóri
Berglind Hálfðánsdóttir, berglindh@hi.is
Bryndís Ásta Bragadóttir,
bryndisasta@gmail.com
Hrafnhildur Ólafsdóttir,
hrafno@internet.is
Rut Guðmundsdóttir,
srutgudmunds@gmail.com
Sigfríður Inga Karlsdóttir, inga@unak.is
Steinunn Blöndal,
steinablondal@gmail.com

RITSTJÓRN FRÆÐILEGS EFNIS

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, olofol@hi.is
Berglind Hálfðánsdóttir, berglindh@hi.is
Sigfríður Inga Karlsdóttir, inga@unak.is

MYNDIR

Edythe L. Mangindin
Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Sigfríður Inga Karlsdóttir
Þórunn Pálsdóttir
Úlfhildur Guðmundsdóttir

PRÓFARKALESTUR

Kristín Edda Búadóttir

AUGLÝSINGAR

Ljósmeðrafélag Íslands

UMBROT OG PRENTVINNSLA

Prentun.is

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

FORSÍÐA

Listaverk: Sunna María Schram

ISSN nr. 1670-2670

EFNISYFIRLIT

- 4 Ritstjórnarpistill
- 6 Ávarp formanns Ljósmeðrafélagsins
- 7 Ljós móðurlist // List ljósmóður
- 8 Alþjóðaráðstefna ljósmæðra í Toronto
- 10 Alþjóðasamstarf Ljósmeðrafélagsins árið 2017
Áslaug Valsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir
- 14 Tíðaverkir ungra kvenna og samband þeirra við hlutgervingu, viðhorf til blæðinga, lífshætti, heilsufar og blæðingar
Ritrýnd grein - Herdís Sveinsdóttir
- 20 Ævintýraferðin okkar
Ljósmeðranemar á slóðum Inu May
- 22 Fræðsludagur um brjóstgjöf
- 24 Sjálfsákvörðunarréttur og þungunarrof
Viðtal við Dr. Sóleyju S. Bender
- 26 „Reynsla sem lifir í þögninni“
Bókaumfjöllun - Rut Guðmundsdóttir
- 26 Frá ritnefnd bókar í tilefni 100 ára afmælis Ljósmeðrafélagsins
- 28 Ekki þegja
Úr þjóðfélagsumræðunni - Inga María Hlíðar Thorsteinson
- 30 Hvað einkennir þann hóp kvenna sem leita til Ljáðu mér eyra?
Ritrýnd grein - Valgerður Lís Sigurðardóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Þóra Steingrimsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir
- 38 Áhættu- og gæðastjórnun: Verklag við mænurótardeyfingar í fæðingu
Fræðslugrein - Katrín Sif Sigurgeirsdóttir
- 42 Trúir þú á jólasveininn?
Hugleiðing ljósmóður: Steinunn H. Blöndal
- 43 Ljósmeður kvaddar 2017

LIST OG VÍSINDI



Ólöf Ásta Ólafsdóttir,
ritstjóri Ljósmaðrablaðsins

Á aðventunni, tíma ljóssins, vakna minningar um hátíðlega og tilfinningaríka reynslu af barnsfæðingu sem minna á listrænar hliðar ljósmóðurstarfsins. Það fer því vel á því að í Ljósmaðrablaðinu sem kemur út á þessum tíma sé hrundið af stað nýrri aðferð við að velja forsiðu blaðsins sem mun næstu ár vera tileinkuð listinni og ljósmóðurfraðunum.

Listaverkið á fyrstu forsiðunni sem nefnist Fléttukjöllinn er skapað undir áhrifum meðgöngu og fæðingar af listakonunni og ljósmóðurnemanum Sunnu Maríu Schram. Sunna treysti innsæinu þegar hún ákvað að verða ljósmóðir enda segir hún snertiflöt við hugmyndafræði þessara tveggja faga, myndlistar og ljósmóðurfraði, vera augljósan. Sagt er nánar frá verkinu og listakonunni í blaðinu sem mun útnefna aðra listakonu fyrir næstu forsiðu.

Í síðasta ritstjórnarpistli var nefnt að haldið yrði áfram að vikka efnistösk blaðsins. Í því felst að taka þátt í gagnrýnni, þverfaglegri og þjóðfélagslegri umræðu, fjölga fræðigreinum á sviði ljósmóðurfraða og kynheilbrigði. Ritstjórnin reynir að standa við sitt með því efni sem hér er á boðstólum.

Þverfræðileg umræða er mikilvæg, ekki síst milli ljósmóðurfraðinnar og systurgreinarinnar hjúkrunarfræði. Það er ánægulegt að aðalkennarar ljósmæðra um kven- og kynheilbrigði síðustu áratugina og próffessorar í hjúkrunarfræði við Háskólann eru báðir með framlag í þessu blaði en önnur ritrýnda greinin í blaðinu er eftir Herðisi Sveinsdóttur um rannsókn hennar um tíðaverki ungra kvenna. Síðan er viðtal við Sóleyju Bender sem segir frá tillögum nefndar um endurskoðun laga frá 1975 sem fjalla um kynlíf, fóstureyðingar og ófrjósemis- aðgerðir. Miklar samfélagslegar breytingar hafa orðið á þeim rúmlega 40 árum síðan lögin voru sett. Tillögurnar þykja frekar róttækar sem skapar nauðsynlega umræðu í samfélaginu og Ljósmaðrablaðinu finnst mikilvægt að taka þátt í. Sóley segir frá helstu breytingum og forsendum, til dæmis um orðanotkunina; þungunarrof eða fóstureyðing, ákvörðunarrétt fólks um barneignir og mikilvægi þess að afmá alla mismun.

Hin ritrýnda greinin er eftir Valgerði Lísu Sigurðardóttur sérfræðiljósmóður og doktorsnema. Í greininni fjallar hún ásamt samstarfsfélögum um Ljáu mér eyra þá merkilegu meðferðarþjónustu fyrir konur með erfða reynslu af barns-

fæðingu, sem sett var á stofn á Landspítala fyrir 15 árum. Nú er komið að því að efla hana með rannsóknum, skoða hvað einkennir þær konur sem leita aðstoðar með gagnsemi og þróun viðtalsmeðferðar fyrir augum.

Á samfélagsmiðlum víða um heim stendur yfir mikil bylgja þar sem færðar eru upp á yfirborðið sögur af kynbundnu- og kynferðisofbeldi eða áreitni og áhrifum þess á konur. Umræðan er hávær hér heima, og veldur usla. Hún hefur haft pólitísk áhrif, stjórnslit og kosningar hafa farið fram. Skömminni er skilað, leyndarhyggju er hafnað – við #höfum hátt.

Fyrirmynd ljósmæðra um að láta í okkur heyra og taka þátt í þjóðfélagsumræðunni, er ljósmóðurneminn Inga María Hliðar Thorsteinson. Hún skrifaði pistilinn Ekki þegja á romur.is í lok nóvember sem birtist síðar í Kvennablaðinu. Með leyfi Ingu Maríu, birtist hann hér með smá viðbótum. Skrifin minna okkur á hvað hugmyndafræði ljósmóðurstarfsins og myndun tengsla við konur og fjölskyldur, fellur vel að áfallamiðaðri umönnun, nærgætni og öryggi sem allar barnshafandi konur ættu að finna hjá ljósmæðrum.

Ljósmæður fara víða til að leita sér þekkingar. Í þessu blaði er sagt frá Alþjóðaráðstefnu ljósmæðra sem haldin var í Toronto í Kanada í júní 2017. Fulltrúar okkar í alþjóðasamskiptum á vettvangi Ljósmaðrafélagsins segja frá spennandi verkefnum sem íslenskar ljósmæður taka þátt í, við birtum hugleiðingar og greinar ljósmæðra og fréttir af þeim úr daglegu lífi og starfi. Ljósmæðranemar eru líka á faraldsfæti og efla sig innan og utan námsins. Nemaverkefnið í þessu blaði er ferðasaga á slóðir Inu May Gaskin, með lýsingum á spennandi námskeiði og ólíkri menningu sem hægt er að læra af og nýta í íslensku umhverfi.

Umræðuefni Ljósmaðrablaðsins með list og vísindi í huga eru margvísleg. Segja má að í ljósmóðurfraðinni séum við sí og æ að fjalla um menningu barneigna, kynheilbrigði, þekkingu og reynslu líkama og sálar af barnsfæðingu, jákvæðra og neikvæðra áhrifa fyrir eða eftir barnsburð; um hvort af honum verður eða komið er í veg fyrir fyrir hann. Í ljósmóðurheitinu felst svo að móðir aðstoði barnið til að komast í ljósið og lifa lífinu. Ljósmaðrablaðið óskar lesendum sínum gleðilegra hátíða og friðsældar á nýju ári.

ARDO brjóstagjafarvörur í Rekstrarlandi

Þegar kemur að því að geyma og meðhöndla brjóstamjól er mikilvægt að vanda valið á vörum til þess. Rekstrarland býður upp á fyrsta flokks brjóstagjafarvörur frá ARDO sem fagaðilar mæla óhikað með. Vönduðu rafmagns- og handdæurnar 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 brjóstadætur til lengri eða skemmri tíma.



REKSTRARLAND

Rekstrarland | Vatnagörðum 10 | 104 Reykjavík | Ópið alla virka daga kl. 9-18

TILBÚNAR AÐ STÖKKVA Á VAGNINN

Enn eitt annasama árið er að renna sitt skeið og aldarafmæli félagsins færist nær og nær. Undirbúningur undir það er löngu hafinn og mun verða mikið um dýrðir. Meðal annars er áformað að leggja minningarstein í götuna á Laugavegi þar sem félagið var stofnað og hefur Reykjavíkurborg þegar samþykkt þessa framkvæmd. Einnig er verið að skrifa nýtt bindi um sögu félagsins árin 1979 þar til nú og samhliða því mun koma út nýtt félagatal. Við erum að vinna að tæknivæðingu félagsins og munu félagar væntanlega geta sett allar upplýsingar um sig sem þeir vilja að fram komi í félagatalinu inn í gegnum heimasíðu félagsins. Svo má ekki gleyma NJF ráðstefnu sem opnuð verður á afmælisdaginn sjálfan þann 2. maí 2019. Við erum þegar farnar að finna fyrir miklum áhuga erlendis frá og skipulagning er komin ágætlega á veg. Af því ég minnst á tæknivæðingu áðan þá hefur félagið ráðist í gerð smáforrits eða apps fyrir væntanlega foreldra.

Heiti þess er Ljósan – þegar von er á barni og þegar þetta er skrifað er stutt í útgáfu þess. Þetta forrit er þýtt og staðfært frá Danmörku þar sem danska ljósmæðrafélagið og Sundhedsstyrelsen stóðu að útgáfu þess. Vonumst við til að Ljósan nái góðri útbreiðslu og komi væntanlegum foreldrum að góðu gagni. Viljum við með þessari útgáfu bæði koma til móts við verðandi foreldra með góðum og áreiðanlegum upplýsingum og einnig vekja svoltið athygli á félaginu og ljósmæðrum og vonandi í jákvæðu ljósi.

Undanfarin ár höfum við stóraukið erlent samstarf og finnum að mikið er horft til Íslands og þekkingar íslenskra ljósmæðra. Hluti af þessu starfi er samstarfsverkefni við hollenska ljósmæðrafélagið eða twinning verkefni. Undirbúningur og umræður um verkefnið hafa staðið hátt í eitt ár en nú nýverið fékkst fjárstuðningur fyrir hluta verkefnisins og var ákveðið að slá til og auglýsa eftir verkefnastjóra. Við réðum Edythe Mangindin til verksins og er verkefnið nú að renna af stað í þessum skrifuðu orðum. Enn vantar fleiri ljósmæður í hópinn til að vinna verkefnið ásamt Hollendingum svo ef einhver hefur áhuga á að koma að þessu og kynnast alþjóðastarfi, kynnast hollenska félaginu og láta sitt af mörkum til fagsins þá endilega að hafa samband.

Ég hef lengi haft þá skoðun að það sárvanti ljósmæður í valdastöður og hef aðallega horft til Íslands í því sambandi. Nú þegar ég hef tekið þátt í alþjóðastarfinu hef ég hugsað með mér að við þyrftum að eiga íslenskar ljósmæður í valdastöðum í ljósmæðraheiminum/samfélaginu t.d. í ICM eða EMA. Við höfum þó búið svo vel að hafa átt íslenskan forseta NJF undanfarin 10 ár og er það gott og á hugsanlega sinn þátt í auknum sýnileika okkar íslensku ljósmæðra erlendis. ICM og EMA eru enn víðtækari samtök en NJF og hafa enn meiri áhrifamátt svo að mín von og sýn er sú að ungar ljósmæður geti með þátttöku í t.d. starfinu við hollenska félagið lagt grunn að sinni alþjóðavæðingu og hugsanlegri þátttöku í mikilvægu alþjóðastarfi á vettvangi stórra samtaka.

Annars er allt gott að fréttu af félaginu það ber aldurinn vel og heilmikil starfssemi fer þar fram. Það helsta eftir áramót er aðalfundur sem er í mars og svo verður mjög skemmtilegur ráðstefnudagur á Akureyri þann 5. maí á alþjóðadegi ljósmæðra. Auk þess að fara á ráðstefnuna gefst einnig kostur á að fagna vel 50 ára afmæli Norðurlandsdeildar LMFÍ. Það er grúpplagt að fara með hollsysstrum sínum og/eða öðrum vinkonum og eiga skemmtilega helgi saman.



Áslaug Íris Valsdóttir,
formaður Ljósmæðrafélags Íslands

Það er alls ekki hægt að slá botninn í þennan pistil án þess að minnst á yfirstandandi kjaraviðræður. Eins og allir vita hefur verið mikil ókyrrð í kjaramálum undanfarið og skemmst er að minnst gerðardóms og vangoldinna launa ljósmæðra. Nú ætti Hæstiréttur að fara að kveða upp sinn úrskurð fljótlega uppúr áramótum ef ekki fyrr.

Það kveður enn við sama tón í kjaraviðræðum. Sama tal um stöðugleika og rammasmunna og fyrr og litlar hækkunar í vændum. Sú stefna sem við í LMFÍ höfum farið í þessum viðræðum er að leggja áherslu á styttingu vinnutíma og bættan aðbúnað ljósmæðra t.d. með betri mönnum deilda. Einnig launatöflubreytingar sem við viljum að skili 500 þús. kr. lágmarkslaunum. Þessar leiðréttingar viljum við áður en hægt verður að ganga að einhverskonar rammasmunum. En það er alveg ljóst að við ramman reip er að draga þrátt fyrir að við höfum margtírekað bent á ýmis augljós vandkvæði t.d. hættu á að ekki sé hægt

að manna stofnanir sem borga hvað verst. Sem dæmi má nefna að sú stofnun sem greiðir næst lókustu meðallaunin er með um helming ljósmæðra 60 ára og eldri og ef ekki verður bætt um betur þar finnst mér blasa við að erfitt gæti verið að halda úti starfssemi þar eftir 5-10 ár. Meðalaldur ljósmæðra er almennt hár, helmingur félagsmanna er eldri en 50 ára.

Ef við lítum til kollega okkar á Norðurlöndum þá hafa þær glímt við samskonar vanda talsvert lengur en við þ.e. mjög mikið vinnuálag, frekar léleg laun, vandan vinnutíma og verið er að leggja niður marga minni fæðingarstaði svo þær upplifa þjónustu við sína skjólstæðinga verri og hafa auk þess minna val um vinnustaði. Þetta hefur orðið til þess að ljósmæður á Norðurlöndum glíma margar við kulnun í starfi og vanlíðan og talsvert er um að þær gefist upp á vinnunni og snúi sér að öðru. Margar eru hættaðar eftir einungis um 10 ár í starfi og varla það. Það er vitað að allt sem gerist í útlöndum gerist hér á Íslandi að lokum og verð ég svolítið vör við þetta nú þegar. Til mín hafa leitað ungar ljósmæður sem eru ekki tilbúnar að vinna svo mikla vaktavinnu sem starf ljósmæðra krefst oftast nær og þær eru einnig að velja því fyrir sér hvort að það borgi sig að leggja á sig það erfiði sem fylgir vinnunni. Þá er ótalið það álag á fjölskyldu sem fylgir því að lifa með vaktavinnukonu sem kemur uppgefin heim úr vinnu og gjarnan búin að gefa alla orku sem hún á til skjólstæðinga sinna. Þær hafa verið að velja því fyrir sér hvort þær ættu hreinlega að hætta strax eða reyna að þróa í von um að eitthvað breytist.

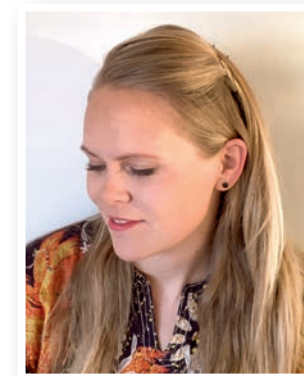
Því miður eru ekki mikil teikn á lofti um að eitthvað breytist í bráð enda heyrir ekki mjög mikið út á við hve vinnuþjakaðar margar ljósmæður eru og hve mikið álag er í vinnu. Reyndar á þetta mjög víða við í heilbrigðiskerfinu öllu og víðtækari breytinga er þörf en bara það sem ákkrat snýr að ljósmæðrum. En hver veit hvað Katrín, Bjarni og Sigurður gera, þau boða breytingar á heilbrigðiskerfinu og tala um að hlúa verði að innviðum þess. Hugsanlega eru þetta ekki bara orðin tóm – vonandi stokka þau vel upp í kerfinu og þá er eitt alveg víst að ef boðað er til breytinga sem snúa að okkar störfum þá þarf ég og ljósmæður í heild að vera tilbúnar að stökkva á vagninn og reyna að hafa þau áhrif sem við getum.

Að lokum þakka ég öllum ljósmæðrum samstarfið á árinu sem er að líða og óska ykkur öllum og fjölskyldum ykkar til sjávar og sveita gleðilegra jóla og farsæls árs 2018.

LJÓSMÓÐURLIST // LIST LJÓSMÓÐUR

Likaminn er rauði þráðurinn í allri minni list-sköpun. Þegar sköpunarferli listaverka minna hefst er skynjun líkamans mikilvægust og í raun grundvöllur fyrir því að þörfin til sköpunar sé til staðar. Likaminn gegnir mörgum hlutverkum í þessu samhengi; hann er uppspretta, viðfangið, útkoman og jafnvel listaverkið sjálft. Hann kemur mér á sporið, heldur mér við efnið þegar hinn rökvisi hugur efast og er endalaus brunnur sem ég sækj í. Þannig er likaminn og listin tengd órjúfalegum böndum.

(Sunna María Schram, 2010)



Sunna María Schram,
myndlistarmaður og ljósmóðurnemi

Þessi orð skrifaði ég í inngangi að lokaritgerð minni, *Listin í likamanum - likaminn í listinni*, úr myndlistardeild Listaháskóla Íslands árið 2010. Þarna hafði ég fengið við listsköpun í 4 ár og var falið það verkefni að fjalla um eigin verk í lokaritgerð til BA prófs. Þegar ég hafði tekið saman grunnstefin mín og þá hugsun sem tengdi saman hugðarefni mín var svarið nokkuð ljóst. Likaminn var rauði þráðurinn en efnistökin fölust í hugmyndinni um valdeflingu kvenna og feminíska nálgun á likamann, ekki sist sprottið frá jákvæðri fæðingarupplifun minni tveimur árum áður. Ég velti því fyrir mér á þessum tíma hvaða forsendur lægju að baki því að sköpun listaverks hæfist, áður en fullur skilningur í formi orða, hugmynda eða kenninga mótast í huga þess sem skapar. Likamlega skynjaði ég þörf til sköpunar og framkvæmda og upplifði þá tilfinningu að standa frammi fyrir tómarúmi sem skapaði tækifæri til uppfyllingar. Þetta er kallað í fyrirbærafæðinni *forskynjun holdsins* eða *fagurfræði villtu hugsunarinnar* þar sem grunnforsenda sköpunar er likaminn. Með því að treysta likamanum opnast tækifæri til frumsköpunar og sterkrar likamlegrar upplifunar.

Strax eftir útskrift úr LHÍ eignaðist ég annað barn mitt, í falletti og magnaðri heima-fæðingu, en í kringum það ferli var ég svo heppin að kynnast Áslaugu Hauksdóttur, ljósmóður. Sáði hún frá hjá mér um að láta draum minn rætast um að verða ljósmóðir. Ég fann þó að mig vantaði enn nokkur verkfæri í verkferakassann minn áður en ég gæti látið þann draum rætast. Í kjölfarið sat ég einn vetur tíma í kynjafræði við Háskóla Íslands og lærði þar að *hið persónulega er pólitískt* og gerði mér grein fyrir því að mín fyrsta feminíska ákvörðun í lífinu hafði falist í því að treysta likama mínum og innsæi í allri minni sköpun, í viðum skilningi.

Hvert hans hlutverk er og sé alltaf grunnforsendan. Þegar öllu er á botninn hvolft tók ég kannski ekki þá u-beygju sem ég hélt í upphafi, heldur meira eins og z-beygju. Eða kannski var þetta allt saman rökrétt framhald þar sem eitt leiddi af öðru og varð að þessu hressilega ferðalagi sem enn sér ekki fyrir endann á.



FORSIÐAN – UM MYNDLISTARMANNINN OG VERKIÐ

Sunna María Schram lauk BA námi frá myndlistardeild Listaháskóla Íslands árið 2010. Hún hefur tekið þátt í samsýningum héraðs og erlendis en hún var einnig nemandi í Kunsthochschule Berlin, Weissensee í Þýskalandi í skúlptúrdeils skólans á mastersstigi. Hún lauk BS. gráðu í hjúkrunarfræði frá Háskólanum á Akureyri vorið 2017. Nú er hún nemandi á 1. ári í ljósmóðurfraði við Háskóla Íslands.

Sunna María segir um verkið:

„Meðganga og barnsfæðingar voru mér ofarlega í huga þegar ég skapaði verk mitt sem ber heitið *Flétukjöllinn*, árið 2007, þá barnshafandi af frumburðinum mínum. Þarna hafði ég skapað flétukjöllinn í hálfgerðri leiðslu þar sem likaminn tók yfir og framkvæmdi nánast að mér óafvitandi, í tvennum skilningi. Meðganga mín og *Flétukjöllinn* urðu hliðstæður. Undirmeðvitundin fékk að ráða för, eitt leiddi að öðru og einhvern veginn myndaðist verkið af sjálfu sér“.

Einkasýningar

2010 - Crymo gallerí, *Hér sé stuð – hálfvitinn*

Samsýningar

2013 - Stiftung Bauhaus Dessau, *Hello Goodbye*
2011 - Monty Abn Belgía, *The Dimons that are inside me*
2010 - UKS Osló, *Bad Moon Rising*
2010 - Skaftfell, Seyðisfirði, *The Flag Factory*
2010 - Salthúsið, Stöðvarfirði, *Æringur*
2009 - Kaffistofan, nemendagallerí LHÍ, *Er þetta ekki bara helvíti fint?*
2008 - Hallgrímskirkja, *Bók bókanna*
2006 - Gallerí Gyllinhæð, mótamælasýning vegna Kárahnjúkavirkjunnar

ALHEIMSRÁÐSTEFNA LJÓSMÆÐRA Í TORONTO

Dagana 18.-22. júní 2017 fór fram 31. ráðstefna alheimssamtaka ljósmæðra (ICM), í Toronto í Kanada. Dagskrá ráðstefnunnar var mjög fjölbreytt en yfir 700 fyrirlestrar og rúmlega 500 veggspjöld voru kynnt á ráðstefnunni. Aldrei hafa jafn mörg erindi og veggspjöld verið kynnt á ráðstefnu ICM og gefur það til kynna hversu kröftugt rannsóknarstarf fer fram meðal ljósmæðra víðsvegar um heiminn. Um 4200 ljósmæður frá 112 löndum sóttu ráðstefnuna.

Alls sóttu 27 íslenskar ljósmæður ráðstefnuna og það vakti að sjálfsögðu athygli að fjölmargar íslenskar ljósmæður kynntu sínar rannsóknir bæði með fyrirlestrum og með veggspjöldum. Aldrei hafa verið fleiri framlög frá íslenskum ljósmæðrum á ráðstefnu ICM sem er að sjálfsögðu mikið fagnaðarefni.

Margir athyglisverðir fyrirlestrar voru fluttir á ráðstefnunni og allt of langt mál væri að telja upp allt það sem undirrituðum þótti áhugavert. Úrvalið var slíkt að það var mjög erfitt að velja hvaða fyrirlestra maður ætti að sitja. Margir fyrirlestrar voru um inngríp í fæðingu, slæma upplifun af fæðingu, val kvenna á fæðingarstað, stuðningur við konur sem hafa upplifað ofbeldi og þjónustu ljósmæðra eftir fæðingu, svo eitthvað sé nefnt. Við völdum nokkrar kynningar sem sérstaklega vöktu athygli okkar til að fjalla stuttlega um í þessari grein.

Ein rannsókn var framkvæmd bæði í Ástralíu og í Bretlandi, þar sem könnuð voru áhrif fæðingarstaðar á störf ljósmæðra. Í umfjöllun um bakgrunn kom fram að sýnt hafi verið fram á að fæðingarstaður hafi áhrif á útkomu kvenna og barna í fæðingu en lítið væri vitað um áhrif fæðingarstaðar á störf ljósmæðra. Rannsóknin var eigindleg þar



Hófundar við Niagrafossa.

sem tekin voru rýnihópaviðtöl við ljósmæður. Viðtöl voru tekin við fjóra hópa ljósmæðra þar sem hver hópur samanstóð af fjórum ljósmæðrum. Þrír hópanna voru í Ástralíu og einn í Bretlandi. Í niðurstöðum rannsóknarinnar kom fram að ljósmæður höfðu að leiðarljósi hvar sem þær störfuðu, að fylgjast náið með vellíðan móður og barns og gangi fæðingarinnar og mikið var lagt upp úr gæðum þjónustunnar og öryggi móður og barns. Á sama tíma kom fram að fæðingarstaðurinn hefði áhrif á vinnulag ljósmæðranna. Að þær hefðu meiri tíma til að vera með konunum þegar þær væru að vinna í heimahúsi eða á fæðingarheimilum og gætu betur stutt konurnar. Það kom einnig fram að við þær aðstæður upplifðu ljósmæður meira sjálfstæði og afslappaðra andrúmsloft heldur en á sjúkrahúsum og hefðu meiri trú á því að fæðingin yrði eðlileg (fyrirlestur A11.03 Eugene Declercq).

Ljósmæður frá Skotlandi og Nýja-Sjálandi stóðu fyrir málstofu um *störf ljósmæðra í dreifðari byggðum* þessara landa, en landfræðilegum aðstæðum á þessum slóðum svipar að mörgu leyti til Íslands þótt veðurfar kunni að vera betra. Skipulagi þjónustunnar var lýst og fjallað um þau vandamál sem ljósmæður geta staðið frammi fyrir þegar þær sinna konum í barneignarferli á stóru svæði sem ekki er alltaf auðvelt yfirferðar. Aðstöðuleysi og skortur á stuðningi við þjónustuna gat dregið máttinn úr þessum landsbyggðarljósmæðrum en ástríða þeirra fyrir því að byggja upp góða þjónustu við fæðandi konur í sinni heimabyggð fleytti þeim langt (málstofa S06, Mary Kensington, Jean Rankin, Susan Crowther, Andrea Gilkison, Ruth Deery).

Í einni málstofu var fjallað um *hvernig væri hægt að nota mismunandi öpp til þess að auka gæði þjónustu ljósmæðra*. Meðal annars sagði ljósmóðir frá Spáni frá því hvernig hún hafði tekið þátt í hópavinnu sem hannaði app fyrir konur sem taka getnaðarvarnarpillu. Fram kom í rannsókn sem hún gerði að á milli 65-70% kvenna tækju pilluna á rangan hátt, það er annað hvort að of langt liði á milli inntöku eða að þær gleymdu að taka inn pillu. Hún sagði einnig frá því að í 18% tilfella höfðu konurnar ekki notað neina aðra getnaðarvörn í kjölfarið, þrátt fyrir að þær vissu að virkni pillunnar minnkaði ef hún væri ekki tekin rétt og að 43% þeirra sem höfðu gleymt að taka pilluna á réttum tíma höfðu áhyggjur af því að verða ófrískar í kjölfarið. Þessar niðurstöður höfðu orðið til þess að hún fékk með sér fólk til að þróa appið. En appið er ekki eingöngu til að minna konur á að taka pilluna á vissum tímum heldur einnig til að skrá tíma á inntöku og veita leiðbeiningar um hvernig á að bregðast við ef pillu gleymist, veikindi koma upp eða upplýsingar um, í hvaða tilfellum eigi að leita til ljósmóður (fyrirlestur H05.01, Eva Adarve).

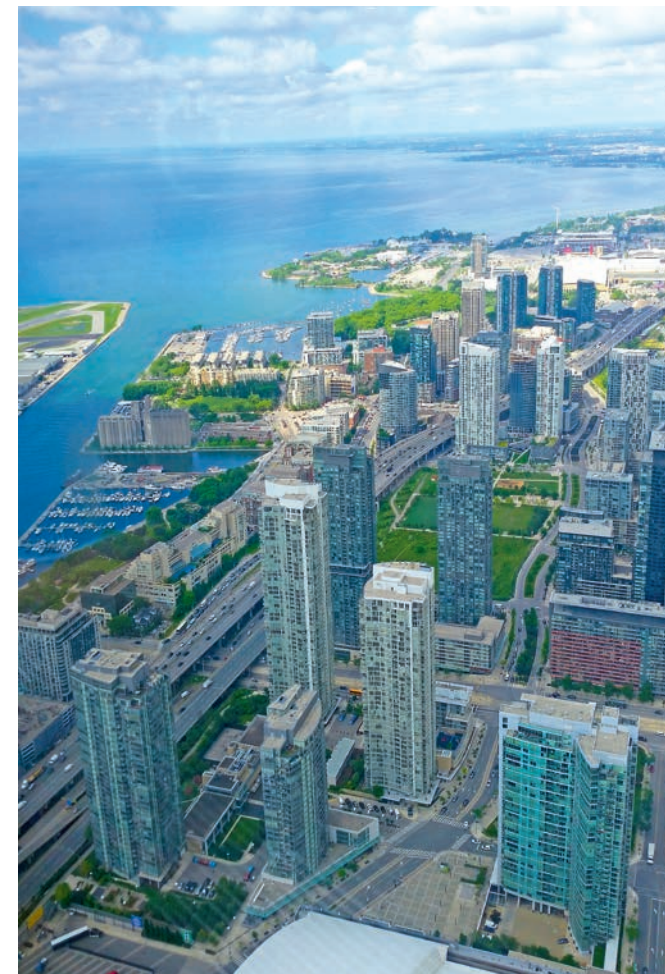
Einnig var í þessari málstofu kynnt app fyrir ófrískar konur sem eru með sykursýki. Rannsókn var gerð í Noregi á því hvaða áhrif það hafði á blóðsykursstjórnun að nota appið til þess að skrá ýmsa þætti, svo sem matarinntöku og hreyfingu. Rannsóknin var með tilraunasniði þar sem 240 kvenna hópi var skipt í tvo hópa, annar hópurinn notaði appið en hinn ekki og mælingar á blóðsykri voru gerðar við 33. og 36. viku og þremur mánuðum eftir fæðingu. Í ljós kom að marktækur munur var á því hversu góð blóðsykursstjórnin var á þessum þremur mismunandi tímum, þannig að appið var mjög gagnlegt til þess að bæta blóðsykursstjórn ófrískra kvenna (fyrirlestur H05.02, Iren Borgen).

Haldin var málstofa um *að annast umönnunaraðilana* (e. caring for the carers) þar sem fjallað var um erfiðar aðstæður og atvik í starfi



Margar íslenskar ljósmæður tóku þátt í ráðstefnunni.

ljósmæðra, en íslenskum ljósmæðrum hefur orðið tíðrætt um þetta efni á síðustu árum. Rætt var um tíðni áfallastreitu meðal ljósmæðra í kjölfar erfiðra atvika í starfi og hvaða þættir yta undir eða fyrirbyggja að ljósmæður prói með sér áfallastreitu við þessar aðstæður. Þættir sem geta fyrirbyggt áfallastreitu eru meðal annars að ljósmæður hafi aðstöðu til að sinna starfi sínu á faglegan hátt og að þær upplifi stuð-



Toronto.

ing frá samstarfsfólki. Ef ljósmæður mæta áföllum með seiglu getur úrvinnsla þeirra orðið til þess að þær vaxi í starfi (fyrirlestrar E13.01, Anna Fumoto, og E13.02, Helen Spiby).

Málþing var haldið þar sem rökrætt var *hvort ljósmæður ættu að vera helstu sérfræðingarnir í sitjandi fæðingum um leggöng*. Frum-mælendur tóku afstöðu með og á móti og í framhaldinu tóku þáttakendur í salnum til máls. Óhætt er að segja að líflegar umræður hafi skapast, meðal annars um það hvort sitjandafæðing rúmuðust innan ramma hins eðlilega eða væru frávik frá því. Almennt má þó segja að ljósmæðrum hafi almennt borið saman um að rétt væri að ljósmæður sérhæfðu sig í sitjandafæðing, enda engin leið að vita hvar og hvenær ljósmóðir getur þurft að sinna óvæntri sitjandafæðingu (málþing DB: ICM Debate).

Mörg veggspjöld voru einnig áhugaverð og í fræðilegri samantekt var rýnt í *niðurstöður rannsókna á því hvaða iðlutum væri beitt til að minnka kviða hjá barnshafandi konum með öðrum aðferðum en lyffum*. Þar kom fram að þær aðferðir sem hafa verið rannsakaðar voru fræðsla og stuðningur frá ljósmæðrum, slökun, núvitund, jóga og nálastungur, en einnig þættir eins og stuðningur í formi símaviðtala, jafningjastuðningur, fræðsla á sviði næringar, hreyfingar og sálfræðimeðferð (veggspjald P1.046, Kerry Evans).

Að sjálfsögu sinnu ljósmæðurnar frá Íslandi félagslífinu á meðan á ráðstefnunni stóð og skelltu sér til að skoða hina mikilfenglegu Niagara fossa. Einnig fóru margar ljósmæður upp í CN turninn í Toronto. Það var ekki laust við að sumum hafi fundist að við værum komnar aðeins of langt upp í loftið þegar við vorum komnar í 350 metra hæð og gengum út á glergölf þar sem hægt var að sjá 350 metrana beint niður á gangstéttina. Aðrar fóru hins vegar skrefinu lengra upp á hæsta útsýnispallinn í 450 metra hæð!

Hægt er að skoða umfjöllun, upptökur og myndir frá ráðstefnunni á <https://canadianmidwives.org/cam-conference-2017/>

Næsta ráðstefna ICM verður haldin á Bali árið 2020 og verður þema ráðstefnunnar „Midwives of the world: delivering the future.“ Í kynningu frá Bali kom fram að óskað verður eftir útdráttum á ráðstefnuna með tólf mánaða fyrirvara. Búið er að opna heimasíðu ráðstefnunnar www.midwives2020.org. Þannig að nú er um að gera fyrir íslenskar ljósmæður að plana fram í tímann og skella sér til Bali dagana 21.-25. júní 2020.

Sigfríður Inga Karlsdóttir og Berglind Hálfjansdóttir

ALÞJÓÐASAMSTARF LJÓSMÆÐRAFÉLAGSINS ÁRIÐ 2017

Samstarf LMFÍ og KNOV

Alþjóðasamstarf ársins hófst á því að formanni Ljósmaðrafélagsins og formanni Norðurlandasamtakanna var boðið til Utrecht í Hollandi til að ræða hugsanlegt samstarf LMFÍ og Ljósmaðrafélagsins í Hollandi (KNOV) um svokallað Twinning verkefni. Á fundinn voru einnig boðaðir fulltrúar frá Bretlandi og Grikklandi og stóð valið um samstarf KNOV við eitt þessara þriggja félaga. Á fundi ICM í Toronto í júní var málið rætt frekar og ljóst varð að KNOV vildi helst starfa með LMFÍ. Einnig var fundað með fjárhagslegum bakhjarli verkefnis sem er styrktarfélagið „Midwife for mothers“ í Hollandi. Í september lá fyrir að styrktarfélagið var tilbúið að styrkja verkefnið og í framhaldinu auglýsti LMFÍ eftir verkefnastjóra í launað starf til að sinna þessu samstarfi og útfæra í samráði við bæði félögin og verkefnastjóra í Hollandi. Franka Cadée formaður ICM mun vera samhæfingaraðili og ábyrgðarmaður verkefnisins.



Hildur Kristjánsdóttir, formaður Norrænu ljósmæðrasamtakanna.

Haldið er áfram að vinna að „ambassadör“ verkefninu þar sem ljósmæðrum stendur til boða að sækja námskeið þar sem fjallað er um samskipti, að koma fram í fjölmiðlum, hugmyndafræði og hvernig er rætt um stefnumótun. Þykir þetta verkefni hafa tekist mjög vel og það heyrir mun meira í ljósmæðrum opinberlega og þær taka að sér fleiri störf fyrir félagið sitt.

Kjaraviðræður fóru fram á árinu og fengu ljósmæður um 6% launahækkun og lagfæringu á eftirlaunakerfi þeirra.

Finnskar ljósmæður berjast fyrir því að lengja nám ljósmæðra úr 4 1/2 ári í 5 ár sem veitir bæði hjúkrunar- og ljósmóðurleifi. Þessi vinna hefur ekki skilað neinum árangri ennþá og aðalrökin gegn þessu eru að þá þurfi að færa námið á hærri skólastig.

Miðstýring fæðinga heldur áfram og eru fæðingardeildir nú aðeins 26 en voru rúmlega helmingi fleiri fyrir um 10 árum síðan.

Í Finnlandi fæddust 55.759 börn árið 2015.

Meðalaldur fæðandi kvenna var 30,6 ár. Keisaratiðni hefur lækkað og er nú 15,9%, soglukkufæðingar eru 9,2% og fer fjölgandi. Árið 2015 höfðu um 90% allra fæðandi kvenna notað að minnsta kosti eina verkjameðferð og er notkun epidural deyfinga 49,5% og spinalefing er notuð við 19,8% fæðinga um fæðingarveg. Verkjameðferð án lyfja eins og nálastungur, vatnsbólur, nudd, vatn o.fl. voru notaðar við um 32% fæðinga.

Fæðingar á leið á fæðingarstað voru 78, fjöldi fyrirframákveðinna heimafæðinga voru 45 og 104 konur fæddu heima án þess að hafa ákveðið það fyrir fram.

Í **Færeyjum** er nú aðeins ein fæðingardeild eftir að fæðingardeildinni á Suðuröya var lokað. Þetta var gert samkvæmt ósk sjúkrahússtjórnarinnar, fyrst og fremst vegna skorts á sérfræðilæknum.

Vinnuumhverfi ljósmæðra á sjúkrahúsinu í Þórshöfn hefur verið erfitt sérstaklega þar sem þær hafa ekki yfirljósmóður þrátt fyrir að um það sé samið í kjarasamningum.

Mikið hefur verið fundað um þetta mál og er það svo að hjúkrunarfræðingar sjúkrahúsins telja að þær eigi að stjórna sængurkvennahluta deildarinnar og þar með umönnun sængurkvenna og barnanna og ljósmæðurnar sjái bara um fæðingarnar. Þetta hefur leitt til margs konar funda og m.a. þess að áralöng barátta ljósmæðra fyrir því að stjórna sínum störfum, sem var komin í þökkalegt horf, hefur nú blossað upp aftur með mikilli reiði meðal ljósmæðra og samstarfserfiðleika við sjúkrahússtjórnina.

Á árinu 2016 fæddust 676 börn í Færeyjum sem er 11% aukning frá árinu áður.

Skýrsla **Ljósmaðrafélags Íslands** var kynnt af Áslaugu Valsdóttur sem hún flutti á aðalfundi félagsins 2016 og birt var í Ljósmaðrablaðinu í 1. tölublaði 2017.

Norska ljósmæðrafélagið heldur áfram að vinna að innra starfi félagsins og gera það aðlaðandi fyrir nýja félagsmenn. Erfitt hefur reynst að fá aukin stöðugildi ljósmæðra sem starfa hjá sveitarfélögum við meðgönguvernd og á fæðingarstofum og eru þær víða einar og í 20-30% stöðum að sinna meðgönguvernd. Í nýlegri könnun kom í ljós að um 36% þungaðra kvenna sækja meðgönguvernd á heilsugæslustöð en hinar fara til síns „fastlæge“.

Klínískar leiðbeiningar fyrir heimafæðingar voru gefnar út 2012 og í framhaldinu gerðu ljósmæður samning við ríkið um greiðslur vegna heimafæðinga. Þær greiðslur ná til fæðingarhjálpar, en ekki vaktaálags og ferðakostnaðar ljósmóðura. Ennfremur gengur illa að fá leyfi til að ávísa nauðsynlegum lyfjum vegna heimafæðinga og þurfa þungaðar konur sjálfar að leita til síns heimilislæknis vegna þessara lyfja og gengur það svona og svona.

Fæðingar utan stofnana sem ekki voru fyrir fram ákveðnar hafa tvöfaldast á síðustu árum og er talið að nú fæðist 7 börn af hverjum 1000 utan stofnana. Menntun ljósmæðra er enn til umræðu, í dag lýkur ljósmæðranámi í tveimur af fimm skólum landsins með meistaraþrófi (30 ECTS meistaraverkefni).

Félagið óskar eftir því að ljósmæðranámið verði 5 ára sjálfstætt nám sem ljúki með meistaraþráðu án hjúkrunarleysis. Því hefur þingið neitað.

Félagið hefur einnig rætt hugmyndir um á hvern hátt ljósmæður geta viðhaldið þekkingu sinni og hvort ástæða sé til þess að endurnýja starfsleyfi sitt á ákveðnu árabili. Engin ákvörðun hefur verið tekin um þetta.

Starfandi ljósmæður í **Svíþjóð** eru nú um 8000 og starfa fyrst og fremst við fæðingar og sængurleguþjónustu, mæðravernd, við kvensjúkdóma, á unglingamóttökum, á tæknifrjóvgunardeildum, fósturrannsóknardeildum og við rannsóknir og kennslu. Heilbrigðisfyrirvöld áætla að fjöldi ljósmæðra á 100 þúsund íbúa muni aukast um 16% á tímabilinu 2014 - 2030. Forsendur þessarar útreikninga byggja meðal annars á því að fleiri nemendur munu útskrifast sem ljósmæður frá og með árinu 2017 eða 250 á ári.

Erfiðlega hefur gengið að manna stöður ljósmæðra víða um landið, sérstaklega á fæðingardeildum í Stokkhólmi þar sem álag er gífurlegt. Í mönnunarútreikningum er gert ráð fyrir að jafnvægi verði komið á um 2020. Félagið hefur eftir kosningu meðal félagsmanna ákveðið að

hefja viðræður um að Ljósmaðrafélagið verði sjálfstætt félag sem semji sjálft um laun og kjör sjá nánar um þetta hér: <http://www.barnmorskeforbundet.se/>.

Í janúar 2013 var fæðingaskrá, mæðraverndarskrá og fósturgreiningskrá sameinuð í eina „Barneignarskrá“ og gert er ráð fyrir að allar fæðingardeildir og mæðraverndarstöðvar verði tengdar þessari skrá á þessu ári þ.e. 2017.

Mikil umræða hefur verið um fóstureyðingar og siðferðisleg gildi ljósmæðra. Umræðan komst í hámaili þegar tvær sænskar ljósmæður leituðu réttar síns vegna þess að þær neituðu að sinna fóstureyðingu, en í Svíþjóð sinna ljósmæður lyfjafóstureyðingum.

Rætt er um menntun ljósmæðra í Svíþjóð eins og í hinum löndunum og í Gautaborg er í boði meistaranám til ljósmóðurréttinda og eru þar 48 nemendur.

Önnur mál sem rædd voru

Framkvæmdastjóri danska ljósmæðrafélagsins Jan Helmer sagði frá ambassadör verkefni félagsins sem er mjög áhugavert og spennandi. Hægt er að lesa nánar um þetta hér:

<http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoeder/singlevisning/artikel/giv-saa-skal-der-nok-komme-mere-tilbage>.

Danskar ljósmæður ræddu um verkefnið „Pólinmóðar ljósmæður“ sem hefur að markmiði að draga úr sjúkdómsvæðingu og óþarfa inngrípum í fæðingum. Flestar fæðingardeildir landsins hafa verið heimsóttar og verkefninu hefur verið afar vel tekið.

Áframhaldandi umræður urðu um rétt ljósmæðra til að taka ekki þátt í aðgerðum sem stríða gegn siðferðilegum og mannlegum gildum þeirra. Nokkur umræða skapaðist um þetta og er það svo að í Svíþjóð er þessi umönnun hluti af faglegum skyldum fagfólks og persónuleg gildi starfsmannsins hverfa í bakgrunninn. Í Noregi, Finnlandi og Danmörku hefur það ekki verið vandamál fyrir fagfólk að neita að taka þátt í einhverju sem stríðir gegn gildum þeirra. Í Færeyjum eru fóstureyðingar ekki leyfðar og löggjöfin þar er frá 1933 og styður einungis fóstureyðingar af læknisfræðilegum ástæðum. Niðurstaða þessara umræðna var sú að þetta efni gæti verið áhugavert þema á ráðstefnu eða tekið fyrir á fundum félaganna.

Unnið var með skjal um sameiginlega sýn NJF á störf og menntun ljósmæðra á Norðurlöndunum og vonumst við til að það verði tilbúið ekki seinna en 2019 e.t.v. fyrr.

Ingela Wiklund fyrrum formaður sænskra ljósmæðra, er gjaldkeri í ICM, ráðgjafi hjá World bank og WHO og Trude Thommesen frá Noregi verður fulltrúi Norður Evrópu í stjórn ICM.



Formaðurinn á miðstjórnarfundum ICM.

Ýms önnur mál voru rædd á fundinum. Í Svíþjóð ber á skorti á ljósmæðrum sérstaklega á stærri fæðingardeildum, á sama tíma hefur tveimur stórum fæðingardeildum sem buðu uppá samfellu í þjónustu verið lokað. Þessar aðstæður hafa leitt til þess að ljósmæður telja að í þjónustunni sé verið að gera „too much too soon“ sem hefur áhrif á fjölda eðlilegra fæðinga.

Í Noregi er enn samdráttur í fæðingarþjónustu og litlum fæðingarstöðum hefur verið lokað sem líka hefur orðið til þess að konur ferðast um langan veg á fæðingarstað og þetta á við í öllum löndunum.

Formaður Ljósmæðrafélags Íslands, Áslaug Valsdóttir, kynnti áform okkar um ráðstefnuna hér 2019 og benti á vefsíðu ráðstefnunnar: www.njfcongress.is.

Næsti stjórnarfundur verður haldinn í Þórshöfn í Færeyjum 2.-3. maí 2018.

Alþjóðasamtök ljósmæðra (ICM)

Miðstjórnarfundur ICM (Council Meeting) var haldinn í Toronto dagana 13.-15. júní og sóttu hann fulltrúar frá um 130 löndum og almennt sækja fundinn tveir frá hverju aðildarlandi auk framkvæmdastjórnar samtakanna. Þessi fundur hefur ákvörðunarvald samtakanna og framkvæmdastjórn starfar í umboði hans (sjá mynd um uppbyggingu samtakanna). Starfsskrá árána 2014 - 2017 var kynnt og má nálgast skýrsluna á ensku hér: http://international-midwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/5.1%20Triennial%20Report_EN.pdf

Meginefni fundarins voru breytingar/lagfæringar ýmissa mikilvægra skjala sem ICM gefur út eins og siðareglur, hvað felst í ljósmæðrastarfi, ályktanir um menntun ljósmæðra, rétt kvenna á aðstoð frá ljósmóðum og ýmislegt fleira má telja upp. Þessi skjöl (core documents) má finna á heimasíðu samtakanna <http://international-midwives.org/> og eru í stöðugri endurskoðun. Flest meðlimalöndin nota sér þessi skjöl við stefnumótun sinna félaga og til að styrkja málstað sinn gagnvart stjórnvöldum þegar við á.

Francis Day Stirk formaður ICM gaf ekki kost á sér til formannsstarfa lengur og var Franka Cadec frá Hollandi kosinn formaður samtakanna til næsta fundar sem verður á Bali 2020.

Kosið var um hvar ætti að halda þarnaestu ráðstefnu samtakanna (2023) og stóð valið um þrjú lönd sem buðu ljósmæðrum að koma

til sín. Löndin eru Chili, Þýskaland og Sameinuðu furstadæmin. Kosið var milli landanna og Sameinuðu furstadæmin fengu flest atkvæði og Þýskaland næstflest. Fundurinn fól framkvæmdastjórn samtakanna að kanna fjárhagsgrundvöll ráðstefnunnar með tilliti til kostnaðar eins og hótél, ráðstefnusala o.fl. en borið hefur á því að þegar búið er að ákveða hvaða land fær ráðstefnuna að hótélgjöld, ráðstefnugjöld o.fl. hækki ótæpilega með miklum kostnaði sem samtökin ráða ekki við.

Evrópusamtök ljósmæðra (EMA)

Miðstjórnarfundur EMA var haldinn í Madrid í september. Fulltrúar voru á fundinum frá 25 aðildarlöndum auk tveggja áheyrnarfulltrúa og tveggja fulltrúa frá stjórn ICM. Helstu mál á dagskrá voru skýrslur síðasta árs, umræður um fjármál samtakanna og breytingar á EU regluverki og viðbót (annex) V, sem fjallar um ljósmæður. Nokkrar umræður urðu um þetta og mun EMA fylgjast vel með framvindu málsins.

Annað mál sem miklar umræður urðu um var ofbeldi í fæðingarþjónustu eða Obstetric violence og rétt um skort á rannsóknum þar að lútandi. Umræða spannst um geðheilsu nýju fjölskyldunnar og einnig ljósmæðra. Rétt var um mikilvægi fræðslu til verðandi fedra um fæðingarþunglyndi og að þeir geti fundið fyrir því eftir fæðingu barns rétt eins og konan. Talið er að fæðingarþunglyndi karla sé vangreint og nokkur fáfræði sé um efnið.

Skipst var á upplýsingum um fæðingarfjölda, mæðradauða og ungarnadauða og er gríðarlegur munur milli landanna þar sem við á Norðurlöndum komum mjög vel út.

Að síðustu sköpuðust töluverðar umræður um viðbrögð ljósmæðra sem sinna erfiðum fæðingum þar sem alvarleg atvik verða og hvort þær fái stuðning frá vinnuumhverfinu, ljósmæðrafélaginu sínu og þá hvernig stuðning þær fái og hversu lengi. Þetta er heitt umræðuefni núna og rannsóknir standa yfir víða.

Forseti samtakanna, Mervi Jokinen, var einróma endurkjörin. Næsti fundur verður fyrstu vikuna í október 2018 í Grikklandi.

Nóvember 2017
Áslaug Valsdóttir og
Hildur Kristjánsdóttir

HJARTATÁSUR

Á haustdögum tók ég á móti yndislegu litlu kríli, fæðingin gekk hratt og vel fyrir sig og fjölskyldunni heilsast vel. Þegar ég var svo að taka fótspor, komu í ljós að þarna voru sannarlega skemmtilegar litlar hjartatásur, en það má sjá móta fyrir hjarta í sólar plexus á ilinni. Eftir skemmtilegar umræður, fékk ég góðfúslegt leyfi foreldra til að deila þessu fótspori með ykkur. Fótsporið minnir okkur á hversu einstök við öll erum og hvernig hvert okkar markar sín fótspor á heiminn.

Kveðja
Inga Sigríður Árnadóttir, ljósmóðir



* BB-12 (Bifidobacterium animalis subsp. Lactis BB-12), L. 431 (Lactobacillus L. Casei 431), TH4 (Streptococcus thermophilus TH4). 250x106 CFU.



Heimildir:

1. Pitkala, K. S.-S. (2007, Jul/Aug). Fermented cereal with specific bifidobacteria normalizes bowel movements in elderly nursing home residents. A randomized, controlled trial. The Journal of Nutrition, Health and Aging, 11(4), 305-311.
2. Sheu, B.S., Wu, J., Lo, C.Y., Wu, H.W., Chen, J.H., Lin, Y.S., & Lin, M.D. (2002). Impact of supplement with Lactobacillus- and Bifidobacterium-containing yoghurt on triple therapy for Helicobacter pylori eradication. Aliment. Pharmacol. Ther. 16: 1669-1675
3. Rizzardini, G. E. (2012). Evaluation of the immune benefits of two probiotic strains Bifidobacterium animalis, ssp. lactis, BB-12® and Lactobacillus paracasei

4. Gaon, D. G. (2003). Effect of Lactobacillus strains and Saccharomyces boulardii on persistent diarrhea in children. Medicina, 63(4), 293-298.
5. Saavedra, J. A.-H. (2004). Long-term consumption of infant formulas containing live probiotic bacteria: tolerance and safety. The American Journal of Clinical Nutrition, 79, 261-7.
6. Taipale, et al. Bifidobacterium animalis subsp. lactis BB-12 in reducing the risk of infections in infancy. Br.J.Nutr. 2011;105:409-16

7. Saavedra, et al. Feeding of Bifidobacterium bifidum and Streptococcus thermophilus to infants in hospital for prevention of diarrhoea and shedding of rotavirus. Lancet 1994;344(8929):1046-1049
8. Jungersen, M.; Wind, A.; Johansen, E.; Christensen, J.E.; Stuer-Lauridsen, B.; Eskesen, D. The Science behind the Probiotic Strain Bifidobacterium animalis subsp. lactis BB-12®. Microorganisms 2014, 2, 92-110.

Apótekarinn⁺
- lægra verð



TÍÐAVERKIR UNGRA KVENNA OG SAMBAND ÞEIRRA VIÐ HLOTGERVINGU, VIÐHORF TIL BLÆÐINGA, LÍFSHÆTTI, HEILSUFAR OG BLÆÐINGAR

MENSTRUAL PAIN AMONG YOUNG WOMEN AND THEIR RELATIONSHIP WITH OBJECTIFICATION, ATTITUDES TOWARDS MENSTRUATION, LIFESTYLE, HEALTH AND MENSTRUATION

ÁGRIP

Bakgrunnur: Blæðingar eru þungamiðja í líffræði konunnar og þar með því hvernig konur tengjast líkama sínum og einkennum líkamans eins og verkjum. Orsakir tíðaverkja án meinafræðilegra orsaka eru ekki þekktar.

Markmið: Að skoða samband heilsutengdra lífsgæða, viðhorfa til blæðinga, hlutgervingar, upphafs blæðinga, núverandi blæðinga, líkamsþyngdar og lífsháttar hjá íslenskum konum á aldrinum 18 til 40 ára við tíðaverki og greina hvað spáir fyrir um styrk tíðaverkja hjá konum.

Aðferð: Lýsandi þversniðsskönnun og var gagna aflað með spurningalista sem innihélt auk spurninga um meginbreytur rannsóknarinnar mælitækið SF-36v2 sem metur heilsutengd lífsgæði. Þátttakendur (N=319) voru valdir handahófskennt úr þjóðskrá og endurspegluðu þeir þýðið með tilliti til aldurs. Gagna var aflað haustið 2013. Lýsandi tölfraði og ályktunartölfraði var notuð við úrvinnslu gagna. Línuleg aðhvarfsgreining var gerð til að greina marktæka spáþætti um styrk tíðaverkja.

Niðurstöður: Marktækt samband var á milli tíðaverkja og heilsutengdra lífsgæða, því að telja blæðingar valda skapraun, að telja þær veita forskrift að hegðun, líkamsskammar, styrks tíðaverkja, óreglulegra blæðinga, notkunar verkjalyfja og þess að tapa úr vinnu eða skóla vegna verkjanna. Niðurstöður aðhvarfsgreiningar voru að því meiri áhrif sem viðkomandi telur tíðaverki hafa á líf sitt, notkun verkjalyfja vegna verkjanna oft eða mjög oft, lægri aldur og mjög eða frekar óreglulegar blæðingar spá fyrir um meiri styrk tíðaverkja hjá konum með verki. Niðurstöðurnar skýra 55,6% af breytileika í styrk tíðaverkja.

Ályktun: Rannsóknir á heilsu kvenna eiga að taka tillit til sérstakra aðstæðna þeirra og heilbrigðisfræðsla til handa konum og stúlkum ætti að taka tillit til hins margþætta sambands sem konur hafa við líkama sinn.

Lykilorð: Tíðaverkir, heilsutengd lífsgæði, hlutgerving, blæðingar, viðhorf.

ENGLISH SUMMARY

Background: Menstruation plays a pivotal role in female biology and therefore in women's relationship to their bodies and symptoms like pains. Causes of secondary dysmenorrhea are unknown.

Aim: To investigate the relationship between health related quality of life, attitudes towards menstruation, objectification, menarche, present menstruation, BMI and lifestyle among women aged 18 to 40 years with presence of menstrual pain and detect predictors of severity of menstrual pain among women with the pain.

Method: Cross sectional descriptive survey that used a questionnaire to collect data about the main variables of the study and included the



Herdis Sveinsdóttir, hjúkrunarfræðingur og prófessor við Háskóla Íslands og Landspítala

instrument SF-36v2 that assesses health related quality of life. Participants (N=319) were selected randomly from the National Registry in Iceland and represented the population by age. Data were collected in fall 2013 and was analysed by use of descriptive and inferential statistics. Linear regression model was employed to calculate significant predictors of menstrual pain.

Findings: Significant associations were found between presence of menstrual pain and health related quality of life, believing that menstruation is annoying and hold a prescriptive role, body shame, intensity of menstrual pain, irregular menstrual pattern, use of pain medication and absence from school or work due to pain. Predictors of severity of menstrual pain among women experiencing the pain were found to be influence of menstrual pain on life, use of pain medication often or very often, younger age and very or rather irregular menstrual pattern. These findings explained 55.6% of the variance in intensity of menstrual pain.

Conclusion: Studies on women's health should consider the specific context of women's lives and health education for women and girls should take into account the various relationships women have with their bodies.

Key words: Menstrual pain, health related quality of life, objectification, menstruation, attitudes.

INNGANGUR

Tíðablæðingar eru sameiginleg reynsla flestra kvenna en hafa sögulega farið leynt, konur hafa fyllst skömm yfir þeim og þær notaðar til að útiloka konur frá ýmsum félagslegum viðburðum (Johnston-Robledo og Chrisler, 2013; Schooler, Ward, Merriwether og Caruthers, 2005). Margsinnis hefur komið í ljós í rannsóknum að ungar konur og stelpur skammast sín fyrir að sjást með túrtappa og bindi (Grose og Grabe, 2014; Ásthildur Knútsdóttir og Hallveig Broddadóttir, 1999) og að það blæði í gegn og sjáist (Fingerson, 2005). Afleiðingarnar fyrir konur og stúlkur að alast upp í menningarheimi, þar sem leitast er við að fela eðlilega líkamsstarfsemi eins og tíðablæðingar, geta orðið skömm á eigin líkama og þörf fyrir að fela líkamsstarfsemi (Hitchcock, 2008; Roberts, 2004). Þegar haft er í huga að blæðingar, og það sem þær standa fyrir, eru þungamiðja í líffræði konunnar og þar með því hvernig konur tengjast líkama sínum og einkennum líkamans eins og verkjum, þá er það umhugsunarvert að blæðingar og tíðaverkir séu ekki rannsökuð meira út frá hugtökum eins og sjálfsmynd, líkamsmynd, hlutgervingu auk almennrar líðanar. Rannsóknin, sem greint er frá hér, er hluti stærri rannsóknar sem hefur þann tilgang að auka skilning á sambengi sjálfshlutgervingar, viðhorfi til blæðinga, heilsutengdra lífsgæða, líkamshjálfunar, líkamsvitundar og upphafs blæðinga. Þegar

hafa verið birtar niðurstöður sem sýna að aldur við fyrstu blæðingar, trú kvenna á að blæðingar hafi áhrif á hegðun og notkun verkjalyfja við tíðaverkjum hefur áhrif í þá veru að konur eru líklegri til að hlutgera sig (Sveinsdóttir, 2017). Hér er athyglinni beint að tíðaverkjum og þeir skoðaðir í ofangreindu sambengi.

Tíðaverkir

Tíðaverkir hefjast venjulega einu til tveimur árum eftir fyrstu blæðingar um svipað leyti og stöðugleiki kemst á tíðahringinn (Kannan, Chapple, Miller, Claydon og Baxter, 2015). Að öllu jöfnu hefjast verkirnir nokkrum klukkustundum áður en blæðingar hefjast og standa yfir í hálfan sólarhring og allt upp í þrjá sólarhringa. Verkirnir geta verið misslæmir frá einni konu til annarrar en styrkleika tíðaverkja má flokka eins og aðra verki í væga, meðalslæma og mjög slæma (Kural, Noor, Pandit, Joshi og Patil, 2015). Vægir verkir eru taldir valda óþægindum eða tilfinningu um vanlíðan en hafa ekki áhrif á starf eða nám konunnar. Meðalslæmir og slæmir verkir geta hins vegar truflað persónulegt og félagslegt líf kvenna, dregið verulega úr framtakssemi þeirra og leitt til fjarvista úr vinnu eða skóla (Weissman, 2004). Ekki er algengt að truflunin sé mjög alvarleg (Ju, Jones og Mishra, 2014).

Tíðaverkir virðast mjög algengir en greint hefur verið frá því að allt að 93% kvenna fái þá (Habibi, Huang, Gan, Zulida og Safavi, 2015; Kural o.fl., 2015) og má ætla að 10-33% kvenna fái slæma tíðaverki (Aktas, 2015; Habibi o.fl., 2015; Kural o.fl., 2015; Patel, Tanksale, Sahasrabhojane, Gupte og Nevrekar, 2006). Hérlendir hefur algengi tíðaverkja mælt 78,4% hjá háskólastudentum á aldrinum 19 til 48 ára (Herdis Sveinsdóttir, Ragna Áspórsdóttir og Ragnheiður Halldórsdóttir, 2015). Konur leita sjaldan aðstoðar vegna tíðaverkja (Aktas, 2015; Fraser, Mansour, Breymann, Hoffman, Mezzacasa og Petraglia, 2015) þó flestar með verki greini frá því að einkennin hamli þeim við ýmsar daglegar athafnir og íþróttaiðkun og hafi neikvæð áhrif á andlega og líkamlega líðan (Grandi o.fl., 2012; Parker, Sneddon og Arbon, 2010; Seven, Güvenç, Akyüz og Eski, 2014).

Ýmsir áhættuþættir hafa verið nefndir fyrir slæma tíðaverki en niðurstöður rannsókna eru þó misvísandi. Ungur aldur við fyrstu blæðingar hefur tengst verri tíðaverkjum (Gagua, Tkeshelashvili og Gagua, 2012; Grandi o.fl., 2012; Patel o.fl., 2006; Khodakarami, Masoomi, Faradmal, Nazari, Saadati og Sharifi, 2015) þótt það sé ekki algilt (Al-Jefout, Seham, Jameel, Randa og Luscombe, 2015). Miklar tíðablæðingar, fleiri dagar á blæðingum, reykingar, offita, áfengisneysla, mikil neysla koffíns, sykurs og salts, barnleysi, hreyfingarleysi, of hár eða of lágur líkamspýngdarstuðull og ættgengi og hefur allt verið nefnt sem áhættuþættir tíðaverkja (Gagua o.fl., 2012; Grandi o.fl., 2012; Lee, Chen, Lee og Kaur, 2006; Ozerdogan, Sayiner, Ayranci, Unsal og Giray, 2009; Navvabi Rigi o.fl., 2012). Rannsóknir á sambandi verkjanna við óreglulegar blæðingar hafa ekki staðfest slíkt samband (Patel, Karelia og Piparva, 2016; Shah, Monga, Patel, Shah og Bakshi, 2013).

Heilsutengd lífsgæði (HL) hafa lítið verið skoðuð í sambengi við blæðingar, en hugtakið lífsgæði er mikið notað sem útkomubreyta í hjúkrunarrannsóknum í þeim tilgangi að lýsa heildarliðan einstaklinga (Fulton, Miller og Otte, 2012). Við mat á HL er verið að meta skoðun fólks á gæðum lífs síns og hvernig heilsufar þess hefur áhrif þar á. Hugtakinu er ætlað að ná yfir almenna heilsu, líkamlega og andlega þætti, tilfinningalíf, vitræna þætti, hlutverk og félagslega færni og innihalda jákvæða og neikvæða þætti lífsins (Kolbrún Albertsdóttir, Helga Jónsdóttir og Björn Guðbjörnsson, 2009). Engin rannsókn fannst þar sem mælitækið Short Form 36 Health Survey (SF-36), sem er notað í þessari rannsókn, var notað til að skoða tíðaverki og HL. Þetta mælitæki er eitt algengasta tækið til að mæla HL og hefur þann kost að hafa verið notað hjá mismunandi hópum og við margs konar aðstæður (Poradzisz og Florczak, 2013). Hins vegar fundust þrjár rannsóknir þar sem notaðar voru aðrar og einfaldari skilgreiningar á lífsgæðum og niðurstöður þeirra sýndu að tíðaverkir hafa áhrif á almenn lífsgæði (Onur o.fl., 2012; Unsal, Ayranci, Tozun, Arslan og Calik, 2010; Weisberg, McGeehan og Fraser, 2016).

Viðhorf kvenna til blæðinga hafa verið rannsökuð meðal mismunandi hópa og í mismunandi menningarsamfélögum og gefa niðurstöður visbendingu um að viðhorf til blæðinga hafi áhrif á og stýri jafnvel

hegðan kvenna (Herdis Sveinsdóttir o.fl., 2015; Sveinsdóttir, 2017). Rannsóknir á viðhorfum til blæðinga og tíðaverkja benda til þess að konur með mikla tíðaverki eigi erfiðara með að sjá tíðir sem eðlilegt fyrirbæri (Sönmezer og Yosmaoglu, 2014; Rempel og Baumgartner, 2003; Schooler o.fl., 2005).

Hugtakið hlutgerving (e. objectification) vísar til menningar sem hlutgerir einstaklinga. Oftast eru það konur sem eru hlutgerðar og hefur það þau áhrif að á einhverju stigi mótast félagsþroski stúlkna og kvenna þannig að þær fara að meðhöndla sjálfar sig sem hlut sem sé metinn eftir útlitinu. Þær fara að samsama sig sjónarmiði þess sem hlutgerir þær, verða ofuruppteknar af líkamlegu útliti sínu sem þær telja að stjórni því hvernig þeim farnast í lífinu og fara að líta á líkamann sem hlut sem þær líta stöðugt gagnrýnum augum. Afleiðingarnar geta birst í skömm á eigin líkama og að forðast að samsama sig honum (Herdis Sveinsdóttir o.fl., 2015; Sveinsdóttir, 2017; Slater og Tiggemann 2015). Engin rannsókn fannst þar sem tíðaverkir voru skoðaðir í sambengi við hlutgervingu.

Ljósmeður og hjúkrunarfræðingar eru í framvarðasveit heilbrigðiskerfisins og í lykilaðstöðu til að hafa áhrif á viðhorf fullorðinna kvenna jafnt sem ungra stúlkna sem eru að hefja blæðingar. Það er því mikilvægt að þær þekki og taki þátt í gagnrýnni umræðu um blæðingar, viðhorf til þeirra, hlutgervingu, heilsutengd lífsgæði og áhrif þessa á líf kvenna. Þessi rannsókn er innlegg í þá umræðu.

Markmið úrvinnslunnar hér er að a) skoða samband heilsutengdra lífsgæða, viðhorfa til blæðinga, hlutgervingar, upphafs blæðinga, núverandi blæðinga, líkamspýngdar og tíðni líkamsræktar hjá íslenskum konum á aldrinum 18 til 40 ára við tilvist tíðaverkja; b) greina hvað spáir fyrir um styrk tíðaverkja hjá konum með tíðaverki.

AÐFERÐ

Rannsóknarsnið

Rannsóknin var lýsandi þversniðsskönnun þar sem gagna var aflað með heimsendum spurningalistum.

Úrtak

Þýði rannsóknarinnar var 54186 konur á aldrinum 18–41 árs. Handahófskennt úrtak 1000 kvenna var tekið úr þjóðskrá og er úrtaksvilla viðunandi eða aðeins $\pm 31,1$ (95% öryggisbil) (Þórólfur Þorlindsson og Þorlákur Karlsson, 2003). Tölf konur töluðu ekki íslensku og 69 spurningalistum var skilað þar sem heimilisfang var rangt. Lokaúrtakið var því 919 konur og svörin var 35% (n=319).

Gagnasöfnun

Gagna var aflað í október og nóvember 2013 og var byggt á heildaraðferð Dillman (1991). Samkvæmt þessari aðferð voru spurningalistar póstsendir til þeirra sem lentu í úrtaki ásamt skýringabréfi og frimerktu skilaumslagi. Ítrekun var send þátttakendum bréfléiðis tvisvar og í síðara skiptið fengu þátttakendur auk ítrekunarbréfs spurningalistann og svarumslag sent aftur.

Mælingar

Tíðaverkir voru mældir með einni spurningu: „Finnur þú fyrir tíðaverkjum á meðan á blæðingum stendur?“ og voru svarmöguleikar já/nei. Þátttakendur, sem svöruðu spurningunni játandi, voru spurðir um styrk verkjanna á tölukvarða frá 0 (engir verkir) til 10 (mjög miklir verkir).

Heilsutengd lífsgæði (HL) voru mæld með SF-36v2 heilsukvarðanum (Short Form 36 Health Survey). Kvarðinn er samsettur af átta undirkvörðum sem meta heilsu, virkni og vellíðan, en þeir deilast svo í líkamlega og andlega heilsu. Spurningarnar eru 36 og er þeim öllum svarað á raðkvarða sem hafa mismunandi svarmöguleika eftir eðli spurninga. Við úrvinnslu SF-36v2 er hrágögnnum umbreytt í stig byggð á lykli frá réttthafa mælitækisins (Quality Metric Inc. Lincoln, Bandaríkjunum). Við þessa umbreytingu liggja stigin frá 0 til 100 og fleiri stig benda til meiri lífsgæða. Almenn má túlka stigafjöldann þannig að fleiri stig en 50 séu yfir viðmiði fyrir almenning (hér bandarískar konur á aldrinum 18 til 94 ára) og stig undir 50 undir því viðmiði (Ware, Kosinski, Björner, Turner-Bowker, Gandek og

Maruish, 2007; Rannveig Jónasdóttir, 2009). Hér verða aðeins birtar niðurstöðir fyrir líkamlega og andlega heilsu. Réttmæti og áreiðanleiki mælitækisins hafa verið staðfest í stórum rannsóknum sem tóku til heilbrigðra og veikra einstaklinga (Ware og Gandek, 1998). Mælitækið var þýtt á íslensku af viðurkenndum aðilum (Rannveig Jónasdóttir, 2009) og hafa próffræðilegir eiginleikar íslensku útgáfunnar mælst viðunandi í hópi íslenskra stúdenta (Margrét Eiríksdóttir, 2011) og meðal gjörgæslusjúklinga (Rannveig Jónasdóttir, 2009).

Viðhorf til blæðinga voru mæld með Spurningalistanum um skoðun á og viðhorf til tíðablæðinga (e. Beliefs and Attitudes Towards Menstruation Questionnaire (BATM)) (Marván, Ramírez-Esparza, Cortés-Iniestra og Chrisler, 2006). BATM er 40 atriða listi (svarmöguleikar mjög ósammála=1 til mjög sammála=5). Listinn skiptist í fjóra undirflokkar:

- Skapraun samanstendur af 11 atriðum og snýr að löngun til að hafna blæðingum (fleiri stig, meiri löngun).
- Leynd (10 atriði) fjallar um mikilvægi þess að halda blæðingum leyndum, vera vandræðaleg á blæðingum og að eiga erfitt með að tala um þær. Fleiri stig benda til að þátttakendur séu frekar sammála þessu.
- Fordæming og forskrift (14 atriði) fjallar um að konur eigi að haga sér á ákveðinn hátt á blæðingum og fleiri stig benda til að þátttakendur séu frekar sammála því.
- Ánægjulegar sem samanstendur af 5 atriðum sem snúa að tilfinningum um velliðan og stolt. Fleiri stig þýða meiri velliðan og meira stolt yfir blæðingum (Marván o.fl., 2006).

Almennt má segja að fleiri stig á mælitækinu í heild þýði að þátttakendur séu mjög sammála því að blæðingar hafi áhrif á frammistöðu og daglegt líf en færri stig þýða að þeir séu ósammála því.

Hlutgerving var mæld með tveimur mælitækjum. Sjálfshlutgervingar-spurningalistinn (e. Self-Objectification Questionnaire (SOQ)) mælir að hvaða marki þátttakendur líta á eigin líkama á huglægán, útlitstengdan hátt eða á hlutlausan, hæfnitengdan hátt. Þátttakendum er sagt að skrá 10 eiginleika líkamans út frá mikilvægi þeirra, fimm eru útlitstengdir (þyngd, kynþokki, líkamlega aðlaðandi, stæltir vöðvar og mælingar) og fimm hæfnitengdir (líkamleg samhæfing, heilsa, styrkur, orka og líkamlegt ástand). Við úrvinnslu eru annars vegar útlitstengdir eiginleikar lagðir saman og hins vegar hæfnitengdir. Því næst eru heildarhæfnistig dregin frá heildarútlitsstigum. Stig liggja á bilinu -25 til 25. Því hærri sem útkoman er því meira horfa þáttakendur til útlitstengdra eiginleika og hlutgera sig. Lægra gildi þýðir að þátttakendur meti meira hæfnisþætti tengda líkamanum og hlutgeri sig minna. Ekki er unnt að mæla innri áreiðanleika SOQ þar sem þátttakendur verða að velja á milli svara. Hitt mælitækið var Hlutgerði líkamskvarðinn (e. Objectified Body Consciousness Scale (OBCS)) sem er 24 atriða listi og merkja þátttakendur við á tölukvarða frá 1 til 7 þar sem 1 þýðir mjög ósammála og 7 mjög sammála. OBCS-kvarðinn inniheldur þrjá undirkvarða Líkamsskömm (8 atriði), Trú á stjórnun (8 atriði) og Eftirlit (8 atriði). Hátt gildi á Líkamsskömm 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 Eftirliti 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 liðan (sjá frekari lýsingu í Herdís Sveinsdóttir o.fl., 2015, og Sveinsdóttir, 2017).

Upphaf blæðinga var mælt með fimm spurningum og *núverandi blæðing*ar með 8 spurningum (sjá töflur 1 og 2 þar sem sjá má breyturnar og hvernig þær voru mældar).

Að lokum var spurt um líkamsþyngdarstuðul, hversu oft var farið í líkamsrækt, aldur, sambúð, börn heima og menntun (sjá töflur 1 og 2 þar sem sjá má breyturnar og hvernig þær voru mældar).

Úrvinnsla

Tölfræðiúrvinnsla fór fram með tölfræðiforritinu Statistical Package for the Social Sciences 22.00 (IBM Corp, 2013). Notuð var lýsandi tölfræði auk þess að t-próf, krosstöflur og Fisher-próf var notað til að skoða marktæk sambönd meginbreyta rannsóknarinnar (sem sýndar eru í töflum 1 og 2) við tilvist tíðaverkja. Línuleg aðhvarfsgreining var gerð til að skoða hvað spáir fyrir um styrk tíðaverkja (útkomubreyta) hjá konum með verki. Spearmans-rho var notað til að skoða tengsl útkomubreytunnar við breytur rannsóknarinnar. Breytur með marktæk tengsl, auk bakgrunnsbreyta, voru settar í greininguna.

Siðfræði

Fengið var leyfi frá Vísindasiðanefnd (Nr VSN-13-120) auk þess sem rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar (S6385). Þátttakendur fengu kynningarbréf með viðeigandi upplýsingum, m.a. um rétt sinn til að hætta þátttöku hvenær sem væri óskuðu þeir þess. Þá voru í bréfinu upplýsingar um ábyrgðaraðila rannsóknarinnar og hvert þátttakendur gætu snúið sér ef þeir óskuðu frekari upplýsinga. Svar við spurningalistanum var talið igildi samþykkis.

NIÐURSTÖÐUR

Til að meta hversu vel úrtakið endurspeglar þýðið var meðalaldur þátttakenda (M=30±7,0; n=319) borinn saman við meðalaldur þýðis (M=29,3±6,9, N=54186). Munurinn var ekki marktækur (t=1,922; df=319; p=0,06).

Lýsandi niðurstöður

Meginbreyta rannsóknarinnar er tíðaverkir og sögðust 84,4% (n=270) þátttakenda hafa tíðaverki en 15% (n=48) ekki. Meðalstyrkur verkja hjá þeim sem greindu frá verkjum var 5,4 (sf=2,4) á kvarða frá 0-10. Aðrar lýsandi niðurstöður er að finna í töflum 1 og 2. Hluta þeirra hefur verið lýst annars staðar en eru birtar hér með samþykki þess tímarits (Sveinsdóttir, 2017). Í töflu 2 kemur fram að meginhluti þátttakenda er í sambúð, með börn á heimilinu, með háskólapróf og útívinnandi. Mat þátttakenda á líkamlegu heilsufari (M=49,1) og almennu heilsufari (M=49,0) út frá SF-36v2 var aðeins lægra en mat bandarískra kvenna (sjá töflu 1). Viðhorf til blæðinga var frekar hlutlaust þó tilhneiging væri til að þykja skapraun að þeim (M=3,6) en óþarfi að leyna þeim (M=1,9). Sjálfshlutgerving mælist ekki mikil. Meðalgildi á SOQ var -16,8 þannig að þátttakendur meta sig út frá hæfni frekar en útliti líkamans. Meðalgildi á Eftirliti var 4,3 sem sýnir að þátttakendur fylgja vel með útliti sínu, meðalgildi á Trú á stjórnun var 5,4 sem þýðir að þátttakendur trúi því að þær geti haft stjórn á þyngd sinni og útliti ef þær leggja nógu hart að sér og á Líkamsskömm var meðalgildið

Tafla 1. Meðalstig á raðbreytum rannsóknarinnar og marktækur munur á meðalstigum út frá tilvist tíðaverkja.

	n	M+	(sf)+	Tíðaverkir			Marktækni*
				Já n	Nei M	(sf)	
<i>Lífnaðarhættir og bakgrunnur</i>							
Aldur (ár)	319	30,0	(7,0)	270	29,7	(6,9)	em
Líkamsþyngdarstuðull	313	25,9	(5,2)	265	25,8	(5,2)	em
Hugsu of mikið um mat#	320	3,0	(1,1)	270	2,9	(1,1)	48 3,1 (1,2)
Samviskubít yfir því að borða of mikið#	320	2,8	(1,1)	270	2,8	(1,1)	48 2,7 (1,1)
Líkamlegt heilsufar (út frá stöðluðu þýði kvenna)	320	49,1	(10,4)	270	53,4	(7,3)	48 55,9 (5,2)
Sálrænt heilsufar (út frá stöðluðu þýði kvenna)	320	49,0	(10,7)	270	47,0	(10,1)	48 51,8 (9,9)
<i>Skoðun á og viðhorf til tíðablæðinga</i>							
Skapraun	312	3,6	(7,0)	270	3,7	(0,7)	47 3,3 (0,8)
Leynd	318	1,9	(0,5)	270	1,9	(0,5)	47 1,9 (0,6)
Fordæming og forskrift	311	2,1	(0,6)	270	2,1	(0,6)	47 1,9 (0,5)
Ánægjulegar	316	2,7	(0,7)	270	2,8	(0,8)	47 2,6 (0,7)
Sjálfshlutgerving	292	-16,8		244	-16,4	(10,5)	46 -18,8 (8,4)
<i>Hlutgerði líkamskvarðinn</i>							
Eftirlit	318	4,3	(1,0)	269	4,3	(0,9)	48 4,2 (1,0)
Trú á stjórnun	317	5,4	(0,8)	268	5,3	(0,8)	47 5,5 (0,8)
Líkamsskömm	313	3,1	(1,1)	269	3,1	(1,1)	48 2,7 (1,0)
<i>Fyrstu blæðingar</i>							
Meðalaldur við fyrstu blæðingar	316	12,8	(1,6)	266	12,8	(1,6)	48 13,0 (1,5)
<i>Núverandi blæðingar</i>							
Lengd blæðinga (dagar)	317	5,1	(1,5)	269	5,3	(1,4)	47 5,0 (1,7)
Lengd tíðahringis (dagar)	290	28,5	(5,6)	246	28,8	(5,4)	42 27,8 (3,5)
Styrkur tíðaverkja (0=enginn verkur; 10=mjög mikil verkir	289	5,0	(2,7)	265	5,4	(2,4)	23 0,6 (1,6)
Hversu mikil áhrif telur þú tíðaverki hafa á líf þitt? (1=engin áhrif; 10=mjög mikil áhrif)	312	2,7	(2,5)	268	3,1	(2,5)	43 0,5 (0,9)
<i>Lífnaðarhættir</i>							
Mat á þyngd	317	2,4	(0,7)	267	2,4	(0,7)	48 2,3 (0,7)
Reglubundin líkamsrækt				269	2,9	(1,2)	

+ M=meðaltal; sf=staðalfrávik

* Notað er t-próf

Aldrei=1 til alltaf=5

Tafla 2. Lýsandi niðurstöður fyrir flokkabreytur rannsóknarinnar og marktækur munur á flokkum út frá tilvist tíðaverkja.

Breytur	n	%	Marktækni*
(N = 320)			
<i>Lýðfræði</i>			
Sambúð			em
Já	226	70,6%	
Nei	93	29,1%	
Börn undir 18 ára aldri á heimili			em
Já	189	59,1%	
Nei	131	40,9%	
Háskólamenntun			em
Já	168	52,5%	
Nei	151	47,2%	
Í starfi og eða námi			em
Já	277	86,6%	
Nei	41	12,8%	
<i>Fyrstu blæðingar</i>			
Samanborið við aðrar stelpur fékk fyrstu blæðingar			em
Miklu fyrr/eitthvað fyrr	102	31,9%	
Á svipuðum tíma	137	42,8%	
Eitthvað seinna/miklu seinna	74	23,1%	
Þekking á blæðingum við fyrstu blæðingar			em
Engin/mjög lítil	155	48,5%	
Nokkur	95	29,7%	
Mikil/mjög mikil	61	19,1%	
Undirbúningur fyrir fyrstu blæðingar			em
Algerlega óundirbúin/lítið undirbúin	184	57,5%	
Nokkuð vel undirbúin	92	28,8%	
Mjög vel undirbúin	29	9,1%	
<i>Núverandi blæðingar</i>			
Hversu reglulegar eru blæðingamar			em
Mjög reglulegar	147	45,9%	
Frekar reglulegar	115	35,9%	
Frekar/mjög óreglulegar	52	16,3%	
Líður illa á blæðingum			P<0,001
Aldrei/sjaldan	127	39,7%	
Stundum	118	36,9%	
Oft/mjög oft	73	22,9%	
Notar verkjalyf vegna tíðaverkja			P<0,001
Aldrei/sjaldan	163	51,0%	
Stundum	69	21,6%	
Oft/mjög oft	86	26,9%	
Tap úr skóla/vinnu vegna tíðaverkja			P<0,001
Aldrei	231	72,2%	
Stundum/sjaldan	33	24,7%	
Oft/mjög oft	8	2,5%	
<i>Lífnaðarhættir</i>			
Líkamsrækt			em
Daglega/3-5 sinnum í viku	134	41,9%	
1-2 sinnum í viku	102	31,9%	
Sjaldnar en einu sinni í viku	82	25,6%	
Borðar þrjár máltíðir á dag			em
5 til 7 daga vikunnar	248	77,5%	
1 til 4 daga vikunnar	56	17,5%	
Næstum aldrei/nokkrum sinnum í mánuði	16	5,0%	
Mat á þyngd miðað við hæð og þyngd			em
Alltöf þung	39	12,2%	
Aðeins eða nokkuð of þung	135	42,4%	
Af eðlilegri þyngd	132	41,3%	
Aðeins/alltöf létt	11	3,4%	

* Notað er Fisher-próf ef flokkamir eru tveir en krosspróf þegar þeir eru fleiri.

3,1, sem þýðir að þátttakendur telja sig vel uppfylla menningarbundnar væntingar um líkama sinn.

Meðalaldur við fyrstu blæðingar var 12,8 ár, og töldu 31,9% sig hafa byrjað eitthvað fyrr en jafnöldrur, 48,5% höfðu enga eða litla þekkingu á blæðingum við fyrstu blæðingar og 57,5% voru algerlega óundirbúnar eða lítið undirbúnar fyrir þær. Blæðingar voru frekar reglulegar hjá 35,9% þátttakenda og var meðallengd tíðahringsins 28,5 dagar og blæðinga 5,1 dagur. Verkjalyf vegna verkjanna voru notuð oft af 26,9% kvennanna.

Líkamsþyngdarstuðull (M=25,9) er aðeins í efri mörkum eðlilegrar þyngdar, og meðaltal svara sem snúa að því að hugsa of mikið um mat (M=3,0) og að hafa samviskubít yfir því að borða of mikið aðeins yfir meðallagi. Meirihluti stundar líkamsrækt vikulega eða oftar (73,8%), borðar þrjár máltíðir á dag 5 til 7 sinnum í viku (77,5%) og minnihluti (42,4%) telur sig of þungan miðað við hæð og þyngd.

Marktækur munur á konum með tíðaverki og konum án tíðaverkja

Konur, sem greindu frá því að þær fengju tíðaverki, voru með hærri

meðalstigaffjölda á bæði líkamlega og sálræna heilsufarskvarða SF-36v2, á tveimur af undirþáttum BATM, þ.e. Skapraun og Fordæmingu og forskrift, á einum af undirþáttum OBSC, þ.e. Líkamsskömm, og greindu jafnframt frá meiri áhrifum tíðaverkja á líf sitt (sjá töflu 1). Þetta þýðir að konur með tíðaverki hafa verri líkamleg og sálræn lífsgæði, að þeim er frekar skapraun að blæðingum og þær eru líklegri til að fordæma þær samhliða því að hegða sér á ákveðinn hátt meðan þær eru á blæðingum. Auk þess greina þær frekar frá skömm á líkamanum og finnst tíðaverkir hafa meiri áhrif á líf sitt. Þá greindu marktækt fleiri frá því að þeim liði illa á blæðingum, að þær notuðu verkjalyf vegna tíðaverkja og að þær töpuðu úr vinnu eða skóla vegna verkjanna (sjá töflu 2).

Marktæk tengsl breyta rannsóknarinnar við styrk tíðaverkja hjá konum með verki og línuleg aðhvarfsgreining til að spá fyrir um styrk tíðaverkja

Eftirtalдар breytur voru með marktækt samband við tíðaverki hjá konum sem voru með verki (p<0,05, Spearmans-rho-fylgnistuðull á bilinu 0,15 til 0,70): Fordæming og forskrift, Skapraun, Eftirlit, Líkamsskömm, lengd blæðinga, sálrænt heilsufar og aldur. Tvígildar breytur fegnu gildið 0 og 1 áður en þær voru settar inn í líkanið: Hversu reglulegar eru blæðingar (mjög/frekar reglulegar=0; mjög/frekar óreglulegar=1), tap úr skóla/vinnu (aldrei/sjaldan=0; stundum/ofl/mjög oft=1), áhrif tíðaverkja á líf (aldrei/sjaldan/stundum=0; ofl/mjög oft=1), líða illa á blæðingum (aldrei/sjaldan/stundum=0; ofl/mjög oft=1), notkun verkjalyfja vegna tíðaverkja (aldrei/sjaldan/stundum=0; ofl/mjög oft=1), börn á heimili (ekkert barn=0; eitt eða fleiri=1) og menntun (framhaldsskólamenntun=0; háskólamenntun=1).

Þessar breytur voru settar inn í línulega aðhvarfsgreiningu í þrepum (stepwise forward regression). Í töflu 3 má sjá lokalíkanið, en alls skýrðu fjórar breytur saman 55,6% af breytileika í styrk tíðaverkja (R²=0,556). Því meiri áhrif, sem konur töldu tíðarveki hafa á líf sitt, þeim mun líklegri voru þær til að meta styrk tíðaverkja hærri þegar stjórnað var fyrir áhrifum frá öðrum breytum í líkaninu. Konur sem notuðu verkjalyf oft eða mjög oft og konur með mjög eða frekar óreglulegar blæðingar voru líklegri til að meta styrk tíðaverkja hærri. Eins voru yngri konur líklegri en eldri til að meta styrk tíðaverkja minni.

Tafla 3. Tengsl styrks tíðaverkja við viðhorf til áhrifa tíðaverkja, notkun verkjalyfja, aldurs og hvort blæðingar eru reglulegar. Lokalikan línulegrar aðhvarfsgreiningar í þrepum.

Spáþættir um styrk tíðaverkja*	Óstöðuð hallatala		Stöðuð hallatala	t.	Sig.
	B	Std. error	β		
(Constant)	4,428	0,461		9,603	0,000
Áhrif tíðaverkja á líf (á kvarðanum 0-10)	0,568	0,044	0,600	13,015	0,000
Notar verkjalyf ofl/mjög oft vegna tíðaverkja	1,092	0,236	0,215	4,636	0,000
Aldur (í árum)	-0,042	0,014	-0,123	-2,916	0,004
Óreglulegar blæðingar	0,535	0,262	0,085	2,041	0,042
R²=0,556; adjusted R²=0,549					
*Eftirtalдар breytur voru endurflökkaðar og útbúnar leppbreytur: Notar verkjalyf vegna tíðaverkja (aldrei/sjaldan/stundum=0; ofl/mjög oft=1); Hversu reglulegar eru blæðingarnar (mjög/frekar reglulegar=0; mjög/frekar óreglulegar=1)					

UMRÆÐUR

Meirihluti þátttakenda fann fyrir tíðaverkjum og er það í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna. Túlka má styrk verkjanna sem meðalslæma en verkir af þeim styrk geta truflað persónulegt og félagslegt líf kvenna (Weissman, 2004).

Nýnæmi rannsóknarinnar fólst í að skoða tengsl tíðaverkja við HL, hlutgervingu og viðhorf til blæðinga. Niðurstöðurnar sýna að tengsl eru til staðar, þ.e. konur með tíðaverki greina frekar frá líkamsskömm, hafa lélegri HL og neikvæðara viðhorf til blæðinga. Orsakir tíðaverkja, sem hafa ekki þekktar meinafræðilegar orsakir, eru ekki kunnar og það að samband sé á milli þessara þátta er mikilvæg viðbót í þekkingargrunn um tíðaverki. Líkamsskömm hefur í rannsóknum verið tengd við verri geðheilsu, átröskun og þunglyndiseinkenni (Choma, Shove, Busseri, Sadava og Hosker, 2009; Greenleaf og McGreer, 2006; Noll og Fredrickson 1998; Tiggemann og Kuring,

2004). Minna hefur farið fyrir því að skoða samband líkamsskammur við líkamlega líðan og líkamleg einkenni. Niðurstöður rannsóknar á bandarískum sálfræðinemum sýndi samband milli líkamsskammur (mældrar með hlutgerða líkamsskvarðanum) við tíðni sýkinga frá unglingaldri, sjálfmetna heilsu og átta almenn líkamleg einkenni (Lamont, 2015). Niðurstöðurnar hér eru í sama dúr, að samband er á milli líkamsskammur og líkamlegs einkennis, þ.e. tíðaverkja. Þessar niðurstöður beina athyglinni að mikilvægi þess að umræða um tíðablæðingar sé opin. Meðalstigafjöldi á líkamsskammarkvarðanum var ekki mikill en það bendir til þess að þátttakendur finni almennt ekki mikið fyrir skömminni og er það í samræmi við niðurstöður um íslenska hjúkrunarfræðinema (Herdis Sveinsdóttir o.fl., 2015). Almenn umræða hlerlendis bendir þó til þess að ungar íslenskar konur vilji hefja þessar umræður og bera Túrðagar Feministafélags HÍ vorið 2017 (Feministafélag Háskóla Íslands, e.d.) því vitni en þar var tilgangurinn að hefja, auka og bæta umræðuna um túr og tengd málefni. Það að þátttakendur með tíðaverki væru með fleiri stig á fordæmingar- og forskriftarkvarðanum þýðir að þeim hættir til að fordæma blæðingar og telja sig þurfa að hegða sér á ákveðinn hátt á blæðingum og það styður við niðurstöðuna um líkamsskömm tengda tíðaverkjum. HL kvenna með tíðaverki voru verri hvort heldur horft er til líkamlegs eða sálræns heilsufars og er það í samræmi við niðurstöður annarra (Onur o.fl., 2012; Unsal o.fl., 2010). Mikilvægt er að hafa í huga að við mat á heilsutengdum lífsgæðum er verið að meta skynjun fólks á gæðum lífs sins og hvernig heilsufar þess hefur áhrif þar á. Í rannsókninni, sem hér er greint frá, er meirihluti kvenna með tíðaverki og lífsgæði þeirra eru undir meðallagi miðað við bandarískar konur. Niðurstöður íslenskrar rannsóknar, sem fjallaði um lífsgæði háskólanema, karla og kvenna, með SF-36v2, voru að meðalstigafjöldinn var sambærilegur eða aðeins meiri en hjá almenningi í Bandaríkjunum (Margrét Eiríksdóttir, 2011). Að þær niðurstöður séu aðrar en hér getur verið vísbending um að skoða beri betur lífsgæði íslenskra kvenna á barneignaraldri. Þó ber að hafa í huga að ekki er til stöðluð íslensk útgáfa af SF-36v2.

Niðurstöður voru ekki í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna á sambandi við aldur við fyrstu blæðingar (Grandi o.fl., 2012) né á tengslum fjölda daga á blæðingum við tíðaverki (Gagua o.fl., 2012). Niðurstöður rannsókna á því hvort slíkt samband er til staðar hafa þó verið misvisandi (Ju o.fl., 2014).

Skýring á því að konur með tíðaverki fá fleiri stig á skapraunarkvarðanum, líður verr á blæðingunum, nota frekar verkjalyf og tapa frekar úr skóla eða vinnu vegna verkjanna skýrist trúlega af því að blæðingum fylgja óneitanlega óþægindi. Hins vegar er ástæða til að skoða þessa hluti frekar og velja upp spurningum um persónulegar, fjárhagslegar og félagslegar afleiðingar þess að um 10% kvenna tapi úr skóla og vinnu og að 47% noti verkjalyf vegna tíðaverkja. Sérstaklega er það áhugavert í samhengi við niðurstöður rannsóknarinnar um að heilsutengd lífsgæði þátttakenda í heild mælast ekki meiri.

Athyglisverðasta niðurstaðan úr aðhvarfsgreiningunni er að því meiri áhrif sem konur töldu tíðaverki hafa á líf sitt því líklegri voru þær til að meta styrk tíðaverkja hærri þegar stjórnað var út af áhrifum frá öðrum breytum í líkaninu. Það vísar í huglæga vídd verkja og hversu flókið getur verið að meta styrk þeirra. Tíðaverkir eru ekki einangrað fyrirbæri frekar en aðrir verkir heldur fléttast verkirnir inn í líf konunnar og geta haft víxlverkandi áhrif á fjölmarga þætti líkt og þessi niðurstæða endurspeglar. Það að notkun verkjalyfja hefði áhrif á styrk tíðaverkja hjá konum með verki ætti ekki að koma á óvart. Sama á við um tíðaverki en slæmir tíðaverkir eru algengari hjá ungum konum (Patel o.fl., 2016).

Styrkur rannsóknarinnar felst í því að þátttakendur endurspeglar þýðið út frá aldri. Hins vegar hefði styrkur rannsóknarinnar aukist með fleiri þátttakendum. Takmörkun er jafnframt notkun sjálfsmatslista en þekktur galli á þeim er að þátttakendum hættir til að svara í samræmi við hvað þeir telja æskilegt í stað þess að svara út frá eigin reynslu (Polit og Beck, 2012).

Miðað við hve algengir tíðaverkir eru þá er athyglisvert hversu lítið er um rannsóknir á þeim sem byggjast á almennu þýði. Í raun vantar hreinlega langtímarannsóknir á náttúrulegri framvindu tíðaverkja, sem byggjast á öllum konum í tilteknum samfélögum.

ÁLYKTUN

Heilsutengd lífsgæði, hlutgerving og viðhorf til blæðinga hafa ekki haft mikið vægi í rannsóknum á tíðaverkjum kvenna né almennt í rannsóknum á tíðablæðingum kvenna. Niðurstöður þessarar rannsóknar staðfesta samband á milli tíðaverkja, þess að hafa skömm á eigin líkama, heilsutengdra lífsgæða og viðhorfa til blæðinga. Þetta eru niðurstöður sem ekki er hægt að horfa fram hjá. Rannsóknir þurfa að taka tillit til þeirra sérstöku aðstæðna sem konur og stúlkur lifa við, aðstæðna sem jafnvel valda því að þær leitast við að fela eigin líkamsstarfsemi.

Mikilvægt er að þekkja hvað hefur áhrif á tíðaverki hjá konum. Heilbrigðisfræðsla, þar með talin fræðsla um blæðingar, er hluti af klíniskri þjónustu ljósmæðra og hjúkrunarfræðinga og ætti að vera sveigjanleg og taka mið af flóknu og margþættu sambandi kvenna við líkama sinn.

HEIMILDIR

Aktaş, D. (2015). Prevalence and factors affecting dysmenorrhea in female university students: Effect on general comfort level. *Pain Management Nursing*, 16(4), 534-543.

Al-Jefout, M., Seham, A.F., Jameel, H., Randa, A.Q., og Luscombe, G. (2015). Dysmenorrhea: Prevalence and impact on quality of life among young adult Jordanian females. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(3), 173-185.

Ásthildur Knútsdóttir og Hallveig Broddadóttir (1999) Þetta er svölitið feimnismál. Lokaverkefni til BS prófs í hjúkrunarfræði Háskóla Ísland. Reykjavík: Námsbraut í hjúkrunarfræði.

Choma, B.L., Shove, C., Busseri, M.A., Sadava, S.W., og Hosker, A. (2009). Assessing the role of body image coping strategies as mediators or moderators of the links between self-objectification, body shame, and well-being. *Sex Roles*, 61(9-10), 699.

IBM Corp. I. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows* (gerð 22.0) [tölvuforrit]. Armonk, New York-riki: IBM Corp.

Dillman, D.A. (1991). The design and administration of mail surveys. *Annual Review of Sociology*, 17, 225-249.

Feministafélag Háskóla Íslands (e.d.). Túrðagar Háskóla Íslands; <https://www.facebook.com/events/244897969306134/>. Sótt 2. maí 2017.

Fingerson, L. (2005) Agency and the body in adolescent menstrual talk. *Childhood*, 12(1), 91-110.

Fraser, I.S., Mansour, D., Breymann, C., Hoffman, C., Mezzacasa, A., og Petraglia, F. (2015). Prevalence of heavy menstrual bleeding and experiences of affected women in a European patient survey. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128(3), 196-200.

Fulton, J. S., Miller, W. R., og Otte, J. L. (2012). A systematic review of analyses of the concept of quality of life in nursing: exploring how form of analysis affects understanding. *Advances in Nursing Science*, 35(2), e1-e12.

Gagua, T., Tkeshelashvili, B., og Gagua, D. (2012). Primary dysmenorrhea: prevalence in adolescent population of Tbilisi, Georgia and risk factors. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 13 (3), 162-168. Doi.org/10.5152/jtgga.2012.21.

Grandi, G., Ferrari, S., Xholli, A., Cannoletta, M., Palma, F., Romani, C., ... og Cagnacci, A. (2012). Prevalence of menstrual pain in young women: What is dysmenorrhea? *Journal of Pain Research*, 5, 169-74.

Greenleaf, C., og McGreer, R. (2006). Disordered eating attitudes and self-objectification among physically active and sedentary female college students. *The Journal of Psychology*, 140(3), 187-198.

Grose, R.G., og Grabe, S. (2014) Sociocultural attitudes surrounding menstruation and alternative menstrual products: The explanatory role of self-objectification. *Health Care for Women International*, 35(6), 677-694.

Habibi, N., Huang, M.S.L., Gan, W.Y., Zulida, R., og Safavi, S.M. (2015): Prevalence of primary dysmenorrhea and factors associated with its intensity among undergraduate students: A cross-sectional study. *Pain Management Nursing*, 16, 855-861.

Herdis Sveinsdóttir, Ragna Áspórsdóttir og Ragnheiður Halldórsdóttir (2015). Viðhorf til tíðablæðinga og hlutgerð líkamsvitund: Þýðing og forþrófun tveggja mælitækja. *Ljósmæðrablaðið*, 93(1), 15-21.

Hitchcock, C.L. (2008). Elements of the menstrual suppression debate. *Health care for women international*, 29(7), 702-719.

Johnston-Robledo, I., og Chrisler, J.C. (2013): The menstrual mark: Menstruation as social stigma. *Sex Roles*, 68, 9-18.

Ju, H., Jones, M., og Mishra, G. (2014). The prevalence and risk factors of dysmenorrhea. *Epidemiologic Reviews*, 36(1), 104-113. Doi: 10.1093/epirev/mxt009.

Kannan, P., Chapple, C.M., Miller, D., Claydon, L.S., og Baxter, G.D. (2015). Menstrual pain and quality of life in women with primary dysmenorrhea: Rationale, design, and interventions of a randomized controlled trial of effects of a treadmill-based exercise intervention. *Contemporary Clinical Trials*, 42, 81-89.

Khodakarami, B., Masoomi, S. Z., Faradmal, J., Nazari, M., Saadati, M., og Sharifi, F. (2015). The severity of dysmenorrhea and its relationship with body mass index among female adolescents in Hamadan, Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(4), 444-450.

Kolbrún Albertsdóttir, Helga Jónsdóttir og Björn Guðbjörnsson (2009). Lífsgæði og lífsgæðarannsóknir. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 85(4), 22-29.

Kural, M., Noor, N.N., Pandit, D., Joshi, T., og Patil, A. (2015): Menstrual characteristics and prevalence of dysmenorrhea in college going girls. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4, 426.

Lamont, J.M. (2015). Trait body shame predicts health outcomes in college women: A longitudinal investigation. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(6), 998-1008.

Lee, L.K., Chen, P.C.Y., Lee, K.K., og Kaur, J. (2006). Menstruation among adolescent girls in Malaysia: A cross-sectional school survey. *Singapore Medical Journal*, 47(10), 869-874.

Margrét Eiríksdóttir (2011). *Próffræðileg athugun á The Short From (36) Health Survey (SF-36) heilsukvarðanum*. Reykjavík: Háskóli Íslands, Sálfræðideild.

Marván, M.L., Ramirez-Esparza, D., Cortes-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, 453-473.

Navvabi Rigi, S., Kermansaravi, F., Navidian, A., Safabakhsh, L., Safarzadeh, A., Khazaian, S., ... Salehian, T. (2012). Comparing the analgesic effect of heat patch containing iron chip and ibuprofen for primary dysmenorrhea: A randomized controlled trial. *BMC Women's Health*, 12, 25. Doi.org/10.1186/1472-6874-12-25.

Noll, S.M., og Fredrickson, B.L. (1998) A mediational model linking self-objectification, body shame, and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 22(4), 623-636.

Onur, O., Gumus, I., Derbent, A., Kaygusuz, I., Simavli, S., Urun, E., Yildirim, M., Gok, K., og Cakirbay, H. (2012). Impact of home-based exercise on quality of life of women with primary dysmenorrhoea. *South African Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 18, 15-18.

Ozerdogan, N., Sayiner, D., Ayranci, U., Unsal, A., og Giray, S. (2009). Prevalence and predictors of dysmenorrhea among students at a university in Turkey. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 107(1), 39-43. Doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.05.010.

Parker, M.A., Sneddon, A.E., og Arbon, P. (2010). The menstrual disorder of teenagers (MDOT) study: Determining typical menstrual patterns and menstrual disturbance in a large population-based study of Australian teenagers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(2), 185-192.

Patel, V., Tanksale, V., Sahasrabhojane, M., Gupte, S., og Nevrekar, P. (2006). The burden and determinants of dysmenorrhoea: a population-based survey of 2262 women in Goa, India. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(4), 453-463. Doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00874.x.

Patel, P. A., Karelia, B. N., og Piparva, K. G. (2016). Dysmenorrhoea: Prevalence, impact and knowledge aspect of treatment in females of reproductive age in tertiary care teaching hospital. *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 7(11), 4556.

Polit, D.F., og Beck, C.T. (2012) Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 9. útgáfa. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Poradzisz, M., og Florczak, K.L. (2013). Quality of life: input or outcome? *Nursing Science Quarterly*, 26, 116-120.

Rannveig Jónasdóttir (2009). Heilsutengd lífsgæði og einkenni áfallastreituruskunar

eftir útskrift af gjörgæslu. Lýsandi rannsókn. Reykjavík: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.

Rempel, 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, 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. *The Journal of Sex Research*, 42, 324-334.

Shah, M., Monga, A., Patel, S., Shah, M., og Bakshi, H. (2013). A study of prevalence of primary dysmenorrhea in young students: a cross-sectional study. *Healthline, Journal of Indian Association of Preventive and Social Medicine*, 4(2), 30-34.

Slater, A., og Tiggemann, M. (2015). Media exposure, extracurricular activities, and appearance-related comments as predictors of female adolescents' self-objectification. *Psychology of Women Quarterly*, 39(3), 375-389.

Sveinsdóttir, H. (2017). The role of menstruation in women's objectification: a questionnaire study. *Journal of Advanced Nursing*. 10.1111/jan.13220.

Seven, M., Güvenç, G., Akyüz, A., og Eski, F. (2014). Evaluating dysmenorrhea in a sample of Turkish nursing students. *Pain Management Nursing*, 15, 664-671.

Sönmez, E., og Yosmaoğlu, H.B. (2014). Changes of menstrual attitude and stress perception in women with dysmenorrhea. *Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, 25 (2), 1-7

Tiggemann, M., og Kuring, J.K. (2004). The role of body objectification in disordered eating and depressed mood. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 299-311.

Unsal, A., Ayranci, U., Tozun, M., Arslan, G., og Calik, E. (2010): Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 115, 138-145.

Ware, J.E., og Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 903-912.

Ware, J.E., yngri, Kosinski, M., Björner, J.B., Turner-Bowker, D.M., Gandek, B., og Maruish, M. E. (2007). *User's Manual For The SF-36v2® Health Survey* (2. útgáfa). Lincoln, Rhode Island: QualityMetric Incorporated.

Weisberg, E., McGeehan, K., og Fraser, I. S. (2016). Effect of perceptions of menstrual blood loss and menstrual pain on women's quality of life. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), 431-435.

Weissman, A.M., Hartz, A.J., Hansen, M.D., Johnson, S.R. (2004). The natural history of primary dysmenorrhoea: A longitudinal study. *BJOG* 111(4), 345-352.

Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson (2003). *Um úrtök og úrtaksaðferðir*. Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

STOÐMJÓLK

SAMHLIDA
BRJÓSTAGJÖF



FYRIR 1/2 TIL 2 ÁRA

C-VÍTAMÍN
ÖRVAR
JÁRNUPPTÖKU

ÞÆGILEGAR
UMBÚÐIR



FYRIR TENNUR
& BEIN BARNNA





PRÓTEININNIHALD
SNIÐIÐ AÐ BÖRNUM



TILBÚIN
TIL DRYKKJAR



ÆVINTÝRAFERÐIN OKKAR

- ljósmæðranemar á slóðum Inu May -



Hulda Lind Eyjólfsdóttir og Edythe L. Mangindin,
2. árs nemar í ljósmóðurfraði

Síðasta sumar héldu þær Edythe og Hulda, ljósmæðranemar á öðru ári, í ævintýraför. Leiðin lá alla leið til Tennessee í Bandaríkjunum þar sem þær heimsóttu ljósmæðurnar á The Farm. The Farm er samfélag eða kommúna sem var stofnuð snemma á áttunda áratug síðustu aldar af nokkrum vinum sem vildu lifa einfaldara lífi í tengslum við móður jörð og án alls ofbeldis. Það sem samfélagið á The Farm er þó ekki síst þekkt fyrir er ljósmæðraþjónustan sem þar byggðist upp, en ljósmóðirin Ina May Gaskin (og maður hennar) voru ein af stofnendum samfélagsins á sínum tíma. Ina May hefur hlotið heimsathygli fyrir skrif sín um störf ljósmæðranna á The Farm, náttúrulegar fæðingar og reynslu kvenna af þeim.

Ljósmæðrablaðið bað Edythe og Huldu um að segja okkur aðeins frá ferðalaginu og hvernig það kom til að þær ákváðu að fara þessa ferð.



Greinarhöfundar ásamt kennum.

AÐDRAGANDINN

Fyrir átta árum þegar Edythe var barnshafandi af sínu fyrsta barni og nýflutt til Íslands frá Bandaríkjunum leið ekki á löngu þar til hún var byrjuð að lesa bækurnar eftir Inu May Gaskin ljósmóður. Eftir að hafa lesið Spiritual Midwifery og Ina May's Guide to Childbirth byrjaði hún að líta með öðrum augum á fæðinguna og fór að sjá hana sem eðlilegt ferli. Jákvæðu reynslusögurnar og upplýsingarnar í bókunum veittu henni innblástur og kraft til þess að ganga í gegnum náttúrulega fæðingu. Upplifun fæðingarinnar var mögnuð og fæðingin jók sjálfstraust hennar til muna. Eftir þessa lífsreynslu átti hún sér þann draum að heimsækja ljósmæðurnar á The Farm. Þegar Edythe byrjaði að nema ljósmóðurfraði haustið 2016, fór hún að skoða námskeið sem voru í boði á The Farm. Dag einn kom hún uppveðruð í tíma og sagði skólasystur sínum frá þessu magnaða námskeiði og að sjálfsögðu vissu þær allar hver Ina May var. Mikill áhugi var hjá þeim öllum að slást með í för en vegna ólíkra aðstæðna gátu einungis greinarhöfundar farið í umrædda ferð.

Hulda hafði verið að lesa bók eftir Inu May og heillaðist hún mjög af sögunum í bókinni þar sem áhersla er lögð á kraftinn sem býr í okkur konum, samkenndina og trúna sem konurnar höfðu á eigin líkama. Hana hafði dreynt um frá því hún var lítil stúlka að verða ljósmóðir en sökum annríkis við að ganga með, fæða og ala upp sín eigin börn dróst það á langinn. Það má segja að Hulda hafi verið svo heilluð af þessu kraftaverki sem við konur erum skapaðar til að gera, að hana langaði alltaf í eitt barn í viðbót. Eftir að hafa verið svo lánsöm að eignast 5 börn var komið að ákveðnum tímamótum í hennar lífi. Hulda hafði komist inn í draumanámið, eitthvað sem sem hafði einungis verið fjarlægur draumur fyrir nokkrum árum. Ákveðið var að með því að fara í þessa ferð væri hún að leggja grunninn að því hvernig ljósmóðir hún vildi vera.

The Farm samfélagið trúir því að fæðing sé heilög athöfn sem tilheyrir fjölskyldunni og að hún sé eðlilegt ferli sem gengur best heima í kringum fjölskyldu og hvetjandi ljósmæður. The Farm Midwifery Center byrjaði að halda námskeið á árlegum ljósmæðraráðstefnum árið 1995, sem tók sjö daga. Síðan þá hafa yfir 1000 einstaklingar alls staðar

að úr heiminum ferðast til Tennessee til að þjálfast og læra um þessa einstöku sýn á fæðingu.

Síðastliðinn ágúst tóku sextán einstaklingar þátt í námskeiðinu. Fólk með ólíkan menningarbakgrunn, trúarbrögð og störf mæta á Advanced Midwifery námskeið til að læra og fá tækifæri til að umgangast aðra sem hafa brennandi áhuga á að aðstoða barnshafandi konur og börnin þeirra. Ljósmæður, ljósmæðranemar, læknar og doulur halda námskeiðið árlega til að dreifa þekkingu og læra hvernig hægt er að vinna saman að því markmiði að stuðla að öruggum fæðingum fyrir allar mæður og börn. Á námskeiðinu er farið yfir fagkunnáttu auk þess sem mikilvægi snertingar, samúðar, sambanda, innsæis og fjarskynjunar í fæðingu er í hávegi höfð. Gerðar voru kröfur um að mæta vel lesin á námskeiðið, listinn var langur af bókum sem við áttum að vera búnar að lesa. Eftir að við vorum búnar að glugga í bækurnar var tilfinning okkar á þá leið að námskeiðið myndi lítið bæta við þekkingu okkar, en við ákváðum að mæta með opinn huga og leggja áherslu á að fanga andrúmsloft liðandi stundar.

Umhverfi og andrúmsloft

Eftir langt ferðalag lentum við á flugvellinum í Tennessee þar sem við vorum sóttar af Juliu Skinner, verkefnastjóra námskeiðsins. Það tók um það bil 90 mínútur að keyra til The Farm og talaði Julia um geitaræktun sína af mikilli ástríðu. Þótti okkur það nokkuð spennandi fyrsta korterið en eftir 90 mínútna „fræðslu“ um atferli geita var okkur farið að lengja eftir því að komast á áfangastað. Við aðkomuna á The Farm voru engin götuljós og sáum við því lítið þegar á áfangastað var komið. Svefnskálinn okkar hafði verið barnaskóli á áttunda áratugnum. Okkur var úthlutað hrálegt herbergi sem útbúið var 7 gömlum rúmum á hjólum sem áttu það til að fara á fleygiferð þegar lagst var í þau. Ein loftkæling var í herberginu sem hljómaði eins og bitlaus vélsög allan sólarhringinn. Þetta skipti litlu máli þegar herbergið tók að fyllast af ljósmæðrum og nemum alls staðar að og var mikið hlegið og spjallað á kvöldin.

Þar sem við komum tveimur dögum áður en námskeiðið hófst, höfðum við tíma til að skoða okkur um og kynnast umhverfinu. Fyrsti göngutúrinn var ævintýri líkastur því kyrrðin og umhverfið er eitthvað sem erfitt er að lýsa með orðum. Dádýr, kanínur, fuglar, hestar og asnar tóku á móti okkur. Okkur var eindregið ráðlagt að ganga ekki í grasinu því á þessum árstíma er mikið um skógarmýtil, skröltorma, eitursnáka ásamt ofgnótt af baneitruðum köngulóm. Ein verslun var á svæðinu, The Farm Shop, þar sem hægt var að kaupa heita vegan súpu í hádeginu ef hungur bar að. Þar inni var hver sentimetri fullnýttur til hins ýtrasta og öllu ægði saman. Þurrkaði mangoinn var við hliðina á heimagerðu skartgripunum, batik fót á snaga, vegan ís, draumafangarar og svo lengi mætti telja. Á þakinu á búðinni og þar í kring voru ógrynni af ikornum sem okkur þóttu voða sætir en heimamenn kvörtuðu iðulega undan. Þar sem við sátum í rólegheitunum að borða súpu fyrir utan búðina með ljósmæðranemum frá Bretlandi, sáum við fyrir tilviljun Inu May á leið sinni að versla. Við kölluðum á hana og spjölluðum stutta stund, en þetta var eina skiptið sem hún sást á svæðinu þessa vikuna. Þarna fór hitinn oft yfir 35°C á daginn, en sökum þess vorum við duglegar að heimsækja “The Swimming Hole” sem var náttúrulegur sundstaður inni í miðjum skógi umlukinn fallegum gróðri og klettasyllum. Eitt kvöldið var okkur boðið í sánu með nokkrum konum sem bjuggu á svæðinu. Ekki er laust við að reynt hafi á að halda andlitinu þegar þær tóku að syngja fullum hálsi gömul lög um eilífa ást og frið.

Námskeiðið

Fyrsta daginn fengum við kennslu í hvernig framkvæma eigi innri skoðun með mikilli áherslu á að borin sé virðing fyrir konunni. Shirley Chisolm, GTA (Gynecological Teaching Associate) sem vinnur hjá læknskóla í New Jersey sá um kennslutímann. Starf hennar felst í því að þjálfa nemendur í læknisfræði, ljósmóðurfraði og hjúkrunarfræði víða í Bandaríkjunum. Edythe var ein af tveimur nemendum sem fengu tækifæri til að gera innri skoðun á Shirley undir hennar leiðsögn. Lögð var mikil áhersla á samskipti, hæfni til að skapa róandi andrúmsloft og að konan hafi stjórn á aðstæðum. Þá er skjólstæðingurinn látinn vera í eins uppréttri stöðu og hægt er með lak yfir sér og spegil í hendi svo hún geti fylgst með skoðuninni. Að

lokum gerði Hulda innri skoðun á Edythe með mikilli virðingu og er óhætt að segja að farið var langt út fyrir þægindarammann.

Heill kennsludagur fór í fyrirlestur og verklegar æfingar um saumaskap sem reyndist vera mjög gagnlegur fyrir okkur, en kennd var sama saumataekni og hér heima. Í fyrirlestrinum var lögð áhersla á nokkra þætti sem stuðla að gróanda hjá konum sem hafa fengið spangarrífu, meðal annars að setja nornaesli í bindi, frysta og setja síðan á auma svæðið eftir að búið er að sauma. Mikil áhersla var lögð á að skapa afslappandi umhverfi svo að móðirin geti hvílst í það minnsta 7-10 daga eftir fæðingu og einnig að forðast að sitja upprétt til að vernda spöngina. Annar kennsludagur var tileinkaður axlaklemmu og sitjandafæðingum. Pamela Hunt, CPM, Deborah Flowers, RN, CPM og Joanne Santana, RN, CPM sáu um að leiðbeina okkur þar. Kennar voru að mestu leyti sömu aðferðir og við notumst við á Íslandi ásamt nokkrum öðrum góðum ráðum. Einnig horfðum við á myndbönd þar sem The Farm ljósmæður voru að losa axlaklemmur og taka á móti börnum í sitjandastöðu. Okkur fannst það merkilegt að á árunum 1970-2017 hafi 106 börn verið greind í sitjanda stöðu á The Farm og einungis tvö af þeim enduðu í keisarskurði. Dagurinn varð einstaklega lærdómsrikur og tekið var á móti ótal dúkkubörnum sem báru að með ólíkum hætti.



Búðin -The Farm Shop.

Í ljósi þess að The Farm er gömul hippakommúna, biðum við spenntar eftir fyrirlestrinum þar sem Pamela fjallaði um nýjustu rannsóknir kannabisneyslu á meðgöngu. Það er óhætt að segja að við báðar vorum orðlausar eftir það kvöld. Byrjaði hún á því að fjalla um nokkrar staðreyndir þar sem meðal annars kom fram að í 44 fylkjum í Bandaríkjunum er löglegt að nota kannabis í einhverskonar formi en í Tennessee er efnið ólöglegt. Einnig talaði hún um að rannsóknir sýndu ekki með skýrum hætti að kannabis væri skaðlegt móður, fóstri eða ungabarni á meðgöngu eða brjóstagjöf. Heitar umræður áttu sér stað þetta kvöld en svo það sé í heiðri haft þá leggja ljósmæður sem starfa á The Farm ríka áherslu á að skapa traust milli skjólstæðinga sinna og gefa þeim heiðarlegar ráðleggingar án þess að dæma. Ráðleggja þær skjólstæðingum eindregið að stunda heilbrigða lífshætti og ekki nota eiturfylf af neinu tagi á meðgöngu.

Á námskeiðinu um menningarhæfni var fjallað um aðferðir til að bæta meðferðarsamband milli heilbrigðisstarfsfólks og kvenna af erlendum uppruna, hefðir og fylgjufæðinguna í öðrum menningarheimum, ljósmæðrastarf í þróunarlöndum og sjálfbodastörf erlendis. Eftir þennan fyrirlestur kom andinn yfir okkur og við ákváðum að fara til Úganda eða Filippseyja í framtíðinni. Síðasta daginn heimsóttum við Millie Amish-ljósmóður. Áður en haldið var af stað fengum við kynningu um menningarhefðir Amish fólks. Amish konur eru mjög hlédrægar og hleypa fólki utan samfélagsins ekki oft að sér, en ríkjandi traust er á milli Amish kvennanna og ljósmæðranna á The Farm. Millie hefur samband við ljósmæðurnar ef hún þarf ráðleggingar eða aðstoð. Þar sem enginn simi er í samfélaginu, þarf að hlaupa til næsta nágretta sem tilheyrir ekki Amish til



Með Inu May og þátttakendum í námskeiðinu

að fá að hringja í þær. Getnaðarvarnir eru ekki leyfilegar og flestar fjölskyldur eiga að meðaltali 5 til 10 börn og í samfélaginu sem við heimsóttum var ein móðir sem átti 18 börn. Þó flestar mæður kjósi að fæða heima með aðstoð ljósmóður, mega konur fæða á spítala með aðstoð lækna, t.d. kona í áhættumeðgöngu. Þar sem Amish fólk er ekki með sjúkratryggingu leggjast allir á eitt í samfélaginu til að borga fyrir sjúkrahúsdvöl. Enginn í samfélaginu er með bankareikning og þykir það víst skondin sjón þegar höfuð fjölskyldunnar mætir með ferðatösku fulla af peningum á sjúkrahúsið til að borga fyrir vist og þjónstu.

FRÉTTIR ÚR FÉLAGSSTARFI

FRÆÐSLUDAGUR UM BRJÓSTAGJÖF



Fræðsludagur um brjóstagjöf var haldinn með þátttöku Ljósmæðrafélagsins þann 27. október, auglýstur fyrir ljósmæður, hjúkrunarfræðinga og lækna sem sinna mjólkandi mæðrum. Aðalfyrirlesari var Catherine Watson Genna (BS, IBCLC, NYC). Haldin voru erindi um fjölbreytt efni brjóstagjafa svo sem um blæbrigði gripsins (Nuances of Latch), Rauð flögg ráðgjafans! (Red flags for BF helpers), Barnið sem vill ekki taka brjóstið (Non-Latching Babies) Bakflæði (Reflux), Þegar barnið braggast ekki (Failure to thrive). Eins og heiti fyrirlestra gefur til kynna var þetta spennandi og fræðandi dagur um þetta mikilvæga viðfangsefni í ljósmóðurstarfi.

Við fengum far með Pamelu til að heimsækja Millie sem bjó í nágrenninu. Umhverfið var hjúpað dulúð. Flennistórir akrar þar sem ræktað var allskonar grænmeti og maís. Húsin voru falleg og reisuleg og óhætt að segja að það hafi komið okkur spánskt fyrir sjónir þegar við mættum prúðbúnum Amish hjónum í fullum skrúða keyrandi um á hestakerru. Okkur var boðið heim til ljósmóðurinnar í bænum og var heimilið hreint og snyrtilegt. Olíulampar hengu á veggjum í stað rafmagnsljósá. Gaseldavél var í eldhúsinu og hver innanstokksmunur hafði sínu hlutverki að gegna. Við fengum að sjá ljósmæðratöskuna hennar sem var stútfull af jurtalyfjum sem hún bjó til sjálf. Þar voru meðal annars jurtalyf fyrir gangsetningu, svefnleysi og ógleði ásamt mörgu öðru. Í töskunni var hún einnig með samdráttarlyf Syntocinon og Methergin sem Pamela hafði látið hana fá og kennt henni að nota. Í lokin fengum við að fara í “apótekið” hjá Millie og var boðið að kaupa jurtalyf við hinum ýmsustu kvillum eins og stinningarvandamálum, ófrjósemi, kvíða og þunglyndi svo eitthvað sé nefnt.

AÐ LOKUM

Á síðasta kvöldi námskeiðsins héldu ljósmæðurnar á The Farm athöfn þar sem allar komu saman. Allar sátu saman í hring með kerti. Hver og ein sagði frá einhverju sem stóð upp úr eftir vikuna. Edythe talaði um innblásturinn og styrk kvennanna sem kemur fram þegar konur hafa trú á sjálfa sig og styðja hvor aðra. Hulda talaði um mikilvægi þess að hlusta alltaf á innsæi sitt og vitnaði í orð eins kennarans “If you don’t use it, you’ll lose it.” Í lokin vorum við kallaðar upp ein og ein þar sem fram fór blessun á höndum, við dýfðum höndunum í stóra skál sem var full af vatni, blómum og lavender. Á sama tíma bað Pamela Guð um að blessa hendur okkar, sem koma til með að hlúa að konum og börnum í framtíðinni. Með þessum fallegu orðum lauk ógleymanlegu námskeiði á The Farm.

Hugmyndin sem við vorum með í byrjun námskeiðsins um að við myndum lítið bæta við þekkingu okkar hafði verið algjörlega röng. Það kom okkur svo sannarlega á óvart hvað námskeiðið var vandað og fór langt fram úr væntingum okkar. Eftir námskeiðið flugum við til Boston þar sem við slökuðum á og versluðum. Það var undarleg tilfinning að koma aftur í hraðann sem fylgir nútíma samfélagi með netsamband, sjónvarp, hrein handklæði og ofgnótt.



UMBREYTTIR LÍFI KVENNA MEÐ VÖÐVAHNÚTA Í LEGI

ESMYA® getur veitt:

- Langvarandi minnkun vöðvaðnaða¹⁻³
- Skjóta og viðvarandi stjórn á tíðablæðingum^{*1-2,4}
- Viðvarandi áhrif á einkenni milli meðferðarlota³

esmya® 5mg
úlipristal asetat

Lyfið hefur almenna greiðslupátttöku*

Heimildir: 1. Donnez J, et al. New Engl J Med 2012;366(5):421–432. 2. Donnez J, et al Fertil Steril. 2014 Jun;101(6):1565-1573. 3. Donnez J, et al Fertil Steril. 2015 Feb;103(2):519-527. 4. Donnez J, et al. N Engl J Med 2012;366:409–20. * Innan 7 daga.

Esmya 5 mg töflur

Heiti virkra efna: Hver tafla inniheldur 5 mg úlipristal asetat. **Ábendingar:** Úlipristal asetat er ætlað til meðferðar á meðalsvæsum til svæsum einkennum vöðvaðnaða í legi hjá fulltíða konum á barneignaraldri á undan aðgerð. Úlipristal asetat er ætlað til meðferðar með hléum á meðalsvæsum til svæsum einkennum vöðvaðnaða í legi hjá fulltíða konum á barneignaraldri. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efni eða einhverju hjálparefnanna. Meðganga og brjóstagjöf. Blæðing frá kynfærum af óþekktum orsökum eða öðrum orsökum en vöðvaðnaði í legi. Leg-, legháls-, eggjastokka- eða brjóstakrabbamein. **Markaðsleyfishafi:** Gedeon Richter Plc. Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

* Upplýsingar um verð og greiðslupátttöku má finna á vef Lyfjagreiðslunefndar, sjá www.lgn.is.

SJÁLFSÁKVÖRÐUNARRÉTTUR OG ÞUNGUNARROF

Viðtal við Dr. Sóleyju S. Bender um tillögur að lagabreytingum

Elstu lög landsins um föstureyðingar voru samin af Vilmundi Jónssyni landlækni árið 1935. Með þeim var læknum heimilað að framkvæma föstureyðingar, sérstaklega ef heilsa móður var í húfi eða af félagslegum ástæðum. Þurfti samþykki tveggja lækna að leggja fyrir til að hægt væri að framkvæma föstureyðinguna.

Eftir endurskoðun laganna árið 1975 voru lög nr. 25 samþykkt. Þau fjalla um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um föstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir. Samkvæmt þeim er heimilt að framkvæma föstureyðingar fram að lokum 16. viku með samþykki tveggja lækna eða læknis og félagsráðgjafa. Þessi lög eru ennþá í gildi rúmum fjórutíu árum síðar og er Ísland eitt fárra landa í Evrópu þar sem konur geta ekki sjálfar tekið þessa ákvörðun samkvæmt lögum þó að venjan í framkvæmd sé í þá átt.

Í mars 2016 skipaði heilbrigðisráðherra nefnd til að endurskoða lögin frá 1975. Nefndina skipuðu Sóley S. Bender, Guðrún Ögmundsdóttir og Jens A. Guðmundsson. Í skýrslu nefndarinnar, sem kom út í nóvember á síðasta ári, eru settar fram nokkuð róttækar breytinga-tillögur og fjallað á heildrænan hátt um kynheilbrigði fólks, rétt þess til að taka ákvörðun um barneignir og mikilvægi þess að afmá alla mismunun.

Til að glöggva okkur betur á innihaldi skýrslunnar tókum við viðtal við Dr. Sóleyju S. Bender, sérfræðing í kynheilbrigði og prófessor við Háskóla Íslands.

Hver var aðdragandinn að því að velferðarráðuneytið skipaði nefnd til þess að endurskoða núgildandi lög um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um föstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir? Og af hverju er breytinga þörf í þessum málaflokki?

Ég held að það stafi fyrst og fremst af gríðarlegum þjóðfélagslegum breytingum. Það eru komin rúm fjórutíu ár síðan gömlu lögin tóku gildi og síðan þá hefur mjög margt gerst í mannréttindamálum og alls kyns samþykktir verið gerðar til dæmis í sambandi við að afmá alla mismunun gagnvart konum, varðandi réttarstöðu fatlaðra og fleira og fleira. Mannréttindamál og það að líta til einstaklingsins, að hann hafi rétt til þess að taka ákvarðanir um sitt líf er búið að vera heilmikið í umræðunni og það tengist þjóðfélagslegum breytingum sem hafa átt sér stað. Það hefur mikið gerst hvað þessi mál varðar og þannig má segja að núgildandi lög endurspegli ekki til dæmis þennan mikilvæga þátt er lýtur að sálfsákvörðunarrétti kvenna.

Hverjar eru helstu breytingarnar sem nefndin leggur til í skýrslunni?

Núgildandi lög frá 1975 eru í þremur hlutum. Fyrsti hlutinn snýr að ráðgjöf og fræðslu, annar hlutinn að föstureyðingum og sá þriðji að ófrjósemisaðgerðum. Í skýrslu nefndarinnar er komið með tillögur að breytingum varðandi alla þrjá hlutana en það sem er allra stærst varðar sjálfsákvörðunarrétt konunnar til að binda endi á þungun. Síðan leggjum við líka til hlutlausari hugtakanotkun í sambandi við þennan málaflokk með því að nota frekar hugtakið „þungunarrof“ í stað „föstureyðingar“. Ég mundi líka segja að breytingarnar sem varða kynheilbrigðismálin séu mjög mikilvægar. Nú er í fyrsta skipti verið að leggja til að stofnað verði svokallað fagræð um kynheilbrigði sem lagt er til að

standi að því að vinna að kynheilbrigðisáætlun. Þannig getur myndast farvegur til þess að hægt sé að vinna að alls kyns forvörnum á þessu sviði á markvissan og góðan hátt. Einnig er lagt til að getnaðarvarnir verði gerðar aðgengilegri fyrir ákveðna aldurshópa. Við erum með því að reyna að aðgerðabinda þessa þætti.

Þú talar um sjálfsákvörðunarrétt kvenna sem þungamiðju í þessum breytingatillögum. Getur þú sagt okkur aðeins frá því á hvaða forsendum það er?

Sú hugmynd að konur séu sjálfráðar í þeirri ákvörðun hvort þær vilji binda endi á þungun er alls ekki ný af nálinni. Til dæmis var það skoðun Vilmundar Jónssonar landlæknis árið 1934, ári áður en fyrri lög um föstureyðingar tóku gildi. Mig langar að lesa fyrir ykkur það sem hann sagði þá: „Mundi ég fyrir mitt leyti jafnvel geta fallist á þá löggjöf um föstureyðingar, er þeir heimta sem lengst vilja ganga og láta konu með öllu sjálfráða um, hvort þær vilja verða mæður eða ekki.“ Þannig að þetta eru alls ekki nýjar hugmyndir. Það verður svo aftur veruleg umræða um þennan þátt laganna áður en núgildandi lög frá 1975 tóku gildi. Þá er fyrst lagt fram frumvarp árið 1973 þar sem fjallað er um að kona geti sjálf tekið ákvörðun um föstureyðingu til loka 12. viku meðgöngu. Þetta var mjög umdeilt og á endanum þurfti að draga þetta til baka, ný nefnd eingöngu skipuð karlmönnum var skipuð og þetta tekið út. Í staðinn var sett inn ákvæði um að konur þyrftu samþykki tveggja lækna eða læknis og félagsráðgjafa. Það er því búin að vera töluverð forsaga, nú eru svo aftur liðin rúm fjórutíu ár og ennþá er þetta svona. Við erum komin á þann stað í íslensku samfélagi í dag að það þykir sjálfsgæðara að hugsa eftir þessum farvegi. Kona geti sjálf tekið ákvörðun um þetta og við treystum henni til að gera það. Hún er frjáls í sinni ákvarðanatöku og við virðum það.

Ég vil líka segja að við vorum ekki eingöngu að hugsa um þetta í samhengi við mannréttindasamþykktir og alþjóðasamfélagið heldur líka að leggja okkur fram við að skilja okkar samfélag og hlusta á raddir íslenskra kvenna. Ári áður en nefndin tók til starfa kom út bókin Rof, frásagnir kvenna af föstureyðingum. Þar er fjöldi frásagna íslenskra kvenna af föstureyðingum og í þessum frásögnum er ákveðið ákall um að þær megi taka þessa ákvörðun sjálfar. Þannig að segja má að við í nefndinni höfum hlustað á raddir kvenna sem hafa gengið í gegnum þessa reynslu.

Ein umdeildasta breytingatillagan snýr að tímamörkum þungunarrofs þar sem lagt er til að þungunarrof að ósk konu sé leyfilegt til loka 22. viku. Af hverju telur nefndin nauðsynlegt að útvíkka tímamörkin svo mikið frá eldri lögum, hvaða rök eru fyrir hendi?

Ef miðað væri við að konan mætti eingöngu ákveða með þungunarrof til loka 12. viku, þá spyr ég; erum við þá að virða sjálfsákvörðunarrétt hennar til þungunarrofs? Við erum í raun ekki að gera það nema að takmörkuðu leyti. Erum við þá að segja að eftir 12. viku þungunar sé kona ekki sjálfráð um þessa ákvörðun og að hún sé ekki vitsmunalega fær um að taka slíka ákvörðun? Þannig að það eru margar spurningar sem vakna ef við ætlum að taka af henni sjálfsákvörðunarréttinn á ákveðnum tíma.

Með því að draga línuna við lok 22. viku þungunar eða þau tíma-mörk sem föstur er lífvænlegt utan móðurkviðs þá erum við að virða sjálfsákvörðunarréttinn til fulls. Við erum líka að ná inn öllum rannsóknnum sem snúa að fösturskimun innan þess tímaramma þannig að konan getur tekið ákvörðun út frá öllum upplýsingum sem fyrir liggja. Einnig teljum við mikilvægt að það sé ekkert í nútíma föstureyðingalögum sem mismuni fötluðum á neinn hátt.

Jafnframt má geta þess að í greinargerð frá Félagi íslenskra fæðinga- og kvensjúkdómalækna og í framsögu lækna á Fósturgreiningadeild Landspítalans á fundi nefndarinnar var lögð rík áhersla á að draga línuna við lok 22. viku þungunar.

En réttindum fylgja líka ábyrgð. Hvar liggur ábyrgðarlínan, er hægt að draga hana fyrr?

Það er lögð skýr áhersla á það í tillögum nefndarinnar að þungunarrof sé framkvæmt eins fljótt og auðið er og helst fyrir 12. viku þungunar, alveg eins og gert er í núgildandi lögum og það gera langflestar konur. Við erum að tala um undantekningatilvik þegar konur hafa til dæmis farið fram yfir 16. viku þungunar þá er oft um mjög erfiðar eða flóknar aðstæður að ræða. Ætlum við þá að taka sjálfsákvörðunarréttinn af konum, einmitt þegar þær eru í hvað viðkvæmasti stöðu? Ætlum við þá að setja upp hindranir og úrskurðanefnd? Ég mundi einmitt segja að þá væri þeim mun mikilvægara að við reyndum að hjálpa þessum konum.

Í hverju einasta landi þar sem konur hafa rétt til þess að taka ákvörðun aðeins fram að einhverjum ákveðnum tíma þá er verið að segja að ríkið eigi rétt á því að ráða yfir henni, hennar líkama, af því að hún er ekki fær um það sjálf. Við búum í einstöku landi, það er oft talað um að Ísland sé jafnvel komið langlangst í jafnréttisbaráttu, í kvennabaráttu og ættum við ekki líka að vera komin langt í að vernda frelsi konunnar til að geta sjálf tekið svona stóra ákvörðun í lífinu?

Eru fordæmi fyrir svipuðum tímaramma annars staðar í heiminum?

Í Bretlandi höfum við föstureyðingarlög frá árinu 1967 og þar eru föstureyðingar leyfðar fram til loka 24. viku þungunar. Í Hollandi er miðað við til loka 22. viku þungunar. Í Kanada eru engin tímamörk sett og þar er reynslan sú að í langflestum tilfellum eru konur að fara á fyrstu vikunum. Í Svíþjóð er svo miðað við til loka 18. viku þungunar að ósk konunnar.

Er talið líklegt að föstureyðingum muni fjölga ef þessi lög verða að veruleika?

Nei. Þessar áhyggjur í sambandi við það að konur muni hér flykkjast í föstureyðingu eftir 16. viku þungunar eiga ekki við rök að styðjast. Hver kona er skynsöm í sambandi við sínar ákvarðanir, hún vill ekki hafa þetta yfir höfði sér of lengi, hún vill geta farið snemma. Þetta er ekki ákvörðun sem er tekin á léttan hátt og það er ekkert sem gefur okkur tilefni til að ætla að aukinn fjöldi kvenna muni kjósa að binda enda á þungun seint.

Ég vil líka benda á forvarnaþáttinn. Við þurfum að leggja miklar áherslu á hann og ég vil benda á tillögur nefndarinnar sem lúta að aðgengi að getnaðarvörnum, niðurgreiðslu þeirra og annað slíkt. Ef við stöndum okkur vel í forvörnum á þessu sviði þá erum við einmitt að minnka líkur á að konur standi í þeim sporum að þurfa að taka þessa ákvörðun.

Tók nefndin á einhvern hátt mið af sjónarmiðum heilbrigðisstarfsfólks sem sinnir til að mynda konum sem kjósa að enda meðgöngu?

Já, í fyrsta lagi sátu í nefndinni þrír aðilar sem allir hafa áratuga-reynslu á ölikum sviðum málaflokksins; læknir, félagsráðgjafi og hjúkrunarfræðingur. Við fengum einnig til okkar starfsfólk frá fösturgreiningadeildinni og svo gátu allir sent inn álit sem tekin voru til greina. Voru þessi álit frá mörgum heilbrigðisstarfsmönnum og fagfélögum þeirra.

En er ekki hætt við því að þessi tímarammi muni setja starfsfólk í óþægilega stöðu eða stöðu sem stríðir gegn þeirra gildum?

Þetta er eitt af því sem við ræddum mikið í nefndinni. Við erum



Sóley Bender, prófessor við Háskóla Íslands

fagfólk og okkur ber að koma fram við alla á jafnan hátt. Við höfum skoðanir á svo mörgu en þær skoðanir mega aldrei hafa áhrif á það hvernig við komum fram við skjólstæðinga okkar. Einstaklingur á rétt á því að taka sínar ákvarðanir, við verðum að virða þær. Þegar kemur að svona viðkvæmum málum þá verðum við, ef við ætlum að starfa í þessu, að hafa gert upp hug okkar í sambandi við svona málefni. Þetta er kannski eitthvað sem mörgum finnst vera erfitt en þetta er í lögum og kona á rétt á því að taka ákvörðun um það að fara í föstureyðingu og fyrst að það er í lögum þá verðum við sem heilbrigðisstarfsfólk að virða það og mæta konunni fordómalaus. Ef við teljum okkur algjörlega vanfær um að sinna einhverjum málum, þá er spurning hvort við eigum yfir höfuð að vinna á þeim stað.

Er skortur á faglegri umræðu um þetta mál? Þarf kannski að tala aðeins meira um þetta á opinskáan hátt?

Já, þetta málefni er nokkuð falið, þetta er eitthvað sem er óþægilegt. Þetta er erfiður málaflokkur, þess vegna þurfum við kannski enn meira að hlúa að þessum konum og gæta þess að þær fái allar þær upplýsingar sem þær eiga rétt á að fá og hafi alla möguleika til að taka góðar ákvarðanir, það er það sem við erum að leggja áherslu á í skýrslunni.

Nú er ár síðan skýrslan kom út. Hvar er málið státt í dag?

Við kláruðum skýrsluna í nóvember 2016 og funduðum með þáverandi heilbrigðisráðherra Kristjáni Þór Júlíussyni og kynntum honum skýrsluna. Síðan kynntum við skýrsluna fyrir núverandi ráðherra Óttari Proppé í febrúar á þessu ári. Hann var fylgjandi því að halda þessu máli áfram og þá fór undirbúningsvinna af stað í ráðuneytinu í sambandi við það að semja frumvarp og skoða ýmsa þætti í sambandi við framkvæmd á tillögnum og fleira. Nú er beðið eftir því að nýr ráðherra taki við og þá verður að skoða það aftur hvort hann sé viljugur að fylgja málum eftir.

Rut Guðmundsdóttir
Bryndis Ásta Bragadóttir

„REYNSLA SEM LIFIR Í ÞÖGNINNI“

Bókaumfjöllun

Fyrir tveimur árum síðan kom merkileg bók út. Bókin ber heitið *Rof* – frásagnir kvenna af föstureyðingum og í henni segja konur frá reynslu sinni af því að fara í föstureyðingu, eins og titill bókarinnar gefur til kynna. Höfundarnir, þær Silja Bára Ómarsdóttir og Steinunn Rögnvaldsdóttir auglýstu í fjölmiðlum eftir sögum kvenna af þessu tagi og viðbrögðin létu ekki á sér standa. Rúmlega hundrað konur settu sig í samband við þær og úr varð að 76 konur voru tilbúnar að segja sögu sína.

Sögurnar eru mjög ólíkar og endurspeglar vel hversu ólíka reynslu og upplifun konur eiga. Þær fjalla um kæruleysi unglingsáranna og það að vera ekki tilbúin í barneignir. Þær fjalla um konur sem langar ekki til að eignast börn og konur sem treysta sér ekki til þess að eiga fleiri börn. Þær fjalla líka um konur í flóknum og erfiðum aðstæðum, konur sem eru fegnar að hafa tekið þessa ákvörðun á sínum tíma og hafa aldrei séð eftir henni og konur sem sjá eftir því að hafa ekki fylgt eigin sannfæringu. Þær fjalla um konur sem finna fyrir létti, konur sem finna fyrir skömm, konur með samviskubit, konur með samviskubit yfir því að vera ekki með samviskubit og nánast allt þar á milli. En í sögunum má líka greina sterk sameiginleg stef eins og til dæmis að ákvörðun um að enda meðgöngu er ekki léttvæg. Einnig má greina ákveðið ákall kvennanna um skýran rétt þeirra til þess að fá að taka svo stóra ákvörðun um eigið líf á eigin forsendum.

Sögunum er skipt upp í fimmtán þemu sem ná mjög vel utan um þá ólíku reynslu sem birtist í þeim. Þemurnar eru: aðstæður, frjósemi og getnaðarvarmir, heilbrigðiskerfið og starfsfólk, sjálfsákvörðun, eftirsjá,



að kjósa að þegja, drusluskömm, niðurlægning, mistök, karlar og föstureyðingar, þvingun og þrýstingur, fösturskaðar og -frávik, ábyrgð, rétt ákvörðun og léttir.

Í bókinni er einnig að finna fræðilegan inngangskafli þar sem fjallað er um málið út frá pólitísku sjónarhorni, lagasetningar og aðstæður í öðrum löndum svo eitthvað sé nefnt. Einnig fjalla höfundar um þá leyndarhyggju sem hvílt hefur á málaflokknum áratugum og öldum saman. Þær leggja áherslu á að markmiðið með útgáfu bókarinnar hafi fyrst og fremst verið að opna umræðuna og færa þennan reynsluheim kvenna fram í dagsljósið. Um 1000 konur fara árlega í föstureyðingu hér á landi og því tugþúsundir íslenskra kvenna sem deila þessari reynslu. Þær segja að þrátt fyrir algengið þá mæti konur oft fordómum og ennþá sé þetta að einhverju leiti feimnismál. Það er von

höfunda að þessi reynsluheimur kvenna fái pláss og merkingu í samfélaginu en líka að konur séu ekki einangraðar í ákvarðanatöku sinni og geti fundið stuðning af sögum annarra kvenna.

Það er skoðun undirritaðrar að sögurnar geti einnig nýst heilbrigðisstarfsfólki afar vel. Ekki bara þeim sem starfa með konum sem fara í föstureyðingar heldur í raun öllum þeim sem sinna berskjölduðu fólki í viðkvæmum aðstæðum. Sögurnar minna okkur á að þó að skjólstaðingahópur sækir sömu meðferð þá á hver og einn einstaklingur innan hópsins sína einstöku sögu sem mótast viðkomandi og allar þær ákvarðanir sem hann tekur.

Rut Guðmundsdóttir

HUNTLEIGH SONICAID

DIGITAL FÓSTURDOPPLER

Nettur og handhægur fósturdoppler með háskerpuskjá, línuriti og endurhlaðanlegu battery. Dopplerinn er með áfastan, vatnsheldan prób sem einnig er hægt að nota við fæðingar í vatni.



Erna Dís Brynjúlfssdóttir
Söluráðgjafi – Heilbrigðissvið
Heilbrigðisverkfræðingur B.Sc.
Sími: 580 3919
GSM: 843 3919
Netfang: erna@fastus.is

Verið velkomin í verslun okkar
Opíð virka daga kl. 8:30–17:00
Síðumúli 16 | 108 Reykjavík | Sími 580 3900 | fastus.is

HUNTLEIGH

FASTUS
Veit á vandaða lausn

FRÁ RITNEFND BÓKAR Í TILEFNI 100 ÁRA AFMÆLIS



Hluti ritnefndar á skrifstofu félagsins.

Kæru ljósmæður

Nú styttest í 100 ára afmæli Ljósmæðrafélags Íslands árið 2019. Á aðalfundi fyrir nokkrum árum var stofnuð ritnefnd bókar með nýju ljósmæðratáli sem myndi vera gefið út á afmælisárinu. Ljósmæðratálið verður sjálfstætt framhald á fyrra tali sem var gefið út 1984. Auk þess verður bætt við sögu Ljósmæðrafélags Íslands og ljósmæðrafagsins til dagsins í dag.

Í ritnefnd voru, Álfheiður Árnadóttir, Inga Sigríður Árnadóttir, Harpa Ósk Valgeirsdóttir og formaður félagsins Áslaug Valsdóttir. Erla Dóris Halldórsdóttir sagn- og hjúkrunarfræðingur var ráðin til að skrá söguna og síðan bættist Ólöf Ásta Ólafsdóttir við sem ritstjóri.

Bókin mun skiptast í þrjá hluta; stéttartal frá árinu 1983, saga Ljósmæðrafélags Íslands frá og með 1979 og þróun menntunar, starfs og rannsókna í ljósmóðurfraði frá sama tíma. Nefndin er búin að vinna mikla grunnvinnu og nú förum við að kalla eftir upplýsingum og myndum frá ykkur. Eftir ármótin mun verða settur inn tengill á www.ljosmaedrafelag.is þar sem ljósmæður geta sent inn upplýsingar um sig og mynd fyrir talið. Þar verður einnig hægt að forpanta bókina en hún mun verða gefin út í innbundinni hátíðarútgáfu á afmælisárinu sjálfu. Eftir það mun vera hægt að nálgast kiljur og rafrænar útgáfur. Þegar bókin er forpöntuð er greitt ákveðið gjald, nokkurs konar áskriftargjald, sem mun standa straum af kostnaði við útgáfuna.

Nú hvetjum við allar ljósmæður einar sér, saman í sínu holti eða á vinnustað að rifja upp og segja sögur, finna góðar myndir frá útskrift eða úr starfi og senda okkur. Öll ráð eru vel þegin um hvað ljósmæðrum finnst eiga heima í bókinni, í tilefni þessa merka áfanga í sögu okkar.

Fyrir hönd ritnefndar
Álfheiður Árnadóttir
Inga Sigríður Árnadóttir
Ólöf Ásta Ólafsdóttir



Sölustaðir:
Höfuðborgarsv: Fjarðarkaup,
Móðurást, Heilsuhúsin: Kringlan,
Laugavegur, Lágumli, Smáratorg,
Akureyri: Heilsuhúsið Clerartorgi
Akureyrarapótek Kaupangi
Hjá framleiðanda:
sími 462 4769 gigja@urtasmidjan.is

Urtasmiðjan

Íslenskar jurtir, lífrænt hráefni.

Mömmu- & barnasalvi, brjóstakrem á viðkvæmar, sárar og sprungnar brjóstvörtur. Einnig á rauða barnabossa og sem fyrirbyggjandi á roða og þvagbruna á bleyjusvæðinu.

Inniheldur jurtir sem þekktar eru fyrir græðandi, nærandi og styrkjandi áhrif á húðina, s.s. blágresi, rauðsmára, morgunfrú, lavendel, einnig kamillujurt sem virkar róandi, sviða og kláðastillandi. Gott útikrem, hlífir barnshúðinni við kulda. Hefur verið um árabil í notkun á fæðingadeildum hérlandis og erlendis og fengið einróma lof og meðmæli notenda og fagfólks.

Móðir & barn, húð- og baðolía, mild, róandi og nærandi olíublanda fyrir húðina, úr blágresi, rósum, lofnarblómi og kamillu. Mýkjandi í baðvatnið og róandi sem ungubarnanuddolía. Gefur barninu ró og vellíðan. Nærandi og mýkjandi á mömmubumbuna fyrir og eftir fæðingu. Styrkir húðina og gerir hana teygjanlegri.

Vörurnar innihalda einungis náttúruleg og lífræn vottuð hráefni: græðijurtir, ómettaðar jurtaolíur, kokosmjör og E-vítamín. Þær innihalda ekki paraben, neopentanol, eða önnur kemísk efni, ekki lanolín og engin efni unnin úr jarðolíum, s.s. parafín, vaselín.

EKKI ÞEGJA

Í ævintýrinu um Pétur Pan og Kaptein Krók er ekki að undra að Kapteinn Krókur fyllist taugaveiklun í hvert skipti sem hann heyrir tikk-takk í klukku (sjá myndband). Pétur Pan heggur af honum hendina og fleygir fyrir krókóðil, en krókóðillinn gleypir síðan klukku sem heldur áfram að ganga inni í maganum á honum. Eftir þetta atvik er nóg fyrir Kaptein Krók að heyra tikk-takk hljóð og þá umturnast hann af hræðslu vegna þess að krókóðillinn heldur áfram að ásækja hann.

Aðrir gætu tengt betur við Harry Potter sem horfði á Voldemort myrða foreldra sína. Hann endurupplifir þann hræðilega atburð í vöku og draumi og reynir að komast hjá aðstæðum og deyfa allt sem minnir á atvikið. Hann finnur fyrir tilfinningalegum dofa og minnisleysi. Þjáist af svefntruflunum. Á erfitt með að einbeita sér. Fær reiðiköst og/ eða hrekkur í kút af minnsta tilefni...

Allt eru þetta einkenni áfallastreituröskunar en rannsóknir sýna að þeir sem hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi eru í mikilli hættu á að þróa með sér áfallastreituröskun. Því alvarlegra sem ofbeldið var, því meiri líkur en allt að 60% þolenda kynferðisofbeldis þróa með sér áfallastreituröskun.

Gleymt og grafið?

Margar konur hafa nýlega stigið fram og deilt reynslu sinni af kynferðisofbeldi og kynferðislegri áreitni. Oft reynist erfitt og sársaukafullt að rifja upp minningar tengdar ofbeldi sem veldur því að konur sjá lítinn ávinning í því að segja frá. Ef ávinningurinn að segja frá ofbeldinu virðist lítið eða enginn er hætt við því að konur sjái ekki tilganginn með því að yfa upp sárin og segja frá. Í staðin þegja þær og telja sér jafnvel trú um að vandamálið sé minniháttar og að þær séu búnar að vinna í því með því að leggja það til hliðar.

Mörgum árum síðar, þegar allt virðist gleymt og grafið, getur slík reynsla þó haft sorglegar afleiðingar á þeim tíma sem flestir álíta hinn gleðilegasta. Þegar von er á barni. Meðganga og fæðing er nefnilega álagstími, bæði andlega og líkamlega. Miklar breytingar verða á líkama kvenna og þær fara í gegnum þroskandi ferli á meðgöngunni. Í raun er ekki aðeins barn að þroskast og fæðast, heldur heil fjölskylda. Í fæðingunni sjálfri getur þó ýmislegt minnt á ofbeldið vegna þess hve berskjölduð konan er í aðstæðunum. Ókunnug manneskja, oftast ljósmóðir, þarf til dæmis oft að koma við kynfæri konunnar, sem getur valdið því að konan endurupplifi ofbeldið sem hún varð fyrir.

Áhrif á meðgöngu og fæðingu

Nýlega varði Agnes Gísladóttir doktorsritgerð sína í lýðheilsuvísindum við Háskóla Íslands en rannsókn hennar gekk út á að kanna hvort kynferðisofbeldi á unglings- eða fullorðinsárum hefði áhrif á meðgöngu og fæðingu síðar á lífsleiðinni. Niðurstöður rannsóknarinnar gáfu til kynna að konur sem höfðu leitað til Neyðarmóttöku vegna kynferðisofbeldis og að meðaltali sex árum síðar fætt barn voru í aukinni hættu á að fá greiningarnar „örþreytt móðir“ og „lengt fyrsta stig fæðingar“, auk þess sem að áhaldafæðingar og bráðakeisaraskurðir voru algengari hjá þessum konum. Nýburar þeirra voru léttari að meðaltali, í aukinni áhættu á að fæðast fyrir tímann og vera fluttir á vökudeild. Konurnar reyktu frekar á meðgöngu og voru í aukinni áhættu á lengri útvíkkunartíma, inngripum í fæðingu og fyrirburafæðingu. Flestar fæðingarnar gengu vel en niðurstöður rannsóknar hennar undirstrika mikilvægi góðrar þjónustu við brotþola og þess að efla forvarnir gegn kynferðisofbeldi.



Inga María Hlíðar Thorsteinson,
2. árs nemi í ljósmóðurfærði

Hvaða konur?

Konur sem hafa orðið fyrir kynferðislegri misnotkun finna oftast fyrir ýmsum meðgöngukvillum, svo sem brjóstsviða, bakflæði, bakverkjum, svima, yfirliði og fyrirvaraverkjum en aðrar konur. Þær virðast almennt nota heilbrigðiskerfið meira en konur sem hafa ekki orðið fyrir misnotkun, og á það einnig við á meðgöngu. Þegar konur mæta oftast í mæðraskoðun en aðrar konur vegna minniháttar kvilla ætti það því að kveikja á viðvörunarþjöllum hjá ljósmæðrum í mæðravernið.

Einnig eru konur sem hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi oftast einhleypar, ungar, með lítinn félagslegan stuðning, atvinnulausar, reykja frekar og eru í ofþyngd í upphafi meðgöngu. Þær eiga oftast að baki föstureyðingar og fösturlát en aðrar konur. Kynsjúkdómar og þvagfærasýkingar eru einnig algengari, auk svefnvandamála og andlegrar vanlíðunar.

Ef kona er með marga af þeim áhættuþáttum sem voru taldir upp hér að framan ætti ljósmóðir að vera vakandi fyrir því að hún gæti einhvern tímann hafa orðið fyrir ofbeldi. Rannsóknir sýna að konur sem hafa verið beittar ofbeldi vilja gjarnan að heilbrigðisstarfsfólk spyrji út í ofbeldi og þeim þykir vænt um að vera spurðar, þó þær séu ekki tilbúnar að segja frá ofbeldinu strax. Oft þarf að spyrja þær nokkrum sinnum áður en þær þora að segja frá. En afhverju ætti að spyrja konur út í kynferðislegt ofbeldi/ misnotkun og hvaða ávinning hafa konurnar af því að segja frá því?

Segið frá... og hvetjið vinkonur ykkar til að segja frá

Nokkrar rannsóknir hafa sýnt að konur með sögu um kynferðislega misnotkun eru líklegri til að upplifa hugrof í fæðingu en aðrar konur, en þá verða þær fyrir truflun á skynjun eða upplifun af umhverfinu. Svo virðist sem líkaminn gripi til þess bjargráðs að aftengja þær aðstæðum til að hlífa þeim, en þá geta þær upplifað óraunveruleikatilfinningu, misst tengsl við líkama sinn, misst tímaskyn og jafnvel upplifað tímabundið minnisleysi. Í slíkum aðstæðum hafa konur litla stjórn á því sem fer fram en ein helsta ástæða þess að konur upplifa fæðingu á slæman hátt er þegar þær missa stjórn á aðstæðum. Því er mikilvægt að stuðla að samráði við konur í fæðingu svo þær upplifi að þær séu við stjórn. Þar skiptir höfuðmáli að traust skapist á milli konunnar og ljósmóðurinnar.

Því getur verið betra fyrir konur með sögu um kynferðisofbeldi að segja ljósmóður sinni frá því svo hún geti lagt sig fram við að nálgast hana sérstaklega varlega. Gott væri fyrir þær konur að gera fæðingaráætlun eða „óska-lista“ á meðgöngunni til að undirbúa sig fyrir fæðinguna. Á listanum geta þær t.d. óskað eftir því að innri skoðunum (þegar útvíkkun er athuguð) verði haldið í lágmarki og mikið sé lagt upp úr verkjastillingu snemma í ferlinu, svo þær finni minna til og að færri atburðir (líkt og innri skoðanir) minni þær á ofbeldið sem þær urðu fyrir.

Ljósmæður og fæðingarlæknar sem vita af konum með sögu um misnotkun ættu því alltaf að biðja um leyfi áður hjá konunni fyrir því að snerta hana, halda innri skoðunum, þvagleggsuppsætningum og notkun innri föstursírita (elektróðu) í lágmarki eins og mögulegt er, sem og notkun sogklukku eða annarra áhalda. Áhersla á nærgætni og svona vinnubrögð á að sjálfsögðu við um umönnun allra kvenna í fæðingu, en þessi atriði eru sérstaklega mikilvæg í umönnun kvenna sem hafa orðið fyrir kynferðisofbeldi.

Ef konur kvíða fæðingu er strax hægt að byrja að vinna í því á meðgöngunni með því að æfa aðlögunarleiðir og bjargráð til að nota í fæðingunni. Ef vel tekst til og traust skapist getur fæðingarreynslan nefnilega verið virkilega valdeflandi fyrir konur, sem eru svo sannarlega kyngimagnaðar skepnur.

Nýjung!

Alhliða krem fyrir þurra húð barnsins

Decubal junior cream

Hentar þurri og viðkvæmri húð, eða venjulegri húð sem þarfnast viðbótar raka af og til.

- Ver húðina gegn rakatapi
- Nærir húðina án þess að fíta hana
- Má nota á hverjum degi
- Hentar á allan líkamann
- Fyrir börn á öllum aldri
- 38% fituinnihald

Decubal húðvörurnar eru mildar, mýkjandi og jafnframt áhrifaríkar og eru sérstaklega þróaðar fyrir meðferð og enduruppbyggingu þurrrar og viðkvæmrar húðar. Decubal fæst aðeins í apótekum, þar sem þú getur fengið frekari upplýsingar og ráðleggingar.

Án parabena, ilm- og litarefna!

DECUBAL
EXPERT CARE FOR DRY SKIN

HVAÐ EINKENNIR ÞANN HÓP KVENNA SEM LEITA TIL LJÁÐU MÉR EYRA

– sérhæfðar viðtalsmeðferðar á kvennadeild Landspítala?

CHARACTERISTICS OF WOMEN ATTENDING *LISTEN TO ME*; INTERVIEW INTERVENTION OFFERED AT THE WOMEN'S DEPARTMENT AT LANDSPÍTALI-UNIVERSITY HOSPITAL



Valgerður Lisa Sigurðardóttir, sérfræðiljósmodir á Landspítala og doktorsnemi við Háskóla Íslands



Ólöf Ásta Ólafsdóttir, ljósmodir og dósent, Háskóla Íslands



Þóra Steingrimsdóttir, fæðingarlæknir og prófessor, Háskóla Íslands og Landspítala



Helga Gottfreðsdóttir, ljósmodir og prófessor, Háskóla Íslands og Landspítala

ÚTDRÁTTUR

Inngangur: Neikvæð reynsla kvenna af fæðingu hefur talsvert verið skoðuð innan ljósmóðurfræði síðasta áratug en rannsóknir sýna að 5 – 17% kvenna hafa neikvæða fæðingarreynslu. Þróuð hafa verið úrræði fyrir þennan hóp í nokkrum löndum en *Ljáðu mér eyra* viðtalsmeðferð hefur verið í boði á Landspítala frá árinu 1999 fyrir konur og þör sem hafa upplifað fæðingu neikvætt eða óttast væntanlega fæðingu. Tilgangur rannsóknar (fagrýni) var að skoða hvaða einkennir þann hóp kvenna sem leita til *Ljáðu mér eyra* með tilliti til bakgrunns, fæðingasögu og eigin mats á heilsu og andlegri líðan.

Aðferð: Rannsóknarsniðið er lýsandi og afturvirk. Spurningalistar voru sendir út til allra kvenna (n=301) sem komu í viðtal í *Ljáðu mér eyra* á rúmlega fimm ára tímabili frá 2006 til 2011. Gögnin voru greind með lýsandi tölfræði.

Niðurstöður: Svörin var 44% (n=131). Meðalaldur þátttakenda var 34,2 ár, en 26,8 ár við fæðingu fyrsta barns. Rúm 82% höfðu lokið námi á háskólastigi og 81% stunduðu vinnu utan heimilis. Um 96% töldu heilsu sína og andlega líðan vera góða. Tæp 66% höfðu leitað sér aðstoðar vegna andlegrar vanlíðanar og rúmlega 40% taldi sig hafa fengið fæðingarþunglyndi. Í fyrri fæðingum kvennanna höfðu 73,3% fengið mænurótardeyfingu, 45,1% höfðu reynslu af áhaldafæðingu, 34,4% af bráðakeisaraskurði og 13% af fyrirfram ákveðnum keisaraskurði.

Umræður: Flestar konur sem leita til *Ljáðu mér eyra* eru með háskólamenntun og eru giftar eða í sambúð. Margar hafa sögu um ihlutanir í fæðingum. Einnig hafa margar kvennanna upplifað fæðingarþunglyndi og leitað sér aðstoðar vegna andlegrar vanlíðanar. Mikilvægt er að ljósmæður og annað fagfólk finni þær konur sem upplifa fæðingu sína neikvætt, hafi viðeigandi úrræði að bjóða þeim og hvetji þær til að nota þau.

Lykilhugtök: Fæðing, fæðingarreynsla, viðtalsmeðferð, ljósmæðraþjónusta.

Keywords: Birth, birth experience, interview intervention, midwifery practice.

ABSTRACT

Background: Negative birth experience has been a prominent research topic within midwifery the past decade and studies show that 5-17% of women have negative birth experience. Interventions have been developed and implemented in some countries. Since, 1999, *Listen to me*, an interview intervention has been offered at the Landspítali University Hospital, for women who have experienced birth negatively or suffer from fear of childbirth. The aim of this paper is to present findings from an audit study, exploring characteristics of attending women and outcome of their births.

Methods: A questionnaire was developed and sent to all women who had attended the *Listen to me* intervention (n=301) 2006-2011. SPSS was used for data management and descriptive analysis to present findings.

Results: Response rate was 44% (n=131). Mean age of the participating women was 34,2 years, but 26,8 years at time of their first birth. More than 82% had a university degree and 81% worked outside home. Around 96% estimated their own health, physical and mental, to be good. Almost 66% had sought help for mental symptoms and 40% reported perinatal depression. During their previous births 73,3% had received epidural analgesia, 45,1% had experienced instrumental deliveries, 34,4% emergency and 13% elective caesarean sections.

Conclusions: Women who attend *Listen to me* intervention are in general well educated, married or cohabiting. History of inter-

ventions in the childbirth process is common among the participants and many of them have sought assistance for mental health issues. It is important that midwives and other professionals identify women, who need to discuss their birth experience or fear, offer them available adequate support and encourage them to accept it.

INNGANGUR

Neikvæð reynsla kvenna af fæðingu hefur verið mikilvægt rannsóknarefni innan ljósmóðurfræði síðustu áratugi og hafa rannsóknir m.a. leitt í ljós að 5 - 16,5% kvenna upplifa fæðingu sína neikvætt (Rijnders o.fl., 2008; Sigurdardóttir o.fl., 2017; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson og Rådestad, 2004). Í nýlegri íslenski rannsókn reyndust 5.0% kvenna hafa neikvæða fæðingarreynslu hálfu ári eftir fæðingu (n=765) og 5,7% tveimur árum síðar (n=657) (Sigurdardóttir o.fl., 2017). Til samanburðar voru 6,8% kvenna í sænskri rannsókn (n=2541) með neikvæða fæðingarupplifun einu ári eftir fæðingu (Waldenström o.fl., 2004) á meðan tíðnin í Hollandi var 16,5% þremur árum eftir fæðingu í hópi 1309 kvenna (Rijnders o.fl., 2008). Samkvæmt íslensku rannsókninni virðist upplifun af fæðingu lítið breytast með tímanum en hlutfall þeirra sem upplifðu fæðingu sína neikvætt hélst nokkuð stöðugt frá sex mánuðum til tveggja ára eftir fæðingu (Sigurdardóttir o.fl., 2017).

Neikvæð fæðingarreynsla getur haft alvarleg áhrif á heilsu móður og barns (Ayers, Eagle, og Waring, 2006). Fundist hafa tengsl milli neikvæðrar fæðingarreynslu og andlegrar vanlíðunar s.s. þunglyndis, kvíða og áfallastreitueinkunnar (Adewuya, Ologun og Ibigbami, 2006; Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creedy og Devilly, 2010). Það er verulegt áhyggjuefni því rannsóknir benda til þess að andleg vanlíðan móður geti tafið fyrir tengslamyndun móður og barns (Ayers o.fl., 2006) sem getur haft neikvæð áhrif á samband móður við barn sitt með afdrifarikum afleiðingum fyrir sálfélagslegan þroska þess (Fenech og Thomson, 2014). Þá er þekkt að neikvæð fæðingarreynsla getur haft áhrif á samband konu við maka (Fenech og Thomson, 2014), tímalengd milli fæðinga og fjölda barna (Gottvall og Waldenström, 2002), leitt til ótta við fæðingu og auknið líkur á ósk um keisaraskurð án heilsufarslegra ábendinga (Kringeland, Daltveit og Moller, 2009; Stjernholm, Petersson og Eneroth, 2010). Nýlegar rannsóknir benda til þess að langt bíl milli fæðinga tengist neikvæðri útkomu fyrir nýburann, s.s. aukinni hættu á fyrirburafæðingum (Qin o.fl., 2017) og innlögnum á vökuðeild, óháð meðgöngulengd (DeFranco, Seske, Greenberg og Muglia, 2015).

Margt getur haft áhrif á eða auknið líkur á neikvæðri fæðingarreynslu, s.s. fyrri saga um geðheilsuvanda (Boorman, Devilly, Gamble, Creedy og Fenwick, 2014; Edworthy, Chasey og Williams, 2008; Fenech og Thomson, 2014), ótti við fæðingu (Elvander, Cnattingius og Kjerulff, 2013; Haines, Rubertsson, Pallant og Hildingsson, 2012; Nilsson, Lundgren, Karlström og Hildingsson, 2012), fyrri neikvæð reynsla af fæðingu (Elvander o.fl., 2013; Nilsson o.fl., 2012; Sigurdardóttir o.fl., 2017) og upplifun á valdaleysi eða tilfinning um að hafa ekki stjórn í fæðingu (Waldenström o.fl., 2004). Frávik og ihlutanir í fæðingu svo sem áhaldafæðing eða keisaraskurður (Nilsson o.fl., 2012; Rijnders o.fl., 2008; Sigurdardóttir o.fl., 2017; Waldenström o.fl., 2004) og langdregin fæðing (Nystedt, Högberg og Lundman, 2005; Sigurdardóttir o.fl., 2017; Toivonen, Palomäki, Huhtala og Uotila, 2014) tengjast einnig auknum líkum á neikvæðri upplifun fæðingar.

Þá virðast samskipti við fagfólk skipta máli því konur með neikvæða reynslu af fæðingu voru líklegri til að vera óánægðar með umönnunarþætti, s.s. upplýsingagjöf og tilfinningalegan stuðning í meðgönguvernd (Waldenström o.fl., 2004), umönnun í fæðingu (Waldenström, 2004) og hefðu viljað að ljósmóðir væri meira til staðar meðan á fæðingu stóð (Ulfssdóttir, Nissen, Ryding, Lund-Egloff og Wiberg-Itzel, 2014). Þær lýsa umönnunaraðilum á neikvæðari hátt (Rijnders o.fl., 2008) heldur en konur sem höfðu jákvæða reynslu af fæðingu. Tengsl milli ánægju með stuðning ljósmæðra í fæðingu og jákvæðrar fæðingarreynslu hafa verið skoðuð en niðurstöðum rannsókna ber ekki alveg saman, þar sem marktæk tengsl fundust í tveimur rannsóknum (Sigurdardóttir o.fl.,

2017; Waldenström o.fl., 2004) en t.d. ekki í rannsókn Nystedt o.fl. (2005). Í áður nefndri rannsókn sem gerð var hérlandis kom einnig fram að stuðningur ljósmæðra á meðgöngu skipti máli, en þær konur sem voru óánægðar með hann voru líklegri til að upplifa fæðingu á neikvæðan hátt (Sigurdardóttir o.fl., 2017).

Þróuð hafa verið úrræði fyrir konur með neikvæða fæðingarreynslu í nokkrum löndum en fáum rannsóknum hefur tekist að sýna fram á að þau skili árangri fyrir geðheilsu kvenna þegar litið er til staðlaðra mælikvarða á andlegri líðan (Bastos, Furuta, Small, McKenzie-McHarg og Bick, 2015; Baxter, McCourt og Jarrett, 2014; Sheen og Slade, 2015). Þó hafa fjórar rannsóknir sýnt fram á árangur af ihlutun vegna neikvæðrar fæðingarreynslu. Samkvæmt rannsókn frá Ástralíu þar sem konur með einkenni um áfallastreitu eftir fæðingu fengu 40-60 mínútna ráðgjafarviðtal við ljósmóður innan 3ja sólarhringa frá fæðingu, reyndust einkenni um áfallastreitu, þunglyndi, streitu og sjálfsásökun hafa minnkað þremur mánuðum síðar í samanburði við þær konur sem fengu hefðbundna umönnun eftir fæðingu (Gamble o.fl., 2005). Í viðtölum var einnig veitt tækifæri til viðrunar (e. debriefing) og umræðu um ákveðna þætti í sambandi við fæðinguna. Árangur viðtala sem byggðust á viðrun var skoðaður í tveimur breskum rannsóknum. Í annarri þeirra var viðtal veitt á fyrstu dögnum eftir fæðingu og reyndust konur sem fengu viðtal (n=56) með marktækt minna þunglyndi og kvíða þremur vikum síðar heldur en þær sem fengu hefðbundna umönnun (n=58) (Lavender og Walkinshaw, 1998). Í hinna rannsókninni reyndist viðrunarviðtal geta dregið úr áfallastreitueinkennum hjá konum með slík einkenni sem óskuðu eftir og fengu viðtal (n=46) samanborið við hóp kvenna með sambærileg áfallastreitueinkenni en óskuðu hvorki eftir né fengu viðtal (n=34) (Meades, Pond, Ayers og Warren, 2011).

Úrræði sem felst í að konur skrifi um reynslu sína í fyrstu vikunni eftir fæðingu í þeim tilgangi að skilgreina hugsanir og tilfinningar (e. make sense) í tengslum við fæðinguna, virðist geta dregið úr þunglyndis- og áfallastreitueinkennum samkvæmt samanburðarrannsókn frá Di Blasio o.fl. (2015) þar sem 87 konur notuðu þá aðferð samanborið við 89 konur sem skrifuðu einungis um atburðarás fæðingar. Samkvæmt yfirlitsgrein Baxter o.fl. frá 2014 virðist það vera sammerkt með flestum rannsóknum að konum finnst vera gagnlegt að ræða fæðingarreynslu sína.

Þróun *Ljáðu mér eyra* viðtalsmeðferðar

Á Íslandi hefur úrræði fyrir konur sem upplifa fæðingu sína á neikvæðan hátt og/eða óttast tilvondandi fæðingu verið í boði frá árinu 1999 en þá hófst viðtalsmeðferðin *Ljáðu mér eyra* á kvennadeild Landspítala í umsjá ljósmæðra og fæðingarlækna. Síðar komu til sögunnar fleiri valkostir eins og Lausnarsteinn á Suðurnesjum sem ljósmóðir stóð að (Heilbrigðisstofnun Suðurnesja, e.d.) og námskeið í Lygnu fjölskyldumiðstöð í umsjá doulu (Lygna fjölskyldumiðstöð, e.d.). Ekki fundust upplýsingar um á hverju þessi tvö þjónustuform byggjast eða um árangur þeirra.

Þrjár ljósmæður og einn fæðingarlæknir mynduðu *Ljáðu mér eyra* hópinn upphaflega en fyrirmynd meðferðarinnar kom frá svokölluðu „Aurora team“ í Svíþjóð og „listening service“ sem notað var í Englandi. Úrræðið var þróað fyrir konur sem óttuðust fæðingu og fólst í viðtölum við ljósmæður með sérhæfingu í slíkra meðferð. Innihald „Aurora“ viðtalanna var sambland af stuðningi, fræðslu og hugrænni nálgun (Nilsson, Bondas Lundgren, 2010; Werner, 2004). Ekki hefur tekist að sýna fram á mælanlegan árangur „Aurora“ viðtalanna en konur virðast þó vera ánægðar eftir viðtölin (Ryding, Persson og Kvist, 2003). Undirbúningi *Ljáðu mér eyra* hópsins fyrir viðtölin hefur verið lýst áður, en m.a. voru haldin námskeið í viðtalstækni og virkri hlustun (Birna Ólafsdóttir, Guðlaug Pálsdóttir, Hrafnhildur Ólafsdóttir, Jóhanna V. Hauksdóttir og Valgerður Lisa Sigurðardóttir, 2015). Þar hefur verið byggt á kenningum sálfræðingsins Carl R. Rogers sem skilgreinir virka hlustun sem ákveðna leið til að hlusta og bregðast við tjáningu viðmælanda t.d. með því að umorða, spyrja spurninga og öðlast innsýn í tilfinningar og/eða sjónarhorn viðmælanda (Rogers og Farson, 1979). Merki *Ljáðu mér eyra* er eyra og visir það til markmiðs meðferðarinnar

sem er að veita tækifæri til að létta á erfiðri fæðingarreynslu eða kviða fyrir fæðingu. Eyrað og nafnið er táknrænt fyrir hugmyndafræði meðferðarinnar og undirstrikar hve hlustun er stór þáttur í henni (sjá mynd 1).



Mynd 1. Merki Ljáðu mér eyra.

Sí- og endurmenntun *Ljáðu mér eyra* hópsins hefur verið á formi námskeiða í hugrænni atferlismeðferð, viðtalstækni, sálgæslu og áfallahjálp. Tvær af þeim ljósmæðrum sem mynduðu teymið í upphafi eru enn starfandi í *Ljáðu mér eyra* en ákveðin nýliðun hefur átt sér stað og fjórar ljósmæður hafa bæst í hópinn frá árinu 2008. Hópurinn er með innan við 10% starfshlutfall samtals en ljósmæðurnar starfa allar á kvennadeild Landspítala. Enginn læknir hefur tilheyrt hópnum síðastliðinn áratug. Þjálfun nýliða hefur farið fram með miðlun frá þeim reyndari, jafningjahandleiðslu og námskeiðum í hugrænni atferlismeðferð og viðtalstækni. Ein af ljósmæðrunum í nýliðahópnum hefur lokið viðbótarnámi í jákvæðri sálfræði og tvær þeirra stunda rannsóknartengt framhaldsnám þar sem neikvæð fæðingarreynsla og úrræði eru aðal viðfangsefnin. Frá árinu 2009 hafa konur átt val um hvort þær fä viðtal við ljósmóður sem sinnti þeim í fæðingu eða eina af *Ljáðu mér eyra* ljósmæðrunum. Flestar konurnar koma af eigin hvötum, þ.e. bóka tíma sjálfar en sumum er vísað til þjónustunnar af heilbrigðisstarfsfólki. Árlega hafa 50-70 konur komið í viðtöl (Birna Ólafsdóttir o.fl., 2015).

Ljáðu mér eyra meðferðin hefur verið að þróast í tæpa tvo áratugi án þess að farið hafi fram mat á henni en þegar meðferð er innleidd er nauðsynlegt að meta árangur og hvort hvort meðferðin nái til þess hóps sem telja má vera í þörf fyrir hana. Tilgangur þessarar rannsóknar var að skoða hvað einkennir hópinn sem leitar til *Ljáðu mér eyra* með tilliti til bakgrunns, heilsufars og fæðingarsögu til að geta afmarkað betur þann hóp sem þarfnast úrræða. Eftirfarandi rannsóknarspurningarnar voru hafðar að leiðarljósi: Hver er bakgrunnur þeirra kvenna sem leita til *Ljáðu mér eyra*? Hvert er hlutfall íhlutana í fæðingarferlið hjá þeim hópi kvenna sem leitar til *Ljáðu mér eyra*? Hvernig meta konur sem leita til *Ljáðu mér eyra* heilsu sína og andlega liðan?

AÐFERÐIR

Rannsóknarsnið

Rannsóknin er hluti af stærri afturvirkri rannsókn á konum sem leituðu til *Ljáðu mér eyra* á rúmlega fimm ára tímabili 2006-2011. Gögnum um bakgrunn þátttakenda, fæðingarsögu og mat kvenna á heilsu og andlegri liðan sinni var safnað með spurningalista. Því til

viðbótar voru konurnar spurðar um mat þeirra á viðtölunum í *Ljáðu mér eyra* með stöðluðum og opnum spurningum. Í þessari rannsókn eru gögn um bakgrunn þátttakenda, fæðingarsögu og eigið mat á heilsu og andlegri liðan skoðuð með lýsandi greiningu.

Spurningalistinn

Spurningalistinn var þróaður af rannsakendum og ljósmæðrum *Ljáðu mér eyra* hópsins. Hann var forþrófaður á 18 konum og reyndust listarnir vera skýrir og skiljanlegir (Eva Rut Guðmundsdóttir, 2011). Listinn er að hluta til byggður á lokaverkefni Söru Bjarkar Hauksdóttur (2005) til embættisprófs í ljósmóðurfræði en í því voru tekin stöðluð viðtöl við 16 konur sem komið höfðu í viðtal.

Tafla 1. Upplýsingar um bakgrunn kvenna sem tóku þátt í LME rannsókn 2011

	n = 131
	n(%)
Bakgrunnur	
Aldur	
(meðaltal(staðalfrávik))	34.2 (4.2)
24-29 ára	14 (10.8)
30-34 ára	56 (43.1)
35-39 ára	44 (33.8)
40-45 ára	16 (12.3)
Menntun	
Grunnskóli (10 yr)	2 (1.5)
Menntaskóli, fjölbrautarskóli eða álíka (2-4 ár)	21 (16.2)
Tækniskóli eða háskóli (< 4 ár)	47 (36.2)
Háskóli (≥ 4 ár)	60 (46.2)
Starf utan heimilis	
já	105 (80.2)
nei	25 (19.2)
Hjúskaparstaða	
gift eða í sambuð	122 (93.1)
Einhleyp, fraskilin eða annað	9 (6.9)
Fjöldi barna	
1	22 (16.8)
2	79 (60.3)
3	22 (16.8)
> 3	8 (6.1)

Listanum er skipt niður í fimm hluta með 46 stöðluðum spurningum og fjórum opnum spurningum. Í fyrsta hlutanum eru upplýsingar um aldur, menntun, störf utan heimilis, hjúskaparstöðu, áhyggjur, eigið mat á heilsu og andlegri liðan og hvort viðkomandi hafi leitað sér hjálpar vegna andlegrar vanlíðunar (sjá töflu 1 og 2). Í öðrum hluta eru spurningar um barneignir, fæðingarsögu og þátttöku í fæðingarfræðslunámskeiðum. Þriðji hlutinn snýr að meðferð *Ljáðu mér eyra*, s.s. hvers vegna konur leituðu til *Ljáðu mér eyra*, hvenær og hve oft þær fóru í viðtal, hvað þeim finnst um meðferðina og hvernig þær upplifðu fæðingu eftir viðtal. Fjórdi hlutinn inniheldur spurningar um hugmyndir kvennanna um áframhaldandi þróun *Ljáðu mér eyra*. Að lokum eru nokkrar opnar spurningar um væntingar og hvað konum þykir mikilvægt fyrir áframhaldandi þróun *Ljáðu mér eyra*, þar sem þær gátu tjáð sig með eigin orðum.

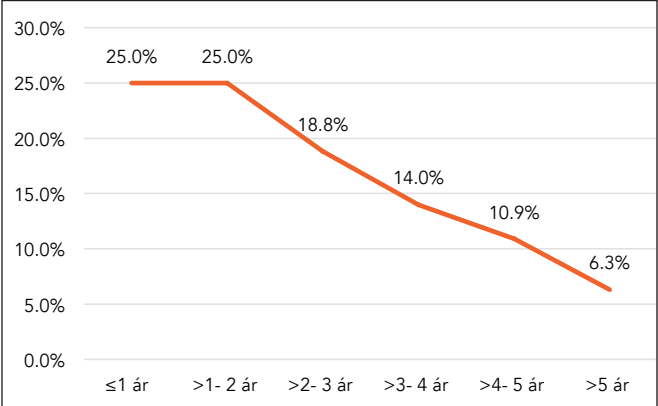
Gagnasöfnun, greining og leyfi

Spurningalistar voru sendir út til allra kvenna sem komu í *Ljáðu mér eyra* viðtal árin 2006 til 2011 (5 ár og 3 mánuðir), alls 312 konur. Af 312 voru 11 listar endursendir þar sem viðtakendur fundust ekki og því var endanlegt úrtak 301 kona. Ítrekun var send einu sinni 17 dögum síðar. Til grundvallar eru lögð svör kvennanna við fyrsta og öðrum hluta spurningalistans. Lýsandi tölfraði var notuð við greiningu gagna og eru niðurstöður flokkabreyta settar fram á formi tíðni og hlutfalla en fyrir aldur eru einnig upplýsingar um meðaltal og staðalfrávik. Notast var við IBM SPSS 24 tölfraðiforrit fyrir Windows (SPSS Inc. Chicago, IL, USA).

Síðanefnd heilbrigðisrannsókna á Landspítala veitti samþykki sitt (61/2010) og rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar (S5038/2010).

NIÐURSTÖÐUR

Svörun var 44%, en 131 kona af 301 svaraði spurningalistanum. Lýsandi niðurstöður má sjá í töflu 1. Meðalaldur þeirra sem svöruðu listunum var 34.2 ár en konurnar voru á bilinu 24 - 45 ára. Rúmlega 82% kvenna í þessari rannsókn eiga nám á háskólastigi að baki. Langflestar kvennanna eru giftar eða í sambúð og stunda vinnu utan heimilis.



Mynd 2. Tími frá viðtali í Ljáðu mér eyra að svörun spurningalista. Hlutfall svarenda.

Tíminn frá því konurnar fóru í viðtal þar til þær svöruðu spurningalistanum var frá þremur mánuðum að sex og hálfu ári, sjá mynd 2. Hjá helmingi kvennanna voru liðin tvö ár eða minna frá viðtalinu en svarhlutfall var minna eftir því sem lengra var liðið frá viðtali.

Tafla 2. Eigið mat á heilsu og andlegri liðan

Mat á almennu heilsufari	
Mjög gott	80 (61.1)
Frekar gott	46 (35.1)
Frekar slæmt	5 (3.8)
Mjög slæmt	0 (0)
Mat á andlegri liðan	
Mjög góð	49 (37.4)
Frekar góð	76 (58)
Frekar slæm	6 (4.6)
Mjög slæm	0 (0)
Hefur leitað sér faglegrar aðstoðar vegna andlegrar vanlíðunar	
Já	86 (65.6)
Nei	45 (34.4)
Fagaðili sem leitað var til vegna andlegrar vanlíðunar	
Sálfæðingur	62 (48.1)
Geðlæknir	21 (16.0)
Hjúkrunarfræðingur	12 (9.2)
Annað	25 (19.1)

Eigið mat á heilsu og andlegri liðan

Í töflu 2 eru lýsandi upplýsingar um eigið mat kvenna á heilsu sinni og andlegri liðan. Mikill meirihluti þeirra mat heilsu sína og andlega liðan vera frekar eða mjög góða. Þó hafði um tveir þriðju hluti hópsins leitað sér hjálpar vegna andlegrar vanlíðunar hjá fagaðilum einhvern tímann á lífsleiðinni. Þá töldu rúmlega 40% sig hafa fengið fæðingarþunglyndi.

Íhlutanir í fæðingarferlið og frávik

Á mynd 3 má sjá svör kvennanna við ýmsum fullyrðingum um fæðingarferlið og andlega liðan eftir fæðingu. Þrjár af hverjum fjórum konum sögðust hafa fengið mænurótardeyfingu í fæðingu

og tæplega tveir þriðju hlutar hópsins hafði upplifað langdregna fæðingu. Inngrip á borð við framköllun fæðingar, sogklukku, tangir eða keisaraskurð voru algeng hjá þessum hópi en tæplega helmingur hópsins hafði farið í keisaraskurð á meðan tvær af hverjum þremur konum merktu við fullyrðingu um að hafa fætt barn á eðlilegan hátt.

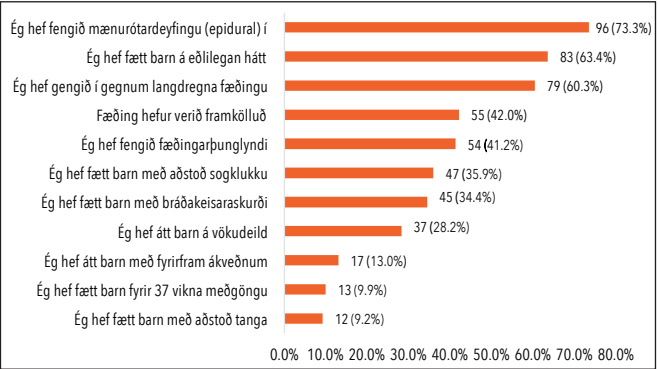
UMRÆÐUR

Rannsóknin er sú fyrsta sem gerð er hér á landi í þeim tilgangi að skoða hvað einkennir þann hóp kvenna sem leitar sér hjálpar hjá *Ljáðu mér eyra* vegna neikvæðrar upplifunar fæðingar og/eða kviða fyrir fæðingu. Niðurstöður hennar benda til að hópurinn sem leitar til *Ljáðu mér eyra* sé um margt sérstakur þegar kemur að tíðni íhlutana og frávika í fæðingarferlinu. Einnig er hlutfall kvenna sem hefur fengið fæðingarþunglyndi eða leitað sér hjálpar vegna andlegrar vanlíðunar hátt. Þá er áberandi hve stór hluti hópsins hefur lokið námi á háskólastigi.

Áberandi er hve tíðni íhlutana í fæðingarferlið og frávik, eins og framköllun fæðingar, mænurótardeyfing og keisaraskurðir, er há hjá *Ljáðu mér eyra* hópnum. Þessar niðurstöður koma ekki á óvart því vitað er að bráðakeisaraskurðir, sogklukku- eða tangarfæðingar (Nilsson o.fl., 2012; Nystedt og Hildingsson, 2017; Rijnders o.fl., 2008; Sigurdardóttir o.fl., 2017), langdregin fæðing (Nystedt og Hildingsson, 2017; Nystedt o.fl., 2005; Sigurdardóttir o.fl., 2017; Toivonen o.fl., 2014) og önnur frávik í fæðingarferlinu (Waldenström o.fl., 2004) eru þekktir áhættuþættir neikvæðrar fæðingarreynslu. Marktæk tengsl hafa fundist á milli framköllunar fæðingar og neikvæðrar upplifunar fæðingar í íslenskri rannsókn (Sigurdardóttir o.fl., 2017) en vert er að nefna að þau tengsl urðu ómarktæk í aðhvarfsgreiningu þegar leiðrétt var fyrir öðrum breytum eins og fæðingu með áhöldum eða keisaraskurði, upplifun langdreginnar fæðingar, óánægju með stuðning ljósmæðra og þunglyndi eftir fæðingu.

Áhugavert er að skoða *Ljáðu mér eyra* hópinn í samanburði við upplýsingar frá Fæðingaskrá árið 2011, síðasta árinu sem þátttakendur svöruðu spurningalista úr rannsókninni. Það er töluvert hærri tíðni íhlutana og frávika í fæðingarferlinu hjá konum sem leita til *Ljáðu mér eyra* en fram kemur þar, en 45,4% kvenna á Landspítala höfðu fengið mænurótardeyfingu í fæðingu og hjá 27,4% var fæðing framkölluð. Fæðingu lauk með bráðakeisaraskurði hjá 9,5% kvenna og með sogklukku eða töng hjá 7,3%. (Ragnheiður I Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smárason, Gestur I. Pálsson. (2012). Athygli vekur að samanlagt hafði tæpur helmingur hópsins farið í keisaraskurð. Fæðing fyrir tímann og innlagirn barna á Vöku-deild virðast einnig vera algengar hjá *Ljáðu mér eyra* hópnum en þekkt er að áhyggjur af heilsu barns í fæðingu geta tengst neikvæðri upplifun fæðingar (Rijnders o.fl., 2008; Toivonen o.fl., 2014; Ulfsdóttir o.fl., 2014; Waldenström, 2004). Til samanburðar má geta þess að árið 2011 var barn lagt inn á Vökudeild í 11,6% fæðinga (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, 2012).

Við samanburðinn við Fæðingaskrá ber þó að hafa í huga að hóparnir eru ekki alveg sambærilegir, þar sem í Fæðingaskráningunni 2011 er skráð ein meðganga og fæðing fyrir hverja konu en í rannsóknarhópnum er talin saman saga og reynsla hverrar konu af öllum fæðingum hennar.



Mynd 3. Upplýsingar um reynslu kvenna af fæðingu og andlegri liðan eftir fæðingu.

Há tíðni á mænurótardeyfingum hjá *Ljáðu mér eyra* hópnum vekur athygli en hafa ber í huga að spurt var hvort konurnar hefðu einhvern tímann fengið deyfingu – ekki var tilgreint nánar hversu oft þær hefðu fengið deyfingu eða hvort þær hefðu fengið deyfingu í þeirri fæðingu sem þær upplifðu neikvætt.

Næstum helmingur *Ljáðu mér eyra* hópsins hafði upplifað þunglyndi eftir fæðingu en sé litið til erlendra rannsókna um efnið þá virðist tíðni þess vera á bilinu 10 - 15% í flestum þeim löndum sem við berum okkur gjarnan saman við (Gavin o.fl., 2005; Thome, 2000; Woody, Ferrari, Siskind, Whiteford og Harris, 2017). Þarna er þó líklega að hafa áhrif að í erlendu rannsóknunum er tíðnin skoðuð út frá einstökum fæðingum en ekki uppsafnað eftir allar fæðingar kvenna eins og í þessari rannsókn. Í niðurstöðum okkar er jafnframt byggt á minni kvennanna og skilgreiningu þeirra sjálfra á greiningu á þunglyndi. Tengsl andlegrar vanlíðunar og neikvæðrar fæðingarreynslu hafa fundist í fyrri rannsóknum (Boorman o.fl., 2014; Edworthy o.fl., 2008; Fenech og Thomson, 2014; Sigurdardóttir o.fl., 2017) enda hafði stór hluti kvennanna sem leitaði til *Ljáðu mér eyra* leitað sér aðstoðar vegna andlegrar vanlíðunar.

Menntunarstig hópsins er hátt þar sem rúm 80% kvennanna hafa menntun á háskólastigi. Frá Hagstofu Íslands fengust þær upplýsingar að í aldurshópnum 25-34 ára voru 39% kvenna með háskólapróf hér á landi árið 2009 en 43% kvenna ef horft er á aldurshópinn 35 - 44 ára (Education at a Glance, 2010). Í fyrri rannsóknum virðist menntunarstig ekki hafa áhrif á fæðingarreynslu (Sigurdardóttir o.fl., 2017) og getur það því ekki skýrt hvers vegna svo hátt hlutfall kvenna í þessari rannsókn hefur lokið menntun á háskólastigi. Í rannsókn Gamble o.fl. (2005) þar sem þátttakendur voru valdir eftir áfallastreitueinkennum, hafði um 40% kvenna lokið námi á háskólastigi. Möguleg skýring á háu menntunarstigi í okkar rannsóknarhópi getur verið að líklega er stór hluti hópsins af höfuðborgarsvæðinu þar sem menntunarstig er almennt hærra samanborið við landsbyggðina (Hagstofa Íslands, 2014). Önnur möguleg skýring á háu menntunarstigi hjá þeim hópi sem leitar aðstoðar hjá *Ljáðu mér eyra* gæti verið sú að háskólamenntaðar konur sækja frekar upplýsingar og ráðgjöf almennt, en það samræmist innlendum og erlendum rannsóknum (Helga Gottfreðsdóttir, 2011; Fabian, Radestad og Waldenström, 2005). Ef sú er raunin, er mikilvægt að huga að því hvernig ljósmæður geta náð til þeirra sem hafa ekki frumkvæði að því að leita sér hjálpar vegna neikvæðrar fæðingarreynslu.

Langflestir þátttakenda eru giftir eða í sambúð (93,1%) en erfitt er að alhæfa um hvort hópinn er sambærilegur við tölur frá Hagstofu um hjúskaparstöðu þar sem vitað er að verðandi foreldrar eru oft í sambúð þó það sé ekki skráð þar. Langflestar kvennanna stunda vinnu utan heimilis. Aldursdreifing hópsins er sambærileg við tölur Hagstofunnar, en meðalaldur frumbyrja á Íslandi var tæp 27 ár árið 2012 (Hagstofa Íslands, e.d.).

Það er athyglivert að í gegnum árin hafa einungis 50 - 70 konur á ári (1-2%) sótt meðferð hjá *Ljáðu mér eyra* á meðan vísendingar eru um að 5,0 - 5,7% kvenna hérlendis hafi neikvæða fæðingarreynslu (Sigurdardóttir o.fl., 2017). Þó gera megí ráð fyrir að einhver hluti þessa hóps leiti til annarra fagaðila, bendir margt til þess að umtalsverður fjöldi þeirra sem upplifir fæðingu neikvætt, fái ekki viðeigandi hjálp. Það má spyrja sig hvers vegna - getur verið að konur segi ekki frá neikvæðri reynslu af fæðingu? Eða eru þær ekki spurðar um upplifun sína af fæðingu? Erfitt er að segja til um ástæður þessa en ljóst er að það má gera mun betur, bæði í að greina þær konur sem hafa þörf fyrir að vinna úr fæðingarreynslu sinni og að vísa þeim með markvissum hætti í úrræði. Hér mætti líta til rannsókna Gamble o.fl. (2005) þar sem skimunarlistar voru notaðir til að finna konur með einkenni um áfallastreitu eftir fæðingu en með því skapast tækifæri til að hefja umræðuna um fæðingarupplifun og í kjölfarið bjóða konum meðferð ef þörf er á.

Ljáðu mér eyra viðtalsmeðferðin hefur staðið til boða frá árinu 1999 en ekki liggja fyrir upplýsingar um árangur hennar og er

það verðugt rannsóknarefni í framtíðinni. Vert er að skoða þær rannsóknir sem sýnt hafa jákvæðan árangur meðferðar þegar hugað er að meðferðarmöguleikum fyrir konur með neikvæða fæðingarreynslu (Gamble o.fl., 2005; Meades o.fl. 2011; Di Blasio o.fl., 2015; Lavender og Walkinshaw, 1998). Í rannsókn Meades o.fl. (2011) virtist draga úr áfallastreitueinkennum hjá konum sem óskuðu eftir og fengu viðrunarviðtöl samanborið við konur með sambærileg einkenni um áfallastreitu sem ekki sóttust eftir aðstöð. Hér virðist vilji konunnar til meðferðar skipta máli fyrir árangur.

Þá er vert að huga að tímasetningu viðtals en í rannsókn Gamble o.fl. (2005) og Di Blasio o.fl. (2015) var meðferð veitt á fyrstu dögnum eftir fæðingu. Erfitt er að greina á milli tegundar íhlutunar því segja má að margt sé líkt með viðrun (Meades o.fl., 2011; Lavender og Walkinshaw, 1998) og þeirri aðferð að skilgreina hugsanir og tilfinningar á blað (Di Blasio o.fl., 2015). Skilgreiningin á þeirri íhlutun sem veitt var í rannsókn Gamble o.fl., (2005) var ráðgjöf en þó má sjá í lýsingu meðferðarinnar að hún innihélt einnig viðrun, umræðu um ákveðna þætti fæðingar og stuðning frá ljósmóður. Því er ekki einfalt að segja af eða á um hvers konar íhlutun virkar eða á hvaða tímamarki hún myndi gagnast best en hafa ber í huga að í flestum rannsóknum er það mat kvennanna sjálfra að meðferðin sem var í boði hafi verið gagnleg (Baxter o.fl., 2014).

Styrkleikar og takmarkanir rannsókna

Svarhlutfall er svipað því sem almennt gerist í spurningalista-könnunum (Baruch og Holtom, 2008) en svörin var betri eftir því sem styttra var liðið frá viðtalinu. Ekki var leitað neinna upplýsinga um rannsóknarhópinn úr öðrum gagnagrunnum. Engar upplýsingar voru fengnar um þann hóp sem hafnaði þátttöku í rannsókninni og því er ekki hægt að alhæfa að hópinn sem tók þátt endurspegli þýðið, þ.e. hópinn sem leitar sér hjálpar hjá *Ljáðu mér eyra* vegna neikvæðrar fæðingarreynslu. Þá er ekki vitað hve stór hluti hópsins var barnshafandi þegar *Ljáðu mér eyra* viðtal fór fram en þær upplýsingar hefðu verið áhugaverðar til að öðlast betri innsýn inn í hvað einkennir hópinn og jafnvel til samanburðar við þær sem voru ekki barnshafandi þegar viðtal fór fram. Hafa ber í huga að gögnin byggja á svörum kvennanna sjálfra og hjá hluta hópsins var töluverður tími liðinn frá viðtali þegar þær fengu spurningalistann og gæti minnisbjögun (e. recall bias) þannig haft áhrif á svörin. Að lokum má nefna að í þessari rannsókn er því ekki svarað hvort einkenni þeirra sem ekki leita sér hjálpar eða svara spurningalistunum séu sambærileg við þennan hóp.

Hagnýting fyrir ljósmóðurfræði

Í ljósi þess að neikvæð fæðingarreynsla getur haft í för með sér neikvæð áhrif á velferð móður og barns er mikilvægt er að huga að henni sérstaklega, mögulega með reglubundinni skimun. Slík skimun fellur vel að starfssviði ljósmæðra sem eru aðal- mönnum naraðilar í öllu barneignarferlinu hér á landi. Stór hluti kvennanna sem leitaði til *Ljáðu mér eyra* hafði leitað sér aðstoðar vegna andlegrar vanlíðunar og undirstrikar það mikilvægi þess að skimað sé fyrir sögu um geðheilsuvanda snemma í meðgönguvernd líkt og mælt er með í klíniskum leiðbeiningum um meðgönguvernd (NICE, 2014; Embætti landlæknis, 2010). Þverfræðileg samvinna og samtal um fæðingarreynslu getur verið liður í þeim stuðningi sem veittur er bæði á meðgöngu og eftir fæðingu. Við búum nú þegar yfir þekkingu á mikilvægi þess að finna þær konur sem hafa þörf fyrir að vinna úr fæðingarreynslunni sinni. Í framhaldinu er síðan brýnt að í boði séu viðeigandi úrræði handa þeim konum sem hafa neikvæða reynslu af fæðingu.

ÞAKKIR

Bestu þakkir fä konurnar sem tóku þátt í rannsókninni. Auk þess þökkum við Guðrúnu Sigríði Ólafsdóttur, Jóhannu Valgerði

MILT

HREIN TILVERA

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.

60 ÞVOTTAR

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

FARÐU MILDUM HÖNDUM UM
ÞIG, ÞVOTTINN OG UMHERFIÐ

Hauksdóttur, Guðlaugu Pálsdóttir og Hrafnhildi Ólafsdóttir fyrir að lesa yfir spurningalistana. Evu Rut Guðmundsdóttir þökkum við fyrir aðstoð við forprófun og framkvæmd spurningalista könnunarinnar og Guðrúnu Sigríði Ólafsdóttur fyrir innslátt gagna. Að lokum fær Guðný Bergþóra Tryggvadóttir þakkir fyrir tölfraðilega ráðgjöf. Rannsóknin var styrkt af Rannsóknar- og þróunarsjóði Ljósmaðrafélags Íslands og Vísindasjóði Landspítala.

HEIMILDIR

Adewuya, A., Ologun, Y. og Ibigbami, O. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: Prevalence and risk factors. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(3), 284-288.

Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J., Creedy, D. og Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 40(11), 1849-1859.

Ayers, S., Eagle, A. og Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology, health & medicine*, 11(4), 389-398.

Bastos, M. H., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K. og Bick, D. (2015). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *The Cochrane Library*.

Baruch, Y., og Holtom, B. C. (2008). Survey response rate levels and trends in organizational research. *Human relations*, 61(8), 1139-1160.

Baxter, J. D., McCourt, C. og Jarrett, P. M. (2014). What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature. *Midwifery*, 30(2), 194-219.

Birna Ólafsdóttir, Guðlaug Pálsdóttir, Hrafnhildur Ólafsdóttir, Jóhanna V. Hauksdóttir og Valgerður Lisa Sigurðardóttir (2015). Ljáu mér eyra 15 ára: Litið um öxl. *Ljósmaðrablaðið*, 93(2), 28-29.

Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creedy, D. K. og Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, 30(2), 255-261.

DeFranco, E. A., Seske, L. M., Greenberg, J. M. og Muglia, L. J. (2015). Influence of interpregnancy interval on neonatal morbidity. *American journal of obstetrics and gynecology*, 212(3), 386. e381-386. e389.

Di Blasio, P., Camisasca, E., Caravita, S. C. S., Ionio, C., Milani, L. og Valtolina, G. G. (2015). The Effects of Expressive Writing on Postpartum Depression and Posttraumatic Stress Symptoms. *Psychological reports*, 117(3), 856-882.

Education at a Glance. (2010). Centre for Educational Research and Innovation.

Edworthy, Z., Chaisey, R. og Williams, H. (2008). The role of schema and appraisals in the development of post-traumatic stress symptoms following birth. *Journal of reproductive and infant psychology*, 26(2), 123-138.

Elvander, C., Cnattingius, S. og Kjerulff, K. H. (2013). Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: Findings from the first baby study. *Birth*, 40(4), 289-296.

Embætti landlæknis. (2010). *Klinískar leiðbeiningar um meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu*. Sótt 25. ágúst 2017 af <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2548/4407.pdf>

Eva Rut Guðmundsdóttir, (2011). *Ljáu mér eyra – mat á þjónustu. Forprófun spurningalista*. Öbirt lokaverkefni til embættisprófs í ljósmóðurfraði. Háskóli Íslands.

Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 84(5), 436-443.

Fenech, G. og Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on

maternal well-being. *Midwifery*, 30(2), 185-193.

Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M. og Dickson, P. (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*, 32(1), 11-19.

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. og Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5, Part 1), 1071-1083.

Gottvall, K. og Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(3), 254-260.

Hagstofa Íslands. (2014). *Landshagir 2014*.

Hagstofa Íslands (e.d). *Fæddir 2012*.

Haines, H. M., Rubertsson, 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(1), 1.

Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (e.d.). *Sólveig Þórðardóttir lætur af störfum*.

Helga Gottfredsdóttir. (2011). Notagildi skipulagðrar foreldrafæðslu á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins: Sjórnarhorn foreldra foreldra fyrir og eftir fæðingu. *Ljósmaðrablaðið*, 89(1), 7-15.

Kringeland, T., Daltveit, A. K. og Moller, A. (2009). What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scandinavian journal of public health*.

Lavender, T. og Walkinshaw, S. A. (1998). Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth*, 25(4), 215-219.

Lygna fjölskyldumiðstöð (e.d.). *Um Sofftu*.

Meades, R., Pond, C., Ayers, S. og Warren, F. (2011). Postnatal debriefing: have we thrown the baby out with the bath water? *Behaviour research and therapy*, 49(5), 367-372.

NICE (2014). CG192. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. London: NICE.

Nilsson, C., Bondas, T. og Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39(3), 298-309.

Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A. og Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth*, 25(3), 114-121.

Nystedt, A. og Hildingsson, I. (2017). Women's and men's negative experience of child birth - A cross-sectional survey. *Women and Birth*.

Nystedt, A., Högberg, U. og Lundman, B. (2005). The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. *Journal of clinical nursing*, 14(5), 579-586.

Qin, C., Mi, C., Xia, A., Chen, W. T., Chen, C., Li, Y., . . . Tang, S. (2017). A first look at the effects of long inter-pregnancy interval and advanced maternal age on perinatal outcomes: A retrospective cohort study. *Birth*.

Ragnheiður I Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smárason, Gestur I. Pálsson. (2012). *Skýrsla frá fæðingarskráningu 2011*. Landspítali.

Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., Van Der Pal, K., Prins, M., Green, J. og Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35(2), 107-116.

Rogers, C. og Farson, R. E. (1979). Active listening. *Organizational psychology*, 168-180.

Ryding, E. L., Persson, A., Onell, C., & Kvist, L. (2003). An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(1), 10-17.

Sara Björk Hauksdóttir (2005). *Fæðingarótti*. Öbirt lokaverkefni til embættisprófs í ljósmóðurfraði. Háskóli Íslands.

Sheen, K. og Slade, P. (2015). The efficacy of 'debriefing' after childbirth: Is there a case for targeted intervention? *Journal of reproductive and infant psychology*, 33(3), 308-320.

Sigurdardóttir, V. L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Kristjansdóttir, H., Sveinsdóttir, H. og Gottfredsdóttir, H. (2017). The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women and Birth*.

Stjernholm, Y. V., Petersson, K. og Eneroth, E. (2010). Changed indications for cesarean sections. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 89(1), 49-53.

Thome, M. (2000). Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women. *Archives of Women's Mental Health*, 3(1), 7-14.

Toivonen, E., Palomäki, O., Huhtala, H. og Uotila, J. (2014). Maternal experiences of vaginal breech delivery. *Birth*, 41(4), 316-322.

Ulfssdóttir, H., Nissen, E., Ryding, E. L., Lund-Egloff, D. og Wiberg-Itzel, E. (2014). The association between labour variables and primiparous women's experience of childbirth: a prospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1).

Waldenström, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*, 31(2), 102-107.

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. og Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17-27.

Werner, A. (2006). Auroraverksamhet. Í *Förovningsrådsbla*, rapport nr 51. SFOG, ISSN 1100-438X. SFOG Svensk Förening för Obstetrik och Gynækologi.

Woody, C., Ferrari, A., Siskind, D., Whiteford, H. og Harris, M. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*.



LJÓSMÆÐRADAGURINN Á ALÞJÓÐADEGI LJÓSMÆÐRA RÁÐSTEFNA Á AKUREYRI 5. MAÍ 2018

Í tilefni af því að Norðurlandsdeild Ljósmaðrafélags Íslands verður fimmtíu ára árið 2018 verður ráðstefna Ljósmaðrafélagsins haldin á Akureyri á næsta ári.

Við viljum hvetja ljósmæður til þess að taka daginn frá og stefna að því að fjölmenna norður. Dagskráin er í mótun og verið er að vinna í því að fá einn til tvo erlenda fyrirlesara á ráðstefnuna.

Síðan hvetjum við alla sem hafa áhuga á því að halda fyrirlestra til þess að hafa samband við Sigríði Ingu Karlsdóttur inga@unak.is og senda henni útdrátt (150-200 orð, calibri, 11 punkta með 1,15 línubili) fyrir 20. janúar 2018. Ef um rannsóknarkynningu er að ræða er gott að skipta útdráttinum í bakgrunn, aðferð, niðurstöður og umræður. Einnig er tilvalið að sækja um veggspjaldakynningu og þó veggspjöldin hafi verið kynnt annars staðar er ekkert að því að kynna það aftur á ráðstefnunni (allt í lagi þó það sé á ensku). Efst á útdrátti þarf að koma fram heiti erindis og nöfn höfunda.

Ráðstefnugjaldi verður stillt í hóf, margar norðlenskar ljósmæður hafa boðist til þess að bjóða ljósmæðrum

gistingu (nánar auglýst síðar) og félagið mun óska eftir tilboðum frá flugfélaginu. Það er náttúrulega tilvalið að hollsysstur skelli sér saman á bíl norður, eða vinnufélagar. Orlofsibúðir eru margar á Akureyri sem hægt er að leigja.

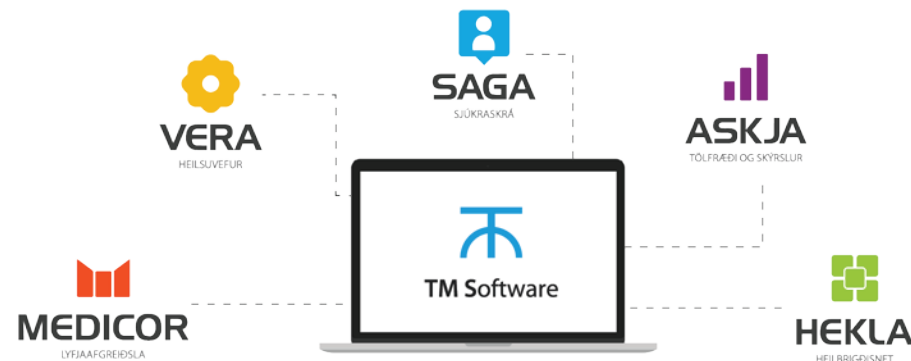
Við stefnum á að byrja dagskrá kl. 10 um morguninn og hætta ekki seinna en kl 17:00. Síðan verður hátíðar-kvöldverður um kvöldið og auðvitað væri gaman ef sem flestir ráðstefnagestir sæju sér fært að taka þátt.

Vonumst til að sjá ykkur sem flestar þann 5. maí 2018 á Akureyri.

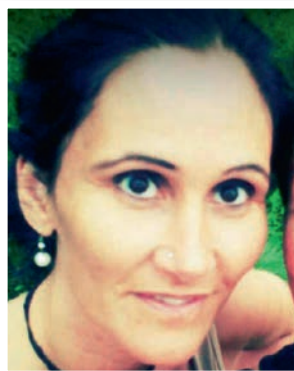
Fyrir hönd undirbúningsnefndar
Sigríður Inga Karlsdóttir, ljósmóðir

Við erum leiðandi í hugbúnaði fyrir heilbrigðiskerfið

Lausnir TM Software eru notaðar daglega af þúsundum heilbrigðisstarfsmanna á öllum helstu heilbrigðisstofnunum landsins s.s. sjúkrahúsum, stofum sérfræðilækna, heilsugæslum, hjúkrunarheimilum auk apóteka.



Áhættu- og gæðastjórnun: VERKLAG VIÐ MÆNURÓTAR- DEYFINGAR Í FÆÐINGU



Katrín Sif Sigurgeirsdóttir, ljósmóðir
og meistaranemi við Háskóla Íslands

INNGANGUR

Þessi grein byggir á verkefni úr námi mínu í opinberri stjórn-sýslu við Háskóla Íslands en þar sat ég námskeið sem ber heitið „Akademía fyrir stjórnendur í heilbrigðisþjónustu“. Þar var mér gert að gera verkefni með áhættu- og gæðastjórnun að leiðar-ljósi. Verkefnið skyldi vera um starfstengt málefni sem mér væri hugleikið.

Það er bæði fagleg reynsla mín og persónuleg, að fæðandi konur eru alla jafna ekki nægilega vel upplýstar um kosti, mögulegar aukaverkanir og fylgikvilla í tengslum við mænurótardeyfingu í fæðingu. Hvenær er mænurótardeyfing æskileg eða nauðsynleg, hvenær er hún það ekki og hvenær er áhættan meiri en raunveruleg þörf? Þetta eru allt spurningar sem hver kona þarf að velja fyrir sér til að hún sé fær um að taka upplýsta ákvörðun um mænurótardeyfingu þegar á hólminn er komið.

Góður öryggisbragur einkennist af því að öryggi sjúklinga er sett í öndvegi og áhættustjórnun er samofin öllu því sem gert er. Meginþættir til að bæta öryggisbrag eru að stofnanir tryggja öryggi sjúklinga, viðhafi fagleg samskipti, samstarf og skráningu atvika (Reglugerð nr. 1148/2008).

Áhættu- og gæðastjórnun

Áhættustjórnun eykur virði og verndar verðmæti með því að auka líkur á að markmið tiltekinnar starfsemi náist. Kostir áhættu-stjórnunar eru einnig þeir að auka tiltrú hagsmunaaðila, minnka tap, auka skilvirkni og tryggja betri grunn til ákvarðanatöku (Böðvar Tómasson, 2012).

Fyrsti alþjóðlegi staðallinn um áhættustjórnun, ISO 31000:2009 „Risk Management- Principles and Guidelines“ er leiðbeinandi grunnur fyrir alla áhættustýringu. Einn af meginþáttum áhættu-stjórnunarkerfis er að sett eru mælanleg markmið og kerfið svo endurbætt þegar frávik koma í ljós.

Staðallinn endurspeglar góða starfshætti og svarar spurningunum;

- Hvað getur gerst og af hverju?
- Hverjar eru afleiðingar?
- Hverjar eru líkurnar á endurtekningu í framtíðinni?
- eru einhverjir þættir sem draga úr afleiðingum áhættunnar eða draga úr líkum á því að áhættuáttvik endurtaki sig?

Heilbrigðisráðuneytið hefur gefið út reglugerð (nr. 1148/2008) um gerð gæðavisa sem nota skal til að meta gæði og árangur innan heilbrigðis-þjónustunnar. Þar kemur fram sú skilgreining að gæðavísir sé mælikvarði sem gefur vísbendingu um gæði veittrar þjónustu til að meta hvort gæði meðferðar og umönnunar séu samkvæmt viðurkenndum viðmiðum. Í 4 gr. reglugerðarinnar eru markmið með notkun gæðavisa sett fram, þau eru þessi:

Markmið með notkun gæðavisa er að fylgjast með gæðum og öryggi heilbrigðisþjónustunnar og stuðla að því að þessir þættir séu sýni-legir þannig að notendur heilbrigðisþjónustu, stjórnvöld, stjórn-endur heilbrigðisstofnana og heilbrigðisstarfsmenn geti metið gæði þjónustunnar og tekið ákvarðanir á faglegum og upplýstum grund-velli.

Markmið með notkun gæðavisa er enn fremur að veita heilbrigðis-starfsmönnum og heilbrigðisstofnum aðhald við veitingu heil-brigðisþjónustu, auka gæðavitund þeirra, skapa samkeppni á milli þeirra um árangur og gæði og stuðla þannig að umbótum innan heil-brigðisþjónustunnar.

Fagrað Embættis landlæknis gaf út leiðbeiningar um sjúklingaöryggi sem ber heitið „Eflum gæði og öryggi í íslenskri heilbrigðisþjónustu“. Leiðbeiningarnar byggja á áður nefndri reglugerð og í þeim er lögð áhersla á að skilgreina hvað hugtökin gæði og öryggi standa fyrir og hvernig þau skulu innleidd og ástunduð. Í leiðbeiningunum kemur fram að;

Öryggisbragur/öryggismenning (e. safety culture) felur í sér sameiginleg gildi og viðhorf, sem ásamt skipulagi og stjórnun stofnunar, leiða til ákveðins vinnulags og hegðunarmynsturs varð-andi öryggismál.

Góður öryggisbragur er fyrir hendi þar sem öryggi sjúklinga er sett í öndvegi og áhættustjórnun er samofin öllu því sem gert er. Slikur öryggisbragur einkennist af opnum samskiptum og gagnkvæmu trausti milli starfsmanna og sjúklinga. Meginþættir öryggisbrags eru:

Skuldbinding stofnana og forysta þeirra við að tryggja öryggi sjúklinga, samskipti, samstarf og skráning atvika (Laura Sch. Thorsteinsson, Anna B. Aradóttir, Anna B. Jensdóttir, Elisabet Benedikz, Jóhanna F. Jóhannsdóttir, Leifur Bárðarson o.fl, 2012).

Fæðingarþjónusta – Mænurótardeyfing

Árangur heilbrigðisþjónustu við fjölskyldur í barneignarferlinu er góður ef miðað er við samanburð meðal OECD ríkjanna á árunum 2011-2013 á tíðni nýburadaða. En fram kemur að tíðnin er lægst hér á Íslandi þar sem nýburadaði er 1,3 af hverjum 1000 fæddum eftir 22ja vikna meðgöngu. Meðaltalið meðal OECD ríkjanna er hins vegar 3,8 af hverjum 1000 fæddum eins og sjá má á meðfylgjandi töflu (OECD, 2015). (<http://dx.doi.org/10.1787/888933280782>). Við þurfum að halda vel utan um það sem vel er gert og stöðugt að vera tilbúin til að halda áfram að hlúa að, bæta og þróa þjónustuna eftir fremsta megni til að viðhalda þessum góða árangri.

Heilbrigðiskerfið er í stöðugri þróun og á undanförmum þremur áratugum hefur þátttaka sjúklinga í eigin meðferð aukist umtalsvert. Þar eru konur í barneignarferlinu engin undantekning. Sjúklingar, þjónustu-þegar í heilbrigðiskerfinu eiga lagalegan rétt á að fá upplýsingar um ástand sitt og þá þjónustu sem þeim stendur til boða og þannig val um að þiggja eða hafna þjónustunni samkvæmt lögum um réttindi sjúklinga nr. 74/1997. En þar segir í 1 mgr. 5 gr. „Sjúklingur á rétt á upplýsingum um; heilsufar, ástand og horfur. Áhættu og gagnsemi meðferðar. Önnur hugsanleg úrræði og möguleika á að leita álits annars.“

Mænurótardeyfing er talsvert mikið notuð við barnsfæðingar á Íslandi. Samkvæmt fæðingarskrá sem birt er á vef Landspítala var tíðni mænurótardeyfinga við barnsfæðingar (allra kvenna sem ráðgerðu fæðingu um leggöng) á fæðingadeild Landspítala 45,2% árið 2014 og 44,4% árið 2015. Til samanburðar var tíðni mænurótardeyfinga í Noregi árið 2014, 33,8% allra fæðinga. Til nákvæmari samanburðar má taka saman fæðingar á norskum sjúkrahúsum í Arendal og Kristiansand sem voru samanlagt með nánast jafnmargar fæðingar árið 2015 (n-2997) og Landspítalinn (n-3037) en meðal tíðni mænu-rótardeyfinga á norskum sjúkrahúsum var 28,5% á móti 44,4% á Landspítala. (Ragnheiður I. Bjarnadóttir og félagar, 2014, Ragnheiður I. Bjarnadóttir og félagar, 2017, Norwegian Institute of Public Health 2014 og 2015).

Fræðsla og upplýst ákvörðun

Það er, eins og áður hefur komið fram, reynsla mín að fæðandi konur eru alla jafna ekki nægilega upplýstar um það í hvaða tilfellum mænu-rótardeyfing getur verið æskilegur eða nauðsynlegur kostur og eins hvenær hún er það ekki og hvenær áhættan getur verið meiri en raun-veruleg þörf. Þær eru ekki upplýstar um mögulegar aukaverkanir og fylgikvilla og þar af leiðandi ekki færar til að taka upplýsta ákvörðun um að þiggja þessa deyfingu. Verklagið á stærsta fæðingarstað okkar, á Fæðingarvakt Landspítala, er að kona getur óskað eftir að fá þessa deyfingu lagða jafnvel þótt heilbrigðisstarfsfólk sjái og telji að ekki séu fyrir hendi neinar klínískar ábendingar fyrir því að deyfing skuli lögð. Í verklagsreglu Landspítala um utanbast-deyfingu (nr. 4.04.01, 2014) kemur fram að skilyrði fyrir lagningu deyfingarinnar sé að: „Beiðni um utanbasts deyfingu kemur frá ljósmóður í samráði eða skv. beiðni konunnar og endanleg ákvörðun er tekin af læknum svæfingadeildar.“

Konan þarf ekki að gefa skriflegt samþykki fyrir lagningu deyfingarinnar, líkt og tíðkast í mörgum öðrum löndum og ekki þarf að sýna fram á að konunni hafi verið veitt fræðsla í byrjun fæðingar eða, það sem betra væri, á meðgöngutímanum sem gerir henni kleift að taka upplýsta

ákvörðun um deyfinguna. Þetta vinnulag stangast á við 5. grein laga um réttindi sjúklinga nr.74/1997 þar sem í 1 mgr. segir „Sjúklingur á rétt á upplýsingum um; heilsufar, ástand og horfur. Áhættu og gagn-semi meðferðar. Önnur hugsanleg úrræði og möguleika á að leita álits annars.“

Landlæknisembættið hefur gefið út klínískar leiðbeiningar um „Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu“ sem taka mið af bestu þekkingu á hverjum tíma og eru til stuðnings heilbrigðis-starfsfólki til að veita megi sem besta meðferð með sem minnstri áhættu og án óhóflegs kostnaðar. Þær eiga meðal annars að stuðla að því að auðveldara verði fyrir barnshafandi konur að taka upplýsta ákvörðun um meðferð sem byggð er á gagnreyndum upplýsingum. Eftir þessum leiðbeiningum er unnið eða þær hafa til hliðsjónar á flestum ef ekki öllum stöðum þar sem meðgönguverndin er veitt (Hildur Kristjándóttir og félagar, 2010).

Í fyrsta kafla þessara klínísku leiðbeininga kemur fram að:

„Mikilvægt er að hverri konu sé gert kleift að taka upplýsta ákvörðun um þá þjónustu sem hún þiggur á meðgögunni. Það er á ábyrgð heilbrigðisstarfsmanna sem annast konuna að útskýra hvaða valkosti hún hefur og veita skýrar og óhlutdrægar upplýs-ingar. Virða ber þá ákvörðun sem konan tekur. Þetta er í samræmi við lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.“

Í meðgönguvernd leitast ljósmæður við að sinna heilbrigðisefirliti og veita fræðslu innan fyrir fram ákveðins tímaramma. Fræðsla er víðast hvar veitt bæði munnlega og með tilvísun í rafrænar upplýsingar á internetinu, en útprentun hvers kyns fræðslubæklinga hefur að mestu verið lögð niður. Almenn er það álit ljósmæðra að ekki reynist alltaf nægilegur tími til að fara eins ítarlega í fræðslu og þörf væri á og hafa ljósmæður rætt það sín á milli að oft þurfi þær að forgangsraða þeirri fræðslu sem þær telja mesta þörf á að kona fái. Fyrir þessu geta verið ýmsar og breytilegar ástæður svo sem ef notast þarf við túlkþjónustu við fræðsluna, ef frávik koma fram varðandi heilbrigði konunnar eða föstursins sem kalla á ítarlegri og tímafrekari skoðanir en ella eða ef kona er að mæta stopult í bókaða meðgönguverndartíma. Því þurfum við alltaf að vera að endurmeta og forgangsraða fræðslu og gæta að skipulagi og góðu vinnuhagræði.

Það er almenn vitneskja meðal heilbrigðisstarfsfólks að öllum inngripum fylgir áhætta, þar er mænurótardeyfing ekki undanskilin. Mænurótardeyfing getur haft margvíslegar aukaverkanir bæði á fram-gang og útkomu fæðingarinnar, heilsu og öryggi móðurinnar og eins barnsins. Þegar deyfing er lögð kallar það inngrip undantekningarlítið á annað inngrip sem enn eykur á áhættuna á fleiri fylgikvillum. Í verk-lagsreglum Landspítalans er að finna verklagsreglu um tvo fylgikvilla sem geta fylgt mænurótardeyfingu en það eru „Post spinal höfuð-verkur og Há spinaldeyfing“ (Landspítalinn verklagsregla nr.4.04.01 og nr.4.04.02, 2014). Þar segir:

Post spinal höfuðverkur. Við gat á mænuhimnu verður leki á mænuvökva. Þrýstingsfall í mænuvökvanum getur valdið slæmum höfuðverk. Höfuðverkurinn getur komið fljótlega eftir ástungu og allt að 48 klst. seinna. Hann getur einnig komið aftur þó hann hafi lagast. Þetta er höfuðverkur sem versnar mjög við að setjast upp en skánar í liggjandi stöðu. Meðferð er í fyrsta lagi rúmlega og lyfjagjöf. Ríkuleg vökvagjöf er ekki nauðsynleg. Ef ástand batnar ekki á 1-2 sólarhringum er ráðlagt að leggja blóðbót. Alltaf skal hafa samband við lækna svæfingadeildar ef grunur vaknar um þessa tegund af höfuðverk.

Há spinal deyfing. Hætta er á hárrí mænudefyngi ef leggur fer inn fyrir mænuhimnu og deyfingu er sprautað þar. Einkenni ráðast af hæð deyfingar: 1. Alvarlegt blóðþrýstingsfall. 2. Vöðvalömun – Öndunarstöðvalömun. 3. Meðvitundarleysi. Meðferð við háa mænudefyngi með öndunarbílun þarf að koma fyrir barkarennu og aðstoða við öndun. Hafa ber í huga að konan getur verið með fulla meðvitund og því þarf að útskýra ástandið og svæfa hana, gera bráðakeisara og biða með að vekja hana þar til deyfing fer úr. Konan er látin vakna á gjörgæslu og barkarennu tekin þar.

Skráning á aukaverkunum

Þáttur í ábyrgri áhættustjórnun væri að bæta við þetta gæðaskal ákveðinni verklagsreglu með tilvísun á gagnagrunn þar sem skylt væri að skrá öll tilvik aukaverkana ítarlega og hver beri ábyrgð á þeirri skráningu. En í verklagsreglunni stendur fyrir að „Áhættuaukaverkanir ber að skrá í sjúkraskrá og eftir atvikum í atvikaskráningu LSH“. Einungis fjórar áhættuaukaverkanir eru taldar upp og eru það blóðþrýstingsfall, Há mænudeyfing með áhrif á öndun og meðvitund, öndunarletjun og deyfing virkar ekki eða aðeins að hluta.

Þrátt fyrir mikla leit tókst ekki að finna upplýsingar um tíðni aukaverkana og fylgikvilla af notkun mænurótardeyfingar í fæðingum. Hér á landi og í öðrum Evrópulöndum eru aukaverkanir og fylgikvillar mænurótardeyfinga líklega ekki skipulega skráðar. Á fæðingarvakt Landspítala eru aukaverkanir skráðar í frjálsum texta í athugasemdarðálk (munneglegar upplýsingar Anna Sigríður Vernharðsdóttir, yfirljósmóðir, 13. desember 2017).

Gæði í heilbrigðisþjónustu eru til marks um það að hve miklu leyti veitt þjónusta eykur líkur á bættri heilsu og auknum lífsgæðum og að hve miklu leyti þjónustan er veitt í samræmi við bestu mögulegu þekkingu (Reglugerð nr. 1148/2008). Þegar ákveðið er að leggja mænurótardeyfingu þyrfti að vera skýr ábending fyrir þörf á deyfingunni og þannig að hugsanlegur ávinningur af lagningu deyfingarinnar vegi þyngra en mögulegir áhættuþættir. Með því að tryggja að fræðsluþörf til barnshafandi kvenna um mænurótardeyfingu í fæðingu sé uppfyllt er hægt að tryggja betur gæði þjónustunnar þar sem konurnar eru þannig betur í stakk búnar til að taka upplýsta ákvörðun.

Það er þekkt að víða erlendis þurfa konur að skrifa undir eyðublað fyrir fæðingu sem sýnir að kona hefur fengið nægar upplýsingar til að geta tekið upplýsta ákvörðun og samþykkir með undirskrift sinni að leggja megí mænurótardeyfingu sé þess þörf. Til eru ýmis mólél af fræðslu og eyðublaðum sem hægt væri að aðlaga að okkar aðstæðum og nýta í mæðraverndarfræðslu hér á landi.

Samkvæmt ráðleggingum „Obtaining Valid Consent“ (Clinical Governance Advice No.6, January 2015) frá Royal College of Obstetricians and Gynaecologists er lagt upp með að ítarleg og góð fræðsla sé veitt áður en samþykkis er óskað og þannig tryggt að konur geti veitt upplýst samþykki fyrir lagningu mænurótardeyfingar í fæðingu. Mælst er til að konur fái fræðsluna á meðgöngutímanum frekar en í fæðingunni sjálfri þar sem sannað þykir að þá séu konur mun móttækilegri fyrir fræðslunni og betur í stakk búnar til að veða og meta kosti og galla og koma með spurningar til að skerpa á skilningnum. Einn meginþáttur gæða í heilbrigðisþjónustu er einmitt rétt tímasetning.

Bætt verklag og gæði þjónustu

Til að bæta gæði þjónustunnar og byggja á öryggismenninguna væri rétt að bæta verklag í mæðraverndinni til að tryggja að allar barnshafandi konur fái víðeigandi fræðslu um mænurótardeyfingu til að geta tekið upplýsta ákvörðun um notkun deyfingarinnar þegar kemur að fæðingu. Til að tryggja gott verklag væri rétt að konur kæmu með undirritað upplýst samþykki með sér á fæðingarstað sem staðfesti að konan hefði fengið staðlaða víðurkennda fræðslu.

Einnig er þörf á að beita virkri áhættustjórnun og bæta úr skráningu aukaverkana og fylgikvilla deyfingarinnar á fæðingarstað til að tryggja betri yfirsýn svo hægt sé að endurbæta kerfið þegar frávik koma í ljós (Staðallinn ISO 31000:2009).

Góður öryggisbragur einkennist af því að öryggi sjúklinga er sett í öndvegi og áhættustjórnun er samofin öllu því sem gert er. Meginþættir til að bæta öryggisbrag eru að stofnanir tryggi öryggi sjúklinga, víðhafi fagleg samskipti, samstarf og skráningu atvika (Reglugerð nr. 1148/2008).

Í Alþjóðasiðareglum ljósmæðra (1993) sem eru siðareglur Ljósmæðrafélags Íslands, er skýrt kveðið á um siðferðilega skyldu ljósmæðra til að fræða konur og stuðla þannig að aukinni hæfni þeirra til ábyrgðar ákvarðanatöku og jafnframt sýna sjálfiræði þeirra virðingu. En þar segir:

Ljósmæður virða rétt kvenna til að taka upplýstar ákvarðanir og stuðla jafnframt að því að konur taki ábyrgð á afleiðingum eigin ákvarðana.

Ljósmæður vinna með konum og styðja rétt þeirra til að taka virkan þátt í öllum ákvörðunum er lúta að umönnun þeirra. Ljósmæður starfa ásamt öðrum konum með heilbrigðisfyrirvöldum að því að skilgreina þá heilbrigðisþjónustu sem konur hafa þörf fyrir og þær leitast við að tryggja að þeim gæðum sem standa til boða sé réttlátlega skipt með tilliti til forgangs í heilbrigðisþjónustu og aðgangs að henni.

Drög að úrbótum - tillögur

Þverfaglegt teymi heilbrigðisstarfsfólks, ljósmæðra og svæfingarlækna komi saman að gerð staðlaðs fræðsluefnis sem byggir á gagnreyndum upplýsingum og telst hnitmiðað, auðskilið og auðflutt, til að nota á meðgöngu og/eða í fæðingu. Fræðsluefnið mun auka fagleg gæði þjónustunnar og auka virði hennar.

Fræðsluefnið skal hafa þann tilgang að veita barnshafandi konum fullnægjandi upplýsingar um virkni, ábendingar og frábendingar og eins þekktar aukaverkanir mænurótardeyfinga í fæðingu.

Fræðsluefninu er ætlað að tryggja sjálfiræði konunnar og getu til að taka upplýsta og ábyrga ákvörðun um að óska eftir og/eða þiggja mænurótardeyfingu í fæðingu.

Einnig skal útbúið staðlað eyðublað sem nota skal samhliða fræðsluefninu. Eyðublaðið skal staðfesta með undirskrift að kona hafi fengið víðkomandi fræðslu og hvort hún samþykki lagningu deyfingarinnar ef þörf er á.

Undir eyðublaðið skal einnig kvitta ljósmóðir sem veitir fræðsluna og skal það vera dagsett. Eyðublaðið fylgir svo mæðraskrá konunnar með henni á fæðingarstað.

Þegar fræðsluefni og eyðublað er tilbúið hefst innleiðingarferli og skal það haft að leiðarljósi að sama fræðsla sé veitt alls staða á landinu.

Leggja skal þjónustukannanir bæði fyrir konur sem fá fræðsluna og eins fyrir þær ljósmæður sem koma að þjónustu við konur í barn-eignarferlinu til að mæla gæði þjónustunnar.

Útbúa skal og samhæfa gagnagrunn sem nýttur er til skráningar á öllum aukaverkunum og fylgikvillum sem af mænurótardeyfingum í fæðingu hljófast svo hægt sé að meta umfangið og vinna að úrbótum alls staða sem við verður komist.

SAMANTEKT

Til að tryggja gæði heilbrigðisþjónustu og draga úr áhættu þarf verklag og ábyrgð að vera skýr og byggð á bestu þekkingu og reynslu á hverjum tíma. Þjónustuþegar eiga að fá þjónustu sem er veitt í samræmi við skilgreinda meginþætti gæða, þjónustan á að vera örugg, rétt tímasett, skilvirk og samfelld, byggð á jafnræði og ekki sist notendamiðuð og árangursrík (Laura Sch. Thorsteinsson og félagar, 2012).

Eins og fram hefur komið er fræðslu um mænurótardeyfingu til barnshafandi kvenna hér á landi ábótavant og ekki í samræmi við lög eða siðareglur. Bæta má með breyttu verklagi og litlum tilkostnaði gæði og öryggi þessarar þjónustu, lagningu mænurótardeyfingar í fæðingu í samræmi við lög og siðareglur (Lög nr. 74/1997; Alþjóðasiðareglur ljósmæðra, 1993).

Til að endurspeglar góða starfshætti þurfum við að geta svarað eftirfarandi spurningum (Áhættustjórnunarstaðall, ISO 31000:2009);

Hvað getur gerst og af hverju? Með núverandi fyrirkomulagi er ekki tryggt að kona í fæðingu geti tekið upplýsta ákvörðun þegar hún óskar eftir og/eða þiggur mænurótardeyfingu. Hægt er að breyta því.

Hverjar eru afleiðingarnar? Fæðandi kona og barn hennar geta orðið fyrir aukaverkunum sem fylgt geta mænurótardeyfingu. Afleiðingarnar af því að víðhalda núverandi starfsháttum draga úr sjálfiræði og ábyrgð kvenna. Hægt er að draga úr líkum á óþarfa inngripum og þar með líkum á aukaverkunum af þeim með fræðslu. Þekktar eru fjölmargar aukaverkanir, misalvarlegar. Einstaka óalgeng en alvarleg tilfelli hafa ratað í opinbera umræðu svo sem tilfelli ungrar 16 ára frumbyrju sem fékk mænurótardeyfingu í fæðingu sem leiddi til þess að hún er 75% öryrki eftir. Að hennar sögn var deyfingin lögð án allrar fræðslu og ekki með samþykki hennar (DV, 3. febrúar 2016).

Hverjar eru líkurnar á endurtekningu í framtíðinni? Líkunum á endurtekningu þarf að huga að og mæla en þar skiptir víðeigandi skrán-

ing máli. Hægt er að koma í veg fyrir að konur taki óupplýsta ákvörðun um að þiggja mænurótardeyfingu með breyttu verklagi.

Eru einhverjir þættir sem draga úr afleiðingum áhættunnar eða draga úr líkum á því að áhættuáttvik endurtaki sig? Með aukinni fræðslu er konum gert kleift að vera virkir þátttakendur í að bera ábyrgð á eigin heilbrigði og dregið er úr líkum á að kona taki óupplýsta ákvörðun og verði fyrir aukaverkunum sem henni hafði ekki verið gert kunnugt um að kynnu að fylgja inngripinu.

Það er von mín að þessi grein og tillögur um verklag við mænurótardeyfingu fyrir konur í fæðingu geti leitt til umræðu og endur mats meðal ljósmæðra og samstarfsfólks.

HEIMILDIR

Alþjóðasamband ljósmæðra (ICM), 1993. *Alþjóðasiðareglur ljósmæðra*. Sótt 02.05.2016 af <http://www.ljosmaedrafelag.is/ljosmodir/althjodasidareglur>
Boðvar Tómasson, áheymarfulltrúi Staðlaráðs í tækninefnd ISO um áhættustjórnun, 2012. *Alþjóðlegur staðall um áhættustjórnun – ISO 31000*. Sótt 28.04.2016 af: <https://www.stadlar.is/thjonusta/nyjustu-frettir/stadlamal-frettaoref-stadlarads/2012/12/althjodlegur-stadall-um-ahaettustjornun-iso-31000.aspx>
Einar Þór Sigurðsson, 3. febrúar 2016. Hjördis er bundin við hjólastól eftir fæðingu dóttur sinnar: Allt breytt út af einni sprautu – íslenska ríkið hafnar beiðnum um hjólastól. *DV*. Sótt 01.05.2016 af <http://www.dv.is/frettir/2016/2/3/hjodis-lamadist-efur-faedingu-dottur-sinnar-allt-breytt-ut-af-einni-sprautu-islenska-rikid-hafnar-beidnum-um-hjodlastol/>
Kristjánsdóttir, H., Kristinsdóttir, J.D., Aradóttir, A.B., Hauksson, A., Gottfréðsdóttir, H., Reynisson, R., Jónsdóttir, S.S. og Steingrimsdóttir, Þ. *Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu*. Klínískar leiðbeiningar. Landlæknisembættið 2010. Sótt

10.04.2016 á <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2548/4407.pdf>
Laura Sch. Thorsteinsson, Anna B. Aradóttir, Anna B. Jensdóttir, Elisabet Benedikz, Jóhanna F. Jóhannesdóttir, Leifur Bárðarson og Þórarinn Ingólfsson, 2012. *Eflum gæði og öryggi í íslenskrí heilbrigðisþjónustu*. Embætti landlæknis. Sótt 29.04.2016 af <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item19084/Eflum%20g%C3%A6%C3%B0i%20og%20%C3%B6ryggi%20pr%C3%B3fun.docx>LOKA_28_12_2012.pdf
Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997. Sótt 11.03.2016 á <http://www.althingi.is/lagas/nuna/1997074.html>
Norwegian Institute of Public Health, 2014. Sótt 23.03.2016 og 26.11.2017 á <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Sótt 10.03.2016 á http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smárasón og Gestur I. Pálsson, (2014). *Skýrsla frá fæðingaskráningunni fyrir árið 2013*. Reykjavík: Kvenna- og barnasvið. Landspítali.
Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smárasón, Þórður Þorkelsson og Eva Jónsdóttir, (2017) *Skýrsla frá fæðingaskráningunni fyrir árið 2015*. Reykjavík: Kvenna og barnasvið. Landspítali.
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, (jan.2015). „Obtaining Valid Consent“. Clinical Governance Advice no.6. Sótt 23.03.2016 á <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/clinical-governance-advice/cga6.pdf>
Reglugerð um gerð gæðavisa sem nota skal til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr. 1148/2008.
Staðallinn ISO 31000:2009 *Risk Management - Principles and Guidelines*. Sótt 28.04.2016 af: http://www.iso.org/iso/home/news_index/news_archive/news.htm?refid=Ref1288
Verklagsregla nr. 4.04.01/2014. *Útanbast-deyfing – Ábendingar / Frábendingar*. Landspítali Háskólasjúkrahús.
Verklagsregla nr. 4.04.02/2014. *Post spinal höfuðverkur – Há spinal deyfing*. Landspítali Háskólasjúkrahús.

Ljósurnar, deild innan Ljósmæðrafélagsins fyrir heldri 60 + ljósmæður, standa fyrir skemmtiferð á hverju vori



Ljósurnar útskrifaðar 1978.



Kirkjan í Odda skoðuð.



Njálurefillinn skoðuður

TRÚIR ÞÚ Á JÓLASVEININN?

„Edvard segir að það séu pabbinn og mamman sem koma með gjafirnar frá jólasveininum. Eruð það þið mamma sem setjið gjafir frá jólasveininum í skóinn?“ Stelpa mín sem er sjö ára er að tala við mig um jólasveininn. Hún treystir mér fyrir því að hún hafi verið sú eina í myndlistarskólanum þá um daginn sem hafi rétt upp hönd þegar Arthur spurði hver tryði á jólasveininn. Halli bróðir hennar hefði ekki rétt upp hönd, en hún vissi samt að hann tryði á jólasveininn.

Ég veit satt að segja ekki hverju ég á að svara. Ég hef sjálf kviðið þessari stundu lengi, að fá þessa spurningu og hef hummað það fram af mér að finna hið rétta svar. Trúi ég kannski bara sjálf á jólasveininn?

Ég tek á mig rögg þegar ég ligg þarna með dóttur minni sjö ára og undirbý hana fyrir svefninn og eina svarið sem kemur eðlilega fram á varir mínar er „ég veit það ekki – ég veit ekki hvort ég trúi á jólasveininn.“ Ég læt það liggja á milli hluta hver það er sem gefur í skóinn.

Ég reyni að beina umræðunni í aðra átt og segi við dóttur mína að kannski sé þetta svolítið eins og með Guð, hvort hún trúi á Guð? Þessi viðsnúningur í umræðunni er vissulega til að auka á óryggi mitt, því ég átta mig fljótt á því að ég hef kannski ekki staðið mig neitt sérstaklega vel í hinu trúarlega uppeldi. En jú, Sveindís veit vissulega hver Guð er. Hann skapaði jörðina. En Halli bróðir hennar er hins vegar búinn að segja henni að það hafi ekki verið Guð sem skapaði jörðina heldur hafi þetta allt byrjað með tveimur pöddum. Hvort það sé rétt?

Ég sé að mér hefur tekist að beina athyglinni frá jólasveininum. Ég stend hins vegar frammi fyrir því að svara flóknum tilvistarspurningum um einfaldar og flóknari lífverur sem allar tengjast þó saman í vistkerfinu. Og svo gefst mér færi á að rifja upp bænastundir með ömmu minni þegar ég var á svipuðum aldri og Sveindís, en amma þakkaði Guði á hverju kvöldi fyrir góðvild hans og hlýju. Amma mín kunni nefnilega svo sannarlega að fara með bænir. Þetta var persónulegt samtal sem hún átti við Guð og ég hlakkaði til að fá að vera áheyrandi af því samtali. Guð verndaði stóra og smáa, landið okkar góða, börnin í Afríku. Allir erfiðleikar liðandi stundar voru líka settir í hendur Guðs. Máttur bænarnar var einlægur í höndum ömmu minnar og staðföst trú hennar sömuleiðis.

Dóttir mín virðist vera nokkuð sátt og ánægð með hvert þessi umræða hefur leitt okkur. Hún segir mér að hún trúi bæði á Guð og líka á pöddurnar. Og svo trúi hún líka á jólasveininn. En ekki alla jólasveina.

Þegar ég kem fram segi ég Lilju, konunni minni frá þessu samtali. Að ég hafi svarað spurningunni um það hvort jólasveinninn væri til og hvort við gæfum í skóinn með því að segja „ég veit það ekki“. Hún horfir frekar órugg á mig sjálf, en nær þó að stynja upp „hvurs lags svar er þetta Steina, „ég veit það ekki“. Af hverju svaraðir þú ekki bara skýrt og sagðir henni að það væru ekki við. Þetta er hvort sem er lygi frá upphafi“.

Ég finn að ég ætla að standa með sjálfri mér í þessu samtali. Svar mitt var nefnilega einlægt. Kannski trúi ég sjálf svolítið á jólasveininn. Magga systir mín minnir mig til dæmis oft á hve lengi ég hélt í þessa trú – skrifaði jólasveininum bréf og trúði því einlæglega að hann kæmi til okkar og umbunaði fyrir góða hegðun á adventunni. Þótt ég innst inni hafi kannski líka þurft að eiga við óvissuna.

Og þar kemur tengingin við ljósmóðurstarfið. Kannski er þetta svar „ég veit það ekki“, ekki svo galið þegar öllu er á botninn hvolft. Ég þreystist nefnilega ekki á að hugsa um ljósmóðurstarfið sem lífið sjálft.



Steinunn H. Blöndal,
ljósmóðir

Mér finnst ég oft þurfa að svara spurningum verðandi foreldra með óvissusvarinu „ég veit það ekki“. Og í því er fölginn ákveðin fegurð. Ferðin að fæðingunni og móður- (foreldra)hlutverkinu er vörðuð mörgum óvissuþáttum. Og í stað þess að fyllast óryggi í þeirri óvissu, er sú óvissa hluti af starfinu. Og það er vissulega hægt að styðja konur og verðandi foreldra með þá vissu – að lífið sjálft er uppfyllt af óvissuþáttum.

Í Strasbourg, þar sem við fjölskyldan búum nú um stundir, er stærsti og elsti jólamarkur Evrópu. Í ár er Ísland þar heiðursgestur. Í íslenska jólaþorpinu er nú meðal annars boðið upp á Bæjarins bestu pylsur, Lýsi er þar kynnt á einum básnum og í litlum rauðum skandínáviskum timburkofa skreyta 13 íslenskir jólasveinar gluggana, ásamt Grýlu og Leppalúða. Þetta gefur litlum íslenskum börnum í útlöndum ákveðið forskot á jólasæluna. Jólasælan felst í þessum jólasveinum sem gera sér sérferð hingað til Frakklands til að umbuna þeim íslensku

börnum sem trúna, með öllum þeim spurningum, efasemdum, eftirvæntingu jafnt sem óvissu sem í því felst

Það var líka sérstök upplifun fyrir þessi sömu börn og mæður þeirra að hlusta á nokkur íslensk jólalög í hinni einstöku Vorrar frúar kirkju hér í Strasbourg, sem er sérstök fyrir það að hafa einungis einn turn á kirkju sinni (undirstöðurnar þoldu ekki þungann af hinum turninum) í tengslum við jólamarkaðinn og tenginguna við Ísland. Mín börn litu stolt á mæður sínar þegar söngkonan flutti lag sem þau bæði þekkjá afar vel, Jólin alls staðar. Barnabarn þeirra heiðursþjóna, Jóns „Bassa“ Sigurðarsonar og Jóhönnu G. Erlingsson, sem sömdu lag og texta er nefnilega ein okkar besta vinkona og bjó hér í borginni þegar við fluttum hingað.

*Jólin, jólin alls staðar
með jólagleði og gjafirnar.
Börnin stóreyg standa hjá
og stóra jólaljósin á.
Jólaþukka boðskap ber
um hjarta framtíð handa þér
og brátt á himni hækkar sól,
við höldum heilög jól.*

Gleðileg jól til allra lesenda og ljósmæðra nær og fjær. Megi nýtt ár færa ykkur dýrmætar gjafir hinnar eftirvæntingarfullu óvissuferðar sem lífið – og fæðingarreynslan – sannarlega er.



Blessuð sé minning þeirra.

† MINNING

LJÓSMÆÐUR KVADDAR 2017

Sigurlína Kristjánsdóttir

Fæddist í Bolungarvík 25. september 1927. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1951. Hún lést 5. janúar 2017.

Anna H. Sveinbjörnsdóttir

Fæddist að Á í Skagafirði 28. ágúst 1921. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1952. Hún lést 9. janúar 2017.

Helga Jóhannesdóttir

Fæddist að Stapaseli í Stafholtstungnahreppi í Borgarfirði 18. maí 1928. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1950. Hún lést 18. febrúar 2017.

Kristín Björnsdóttir

Fæddist í Vestmannaeyjum 1. júní 1942. Útskrifaðist frá LMSÍ 27. september 1980. Hún lést 21. júní 2017.

Oddný Þorgerður Pálsdóttir

Fæddist í Reykjavík 27. júní 1931. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1963. Hún lést 13. ágúst 2017.

Brynhildur Hermannsdóttir

Fæddist á Akureyri 20. mars 1921. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1947. Hún lést 17. ágúst 2017.

Ester Gardarsdóttir

fædd að Miðbæ Fáskrúðsfirði 29. mars 1935. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1960. Hún lést 28. nóvember 2017.



Ljósan

- þegar von er á barni

