

Ljósmaðrablaðið

Tímarit Ljósmaðrafélags Íslands 1. tbl. – 89. árgangur – júlí 2011
– Journal of the Iceland Midwives Association



**Notagildi foreldrafræðslu
Raddir erlendra kvenna
Ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu
Verkir í geirvörtum**

Fig: 2.

Láttu skynsemina ráða

Decubal ecological eru lífrænt vottaðar og Svansmerktar húðvörur

- Body Cream rakagefandi líkamskrem
- Hand Cream mýkjandi handábúður
- Body Lotion létt húðmjólk
- Face Cream nærandi andlitskrem

Decubal Ecological húðvörurnar henta sérlega vel þurri og viðkvæmri húð og fást í apótekum

DECUBAL
ECOLOGICAL

Án:

- parabena
- ilmefta
- litarefta





Ljósmaðrablaðið gefið út af Ljósmaðrafélagi Íslands
Borgartúni 6, 105 Reykjavík
sími: 564-6099, fax: 588 9239,
netfang: lmfi@ljosmaedrafelag.is,
heimasíða: www.ljosmaedrafelag.is/felag

Ábyrgðarmaður:
Ester Ósk Ármannsdóttir
formaður@ljosmaedrafelag.is
formaður LMFÍ

Ritnefnd:
Hrafnhildur Ólafsdóttir, ritstjóri
s: 846 1576
hrafno@internet.is
Stefanía Guðmundsdóttir
stefania@thorlacius.com
Ásrún Ösp Jónsdóttir
asrun@yahoo.com

Ritstjórn fræðilegs efnis
Ólöf Ásta Ólafsdóttir,
olofol@hi.is
Valgerður Lísa Sigurðardóttir,
valgerds@landspitali.is
Sigríður Inga Karlsdóttir,
inga@unak.is

Myndir
Margrét Björnsdóttir
Guðrún G. Eggertsdóttir
Helga Sigurðardóttir
Lilja Þórunn Þorgeirsdóttir
Hrafnhildur Ólafsdóttir
Shutterstock.com

Auglýsingar
Vokal ehf.
s: 866 3855

Umbrot og prentvinnsla
Ísafoldarprentsmiðja

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

Forsíða
Mynd af móðurlífi sem birtist í
SA NIJE YFERSETVKENNA Skoole: Edur stutt
UNDERVIJSUN Umm Yfersetu Kvenna Konstena.
Höfundur Buchwald, Balthazar Johann de.
1749.

ISSN 1670-2670

Efnisyfirlit

4. Ritstjórnarspjall
6. Ávarp formanns LMFÍ
7. Notagildi skipulagðar foreldrafræðslu á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins: Sjórnarhorn foreldra fyrir og eftir fæðingu
Helga Gottfreðsdóttir
16. Raddir erlendra kvenna: menningartengd viðhorf og reynsla af barneignarferli og barneignarþjónustu á Íslandi
Birna Gerður Jónsdóttir, Sigrún Gunnarsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir
24. Upplifun verðandi mæðra af ómskoðun vegna gruns um vaxtar-
skerðingu hjá fóstri á meðgöngu
Sigríður Rut Hilmarisdóttir, Sigríður Inga Karlsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir
31. Það dró mig niður, alveg endalaust, þessi endalausi sársauki -
Reynsla og líðan kvenna sem fá verki í geirvörtur við brjóstagjöf
Sveinbjörg Brynjólfssdóttir, Hildur Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir
38. Menn sem skelfa og niðurlægja: Lýsing íslenskra kvenna af mönnum
sem beita þær öfbeldi á heimili sínu á meðgöngu og endranær
Ástþóra Kristinsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir
46. Greining léttbura á meðgöngu - Tíðni ógreindra léttbura og þættir
sem hafa forspárgildi fyrir greiningu þeirra
Birna Málfríður Guðmundsdóttir
52. Ljósmaður á Íslandi: Áhrif vinnuumhverfis á líkamlega og andlega
heilsu
Hildur Brynja Sigurðardóttir
57. Fæðingarsaga
Lilja Þórunn Þorgeirsdóttir
59. Ljósmaðramenntun í 250 ár á Íslandi
Ólöf Ásta Ólafsdóttir
60. Ferðin yfir Gölt
Jónína Ingólfssdóttir
62. Ferðasaga úr Ljósmaðraskólanum
64. Fréttir af félagsstarfi
67. Stjórnarfundur NJF
72. Oddrúnarpistill
73. Stjórn og nefndir LMFÍ 2011-2012
74. Málstofan í ljósmóðurfræði
75. Minningabrot frá fæðingadeild
María Björnsdóttir
78. Skóburstun, lausnarleit og vísindastörf
Viðtal við Guðrúnu G. Eggertsdóttur og Ólafíu Aradóttur

Ritstjóraspjall

Á þessu ári minnumst við ljósmæður þess að 250 ár eru síðan formleg ljósmæðramenntun hófst á Íslandi. Af því tilefni er Ljósmæðrablaðið veglegra en áður. Ég kafaði aðeins í sögu menntunar ljósmæðra og fann ýmislegt sem er bæði fróðlegt og stundum broslegt.

Það var Bjarni Pálsson landlæknir sem lagði kapp á að fá lærða ljósmóður til að aðstoða sig við ljósmæðrafræðsluna við stofnun Landlæknisembættisins árið 1760, hann fékk strax árið eftir til landsins danska ljósmóður, Margrethe Katrine Magnússen. Áður en landlækni hafði tekist að tryggja Madame Magnússen, eins og hún var gjarnan kölluð, ljósmóðurstöðuna með skipun og embættislaunum, hafði hann auglýst komu hennar í kirkjum á Álftanesi, Seltjarnarnesi og í Reykjavík. Skyldi hún sótt til allra kvenna í barnsnauð og flutt ókeypis fram og aftur. Jafnframt skyldi hún taka með sér eina eða tvær yfirsetukonur til frekari æfinga og leiðréttingar. Árið 1761 hófst því hin raunverulega ljósmæðrakennsla á Íslandi. Síðan þá hefur mikið vatn runnið til sjávar.

Á fyrri hluta 18. aldar voru aðstæður þannig á Íslandi að hér var ekkert opinbert heilbrigðiskerfi, enginn Íslendingur hafði hlotið formlega menntun í læknisfræði og öll formleg fræðsla um heilsu og heilbrigði var óþekkt hér á landi. Í hverri kirkjusókn á Íslandi átti að vera ein kona, formlega skipuð í embætti ljósmóður og átti hún að hafa ákveðna menntun til starfans, menntun sem kirkjan viðurkenndi. Menntun ljósmæðra, eins og hún var fram yfir miðja 18. öld, fólst í því að læra ákveðnar bænir sem þær áttu síðan að lesa yfir fæðandi konum og ófæddum eða nýfæddum börnum. Í kirkjuritúalinu er að finna þær bænir sem ljósmæður á fyrri hluta 18. aldar þurftu að kunna.

Kirkjan sleppti ekki hendinni af ljósmóðurinni þó formlegri menntun, skipan í embætti og eiðtöku væri lokið. Sóknarprestar áttu að kalla til sín eiðsvarna starfandi ljósmóður sóknarinnar tvisvar á ári og lesa yfir henni áminningu í 11 liðum. Áminningin varðaði framkomu og ábyrgð í starfi, ásamt fyrirmælum um persónulega hegðun ljósmóður í einkalífi. Meðhjálpari eða annar aðstoðarmaður prestsins átti að vera viðstaddur þegar áminningin var lesin yfir



Hrafnhildur Ólafsdóttir
ljósmóðir

henni. Ljósmóðirin var áminnt um að forðast drykkjuskap, sýna ekki af sér þunglyndi, lauslæti, hatur, hefnigirni eða fjandskap. Hún var hvött til að tileinka sér jákvætt hugarfar, hófsemi, þagmælsku, fyrirgefa þeim sem höfðu gert á hlut hennar og láta kristilegan kæleika ráða gerðum sínum. Þrátt fyrir lög um menntun ljósmæðra voru á 18. öld aðeins örfáar ljósmæður á Íslandi með formlega menntun, en gegndu engu að síður embætti ljósmóður, það höfðu ekki allar starfandi ljósmæður hlotið formlega menntun.

Við stofnun Landlæknisembættisins árið 1760 varð það verkefni landlæknis að sjá um ljósmæðrafræðsluna í landinu. Við það var hægt að greina breytingar á litlu svæði í Reykjavík og næsta nágrenni. Þar störfuðu nokkrar ljósmæður sem höfðu fengið verklega þjálfun hjá dönsku ljósmóðurinni Madame Magnússen. Hún bjó í Nesi á Seltjarnarnesi mestan hluta starfsævi sinnar á Íslandi, og á umræddu svæði voru fleiri menntaðar ljósmæður undir lok 18. aldar en annars staðar á landinu. Möguleikar til að mennta ljósmæður á landsvísi voru takmarkaðir þó vilji væri fyrir því. Ástæður þess eru meðal annars fámenni, dreifbýli og fátækt. Alla 18. öld var mikill meirihluti íslenskra ljósmæðra próflaus og án kennslu í líffræði, en gegndi störfum sem ljósmæður vítt og breitt um landið.

Á forsiðu blaðsins er mynd af móðurlífi sem birist í bók sem var gefin út 1749. Þessi

mynd olli prestum og biskupum töluverðum áhyggjum. Þótti hún dónaleg og töldu hana getað sært blygðunarkennd ljósmæðra.

Í raun hefur metnaður í menntunarmálum ljósmæðra haldið áfram því ljósmæðranámið er í stöðugri þróun. Aðeins 15 ár eru liðin frá því að nám ljósmæðra var fært upp á háskólastig og margar ljósmæður hafa lokið framhaldsnámi undanfarið. Afrakstur þess má sjá á síðum blaðsins sem er óvenju stórt að þessu sinni þökk sé mikilli grósku í rannsóknnum innan ljósmóðurfræðinnar.

Aldrei hafa jafnmargar fræðigreinar birst í blaðinu. Spannar efnið allt barneignarferlið og er einnig fjallað um heilsu ljósmæðra. Notagildi skipulagðar foreldrafræðslu á meðgöngu frá sjónarhorni verðandi og nýbakaðra foreldra er rannsókn Helgu Gottfreðsdóttur og skrifar hún grein í blaðið. Á tækniöld einblínum við oft á sónarskoðanir á meðgöngu og fara margar konur í vaxtarmat á meðgöngu. Í blaðinu skrifar Sigríður Rut Hilmarsdóttir og fleiri grein um upplifun verðandi mæðra af ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu. Undanfarin ár hefur nýbúum fjölgað á landinu. Því vil ég fagna því að fá fram rannsókn um upplifun þeirra af barneignarþjónustu á Íslandi. Hún Birna Gerður Jónsdóttir skrifar grein upp úr sínu meistaraverkefni um raddir erlendra kvenna á Íslandi. Verkir í geirvörtum við brjóstagið eru afar algengir. Sveinbjörg Brynjólfsdóttir skrifaði sína meistararitgerð um þetta efni og skrifar í blaðið.

Margir finna fyrir líkamlegri og andlegri vanlíðan einhvern tímann á lífsleiðinni. Vanlíðan getur verið margþætt og orsakir af ýmsum toga og geta þær til dæmis tengst álagi í starfi. Hildur Brynja Sigurðardóttir ljósmóðir gerði lokaverkefni sitt til embættisprófs í ljósmóðurfræði um heilsu ljósmæðra á Íslandi. Hún kemst að því í sinni rannsókn að meirihluti ljósmæðra taldi heilsu sína vera mjög góða eða góða. Hins vegar tjáði mikill meirihluti líkamleg óþægindi og þá mest í herðum, öxlum og mjóðbaki. Flestar töldu óþægindin tengjast vinnuálagi. Núna er niðurskurður og yfirvinnubann á flestum heilbrigðisstofnunum og þar með er oft aukið álag á ljósmæður. Við verðum að huga að heilsunni okkar, þó að verið sé að spara þá má það ekki vera á kostnað heilsu starfs-



Mosi hjálpar krökkunum að safna á skemmtilegan hátt

Hann er af sjaldgæfri dýrategund sem kallast mosalingar. Þeir una sér best í mjúkum skógarbotni. Honum finnst best að borða hnetur og lítil bleik ber. Þessi fallegi baukur er hannaður af íslenska hönnunarfyrirtækinu Tulipop fyrir MP banka og hjálpar krökkum sem eru 12 ára og yngri að spara.

Skemmtileg saga um ævintýri Mosa eftir Úlf Eldjárn fylgir með, en einnig er hægt að hlusta á hana í flutningi Arnar Árnasonar á sérstakri heimasíðu Mosa, www.mp.is/mosi



Viltu komast í kynni við Mosa?

Hafðu samband við þjónustuver MP banka í síma 540 3200, með tölvupósti á thjonusta@mp.is eða komdu við í útibúum okkar í Ármúla 13a eða Borgartúni 26.



BANKI

fólksins. Við mikið álag á deildum eru auknar líkur á að fá álagseinkenni svo sem bakverki og þreytu. Við verðum að passa upp á okkar frítíma og að hlúa vel að okkur sjálfum og fjölskyldu okkar. Það er líf fyrir utan vinnu.

Margar aðrar áhugaverðar greinar eru í blaðinu eins og þriðja greinin um ofbeldi gegn konum sem Ástþóra Kristinsdóttir

skrifar og greining léttbura á meðgöngu sem Birna Málmfríður Guðmundsdóttir skrifar

Ljóst er að ljósmæðrastéttin er vaxandi stétt, við útskrifum öflugar ljósmæður sem eru með breiða þekkingu á bak við sig. Margar stunda framhaldsnám eða hafa lokið því sem er alveg frábært fyrir stéttina. Margt hefur breyst síðan byrjað var að mennta ljósmæður

fyrir 250 árum en samt er eitt sem ekki breytist. Það er að við stöndum klárar á umönnun og meðferð við mismunandi aðstæður sem upp geta komið í barneignarferlinu.

Vonandi fer sumarið að láta sjá sig með sól og blíðu. Ég óska ljósmæðrum og öðrum lesendum gleðilegs sumars.

Ávarp formanns LMFÍ

Kæru ljósmæður

Mig langar enn og aftur að þakka fyrir það traust sem þið sýnið mér með því að velja mig sem nýjan formann Ljósmæðrafélagsins. Það verður vafalaust lærdómsríkt að setjast í þennan stól en einnig ef til vill erfitt að feta í fótspor Guðlaugar Einarsdóttur sem hefur verið farsæll formaður félagsins sl. 6 ár. Minnisstæðast í mínum huga sem og trúlega ykkar er vafalaust kjarabaráttan sem hún, ásamt öðrum góðum ljósmæðrum háði fyrir okkar hönd fyrir tæpum þremur árum. Takk fyrir það.

Járnskápurinn góði

Þegar Guðlaug rétti mér formlega lyklana af skrifstofu Ljósmæðrafélagsins á aðalfundinum, sagði hún mér að á kippunni væri lykill að „járnskápnunum“ góða. Þetta sagði hún með blik í augum og með áherslu eins og um gullhvelvingu væri að ræða. Ég hugsaði strax að þar hlytu nú að vera gersemar geymdar.

Þar sem ég sit á skrifstofu Ljósmæðrafélagsins og veit kannski ekki alveg hvað ég á nú af mér að gera, fer ég að skoða í græna járnskápinn. Hann lítur ósköp sakleysislega út, ólívugrænn, venjulegur skrifstofuskápur frá um 1970. En ekki eins og eldvarinn ílefldur peningaskápur eins og ég bjóst við. Mér líður svolítið eins og forvitnum gramsara, eins og ég væri þarna í óleyfi að hnýsast. En þarna eru geymdir sögulegir hlutir úr dýrmætri 92 ára sögu félagsins. Plattar útbúnir í tilefni afmæla, keramik nafnspjöld ljósmæðra og ekki síst gömul skjöl og gamlar fundagerðir.



Esther Ósk Ármannsdóttir
formaður Ljósmæðrafélags Íslands

Falleg tengiskrift

Svo rakst ég á fundagerð af stofnfundinum, sem haldin var 2. maí árið 1919. Við mér blasti falleg tengiskrift með alvöru bleki. Ég fann bókstaflega lykt af sögunni og ég mundi eftir bréfunum frá ömmu þegar ég bjó í Danmörku en hún var dugleg að senda mér bréf. Þessi dýrmætu skjöl eiga kannski ekki heima þarna, hugsaði ég þegar ég gekk frá þeim í skápinn aftur.

Saga ljósmæðramenntunar og ljósmæðra á Íslandi er svo sannarlega merkileg saga og tengist þróun og sögu landsins. Hún er ekki síst nátengd sögu kvenna og kvenna-baráttu á Íslandi, réttindabaráttu sem enn

er verið að heyja. Í fyrstu fundagerðunum eru launamál ljósmæðra stofnfélögunum ofarlega í huga. Það kom ekki á óvart þar sem lífsskjarabaráttan hefur alltaf skipt miklu máli, hvar og hvenær sem er. Laun snúast þó ekki bara um að geta lifað af heldur eru laun einnig spurning um réttlæti. Það þrífst enn mikið óréttlæti í samfélaginu og sorglegt að hugsa til þess að kvennastéttir standa karlastéttum ennþá langt að baki þrátt fyrir að konur séu mun fleiri í menntaskólum, háskólum og framhaldsnámi hér á landi en karlar. Ekki er til einföld skýring á þessu og átta ég mig ekki á hvað þarf að breytast. En það er staðreynd að laun ljósmæðra eru ekkert til að hrópa húrra yfir þrátt fyrir þá leiðréttingu sem við fengum fyrir tæplega þremur árum.

Eðlilegt launaskrið

Áfram munum við berjast við fyrir kjörum okkar en sú barátta á sér svo sannarlega ekki bara stað þegar kjarasamningar eru lausir, heldur ekki síst á okkar eigin vinnustað. Mikilvægt er að sækja rétt sinn til hækkunar launa á hverju einasta ári svo eðlilegt launaskrið verði á starfsævinni. Þannig vil ég hvetja allar ljósmæður að sækja styrk í hjarta sínu og sækja fram. Hollustu við vinnustað og aukna reynslu verður t.d. að meta til launahækkunar, en ekki eingöngu viðbótarmenntun. Þannig verður réttlætinu að einhverju leyti fullnægt og við skrefi nær hinum eftirsóttu launajöfnuði.

Ritrynd grein

Notagildi skipulagðar foreldrafræðslu á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins: Sjónarhorn foreldra fyrir og eftir fæðingu

ÚTDRÁTTUR

Bakgrunnur: Skipulögð fræðsla veitt á vegum heilbrigðisstofnana til verðandi foreldra hefur verið hluti af hefðbundinni meðgönguvernd hér á landi síðustu 30 ár. Mat á notagildi slíkrar fræðslu þarf meðal annars að byggja á sjónarhorni þátttakenda.

Markmið: Að skoða notagildi skipulagðar foreldrafræðslu á meðgöngu sem er haldin á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins frá sjónarhorni verðandi og nýbakaðra foreldra.

Aðferðafræði: Rannsóknin er tilfella-rannsókn með tilraunasniði og þýðið voru allir verðandi foreldrar sem sóttu skipulagða foreldrafræðslu á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins á þrettán mánaða tímabili, frá febrúar 2009 til mars 2010. Sendir voru út spurningalistar til 590 para þar sem konur og karlar svöruðu hvort um sig tveimur spurningalistum, þeim fyrri eftir þátttöku á námskeiði og seinni listanum 4-6 vikum eftir fæðingu barns. Úrvinnsla gagna var gerð með SPSS og niðurstöður eru settar fram með lýsandi tölfræði og fylgniþrófum eftir því sem við átti.

Niðurstöður: Fyrri listanum svöruðu 211 pör (36,63 %). Svarhlutfall kvenna var 39,40% (n=227) en hjá körlum 37,84% (n=218). Hlutfall frumbyrja var 87,2% . Um 63% kvennanna eru með háskólapróf en 48,6% karlanna. Mikill meirihluti þátttakenda áleit það mjög mikilvægt eða mikilvægt að geta tekið þátt í foreldrafræðslunámskeiði, flestir vegna þess að þeir þiggja alla fræðslu sem þeim stendur til boða en einnig til að draga úr áhyggjum og kvíða varðandi fæðinguna. Eftir námskeiðið voru 92,9% verðandi mæðra og 87,8% verðandi feðra mjög ánægð eða ánægð með námskeiðið. Almenn tölja þátttakendur að fræðslan hafi nýst þeim vel í fæðingunni, þó heldur fleiri karlar en konur. Hlutfallslega fleiri konur



Helga Gottfreðsdóttir

Ljós móðir, PhD dósent við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

(34%) en karlar (24%) (χ^2 5,774 $p=0,016$) svöruðu opinni spurningu um hvort eitthvað hefði mátt fara betur á námskeiðinu, en sá texti var flokkaður í; aðstaða til námskeiðshalds, efnistösk og framsetning efnis.

Notagildi rannsóknarinnar: Vísendingar eru um að minni hluti þeirra verðandi foreldra sem eiga vona á sínu fyrsta barni sækja námskeið á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og að sá hópur sé almennt með hátt menntunarstig. Almenn virðist námskeiðið draga úr kvíða og áhyggjum þátttakenda varðandi fæðinguna en efla þarf innihald námskeiðanna og að ná til fleiri verðandi foreldra. Niðurstöður rannsóknarinnar gefa tilefni til að álykta að verðandi foreldrar vilji skipulagða fræðslu á meðgöngu í formi hópnaðs námskeiða.

Lykilorð: Foreldrafræðsla, meðganga, fæðingarfræðsla, notagildi, verðandi foreldrar.

ABSTRACT

Background: structured Antenatal programs for prospective parents have been offered as part of routine pregnancy care in Iceland over the past 30 years. To access the effects of such education, parents views must be considered.

Objective: to explore the effectiveness of antenatal programs provided by the Primary Health Care in Reykjavik from prospective and new parents perspective.

Method: this is a cohort study of all pregnant women and their partners attending antenatal programs in the health care centres of the capital area (Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins). Questionnaires were sent to 590 couples, from February 2009 to March 2010 where women and men answered two questionnaire each, the first after the antenatal program and the second 4-6 weeks after giving birth. Analysis were conducted using the SPSS for Windows.

Results: the first questionnaire was answered by 211 couples (36,63 %), 39,40% (n=227) women and 37,84% (n=218) men. Of the women, 87% were in their first pregnancy. Approximately 63% of the women had University education and 48,6% of the men. Most participants considered it important to attend antenatal programs, mostly because they accept all available information but also in order to cope with labour. After the antenatal programs 92,9% of prospective mothers and 87,8% prospective fathers were very content or content with the programme. In general, participants claimed that the information provided were of use in labour. Higher proportion of women (34%) than men (24%) (χ^2 5,774 $p=0,016$) considered that amends could be made to the programs relating to; facilities, housing and delivery of information.

Implications for practice: *there are indications that minority of first time parents attend structured antenatal programs provided by the Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins and that this group has high educational standard. In general participants claimed that the education decreased worries and anxiety related to birth but the content of the classes needs to be developed further and aimed at a larger group of first time prospective parents. The findings indicate that prospective parents consider group antenatal programs to be a good source of information during pregnancy.*

Keywords: *Antenatal education, pregnancy, effectiveness, prospective parents, views, information.*

INNGANGUR

Meðgangan er tími fyrir sjáanlegra breytinga í lífi verðandi foreldra og þau eru sérstaklega meðtækileg og opin fyrir hvers kyns fræðslu á því tímabili. Rannsóknir sem einkum hafa beinst að verðandi mæðrum sýna að flestar konur kjósa eins mikla fræðslu og mögulegt er varðandi gang fæðingar og þætti sem tengjast heilbrigði þeirra og ófædds barns þeirra. Jafnframt hefur því verið haldið fram að skortur á upplýsingum og takmarkað upplýsingaflæði sé sá þáttur sem eykur helst áhyggjur kvenna og maka þeirra í barneignarferlinu (Read & Garcia, 1989; Kirkham, 1993).

Foreldrafræðsla í formi námskeiða er viðurkennd aðferð til að veita verðandi foreldrum fræðslu um meðgöngu, fæðingu og foreldrahlutverkið. Námskeiðin eins og við þekkjum þau í dag þróuðust frá kenningum Grantly Dick Read um vitahring ótta, hræðslu og sársauka, Lamaze um psychoprofilaxis og LeBoyer um umhverfi fæðingarinnar. Á sjöunda og áttunda áratugnum fór kvenfrelsisbaráttan að hafa áhrif á umræðu kvenna um yfirráðarétt þeirra yfir líkama sínum og rétt til ákvarðana í tengslum við fæðingu. Konur gagnrýndu sjúkdómsvæðingu fæðingarinnar og óskuðu eftir góðri tilfinningalegri reynslu samfara góðri læknisfræðilegri útkomu. Þessi hreyfing leiddi til þess að foreldrafræðslunámskeið urðu hluti af þjónustu á meðgöngu sem ýmist var á vegum einkaaðila eða stofnana. Þau nöfn sem tengjast þessum áherslubreytingum eru Sheila Kitzinger, Janet Balaskas og Andrea Robertson (Helga Gottfredsdóttir, 2009). Fræðsla á meðgöngu í formi skipulagðra hópnámskeiða hefur einnig verið leið til að bregðast við breyttri samfélagsgerð þar

sem kynslóðabil er meira og konur hafa ekki sama stuðning af t.d. mæðrum og ömmum og nýbakaðar mæður fyrri kynslóða. Jafnframt hafa margir einstaklingar sem eru að verða foreldrar í fyrsta sinn takmarkaða reynslu af meðgöngu, fæðingu og umönnun nýbura. Foreldrafræðsla getur því gagnast verðandi foreldrum í barneignarferlinu auk þess sem hún getur haft áhrif á það hvernig þau setji sig í sambandi við heilbrigðisstarfsfólk seinna á lífsleiðinni, hvernig foreldrarir leysa vandamál sín í sameiningu og hvernig þau hefjast handa í nýrri fjölskyldu. Þetta er því tækifæri fyrir ljósmæður til að gefa sig að þýðingamikilli heilsuefingu og uppbyggingu fjölskyldna (Humenick, 2000).

Notagildi foreldrafræðslu – mat á árangri

Umræðuna um mat á árangri foreldrafræðslunámskeiða þarf að skoða út frá nokkrum þáttum m.a. hver er tilgangur slíkra námskeiða, hver ákvarðar innihald þeirra og hvert er hlutverk leiðbeinanda (Nichols & Gennaro, 2000). Árangur af foreldrafræðslunámskeiðum hefur töluvert verið rannsakaður og þá tengdur breytum eins og fæðingarmáta, verkjalyfjanotkun og lengd brjósttagjafar, en niðurstöður þeirra rannsókna eru mismunandi (Lumley & Brown, 1993; Qureshi, Schofield, Papaioannou, Ramsden & Fear, 1996). Engar afgerandi niðurstöður komu fram í kerfisbundinni samantekt Gagnon og Sandall (2007) þar sem tilgangurinn var að meta áhrif foreldrafræðslu á þætti eins og þekkingu, kvíða, upplifun á stjórn, sársauka, stuðning í fæðingunni, brjóstgjöf, hæfni fólks til að annast nýburann og sálræna og félagslega aðlögun. Bent var á takmörkun rannsókna sem hafa verið gerðar og undirstrikað var að við mat á foreldrafræðslu þurfi að hafa í huga að um fræðsluihlutun er að ræða. Niðurstöður Fabian, Radestad, og Waldenström, (2005) á viðhorfum 1197 sænskumælandi kvenna til foreldrafræðslu sýndu að 75% frumbyrja fannst fræðslan hafa hjálpað sér að búa sig undir fæðinguna og 40% þeirra fannst foreldrafræðslan hafa undirbúið þær undir fyrstu skrefin sem foreldri. Það er athyglisvert að í ofangreindri rannsókn Fabian var fylgni á milli þess hversu tilbúnar konurnar mátu sig vera eftir foreldrafræðsluna í beinu samhengi við hversu marga foreldrafræðslu tíma þær mættu í þar sem hlutfallið fór úr 44% kvenna sem höfðu eingöngu farið í eitt

skipti yfir í 82% hjá þeim sem höfðu farið í sex skipti. Foreldrafræðsla virtist hins vegar ekki hafa áhrif á upplifun af hríðarverkjum, tegund fæðingar, heildar fæðingurupplifun, lengd brjósttagjafar og mat á hæfni sinni sem foreldrari. Í nýlegri doktorsrannsókn Fabian (2008) var hinsvegar notkun á verkjastillingu með og án lyfja meiri hjá þeim konum sem fóru á foreldrafræðslunámskeið og marktækur munur var á notkun mænurótardeyfinga þar sem þær konur fóru á námskeið voru líklegri til að nýta sér mænurótardeyfingu í fæðingu. Samkvæmt rannsókninni var hærri tíðni bráðakeisara hjá konum sem ekki fóru á foreldrafræðslunámskeið. Sé horft til þess hvernig foreldrafræðslunámskeið stuðla að notkun bjargráða í fæðingu án lyfja er almennt verið að tala um öndun, slökun og nudd. Rannsóknir sýna að þó svo konum séu kynnt slík bjargráð á námskeiði er ekki sjálfgefið að þær nýti sér þau í fæðingunni. Fólk hneigist fyrirfram til ákveðinnar bjargráðatækni (coping strategy) og þegar það getur notað sína leið þá getur það þolað meiri sársauka en ef það þarf að nota leið sem ekki hentar þeim (Rokke & al'Absi, 1992).

Í rannsóknum þar sem foreldrafræðslunámskeið hafa verið skoðuð er í fáum tilvikum leitað eftir reynslu verðandi eða nýbakaðra fedra. Í sænskri rannsókn álitu fedur að þeir væru ekki vel undir fæðinguna búnir og upplifðu hana meira krefjandi en þeir bjuggust við þrátt fyrir að hafa farið á foreldrafræðslunámskeið. Sumum finnst þeir ekki ná að styðja konu sína eins mikið í fæðingunni eins og þeir vildu og þeir sjálfir ekki fá nægan stuðning frá starfsfólki (Hallgren, Kihlgren, Forslin & Norberg, 1999). Íslensk rannsókn á viðhorfum verðandi fedra til föðurhlutverksins leiddi í ljós að verðandi fedur sem allir áttu von á sínu fyrsta barni höfðu töluverðar áhyggjur og kvíðu því hlutverki sem beið þeirra. Helstu áhyggjuefni þeirra tengdust heilbrigði barnsins og umönnun þess eftir fæðingu og breytingum á fjárhagsstöðu fjölskyldunnar (Gottfredsdóttir, 2005). Ein aðalástæðan fyrir þátttöku í foreldrafræðslu er einmitt sú að konur og makar þeirra fara á námskeið til að draga úr kvíða og til að fá upplýsingar um líkamlegar breytingar á meðgöngu og fósturþroska og til að læra hvernig eigi að hugsa um nýburann. Jafnframt kemur það fram að fleiri frumbyrjur en fjölbyrjur taka þátt í slíkum námskeiðum (Fabian, Radstad & Waldenström, 2004; Cliff & Deery, 1996). Þeir hópar sem sækja

aðallega fræðslu af þessu tagi eru þó víða konur í efri þrepum samfélagsins sem mun eins og Nolan (1997) heldur fram hvort eð er ganga vel. Það er minna um að konur af erlendum uppruna sækja foreldrafræðslu en þættir eins og ótímabær þungun og það að reykja virtust líka draga úr líkum á þátttöku kvenna (Fabian o.fl. 2005). Jafnframt hefur verið bent á að þeir sem ekki sækja foreldrafræðslunámskeið séu ekki meðvitaðir um kosti þess að sækja skipulagða fræðslu af þessu tagi (Scott & Henley, 1996).

Skipuleggjendur og leiðbeinendur foreldrafræðslunámskeiða hafa verið gagnrýndir fyrir að taka ekki mið af þörfum verðandi foreldra heldur af því sem þeir sjálfir telja mikilvægt (Nolan, 1997). Gagnsemi slíkrar fræðslu hefur líka verið umdeild þar sem stöðugar breytingar eiga sér stað í samfélaginu sem valda því að þarfir verðandi foreldra breytast. Því er mikilvægt að skoða sjónarhorn þeirra sem taka þátt í slíkum námskeiðum á hverjum tíma og í hverju samfélagi fyrir sig, þar sem samanburður er oft flókinn vegna mismunandi menningar og hugmyndafræði sem barneignarþjónustan byggir á. Frá árinu 2001 hafa verið haldin námskeið á vegum Miðstöðvar mæðravendrar, nú Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins þar sem samræmt kennsluefni er lagt til grundvallar. Á þessum námskeiðum eru eftirfarandi markmið höfð að leiðarljósi; Að þátttakendur öðlist hagnýta þekkingu á fæðingu, brjóstagjöf og sængurlegu, að þátttakendur geti valið af þekkingu milli mismunandi fæðingarstillinga, verkjameðferðar o.fl. og að auka sjálfstyrk, sjálfshjál og draga úr kvíða (Karitas Ívarsdóttir, munnleg heimild 3. sept., 2008). Á hverju ári sækja rúmlega 1000 einstaklingar foreldrafræðslunámskeið sem Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins býður, en þá er ekki átt við námskeið sem miða að sérstökum hópum s.s. verðandi foreldrum af erlendum uppruna. Í þessari grein er fjallað um niðurstöður rannsóknar sem tók til notagildis skipulagðrar foreldrafræðslu á meðgöngu frá sjónarhorni þátttakenda. Í greininni er skoðað hverjir taka þátt í námskeiðum á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og hvers vegna. Jafnframt eru væntingar verðandi foreldra til foreldrafræðslu á meðgöngu skoðaðar og reynsla þeirra af slíkri fræðslu varðandi nokkra þætti fjórum til sex vikum eftir fæðingu. Í lokin eru athugasemdir þátttakenda um foreldrafræðslu ræddar.

ADFERÐAFRÆÐI Framkvæmd rannsóknarinnar

Rannsóknin sem hér er sagt frá er tilfella-rannsókn með tilraunasniði. Slík nálgun er meðal annars notuð þegar verið er að prófa áhrif inngripa/íhlutunar á fólk. Í þessari rannsókn er verið að skoða áhrif fræðslu í hlutunar á verðandi foreldra (Rúnar Helgi Andrason, 2003). Þýðið voru allir verðandi foreldra sem sóttu fæðingafraðslunámskeið á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins á þrettán mánaða tímabili, og voru sendir út spurningalistar til þeirra allra, 590 para. Í loka-verkefni Jónínu S. Jónasdóttur voru þróaðir og forprófaðir spurningalistar sem listarnir í þessari rannsókn byggja á (Jónína S. Jónasdóttir, 2005). Spurningalistarnir voru tveir fyrir verðandi móður og tveir fyrir verðandi föður, fyrri listinn var sendur til þátttakenda að lokinni þátttöku í námskeiði en sá seinni fjórum til sex vikum eftir fæðingu barns. Fyrri spurningalistinn tók til lýðfræðilegra þátta auk upplýsinga um væntingar þátttakenda til notagildis námskeiðsins og ástæður þátttöku. Í seinni listanum var lögð áhersla á notagildi námskeiðsins í fæðingu og svarendum gafst kostur á að svara öllum spurningum um hvað mætti betur fara á slíkum námskeiðum. Auk þess að innihalda spurningar um fæðingafraðslunámskeið þá var í seinni listanum einnig spurt um notagildi sérstakrar brjóstafraðslu, sérstakrar fræðslu sjúkrapjálfa og feðrafræðslu. Þannig byggði þróun listanna bæði á því sem felst í innihaldi námskeiðanna og lestri rannsókna um efnið. Rannsóknin var samþykkt af Vísindasiðanefnd (08-110 Rannsókn á notagildi foreldrafræðslunámskeiða frá sjónarhorni þátttakenda) og tilkynnt til Persónuverndar.

Áður en gagnasöfnun hófst voru haldnir kynningafundir fyrir ljósmæður í meðgönguvernd, hjúkrunarforstjóra og yfirhjúkrunarfræðinga Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Gert var ráð fyrir að ljósmæður í meðgönguvernd segðu verðandi mæðrum frá fyrirhugaðri rannsókn ef þær hygðust fara á foreldrafræðslunámskeið. Fyrri spurningalistinn var afhendur þátttakendum að loknu námskeiði og voru þeir beðnir um að skila honum í merktan kassa á sinni heilsugæslustöð við næstu komu í meðgönguvernd. Seinni listinn var sendur heim til þátttakenda og þeir síðan beðnir að skila honum á sama hátt þegar þeir komu á sína heilsugæslustöð með barnið í

6 vikna skoðun. Ein ítrekun var send þátttakendum.

Gagnasöfnun og gagnagreining

Af þeim 590 listum sem sendir voru út voru 28 listar endursendir vegna breytinga á búsetu, 14 af báðum listunum. Fyrri listanum svöruðu 211 pör (36,63 %). Þar reyndist svarhlutfall hjá konunum vera 39,40% (N=227) en 37,84% (N=218) hjá körlunum. Svarhlutfall við seinni listanum var mun lakara en 118 konur svöruðu þeim lista en 111 karlar eftir ítrekanir.

Við úrvinnslu var notað SPSS tölfraeðiforritið, útgáfa 17. Aðallega er notuð lýsandi tölfraeði til að skoða hvað einkenndi gögnin og hvaða munur væri á svörum þátttakenda. Pearson fylgni, parað t próf, óháð t próf og kí kvaðrat var notað við úrvinnslu eftir því sem við átti. Fylgnistuðull Pearsons er notaður ef unnið er með tvær jafnbilabreytur eins og gert er í töflu 2 (Pearson's r). Fylgnin getur verið bæði jákvæð og neikvæð allt eftir því á hvaða hátt breytur tengjast en fylgnistuðullinn hefur gildi frá -1 til 1 (Amalía Björnsdóttir, 2003).

NIÐURSTÖÐUR Lýðfræðilegar upplýsingar og ástæða þátttöku

Um það bil 1050 einstaklingar sækja skipulagða foreldrafræðslu árlega á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, eða um 525 pör. Miðað við dreifingu fæðinga á landinu þá fóru 70.5% allra fæðinga fram á LSH árið 2008, þar af fæddu 1480 frumbyrjur. Samkvæmt þessari rannsókn er mikill meirihluti þeirra kvenna sem sækir námskeið frumbyrjur (87.2%).

Eins og sést í töflu 1 þá voru flestar verðandi mæður voru á aldrinum 24-28 ára (46.3 %) en verðandi feður voru flestir á aldrinum 29-34 ára (45.2%). Sé horft til menntunar þá er það athyglisvert að 63.3% verðandi mæðra sem fara á foreldrafræðslunámskeið hafa háskólapróf en 48.6% verðandi fedra. Fleiri verðandi feður áttu börn fyrir en verðandi mæður.

Ástæða þátttöku á foreldrafræðslunámskeiði og væntingar verðandi foreldra til skipulagðrar foreldrafræðslu

Mikill meirihluti þátttakenda áleit það mjög

	Mæður		Feður	
	n=227	%	n=218	%
Aldur ¹				
18-23 ára	35	15,6	21	10,0
24- 28 ára	105	46,9	72	34,3
29-34 ára	66	29,5	98	46,7
35-39 ára	18	8,0	19	9,0
40 ára og eldri	3	1,3	7	3,3
Fjöldi barna ²				
Ekkert barn	198	87,2	180	83,3
Eitt barn	22	9,7	29	13,4
Tvö börn	5	2,2	6	2,8
Þrjú börn	2	0,9	1	0,5
Hjúskaparstaða				
Gift/sambúð	211	93,0	204	93,6
Fast samband	9	4,0	11	5,0
Einstæð	7	3,1	3	1,4
Hæsta prófgráða ³				
Grunnskólapróf	18	8,0	37	17,1
Iðnskólapróf	10	4,4	24	11,1
Stúdentspróf	44	19,5	40	18,5
Háskólapróf	143	63,3	105	48,6
Annað	11	4,9	10	4,6
Staða ⁴				
Launþegi	172	76,1	167	77,0
Sjálfstætt starfandi	11	4,9	15	6,9
Í námi	37	16,4	27	12,4
Heimavinnandi	3	1,3	0,0	
Annað	3	1,3	8	3,7
Móðurmál ⁵				
Íslenska	218	96,0	212	98,6
Annað tungumál	9	4,0	3	1,4

¹ Einn faðir svarar ekki

² Tveir feður svara ekki

³ Ein móðir og tveir feður svara ekki

⁴ Ein móðir og einn faðir svara ekki

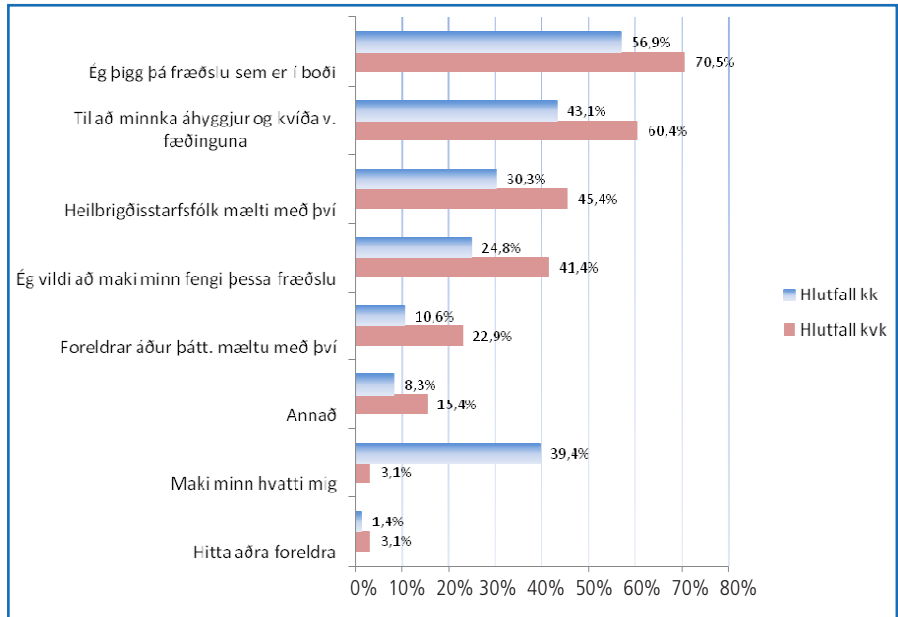
⁵ Þrír feður svara ekki

EDA

N varies due to missing data

Tafla 1. Lýðfræðilegar upplýsingar um mæður og feður

mikilvægt eða frekar mikilvægt að geta tekið þátt í foreldrafræðslunámskeiði. Á kvarðanum 1-10, þar sem 1 var ekki mikilvægt og 10 var mjög mikilvægt þá var meðaltal hjá körlunum 8.61% (sf= 1.625) en 8.87% hjá konunum (sf=1.286). Af þessu sést að fleiri mæður en feður telja mjög mikilvægt að geta tekið þátt í námskeiðum af þessu tagi en munurinn mældist ekki marktækur. Gefin var kostur á því að tilgreina fleiri en eina ástæðu fyrir þátttöku á foreldrafræðslunámskeiði og nefndu bæði kynin oftast að þau myndu þiggja þá fræðslu sem þeim stæði til boða eða 70.5% mæðra og 56.9% feðra. Þar á eftir var algengasta ástæða bæði karla og kvenna sú að minnka áhyggjur og kvíða



Mynd 1. Mikilvægi foreldrafræðslunámskeiða frá sjónarhorni þátttakenda.

varðandi fæðinguna. Fast á eftir var þátttaka karlanna tengd því að maki þeirra hafði hvatt þá til þátttöku eða 39.4%. Einungis 1.4% verðandi feðra sækja námskeið til að hitta aðra verðandi foreldra en 3.1% verðandi mæðra. Marktakur munur milli kvenna og karla mældist í öllum liðum spurningarinnar um mikilvægi þátttöku á foreldrafræðslunámskeiði nema varðandi liðinn að hitta aðra verðandi foreldra (Mynd 1).

Að loknu námskeiðinu voru 92.9% verðandi mæðra mjög ánægðar eða ánægðar með námskeiðið og 86.3% fannst námskeiðið gefa þeim aukið sjálfstraust til að takast á við fæðinguna. Jafnframt voru 49.3% kvenna mjög sammála og 37.8% sammála því að fræðslan myndi draga úr áhyggjum og kvíða varðandi fæðinguna en aðeins 4% voru mjög eða frekar ósammála þeirri fullyrðingu. Verðandi feður voru í 35% tilvika mjög sammála því að fræðslan myndi draga úr áhyggjum og kvíða varðandi fæðinguna en 37.4% voru sammála því. Mikill meirihluti karlanna eða 87.8% voru mjög sammála eða sammála þeirri fullyrðingu að þeir væru ánægðir með námskeiðið og voru nær allir (92.3%) sammála eða mjög sammála því að fræðslan nýttist þeim í fæðingunni.

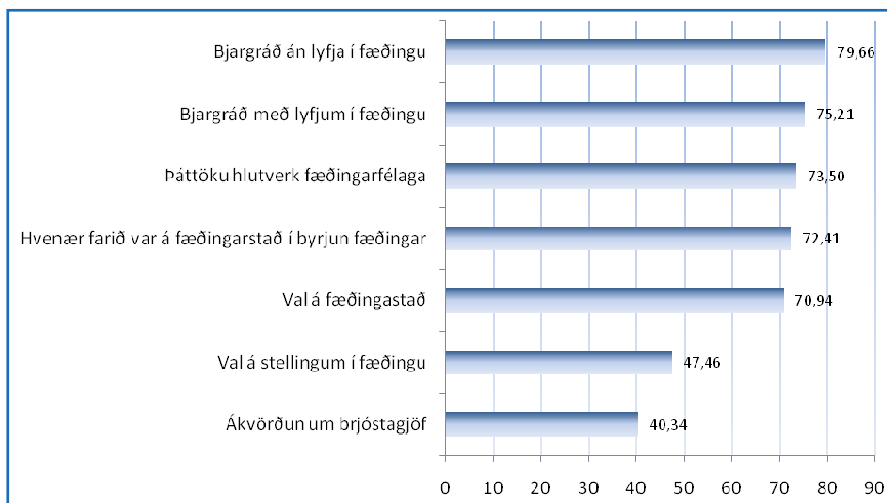
Reynsla nýbakaðra foreldra af foreldrafræðslu nokkrum vikum eftir fæðingu

Almennt telja konurnar að fræðslan hafi hjálpað þeim við ákvarðanatöku varðandi fæðinguna. Stór hluti þeirra (79.66%) telja

að fræðsla á námskeiðinu hafi hjálpað þeim að taka ákvarðanir um bjargráð án lyfja í fæðingu, og nær sami fjöldi (75.21%) telur að fræðslan hafi hjálpað þeim að taka ákvarðanir varðandi notkun lyfja í fæðingu. Eingöngu 47.46% kvenna telja að fræðslan hafi hjálpað þeim að taka ákvarðanir varðandi stellingar í fæðingu (mynd2).

Ef horft til þess hvort konunum fannst námskeiðið hafa gefið sér raunsæa mynd af fæðingunni má sjá fylgni á milli nokkurra fullyrðinga varðandi þetta í töflu 2. Á lárétta ásnum eru spurningar sem spurt var eftir námskeiðið en á lóðrétta ásnum spurningar sem spurt var eftir fæðingu. Eins og sjá má í töflu 2 þá var t.d. há fylgni milli fullyrðingarinnar „mér finnst námskeiðið gefa mér aukið sjálfstraust til að takast á við fæðinguna“ og svo „mér fannst námskeiðið hafa gefið mér aukið sjálfstraust til að takast á við fæðinguna.“ Fullyrðingin „ég réð vel við aðstæður í fæðingunni“ hafði hins vegar ekki fylgni við neina fullyrðingu í fyrri listanum (tafla 2).

Tæp 60% kvenna töldu að námskeiðið hefði dregið úr áhyggjum og kvíða varðandi fæðinguna, sem er samsvarandi fjöldi og taldi það ástæðu þess að fara á foreldrafræðslunámskeið. Hér eru það töluvert fleiri feður sem svara því til að fræðsla hafi dregið úr áhyggjum og kvíða en leituðu eftir fræðslu vegna áhyggna og kvíða á meðgöngunni. Feður sem leituðu eftir fræðslu vegna áhyggna og kvíða voru marktækt meira sammála þeirri fullyrðingu eftir fæð-



Mynd 2. Áhrif fræðslu á ákvarðanatöku kvenna varðandi atriði sem talin eru upp á myndinni.

	Ég er ánægð með námskeiðið	Mér finnst námskeiðið gefa mér auknið sjálfstraust til að takast á við fæðinguna	Ég tel að fræðslan muni nýtast mér vel í fæðingunni	Ég tel að fræðslan dragi úr kvíða/áhyggjum mínum vegna fæðingarinnar	Ég tel að fræðslan hjálpi mér að hafa stjórn í fæðingunni
Mér fannst námskeiðið hafa gefið mér auknið sjálfstraust til að takast á við fæðinguna	r=0,239 p=0,009	r=0,488 p=0,000	r=0,377 p=0,000	r=0,367 p=0,000	r=0,421 p=0,000
Ég réð vel við aðstæður í fæðingunni	r=0,135 p=0,156	r=0,071 p=0,458	r=0,009 p=0,919	r=0,012 p=0,900	r=0,122 p=0,200
Mér fannst fræðslan sem ég fékk á námskeiðinu nýtast mér vel í fæðingunni	r=0,424 p=0,000	r=0,405 p=0,000	r=0,339 p=0,000	r=0,436 p=0,000	r=0,407 p=0,000
Mér fannst ég fá raunsæja mynd af fæðingu á námskeiðinu	r=0,154 p=0,098	r=0,162 p=0,082	r=0,189 p=0,041	r=0,231 p=0,013	r=0,193 p=0,039
Námskeiðið dró úr áhyggjum mínum varðandi fæðinguna	r=0,236 p=0,012	r=0,341 p=0,000	r=0,212 p=0,025	r=0,256 p=0,007	r=0,322 p=0,001
Þekking mín á að breyta um stellingar í fæðingu sem kennt var á námskeiðinu nýttist mér vel	r=0,179 p=0,075	r=0,191 p=0,057	r=0,203 p=0,043	r=0,187 p=0,064	r=0,118 p=0,246

Tafla 2. Reynsla kvenna af fræðslu fyrir og eftir námskeiðið

ingu að námskeiðið hefði dregið úr áhyggjum og kvíða ($t(107)=-3,126, p<0.005$). Ekki var marktækur munur á svörum kvenna. Almennt eru þátttakendur á þeirri skoðun að fræðslan hafi nýst þeim vel í fæðingunni, þó heldur fleiri karlar en konur. Í töflunni sést að það er jákvæð fylgni milli nokkurra þátta (litað rautt) eftir þátttöku á námskeiði og svo eftir fæðingu. Slíkt getur þó ráðist af ýmsu öðru en að um beint orsakasam-

band sé að ræða og er einmitt varað við að álykta að svo sé þar sem hugsanlega geta einhverjar aðrar breytur haft áhrif á báðar breyturnar (Amalía Björnsdóttir, 2003).

Flestir feðurnir eða 89.1% og 77.59% nýorðinna mæðra töldu jafnframt að námskeiðið hefði hvatt þau til að ræða saman um hvernig þau vildu haga fæðingunni. Aðeins 19.27% feðra sögðust hafa gert skriflegan óskalista fyrir fæðinguna og 20.51%

	Já	hlutfall	nei	hlutfall	Alls
Petidin	11	16,42	56	83,58	67
Mænurótardeyfing	56	50,00	56	50,0	112
Glaðloft	77	66,38	39	33,62	116
Annað *	23	24,47	71	75,53	94

Tafla 3. Notkun verkjalyfja/deyfinga í fæðingu.

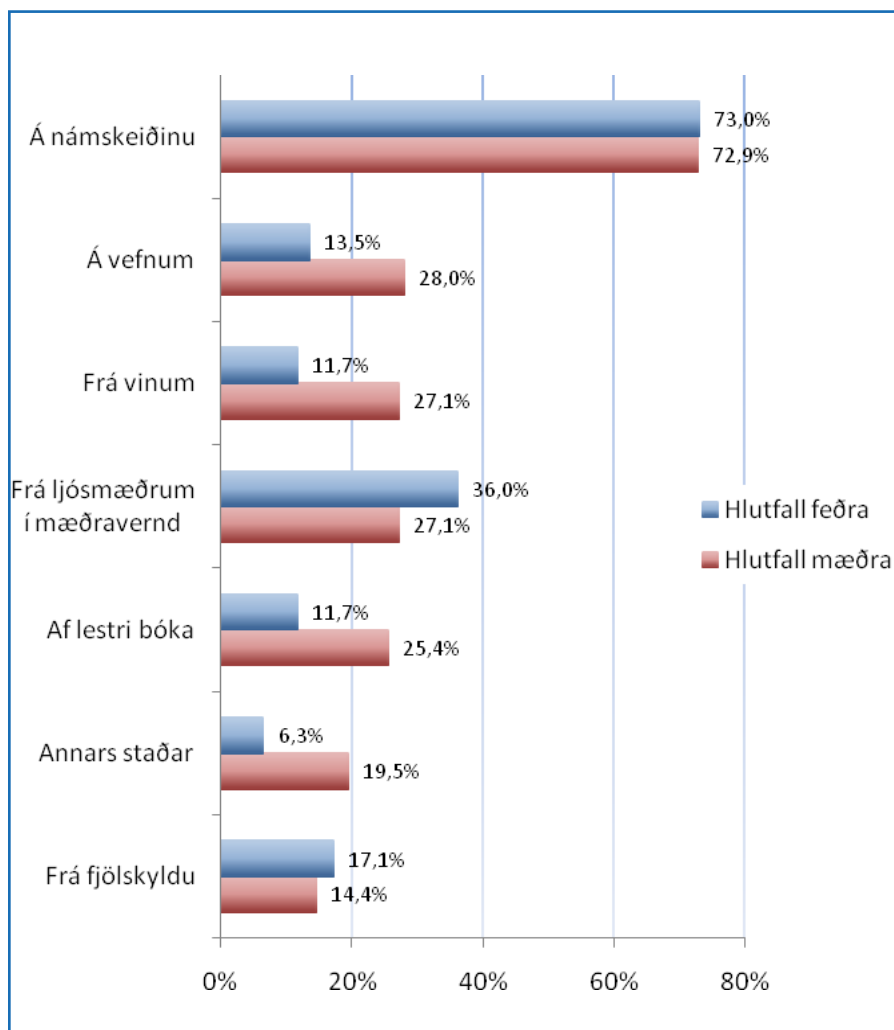
mæðra en stór hluti þátttalenda af báðum kynjum hafði gert óskalista í huganum sem þeir hugðust bera fram munnlega. Ekki var munur á svörum foreldra við fullyrðingunni um að þeim hefði fundist fæðingin ganga vel eftir því hvort þau gerður skriflegan óskalista eða ekki.

Ef horft er á notkun kvennanna á verkjalyfjum/deyfingum í fæðingunni kemur fram að flestar konurnar nýttu sér einhverskonar verkjadeyfingu. Algengast var að konurnar hefðu nýtt sér glaðloft og þar á eftir mænurótardeyfingu og má sjá tíðni þess og hlutfall af þeim sem svöruðu í töflu 3.

Taka verður fram að misjafnt var hvort konur svöruðu þessari spurningu og er ekki vitað hvort þær konur sem hvorki svöruðu já eða nei hafi nýtt sér viðkomandi deyfingu eður ei. Í spurningunni var jafnframt hægt að merkja við valkostinn annað og gefið var tækifæri til að skrifa skýringu. Flestar kvennanna sem svöruðu spurningunni játandi um hvort þær hefðu nýtt sér annarskonar verkjameðferð í fæðingu höfðu notað nálastungur eða það. Jafnframt nefndu margar jóga. Af þeim 117 konum sem svöruðu spurningunni um innngrip, svöruðu 82 því að innngrip hefðu verið í fæðingunni en 33 svöruðu neitandi. Tvær konur sögðust ekki vita hvort innngrip hefðu verið gerð. Hríðaörvun með lyfjum var algengasta inn-gripið eða hjá 41,88% þátttakenda, þar á eftir kom belgjarof eða hjá 25,64% en 16,24% kvennanna höfðu farið í keisara-skurð.

Hvað má betur fara og hvernig á að haga foreldrafræðslu?

Varðandi spurningar um færni leiðbeinanda og efnisinnihald námskeiðsins var þátttakendum gefinn kostur á að merkja við nokkra möguleika. Eftir þátttöku á námskeiðinu þá voru 83,2% kvenna mjög sammála því að heimsókn á kvennadeild hefði verið gagnleg en 71,7% karla. Ef þessi svör eru borin saman við svör þátttakenda um sama efni eftir fæðingu þá voru 73,4% nýbakaðra mæðra mjög sammála því að heimsókn á kvennadeild hefði verið mikilvægur hluti af undirbúningi fyrir fæðingu en 68,6% feðra. Ekki virðist sem öllum þátttakendum hafi staðið til boða að sjá myndband af fæðingu á námskeiðinum þar sem 123 konur og 112 karlar segja, eftir þátttöku á námskeiði, að sú spurning eigi ekki við. Hins vegar voru



Mynd 3. Hvaðan fékkst þú þá fræðslu sem nýttist þér best í fæðingunni.

71,8% verðandi mæðra mjög sammála eða frekar sammála því að myndbandið sem þær sáu væri gagnlegt sem undirbúningur fyrir fæðingu en 65,3% feðra. Langflestir telja þekkingu leiðbeinanda á efninu góða og voru 96,1% kvenna og 95,9% karla mjög sammála eða sammála því. Færni leiðbeinanda til að miðla upplýsingum var einnig hátt metin en 90,7% verðandi mæðra voru mjög sammála því eða sammála, en 85,2% verðandi feðra. Báðir spurningalistarnir gáfu þátttakendum kost á að gera athugasemdir um það sem hefði mátt fara betur. Eftir námskeiðið voru hlutfallslega fleiri konur (34%) en karlar (24%) (χ^2 5,774 $p=0,016$) sem töldu að ýmislegt hefði mátt betur fara á námskeiðinu. Athugasemdirnar beindust að aðstöðu sem var til námskeiðahalds svo sem loftræstingu, stólum o.s.frv., yfirborðskenndum efnistöfum, úreltu fræðslufni og ýmsum efnispáttum s.s. umræðu um öndun og slökun og upplýsingar um nýburann. Þessi atriði komu fram hjá bæði konum og körlum. Eftir fæðingu voru athugasemdir frá

45,60% kvennanna en 25,70% karlanna fannst eitthvað vanta eða vera ábótavant í tengslum við námskeiðið um undirbúning fæðingar. Það sem konunum fannst helst vanta á þeim tímapunkti og athugasemdir þeirra beindust að var; fræðsla um brjóstgjöf og fyrstu dagana eftir fæðingu, öndun og slökun, bráðatilvik í fæðingu svo sem bráðakeisaraskurður og myndband af fæðingu sem sýndi á raunsæan hátt gang fæðingarinnar. Feðurnir nefndu sambærilega þætti en þó var í þeirra athugasemdum meiri áhersla á umönnun nýburans og einnig nefndu nokkrir að námskeiðið mætti vera hnitmiðaðra þar sem efni væri dreift í upphafi tímans og meira svigrúm ætti að gefa til spurninga og samræðna (mynd 3).

Flestir nýbakaðir foreldrar telja að fæðingarfræðsla eigi að fara fram á hópnámskeiði eða 88,29% feðra og 90,68% mæðra en rúm 70% karla og kvenna telja að sú fæðingarfræðsla sem nýttist þeim best hafi verið fræðslan á hópnámskeiðinu. Þá telja 51,35% mæðra og 66,95% feðra að fæð-

ingarfræðsla eigi að fara fram hjá ljósmóður í meðgönguvernd en 36,0% feðra og aðeins 27,1% mæðra telja að sú fræðsla sem nýttist þeim best í fæðingu hafi komið frá ljósmóðurinni í meðgönguvernd. Á mynd 3 sést hvaðan þátttakendur fengu þá fræðslu sem nýttist þeim best í fæðingunni. Þar vekur athygli hve ólík svör kvenna og karla eru.

Umræður

Óháð hugmyndafræðilegum bakgrunni foreldrafræðslunámskeiða þá hefur því verið velt upp hvort að slík námskeið uppfylli þarfir þátttakenda eða hvort skipulag þeirra og innihald sé einvörðungu byggt á því sem námskeiðshaldarar telja mikilvægt (Gagnon & Sandall, 2007). Rannsóknin sem hér er til umfjöllunar er sú fyrsta sinnar tegundar hér á landi og markmið hennar að skoða notagildi skipulagðrar foreldrafræðslu frá sjónarhorni þátttakenda. Styrkleikar rannsóknarinnar eru að hún nær bæði til karla og kvenna og hún lýsir viðhorfum til fræðslunnar á tveimur tímapunktum, þ.e. eftir þátttöku á námskeiði og svo eftir fæðingu barns. Veikleikar rannsóknarinnar eru hins vegar að svörun var lítil, sérstaklega varðandi spurningalista tvö. Niðurstöður gefa til kynna að aðeins hluti þeirra frumbyrja sem fæða á LSH sæki fræðslu af þessu tagi eða um þriðjungur. Tölur um hlutfall frumbyrja sem eru búsettar fyrir utan höfuðborgarsvæðið en fæða á LSH eru hins vegar ekki aðgengilegar og því erfitt að álykta um þetta með vissu. Þó gefa þessar niðurstöður tilefni til að efla frekar fræðslu til verðandi foreldra, sérstaklega þeirra sem eiga von á sínu fyrsta barni. Í rannsókninni voru flestir þátttakendur á aldrinum 24-34 ára sem kemur ekki á óvart þar sem flestir þeirra sem eignast sitt fyrsta barn hér á landi eru á þessu aldursbili (Hagstofa Íslands, 2009). Samsetning hópsins að öðru leyti sýnir að langflestir þátttakenda eru giftir eða í sambúð en hjá Hagstofu Íslands fengust þær upplýsingar að 1726 börn fæddust utan hjónabands hjá konum á aldursbilinu 24-34 ára árið 2008. Ekki er þó hægt að alhæfa um hjúskaparstöðu þar sem vitað er að verðandi foreldrar eru oft í sambúð þó það sé ekki skráð hjá Hagstofunni. Erlendar rannsóknir benda til að einhleypar mæður mæti síður á skipulögð foreldrafræðslunámskeið þar sem þær óttast fordóma og að vera dæmdar af heilbrigðisstarfsfólki. Því eru námskeið stundum þróuð sérstaklega

fyrir þær (Cliff & Deery, 1996; Fabia, Rades-tad & Waldenström, 2004). Menntunarstig þátttakenda er hátt en 63,3% kvenna og 48,6% karla í þessari rannsókn eru með háskólapróf. 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). Þessar niðurstöður gefa til kynna að háskólamenntaðir verðandi foreldrar sækja fremur foreldrafræðslunámskeið sem samræmist erlendum niðurstöðum (Fabian, Rades-tad & Waldenström, 2005). Hafa ber þó í huga að upplýsingar frá Hagstofunni eru á landsvísi en þátttakendur eru frá höfuðborgarsvæðinu þar sem menntunarstig er almennt hærra. Það er vert að velta fyrir sér hvers vegna þátttaka fólks sé mismunandi eftir menntun og áhugavert að tengja þá umræðu hugtakinu heilsulæsi (World Health Organization, 1998). Hugtakið felur í sér færni einstaklinga til að nálgast, skilja og bregðast við heilsufarsupplýsingum á þann hátt að það komi að notum við að efla og viðhalda góðri heilsu. Má það vera að aðgengi, kynning og framsetning efnis sé með þeim hætti að það höfði frekar til þessa hóps? Rannsóknir hafa leitt í ljós að takmarkað heilsulæsi hefur m.a. áhrif á hæfileika kvenna til ákvarðanatöku um heilbrigða lífnaðarhætti á meðgöngu (Ohnishi, Nakamura & Takano, 2005; Renkert & Nutbeam, 2006). Í nýlegri írskri rannsókn kom í ljós að þeir sem ekki tóku þátt í skipulagðri fræðslu á meðgöngu töldu að upplýsingar um foreldrafræðslu væru ekki nægjanlega aðgengilegar. Jafnframt voru gefnar upp ýmsar takmarkandi ástæður s.s. tímasetning námskeiða, erfitt að ná símasambandi við heilsugæslustöð til að skrá þátttöku í námskeið, efnisinnihald ekki áhugavekjandi o.s.frv. (Tighe, 2010). Flestum þátttakendum í rannsókninni sem hér er sagt frá finnst mikilvægt að geta tekið þátt í foreldrafræðslu og var aðalástæðan sú hjá báðum kynjum að þiggja þær upplýsingar sem þeim standa til boða. Þetta er í samræmi við rannsóknir sem sýna að konur kjósa eins mikla fræðslu og mögulega er hægt að fá (Read & Garcia, 1989; Kirkham, 1993). Stór hluti verðandi foreldra sækir námskeiðin til að draga úr áhyggjum og kvíða en niðurstöður rannsókna sem gerðar hafa verið hin síðari ár benda til að 20-26% kvenna í þróuðum löndum þjáist af fæðingarótta (Saisto

& Halmesmäki, 2003; Fenwick, Gamble, Nathan, Bayes & Hauck, 2009). Það hlýtur því að teljast jákvætt að 86,3% verðandi mæðra fannst námskeiðið gefa sér aukið sjálfstraust til að takast á við fæðinguna, svipað hlutfall og var mjög sammála eða sammála því að fræðslan myndi draga úr áhyggjum og kvíða verðandi fæðinguna þegar fyrri spurningalistinn var lagður fyrir. Þannig var há fylgni milli þessara þátta eftir námskeiðið og eftir fæðingu. Það er auðvitað ómögulegt að álykta hversu mikil áhrif fræðslan hefur haft, hins vegar má segja að fræðsla af þessu tagi er ódýr forvörn og ef konur telja að hún dragi úr kvíða og auki sjálfstraust þá er það þess virði að efla og þróa þennan þátt. Niðurstöður gefa einnig til kynna að konur telji að námskeiðin hjálpi þeim við ákvarðanatöku verðandi veigamikla þætti sem tengjast fæðingunni eins og bjargráð án lyfja og með lyfjum. Konur mátu fræðslu um val á stellingum og ákvörðun um brjósttagjöf síst hjálplega. Hér gæti skýringin verið að á fæðingafraeðslunámskeiði er ekki sérstök áhersla á umræðu um brjósttagjöf. Verðandi val á stellingum þyrfti að skoða það frekar. Eins og fram kom í niðurstöðum höfðu flestar konurnar nýtt sér einhverskonar verkjaleyfingu. Algengustu bjargráðin með lyfjum voru glaðloft og mænurótardeyfing. Í rannsókninni er spurt um mænurótardeyfingu en ekki utanbastsdeyfingu (epidural) eða mænudeyfingu (spinal). Tíðni mænurótardeyfingar hjá rannsóknarhópnum er 50,0% en hafa ber í huga að flestar konurnar í rannsókninni voru frumbyrjur (87%). Á Kvennadeild LSH var tíðni utanbastsdeyfinga 40,7% og mænudeyfinga 9,3% af öllum fæðingum á sjúkrahúsinu. Samanlagt er þessi tala 50,0% en mænudeyfingar eru nær eingöngu notaðar við keisaraskurði sem eru fyrirfram ákveðnir (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander Smáráson & Gestur Pálsson, 2008). Í rannsókninni var ekki gerður greinarmunur á fyrirfram ákveðnum keisaraskurði eða bráðakeisaraskurði en gera má ráð fyrir að fáar frumbyrjur fari í fyrirfram ákveðinn keisaraskurð. Í fyrrnefndri doktorsrannsókn Fabian (2008) kemur fram að notkun mænurótardeyfinga sé meiri hjá konum sem hafa fengið skipulagða fæðingafraeðslu. Bent er á að ekki sé vitað hvort það sé eitthvað í innihaldi námskeiðsins eða framsetningu efnis sem hafi þessi áhrif. Tölur frá Fæðingaskráningunni eru ekki sundurlið-

aðar milli frumbyrja og fjölbyrja þegar kemur að þessu atriði og má búast við að hlutfall deyfinga hjá frumbyrjum sé hærra en meðaltalstölur gefa til kynna.

Niðurstöður sýna að stór hluti nýorðinna foreldra telur að námskeiðið hafi hjálpað þeim að ræða saman um hvernig þau vildu haga fæðingunni en slíkt er jákvætt þar sem rannsóknir sýna að verðandi fedrum finnst þeir stundum utangátta í ákvarðanatöku á meðgöngu og undirbúningi fæðingar (Gottfreðsdóttir & Gíslason, 2011; Gottfreðsdóttir, 2005). Sé horft til markmiða námskeiða á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins sem tilgreind eru í fyrri hluta þessarar greinar, þá má segja að stórum hluta þátttakenda finnst námskeiðið hafa aukið sjálfstraust þeirra fyrir fæðinguna og í mörgum tilvikum hafi það dregið úr áhyggjum þeirra verðandi fæðinguna. Ekki er þó hægt að álykta hvaða þættir námskeiðsins það eru sem hafi aukið sjálfstraust og dregið úr kvíða. Flestar konur telja jafnframt að námskeiðið hafi hjálpað sér að taka ákvarðanir verðandi veigamikla þætti tengda fæðingu. Það er hinsvegar ljóst að takmarkaðar upplýsingar um brjósttagjöf og tímann eftir fæðingu gefur tilefni til endurskoðunar á þessum þáttum í skipulagðri fræðslu til verðandi foreldra. Það samræmist erlendum rannsóknum sem benda til að þeir verðandi foreldrar sem eiga von á sínu fyrsta barni leggi mikla áherslu á að fá hagnýtar upplýsingar um brjósttagjöf og tímann eftir fæðingu (O'Meara, 1993; Nolan, 1999).

SAMANTEKT OG LOKAORD

Niðurstöðurnar sem birtar eru í þessari grein eru hluti niðurstaðna úr stærra verkefni, en gert er ráð fyrir að önnur grein verði birt úr þessari rannsókn. Niðurstöður rannsóknarinnar takmarkast við að hér er eingöngu spurt um reynslu foreldra af foreldrafræðslu á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og takmarkar það alhæfingagildi á önnur foreldrafræðslunámskeið. Hér má sjá að nýorðnir foreldrar telja að almennt hafi foreldrafræðslunámskeið á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins nýst vel í fæðingunni. Jafnframt má sjá hverjir taka þátt í námskeiðunum og liggur beint við að athuga hvers vegna sá hópur er jafn einsleitur og raun ber vitni. Einnig þyrfti að skoða hvar verðandi foreldrar fá fræðslu um fæðingu ef þeir fara ekki í skipulagða hópfræðslu. Það væri vel þess virði að nota þessi námskeið sem grunn að öflugri fræðslu til verðandi

foreldra á meðgöngu þar sem nálgunin væri foreldramiðuð og stuðlaði að hagnýtri þekkingu.

Pakkir

Rannsóknin er samvinnuverkefni Heilsgæslu höfuðborgarsvæðisins og námsbrautar í ljósmóðurfræði við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Höfundur þakkar ljósmæðrunum Jónínu Jónasdóttur og Ragnheiði Bachmann fyrir góða samvinnu og Ljósmæðrafélagi Íslands fyrir stuðning við verkefnið. Guðnýju Bergþóru Tryggvadóttur eru færðar þakkar fyrir aðstoð við úrvinnslu gagna og góðar ábendingar. Jafnframt fá þeir verðandi foreldrar sem tóku þátt í rannsókninni þakkar fyrir þeirra framlag.

Heimildaskrá

- Amalía Björnsdóttir (2003). Útskýringar á helstu tölfræðihugtökum. Í Sigríður Halldórsdóttir & Kristján Kristjánsson (ritstj.). *Aðferðafræði rannsókna í heilbrigðisvísindum*. (bls. 115-131). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Cliff, D. & Deery, R. (1996). Too much like school: social class, age, marital status and attendance/non attendance at antenatal classes. *Midwifery*, 13, 139-145.
- Education at a Glance. (2010). Centre for Educational Research and Innovation. Sótt 18.10.2010: http://www.oecd-ilibrary.org/education/highlights-from-education-at-a-glance-2010_eag_highlights-2010-en
- Fabian, H. (2008). Women who do not enter parental education classes during pregnancy or after birth. Útgefin doktorsritgerð, frá Department of Women and Child Health. Stockholm: Karolinska Instituted.
- Fabian, H., Radestad, I. & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84, 436-443.
- Fabian, H. M., Radestad, I. J. & Waldenström, U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not

- attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*, 20, 226-235.
- Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S & Hauck, Y. (2009). Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcome in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 667-677.
- Gagnon, A. J. & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD002869.
- Gottfreðsdóttir, H. & Gíslason, I. (2011). Prospective fathers involvement in decision making concerning fetal screening. Í Leyton, C. (ritstj.). *Fatherhood: Roles, Responsibilities & Rewards* (bls. 67-81). Nova Science Publishers, Inc.
- Gottfreðsdóttir, H. (2005). Prospective first time fathers and their views on fatherhood in the context of the new policy on parental leave in Iceland. *Birth Issues*, 14 (4), 128-134.
- Hagstofa Íslands. Sótt 01. 10. 2010 af: <http://www.hagstofa.is/?PageID=627&src=/temp/Dialog/varval.asp?ma=MAN05101%26ti=Lifandi+f%26ddir%2C+%F6ll+b%F6rn+og+frumbur%F0ir+eftir+aldri+m%F3%F0ur+1971%2D2009++++%26path=../Database/mannfjoldi/Faeddirl%26lang=3%26units=Fj%F6ldi>
- Helga Gottfreðsdóttir (2009). Foreldrafræðslunámскеiði: sjálfsagður hluti af meðgönguvernd? Í Helga Gottfreðsdóttir & Sigríður Inga Karlsdóttir (ritstj.). *Lausnarsteinar: Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 82-101). Hið Íslenska bókmenntafélag, Ljósmæðrafélag Íslands og Háskóli Íslands, námsbraut í ljósmóðurfræði Hjúkrunarfræðideild.
- Hallgren, A. Kihlgren, M, Forslin, L. & Norberg, A. (1999). Swedish fathers' involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth. *Midwifery*, 15, 6-15.
- Humenick, S.S. (2000). Prenatal Preparation for Breastfeeding. Í Nichols, F.H. og Humenick, S.S. (ritstj.) *Childbirth education: Practice research and theory*, (bls. 114-138, 2. útg.). Philadelphia: Saunders Company.
- Jónína S. Jónasdóttir (2005). *Notagildilárangur foreldrafræðslunámскеiða: Könnun á sjónarhorni foreldra*. Óbirt lokaverkefni til embættisprófs í ljós-

- móðurfræði. Háskóli Íslands. Reykjavík.
- Kirkham, M.J. (1993). Communication in Midwifery, Í J. Alexander, V. Levy, og S. Roch, S. (ritstjórar), *Midwifery Practice: A Research Based Approach*, (bls. 1-19). Macmillan, Basingstoke.
- Lumley, J. & Brown, S. (1993). Attenders and nonattenders at childbirth education classes in Australia: How do they and their births differ? *Birth*, 20(3), 123-130.
- Nichols, F. H. & Gennaro, S. (2000). The Childbirth Experience. Í F. H. Nichols og S. S. Humanick (ritstjórar), *Childbirth Education: practice, research and theory*. (bls. 66-84). Philadelphia: W.B Saunders Company.
- Nolan, M. (1997). Antenatal education-where next? *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1198-1204.
- Nolan, M. (1999). Antenatal education: a dynamic Approach. London. Balliere Tindall.
- Ohnishi, M. Nakamura, K. & Takano, T (2005). Improvement in maternal health literacy among pregnant women who did not complete compulsory education: policy implications for community care services. *Health Policy*, 72, 157-164.
- O'Meara, C. (1993). A diagnostic model for the evaluation of childbirth and parenting education. *Midwifery*, 9, 28-34
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander Smárason & Gestur Pálsson (2009). *Skýrsla frá fæðingaskráningunni fyrir árið 2008* Reykjavík: Landspítali-háskólasjúkrahús.
- Read, M. & Garcia, J. (1989) "Women's views of care during pregnancy and childbirth", Í M.W. Enkin, M.J.N.C. Keirse, & I. Chalmers, (ritstjórar), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, (bls. 131-142). Oxford. Oxford University Press.
- Rokke, P.D. & al'Absi, M. (1992). Matching pain coping strategies to the individual: A prospective validation of the Cognitive Coping Strategy Inventory. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(6), 611-625.
- Renkert, S. & Nutbeam, D. (2006). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health promotion international*, 16,4, 381-388.
- Rúnar Helgi Andrason (2003). Tilfellarannsóknir. Bls. 281-293. Í: Sigríður Halldórsdóttir & Kristján Kristjánsson (ritstj.). *Aðferðafræði rannsókna í heilbrigðisvísindum*. Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Saisto, T. & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208.
- Schott, J. & Henley, A. (1996). Culture, Religion and Childbearing in a Multiracial society – a Handbook for health Professionals, London. Butterworth Heinemann.
- Tighe, S. M. (2010). An exploration of the attitudes of attenders and non-attenders towards antenatal education. *Midwifery*, 26, (3), 294-303.
- World Health Organization. (1998). Health promotion glossary. Sótt 18. 10.2010 af: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf
- Qureshi, N. S., Schofield, G., Papaioannou, S., Ramsden, G. H. & Fear, S. (1996). Parentcraft classes: Do they affect outcome in childbirth? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1(6), 358-361.



Apótekið þitt

í gamla Héðinshúsinu við Seljaveg 2.



Reykjavíkur Apótek er sjálfstætt starfandi apótek sem leggur áherslu á persónulega þjónustu og hagstætt verð. Apótekið er í gamla Héðinshúsinu við Seljaveg 2.

Frí heimsendingarþjónusta til eldri borgara og öryrkja.

AFGREIÐSLUTÍMI
9–18:30 virka daga
10–16:00 laugardaga

Reykjavíkur  **Apótek**

Seljavegur 2 | Sími: 511-3340 | Fax: 511-3341 | www.reyap.is | reyap@reyap.is

Ritrynd grein

Raddir erlendra kvenna

menningartengd viðhorf og reynsla í barneignarferli og barneignarþjónustu á Íslandi

ÚTDRÁTTUR

Nýbúum hér á landi hefur fjölgað hratt undanfarin ár og æ fleiri erlendar konur eru í hópi skjólstaðinga barneignarþjónustunnar sem kallar á nýjar áskoranir umönnunaraðila. Engar rannsóknir liggja fyrir um efnið hér á landi en erlendar rannsóknir benda til að ekki sé tekið nægjanlegt tillit til menningarbundinna viðhorfa í umönnun. Menningarhæfni (cultural competence) er það meginhugtak sem lagt er til grundvallar í þessari rannsókn en markmið hennar er að dýpka skilning og þekkingu á menningartengdum viðhorfum, hefðum og væntingum erlendra kvenna til barneignarferlisins og varpa ljósi á reynslu þeirra af barneignarþjónustunni. Aðferðafræði rannsóknarinnar byggði á etnógrafíu og fól í sér viðtöl við sjö erlendar konur sem fæddu börn sín hér á landi. Gögn voru greind í þrjú meginþemu og vísar þemað sem hér er til umfjöllunar, að eignast barn í nýju landi til aðlögunar kvennanna og viðhorfa til barneignarferlisins sem rímaði vel við almenn viðhorf hér á landi. Sátt var við skipulag barneignarþjónustunnar en visbendingar um einangrun og depurð eftir fæðingu. Ólík viðhorf til lífnaðarháttanna á meðgöngu valda árekstrum í umönnun en ánægja var með viðveru maka/aðstandenda í fæðingunni þótt það samræmdist ekki menningarlegum bakgrunni kvennanna. Í röddum kvennanna mátti heyra samhljóm með hugmyndafræði ljósmæðra um einstaklingshæfða og samfellda þjónustu sem stuðlar að öryggiskennd og virðist henta vel þessum hópi sem eignast barn í nýju landi.

Lykilorð: Menningarhæfni, barneignarþjónusta, heilsulæsi, reynsla og menningartengd viðhorf.

ABSTRACT

The number of immigrants has increased rapidly in Iceland the last years and women from different cultures are increasingly recipients of childbirth services. This calls for



Birna Gerður Jónsdóttir
Ljós móðir MSc á fæðingadeild Landspítalans



Sigrún Gunnardóttir
Hjúkrunarfræðingur PhD
Lektor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands



Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Ljós móðir PhD Lektor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

new challenges of care providers. Prior research show varied childbirth experiences by foreign women and indicate lack of concern towards culturally related perspectives in provided care. No research is available about the subject in Iceland. Cultural competence is the main concept this research is based on which aims to provide deeper understanding and knowledge of different culturally related perspectives, customs and perceptions of childbirth and to gain insight into immigrants' childbirth experiences in Iceland. An ethnographic method was used with interviews with seven foreign women who gave birth in Iceland. Data was analyzed and three major themes were identified. The theme discussed in this paper, childbirth in a new country refers to the women's adjustment and attitudes toward childbirth which corresponds well to general perceptions in Iceland. Participants were content with how childbirth services are organized here but there were indications of isolation and depression after birth. Different views on ways of life in pregnancy may cause conflicts in caring however the women were pleased with having their spouse/relative with them during birth even though it was not consistent with their own cultural custom. There was consensus in the women's voices which corresponds well with midwives' ideology on individual and continuity of a midwifery care during the childbirth process seems to suit this group well, enhancing sense of security, when having a baby in a new country.

Keywords: Cultural competence, health literacy, childbirth care, cultural views and experiences.

INNGANGUR

Það er áskorun fyrir þjónustuaðila heilbrigðiskerfisins að mæta þörfum skjólstaðinga ólíkrar menningar og veita þeim bestu mögulegu þjónustu sem þeir eiga rétt

á og segir í lögum landsins (Lög um réttindi sjúklunga nr. 74/1997).

Nýbúum hefur fram til þessa fjölgað hratt hér á landi undanfarin ár. Hópur skjólstaðinga heilbrigðiskerfisins er í auknum mæli fjölmenningarlegur í stað einsleits hóps Íslendinga. Erlendum konum sem fá þjónustu í barneignarferlinu fer einnig fjölgandi. Konur með erlent ríkisfang voru 12.2% þeirra kvenna sem fæddu á Íslandi árið 2010 (Birna Björg Músdóttir, fjármálasvið, Landspítala, munnleg heimild, 8. júní 2011). Það kallar á aukna þekkingu og skilning heilbrigðisstarfsfólks en menningarlegur bakgrunnur fólks hefur áhrif á tjáningu, heilsulæsi og væntingar til heilbrigðisþjónustu (Nutbeam, 2000). Menning er gleraugun sem fólk horfir í gegnum þegar það túlkar hin ýmsu fyrirbæri og því getur sama fyrirbærið verið túlkað mismunandi eftir því hver á í hlut. Í barneignarferlinu getur röng túlkun á tjáningu konunnar haft áhrif á líðan hennar, upplifun og reynslu sem getur einnig haft áhrif á viðbrögð umönnunaraðila og meðferð (Brathwaite & Williams, 2004; Maputle & Jali, 2006; Ottani, 2002). Þannig er upplifun kvenna af hriðarverkjum, notkun verkjalyfja í fæðingu og viðhorf til óhefðbundinna meðferða ólík eftir uppruna (McLachlan & Waldenström, 2005). Menningarhæfni, sem þýðing á orðinu *cultural competence*, er hugtak sem tekur á þessum vanda og var lagt til grundvallar í þeirri rannsókn sem hér er kynnt.

Hugmynda- og fræðilegur bakgrunnur

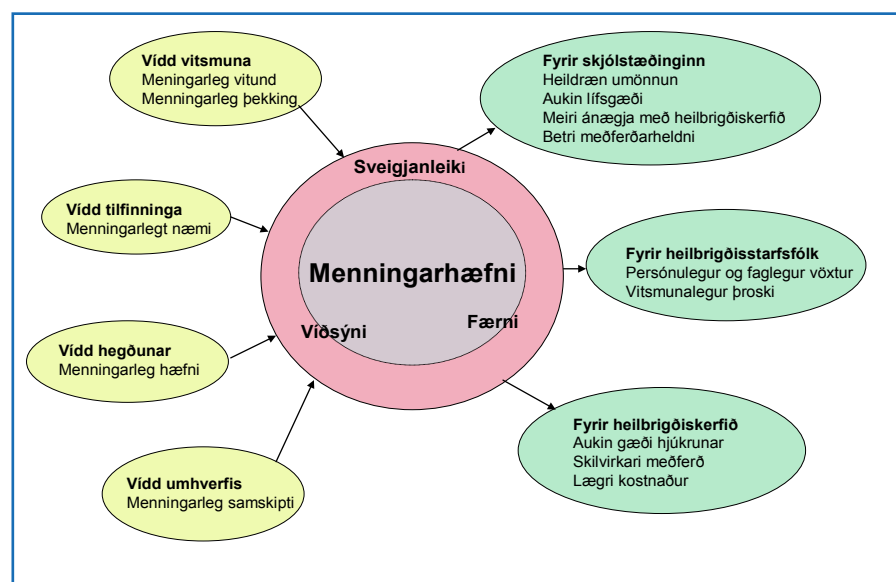
Menningarhæfni er ferli þar sem heilbrigðisstarfsmaður reynir stöðugt að öðlast þá færni sem þarf til að vinna í menningarlegu tilliti með skjólstaðingi, einstaklingi eða í samfélagi þannig að árangri sé náð. Ferlið er breytilegt og krefst þess að hafa opinn huga og vera viðbúinn því að hugmyndir hans geti breyst í tímans rás eftir því sem hann mætir fleiri einstaklingum annarrar menningar (Campinha-Bacote, 1999; Crigger, Brannigan & Baird, 2006; Suh, 2004). Menningarhæfni er, rétt eins og menning, margslungið og flókið hugtak sem fræðimenn greina í nokkur undirhugtök eins og vitund, viðhorf, þekkingu, næmi, skilning, hæfni, samskipti og löngun. Misjafnt er eftir höfundum hvaða undirhugtök eru talin með en sameiginlegi þráðurinn er að við samruna hugtakanna verður menningarhæfni ljós (Brathwaite,

2005; Callister, 2001; Campinha-Bacote, 1999; Kim-Godwin, Clarke & Barton, 2001; St. Clair & McKenry, 1999; Suh, 2004). Mat á menningarhæfni heilbrigðisstarfsfólks er fyrst og fremst sjálfsmat þeirra á eigin hæfni með mælitækjum byggðum á áðurnefndum undirhugtökum, en sjaldnast er um að ræða tengingu við útkomu skjólstaðinga eða þeirra mat á hæfni starfsfólks. Ýmsar aðferðir hafa verið notaðar til að efla menningarlega hæfni meðal heilbrigðisstarfsmanna t.d. fyrirlestrar, rannsóknarvinna, ráðgjafþjónusta, hlutverkaleikir, vinnusmiðja og verknám eða dvöl meðal fólks ólíkrar menningar (Brathwaite, 2005; Leishman, 2004; St. Clair & McKenry, 1999). Ávinningur af menningarfærni í heilbrigðisþjónustu er ekki eingöngu fyrir skjólstaðingana heldur einnig fyrir heilbrigðiskerfið og starfsfólk þess (sjá mynd 1).

Heilsulæsi (*health literacy*) er annað hugtak sem rannsóknin byggir á, skilgreint sem færni einstaklings til að nálgast, skilja og bregðast við heilsufarsupplýsingum á þann hátt að það komi að notum til eflingar og viðhalds góðri heilsu (World Health Organisation [WHO], 1998). Nýbúar sem hafa takmarkaðan skilning á tungumálinu og geta ekki lesið leiðbeiningar eða skilja ekki heilbrigðisupplýsingar hafa takmarkað heilsulæsi. Ástæður þess eru tungumálaerfiðleikar en ekki síður menningartengdir árekstrar því bæði tungumál og menning hefur áhrif á hvernig einstaklingar taka við heilsufarsupplýsingum og hvernig þeir nýta þær upplýsingar sem þeir fá. Menning ein-

staklings skýrir að miklu leyti viðhorf hans til heilbrigðis og veikinda auk túlkunar á ein-kennum og hvernig og hvenær hann leitar til heilbrigðiskerfisins (Mullins, Blatt, Gbarayor, Yang, & Baquet, 2005). Í umönnun skjólstaðinga sem koma úr annarri menningu er því mikilvægt að gera sér grein fyrir heilsulæsi þeirra. Heilsulæsi kvenna á meðgöngu felur, auk áðurnefndra atriða, í sér hæfni til að merkja teikn um áhættu á meðgöngu, að taka ákvarðanir um heilbrigða lífnaðarhætti á meðgöngu og að forðast lífnaðarhætti sem geta verið skaðlegir. Rannsóknir hafa sýnt tengsl á milli ungbarna- og mæðradauða og þess að hafa takmarkað heilsulæsi (Mullins o.fl., 2005; Ohnishi, Nakamura, & Takano, 2005; Renkert & Nutbeam, 2001). Í meðgönguvernd er sjálfstraust kvenna styrkt og þær læra að þekkja eigin líkama og treysta honum. Aukinn styrkur og sjálfstraust hjálpar konunni að takast á við nýtt hlutverk sitt sem móður (Ljósmeðrafélag Íslands [LMFÍ], e.d.). Í umönnun erlendra kvenna er mikilvægt að efla heilsulæsi þeirra með því að tryggja þeim upplýsingar og fræðslu sem þær skilja. Þannig eflist sjálfstraust þeirra og vitund um eigin heilsu og barna þeirra. Augljóslega er hlutverk ljósmeðra hér stórt og kallar á þekkingu þeirra á samhengi heilsulæsis og styrkingar kvennanna og ekki síður á menningarhæfni í barneignarþjónustunni.

Barnsfæðing er djúpstæð reynsla þar sem menningarlegur bakgrunnur konunnar hefur mikla þýðingu og misjafnt hvort litið er á meðgöngu og fæðingu barns sem læknis-



Mynd 1. Líkan af undirhugtökum menningarhæfni í fjórum viddum (vinstra megin) og tengdum útkomubreytum (hægra megin). Heimild: Suh, E. E. (2004). The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2), bls. 97.

fræðilegt viðfangsefni eða lífeðlislegt ferli (Brathwaite & Williams, 2004). Á Íslandi eru ljósmæður aðalumnönnunaraðilar kvenna í barneignarferlinu og byggist hugmyndafræði Ljósmæðrafélags Íslands á því að barneignarferlið sé lífeðlislegt ferli en ekki sjúkdómur og jafnframt að ljósmæður eigi að virða sjónarmið ólíkra menningarheima, kynna sér viðhorf og menningu fólks og veita þjónustu í samræmi við það (LMFÍ, e.d.).

Í niðurstöðum doktorsrannsóknar Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2009) kemur fram samhljómur í fæðingarsögum 20 íslenska ljósmæðra þar sem þær m.a. leggja áherslu á einstaklingshæfða og samfellda ljósmóðurþjónustu sem er í samræmi við hugmyndafræði og stefnu LMFÍ (e.d.). Kjarninn er að vera hjá og með konunni þar sem leitast er við að koma til móts við óskir hvernar og einnar. Ætla má að aukin þekking og skilningur ljósmæðra á sérstöðu kvenna sem koma erlendis frá þar sem tekið er tillit til menningartengdra viðhorfa, væntinga og hugmynda kvennanna um barneignarferlið og barneignarþjónustuna sé þýðingarmikill. Konur sem koma frá löndum þar sem ung- barna- og mæðradaudi er mikill eru hugsanlega hræddar við að fæða (Brathwaite & Williams, 2004; Rolls & Chamberlain, 2004). Fyrir konu sem lítur á meðgöngu og fæðingu sem eðlilegt ferli má ætla að öll inngríp séu henni áfall. Fyrir konu sem lítur á fæðingu sem áhættu og gerir hugsanlega ráð fyrir inngrípum þarf að taka tillit til skoðana hennar að því marki sem telja má skynsamlegt.

Hér á landi hafa ekki verið gerðar margar rannsóknir um fjölmenningu á heilbrigðisviði og engar sem tengjast barneignar-

ferli erlendra kvenna. Í viðtalsrannsókn um filippseyska sjúklinga á Landspítala komu fram menningartengdir árekstrar í umönnun þeirra (Requierme, 2006). Þá eru útlendingar oft útilokaðir í rannsóknum, bæði hér á landi og annars staðar, vegna tungumálaerfiðleika en erlendar rannsóknir gefa til kynna misgóða reynslu erlendra kvenna af barneignarþjónustu og birta vísbendingar um að ekki sé tekið nægjanlegt tillit til menningarbundinna viðhorfa í umönnun þeirra (McLachlan & Waldenström, 2005; Ny, Plantin, Karlsson & Dykes, 2007; Tsianakas & Liamputtong, 2002). Þá hættir heilbrigðisstarfsfólki til að hafa staðlaða ímynd af þeim sem hafa sama þjóðerni, litarhátt eða líkt útlit og sú ímynd hefur áhrif á þá þjónustu sem það veitir (Bowler, 1993; Leishman, 2004; Vydelingum, 2005).

Markmið rannsóknarinnar var að dýpka skilning og þekkingu á menningartengdum viðhorfum, hefðum og væntingum erlendra kvenna til meðgöngu, fæðingar og sængurlegu ásamt því að varpa ljósi á reynslu þeirra af barneignarferlinu og barneignarþjónustunni hér á landi. Rannsóknin var eigindleg með aðferð etnógrafíu og var gagna aflað með viðtölum við erlendar konur sem hafa reynslu af þjónustu í barneignarferlinu hér- lendis. Tvær rannsóknarspurningar voru lagðar fram:

- 1 Hver eru menningartengd viðhorf, hefðir og væntingar erlendra kvenna búsettra hérlendis til meðgöngu, fæðingar og sængurleгу?
- 2 Hver er reynsla erlendra kvenna af barn- eignarferlinu og barneignarþjónustunni hér á landi með hliðsjón af menningar- hæfni?

Í þessari grein er lögð áhersla á fyrri spurninguna og þær niðurstöður sem nema raddir kvennanna um menningartengd við- horf og væntingar sem einnig endurspeglast í reynslu þeirra af barneignarferlinu og barn- eignarþjónustu hér á landi.

ADFERÐ

Etnógrafía hefur það markmið að nálgast sjónarhorn einstaklinga út frá þeirri menningu sem þeir koma úr og hæfir tilgangi rannsóknarinnar. Gagnasöfnun fólst í viðtölum við sjö erlendar konur í barneignarferli þeirra, tvö viðtöl við hverja þeirra, með einni undantekningu; alls 13 viðtöl. Fyrra viðtalið var tekið í lok meðgöngu á heilsugæslu- stöð og seinna viðtalið nokkrum vikum eftir fæðingu á heimili kvennanna. Í viðtölunum var stuðst við viðtalsramma en viðtölin voru jafnframt opin þ.e. sneru að ákveðnu rannsóknarviðfangsefni en rannsakandi gætti þess jafnframt að vera opin fyrir nýjum áherslum og sjónarmiðum þátttakenda. Viðtalsrammar byggðu á rannsóknarspurningunum, hugmyndafræði menningarhæfni, hugmyndafræði ljósmæðra um barneignarferlið, niðurstöðum fyrri rannsókna auk faglegrar reynslu höfundana. Þá var gerð for- prófun með viðtölum við tvær erlendar konur. Auk viðtalanna voru skráðar vettvangs- nótur tengdar hverju viðtali í formi lýsinga á konunum, útlit þeirra, viðmót, fas og hvernig þær tjáðu sig auk lýsinga á aðstæðum þeirra. Þá voru upplýsingar og athugasemdir frá tulkum skráðar. Viðtölin fóru ýmist fram á ensku þegar viðmælandi talaði góða ensku eða með tulk sem kom frá löggildri túlka- þjónustu. Fyrsti höfundur þessarar greinar tók öll viðtölin og vann úr gögnum í sam- vinnu við hina höfundana.

Þátttakendur voru valdir með tilgangsur- taki af þeim ljósmæðrum sem önnuðust konurnar í meðgönguvernd. Með tilgangsur- taki er átt við þátttakendur sem hafa áhuga og vilja til að deila þekkingu á viðfangsefninu, í þessu tilviki um menningarbundnar hug- myndir og viðhorf tengd barneignarferlinu (Green & Thorogood, 2004; Munhall, 2007; Polit & Beck, 2008). Ekki var skilyrt hvaðan viðmælendur kæmu til þess að einblína ekki á eitt þjóðerni umfram annað og komu viðmælendur frá sex ólíkum löndum í fjórum heimsálfum og höfðu búið á Íslandi frá einu ári til fjögurra. Tvær konur eru með háskóla- próf, tvær með próf úr framhaldsskóla, tvær með starfstengt nám og ein með grunn-

Nafn	Uppruni	Uppruni maka	Fæðingar	Útkoma fæðingar	Samskipti
Belinda	Bandaríkin	Ísland	Frumbyrja	Eðlileg fæðing	Viðtöl fóru fram á ensku
Fanney	Finnland	Ísland	Frumbyrja	Valkeisari sitjandi	Viðtöl fóru fram á ensku
Kolbrún	Kosovo	Kosovo	Fjölbyrja	Eðlileg fæðing	Maki túlkaði á íslensku
Salome	Afríka	Afríka	Fjölbyrja	Bráðakeisari tvíburar	Íslenskur tulkur á frönsku
Pamela	Pólland	Pólland	Frumbyrja	Eðlileg fæðing	Pólskur tulkur
Pálína	Pólland	Pólland	Frumbyrja	Eðlileg fæðing	Pólskur tulkur
Telma	Thailand	Ísland	Frumbyrja	Eðlileg fæðing	Tailenskur tulkur

Tafla 1. Nöfn viðmælenda, uppruni, uppruni maka, fyrri fæðingar, útkoma fæðinga og eðli samskipta

skólapróf eingöngu. Í allri umfjöllun hefur nöfnum kvennanna verið breytt til að koma í veg fyrir að hægt sé að þekkja þær. Tafla 1 lýsir þátttakendum nánar og hvernig samskipti við þær fóru fram. Í tilviki Salome er heimaland hennar ekki nefnt til að tryggja trúnað. Allar konurnar fæddu á Fæðingardeild 23A á Landspítala, fjórar lágu stutta sængurlegu í Hreiðrinu og fengu heimaþjónustu ljósmóður og þrjár lágu í nokkra daga á Sængurkvennadeild 22A.

Gögn voru greind með kóðunaraðferð og þemagreiningu (Bogdan & Biklen, 1998; Hammersley & Atkinson, 2007). Viðtölin voru skrifuð niður frá orði til orðs, þau lesin yfir endurtekið og hugtök og efnisatriði kóðuð sem komu oft fyrir. Kóðarnir voru bornir saman við athugasemdir og hugmyndir í vettvangsnótum sem voru mikilvægar til að varpa frekara ljósi á aðstæður þátttakenda og samspil þeirra við niðurstöður viðtalanna gaf heildrænni mynd af sjónarhorni erlendra kvenna af barneignarferlinu og barneignarþjónustunni. Var þannig farið fram og tilbaka í gögnunum til þess að draga þau betur saman og tengja saman efni sem heyrði saman. Þar sem rætt var við hverja konu tvisvar fléttuðust viðtöl herrar konu saman og hugmyndir og menningartengd viðhorf þeirra sem höfðu komið fram í fyrra viðtali komu aftur fram í seinna viðtali ef til vill með öðrum áherslum. Á þennan hátt voru greind þrjú meginþemu og nokkur undirþemu sem verður nánar lýst hér á eftir.

Síðfræðileg álitamál

Tekið var tillit til þess að barnshafandi konur eru viðkvæmur hópur og þátttakendur teljast og til minnihlutahóps sem nýbúar á Íslandi. Ráðstafanir voru gerðar til að bregðast við ef upp kæmi erfið reynsla í viðtölunum sem ástæða þætti til að vinna nánar með. Konurnar fengu afhent kynningarbréf á íslensku og/eða ensku áður en þær gáfu samþykki sitt fyrir þátttöku. Leyfi fyrir rannsókninni var fengið hjá Vísindasiðanefnd (09-056-S1) og hún tilkynnt til Persónuverndar (S-4316).

Þegar túlkur var með í viðtalinu var áréttaður trúnaður hans og þagmælska. Leyfi var fengið fyrir því að taka viðtölin upp og útskýrt hvernig unnið yrði með upplýsingarnar, lýst ráðstöfunum til að vernda trúnað og eyða gögnum. Upplýst samþykki var á íslensku og/eða á ensku og túlkað þegar við átti. Viðtal getur haft ólíka merkingu eftir menningu og viðbrögð önnur en vænta má

Meginþemu	Undirþemu	
Þema I Fjölskyldulíf fjarri heimahögum	Í nýjum aðstæðum	
	Skortur á félagslegum stuðningi	
Þema II Að eignast barn í nýju landi	Viðhorf og hugmyndir um barneignarferlið	Meðgangan
		Lífnaðarhættir Hugmyndir um fæðinguna
		Verkjameðferð í fæðingunni Viðvera maka/aðstandenda
	Sátt við skipulag barneignarþjónustunnar	Brjóstagjöf
Þema III Snertifletir samskipta	Einangrun og depurð eftir fæðingu	
	Misgöð reynsla af samskiptum	Tjáskipti með og án túlka Fræðsla á meðgöngu
	Að leggja allt sitt traust á fagfólkið	Viðmót starfsfólks
	Árekstrar við kerfið	Aðgengi upplýsinga

Mynd 2. Meginþemu og undirþemu

hjá íslenskum viðmælendum. Jafnframt getur rannsakandi birst viðmælendum sem yfirboðari eða ógn í ljósi menntunar og stöðu. Rannsakandi var meðvitaður um þessi atriði og brást við með varfærni og skilningi. Þá jók það gagnkvæmt traust viðmælenda og rannsakanda að rætt var við hverja konur tvisvar.

Með því að ræða við ljósmóður sem fagaðila og með reynslu af umönnun erlendra kvenna höfðu þátttakendur nokkurn ávinning af viðtölunum. Gafst þar tækifæri til að ræða menningartengd viðhorf og væntingar til barneignarferlisins, spegla sig í þeim viðhorfum sem almennt ríkja hér og fá nýja sýn á viðhorf sín og reynslu með því að færa þau í orð (Kvale, 1996). Einnig getur það verið jákvæð upplifun að finna að einhver hefur sérstakan áhuga á þeirra lífi og reynslu (Green & Thorogood, 2004) og voru konurnar mjög fúsar að tjá sig og sumar væntu árangurs af rannsókninni

NIÐURSTÖÐUR OG UM RÆÐUR

Í viðtölum við þátttakendur kom fram að fjölskyldulífið fjarri heimahögum er um margt öðruvísi en það hefði verið í heimalandi kvennanna. Oft er makinn eini stuðningsaðilinn og eftir fæðingu eru konurnar mikið einar heima með barnið og heimprá og söknuður eftir nánustu fjölskyldu magnast í einverunni. Aðlögun kvennanna

að nýju lífi hér er mislangt á veg komin. Félagslegur stuðningur með tilheyrandi aðstoð og ráðgjöf er lítill og fara þær á mis við hefðir úr samfélagi sem þær þekkja. Við bætast árekstrar í samskiptum vegna tungumálaerfiðleika og mismunandi viðhorfa og væntinga um þjónustu. Til viðbótar eru fjárhagslegar áhyggjur og óöryggi tengt efnahagsástandi landsins og atvinnuleysi.

Á mynd 2 má sjá þau meginþemu og undirþemu sem komu í ljós við gagnagreiningu. Hér verður fjallað um þemað að eignast barn í nýju landi en síðar í annarri grein verða önnur þemu og niðurstöður kynntar.

Viðhorf og hugmyndir um barneignarferlið

Meirihluti kvennanna voru frumbyrjur að fæða sitt fyrsta barn í okunnu landi. Þó hafa þær ákveðnar hugmyndir og viðhorf um barneignarferlið og barneignarþjónustuna byggt á því menningarlega umhverfi sem þær koma úr. Verður fjallað um þá þætti sem komu fram sem undirþemu. Tilvitnanir viðmælenda eru ýmist á ensku beint frá konunum eða í gegnum túlk á íslensku. Málfræði er ekki leiðrétt og er tjáningu viðmælenda þannig gefin rödd eins og næst verður komist.

Meðgangan

Flestar töldu konurnar þann hugsunarhátt ríkjandi hér á landi að meðgangan væri ekki

sjúkdómur heldur eðlilegt, náttúrulegt ferli í lífi konunnar. Féll það í öllum tilvikum vel að þeirra eigin viðhorfi þótti það væri gagnstætt því sem þær töldu vera ríkjandi í menningu þeirra og heimalandi eins og sjá má á orðum Fanneyjar:

In Finland women has some weird attitude that they are some patients, at least that's just my image and what I've been reading you know. I think that things are a little bit different here. I think that they are a little bit better here.

Lifnaðarhættir

Viðhorf og hugmyndir viðmælenda um lifnaðarhætti á meðgöngu voru að mestu samhljóma almennum viðhorfum hér á landi. Engin kvennanna reykti né neytti áfengis á meðgöngu og flestar töldu farsælast að borða hollan og fjölbreyttan mat á meðgöngu og eftir fæðingu. Þó eru hefðir um mataræði í barneignarferlinu mismunandi eftir menningu og reyndu þær að fylgja sínum hefðum.

Pólsku konurnar tvær voru sammála um að ófrískar konur eru meira verndaðar í Pólandi en almennt tíðkast hér og þær eigi að hlífa sér. Þessi viðhorf stangast á við almenn viðhorf og hefðir hérlendis og valda hugsanlega árekstrum í umönnun t. d. varðandi veikindafrí. Pálína lýsir þessu hér:

Í Póllandi er kona mikið meira vernduð. Þegar hún líður svolítið illa og talar við lækni fær hún strax veikindafrí og hún fer í frí og hún hvílir sig eins lengi og henni finnst hún þurfa að hvíla sig en hér er mjög erfitt að tala við lækni til þess að fá veikindafrí.

Skilningur á áhrifum menningar á gildi og hegðun fjölbreyttra hópa fæst með því að vera meðvitaður um ólíka menningu og afla sér þekkingar á menningartengdum viðhorfum ólíkra hópa (Burchum, 2002; Kim-Godwin o.fl., 2001 & Suh, 2004). Framangreint viðhorf pólsku kvennanna er dæmi um ólík viðhorf til lifnaðarháttar á meðgöngu vegna menningarlegs bakgrunns. Með því að þróa með sér það innsæi að mismunandi sjónarmið skýra ólíkan sannleik verður meiri skilningur á árekstrum hugmynda og væntinga sem þetta einfalda dæmi sýnir. Þar með

skapast meiri grundvöllur fyrir því að finna lausnir og úrræði sem henta.

Hugmyndir um fæðinguna / verkjameðferð í fæðingunni

Flestar kvennanna tjáðu nokkurn kvíða fyrir fæðingunni sem má teljast eðlilegt hjá konum á meðgöngu, t.d. kvíði fyrir hríðaverkjum og hvort allt verði í lagi með barnið. Nokkrar lýstu kvíða vegna óvissu og tjáskipta við ljósmæður í fæðingunni. Pálína sagði:

Ég held að þá er ég hrædd við það óvissu sem kemur. Ég veit ekki hvernig þetta verður. Auðvitað er maður hræddur líka að það kemur ekkert fyrir barnið og hvort það verði í lagi og allir þessir verkir sem á að koma. Almennt þá er ég...kvíðir mig fyrir. En mest þá hef ég áhyggjur af því að ég mun ekki skilja ljósmóðurina.

Konurnar höfðu það viðhorf að fæðingin sé eðlilegt ferli og vildu flestar nota óhefðbundnar aðferðir í stað verkjalyfja í fæðingu sinni. Nokkrar fagna möguleika á vatnsbaði sem verkjameðferð og virðist það ekki vera í boði í sama mæli í heimalöndum þeirra.

Belinda: Yeah, I would like that [að nota baðið]. And that's different here because in the US when we were talking about it I think there's one room in the whole hospital that has a bath. It's not that common whereas here it seems more common.

Salome sem fæddi fyrra barn sitt erlendis, var ekki kvíðin en hugmyndir hennar um eðlilega fæðingarstillingu eru ólíkar því sem mælt er með hér:

Nei. Ég er alltaf bjartsýn. Ég lít á þetta jákvæða...held að þetta gangi bara fínt og hef engar áhyggjur af þessu. Ég held að þau komi bara venjulega ég er ekkert að hugsa um keisara eða eitthvað svoleiðis. [Hvernig venjulega?] Bara liggja flöt á bakinu. Bara á bakinu og bíða eftir að barnið komi. Ekkert að vera í vatni eða svoleiðis.

Viðvera maka/aðstandenda

Meðal þess sem konurnar voru ánægðar með og mátu mikils í hefðum hér á landi, var

viðvera maka/aðstandenda í fæðingunni en meirihluti kvennanna kemur frá löndum þar sem maki er almennt ekki viðstaddur fæðinguna. Þótti konunum það mjög jákvætt og í seinni viðtölum kom fram að þeim þótti mikill stuðningur að hafa maka sinn með. Kolbrún var spurð um hefðir tengdar viðveru aðstandenda í fæðingunni í hennar heimalandi og svaraði hún:

Það er ekki leyft á spítalanum sko. Það geta verið tvær konur í sama herbergi. Það má ekki fara inn í herbergi þar sem aðrar konur eru. Mér finnst mjög gott að hann getur verið hjá mér.

Það skal tekið fram að makar voru ekki spurðir sérstaklega um þetta atriði í viðtölunum en óbeint kom fram að þeir voru sama sinnis. Maki Pálínu lýsti upplifun sinni af fæðingunni:

Ég upplifði það [fæðinguna] mjög vel. Ég held persónulega að staða eiginmannsins eigi að vera viðstaddur fæðinguna.

Í rannsókn Wiklund, Aden, Högberg, Wikman og Dahlgren (2000) kom fram að sumum sómölskum konum fannst mjög óþægilegt að hafa maka sinn með sér þar sem fæðingin væri heimur konunnar. Það sýnir glögggt hversu viðhorf og væntingar kvenna til barneignarferlisins, í þessu tilviki viðveru maka, geta verið mismunandi og því mikilvægt að barneignarþjónustan taki mið af þörfum hvers og eins. Þróun menningarhæfni felur í sér stöðuga öflun upplýsinga um mismunandi og oft á tíðum ólíka menningu, hvað það er sem einkennir tiltekna hópa hvað varðar samskipti og hugsunarhátt, án þess þó að alhæfa um hópinn (Burchum, 2002; Dean, 2010; Kim-Godwin o.fl., 2001 & Suh, 2004). Ætla má að þekking á venjum og hefðum konunnar um viðveru maka auki skilning á væntingum hennar og ekki megi ganga út frá því að öllum konum finnst það jákvætt að maki sé viðstaddur fæðinguna.

Brjóstagjöf

Allar konurnar áttu það sameiginlegt að vilja hafa barnið sitt á brjósti. Mismikil áhersla er lögð á brjóstagjöf eftir menningu hverrar og einnar og oft tengist lengd brjóstagjafar lengd fæðingarorlofs. Belinda

telur almennt jákvæðara viðhorf til brjóstagjafar hér á landi en í hennar heimalandi. Sérstaklega tekur hún eftir að brjóstagjöf í Bandaríkjunum er víða feimnismál og þar sést ekki til kvenna gefa börnum sínum brjóst á opinberum stöðum í eins miklum mæli og gert er hér:

I am feeling that it [brjóstagjöf] is a little bit more acceptable here or I mean it's acceptable in the US but you have to be very covered all the time. The whole industry is built on fancy... you know covers to hide it.

Sátt við skipulag barneignarþjónustunnar

Konurnar í rannsókninni voru almennt ánægðar með skipulag barneignarþjónustunnar. Þeim fannst gott að ljósmóðir annast konur í eðlilegri meðgöngu en vísar til annarra sérfræðinga þegar út af bregður. Pálína:

Mér finnst eðlilegt og mjög gott að hafa samskipti eingöngu við ljósmóður. Til dæmis í mínu tilfelli þá var tímabil þegar maginn á mér stækkaði ekki eins og hann á að stækka eðlilega og þá ljósmóðir tók þessi strax alvarlega og sendi mig í sónar. Og það var það sem var alveg nóg fyrir mig. Það var viðbrögð og ég er bara mjög ánægð með þetta.

Tveim viðmælendum fannst mæðraskoðanir of fáar og höfðu af því áhyggjur. Kolbrún:

Það eina [aðspurð um meðgöngu-eftirlitið] sko er að ég mundi vilja kannski koma oftar. Til að vita að allt sé í lagi sko.

Konunum fannst mikilvægt að hitta alltaf sömu ljósmóður í meðgönguverndinni ekki síst ef þjónustan var samfelld á þann hátt að þær hittu aftur sömu ljósmóður í heimaþjónustu eftir fæðinguna. Niðurstöðurnar gefa til kynna að skipulag barneignarþjónustu þar sem ljósmóðir er aðalumönnunaraðili konunnar hentar vel erlendum konum. Margar rannsóknir hafa leitt í ljós ánægju kvenna almennt með samfellda ljósmæðraþjónustu (Biró, Waldenström, Brown & Pannifex, 2003; Brown & Lumley, 1994; van Teijlingen, Hundley, Rennie, Graham & Fitzmaurice, 2003) og kemur því þessi niðurstaða

ekki á óvart. Fellur sú hugsun vel að sameiginlegri hugmyndafræði ljósmæðra sem leggur áherslu á einstaklingshæfða og samfellda þjónustu til að stuðla að gagnkvæmu trausti og góðu sambandi á milli ljósmóður og konu í barneignarferli hennar (LMFÍ, e.d, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009). Mikilvægi þessa trausts verður seint fullmetið ekki síst þegar konan er í ókunnu umhverfi með ólíkan menningarlegan bakgrunn þar sem ætla má að lengri tíma taki að skapa þetta traust. Næmi fagaðila (Papadopoulos, 2006) í þessu tilfelli ljósmóðurinnar, sem einn þáttur menningarhæfni, fyrir ólíkum viðhorfum og væntingum konunnar er undirstaða þess að gagnkvæmt traust skapist sem byggist á samstarfi beggja aðila þ.e. konunnar og ljósmóðurinnar.

Hvað er ljósmóðir?

Nokkur óvissa kom fram hjá þátttakendum um starfssvið einstakra faghópa, aðallega ljósmæðra, og vísa þær gjarnan í frásögnum sínum almennt til heilbrigðiskerfisins. Starfsheitið ljósmóðir virðist ekki vera alls staðar þekkt og þótt sú stétt sé til er starfssvið hennar ólíkt eftir löndum. Það var t.d. nýtt fyrir Belínu að vera í meðgöngueftirliti hjá ljósmóður en hún gerði sér fljótlega grein fyrir að starfssvið ljósmæðra á Íslandi er annað en víða í Bandaríkjunum. Sem dæmi lýsti hún áhyggjum af brjóstagjöfinni þar sem í heimalandi hennar er það brjóstargjafi sem leiðbeinir um brjóstagjöfina og virtist hún þannig vera óörugg um hlutverk ljósmæðra hér en eitt mikilvægasta hlutverk þeirra hér er að fræða og leiðbeina um brjóstagjöf.

Niðurstöðurnar gefa tilefni til að huga betur að því að kynna fyrir erlendum konum hvaða menntun ljósmóðir á Íslandi hefur og í hverju starf hennar er fólgið á öllu barneignarferlinu. Ætla má að það myndi styrkja samband konunnar við sína ljósmóður í meðgönguverndinni og auka öryggi konunnar gagnvart öðrum ljósmæðrum sem hún mætir. Meginniðurstaða viðtalsrannsóknar Hildar Kristjánsdóttir (2009) um íslenskar konur í mæðravernd var sú að konunum fannst það veita þeim öryggiskennd að koma í meðgönguvernd og fannst þeim einna mikilvægast að geta treyst faglegri færni ljósmóðurinnar. Ætla má að erlendar konur hafi svipaðar væntingar til umönnunaraðila sinna í meðgönguverndinni og að sama skapi er mikilvægt að konurnar þekki

hlutverk þeirra. Samsvarar þetta rannsókn Herrel o.fl. (2004) þar sem sómalskar konur í Bandaríkjunum vildu fá betri upplýsingar um hlutverk fagfólks sem annaðist þær. Er hér komið inn á áður nefnda hugtakið heilsulæsi en einstaklingar sem kunna illa tungumál þess lands sem þeir búa í eiga erfiðara um vik að skilja og nýta sér upplýsingar um heilbrigðiskerfið og heilbrigðisþjónustuna m.a. um hver gerir hvað.

Einangrun og depurð eftir fæðingu

Sængurlegan og tíminn eftir fæðinguna var í nokkrum tilfellum mjög erfiður tími fyrir viðmælendur rannsóknarinnar og stóðst ekki væntingar þeirra. Þær söknuðu hefða og siða úr því samfélagi sem þær koma úr og stuðnings fjölskyldu, nágranna og vina. Varð vart við depurð hjá tveimur þeirra. Kolbrún sagði frá því að í hennar menningu fara konur ekki út í 40 daga eftir fæðingu og á þeim tíma koma nánustu ættingjar, vinkonur og nágrannar og aðstoða við umönnun barnsins og heimilishald auk þess að gefa ráð.

Niðurstöður þessarar rannsóknar benda á mikilvægi þess að starfsfólk heilbrigðiskerfisins sé vel vakandi yfir liðan erlendra kvenna eftir fæðingu og hafa í huga mögulega einangrun þeirra vegna skorts á félagslegum stuðningi. Þar þarf að hafa í huga skimun fyrir þunglyndi eftir fæðingu en Edinborgarþunglyndiskvarði (EPDS) sem notaður er á flestum heilsugæslustöðum er til á veraldarvefnum á mörgum tungumálum. Niðurstöður rannsóknar Nahas ofl. (1999) benda til að samband sé á milli þunglyndis eftir fæðingu og skorts á samfélagslegum stuðningi og viðmælendur þeirrar rannsóknar höfðu margar ekki heyrt um fæðingarþunglyndi í sínu heimalandi en töldu mikilvægt að fá fræðslu á meðgöngunni um þennan vanda bæði fyrir sig sjálfar og ekki síður maka þeirra. Er það umhugsunarvert í ljósi þessa hvort fræðsla til kvenna og maka þeirra á meðgöngu um fæðingarþunglyndi væri til bóta fyrir foreldra sem koma erlendis frá svo þau séu viðbúin því hvers þau megi vænta eftir fæðinguna, þekki einkenni fæðingarþunglyndis og geti sjálf gert ráðstafanir sem tryggja konunni meiri stuðning eftir fæðinguna. Með þessu væri heilsulæsi þessara verðandi foreldra eftir og um leið styrkur þeirra til að takast á við þær miklu breytingar sem verða í lífi þeirra við barnsfæðingu. Einnig er mikilvægt



að umönnunaraðilar afli sér þekkingar (einn þáttur menningarhæfni) á samfélagslegum hefðum og venjum erlendra kvenna um tímann eftir fæðingu til að auka skilning á líðan þeirra.

STYRKLEIKAR OG TAKMARKANIR RANNSÓKNAR

Rannsóknin hefur þær takmarkanir að einungis er um eitt sjónarhorn að ræða þ.e. viðhorf, væntingar, hugmyndir og reynslu erlendra kvenna í tengslum við barneignarferli þeirra og þá þjónustu sem þær fengu. Þá voru konurnar fáar og komu frá mismunandi löndum og hafa fjölbreytileg viðhorf og væntingar tengdar mismunandi menningu. Þetta þótti þó hæfilegur fjöldi í rannsókn sem þessari og var ákveðinni metun náð um grunnatriði. Hins vegar má einnig líta á það sem styrkleika að konurnar voru frá mismunandi löndum þar sem það hafði gagnýtt gildi að fá fram ólík viðhorf og reynslu svo greina mætti sameiginlega þætti enda endurspeglar það raunveruleikann í fjölmenningu á Íslandi. Með vali á einu þjóðerni má ætla að auknar líkur hefðu verið á staðlaðri ímynd af hópnum í stað þess að horfa á hverja konu sem einstaka.

Viðtölin fóru fram með túlk eða á ensku og því var ákveðin hættu á misskilningi auk þess sem flæði og dýpt í viðtölunum var takmarkaðra. Eftir viðtölin var rætt við túlkinn og helstu umræðuefni tekin upp og

misskilningur leiðréttur.

Það var styrkur rannsóknarinnar að konurnar voru fúsar til að deila viðhorfum sínum og reynslu þrátt fyrir ólíkan menningarlegan bakgrunn og tungumálatálma. Það má einnig telja sem styrkleika að rannsakandi er fagaðili með langa reynslu í samskiptum við konur í barneignarferlinu bæði erlendar og íslenskar. Það jók á traust sem konurnar báru til rannsakanda og þær voru opnari fyrir vikið. Einnig styrkti það gagnkvæmt traust hlutaðeigenda að rætt var við hverja konu tvisvar.

SAMANTEKT

Niðurstöðurnar rannsóknarinnar gefa til kynna takmarkaða menningarhæfni í barn eignarþjónustunni hér á landi og takmarkað heilsulæsi kvennanna. Sérstakt áhyggjuefni eru þær vísbendingar sem komu fram um einangrun og depurð eftir fæðingu sem konurnar sjálfar tengdu skorti á félagslegum stuðningi. Konurnar í rannsókninni höfðu hins vegar flestar aðlagast aðstæðum sínum og voru þakklátar fyrir gott heilbrigðiskerfi á Íslandi sem tengist barneignarferlinu og þeim líkaði þau viðhorf sem leggja áherslu á eðlilegt ferli barneignar. Það er athyglivert að þær mátu það mikils að ljósmóðir er leiðandi fagaðili í meðgönguvernd kvenna í eðlilegri meðgöngu. Í röddum kvennanna mátti heyra samhljóm með hugmyndafræði ljósmæðra um einstaklingshæfða og samfellda þjónustu en eftir að hafa komist í sam-

band við ljósmóður í meðgönguverndinni fannst konunum eins og þær væru komnar í höfn og að það veitti þeim öryggiskennd að hitta alltaf sömu ljósmóðurina. Þá eru hefðir hérlandis sem konurnar eru þakklátar fyrir eins og viðvera maka í fæðingunni.

LOKAORÐ

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að skipuleggja þurfi meðgönguvernd erlendra kvenna á sama hátt og annarra kvenna þar sem hverri heimsókn til ljósmóður er beint að ákveðnu umræðu- og athugunarefni en með sérstaka áherslu á menningarbundnar þarfir þeirra. Samfellda þjónustu ljósmæðra, þar sem konan hitti sömu ljósmóður í gegnum barneignarferlið, ber að tryggja eins og kostur er og meta þörf konunnar fyrir fleiri heimsóknir til ljósmóður og/eða annarra fagaðila. Viðtal eða ráðgjöf væri æskilegt í lok meðgöngu um menningartengdar hugmyndir og væntingar um fæðinguna þar sem reynt er að tryggja að ekkert komi konunni á óvart í tengslum við fæðingu barnsins hennar. Hér má nefna fæðingarstillingar, verkjameðferð, bjargráð í fæðingunni, viðveru maka/aðstandenda, túlkapjónusta, brjóstagjöf, breytingar sem parið á í vændum eftir fæðinguna og möguleg einangrun vegna skorts á félagslegum stuðningi. Útskýra ber hlutverk og starfssvið ljósmóður í fæðingunni þar sem starfssvið þeirra er ólíkt eftir löndum.

Í síðari grein verður fjallað um niðurstöður rannsóknarinnar er lúta að snertiflötum samskipta innan barneignarþjónustunnar, þekkingu sem var aflað um reynslu kvennanna sem nýta mætti til að þróa og bæta þjónustuna og efla menningarhæfni.

Þekking og aukinn skilningur á þörfum erlendra kvenna í barneignarferlinu verður best sóttur í raddir kvennanna sjálfra og er mikilvægt að fara þá leið til að fá inn-sýn í heim þeirra og aðstæður. Þessi rannsókn bætir við þekkingu sem mætti nýta til að auka skilning og koma betur til móts við þarfir og væntingar erlendra kvenna í umönnun og þannig stuðla að góðri útkomu fyrir þær og fjölskyldur þeirra sem eignast barn í nýju landi.

Viðfangsefni þessarar rannsóknar er nær óþægður akur hér á landi en niðurstöður rannsóknarinnar gefa tilefni til framtíðarrannsókna og má nefna rannsókn á viðhorfum og hugmyndum ljósmæðra, heyra raddir maka erlendra kvenna, rannsaka upp-

lýsinga-og fræðsluþarfir kvennanna, reynslu þeirra af tulkajónustu og kanna líðan þeirra eftir fæðingu.

Þakkir

Ljósmaðrafélagi Íslands eru færðar bestu þakkir fyrir að styrkja rannsóknina sem og þeim ljósmaðrum sem aðstoðuðu við val á þátttakendum. Viðmælendum eru færðar bestu þakkir fyrir að deila reynslu sinni og gefa innsýn í líf sitt sem maður í nýju landi. Er það von höfunda að raddir þeirra gefi víðsýni og þekkingu sem muni nýtast við þróun barneignarþjónustu erlendra kvenna.

HEIMILDIR

Biró, M. A., Waldenström, U., Brown, S. & Pannifex, J. H. (2003). Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: A randomized controlled trial. *Birth* 30(1), 1-10.

Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. (1998). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods*. Boston: Allyn and Bacon.

Bowler, I. M. W. (1993). Stereotypes of women of asian descent in midwifery: some evidence. *Midwifery*, 9, 7-16.

Brathwaite, A. C. & Williams, C. C. (2004). Child-birth experiences of professional Chinese Canadian women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33, 748-755.

Brathwaite, A. E. C. (2005). Evaluation of a cultural competence course. *Journal of Transcultural Nursing*, 16(4), 361-369.

Brown, S. & Lumley, J. (1994). Satisfaction with care in labor and birth: A survey of 790 Australian women, *Birth*, 21 (1): 4-13.

Burchum, J. L. R. (2002). Cultural competence: An evolutionary perspective. *Nursing Forum*, 37(4), 5-15.

Callister, L. C. (2001). Culturally competent care of women and newborns: Knowledge, attitude and skills. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 30(2), 209-215.

Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203-207.

Crigger, N., Brannigan, M. & Baird, M. (2006). Compassionate nursing professionals as good citizens of the world. *Advances in Nursing science*, 29(1), 15-26.

Dean, R. A. K. (2010). Cultural competence. Nursing in a multicultural society. *Nursing for Women's Health*, 14(1), 50-60.

Green, J. & Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. London: Sage Publications.

Hammersley, M. & Atkinson, P. (2007). *Ethnography. Principles in practice* (3. útgáfa). London: Routledge.

Herrel, N., Olevitch, L., DuBois, D. K., Terry, P.,

Thorpe, D., Kind, E. o.fl. (2004). Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(4), 345-349.

Hildur Kristjánsdóttir. (2009). „Svo maður sé öruggur.“ Fyrsta koma í meðgönguvernd. Í *Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (Ritstj.)*, *Lausnarsteinar. Ljósmaðurfraði og ljósmaðurlist* (bls. 21-37). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag og Ljósmaðrafélag Íslands.

Kim-Godwin, Y. S., Clarke, P. N. & Barton, L. (2001). A model for the delivery of culturally competent community care. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 918-925.

Kvale, S. (1996). *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. London: Thousand Oaks: Sage Publications.

Leishman, J. (2004). Perspectives of cultural competence in health care. *Nursing Standard*, 19(11), 33-38.

Ljósmaðrafélag Íslands. (e.d.). *Hugmyndafræði og stefnumótun*. Ljósmaðrafélag Íslands. Sótt 20.janúar 2011 af Library&ID=222&LIB=1&Do=50&File=LMFIstefnumotun.pdf

Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.

Maputle, M. S. & Jali, M. N. (2006). Dealing with diversity: Incorporating cultural sensitivity into midwifery practice in the tertiary hospital of Capricorn district, Limpopo province. *Curationis*, november, 60-69.

McLachlan, H. & Waldenström, U. (2005). Child-birth experiences in Australia of women born in Turkey, Vietnam and Australia. *Birth*, 32(4), 272-282.

Mullins, C. D., Blatt, L., Gbarayor, C. M., Yang, H. K. & Baquet, C. (2005). Health disparities: a barrier to high-quality care. *American Journal of Health-System Pharmacists* 62 (15), 1873-1882.

Munhall, P. L. (2007). *Nursing research. A qualitative perspective* (4. útgáfa). Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Nahas, V. L., Hillege, S. & Amasheh, N. (1999). Postpartum depression. The lived experience of Middle Eastern migrant women in Australia. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(1), 65-74.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 15(3), 259-267.

Ny, P., Plantin, L., Karlsson, E. D. & Dykes, A. (2007). Middle Eastern mothers in Sweden, their experiences of the maternal health service and their partner's involvement. *Reproductive Health*, 4(9).

Ohnishi, M., Nakamura, K. & Takano, T. (2005). Improvement in maternal health literacy among pregnant women who did not complete compulsory education: policy implications for community care services. *Health Policy*, 72, 157-164.

Ottani, P.A. (2002). Embracing global similarities: A framework for cross-cultural obstetric care.

Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 31(1), 33-38.

Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2009). *Lærdómur af fæðingarsögum. Nærvera, tengsl við konur og þekking ljósmaðra. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (Ritstj.)*, *Lausnarsteinar. Ljósmaðurfraði og ljósmaðurlist* (bls. 215-239). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag og Ljósmaðrafélag Íslands.

Papadopoulos, I. (2006). *Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone. Elsevier.

Polit, D. F. & Beck, C. H. (2008). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (8. útgáfa). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Renkert, S. & Nutbeam, D. (2006). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promotion International*, 16 (4), 381-388.

Requierme, G. (2006). *Gratitude growing from overcoming differences: A phenomenological hermeneutic study of the lived experience of Filipino patients at Landspítali*. Óbirt meistara-prófsritgerð: Háskólinn á Akureyri.

Rolls, C. & Chamberlain, M. (2004). From east to west: Nepalese women's experiences. *International Council of Nurses, International Nursing Review*, 51, 176-184.

St. Clair, A. & McKenry, L. (1999). Preparing culturally competent practitioners. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 228-234.

Suh, E. E. (2004). The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2), 93-102.

Tsianakas, V. & Liampittong, P. (2000). What women from an Islamic background in Australia say about care in pregnancy and prenatal testing. *Midwifery*, 18, 25-34

van Teijlingen, E. R., Hundley, V., Rennie, A. M., Graham, W., Fitzmaurice, A. (2003). Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth*, 30(2), 75-82.

Vydelingum, V. (2005). Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. *Nursing Inquiry*, 13(1), 23-32.

Wiklund, H., Aden, A. S., Högberg, U., Wikman, M. & Dahlgren, L. (2000). Somalis giving birth in Sweden: a challenge to culture and gender specific values and behaviours. *Midwifery*, 16, 105-115.

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Sótt 16. apríl 2011 af http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf

Ritrynd grein

Upplifun verðandi mæðra af ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu hjá fósttri á meðgöngu

Útdráttur

Hérlandis er öllum barnshafandi konum boðin mæðravernd með það að meginmarkmiði að stuðla að líkamlegu- og andlegu heilbrigði móður og barns. Mikilvægt er að greina áhættuþætti eins og vaxtarskerðingu fósturs sem fyrst á meðgöngu þar sem vaxtarskerðing getur bent til þroskafrávika hjá fósttri og/eða orsakað viðtæk vandamál.

Markmið rannsóknarinnar var að kanna reynslu kvenna af ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu hjá fósttri og samskipti þeirra við heilbrigðisstarfsfólk í tengslum við skoðunina. Þátttakendur voru átta konur sem allar höfðu farið í ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu á meðgöngu og eignast heilbrigð börn. Við val á þátttakendum var notað tilgangsrúrtak. Unnið var samkvæmt eigindlegri rannsóknaraðferð og fyrirbærafræðilegri nálgun. Gögnum var safnað með hálfstöðluðum viðtölum og greining fór fram með Vancouver skóla aðferðinni.

Helstu niðurstöður eru að allar konurnar upplifðu vanlíðan í tengslum við grun um vaxtarskerðingu og sumar sjálfsásökun. Aukin bið eftir tíma í ómskoðun orsakaði frekari vanlíðan. Flestum leið illa í skoðuninni sjálfri og voru áhyggjufullar. Öllum var létt að henni lokinni. Upplifun kvennanna af mæðravernd var yfirleitt góð og voru þær ánægðar með almenna upplýsingagjöf og viðmót ljósmæðra og lækna. Niðurstöður viðtalanna sýna fram á mikilvægi trausts og upplýsingagjafar í mæðravernd þegar grunur vaknar um vaxtarskerðingu hjá fósttri. Aukin þekking á reynslu kvenna af ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu fósturs gefur fagfólki tækifæri til að endurmeta nálgun í umræðu um vaxtarskerðingu fósturs á meðgöngu.

Lykilorð: Reynsla mæðra, vaxtarskerðing fósturs, ómskoðun, upplýsingar



Sigríður Rut Hilmarisdóttir
ráðgjafarþroskabjálfi hjá ÍTR



Sigríður Inga Karlsdóttir
ljósmóðir MSc lektor við Hjúkrunarfræðideild Háskólans á Akureyri



Helga Gottfreðsdóttir
ljósmóðir, PhD dósent við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

Abstract

All pregnant women in Iceland are offered antenatal care where the aim is to promote health and wellbeing of the mother and the child. It is important to detect problems such as growth restriction as early as possible. Fetal growth restriction may indicate some forms of disability or other problems. The aim of this study was to explore women's experience of undergoing an ultrasound scan when abnormal fetal growth was suspected. The objective of the study was to gain insight to women's experience and explore the information they were given and their experience of antenatal care. Vancouver school of doing phenomenology was used and semi structured interviews were conducted with eight participants. The main findings were that inconvenience was experienced by all the women, they felt uneasy and some felt self-incrimination when growth restriction was suspected. If the women had to wait for the ultrasound scan more anxiety was reported. Most women felt uneasy during the scan, were worried and all of the women were relieved after the scan. The women's experience of the antenatal care was in general good and they were content with the information and attitude of professionals.

The findings show the importance of trust and information in antenatal care when there is a suspicion of fetal growth restriction. Increased knowledge about women's experience of ultrasound in such situation will enable professionals to reconsider their approach in discussing growth restriction during pregnancy.

Keywords: Women's experience, growth restriction, ultrasound, information

INNGANGUR

Hér á landi stendur meðgönguvernd öllum verðandi mæðrum til boða með það að markmiði að stuðla að heilbrigði móður og barns, veita fræðslu um meðgöngu og fæðingu, veita faglega umönnun, stuðning og ráðgjöf, greina áhættuþætti og bregðast við þeim (Reglugerð fyrir heilsugæslustöðvar nr. 787/2007). Til að meta vöxt fósturs frá 25. viku meðgöngu er legbotnshæð mæld og hún þannig notuð sem kembirannsókn á vaxtarseinkun en stuðst er við íslenskt legvaxtarrit frá árinu 1988 (Þóra Steingrimsdóttir, 1991). Ef legbotnshæð helst óbreytt tvær mælingar í röð og fóstrið virðist lítið við þreifingu á legi er konum boðið að fara í vaxtarómskoðun (Hrafnhildur Margrét Bridde & Harpa Ósk Valgeirsdóttir, 2008).

Í einhverjum tilfellum gefa legbotnsmælingar tilefni til frekari rannsókna sem geta staðfest eða bent til að líkur séu á að ófætt barn sé vaxtarskert og/eða fatlað. Meðfædda galla er að finna hjá allt að 2-3% nýfæddra barna en búast má við að í ómskoðun við 18-20 vikna meðgöngu, greinist fósturgalli hjá 1% fóstura (Kristín Rut Haraldsdóttir, 2001). Vísbendingar eru um að nokkuð stór hópur kvenna fari í ómskoðun til að meta vöxt fósturs á meðgöngu, fyrir utan hinar hefðbundnu ómskoðanir. Engar nákvæmar tölur eru til yfir fjölda kvenna sem fara í ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu á meðgöngu.

Brýnt er að huga að líðan mæðra á meðgöngu en í rannsóknum hefur komið fram að konur hafa gjarnan áhyggjur af heilbrigði fóstursins (Sigríður Inga Karlsdóttir, Arna Rut Gunnarsdóttir, Eva Dögg Ólafsdóttir, Linda Björk Snorraddóttir & Ragnheiður Birna Guðnadóttir, 2008; Marga Thome & Stefanía B. Arnardóttir, 2009). Íslenskar rannsóknir benda til að konum finnist sjálfsagt að þiggja boð um meðgönguvernd, þær leggja áherslu á líkamlegt eftirlit og staðfestingu á heilbrigði barnsins (Helga Gottfreðsdóttir, 2001; Hildur Kristjánsdóttir, 2009). Lítið hefur þó verið skrifað um reynslu mæðra af því að fara í ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu fósturs á meðgöngu. Áhugavert er að skoða hvernig meðgönguverndin tekur á þessum viðfangsefnum og hvaða skilaboð og stuðning konur fá þegar grunur vaknar um vaxtarskerðingu á meðgöngu. Tilgangur þeirrar rannsóknar sem kynnt er í þessari grein, var að afla upplýsinga um upplifun kvenna af því að fara í ómskoðun

vegna gruns um vaxtarskerðingu fósturs á meðgöngu. Rannsóknarspurningin var: Hver er upplifun mæðra í tengslum við auka ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu hjá fósturi á meðgöngu? Eigindleg aðferð, með fyrirbærafræðilegri nálgun er beitt í rannsókninni og notast er við Vancouver skóla aðferðina (Sigríður Halldórsdóttir, 2003) og voru hálfstöðluð viðtöl tekin við átta konur um reynslu þeirra af því að fara í ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu

FRÆÐILEG SAMANTEKT

Samkvæmt klínískum leiðbeiningum fyrir konur í eðlilegri meðgöngu er mælt með því að mæla legbotnshæð frá 24. viku og fylgjast þannig óbeint með vexti fósturs. Þannig er skimað fyrir vaxtarfrávikum því vísbendingar um frávik s.s. vaxtarskerðingu og/eða sköpulagsgalla sem geta mögulega leitt til fötlunar gefa tilefni til frekari skoðana (Hildur Kristjánsdóttir, o.fl., 2008).

Flestum fósturum sem greinast með vaxtarfrávik vegnar ágætlega eftir fæðingu en þau eru viðkvæmari heldur en fóstur sem fylgja normalkúrfu í vexti. Vaxtarskert fóstur eru til dæmis viðkvæmari fyrir súrfeisþurrð sem leitt getur til fötlunar (Kolbrún Pálsdóttir, Atli Dagbjartsson, Þórður Þorkelsson & Hildur Harðardóttir, 2007). Það er því afar brýnt að foreldrar viti hvað felst í vaxtarskerðingu og að slíkt sé greint eins fljótt og kostur er. Talið er að u.þ.b. 2500 skoðanir séu gerðar á ári á Fósturgreiningardeild Landspítalanum í þeim tilgangi að meta vöxt fósturs. Ekki er hægt að sjá út frá þessum tölum hversu margar konur koma í skoðunina vegna gruns um vaxtarseinkun en hluti þessara skoðana er gerður vegna t.d. sykursýki móður, háþrýstings og fleiri áhættuþátta. Jafnframt er öllum konum í tvíburameðgöngu boðið að koma í vaxtarmat frá 30 vikum. Það er þó hægt að segja að töluverðum hópi kvenna er boðin ómskoðun til að fylgjast með vexti fósturs (María Hreinsdóttir, munnleg heimild, febrúar 2011). Í rannsókn Birnu Málmfriðar Guðmundsdóttur (2008) sem skoðaði algengi ógreindra léttbura á Landspítala á árunum 2005 og 2006, kemur fram að á þessum tveimur árum voru 111 börn eða 1,9% fullburða barna skilgreind sem léttburar við fæðingu. Af þeim 92 tilvikum sem rannsakandi skoðaði voru einungis 45,7% greindir fyrir fæðingu. Þjóðerni móður hafði marktækt forspárgildi fyrir

hvort léttburarnir greindust fyrir fæðingu en af börnum íslenskra mæðra voru 50% greind fyrir fæðingu en aðeins 16,7% af börnum erlendra mæðra.

Mikilvægt er að greina vaxtarskerðingu sem fyrst þar sem hún getur orsakað víðtæk vandamál hjá fósturi og/eða nýfæddu barni (Kolbrún Pálsdóttir, o.fl., 2007). Öllum verðandi foreldrum á landinu stendur til boða ráðgjöf í tengslum við ómskoðun (Anna Björg Aradóttir, Arnar Hauksson, Guðlaug Torfadóttir, Hildur Harðardóttir, Jón Jóhannes Jónsson, María Hreinsdóttir, ed.). Hins vegar hefur sú ráðgjöf sem veitt er verðandi foreldrum í kjölfar ómskoðana lítt verið rannsökuð hérlandis. Víða er öllum verðandi foreldrum boðin fósturskimun og er slíkt boð fastur liður í meðgönguvernd í nokkrum löndum, þar á meðal á Íslandi. Það er mikilvægt að vel sé staðið að öllum þáttum fósturskimana og þeir sem hlut eiga að máli fái ávallt vandaðar upplýsingar um tilgang ómskoðana til að geta tekið upplýsta ákvörðun um hvort þiggja eigi þær skoðanir sem í boði eru. Jafnframt þarf að eiga sér stað umræða um hvað gera skuli ef grunur vaknar um þroskafrávik hjá fósturi í kjölfar skoðunar (Helga Gottfreðsdóttir, 2009; Hildur Kristjánsdóttir, 2001).

AÐFERÐAFRÆÐI

Eigindleg aðferð með fyrirbærafræðilegri nálgun er beitt í rannsókninni og notast er við Vancouver skóla aðferðina (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Alhæfingargildi eiginlegra rannsókna er ekki fyrir hendi en þær gefa ákveðnar vísbendingar um reynslu þátttakenda og henta einnig til að auka skilning á því sem liggur að baki upplifunum fólks (Kvale 1996). Í þessu tilfelli er reynsla mæðranna á meðgöngu í tengslum við auka ómskoðun það sem þær eiga sameiginlegt. Allir átta viðmælendurnir sem valdir voru með tilgangsrúrtaki höfðu upplifað að fara í ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu. Tekin voru hálfstöðluð viðtöl við konurnar og þær beðnar að lýsa reynslu af því að vera boðin og fara í auka ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu fósturs. Jafnframt voru mæðurnar spurðar um þeirra fyrstu hugsanir og hvaða fræðslu og/eða upplýsingar þær fengu áður en þær komu í auka skoðunina, hvernig þeim leið meðan þær biðu eftir ómskoðuninni og hvernig þeim leið í skoðuninni sjálfri. Tilgangur rannsóknarinnar var að afla upplýsinga um upplifun kvenna af því

að fara í ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu fósturs á meðgöngu. Rannsóknarspurningin var: Hver er upplifun mæðra í tengslum við auka ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu hjá fóstri á meðgöngu? Markmið rannsóknarinnar var að kanna reynslu kvenna af ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu hjá fóstri og samskipti þeirra við heilbrigðisstarfsfólk í tengslum við skoðunina.

Leyfi voru fengin frá Siðanefnd Sjúkrahússins á Akureyri (FSA), framkvæmdastjóra hjúkrunar FSA, framkvæmdastjóra lækninga FSA og yfirljósmóður og yfirlæknis kvennadeildar FSA. Rannsóknin var tilkynnt Persónuvernd.

Þátttakendur

Í þýði rannsóknarinnar voru konur sem höfðu farið í auka sónarskoðun á Sjúkrahúsinu á Akureyri, höfðu fætt heilbriggt barn á síðustu 12 mánuðum og töluðu íslensku. Tilgangsrúttak er notað til að velja úrtak út frá tilgangi rannsóknarinnar (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Þátttakendur voru átta mæður sem þáðu boð um að koma í auka ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu barns á meðgöngu en mæðurnar höfðu allar fætt heilbriggt barn sem voru á aldrinum 10 vikna til 10 mánaða þegar viðtölin voru tekin. Konurnar bjuggu á Akureyri eða nágrenni. Þátttakendur voru fengnir með milligöngu yfirljósmóður og yfirlæknis kvennadeildar Sjúkrahússins á Akureyri. Konurnar voru á aldrinum 27-39 ára, þrjár frumbyrjur og fimm fjölbyrjur. Viðtölin fóru öll fram á heimili kvennanna og tóku um það bil klukkustund. Stuðst var við ákveðinn viðtalsramma sem innihélt fimm opnar spurningar sem allar snertu upplifun kvenna af því að vera boðið og að þiggja ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu fósturs.

Úrvinnsla gagna og gagnagreining

Viðtölin voru hljóðrituð, rituð orðrétt upp og greind samkvæmt Vancouver skóla aðferðinni (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Eftir hvert viðtal var byrjað á greiningu gagnanna og greiningin unnin samhliða gagnasöfnun. Gögnin voru flokkuð niður og leitað eftir mynstri eða þemum. Byrjað var vítt með því að finna meginþemu og svo þrengt til að finna undirþemu. Þannig var hægt að finna út hvað væri sameiginlegt hjá viðmælendum. Gögnin voru kóðuð til að

skipuleggja þau og flokka við kortlagningu þemanna. Þegar skyldleiki var fundinn á milli flokka var sett niður saga viðmælendanna. Nöfnum viðmælenda var breytt til að gæta trúnaðar.

Beitt var túlkandi fyrirbærafræði við greiningu gagnanna samkvæmt Vancouver skólanum í fyrirbærafræði. Aðferðin er gjarnan notuð þegar auka á skilning á mannlegu fyrirbæri með að leiðarljósi að bæta þjónustu við fólk. Byggt er á þeim skilningi að hver og einn upplifi og skynji heiminn með sínum eigin augum byggt á fyrri reynslu (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Aðferðin byggir á ferli þar sem síendurtekið er farið í gegnum ákveðna þætti: *að vera kyrr, að ígrunda, að koma auga á, að velja, að túlka, að raða saman og að sannreyna*. Þessu ferli er síðan fylgt í gegnum 12 þrep rannsóknarferlisins eins og því er lýst samkvæmt aðferðinni (Ástþóra Kristinsdóttir & Sigríður Halldórsdóttir, 2010).

NIÐURSTÖÐUR

Greind voru þrjú meginþemu í rannsókninni, fyrir ómskoðunina, í ómskoðuninni og eftir ómskoðunina, auk þeirra voru greind undirþemu sem voru lýsandi fyrir það sem fram kom í viðtölunum. Greiningarlíkanið má sjá á mynd 1.

Tíminn fyrir ómskoðunina

Fyrsta meginþemað er upplifun af tímnum fyrir ómskoðunina en sá tími afmarkast af því þegar konurnar fengu boð um að fara í ómskoðun og þar til komið var að ómskoðuninni sjálfri. Undir þessu aðalþema voru greind fjögur undirþemu.

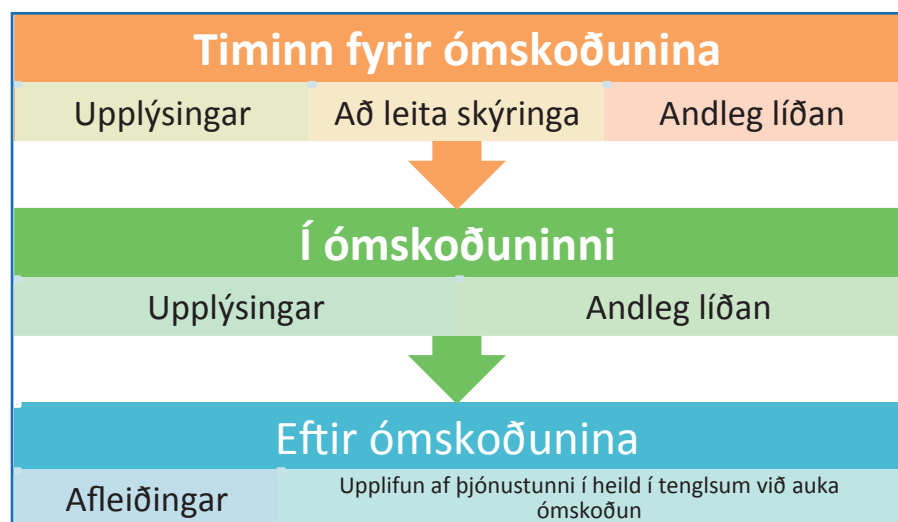
Upplýsingar

Það var nokkuð sammerkt með viðmælendum að upplýsingagjöf ljósmæðra vegna gruns um vaxtarskerðingu fósturs skiptir þær miklu máli. Í mörgum tilvikum róaði það konurnar að ljósmæðurnar sem buðu konunum að fara í vaxtarómskoðun töldu í raun að ekki væri um alvarlega vaxtarskerðingu að ræða eins og ein konan orðaði það „...þetta er algengt, þetta er varúðarráðstöfun“. Ljósmæðurnar gerðu í raun ekki mikið úr þessum grunsemdum og hughreystu konurnar með því að benda þeim á að það væri ekki ástæða til þess að hafa áhyggjur vegna hugsanlegrar vaxtarskerðingar. „Við skulum bara vera rólegar yfir þessu og tökum bara á málinu“. Konurnar sögðu að þær hefðu góðar upplýsingar um margt er varðaði skoðunina áður en þær fóru í vaxtarónarinn og að ljósmæðurnar hefðu hughreyst þær en lítið var um að þær fengju upplýsingar um hvað vaxtarskerðing gæti þýtt í raun og veru.

Sumar konurnar leituðu jafnframt eftir upplýsingum á netinu sem reyndist þeim misvel. „Stundum er gott að geta leitað að upplýsingum á netinu en stundum er það ekki ... ég sló því upp í google og þar sá ég að kona missti barnið sitt sem sagt 37 vikur sem var á nákvæmlega sama tíma og ég var á ... þannig að ég hugsaði ... það allra versta þannig að maður var bara með hnút í maganum“.

Fyrri reynsla

Fyrri reynsla af ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu hafði töluverð áhrif á viðbrögð þeirra. „Í seinna skiptið þá var ég búin



Mynd 1. Greiningarlíkan.

að ganga í gengum þetta allt áður ... þá voru allir bara rólegir yfir þessu". Aðrar konur vituðu í reynslu sem þær vissu af frá öðrum konum. „Þegar ég fór að skoða þetta aðeins betur þá náttúrulega róaðist maður strax, vitandi að þetta væri svo algengt". Konurnar hugleiddu lítið að vaxtarskerðing gæti bent til þroskafráviks hjá fósturi. Þær höfðu í raun ekki miklar áhyggjur þar sem þær vissu ekki um nein dæmi þess að barn hefði fæðst með eitthvað frávik vegna vaxtarskerðingar. Ein þeirra lýsti reynslu sinni þannig „...en á endanum komu heilbrigð börn". Þannig að þeirra reynsla var sú að þetta yrði líklega allt í lagi.

Að leita skýringa

Flestir viðmælendurnir upplifðu að áður en að ómskoðuninni kom reyndu þær að finna ástæður þess að grunur hefði vaknað um vaxtarskerðingu og töldu sig sjálfar bera meginábyrgðina. „Ég var búin að vera nokkrar vikur á brettinu að djöflast, ég var hrædd um að ég væri að gera barninu mínu eitthvað slæmt". Þær upplifðu mikla vanlíðan, ásökuðu sig sjálfar fyrir að hafa breytt rangt gagnvart ófædda barninu og að það væri þeirra sök að barnið þeirra dafnaði ekki sem skyldi. „Ég var með þessa ásökun, sjálfs-ásökun að ég hefði verið að gera of mikið, að barnið myndi ekki dafna nógu mikið ... af því að ég væri að taka of mikið". Konurnar lýstu því einnig að það hefði verið erfitt að upplifa að engin ástæða hafi fundist fyrir því að barnið þeirra var nett og þess vegna hefði þeim verið boðið að fara í vaxtaróm-skoðun. „Maður var alveg tilbúinn að finna einhverjar ástæður en það var engin skýring á þessu". Aðeins ein kvennanna lýsti því að hún hefði hugleitt að skýringin væri sú, að barnið yrði ef til vill líkamlega eða andlega fatlað eftir fæðingu. „Það var frekar það að það væri eitthvað að líkamlega eða andlega, að hann væri eitthvað fatlaður eða eitthvað annað svona undirliggjandi, einhverjir alvarlegir hlutir sem mér fannst frekar líklegir heldur en bara að barnið væri lítið".

Andleg líðan

Í öllum tilfellum fundu konurnar fyrir vanlíðan þegar þeim var tjáð að grunur léki á vaxtarskerðingu hjá ófædda barni þeirra. Sumar kvennanna urðu mjög áhyggjufullar „...þannig að ég var alveg svaka hrædd, fékk næstum því taugaáfall ... þetta var svona hræðslukast" á meðan aðrar höfðu

litlar sem engar áhyggjur „...ég hafði bara ekki neinar sérstakar áhyggjur" önnur sagði „...það var náttúrulega þínu sjökk".

Það að ómunin var ekki partur af hefðbundinni meðgönguvernd olli vanlíðan „...óþægindi, þú veist af því maður á ekki að vera að fara í þetta". Sumar kvennanna óttuðust einnig um heilbrigði barnsins, ein óttaðist mjög að barnið myndi deyja. „Ég var búin að vera hrædd og kvíðin ... hinir sónararnir voru búnir að vera til að sjá hvort það sé ekki allt í lagi en þarna þá var þetta til að sjá hvort það væri eitthvað að ... þarna þá breyttist þetta þínulítið ... þegar þetta var komið þá langaði mig bara að klára þessa meðgöngu". Tíminn frá því að konurnar höfðu fengið boð um ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu reyndist nokkuð

erfiður en þó var biðin mislöng. „Hún hringdi bara strax uppeftir og ég fór bara beint ... ég var ekkert stressuð yfir þessu". En í þeim tilfellum þar sem konurnar þurftu að bíða í einhverja daga kom fram að biðin reyndist þeim mörgum erfið. „Ég var þínu óþolinmóð og með óróa en ég svo sem svaf alveg og ég tók engin kvíðaköst ... hugsaði dálítið um þetta svona yfir daginn".

Þegar mæðurnar höfðu jafnað sig á áfallinu þegar grunsemdir vöknudu um vaxtar-skerðingu leið þeim vel og fannst gott að betur væri fylgst með þeim og þær fengu að sjá barnið oftar í sónar.

Í ómskoðuninni

Annað meginþemað var það sem gerðist á meðan á ómskoðuninni stóð.



Aukalán vegna sérþarfa

Þeir sem hafa skerta starfsorku, eru fatlaðir eða hreyfihamlaðir geta fengið aukalán til að gera breytingar á íbúðarhúsnæði eða til að kaupa eða byggja húsnæði vegna sérþarfa sinna. Lánið kemur til viðbótar 20 milljóna króna hámarksláni Íbúðalánasjóðs eða öðrum fasteignaveðlánum að hámarki 20 milljónum. Einnig er heimilt að veita aukalán til forsvarsmanna þeirra sem búa við sérþarfir.

www.ils.is

Borgartúni 21 | 105 Reykjavík | Sími : 569 6900, 800 6969


Íbúðalánasjóður

Upplýsingar

Greinilegt var að þær upplýsingar sem konur fengu eða skortur á upplýsingum hafði mikil áhrif á þær. Þær reyndu að lesa í viðbrögð læknisins á meðan á ómskoðun stóð og töldu sig fá ákveðnar upplýsingar í gegnum það. „Maður fylgist náttúrulega grannt með andlitinu á læknum, bara þú veist ... hann virðist hafa áhyggjur ... maður var bara stanslaust að hugsa er ekki örugglega allt í lagi“.

Mismunandi var milli mæðranna hversu miklar og hvernig upplýsingar þær fengu. Sumum fannst þær fá fullnægjandi upplýsingar en aðrar upplifðu að þær hefðu viljað fá mun ítarlegri upplýsingar sem þær skildu betur. „Manni eru sagðar einhverjar tölur og einhverjar einingar sem maður veit ekki einu sinni hvað var“. Konurnar fengu almennt litlar upplýsingar um hvað vaxtarskerðing þýddi í raun og veru, hvað gæti orsakað hana. „...það var bara voða lítið rætt um þetta, bara sagt að ég ætti að fara í þetta“. Þær upplýsingar sem konurnar fengu virtust því almennt vera eingöngu til að róa konurnar og draga úr áhyggjum þeirra.

Konurnar nefndu líka að þær hefðu ekki vitað um hvað þær ættu að spyrja. „Hún spurði eru einhverjar spurningar en þá höfðum við engar spurningar ... þau sögðu að hann mundi halda áfram að stækka en enginn sagði okkur að hann myndi hætta að stækka“.

Andleg líðan

Það að fá góðar upplýsingar á meðan á ómskoðuninni stóð hafði mikil áhrif á það hvernig konunum leið á meðan. „Hann var mjög opinn og lýsti fyrir okkur jafn óðum hvað væri verið að skoða ... það hafði góð áhrif“. Þær töluðu líka um að það að fá góðar upplýsingar hefði orðið til þess að þær hefðu ekkert verið stressaðar yfir ómskoðuninni. „Ég var ekkert stressuð af því að þetta var allt útskýrt svo ofsalega vel“. Konurnar lýstu spennunni sem ríkti á meðan á ómskoðuninni stóð „...þá beið maður auðvitað kannski ekki spennur en svona með öndina í hálsinum, þú veist hefur eitthvað breyst“ þó sumar gerðu lítið úr því álagi sem fylgdi því að fara í ómskoðunina.

Eftir ómskoðunina

Þriðja og síðasta meginþemað sem greint var nefnist, eftir ómskoðunina en þar voru greind tvö undirþemu; afleiðingar og upplifun af þjónustunni.

Afleiðingar

Konurnar töluðu um að þær hefðu fundið fyrir miklum létti eftir skoðunina. „Þetta var ákveðinn léttir að fara í skoðunina“ „...þetta var undir meðallagi en kom allt vel út, það voru 10 puttar og 10 tær og það allt“ og að þeim hefði líðið betur þegar hún var afstaðin „...manni leið náttúrulega betur eftir skoðunina að vita að það væri allt í lagi“. Þetta var þó bundið því að þær fengju góðar upplýsingar á meðan á skoðuninni stóð og eftir hana. „Ég hefði getað farið þaðan út og verið miklu hræddari heldur en ég var“. Sumar töluðu líka um að þetta hefði haft áhrif á líkamlega virkni þeirra. „Ég hægði á mér eftir þetta ... ég fór að hætta að þora að taka mikið á“. Sumar nefndu einnig að ómskoðunin hefði líka haft áhrif á það hvernig aðstandendur komu fram við þær. „Vinir mínir voru ofsalega hugulsamir, að passa upp á að ég gerði nú ekki of mikið og ég ætti nú að leggjast og ekkert að vera að reyna eitthvað á mig ... ég fékk ofboðslegan stuðning á meðan“.

Ein kvennanna orðaði það þannig. „Mér fannst ég ekki hafa efni á því að kvarta yfir því að barnið mitt yrði kannski 12 merkur ... það eru svo margir sem lenda í hinu og þessu og alls konar vandamál hjá börnunum og fatlanir þannig að mér fannst ég ekki hafa efni á að kvarta yfir neinu“.

Konur gerðu gjarnan lítið úr áhyggjum sínum í byrjun viðtalanna en þegar leið á viðtölin ræddu þær um hversu erfitt það hefði verið að vera boðið að fara í ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu. Til dæmis sagði ein konan. „Ég var í rauninni ekkert að kippa mér upp við þetta“ en síðar í viðtalinu segir hún „...ég var náttúrulega dálítið stressuð ... ég hafði ekki áhyggjur af að það væri eitthvað að barninu, meira að barnið myndi kannski ekki lifa það af“. Hjá annarri kom fram í upphafi viðtalsins „...ég var svo sem ekkert stressuð“ en síðar í viðtalinu sagði hún „...manni leið nú miklu betur þegar maður vissi að allt var í lagi“.

Upplifun af þjónustunni í heild í tengslum við auka ómskoðun

Upplifun af þjónustunni sem þær fengu í tengslum við auka ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu var yfirleitt góð. Konurnar upplifðu persónulegt viðmót. „Það er haldið vel utanum mann ... maður er ekki bara nafn á blaði“. Þær töldu sig fá góðar

almennar upplýsingar og voru ánægðar með flæði upplýsinga á milli starfsfólksins. „Ótrúlega ánægð með bæði upplýsingarflæðið þarna hjá þeim og hvað þær eru viljugar í öllu“. Konurnar upplifðu einnig mikinn stuðning frá ljósmæðrum og læknum og töldu um þau af mikilli virðingu „...þær eru hver annarri betri“. Þær töldu ljósmæður og lækna í meðgönguverndinni sinna þeim vel og upplifðu fagmennsku sem veitti þeim mikla öryggiskennd jafnvel þó grunur hefði vaknað um vaxtarskerðingu barnsins. „Ég fékk miklu meiri fræðslu og bara það var alveg farið í gengum allt ferlið með mér, miklu betur heldur en í fyrri meðgöngunni“. Sumar nefndu þó að það sem þær hefðu viljað hafa öðruvísi var að þær hefðu viljað fá meiri upplýsingar. „Maður fékk engar upplýsingar. Það væri hægt að bæta það, það vantar meira“.

UMRÆÐUR

Helstu niðurstöður rannsóknarinnar eru að almennt upplifa konur vanlíðan í tengslum við fregnir af grun um vaxtarskerðingu fósturs. Konurnar lýstu vanlíðan bæði þegar þær fengu boð um ómskoðun og einnig meðan á biðinni eftir skoðuninni stóð. Þessi vanlíðan minnkaði verulega eftir skoðunina. Flestar kvennanna upplifðu að þær hefðu fengið góða umönnun og mikinn stuðning frá ljósmæðrum og læknum í tengslum við skoðunina. Hins vegar fengu konurnar takmarkaðar upplýsingar um þýðingu vaxtarskerðingar og almennt settu þær það ekki í samhengi við mögulega fötun barns. Nokkrar kvennanna höfðu fyrri reynslu af vaxtarmati á meðgöngu sem dró úr kvíða þeirra.

Í ljósi þess að töluverður hópur kvenna fer í viðbótar ómskoðun á meðgöngu gagngert til að meta vöxt fósturs þá er vert að velta því fyrir sér hver reynsla kvenna er af því ferli og hvernig upplýsingagjöf er háttað. Í framhaldi af þessu má velta því fyrir sér hvers konar upplýsingar konur fá í tengslum við boð um ómskoðun vegna vaxtarskerðingar og hvort þær upplýsingar séu fullnægjandi. Konurnar töluðu um að þær hefðu ekkert vitað um hvað þær ættu að spyrja. Það má því leiða hugann að því hvort æskilegt væri að fræða konur betur um ástæður ómskoðunar vegna vaxtarskerðingar sérstaklega þar sem konurnar virðast leita skýringa hjá sjálfum sér. Nokkrar kvennanna upplifðu sjálfsásakanir, að þær hefðu gert eitthvað rangt sem orsak-



Við erum í Svansmerkinu!

Libero-vörur fyrir móður og barn hafa fengið Norræna umhverfismerkið Svaninn sem vottun fyrir umhverfisvæna framleiðslu. En Svanurinn setur strangar kröfur um framleiðslu vöru og þjónustu, svo sem innihald og notkun hættulegra efna, orku- og hráefnisnotkun og meðhöndlun úrgangs. Gæðin eru tryggð með Libero og Svaninum.

Libero®

-fyrir framtíðina

aði mögulega vaxtarskerðingu hjá ófædda barninu þeirra. Þær virtust hins vegar tengja það eingöngu því að barnið væri lítið miðað við meðgöngulengd en litu ekki á það sem möguleika að vaxtarskerðingin væri tengd hugsanlegu þroskafráviki hjá barninu eins og sýnt hefur verið fram á í rannsóknum (Kolbrún Pálsdóttir, o.fl., 2007).

Nokkrar kvennanna sögðu frá því í upphafi viðtalsins að þær hefðu ekki haft neinar áhyggjur en þrátt fyrir það lýstu þær síðar í viðtalinu töluverðum kvíða og spennu. Þetta getur bæði bent til að þess að konur hafi tilhneigingu til að gera lítið úr áhyggjum sínum sem fylgir boði um ómun vegna gruns um vaxtarskerðingu eða að vaxtarmat með ómskoðun sé það algengur þáttur í meðgönguvernd að það veki ekki upp mikinn kvíða.

Í rannsókn Hildar Kristjánsdóttur (2009) kemur fram að traust sé lykilþáttur í samskiptum ljósmæðra og verðandi mæðra og að verðandi mæður þurfi að geta treyst faglegri færni ljósmóðurrinnar þannig að ef minnsti grunur vakni um frávik sé gripið til viðeigandi aðgerða og viðeigandi upplýsingar frá ljósmæðrum og læknum veittar. Hið sama hefur komið fram í niðurstöðum fleiri rannsókna þar sem samskipti ljósmæðra og mæðra hafa verið skoðuð (Helga Gottfreðsdóttir, 2009; Marga Thome & Stefánía B. Arnardóttir, 2009; Hildur Kristjánsdóttir, 2009; Sigfríður Inga Karlsdóttir, 1999).

Flestar kvennanna töluðu um að áhyggjur þeirra hefðu verið litlar sem engar eftir ómskoðunina sökum þess hvernig þeim var sagt frá þessum grunsemdum en ljósmæður og lækmar sem ræddu við þær sýndu mikla varkárni og vönduðu upplýsingargjöfina. Það má þó velja því fyrir sér hvort sú leið sem flestar ljósmæðurnar fóru gagnvart viðmælendum sé rétt. Það er að draga úr því að um mögulega vaxtarskerðingu sé að ræða áður en konurnar fóru í ómskoðunina, getur veitt konunum falska von. Viðmælendur okkar upplifðu vanlíðan í tengslum við boð um ómskoðun vegna gruns um vaxtarskerðingu fósturs. Hins vegar virðast konurnar

ekki leiða hugann að því að grunurinn geti tengst þroskafráviki eftir fæðingu og flestar þeirra voru ánægðar með upplýsingagjöf og þann stuðning sem þær fengu frá fagfólki á meðgöngu í tengslum við auka ómskoðun.

LOKAORD

Óljóst er hve stór hópur kvenna fer í ómskoðun á meðgöngu til að meta vöxt fósturs en vísbendingar eru um að sá hópur sé nokkuð stór. Því geta niðurstöður þessarar rannsóknar komið að notum í meðgönguvernd við skipulagningu upplýsingagjafar og fræðslu í tengslum við ómskoðun þegar grunur vaknar um vaxtarskerðingu. Jafnframt má velja fyrir sér hvernig eftirfylgni skuli vera háttað við þær mæður og/eða foreldra sem fá vitneskju um frávik hjá ófæddu barni. Mikilvægt er að ljósmæður og lækmar séu meðvitúð um hvaða áhrif upplýsingagjöf getur haft á líðan barnshafandi kvenna.

Þakkir

Við viljum þakka konunum sem tóku þátt í rannsókninni fyrir að segja okkur frá reynslu sinni. Ingibjörgu Jónsdóttur, yfirljósmóður á kvennadeild FSA og Alexander Smárasyni, yfirlækni á kvennadeild FSA fyrir aðstoð við val á viðmælendum í rannsókninni.

Heimildaskrá

- Anna Björg Aradóttir, Arnar Hauksson, Guðlaug Torfadóttir, Hildur Harðardóttir, Jón Jóhannes Jónsson, María Hreinsdóttir o.fl. [ed]. Fósturskimun og fósturgreining á meðgöngu. Sótt af [http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/timaritpages/TD92376D5B73C2C73002571FF004C57D8/\\$file/fosturs25.8.pdf](http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/timaritpages/TD92376D5B73C2C73002571FF004C57D8/$file/fosturs25.8.pdf)
- Ástþóra Kristinsdóttir & Sigfríður Halldórsdóttir. (2010). Stöðug streita, ótti og kvíði: Reynsla kvenna sem hafa búið við ofbeldi á meðgöngu og endranær. *Ljósmæðrablaðið*, 88(2), 6-12.
- Birna Málfríður Guðmundsdóttir. (2008). *Ógreindir léttburar eftir 37 vikna meðgöngu*. Lokaverkefni til embættisprófs í ljósmóðurfræði. Háskóli Íslands.
- Helga Gottfreðsdóttir. (2009). Foreldrafræðslunám-skeið, sjálfsagður hluti af meðgönguvernd? Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir, (ritstjórar). *Lausnarsteinar, Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls.82-100). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag og Ljósmæðrafélag Íslands.
- Helga Gottfreðsdóttir. (2001). Hvað felst í mæðra-vernd? Viðhorf kvenna og ljósmæðra. *Ljósmæðrablaðið*, 79(2), 5-15.
- Hildur Kristjánsdóttir. (2001). Af hverju fara þungaðar konur í ómskoðun? *Læknablaðið* 2001/87/fylgirit 42: 47-50.
- Hildur Kristjánsdóttir, Jóna Dóra Kristinsdóttir, Anna Björg Aradóttir, Arnar Hauksson, Helga Gottfreðsdóttir, Rúnar Reynisson, Sigfríður Sía Jónsdóttir &

- Þóra Steingrimsdóttir. (2008). Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu. Klínískar leiðbeiningar. Landlæknisembættið. Sótt á <http://landlaeknir.is>
- Hildur Kristjánsdóttir. (2009). Svo maður sé öruggur. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir, (ritstjórar). *Lausnarsteinar, Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls.21-37). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag og Ljósmæðrafélag Íslands.
- Hrafnhildur Margrét Bridde & Harpa Ósk Valgeirsdóttir. (2008). Mat á vexti fósturs á meðgöngu. Kostir og gallar. *Ljósmæðrablaðið*, 86(1), 13-14.
- Kolbrún Pálsdóttir, Atli Dagbjartsson, Þórður Þorkelson & Hildur Harðardóttir. (2007). Fósturköfnun og heilakvilli af völdum súrefnisþurrðar – tíðni og áhættuþættir á meðgöngu og í fæðingu. *Læknablaðið*, 2007, 93: 595-601
- Kristín Rut Haraldsdóttir. (2001). Áhugi kvenna á ómskoðun, upplýst val og ráðgjöf. *Læknablaðið* 2001, 87/fylgirit 42: 44-46.
- Kristín Rut Haraldsdóttir. (2009). Eiga ljósmæður að ómskoða á meðgöngu? *Ljósmæðrablaðið*, 87(2), 21-25.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage Publications.
- Marga Thome & Stefánía B. Arnardóttir. (2009). Vanlíðan kvenna á meðgöngu, Eðli tíðni og áhrif á móður og fóstur. Í Helga Gottfreðsdóttir & Sigfríður Inga Karlsdóttir, (ritstjórar). *Lausnarsteinar, Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 57-81). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag og Ljósmæðrafélag Íslands.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K.Smáason & Gestur I. Pálsson. (2009). *Skýrsla fyrir fæðingarskráningu fyrir árið 2008*. Reykjavík. Kvennasvið og Barnasvið Landspítala Háskólasjúkrahús.
- Rannveig Traustadóttir. (2003). Fötlunarfræði. Sjónarhorn, áherslur og aðferðir á nýju fræðasviði. Í Rannveig Traustadóttir, *Fötlunarfræði, nýjar íslenskar rannsóknir* (bls.17-51). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Reglugerð fyrir heilsugæslustöðvar nr. 787/2007. Sótt af <http://www.reglugerd.is/>
- Sigfríður Inga Karlsdóttir. (1999). *The characteristics of antenatal services from midwives, that women are satisfied or unsatisfied with*. Óbirt meistaraþröfn. Manchester: University of Manchester.
- Sigfríður Inga Karlsdóttir, Arna Rut Gunnarsdóttir, Eva Dögg Ólafsdóttir, Linda Björk Snorradóttir & Rangheiður Birna Guðnadóttir. (2008). Áhyggjur og kvíði á meðgöngu; eðlilegur fylgiskurur eða óásættanlegt fyrirbæri. *Ljósmæðrablaðið*, 86(2), 6-12.
- Sigfríður Halldórsdóttir. (2003). Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði. Í Sigfríður Halldórsdóttir & Kristján Kristjánsson, (ritstjórar). *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls.249-265). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Þóra Steingrimsdóttir. (1991). Mæling á legbotnshæð. *Ljósmæðrablaðið*, 69(2), 30-33.



Ritrynd grein

Það dró mig niður, alveg endalaust, þessi endalausí sársauki

Reynsla og líðan kvenna sem fá verki í geirvörtur við brjóstagjöf

Útdráttur

Verkir í geirvörtum við brjóstagjöf eru algeng ástæða fyrir því að mæður hætta með börn á brjósti fyrr en ráðlagt er. Samkvæmt fyrirbyggjandi rannsóknum finna 33-96% mæðra fyrir verkjum í geirvörtum á brjóstagjafatímanum. Fáar rannsóknir hafa skoðað reynslu mæðra af þessu vandamáli. Rannsóknin er eigindleg viðtalsrannsókn og stuðst var við fyrirbærafræðilega nálgun. Tekin voru viðtöl við tíu mæður á aldrinum 18 til 42 ára til að skoða reynslu þeirra af verkjum í geirvörtum við brjóstagjöf, af meðferðarúræðum og hvort verkir í geirvörtum við brjóstagjöf hefðu áhrif á framvindu brjóstagjafar. Einnig var spurt um reynslu af stuðningi ljósmæðra og annarra heilbrigðisstarfsmanna.

Helstu niðurstöður rannsóknar voru eftirfarandi: Mæðurnar áttu í erfiðleikum með að leggja börnin rétt á brjóst, fengu áverka á geirvörtur og verulega verki sem leiddu til andlegrar vanlíðanar, kviða gagnvart því að leggja börnin á brjóst auk þreytu og vanmáttarkenndar. Í sumum tilvikum leiddu verkirnir til þess að mæðurnar hættu með börnin á brjósti. Hvað úrræði varðaði reyndist þeim vel að bleyta geirvörtur fyrir gjöf, nota plastfilmu á geirvörtur milli gjafa, mexikanahatta á geirvörtur við brjóstgjöf og að mjólka sig tímabundið. Konurnar töldu fræðslu um brjóstgjöf á meðgöngu vera of litla, en sögðust vera ánægðar með fræðslu og stuðning sem þær fengu á sængurkvennadeildinni. Á meðgöngu er mikilvægt að ræða fyrirhugaða brjóstgjöf við verðandi mæður með það að markmiði að efla sjálfsöryggi þeirra til brjóstgjafar. Í sængurlegu er mikilvægt að kenna og fylgjast með hvernig börn taka brjóst, en rannsóknir hafa sýnt að það er öflugasta leiðin til að fyrirbyggja verki í geirvörtum við brjóstgjöf.

Lykilorð: Brjóstgjöf, brjóstgjafareynsla, verkir í geirvörtum, sárar geirvörtur, þreyta og kviði.



Sveinbjörg Brynjólfssdóttir
Ljós móðir MSc á meðgöngu- og sængurkvennadeild Landspítala



Hildur Sigurðardóttir
Ljós móðir M.Sc lektor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands



Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Ljós móðir PhD lektor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

Abstract

Nipple pain while breastfeeding is a common reason for women to give up breastfeeding their children but the evidence shows that 33-96% of mothers feel nipple pain during breastfeeding. Only few researchers have looked into women's experience of this problem. The research method used is qualitative with a phenomenological approach. Interviews were conducted with ten mothers looking into their breastfeeding experience focusing on nipple pain and perceived support from midwives and other health care professionals while breastfeeding. The participants were 18 to 42 years old and most of them married or living with their partner. In general, results indicated that women had difficulties with breastfeeding technique and the main cause of nipple pain was poor positioning and latch of the baby on the breast. Mothers experienced sore nipples and significant pain, leading to emotional distress. They were nervous about breastfeeding their children, felt fatigue and inferiority complex. In some cases, the pain caused the women to give up breastfeeding. The mothers considered the following as helpful interventions in reducing the nipple pain: wetting the nipples before breastfeeding, using polyethylene film on the nipples between breastfeeding periods, using a nipple shield and temporarily expressing milk instead of having babies suck on the breast. The participants considered the education on breastfeeding provided during pregnancy inadequate, but said they were pleased with the education and support they received postpartum. Education on breastfeeding during pregnancy and postpartum must be reinforced. There is need to enhance self-efficacy of breastfeeding women. The most intensive way to prevent nipple pain while breastfeeding is to teach and look at technique of latching-on.

Key words: *Breastfeeding, lactation experience, nipple pain, sore nipple, fatigue and anxiety.*

INNGANGUR

Þessi rannsókn fjallar um reynslu og líðan kvenna sem hafa fengið verki í geirvörtur við upphaf brjóstagjafar. Mikilvægt er að rannsaka hvaða áhrif verkir hafa á framvindu brjóstagjafar, upplifun og líðan mæðra. Einnig vantar upplýsingar um það hvaða meðferðarúræði hafa reynst gagnleg við verkjum í geirvörtum við brjóstagjöf.

Samkvæmt rannsókn Dodd og Chalmers (2003) eru verkir í geirvörtum algeng orsök þess að konur hætta með börn sín á brjósti en um 33-96% mjólkandi mæðra finna fyrir verkjum í geirvörtum á brjóstagjafatím-anum. Nákvæm greining á orsökum verkja í geirvörtum og árangursrík meðferð við þeim getur komið í veg fyrir sár á geirvörtum, ófullnægjandi mjólkurframleiðslu og að móðir hætti með barn sitt á brjósti fyrr enn ráðlagt er (Lavergne, 1997).

Tekin voru viðtöl við tíu mæður sem hafa fengið verki í geirvörtur við brjóstagjöf, til að svara eftirfarandi rannsóknarspurningum:

1. Hver er reynsla kvenna af því að vera með verki í geirvörtum við brjóstagjöf?
2. Hafa verkir í geirvörtum áhrif á framvindu brjóstagjafar?
3. Hver er reynsla kvenna af meðferðarúræðum?
4. Hver er reynsla kvennanna af stuðningi ljósmæðra og annarra heilbrigðisstarfsmanna?

FRÆDILEGUR BAKGRUNNUR

Verkir í geirvörtum við brjóstagjöf eru afar algengir og samkvæmt yfirlitsgrein Morland-Schulz og Hill (2005) virðast verkir vera verstir á þriðja degi eftir fæðingu, fara minnkandi frá og með sjöunda degi og geta varað í allt að sex vikur eftir fæðingu. Í kerfisbundinni skoðun þeirra á átján rannsóknum sem birtar höfðu verið á árunum 1983 til 2004 og fjölluðu um fyrirbyggingu og meðferð á verkjum í geirvörtum hjá mjólkandi mæðrum kom fram að ef barn tekur brjóst ekki rétt, barn er tekið óvarlega af brjósti eða að móðirin er með flatar eða innfallnar geirvörtur getur móðirin fengið verki í geirvörtur við brjóstagjöf. Í yfirlitsgreininni kom einnig fram að fræðsla um rétta brjóstagjafatækni er öflugasta forvörnin gegn verkjum í geirvörtum við brjóstagjöf.

Hér áður fyrr var mæðrum ráðlagt að beina geirvörtunni beint upp í munn barnsins við brjóstagjöf. Nú er mæðrum ráðlagt að beina geirvörtunni í átt að nefi barnsins, bíða þar til barnið opnar munninn vel og þrýsta barninu vel að sér. Barnið nær með þessu móti stærri hluta af vörtubaugnum undir geirvörtunni uppí sig og gengur betur að sjúga brjóstið.

Rannsóknir krabbameinslækna hafa varp að nýju ljósi á gerð mjólkurganga í brjóstum andstætt því sem áður hefur verið haldið fram er ekki víkkun á mjólkurgöngum undir vörtubaug geirvörtu (Rusby, Brachtel, Michaelson, Koerner & Smith, 2006). Hinir svokölluðu safngangar eru ekki til. Í rannsókn Geddes o.fl. frá 2008 er rökstutt að sog barnsins eigi stóran þátt í að mjólk berist frá móðurbjósti til barns og að bylgjuhreyfingar tungu skipti ekki eins miklu máli og áður var talið. Vísbendingar hafa komið fram um að sterkt sog barna geti stuðlað að verkjum í geirvörtum við brjóstagjöf (McCellan, Geddes, Kent, Garbin, Mitoulas & Hartmann, 2008).

Þegar barn er ekki lagt rétt á brjóst geta komið áverkar á geirvörtur, roði, þroti, bólga, fleiður, skrámur, blöður, sprungur eða sár. Áverkarnir og verkirnir sem þeim fylgja geta leitt til þess að mæður hætti brjóstagjöf fyrr en þær höfðu ætlað sér (Dodd & Chalmers, 2003; Lavergne, 1997; Ziemer, Cooper & Pigeon, 1995). Með því að skoða lögun geirvörtu strax eftir að barn hefur verið tekið af brjósti er hægt að greina hvort barnið hefur tekið brjóstið rétt eða rangt. Sé vörtubroddurinn jafn rúnaður allan hringinn hefur barnið líklegast tekið brjóstið rétt. Sé vörtubroddurinn skakkur, líkt og gómaga snuð hefur barnið náð slæmu taki á brjóstinu þannig að álagið verður of mikið á geirvörtuna. Sé geirvartan skökk í munni barns kemur gjarnan klemmufar þvert yfir vörtubroddinn, sem getur þróast yfir í sár sé ekkert að gert. Tungllaga far á mörkum geirvörtu og vörtubaug getur verið vísbending um að tog sé á geirvörtuna við brjóstagjöf (Wilson-Clay & Hoover, 2002). Aðrar undirliggjandi ástæður fyrir verkjum í geirvörtum við brjóstagjöf geta verið bakteríusýking (Tait, 2000), sveppasýking (Wiener, 2006), tunguhaft (Wallace og Clarke, 2006), exem (Barankin & Gross, 2004) og Raynaud's heilakenni (Anderson, Held & Wright, 2004).

Til þess að tryggja sem best árangursríka meðferð við verkjum í geirvörtum er mikilvægt að greina undirliggjandi orsakabætti

og vinna út frá þeim. Brjóstagjafaráðgjafar, ljósmæður og hjúkrunarfræðingar sem starfa við umönnun mjólkandi mæðra geta greint vandann, veitt fræðslu, stuðning og ráðgjöf og í framhaldinu ákveðið viðeigandi meðferð í samráði við mæður og lækna sé þörf á lyfjameðferð t.d.vegna sýkinga.

ADFERDAFRÆÐI

Rannsóknin er eigindleg viðtalsrannsókn og stuðst við fyrirbærafræðalega nálgun. Í fyrirbærafræði er leitast við að kynnast reynsluheimi viðmælanda, hvernig einstaklingar upplifir það sem fyrir ber (Björn Þorsteins-son, 2006). Fyrirbærafræði er eigindleg rannsóknaraðferð sem ætlað er að auka skilning á mannlegum fyrirbærum (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Leitast er við að öðlast skilning á reynslu og upplifun mæðra á verkjum í geirvörtum við brjóstagjöf og þeim meðferðarúræðum sem eru í boði.

Siðfræði rannsóknarinnar

Áður en gagnaöflun hófst var rannsóknin tilkynnt með bréfi til Persónuverndar. Tilskilin leyfi voru fengin hjá yfirlækni á kvennasviði Landspítala og hjá siðanefnd Landspítala. Þátttakendur gáfu skriflegt upplýst samþykki fyrir þátttöku í rannsókninni. Upplýsingar voru skráðar undir dulnefni til að tryggja nafnleynd.

Val á þátttakendum

Fyrsti höfundur sem tók viðtölin valdi tíu mæður til að taka þátt í rannsókninni. Hann komst í kynni við mæðurnar þegar þær dvöldu á Sængurkvennadeild Landspítalans og fékk hjá þeim munnlegt leyfi til að skrá niður nafn þeirra og símanúmer í þeim tilgangi að hafa samband við þær síðar ef leyfi fengist fyrir rannsókninni. Úrtakið var því þæginda- og tilgangsráttak. Mæðurnar fundu allar fyrir verkjum í geirvörtum við upphaf brjóstagjafar. Þegar leyfi fyrir rannsókninni lágu fyrir var mæðrunum sent kynningarbréf og viku síðar var haft samband við þær símleiðis og óskað eftir þátttöku þeirra í rannsókninni. Allar mæðurnar samþykktu þátttöku í rannsókninni. Þær voru á aldrinum 18 til 42 ára og allar nema ein í sambúð með barnsföður. Menntun þeirra er frá grunnskólaprófi til háskólamenntunar. Fjórar búa á landsbyggðinni og sex á Reykjavík-svæðinu. Þrjár fæddu tvíbura og sjö einbura og er hlutfall frumbyrja og fjölbyrja jafnt. Þrjár hættu brjóstagjöf við 6-7 vikna aldur



barns og ein við fimm mánaða aldur barns vegna þráláttra verkja við brjóstagjöf. Hinar sex voru enn með börnin á brjósti þegar viðtölin voru tekin en þá voru börnin á aldrinum fjögura og hálf til níu mánaða.

Gagnaöflun, greining og túlkun gagna

Tekin voru hálfstöðluð viðtöl við konurnar á heimilum þeirra. Stuðst var við viðtalsramma í viðtölunum og einnig var VAS skali notaður til að meta styrkleika verkja sem konurnar fundu fyrir. VAS skali er verkjaskali frá 0 til 10, þar sem 0 er enginn verkur og 10 er versti verkur sem hægt er að hugsa sér. Viðtölin tóku um 30 til 45 mínútur og voru öll tekin af fyrsta höfund. Viðtalsspurningarnar voru m.a. eftirfarandi: Getur þú sagt mér hvernig brjóstagjöfin hefur gengið? Getur þú sagt mér hvernig þér leið þegar þú lagðir barnið á brjóst í fyrsta skipti? Hvernig gekk að láta barnið taka geirvörtuna rétt uppí sig? Fékkst þú verki í geirvörtur við brjóstagjöf? Hvar myndir þú staðsetja verkina á skalanum 0 til 10? Hvaða áhrif höfðu verkirnir á þína líðan? Fékkstu sár á geirvörtunarnar? Hvað gerðir þú til að draga úr verkjum við brjóstagjöf? Til hvernna leitaðir þú eftir aðstoð við brjóstagjöf? Hvernig fannst

þér aðstoðin gagnast þér? Hvað gerðir þú til að græða geirvörtunarnar? Hve lengi varstu með barnið á brjósti? Ertu sátt við brjóstagjafareynslu þína? Viðtölin voru hljóðrituð og skráð orðrétt niður og greind í þemu. Við þemagreiningu voru viðtölin lesin yfir aftur og aftur í anda fyrirbærafræðinnar í þeirri von að komast að kjarna og lýsa upplifun kvennanna á verkjum í geirvörtum við brjóstagjöf, meðferðum og stuðningi heilbrigðisstarfsmanna við þær.

NIÐURSTÖÐUR

Mæðurnar upplifðu allar verki í geirvörtum við brjóstagjöf. Þær lýstu eigin reynslu af verkjum og áhrifum þeirra á líðan sína. Hér á eftir er þemagreiningin kynnt, 10 þemu með tilvitnunum í lýsingu mæðranna á eigin reynslu.

Erfiðleikar við að leggja barn rétt á brjóst

Mæðurnar áttu í erfiðleikum með að leggja börnin rétt á brjóst og algengast var að þær ættu í erfiðleikum með að láta börnin taka geirvörtuna nógu langt upp í munninn.

Guðrún sagði: „*þau gerðu nákvæmlega sömu vitleysuna systkinin, héldu sig bara fremst á geirvörtunum.*“

Vigdís sagði: „*Ég var í svolitlu veseni með að fá hana til að taka nógu mikið uppí sig, ég kom ekki nógu miklu af brjóstinu uppí hana. Svo kom stálminn á þessum tíma og það var ekki til að bæta það og svo fór að blæða.*“

Að finna til við brjóstgjöf

Mæðurnar sögðu frá verkjum í geirvörtum við brjóstagjöf. Oftast voru verkirnir verstir í byrjun hvernar gjafar. Sumar lýstu verkjum sem voru til staðar alla gjöfina. Átta mæður lýstu verulegum verkjum og mátu styrkleika verkjanna með tölunni 7 eða meira á VAS skala.

Guðrún sagði: „*Þetta var svo sárt, bæði í brjóstunum þegar ég fann flæðið og svo sár verkur í geirvörtunum, ég bara grenjaði og hef aldrei verið neinn aumingi, alltaf getað harkað af mér, en þetta var bara mjög vont og lagaðist ekkert.*“

Birna sagði: „*Það dró mig niður, alveg endalaust, þessi endalausi sársauki.*“

Að líða illa andlega við brjóstgjöf

Mæðurnar lýstu andlegri vanlíðan samfara brjóstagjöfinni sem kom fram á ýmsan hátt.

Erla sagði: „*Maður bara grét þegar hún*

var að drekka og þegar maður var að leggja á. Ég var bara eitthvað pirruð. Ég svaf ekkert og maður verður bara andlega ómögu-legur.“

Ingibjörg sagði: „Mér fannst ég ekki vera nógu góð mamma, að hann gæti ekki bara drukkið hjá mér, skilurðu. Svo sat ég heima og grenjaði, að reyna að láta hann drekka og bara ekkert gekk, mér leið alveg ógeðs-lega illa sko.“

Að fá áverka á geirvörtur við brjóstagjöf

Algengustu áverkarnir voru klemmusár. Einnig var sagt frá blöðrum, sprungum, fleiðri, hrúðri, þunnri rauðri húð og blæð-andi sárum. Sárin komu yfirleitt á þriðja degi og voru oftast viku til tíu daga að gróa.

Soffía sagði: „Ég fékk rosalegar blöðrur á bæði brjóstin ... þetta hefur verið í svona viku eftir að ég kom heim að jafna sig.“

Guðrún sagði: „Það blæddi bara úr brjóstunum á mér ... það var alltaf eins og hrúður á geirvörtunum.“

Að finna fyrir kvíða tengdum brjóstagjöf

Kvíði hafði ýmsar birtingarmyndir, kvíði fyrir því að brjóstagjöf myndi ekki ganga vegna slæmrar brjóstagjafareynslu og kvíði fyrir að leggja barn á brjóst vegna verkja.

Erla sagði: „Ég var strax farin að kvíða fyrir því (brjóstagjöfinni) og ég var búin að tala um það í mæðraverndinni hvort ég gæti eitthvað undirbúið mig, ég fékk ekkert út úr því.“

Birna sagði: „Ég kveið fyrir að leggja þá á brjóst og svo stífnaði ég alveg, það var ekkert annað að gera og svo slakaði ég á eftir smá stund.“

Að finna fyrir þreytu tengdri brjóstagjöf

Foreldrar voru eru mjög þreyttir í sængurlegunni og mæðurnar einnig til lengri tíma.

Anna tvíburamóðir sagði: „Við vorum alveg úrvinda.“

Edda sagði: „Þegar ég var búin að vera inni í þrjá daga, þá var ég ekkert búin að sofa, þá tóku þær hana fram eina nótt og ég fékk bara svefntöflu og fór að sofa.“

Birna tvíburamóðir sagði: „Mér fannst alveg svakalegur gestagangur (á sængur-kvennadeildinni), ég grenjaði oft þegar fólk fór.“

Að finna fyrir vanmáttarkennd

Sú tilfinning að vera að bregðast barninu og vera ekki nógu góð móðir kom fram hjá nokkrum konum, í tengslum við erfiðleika við brjóstgjöf og að þurfa að hætta brjóstagjöf.

Helga sagði: „Ég var alveg í rusli, hafði ekki hugmynd um að mjólkinn ætti ekki eftir að flæða um, ég vissi ekkert að það væri eðlilegt að það tæki nokkra daga að koma brjóstagjöfinni í gang.“

Ingibjörg sagði: „Mér fannst ég ekki nógu góð mamma, að hann gæti ekki bara drukkið hjá mér, skilurðu.“

Að vinna sig út úr vandanum

Mæðurnar sögðu frá mismunandi aðferðum sem nýttust til þess að vinna sig út úr vandanum. Þær voru að leggja barn rétt á brjóst, að bleyta vörtur fyrir gjöf, nota plastfilmu til að hlífa geirvörtum milli gjafa, nota mexi-kanahatt til að hlífa sárum geirvörtum við brjóstagjöf og mjólka sig til að viðhalda mjólkurframleiðslu.

Vigdís sagði frá reynslu sinni af notkun mexikanahatts: „Þá í fyrsta lagi minni sársauki, þannig að álagið dreifist á vörtuna og það fer meira af vörtunni inn í hettuna, stærri flötur, ég hafði einhvern veginn aldrei náð að koma svona miklu holdi uppí barnið, ég hafði engan veginn náð að láta hana sjúga þetta mikinn hluta af brjóstinu, sem að þá minnkaði álagið.“

Helga sagði frá reynslu sinni af notkun mexikanahatts: „Ég las grein um að þetta væri svo voðalegt og hættulegt, en ég hef ekki þá reynslu af þeim. Þeir björguðu mér alveg sko. Og maður var alveg að fara yfirum þarna. Nei, ég segi svona, vegna sársauka.“

Þóra sagði frá reynslu sinni af því að bleyta geirvörtur með vatni fyrir gjöf: „Mér var bent á að bleyta vörturnar fyrir gjöf, þá var ekki eins vont þegar hann byrjaði að sjúga, mér fannst það algjör snilld.“

Soffía sagði frá reynslu sinni af því að nota plastfilmu til að hlífa geirvörtum milli brjóstagjafa fyrir núningi frá fötum: „Ég notaði „selló“ og það hjálpaði rosalega.“

Þóra sagði: „Það er reyndar mjög þægi-legt að hafa filmu ef manni er alveg rosa-lega illt og maður vill ekki að fötin komi við mann. Þá passar það, þá er það gott.“

Guðrún tvíburamóðir sagði: „En svo fékk ég brjóstapumpuna sko og það var aðeins

skárri, örugglega af því að þau sugu alltaf endann á geirvörtunni og það var skárri með pumpunni.“

Að upplifa bæði fræðslu og skort á fræðslu

Mæðurnar töldu að fræðsla um brjóstagjöf á meðgöngu hefði verið of lítil. Fræðsla og stuðningur í sængurlegunni fékk jákvæða umfjöllun. En hefur líklega verið ófullnægjandi í ljósi þess að mæðurnar fengu allar verki í geirvörtur við brjóstagjöf.

Edda sagði: „Ég fór á námskeið hjá Heilsuverndarstöðinni og þar var aðeins farið í þetta (brjóstagjöf), en kannski ekkert of mikið.“

Þóra sagði: „Mér finnst að það vanti kennslu um brjóstagjöf á meðgöngunni.“

Edda sagði um sængurleguna: „Mér fannst ég fá góða þjónustu og vel hugsað um okkur.“ „Svo voru þær rosalega duglegar að hjálpa mér að leggja hana á og svara spurningum.“

Að vita að maður kemst út úr þessu

Í viðtölunum kom fram mikilvægi þess að mæðurnar vissu að verki í geirvörtum við brjóstagjöf eru í flestum tilvikum byrjunar-vandamál. Fullvissan um að komast út úr vandanum studdi mæðurnar í því að halda brjóstagjöfinni áfram.

Þóra sagði: „Það var búið að segja mér að þetta tæki nokkra daga og ég vissi að ég var að gera rétt. Ég trúði því að þetta myndi taka nokkra daga og svo myndi þetta lagast.“

Vigdís sagði: „Það er líka nauðsynlegt að vita að maður kemst út úr þessu, ég vissi það, það var mín sannfæring allan tímann. Það er líka hjálplegt að vita það, að þetta er svona tímabil og maður kemst út úr því. Ég efaðist aldrei um að ég gæti haft barnið á brjósti.“

UMRÆÐUR

Þetta er fyrsta eigindlega rannsóknin á Íslandi um reynslu og líðan mæðra sem fá verki í geirvörtur við brjóstagjöf. Leitast verður við að svara rannsóknarspurningum fjórum út frá niðurstöðum rannsóknarinnar og með tilvísun í fyrri rannsóknir.

1. Hver er reynsla kvenna af því að vera með verki í geirvörtum við brjóstagjöf?

Flestar mæður áttu í erfiðleikum með að leggja börn sín rétt á brjóst. Þessi reynsla

er í samræmi við þekkingu á þessu sviði. Álitid hefur verið allt frá 1945 að algengasta orsök þess að konur fá verki í geirvörtum við brjóstgjöf er að barnið tekur of lítið af brjóstvef uppí sig þegar það er lagt á brjóst (Gunther, 1945). Mæðurnar fundu fyrir verulegum verkjum í geirvörtum við brjóstgjöfina. Þær mátu sársaukann oftast með tölugildinu 7 eða hærra á verkjaskala þar sem 0 er enginn verkur og 10 er versti verkur sem þær gátu hugsað sér (VAS). Þetta er hærra gildi en kemur fram í erlendum rannsóknum, en samkvæmt þeim er sársauki í geirvörtum við brjóstgjöf metinn 4-5 á VAS (Buchko o.fl., 1993; Duffy o.fl., 1997; Pugh o.fl., 1996). Í rannsókn sem gerð var í Ástralíu á reynslu kvenna af brjóstgjöf kom m.a. fram að sumar mæður voru hissa á því hve sársaukafull brjóstgjöf getur verið. Konur lýsa þar óbærilegum verkjum í geirvörtum þegar börn eru lögð á brjóst og segja að þær hafi farið að gráta vegna sársauka við brjóstgjöf (Schmied & Barclay, 1999).

Mæðurnar sögðu frá andlegri vanlíðan samfara erfiðleikum við brjóstgjöf. Í rannsókn sem gerð var í Bandaríkjunum og Kanada á árunum 2000-2002 voru tekin opin djúpvíðtöl við 52 konur einum mánuði eftir fæðingu barns. Þar kemur fram að margar mæður, sérstaklega frumbyrjur, fundu fyrir andlegri vanlíðan samfara verkjum í geirvörtum við brjóstgjöf (Kelleher, 2006). Í samanburðarrannsókn sem gerð var í Ástralíu kom í ljós að konur sem höfðu viðvarandi verki í geirvörtum við brjóstgjöf á annarri viku eftir fæðingu voru marktækt líklegri til að þjást af þunglyndi, streitu og tilfinningaójafnvægi samanborið við þær konur sem voru verkjalausar. Jafnframt kom í ljós að eftir að konurnar fengu aðstoð við brjóstgjöfina dró úr verkjum og streitu, andleg líðan þeirra fór batnandi og tíðni þunglyndis minnkaði (Amir, Dennerstein, Garland, Fisher & Farish, 1996).

Mæðurnar sögðu frá fjölbreyttum áverkum sem þær fengu vegna þess að börnin tóku brjóst ekki rétt. Áverkarnir komu yfirleitt fram á þriðja degi brjóstgjafar og voru oftast viku til tíu daga að gróa. Styrkleiki verkjanna reyndist vera alveg jafn mikill hvort sem um klemmufar eða sár var að ræða og er það í samræmi við niðurstöður rannsóknar Noelle Lavergne (1997).

Eðli áverka þarf að skoða miklu betur, því að mismunandi úrræði geta hæft mismunandi áverkum.

Mæðurnar lýstu hvernig þær kviðu fyrir að leggja börn sín á brjóst, hvernig þær kviðu fyrir að setja sig aftur og aftur í aðstæður sem voru sársaukafullar. Í rannsókn Christu M. Kelleher (2006) komu sömu niðurstöður fram. Ein af viðmælendum átti að baki slæma brjóstgjafareynslu og kveið því að sagan myndi endurtaka sig. Hún hefði þurft að fá tækifæri til að vinna úr þessum kviða á meðgöngunni, en svo virðist því miður ekki hafa verið. Í rannsókn á sjálfsöryggi til brjóstgjafar hjá þunguðum konum kom í ljós að konur með slæma brjóstgjafareynslu og konur með litla þekkingu á brjóstgjöf þurftu mest á stuðningi og fræðslu ljósmæðra í mæðravernd að halda til að stuðla að árangursríkri brjóstgjöf (Laanterä, Pietilä, Ekström & Pölkki, 2011).

Foreldrar lýstu mikilli þreytu í sængurlegunni, þreytu sem tengist umönnunarlagi sem fylgir því að annast ungabarn. Svefnörðugleikar og verkir í geirvörtum við brjóstgjöf, juku líkur á þreytu hjá mæðrum ungabarna samkvæmt rannsókn sem gerð var á orsökum þreytu hjá frumbyrjum á fyrstu níu vikum eftir fæðingu barns (Wambach, 1998). Þreyta í foreldrahlutverki er vel þekkt og úr vöndu að ráða en rannsókn Mörgu Thome og Beth Alder (1999) sýnir að símaráðgjöf getur dregið úr þreytu í foreldrahlutverki hjá mæðrum eftir útskrift af fæðingastofnunum.

Erfiðleikar við að leggja barn rétt á brjóst, áverkar á geirvörtum, andleg vanlíðan, kviði og þreyta voru þemu sem mæður með verki í geirvörtum við brjóstgjöf sögðu frá.

2. Hafa verkir í geirvörtum áhrif á framvindu brjóstgjafar?

Í frásögn mæðranna kom fram sú tilfinning að vera ekki nógu góð móðir og að bregðast barninu sínu. Vanmáttarkennd getur verið eitt af einkennum fæðingarþunglyndis (Beck, 1992). Ein af viðmælendum sem fann fyrir vanmáttarkennd var greind með fæðingarþunglyndi, en hún fékk viðeigandi aðstoð og var búin að vinna sig út úr vandanum þegar viðtalið fór fram. Í rannsókn Mozingo o.fl. frá 2000 kom fram að margar konur fundu fyrir skömm, vonbrigðum og vanmáttartilfinningu í kjölfar þess að hafa þurft að hætta snemma með börn sín á brjósti. Vanmáttarkennd við umönnun ungabarns getur verið merki um skort á sjálfstrausti og sjálfsöryggi hjá móður, en

rannsóknir sýna að lítið sjálfsöryggi mæðra hefur neikvæð áhrif á lengd brjóstgjafar (Blyth o.fl., 2004; Noel-Weiss o.fl., 2006 & Laanterä o.fl., 2011).

3. Hver er reynsla kvenna af meðferðarúrræðum?

Mæðurnar sögðu frá meðferðarúrræðum sem hjálpuðu þeim að vinna sig út úr vandanum. Þeim fannst gagnlegt að læra að leggja barn rétt á brjóst, sem er í samræmi við faglegar leiðbeiningum frá „*The Joanna Briggs Institute*“ í Ástralíu frá 2009, en þar kemur fram að fræðsla um hvernig leggja á barn rétt á brjóst í sængurlegunni sé árangursríkasta leiðin til að fyrirbyggja eða minnka verki í geirvörtum við brjóstgjöf.

Mæðurnar sögðu að bleyta geirvörtur fyrir gjöf minnkaði líkur á verkjum við brjóstgjöf. En það er einnig í samræmi við faglegar leiðbeiningar frá „*The Joanna Briggs Institute*“, en þar er þessi aðferð talin gagnleg leið til að minnka verki í geirvörtum við brjóstgjöf (Rennie o.fl., 2009).

Mæðurnar sögðu gagnlegt að hafa plastfilmu á stærð við frímerki á geirvörtum milli gjafa til að hindra ertingu frá fötum. Í rannsókn Zimer frá 1995 kom fram að mæður fundu minna fyrir verkjum í geirvörtum milli gjafa þegar þær notuðu plastfilmu. Í faglegum leiðbeiningum frá „*The Joanna Briggs Institute*“ er ekki mælt með að nota plastfilmu á geirvörtur milli gjafa, ekki séu til nægar rannsóknir sem styðja gagnsemi meðferðarinnar (Rennie o.fl., 2009).

Mæðurnar notuðu mjaltavél til að viðhalda mjólkurframleiðslu, þegar þær voru tímabundið ófærar um að leggja börn sín á brjóst vegna sársauka við brjóstgjöf.

Mæðurnar notuðu mexikanahatt til að hlífa sárum geirvörtum, álagið við brjóstgjöf dreifist og mæðurnar náðu að gefa börnum sínu brjóst án óbærilegs sársauka. Tvær mæður fullyrtu að mexikanahatturinn hefði bjargað brjóstgjöfinni hjá þeim. Notkun mexikanahatta er umdeild og talið er að brjóstin fái ekki næga örvun til mjólkurframleiðslu þegar þeir eru notaðir (Powers & Tapia, 2004). Í rannsókn Ilana R.A. Chertok sem birt var 2009 var niðurstaðan sú að börn mæðra sem notuðu mexikanahatt við brjóstgjöf þyngdust jafn mikið fyrstu tvo mánuði ævi sinnar og börn mæðra sem notuðu ekki hattinn, einnig kom fram að mæðrunum líkaði mjög vel að nota hattinn.

Viðmælendur mínir notuðu mexicana-

hattinn í tvær vikur og voru meðvitaðar um að brjóstamjólkurframleiðslan gæti minnkað við það, þær brugðust við því með því að hafa börnin lengur á brjósti í hverri gjöf. Á þeim tíma styrktist húðin á geirvörtunum, börnin náðu að taka brjóstið rétt uppí sig og verkir við brjóstagjöf hurfu smám saman. Af þessu má draga þann lærdóm að mexikanahattur getur í sumum tilvikum átt við sem bjargráð við verkjum í geirvörtum við brjóstagjöf. Mikilvægt er að styðja mæður í því að nota þau bjargráð sem þær hafa góða reynslu af.

4. Hver er reynsla kvennanna af stuðningi ljósmæðra og annarra heilbrigðisstarfsmanna?

Mæðurnar töldu fræðslu um brjóstagjöf á meðgöngu hafi verið ábótavant. Í rannsókn sem gerð var í Bandaríkjunum og birt árið 2006, höfðu konur sömu sögu að segja (Moore & Coty, 2006). En fræðsla um brjóstagjöf í mæðravernd stuðlar að sjálfsöryggi mæðra til brjóstagjafar og hefur jákvæð áhrif á lengd brjóstagjafar (Laantera o.fl., 2011). Mæðurnar voru hins vegar til-
tölulega ánægðar með þá þjónustu sem þær fengu í sængurlegunni. Fræðsla um brjóstagjöf á meðgöngu og í sængurlegu er talin vera mjög áhrifarík leið til að stuðla að brjóstagjöf (Buchko o.fl., 1993; Duffy o.fl., 1997; Hong o.fl., 2003; Rennie o.fl., 2009) og sérstaklega fyrir konur sem eru að eignast sitt fyrsta barn (Hong, o.fl., 2003; Laantera o.fl., 2011). Einnig er talið að námskeið á meðgöngu sem hafa það markmið að efla sjálfsöryggi kvenna stuðli að farsælli brjóstagjöf (Noel-Weiss, o.fl., 2006).

Mikilvægt er að mæðurnar sjái fram úr vandanum og viti að verkir í geirvörtum við brjóstagjöf eru í flestum tilvikum tímabundið vandamál sem tengist upphafi brjóstagjafar. Hér kom fram mikilvægi fræðslu um brjóstagjöf, að mæðurnar vissu hvers var að vænta. Mæðurnar lýstu því að fullvissa þeirra um að komast út úr vandanum hefði hjálpað þeim að komast í gegnum þetta tímabil. Hér kom sjálfsöryggi mæðranna sterkt fram og jákvæð áhrif þess á framvindu brjóstagjafar. Mæðurnar sem héldu brjóstagjöfinni áfram þrátt fyrir verki við gjöf, höfðu fulla trú á eigin getu til að komast út úr vandanum. Rannsóknir sýna að gott sjálfsöryggi og sjálfstraust hefur jákvæð áhrif á framvindu brjóstagjafar og eykur líkur á að konur hafi börn

sín eingöngu á brjósti eins og ráðlagt er (Blyth o.fl., 2004; Laantera o.fl., 2011).

Styrkleikar og veikleikar rannsóknar

Meginstyrkleikar rannsóknarinnar eru að mæður lýstu með eigin orðum líðan sinni á brjóstagjafatímanum og ákveðinn samhlómur virðist vera milli reynsluheima mæðranna. Helsti veikleiki rannsóknarinnar er að fyrsti höfundur sem tók öll viðtölin er að gera sína fyrstu rannsókn og gæti það haft áhrif á gæði og dýpt viðtalsgagnanna.

Hagnýting rannsóknarinnar

Rannsóknin bætir við þekkingu um reynslu kvenna af því að vera með verki í geirvörtum við brjóstagjöf og skal þar helst nefna að konurnar segjast upplifa slæma verki, sem þær meta með tölugildinu 7 eða hærra á VAS skala. Þetta er hærra gildi en áður hefur sést í erlendum rannsóknum. Þessi niðurstaða er gagnleg fyrir okkur ljósmæður sem önnust konurnar og hvetur okkur til að auka fræðslu um brjóstagjöf á meðgöngu og í sængurlegu með það markmið að fyrirbyggja verki í geirvörtum við brjóstagjöf. Mikilvægast er að ljósmæður kenni konum og athugi hvernig börnin taka brjóstið en það er öflugasta leiðin til að fyrirbyggja verki í geirvörtum við brjóstagjöf. Koma þarf í veg fyrir að barn taki of lítið af brjóstinu uppí sig og nái að særa geirvörtur móður sinnar. Hægt er að nota sýnikennslu til að kenna mæðrum réttu handtökin við að leggja barn á brjóst. Ein leið er að ljósmóðir styður við axlir barns með hendi og þrýstir barninu að brjósti móður þegar barnið opnar munninn uppá gátt. Móðirin hermir síðan eftir handtökum ljósmóðirinnar og æfingin skapar meistarann. Mikilvægt er að ljósmóðir gefi sér góðan tíma og meti í samráði við móður hvernig barnið tekur brjóstið. Mæðurnar í þessari rannsókn virðast ekki hafa fengið næga leiðsögn við að leggja börn sín á brjóst á sængurkvennadeildinni, þrátt fyrir að þær hafi talið sig fá góða þjónustu þar. Til að bæta vinnulag í sængurleguþjónustu væri æskilegt að farið verði að ráðum amerískra barnalækna um að ljósmóðir fylgist með því hvernig barn tekur brjóst tvisvar á dag, áður en móðir og barn útskrifast heim. Fyrirmæli um þetta og niðurstöður athugunar mættu koma inn í hjúkrunarskráningu (Cadwell, 2007). Með því að fylgjast reglubundið með því hvort barn tekur brjóst rétt ætti að vera

hægt að leiðbeina konum um rétta brjóstagjafatækni og fylgja þeim leiðbeiningum eftir á markvissan hátt, í þeim tilgangi að minnka líkur á sáramyndun sem leitt getur til verkja í geirvörtum við brjóstagjöf.

LOKAORÐ

Af niðurstöðum rannsóknarinnar má læra að verkir í geirvörtum við brjóstagjöf geta haft veruleg áhrif á framvindu brjóstagjafar og lífsgæði mæðra. Í rannsókninni kemur fram að konur finna fyrir andlegri vanlíðan, þreytu, kvíða og vanmáttarkennd í tengslum við erfiðleika við brjóstagjöf. Konurnar þurfa á umönnun og stuðningi að halda meðan þær vinna sig út úr vandanum og væri áhugavert að skoða frekar hvernig staðið er að eftirfylgni og ráðgjöf til mæðra eftir að heim er komið.

Fáar rannsóknir hafa verið gerðar um reynslu kvenna af verkjum í geirvörtum við brjóstagjöf. Í ljósi þess er þetta rannsóknarverkefni mikilvægt, það varpar ljósi á líðan og reynslu mæðra af verkjum í geirvörtum við brjóstagjöf, hvaða aðferðir hafa reynst gagnlegar til að fyrirbyggja og meðhöndla verki í geirvörtum við brjóstagjöf. Fleiri og stærri alþjóðlegar rannsóknir eru þörf til að meta hvaða meðferðarúrreiði reynast best við verkjum í geirvörtum og hvernig best er hægt að efla sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöf og stuðla þannig að bættri líðan og farsælli brjóstagjöf.

Heimildaskrá

- Amir, L., Dennerstein, L., Garland, S., Fisher, J. & Farish, S. (1996). Psychological aspects of nipple pain in lactating women. *J. Psychosom Obstet Gynecol*, 17, 53-58.
- Anderson, J.E., Held, N. & Wright, K. (2004). Raynaud's phenomenon of nipple: a treatable cause of painful breastfeeding. *Pediatrics*, 113(4), 360-365.
- Barkin, B. & Gross, M.S. (2004). Nipple and areolar eczema in the breastfeeding woman. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery: Incorporating Medical and Surgical Dermatology*. Sótt 13. október 2006 úr Springer link gagnagrunni.
- Beck, C.T. (1992). The lived experience of postpartum depression: a phenomenological study. *Nursing Research*, 41(3), 166-170.
- Björn Þorsteinsson (2006). *Vitund og viðfang: Ágrip af grunnhugtökum fyrirbærafræðinnar*. Óútgefin gögn.
- Blyth, R.J., Creedy, D.K., Dennis, C.L., Moyle, W., Pratt, J., De Vries, S.M. & Healy, G.N. (2004). Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *Journal of Human Lactation*, 20(1), 30-38.

Buchko, B.L., Pugh, L.C., Bishop, B.A., Cochran, J.F., Smith, L.R. og Lerew, D.J. (1993). Comfort measures in breastfeeding, primiparous women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 23(1), 46-52.

Cadwell, K. (2007). Latching-on and suckling of the healthy term neonatal: Breastfeeding assessment. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(6), 638-642.

Chertok, I.R. (2009). Reexamination of ultra-thin nipple shield use, infant growth and maternal satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2949-2955.

Dodd, V. & Chalmers, C. (2003). Comparing the use of hydrogel dressings to lanolin ointment with lactating mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32, 486-494.

Duffy, E.P., Percival, P. & Kershaw, E. (1997). Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. *Midwifery*, 13, 189-196.

Geddes, D.T., Kent, J.C., Mitoulas, L.R. & Hartmann, P.E. (2008). Tongue movement and intra-oral vacuum in breastfeeding infants. *Early Human Development*, 84, 471-477.

Gunther, M. (1945). Sore nipples, causes and prevention. *Lancet*, 10, 590-593.

Hong, T.M., Callister, L.C. & Schwartz, R. (2003). First-time mothers views of breastfeeding support from nurses. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 28(1), 10-15.

Kelleher, C.M. (2006). The physical challenges of early breastfeeding. *Social Science & Medicine*, 63(10), 2727-2738.

Laanterä, S., Pietilä, A.M., Ekström, A. & Pölkki, T. (2011). Confidence in breastfeeding among pregnant women. *Western Journal of Nursing Research*. Sótt 11.mars 2011 úr Sage gagnagrunnum.

Lavergne, N.A. (1997). Does application of tea bags to sore nipples while breastfeeding provide effective relief? *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 26(1), 53-58.

McClellan, H.L., Geddes, D.T., Kent, J.C., Garbin, C.P., Mitoulas, L.R. & Hartmann, P.E. (2008). Infants of mothers with persistent nipple pain strong sucking vacuums. *Acta Paediatrica*, 97, 1205-1209.

Moore, E.R. & Coty, M.B. (2006). Prenatal and postpartum focus groups with primiparas: Breastfeeding attitudes, support, barriers, self-efficacy, and intention. *Journal of Pediatric Health Care*, 20(1), 35-46.

Morland-Schulz, K. & Hill, P.D. (2005). Prevention of and therapies for nipple pain: A systematic review. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34, 428-437.

Mozingo, J.N., Davis, M.W., Droppelman, P.G. & Merideth, A. (2000). It wasn't working: Womens experiences with short-term breastfeeding. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 25(3), 120-126.

Noel-Weiss, J., Bassett, V. & Cragg, B. (2006). Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(2), 349-357.

Powers, D. & Tapia, V.B. (2004). Womens experiences using a nipple shield. *Journal of Human Lactation*, 20(3), 327-334.

Pugh, L.C., Buchko, B.L., Bishop, B.A., Cochran, J.F., Smith, L.R. & Lerew, D.J. (1996). A comparison of topical agents to relieve nipple pain and enhanced breastfeeding. *Birth*, 23(2), 88-93.

Rennie, A.M., Cowie, J., Hindin, P.K. & Jewell, S. (2009). The management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding. *Australian Nursing Journal*, 17(2), 32-35.

Rusby, J.E., Brachtel, E.F., Michaelson, J.S., Koerner, F.C. & Smith, B.L. (2007). Breast duct anatomy in the human nipple: Three-dimensional patterns and clinical implications. *Breast Cancer Res Treat*, 106, 171-179.

Schmied, V. & Barclay, L. (1999). Connection and pleasure, disruption and distress: Womens experience of breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 15 (4), 325-333.

Sigríður Halldórasdóttir. (2003). Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði. Í Sigríður Halldórasdóttir og Kristján Kristjánsson (Ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðis-*

vísindum (bls. 249-265). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Tait, P. (2000). Nipple pain in breastfeeding women: Cause, treatment and prevention strategies. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 45(3), 212-215.

Thome, M. & Alder, B. (1999). A telephone intervention to reduce fatigue and symptom distress in mothers with difficult infants in the community. *Journal of Advanced Nursing* 29(1), 128. Sótt 23. febrúar 2005 úr Blackwell Synergy gagnagrunnum.

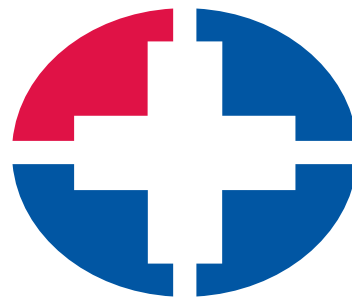
Wallance, H. & Clarke, S. (2006). Tongue tie division in infants with breast feeding difficulties. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 70, 1257-1261.

Wambach, K.A. (1998). Maternal fatigue in breastfeeding primiparae during the first nine weeks postpartum. *Journal of Human Lactation*, 14(3), 219-229.

Wiener, S. (2006). Diagnosis and management of candida of the nipple and breast. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(2), 125-128.

Wilson-Clay, B. & Hoover, K. (2002). *The breastfeeding atlas* (2. útgáfa). Austin.

Ziemer, M.M., Cooper, D.M. & Pigeon, J.G. (1995). Evaluation of dressing to reduce nipple pain and improve nipple skin condition in breast-feeding women. *Nursing Research*, 44(6), 347-351.



LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

NÓATÚN

KORNAX

Menn sem skelfa og niðurlægja

Reynsla íslenskra kvenna af mönnum sem beita þær ofbeldi á heimili sínu á meðgöngu og endranær

„Ofbeldi gegn konum er líklega skammarlegasta mannréttinda-skerðingin og líklega sú út-breiddasta. Hún er ekki bundin landamerkjum, menningu eða efnahag. Svo lengi sem ofbeldi gegn konum viðgengst getum við ekki sagt að við séum að ná nokkrum árangri í átt að meira jafnrétti, þróun og frið.“ (Kofi Annan, 2003, bls. 8).

Útdráttur

Rannsóknir benda til þess að menn sem beita ofbeldi á heimili sínu eigi margt sameiginlegt. Tilgangur þess hluta rannsóknarinnar „Heimilisofbeldi á meðgöngu og endranær frá sjónarhóli kvenna“ sem hér er kynntur var að dýpka þekkingu og auka skilning á reynslu íslenskra kvenna af mönnum sem beita þær ofbeldi á heimili sínu á meðgöngu og endranær með áherslu á lýsingu þeirra á mönnunum og ofbeldi þeirra. Rannsókn-araðferðin var Vancouver-skólinn í fyrirbæra-fræði sem hentar vel til að rannsaka mannleg fyrirbæri. Tekin voru 15 viðtöl við 12 konur á aldrinum 18-72 ára, meðalaldur þeirra var 37 ½ ár. Í frásögnum kvennanna kom fram þeirra mat að sex þættir voru öllum ofbeldis-mönnunum sameiginlegir: skapvonska, ofur afbrýðissemi, ofur stjórnsemi, ógnandi hegðun, harkaleg viðbrögð við smámunum og niðurlægginga þörf. Allir mennirnir beittu andlegu ofbeldi strax eða mjög stuttu eftir að samband hófst. Níu mannanna beittu líkamlegu ofbeldi, sex beittu fjárhagslegu ofbeldi og átta beittu kynferðisofbeldi í samböndunum. Flestir beittu að minnsta kosti tveimur tegundum ofbeldis. Flestir mennirnir voru alkóhólistar en sumir þeirra. Þeir notuðu vímuefni og sumir þeirra voru ekki í fastri vinnu. Konurnar töluðu um að



Ástþóra Kristjánsdóttir
ljósmóðir MSc Heilsugæslu
höfuðborgarsvæðisins, Hvammi.



Sigríður Halldórsdóttir
prófessor og deildarformaður framhalds-
námsdeildar Heilbrigðisvísindasviðs
Háskólans á Akureyri.

þær hafi aldrei fengið frið fyrir mönnunum og að þær hafi stöðugt verið á varðbergi og hafi aldrei vitað hvað kæmi næst. Mennirnir beittu allir ofbeldi þannig að börnin sáu og heyrðu. Ofbeldið fannst konunum hafa þann megintilgang að skelfa þær og niðurlægja. Mikilvægt er að dýpka þekkingu og skilning á heimilisofbeldi frá sem flestum sjónarhólum vegna þeirra alvarlegu afleiðinga sem ofbeldi hefur á þolendur.

Lykilorð: Meðganga, heimilisofbeldi, makaofbeldi, þolendur heimilisofbeldis, fyrirbærafræði, viðtöl.

Inngangur

Tilgangur þess hluta rannsóknarinnar „Heimilisofbeldi á meðgöngu og endranær frá sjónarhóli kvenna“ sem hér er kynntur er að dýpka þekkingu og auka skilning á reynslu íslenskra kvenna af mönnum sem beita þær ofbeldi á heimili sínu. Ofbeldi gegn konum í nánnum samböndum er alþjóðlegt vandamál sem hefur skaðleg áhrif á líf og heilsu fjölmargra kvenna. Hagemann-White, Katenbrink og Rabe (2006) benda á að samkvæmt skýrslu Mannréttindadómstólans í Strassburg eru konur sem verða fyrir slíku ofbeldi í aukinni áhættu á að missa fóstur, meiri hættu er á fósturskaða, þær verða oftar þungaðar án þess að vilja það og eru í meiri hættu á að fá kynsjúkdóma og verða ófrjóar. Algengt er að konur sem búa við heimilisofbeldi þjáist af andlegum, líkamlegum og félagslegum kvillum svo sem langvinnum verkjum, kvíða, streitu, áráttuhegðun, þunglyndi og átröskunarsjúkdómum eins og offitu, lystarstoli og lotugræðgi. Þær eru í meiri hættu á að nota hvers kyns vímuefni, þær eru fimm sinnum líklegri til að þurfa á geðlæknisþjónustu að halda og fimm sinnum líklegri til að reyna sjálfsmorð. Þá eru heilsufarsvandamál sem tengd eru heimilisofbeldi margvísleg s.s. marblettir, tognanir, skurðir, afrifur og skert hreyfigeta (Hagemann-White, Katenbrink & Rabe, 2006).

Á hverju ári er tilkynnt um ofbeldisverk sem framin eru innan veggja heimilisins en talið er að flest slík ofbeldisverk séu aldrei tilkynnt til lögreglu (Kennedy, Forde, Smith & Dutton, 1991; Krishnan, Hilbert, VanLeeu-

wen & Kolia, 1997). Árásarmennirnir eru venjulega makar/fyrirum makar eða kærastar/fyrirum kærastar. Þær konur sem eru í mestri hættu á að verða fyrir ofbeldi eru: a) ungar konur sem eru fyrirum eiginkonur eða kærustur ofbeldismanna (Rennison & Welchans, 2000), b) konur sem eru 15-24 ára og konur sem eru eða voru í sambandi/giftar mönnum sem eru tveimur áratugum eldri en þær þ.e. 35-44 ára og eldri (Peters, Shackelford & Buss, 2002).

Eins og fram kom í fyrstu greininni sem fjallar um „Reynslu kvenna af ofbeldi á meðgöngu og endranær“ einkennist líf þeirra kvenna sem búa við ofbeldi af stöðugri streitu, ótta og kvíða og börn kvennanna eru hin hljóðu fórnarlömb heimilisofbeldis. Að jafnaði er talið að ein af hverjum fjórum konum hafi einhvern tímann búið við ofbeldi og að ein af hverjum fimm barnshafandi

konum búi við ofbeldi (Ástþóra Kristinsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2010). Það er því mikilvægt að reyna að skilja orsakir heimilisofbeldis til að stöðva það og fyrirbyggja.

Hverjar eru orsakir heimilisofbeldis?

Síðustu áratugi hafa verið settar fram margar hugmyndir og kenningar um orsakir heimilisofbeldis en flestir eru á því að á því sé engin ein viðhlítandi skýring. Rannsóknir benda til þess að menn sem beita ofbeldi á heimili sínu eigi margt sameiginlegt. Peters, o.fl. (2002) hafa meðal annarra rakið þær helstu og þá kenningarmiði sem helst hafa útskýrt hverja kenningu fyrir sig. Fyrstu þrjár sem þau nefna einkennast af skýringum þar sem talið er að orsökinn finnist í einhverju sem er ábótavant hjá manningum t.d. að hann skorti egóþroska og aðlögunarhæfni,

hann hafi ekki náð tökum á reiðistjórnun eða hafi ekki tileinkað sér eðlileg tjáskipti. Síðari flokkarnir byggjast á öðrum hugmyndum. Þessi flokkun kemur fram í töflu 1.

Flokkun heimilisofbeldis og ofbeldismanna

Hverjar svo sem orsakir heimilisofbeldis kunna að vera fyrir þá er einkum litið á þrjá þætti í sambandi við ofbeldi í nánnum samböndum: a) *Alvarleika og tíðni ofbeldisins*, bæði líkamlega, andlega og kynferðislega b) *Hversu almennt ofbeldið er*, er það einungis innan fjölskyldunnar? Eða er það almennt og lýsir sér m.a. í ólöglegu og glæpsamlegu athæfi? c) *Hvernig geðheilsu ofbeldismaðurinn hefur*, hvort hann er með persónuleikaraskanir og hvort hann hefur einhverja fíkn (Delsol, Margolin & John, 2003). Holtzworth-Munroe og Stuart (1994) notuðu

Heiti	Lýsing á hugmyndunum	Kenningarmiðir/rannsakendur
Sálgreinendur	Hafa komið með þá tilgátu að egóbygging ofbeldismannsins sé sködduð sem geri það að verkum að hann missi stjórn á reiðitilfinningu sem ómeðvitað tengist móður mannsins sem hann átti í erfiðu sambandi við.	Í þessu sambandi vísa Peters o.fl. (2002) m.a. á Adams (1990). Nefna má einnig skrif Fonagy (1998) í þessu sambandi.
Fjölskyldukerfa kennismiðir	Telja að ofbeldismaðurinn missi stjórn á reiðitilfinningu sinni og það sé megin orsök heimilisofbeldis.	Peters o.fl (2002) benda m.a. á Geller (1992) í því sambandi.
Brenglað samskiptamynstur	Þá er litið svo á að brenglað samskiptamynstur geri það að verkum að árekstrar makanna/paranna stigmagnist og endi í ofbeldi.	Peters o.fl. (2002) vitna m.a. í Deschner, McNeil og Moore (1986).
Feminískt sjónarmið	Fjórdða kenningin byggir á allt öðrum grunni. Þá er litið svo á að ofbeldið byggist ekki á undirliggjandi göllum í manningum heldur sé það meðvitað og markvisst. Feministar telja að ofbeldismaðurinn noti valdbeitingu til að stjórna maka sínum.	Peters o.fl. (2002) vitna m.a. í Adams (1988) og Walker (1994) í þessu sambandi.
Þróunarsálfræðingar	Hafa undanfarinn áratug komið með fimmtu skýringuna sem er í anda feminískra hugmynda um að heimilisofbeldi feli í sér stjórn á konum en hugmynd þeirra er að ofbeldismaðurinn beiti ofbeldi til að hafa stjórn á kynlífi konunnar.	Peters o.fl. (2002) vitna m.a. í Buss og Malamuth (1996) í þessu sambandi.
Félagslegur arfur	All margar rannsóknir benda til þess að ofbeldishegðun sé að einhverju leyti félagslegur arfur. Þeir sem beita ofbeldi í nánnum samböndum hafa margir orðið vitni að slíku í bernsku og jafnframt lært það í umhverfi sínu að það að ræða málin og komast að samkomulagi sé slæmt og betra sé að beita ofbeldi.	Helstu fræðimenn og rannsakendur: Kwong, Bartholomew, Henderson og Trinke (2003); Rapoza og Baker, (2008); Stith, o.fl., (2000). Einnig má nefna rannsókn Worley, Walsh og Lewis (2004).
Samfélagslegt samþykki á ofbeldi karla	Enn önnur nálgun er að í samfélaginu sé ákveðin viðurkenning á því að karlmennt beiti ofbeldi og að drengir alist upp við það frá unga aldri að það sé nánast gengið út frá því að þeir eigi að beita ofbeldi. Þannig kenni samfélagið drengjum að bregðast við streitu með ofbeldi og að karlmennska felist m.a. í því að birgja inni tilfinningar en beita ofbeldi.	Helstu fræðimenn og rannsakendur: De Zulueta (1993); Dobash og Dobash, (1992). Einnig má nefna Umberson, Anderson, Williams og Chen (2003).

Tafla 1. Flokkun á hugmyndum um orsakir ofbeldis í nánnum samböndum

Andlegt ofbeldi	Andlegt ofbeldi felur í sér niðurlægjandi hegðun sem hefur það að markmiði að ná stjórn eða valdi á maka eða leiðir til slíkra yfirráða. Andlegt ofbeldi getur birst í mörgum myndum svo sem niðurlægjandi athugasemdum, ógnunum, hótunum, því að skemma hluti sem konunni finnst vænt um og eftirliti sem felst í því að konan þarf stöðugt að gera grein fyrir ferðum sínum og gerðum. Andlegu ofbeldi fylgir yfirleitt afneitun ofbeldis, þvinganir, einangrun og fleira. Þetta er hegðun sem leiðir til ofríkis þess sem henni beitir eða styrkir slíka hegðun.
Líkamlegt ofbeldi	Líkamlegt ofbeldi kemur oft í kjölfar andlegs ofbeldi. Það kemur fram í mörgum myndum eins og: Konan er hrist, lamin, kýld, klóruð, brennd, rasskellt, tekin kverkatakí, svelt, bundin, stungin, heitu vatni hellt á hana, barin með hlutum, hlutum hent í hana, henni hrint og hent til. Oft gætir ofbeldismaðurinn þess að merki líkamlegs ofbeldis dyljist undir fötum konunnar en oft vill hann líka að þau sjáist þannig að konan fari ekkert út.
Kynferðislegt ofbeldi	Kynferðislegt ofbeldi kemur meðal annars fram í að kona er þvinguð til kynlífsathafna sem hún er mótfallin eða kynferðislegum svívirðingum. Maðurinn þvingar hana til að horfa á klámmyndir og skoða klámblöð, nauðgar henni eða hótar nauðgun, hótar smitun kynsjúkdóma, þvingar í vændi eða hindrar brjóstagið.
Fjárhagslegt ofbeldi	Meðal þess sem fellur undir fjárhagslegt ofbeldi er takmörkun aðgangs að peningum. Maki skammtar konunni peninga sem duga vart fyrir nauðsynjum, konan verður að gera grein fyrir hverri krónu, maki heldur stöðu fjármála leyndri fyrir konunni, kemur í veg fyrir að hún vinni sér fyrir launum eða ráðstafar launum hennar, tekur af henni alla peninga svo sem arf eða innistæðu í bankabók, ráðstafar einn sameiginlegum peningum þeirra o.fl.

Tafla 2. Yfirlit yfir tegundir ofbeldis

(Byggt á Ingólfur V. Gíslason (2008) og Samtök um Kvennaathvarf (2008)).

þessa mælikvarða og skiptu ofbeldismönnum í þrennt:

1. Ofbeldismenn sem beita ofbeldi eingöngu innan fjölskyldunnar
 2. Ofbeldismenn með jaðarpersónuleikaröskun
 3. Ofbeldismenn sem sýna andfélagslega hegðun og almennt ofbeldi í samfélaginu.
- Þau telja reyndar að þetta séu ekki aðskildir flokkar heldur nokkurs konar ás (continuum). Mennirnir í þriðja flokknum eru reyndar hættulegastir konunum. Þeir eru oft haldnir einhvers konar fíkn, vilja hafa vald og stjórn og ofbeldi þeirra er oft handahófskennt og felur í sér meiri ógnun og vekur þess vegna meiri hræðslu hjá konunum (Delsol, o.fl., 2003).

Johnson (1995) hefur flokkað heimilisofbeldi og heimilisofbeldismenn í tvennt: *hjónaofbeldi*, þar sem ofbeldi milli hjóna eða para kemur upp einstöku sinnum sem afleiðing af rífrildi og hins vegar í *nándarhryðjuverkastarfsemi* (*intimate terrorism*) þar sem um mikið, títt og alvarlegt ofbeldi er að ræða þar sem ofbeldi er markvisst beitt til að ná valdi yfir annarri manneskju. Fjárhagslegt ofbeldi, ógnanir, hótanir, einangrun og fleira er þá notað í sama tilgangi. Johnson (1995) segir þessa tegund ofbeldis afar hættulega og bjarga verði konunni tafarlaust út úr þeim helgreipum.

Heimilisofbeldi getur verið andlegt, líkamlegt, kynferðislegt og fjárhagslegt. Það geta verið ein eða fleiri tegundir eða allar tegundir saman. Í töflu 2 má sjá flokkun á helstu tegundum ofbeldis.

En hvernig lýsa konurnar þessum karl mönnum sem beita þær ofbeldi? Rannsókn-

arspurningin sem lögð var fram í þessum þætti rannsóknarinnar var: Hver er lýsing íslenskra kvenna af mönnum sem beita þær ofbeldi á heimili sínu á meðgöngu og endranær? Nánar tilgreint: Hvað einkennir ofbeldismennina? Hver er aldur þeirra? Menntun? Atvinna? Eru þeir haldnir fíkn? Glíma þeir við geðveiki? Eru þeir þunglyndir? Hversu stjórnsamir eru þeir? Hvað með sjálfsálit þeirra? Hafa þeir hótað sjálfsmorði eða gert tilraun til þess? Hvers konar ofbeldi beittu þeir?

ADFERDAFRÆÐI

Til að svara rannsóknarspurningunni var valin fyrirbærafræðileg aðferð, Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði (Sigríður Halldórsdóttir, 2000, 2003), sem lýst var í tveimur síðustu tölublöðum Ljósmeðrablaðsins þar sem fyrstu tveir hlutar rannsóknarinnar voru kynntir. Þar voru kynnt þrjú rannsóknarferlisin í Vancouver-skólanum og hvernig þeim var fylgt í þessari rannsókn, vitrænum meginþáttum í rannsóknarferlinu lýst sem og þátttakendum, gagnasöfnun og gagnagreiningu ásamt umfjöllun um réttmæti rannsóknarinnar. Að lokum var fjallað um síðfræði rannsóknarinnar og getið þess leyfis sem fengið var hjá Vísindasiðanefnd (tilvísun SVNb2009010006/03.7) og að rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar (tilvísun: S4206/2009/LSL/-).

NIÐURSTÖÐUR

Hér á eftir er ofbeldismönnum lýst ásamt ofbeldi þeirra samkvæmt frásögn kvennanna. Sex þættir voru öllum ofbeldis-

mönnum sameiginlegir samkvæmt frásögn kvennanna:

- Skapvonska
- Ofur afbrýðissemi
- Ofur stjórnsemi
- Ógnandi hegðun
- Harkaleg viðbrögð við smámunum
- Niðurlægjandi þörf.

Allir mennirnir beittu strax andlegu ofbeldi, níu notuðu líkamlegt ofbeldi, sex beittu fjárhagslegu ofbeldi og átta beittu kynferðisofbeldi í samböndunum. Flestir beittu að minnsta kosti tveimur tegundum ofbeldis. Flestir mennirnir höfðu mjög mikið sjálfsálit en sumir lítið. Í töflu 3 má sjá yfirlit yfir ofbeldismennina og í töflu 4 má sjá yfirlit yfir ofbeldi manna flokkað eftir tegundum ofbeldis.

Allar sögðu konurnar að andlegt ofbeldi hefði byrjað strax eða mjög stuttu eftir að samband hófst. Þær sögðu hins vegar að þær hefðu ekki áttað sig á því en séð eftir á að þetta byrjaði strax. Það sem þær töldu í fyrstu að væri umhyggjusemi hefði í reynd verið ráðríki og yfirgangur. Konurnar tala um að þær hafi aldrei fengið frið, þær hafi stöðugt verið á varðbergi og vissu aldrei hvað myndi koma næst. „Þú veist þegar maður var að labba út úr bílnum þá skransaði hann alltaf aðeins áfram skilurðu alltaf svona niðurlægjandi allan liðlangan daginn, skilurðu það var aldrei .. þú veist ég fékk aldrei frið í rauninni“ segir Anna. Undir þetta tekur Bárá: „Stundum þegar ég gekk fram hjá honum ... fram á klósettið, þá gaf hann mér svona spark ... sparkaði svo aftur með fætinum í mig eða hnykkti svona í mig með olnbogunum til að meiða mig. Ég var yfirleitt

Tilbúin nöfn	Aldur manna	Menntunarstig manna	Atvinna manna	Fíkn	Stjórn-semi	Sjálfs-álit	Sjálfsmorð-hótun/tilraun	Lýsing á ofbeldinu
Andri	20-25	Háskóli	Viðskipti	Á	5	5	Nei	L/K/A/F
Bragi	35-40	Iðnskóli	Iðn	Á	4	5	Nei	A/F
Einar	< 20	Grunnskóli	Verkamaður	Nei	4	5	Nei	A/L
Finnur	20-25	Grunnskóli	Verkamaður	Á/F	5	5	Já	A/L/K/F
Garðar	25-30	Háskóli	Stjórnun	Á	4	4	Já	A/L
Heiðar	< 20	Grunnskóli	Verkamaður	Á/F	5	5	Nei	A/L/K/F
Ingvar	25-30	Háskóli	Viðskipti	Á/F	5	5	Já	A/L/K/F
Karl	20-25	Háskóli	Viðskipti	Á	4	5	Nei	A/L/F
Leifur	< 20	Grunnskóli	Verkamaður	Á/F	3	-4	Já	A/L/K
Magnús	20-25	Grunnskóli	Verkamaður	F	2	-4	Já	A/L/K
Ragnar	25-30	Menntaskóli	Nemi	Nei	5	-4	Nei	A/K
Þór	20-25	Grunnskóli	Verkam/nemi	Á/F	5	4	Já	A/L/K/F

Tafla 3. Yfirlit yfir ofbeldismennina

Skýringar:

Atvinna. Nokkrir mennirnir voru sífellt að skipta um vinnu og atvinnulausir þess á milli.

Fíkn (þ.e. áfengis- (Á) eða fíkniefnavandamál (F).

Stjórnsemi. Mjög mikil=5, Mikil=4, Hvorki mikil né lítil=2, Lítil=1, Engin=0. *Meðaltal:* 4.25.

Sjálfsálit mannsins. Mjög mikið=5, Mikið=4, Hvorki mikið né lítið=0, Lítið= -4, Mjög lítið= -5.

Lýsing á ofbeldinu. A=Andlegt ofbeldi, L=Líkamlegt ofbeldi, F=Fjárhagslegt ofbeldi og K=Kynferðislegt ofbeldi. *Allir notuðu fleiri en eina tegund ofbeldis.*

Enginn hafði verið formlega greindur með geðveiki á meðan konan bjó með manningnum, tveir síðar. Enginn hafði verið formlega greindur með þunglyndi. Fjórir af mönnum bjuggu sjálfir við heimilisofbeldi í æsku og einn var mikið ofverndaður og alltaf hans máli tekið.

alltaf með marbletti á upphandleggjum og á fótleggjum.“

Það sem virtist einkenna þessa menn var skapvonska, það var ekkert að hjá þeim, allt var konunni að kenna. Þeir virtust ekki vera í sambandi við eigin tilfinningar og tengsl þeirra við konurnar voru kvíðakennd. Þeir settu mikið út á útlit konunnar og sýndu henni lítilsvirðingu, töluðu niður til hennar og vógu að henni sem móður og sem mann-
eskju. Konurnar fengu enga hjálp hjá manninum með heimilið eða börnin. Þeir höfðu ekki skilning á tilfinningum og þörfum konunnar og gátu ekki sett sig í hennar spor. Linda sagði: „Hann sagði að ég væri ómöguleg og þarna já og glötuð og feit og þyrfti að fara í megrun ... þetta gekk svona út á hvernig ég væri og gerði ekkert rétt... Það gekk út á þetta ... en aftur á móti hann var alveg alveg fullkominn“. Hún bætur við: „(þögn) þetta var alveg ótrúlegt að búa svona, að maður skyldi hafa haldið þetta út sko, en sem betur fer voru þetta bara fjögur ár“ (grætur).

Mennirnir gáfu ekkert af sér og vildu

ekki tala um mál sem skiptu fjölskylduna máli og sýndu barni/börnum engan áhuga heldur jafnvel ofbeldi. Allt var slétt og felld á yfirborðinu, þeir viðhöfðu fagurgala og áttu auðvelt með að tala og fá fólk til að trúá sér. Margir eru þeir sjarmerandi og sakleysislegir. Þeir töluðu gjarnan fyrir konu sína. Margir voru orðljótir og afbrýðisamir á heimilinu. Mennirnir sýndu ógnandi hegðun, skemmdu eigur fjölskyldunnar og brugðust harkalega við smámunum. Tveir voru árásgjarnir og alltaf til í slagsmál, voru stöðugt að bregða fyrir konu sína fæti og hrinda þeim til þannig að þær lentu á einhverju sem gaf mar. Þeir settu mikið út á konuna, útlit hennar og klæðnað, hvernig hún ól upp börnin og gerði hlutina, alltaf eitthvað sem var ekki rétt. Sumir voru með ofbeldislöngun og niðurlægingarþörf.

Nokkrir mannanna höfðu alist upp í fjölskyldum þar sem mikið ofbeldi var og áttu föður sem beitti móður þeirra ofbeldi. Í fjölskyldum þeirra virtist hafa verið mikið um rífrildi og eðlilegt virtist þykja að tala ekki við fjölskyldu sína í einhvern tíma eftir að ósætti

kom upp. Þeim var sumum eðlilegt að ljúga og svíkja. Þessir menn einangruðu konuna frá vinum og fjölskyldu og fylgdust stöðugt með hvað hún var að gera og konan þurfti stöðugt að gera grein fyrir gerðum sínum. Þeim fannst fjölskylda konunnar stjórnsöm og frek og reyndu gjarnan að eyðileggja samband kvennanna við foreldra sína. Margar konurnar voru miður sín yfir framkomu mannanna við foreldra þeirra. Inga lýsir þessu með eftirfarandi hætti: „Sko hann setti ekki bara út á mig þú veist heldur bara alla fjölskylduna, það var svona eins og það væri svona „missionin“ hjá honum að fá mig upp á móti þeim“. Undir þetta tekur Dísar og segir að hann hafi alltaf verið vondur við foreldra hennar: „Það eina sem mér fannst svo agalegt, hann var svo vondur við pabba og mömmu“. Nanna tekur undir með Ingu og Dísu og segir: „Smám saman einangrar hann mig frá vinum og vandamönnum og er með mér bara alltaf og alltaf að passa mig. Og staðan var orðin þannig að ég hafði ekki verið í sambandi við fjölskylduna mína í tvö ár. Ég var svona í hálfgerðri þrisund“.

Andlegt ofbeldi	Fjárhagslegt ofbeldi	Líkamlegt ofbeldi	Kynferðislegt ofbeldi
Setur stöðugt út á konuna og niðurlægir hana	Skammtar pening mjög naumt	Lemur, ber, slær, kýlir, reynir að kyrkja	Neyðir til kynlífs
Er ógnandi í orðum og athöfnun	Konan þarf að gera grein fyrir eyðslu sinni	Bregður fyrir fæti, hrindir og skellir höfði í vegg	Neyðir til kynlífsleikja
Bregst harkalega við smámunum	Konan þarf að skila afgangi	Ýtir að konu lyfjum og dópi	Neyðir til ofbeldisfulls kynlífs
Vegur að konunni sem móður og manneskju	Er nískur á konuna en ekki sjálfan sig	Tekur af konu þunglyndis- og svefnlyf	Festir konu með því að geta henni barn
Hótar sjálfsmorði			

Tafla 4. Lýsing kvennanna á ofbeldi mannanna flokkað eftir tegundum ofbeldis

Sex menn beittu konur sína fjárhagslegu ofbeldi. Þeir skömmtuðu þeim peninga til heimilisins og gerðu það naumt þannig að þær voru alltaf hræddar að hafa ekki nóg og ein var alltaf með reiknivél með sér til að vera viss um að eiga nóg. Þær þurftu að gera grein fyrir allri eyðslu sinni, skila afgangi, sjálfir voru mennirnir miklir dellukarlar og ekki nískir á sjálfa sig. Dísá sagði: „Ég var alltaf svo hrædd um að eiga ekki nóg fyrir matnum að ég tók alltaf með mér reiknivél í búðina til að vera viss áður en ég fór og borgaði. Hann tók alltaf af mér allan pening.“

Þeir beittu ofbeldi af litlu tilefni, konan kom kannski seinna heim en talað var um, steikti kjötið ekki rétt eða vitlaus sósa var borin fram eða hann fann ekki sokka á sig. Þeir sögðust ekkert muna daginn eftir og báðust fyrirgefningar og lofuðu að þetta kæmi aldrei fyrir aftur. Konurnar sögðust vera sérfræðingar í að afsaka sig og segja frá hvernig þær meiddu sig. Þær voru alltaf í fötum sem huldu marblettina og sögðust hafa rekið sig á hurð, runnið til o.s.frv.

Mennirnir beittu ofbeldi þannig að börnin sáu og heyrðu. Flestir mennirnir voru alkólistar en aðrir þurrir. Þrír notuðu vímuefni og tveir eru greindir með geðræna sjúkdóma eftir að sambandi lauk. Margir þeirra voru ekki í fastri vinnu og skiptu oft um vinnu en hvöttu konuna til að vinna fyrir þeim. Þrátt fyrir að svo væri þá sáu þeir ekkert frekar um heimilishald eða börnin. Einn maður var í námi og einn í fjarnámi með vinnu. Þeir létu konur sínar sjá um að gera verkefni fyrir þá. Þeir beittu ofbeldi hvort sem þeir voru undir áhrifum vímuefna eða ekki en ofbeldið varð verra þegar þeir voru undir áhrifum. Inga lýsir því þannig: „Hann var þú veist alltaf svona vondur ... en það var eins og hann tvífeldist þegar hann var undir áhrifum og þá náttúrulega rýkur sjálfstraustið upp og allt þetta sko og þá alveg sko kjafturinn náttúr-

lega umturnaðist á honum.“

Flestir mennirnir höfðu mjög þaggandi áhrif á konur sínar. Jóna orðar það svo að hún hafi gíft manni sem þagði hana í hel og átti þá við þá þöggun sem maður hennar beitti hana.

Fimm menn festu konur sínar með því að eiga með þeim börn og beittu þeim svo endalaust þegar upp kom að konurnar vildu fara úr ofbeldissambandinu. Þeir sögðu að þær gætu ekki séð fyrir sér og börnunum og þeir mundu sjá til þess að þær fengju aldrei forræði yfir þeim. Einn maður laug til um frjósemi sína og sagðist ekki geta átt börn en var svo ekkert hissa þegar konan varð barnshafandi: „Hann sagði mér að fyrri konan hans hafði sparkað í klofið á honum svo hann gæti nú ekki eignast barn“. Sumir mennirnir þvinguðu konurnar til kynlífsleikja og ofbeldisfulls kynlífs sem þær vildu ekki sjálfar en gerðu samt til að halda friðinn. Helmingur ofbeldismannanna höfðu hót að fremja sjálfsmorð eða gert tilraun til þess þegar konurnar sögðust ætla að fara úr ofbeldissambandinu.

Mennirnir voru að mestu eins á meðgöngunni og eftir fæðingu. Þeir sýndu meðgöngunni ekki áhuga og komu fram við konu sína eins og áður. Ofbeldið var ekkert minna en kynferðisofbeldið breyttist hjá sumum. Tveir vildu meiri munnmök og einn tók ekkert tillit til konu sinnar þótt hún vildi ekki kynlíf og hann meiddi hana. Margar konurnar kvörtuðu undan því að menn þeirra væru kröfuharðir á kynlíf á meðgöngunni og tækju ekkert tillit til þeirra. „Það var ofboðslega mikið andlegt ofbeldi á meðan að ég var barnshafandi.“ sagði Bára. Einn vildi hins vegar ekki eiga við konu sína kynlíf á meðgöngu því hún „væri svo ógeðsleg“.

Konurnar í þessari rannsókn sögðust ekki geta staðið með sjálfum sér og voru hræddar um sig og börn sín en þorðu samt ekkert að kvarta. Þær bæði misstu og þurftu

að láta börn sín frá sér á meðan þær tóku á sínum málum. Nokkrar konur gerðu tilraun til að slíta sig lausar úr sambandinu áður en það tókst. Þrjár fóru í Kvennaathvarfið og voru þar einhvern tíma en fóru svo aftur heim og sögðu að ofbeldið hefði versnað við það. Þær eru allar lausar úr ofbeldissambandinu nú. Mennirnir skelfdu konurnar og beittu endalausri áreitni eftir að sambúð lauk, hringdu stöðugt og þær voru lengi að losna við þá.

Misjafnt er hvað það var sem hjálpaði konunum að taka endanlega ákvörðun. Konunum fannst erfitt að slíta sig lausar og gerðu það á mismunandi forsendum. Ein konan fór strax eftir fyrsta líkamlega ofbeldið. Tvær tóku ákvörðun þegar þær voru á geðdeild eftir að hafa reynt að fremja sjálfsvíg. Þrjár lásu sjálfshjálparbækur og það hjálpaði þeim. Enn aðrar fóru vegna þess að þær höfðu áhyggjur af börnum sínum og vildu ekki að þau myndu alast upp í svona sjúku umhverfi. Þeim fannst þær ekki geta boðið barni/börnum sínum upp á þetta líf og þær voru hræddar um líf sitt og barnanna.

UMRÆÐUR UM NIÐURSTÖÐUR

Helstu niðurstöður eru þær að konunum í þessari rannsókn fannst helsti tilgangur á bak við ofbeldi mannanna vera að skelfa þær og niðurlægja. Sex þættir voru öllum ofbeldismönnum sameiginlegir: skapvonska, ofur afbrýðissemi, ofur stjórnsemi, ógnandi hegðun, harkaleg viðbrögð við smámunum og niðurlæginga þörf. Þeir beittu allir fleiri en einni tegund ofbeldis og virtust hvorki átta sig á tilfinningum konunnar né sínum eigin. Það að ofbeldismennirnir virtust ekki í sambandi við tilfinningar sínar kemur heim og saman við rannsókn Umberson o.fl. (2003) sem komust að þeirri niðurstöðu að ofbeldisfullum mönnum finnst erfitt að horfast í augu við tilfinningar sínar og þeir

afneiti því oft að þeir hafi tilfinningar. Þá safnast ótjáðar tilfinningar upp og úr verður eldgos þegar eitthvað lítilsháttar fer úrskaiðis. Mennirnir í þessari rannsókn kenndu konunum sínum oft um ofbeldið, þær hafi valdið "eldgosinu" sem kemur heim og saman við rannsókn Anderson og Umberson (2001).

Kviðakennd tengslamyndun og ofbeldi

Sumar konurnar kvörtuðu undan því að tengsl mannanna við þær hefðu verið kviðakennd. Kviðakennd tengslamyndun hefur verið tengd bæði við líkamlegt ofbeldi við sambandslit (Davis, Shaver & Vernon, 2003) og andlegt og líkamlegt ofbeldi (Orcutt, Garcia og Pickett, 2005). Sumir rannsakendur hafa eingöngu fundið tengsl milli kviðakenndrar tengslamyndunar og ofbeldis hjá karlmönnum (Roberts & Noller, 1998).

Jaðarpersónuleikaröskun og ofbeldi

Vísbendingar eru um að jaðarpersónuleikaröskun tengist heimilisofbeldi (Allen & Farmer, 1996; Dutton & Starzomski, 1993). Sálfræðingarnir Gylfi Ásmundsson (1999) og Eggert S. Birgisson (e.d.) (2011) hafa bent á að jaðarpersónuleikaröskun komi fram í atferli einstaklingsins og komi niður á öðru fólki fremur en honum sjálfum. Hann hefur laka stjórn á hvötum sínum og á erfitt með að tengjast öðrum nánnum tilfinningaböndum. Hann hefur tilhneigingu til að sjá heiminn í ógakenndri svart-hvítri mynd og skynjar ekki hve truflandi áhrif hann hefur á aðra. Dr. Jakob Smári (2010), prófessor í sálarfræði við H.Í. bendir einnig á sveiflukennt geðslag, hvatvísi, reiðiköst, óljósa eða óstöðuga sjálfsmýnd, stöðuga tómleikennd og stormasöm sambönd við annað fólk. Einn helsti vandi þessara einstaklinga er vanhæfni til þess að þola sterkar geðshræringar, óstöðugleiki í mannlegum samskiptum, erfiðleikar í að stjórna reiðitilfinningu, sjálfseyðileggjandi hegðun, sjálfsvígshótanir eða tilraunir til slíks og að einstaklingurinn er háður öðrum, leitar eftir nánd en á erfitt með að nýta sér hana (Eggert S. Birgisson, e.d., 2011; Gylfi Ásmundsson, 1999; Jakob Smári, e.d., 2010). Í raun eru lýsingar þessara sálfræðinga í samræmi við lýsingar flestra kvennanna. Flestir með jaðarpersónuleikaröskun fá ekki greiningu og því enga meðhöndlun en samkvæmt Gunderson (2009) eru góðar horfur

í meðhöndlun þeirra ef þeir fá rétta meðferð en lengi vel hafi meðferð þeirra verið mjög ábótavant. Eru flestir þessara manna sem lýst er af konunum í þessari rannsókn með vangreinda jaðarpersónuleikaröskun? Það er verðug spurning.

Sjálfsmorðshótanir og sjálfsmorðstilraunir ofbeldismannanna

Helmingur ofbeldismannanna höfðu hótað að fremja sjálfsmorð eða gert tilraun til þess þegar konurnar sögðust ætla að fara úr ofbeldissambandinu. Sjálfsmorðshótanir og sjálfsmorðstilraunir eru fremur algengar hjá mönnum sem beita ofbeldi í nánnum samböndum. Í rannsókn Conner, Cerulli og Caine (2002) komust þau að þeirri niðurstöðu að 45.5% þeirra 101 ofbeldismanna sem tóku þátt í þeirra rannsókn hafði hótað sjálfsmorði og 12.9% höfðu gert sjálfsmorðstilraun. Flestar hótanir voru innan hálfis árs frá hjónaskilnaði/sambandssliti (70.5%) og fram til þess að konurnar báðu um nálgunarbann á mennina. Flestir rannsakendur hafa flokkað hótum um sjálfsmorð undir andlegt ofbeldi (Shepard & Campbell, 1992; Tolman, 1999). Flestir rannsakendur telja að ofbeldismenn sem hóta sjálfsmorði séu hættulegri ofbeldismenn en aðrir og séu sjúkari en aðrir (Tweed & Dutton, 1998).

Áfengi og ofbeldi

Meirihluti ofbeldismannanna í þessari rannsókn áttu við áfengisvandamál að stríða. Einn af áhættuþáttunum sem hafa verið greindir í tengslum við ofbeldi í nánnum samböndum er áfengisneysla (Lundenberg, Stith, Penn & Ward, 2004; Luthra & Gidycz, 2006) og þá einkum hjá karlmönnum (Rapoza & Baker, 2008). Hins vegar benda rannsóknir til að áfengisneyslan geti verið afsökunin fyrir ofbeldinu fremur en raunveruleg ástæða (Rapoza & Baker, 2008; Williams & Smith, 1994).

Hvað veldur því að kona ákveður að fara eða fara ekki úr ofbeldissambandi?

Til að skilja af hverju konur eru oft lengi að losa sig úr ofbeldissambandi er vert að rifja upp Stokkhólmsheilkennið (Stockholm syndrome) sem hefur verið lýst af Pat Wallace (2007). Hún telur að konur sem búi við heimilisofbeldi hafi Stokkhólmsheilkennið. Í fyrsta lagi trúir konan að maður hennar

stjórnir henni og geti drepit hana. Hann talar stöðugt niður til hennar þar til hún trúir að hún geti ekkert gert. Í öðru lagi trúir konan ekki að hún geti flúið. Hún er kviðin og þunglynd og vantar allt sjálfstraust. Í þriðja lagi heldur ofbeldismaðurinn konunni einangraðri frá umheiminum, frá fjölskyldu og vinum og fylgir henni hvert sem hún fer þar til konan trúir að hún geti ekki flúið ástandið. Hún trúir því sem maður hennar segir henni, að enginn trúir henni og að sambönd eigi að vera svona. Í fjórða lagi heldur hún í trúna um að ofbeldismaðurinn sé ekki alvondur. Hann biður hana fyrirgefningar eftir að hann hefur misst stjórn á sér og gefur henni gjafir og segist aldrei ætla að beita hana ofbeldi aftur. Konan heldur í vonina um betra líf og að hann verði betri eins og hann lofar alltaf. Hann sé nú ágætur þar sem hann leikur sér stundum við börnin og hann leyfði henni að heimsækja mömmu sína (Wallace, 2007).

Samkvæmt Alþjóða Heilbrigðismálastofnuninni (WHO, 2002) slíta konur ofbeldissambandi af mörgum ástæðum en þó einkum vegna alvarleika ofbeldisins, áhrifa ofbeldis á börnin og vegna hvatningar frá vinum eða fjölskyldu. Þær sem hins vegar ekki slíta ofbeldissambandinu bera því við að þær séu hræddar um afleiðingarnar eins og aukið ofbeldi, hræddar við að missa börn sín og að valda fjölskyldunni skömm. Konur með lélega fjárhagsstöðu eiga erfiðara með að fara frá mönnum sínum vegna áhyggna af afkomu sinni og barna sinna. Í skýrslu frá Samtökum um Kvænnaathvarf (2008) segja flestar konurnar, sem þar hafa verið og hafa farið frá ofbeldismönnum, að þær hafi farið einfaldlega af því að mælirinn var fullur, aðrar af því að ofbeldið var orðið grófara en áður. Þær fara til dæmis eftir nauðgun, aðrar draga mörkin við ofbeldi gagnvart börnunum eða hótun um það.

ÁLYKTANIR

Af öllu sem á undan er ritað sést hvað það er mikilvægt að spyrja konur á meðgöngunni um heimilisofbeldi og hjálpa konunum eins og þær vilja sjálfar. Koma þarf fræðslu út í þjóðfélagið um hvað heimilisofbeldi er alvarlegt. Það er lífsnauðsynlegt að þjóðfélagið og heilbrigðisstarfsmenn geri sér grein fyrir þessu og hagi meðferð sinni í samræmi við það. Konurnar í þessari rannsókn voru sammála um að ofbeldi er ólíðandi og að nauðsynlegt er að draga það fram í dagsljósið og byrja miklu fyrr að fræða fólk um

hvernig eðlileg sambönd eru. Hjálpa þarf konum við að tjá sig um ofbeldi og þekkja þarf hvaða leiðir er hægt að bjóða þeim til aðstoðar. Eftir því sem fyrr er tekið á þessum málum því líklegra er að draga megi úr langvarandi skaða á þolendum.

Lokaorð

Heilbrigðisstarfsfólk verður að þekkja einkenni heilsufarsvandamála sem geta hugsanlega verið vegna heimilisofbeldis og erfiðleika heima fyrir. Ljósmaður hafa kjöraðstæður og eru í lykilhlutverki til að tala við konur því þær hitta konur sjö til tíu sinnum á meðgöngunni. Ljósmaður verða því að vera í stakk búna og treysta sér til að spyrja spurninga um ofbeldi heima fyrir og vera tilbúna að veita þá fræðslu og stuðning sem konurnar óska eftir. Nauðsynlegt er að ljósmaður og annað heilbrigðisstarfsfólk fái námskeið til að læra að spyrja, þekkja einkenni og vita hvernig þær geta aðstoðað konur í þessum erfiðu aðstæðum. Það er lykilatriði að ljósmaður spyrji konur þessara spurninga á hverri meðgöngu. Skapa verður aðstæður með hverri konu þannig að hún og ljósmóðirin hittist a.m.k. einu sinni einar í meðgönguverndinni. Konum líður oftast vel hjá ljósmóðurinni sinni og því er auðvelt að ná trúnaði þeirra á milli. Þær hafa sameiginlegt áhugamál sem er að allt gangi vel með barnið þannig að konan er oft tilbúin til að opna sig og ræða málin. Ef ljósmóðir hefur einhverjar grunsemdir þarf hún að fylgja málinu eftir og spyrja ítrekað á varfærnislegan hátt. Þróa þarf markvissar aðgerðar-áætlanir um hvernig tekið er á málum þegar í ljós kemur að barnshafandi kona býr við heimilisofbeldi.

Heimildalisti

Adams, D. (1988). Feminist-based interventions for battering men. Í L. Caesar & K. Hamberger (ritstjórar), *Therapeutic interventions with batterers*. New York: Springer Publishing.

Adams, D. (1990). Treatment models of men who batter: A profeminist analysis. Í K. Yllo & M. Bograd (ritstjórar), *Feminist perspectives on wife abuse* (bls. 176 - 199). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Allen, D. M. & Farmer, R. G. (1996). Family relationships of adults with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 43-51.

Anderson, K. L. & Umberson, D. (2001). Gendering violence: Masculinity and power in men's accounts of domestic violence. *Gender & Society*, 15, 358-380.

Annan, K. (2003). Tilvitnun í G. Jacobs (ritstjóri), *Not a minute more: Ending violence against women*. Skýrsla UNIFEM. New York: UNIFEM (United Nations Development Fund for Women). Sótt á http://www.unifem.org/attachments/products/312_book_complete_eng.pdf

Ástþóra Kristinsdóttir & Sigríður Halldórsdóttir (2010). Stöðug streita, ótti og kviði: Reynsla kvenna sem hafa búið við ofbeldi á meðgöngu og endranær. *Ljósmaðrablaðið*, 88(1), 6-12.

Buss, D. M. & Malamuth, N. M. (1996). *Sex, power, conflict*. New York: Oxford University Press.

Conner, K. R., Cerulli, C. & Caine, E. D. (2002). Threatened and attempted suicide by partner-violent male respondents petitioned to family violence court. *Violence and Victims*, 17(2), 115-125.

Davis, D., Shaver, P. R. & Vernon, M. L. (2003). Physical, emotional and behavioral reactions to breaking up: The roles of gender, age, emotional involvement and attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(7), 871-884.

Delson, C., Margolin, G. & John, R. S. (2003). A typology of maritally violent men and correlates of violence in a community sample. *Journal of Marriage and Family*, 65(3), 635-651.

Deschner, J. P., McNeil, J. S. & Moore, M. G. (1986). A treatment model for batterers. *Social Casework*, 67, 55-60.

De Zulueta, F. (1993). *From pain to violence: The traumatic roots of destructiveness*. London: Whurr Publishers.

Dobash, R. E. & Dobash, R. P. (1992). *Violence against wives: A case against patriarchy*. New York: Free Press.

Dutton, D. G. & Starzomski, A. J. (1993). Borderline personality in perpetrators of psychological and physical abuse. *Violence and Victims*, 8(4), 327-337.

Eggert S. Birgisson (e.d.) (2011). Jaðarpersónuleikaröskun. Sótt á <http://www.persona.is/index.php?action=faqs&method=display&pid=29&fid=427>

Fonagy, P. (1998). An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *The Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 147-169.

Geller, J.A. (1992). *Breaking destructive patterns*. New York: The Free Press.

Gunderson, J.G. (2009). Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166, 530-539.

Gylfi Ásmundsson (1999). Persónuleikaröskun. *Geðvernd*, 28(1), 28-33.

Hagemann-White, C., Katenbrink, J. & Rabe, H. (ritstjórar) (2006). *Combating violence against women: Stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe member states*. Strassburg: Equality Division, Directorate General of Human Rights. Council of Europe. Sótt af: [http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Equality/PDF_CDEG\(2006\)3_E.pdf](http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Equality/PDF_CDEG(2006)3_E.pdf)

Holtzworth-Munroe, A. & Stuart, G. L. (1994).

Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116, 476-497.

Ingólfur V. Gíslason (2008). *Ofbeldi í nánum samböndum*. Reykjavík: Félags- og tryggingamálaráðuneytið.

Jakob Smári (e.d.). (2010). Hvað er jaðarpersónuleikaröskun? Er hægt að ráða bót á henni? Sótt á <http://visindavefur.hi.is/svar.asp?id=2089>

Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 283-294.

Kennedy, L. W., Forde, D. R., Smith, M. D. & Dutton, D. G. (1991). Knowledge of spouse abuse in the community: A comparison across locations. *Journal of Family Violence*, 6, 303-317.

Krishnan, S. P., Hilbert, J. C., VanLeeuwen, D. & Kolia, R. (1997). Documenting domestic violence among ethnically diverse populations: Results from a preliminary study. *Family & Community Health*, 20, 32-48.

Kwong, M. J., Bartholomew, K., Henderson, A. J. Z., & Trinke, S. (2003). The intergenerational transmission of relationship violence. *Journal of Family Psychology*, 17(3), 288-301.

Lundenberg, K., Stith, S. M., Penn, C. E., & Ward, D. (2004). A comparison of nonviolent, psychologically violent and physically violent male college daters. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(10), 1191-1200.

Luthra, R. & Gidycz, C. A. (2006). Dating violence among college men and women: Evaluation of a theoretical model. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(6), 7171-7731.

Orcutt, H. K., Garcia, M. & Pickett, S. M. (2005). Female-perpetrated intimate partner violence and romantic attachment style in a college student sample. *Violence and Victims*, 20(3), 287-302.

Peters, J., Shackelford, T. K. & Buss, D. M. (2002). Understanding domestic violence against women: Using evolutionary psychology to extend the feminist functional analysis. *Violence and Victims*, 17(2), 255-264.

Rapoza, K. A. & Baker, A. T. (2008). Attachment styles, alcohol, and childhood experiences of abuse: An analysis of physical violence in dating couples. *Violence and Victims*, 23(1), 52-65.

Rennison, C. M. & Welchans, S. (2000). *Intimate partner violence*. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.

Roberts, N. & Noller, P. (1998). The association between adult attachment and couple violence: The role of communication patterns and relationship satisfaction. Í J. A. Simpson & W. S. Rholes (ritstjórar), *Attachment theory and close relationships* (bls. 317-350). New York: Guilford Press.

Samtök um kvennaathvarf (2008). Ársskýrsla. Reykjavík: Höfundur.

Shepard, M. F. & Campbell, J. A. (1992). The Abusive Behavior Inventory: A measure of

psychological and physical abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 291-305.

Sigríður Halldórsdóttir. (2000). The Vancouver School of Doing Phenomenology. Í B. Fridlund og C. Hildingh (ritstjórar), *Qualitative methods in the service of health* (bls. 47-81). Lund: Studentlitteratur.

Sigríður Halldórsdóttir. (2003). Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði. Í Sigríður Halldórsdóttir & Kristján Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðarfræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 249-265). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Stith, S. M., Rosen, K. H., Middleton, K. A., Busch, A. L., Lundeberg, K. & Carlton, R. P. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse. *Journal of Marriage and the Family*, 62(3), 640-654.

Tolman, R. M. (1999). The validation of the Psychological Maltreatment of Women Inventory. *Violence and Victims*, 14, 25-35.

Tweed, R. G. & Dutton, D. G. (1998). A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence and Victims*, 13, 217-230.

Umberson, D., Anderson, K.L. Williams, K. & Chen, M.D. (2003). Relationship dynamics, emotion state, and domestic violence: A stress and

masculinities perspective. *Journal of Marriage and Family*, 65(1), 233 -247.

Wallace, P. (2007). How can she still love him? Domestic violence and the Stockholm Syndrome. *Community Practitioner*, 80(10), 32-35.

Williams, J. G. & Smith, P. (1994). Drinking patterns and dating violence among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8(1), 51-53.

Walker, L. (1994). *Abused women and survivor therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

WHO (2002). *World report on violence and health 2002*. Alþjóða Heilbrigðismálastofnunin. Sótt af: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf

Worley, K. O., Walsh, S. & Lewis, K. (2004). An examination of parenting experiences in male perpetrators of domestic violence: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 35-54.



Arion banki



vistor



**Án ilmefna
Án bleikiefna
Fyrir viðkvæma húð**

mjöll frigg
– hreinlega sterkari

MILT
FYRIR BARNIÐ

Greining léttbura á meðgöngu Tíðni ógreindra léttbura og þættir sem hafa forspárgildi fyrir greiningu þeirra

Útdráttur

Tilgangur rannsóknarinnar sem kynntur er í þessari grein var tvískiptur. Annars vegar að skoða tíðni ógreindra léttbura eftir 37 vikna meðgöngu sem fæddust á Landspítalanum á árunum 2005-2006 og hins vegar að skoða bakgrunnsþætti til að meta forspárgildi sameiginlegra áhrifaþátta á greiningu fyrir fæðingu.

Rannsóknir benda til þess að börn sem eru vaxtarseinkuð eigi frekar á hættu að fæðast andvana eða verða fyrir súrefnis-skorti í fæðingu en börn með eðlilegan vöxt. Einnig eru vísbendingar um að börn sem hafa orðið fyrir vaxtarseinkun á fósturskeiði eigi frekar í vandamálum á nýburaskeiði og geti þróað með sér heilsutengd vandamál síðar á ævinni (Coomarasamy o.fl., 2002). Greining á meðgöngu getur því skipt miklu máli þegar kemur að útkomu og framtíðarhorfum barnsins eftir fæðingu.

Um var að ræða megindlega rannsókn með afturvirkum rannsóknarsniði, byggð á upplýsingum úr sjúkraskrá. Úrtakið var börn sem fæddust á LSH árin 2005 og 2006 eftir fullar 37 vikur meðgöngu og fengu ICD 10 greininguna P05.1 Léttburi. Skoðaðar voru breytur sem fengnar voru úr mæðraskrám og af barnablöðum og sónarblöðum. Tölfræðileg úrvinnsla var að mestu lýsandi en einnig voru skoðuð tengsl milli ákveðinna breyta.

Árin 2005 og 2006 fengu 1,9% fullburða barna ($n=111$) sem fæddust á Landspítalanum greininguna léttburi. Af þeim sem skoðuð voru gögn um í rannsókninni ($n=92$) voru 45,7% greind fyrir fæðingu en ógreind voru 54,3%. Niðurstöður leiddu í ljós að þjóðerni móður hafði marktækt forspárgildi um hvort léttburarnir greindust fyrir fæðingu eða ekki ($p=0,031$). Legbotns-mælingar gáfu marktækt oftar vísbendingar um lítið barn eða seinkaðan vöxt fósturs hjá mæðrum sem voru í kjörþyngd en hjá þeim sem voru yfir kjörþyngd ($p=0,001$).



Birna Málfríður Guðmundsdóttir
Ljós móðir, Sjúkrahúsinu á Akureyri

Lykilorð: Léttburar, vaxtarseinkun, greining á meðgöngu, mælingar á legbotnshæð

Þessi grein byggir á lokaverkefni mínu til embættisprófs í ljósmóðurfræði vorið 2008. Leiðbeinendur voru Ingibjörg Eiríksdóttir og Helga Gottfreðsdóttir.

INNGANGUR

Ljósmaður á Íslandi sinna mæðravernd barnshafandi kvenna og á meðan meðganga er talin eðlileg eru þær í lykilstöðu til að greina vaxtarfrávik barna. Í mæðravernd mæla ljósmaður stærð legsins á meðgöngu og nota legvaxtarrit sem skimpróf til að meta stærð barna í móðurkviði. Auk þess hugar ljósmóðirin að undirliggjandi þáttum og líðan móður sem gætu gefið vísbendingar um seinkaðan vöxt. Greining léttbura á meðgöngu getur skipt miklu máli þegar kemur að útkomu og framtíðarhorfum þeirra. Því er mikilvægt að athuga hvert hlutfall ógreindra léttburafæðinga er hér á landi og hvort ákveðnir þættir hafi forspárgildi fyrir greiningu. Ljósmaður gætu þá fylgt þeim þáttum sérstaklega eftir til að þróa þjónustuna. Ávinningurinn verður vonandi sá að varpa ljósi á þennan hóp einstaklinga og að undirstrika mikilvægi þess að vel sé staðið að greiningu og meðferð.

Hér verður fjallað um niðurstöður fjögurra rannsóknarspurninga rannsóknarinnar en þær eru; hver var fjöldi ógreindra léttbura sem fæddust á Landspítalanum árin 2005-2006 eftir 37 vikna meðgöngu; er munur á því hvort léttburar greinast fyrir eða eftir fæðingu m.t.t. hvort móðir er íslensk eða af erlendu bergi brotin; hafa legbotns-mælingar forspárgildi um hvort léttburar greinast fyrir fæðingu og er munur á hvort legbotns-mælingar gefa vísbendingar um lítið barn eða seinkaðan vöxt fósturs m.t.t. líkamsþyngdarstuðuls móður?

Bakgrunnur

Ýmis mismunandi greiningarskilmörk eru notuð til að greina léttbura en algengasta skilgreiningin er þyngd barns sem er fyrir neðan 10. hundraðsmark (percentile) miðað við meðgöngulengd. Þetta þýðir að barnið er minna en 90% allra barna sem fæðast við sömu meðgöngulengd (Coomarasamy o.fl., 2002; Bryan & Hindmarsh, 2006). Aðalvandamálið við þessa skilgreiningu á léttbura er sú að hún nær einnig yfir marga heilbrigða nýbura sem eru litlir að eðlisfari. Hana skortir því næmi til að finna nýbura sem eru of smáir af sjúklegum ástæðum. Í dag er lág fæðingarþyngd (Low Birth Weight) af flestum skilgreind sem þyngd $< 2500\text{g}$ en vaxtarskerðing (Intra Uterine Growth Restriction) og léttburi (Small for Gestational Age) eru hugtök sem af mörgum eru lögð að jöfnu (Bryan & Hindmarsh, 2006). Þó eru aðrir sem vilja gera skýran greinarmun þar á en misjafnt á hvaða hátt. Breeze og Lees (2007) telja léttbura vera þau börn sem eru litil að eðlisfari en vaxtarskerðing eigi við um börn sem vaxa ekki sem skyldi í móðurkviði og bera þess merki. Lundgren (2003) segir fræðiheitið léttburi almennt byggt á tölfræðilegri skilgreiningu á stærð við fæðingu og ætti að aðgreina frá hugtakinu vaxtarskerðing sem ætti að skilgreina sem sjúklega skerðingu á fósturvexti vegna erfðafræðilegra — eða umhverfisþátta.

Aðeins það besta fyrir börnin!



Fjölbreytt og gott
veganesti fyrir lífið
www.barnamatur.is



Gerber
Því lengi býr að fyrstu gerð

Þannig eru ekki allir léttburar vaxtarskertir og vaxtarskert börn þurfa ekki endilega að vera léttburar. Hvað sem mismunandi skilgreiningum líður er nokkuð ljóst að um er að ræða misleitna hóp barna sem hafa annað hvort ekki náð að vaxa sem skyldi eða eru smá að eðlisfari (Coomarasamy o.fl., 2002).

Tíðni léttburafæðinga, orsakir og mikilvægi greiningar á meðgöngu

Tíðni léttburafæðinga er mismunandi eftir þjóðernum og er hærri í þróunarlöndum en í þróuðum löndum (Mandy, 2011). Mismunandi skilgreiningar gera samanburð á tíðni erfiðan. Bryan og Hindmarsh (2006) segja 1–3% meðganga enda með ófullnægjandi fósturvexti án þess að skilgreina það nánar. Mandy (2011) talar hins vegar um að 10% fullburða barna í þróuðum löndum fæðist léttburar og allt að 23% fullburða barna í þróunarlöndum. Þegar þyngd nýbura sem fæðast á Landspítalanum er < 10. hundraðsmark miðað við meðgöngulengd þeirra á vaxtarkúrfu, fá þau greininguna léttburi (P05.1) (Þórður Þorkelsson, munnleg heimild, 7. janúar 2008). Árið 2005 fengu 62 fæddra nýbura á LSH þessa greiningu, þar af voru 46 börn fædd eftir 37 vikna meðgöngu (Guðrún Garðarsdóttir, munnleg heimild, 17. janúar 2008). Samkvæmt skýrslu frá fæðingaskráningunni fyrir árið 2005 fæddust alls 3093 börn á kvennadeild Landspítalans það árið. Þar af voru 2873 fullburða börn (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Gestur Pálsson & Alexander K. Smárasón, 2006). Þetta þýðir að um 2% fæddra barna fengu léttburagreininguna og um 1,6% fullburða barna.

Vaxtarseinkun getur orsakast af þáttum tengdum móður, flæði um fylgju eða fósturinu sjálfu. Í um það bil þriðjungu tilfella verður vaxtarseinkun af erfðafræðilegum ástæðum og í tveimur þriðju er um að ræða ófullnægjandi aðstæður innan legs (Mandy, 2011). Hins vegar er enga meinafræðilega ástæðu að finna í um 40% léttbura tilfella (Lundgren, 2003; Mandy, 2011). Rannsóknir benda til þess að vaxtarseinkuð fóstur eigi frekar á hættu á að fæðast andvana eða verða fyrir súrefnisskort í fæðingu en fóstur með eðlilegan vöxt. Rannsóknir benda einnig til að börn sem hafa orðið fyrir vaxtarseinkun á fósturskeiði eigi frekar í vandamálum á nýburaskeiði auk þess sem vísbendingar eru um heilsutengd vandamál síðar á ævinni hjá þessum einstaklingum (Coomarasamy o.fl.,

2002). Nýburar sem hafa ekki vaxið eðlilega og hafa orðið fyrir skerðingu á súrefni og næringarefnum geta orðið fyrir fósturköfnun, andað fósturhægðum ofan í lungun og fengið lungnaháþrýsting. Með vandamálum á nýburaskeiði er m.a. átt við vandamál þessu tengd. Auk þess eru erfiðleikar við að halda á sér hita og að halda uppi blóðsykri þættir sem hafa þarf í huga þegar um vaxtarseinkuð börn er að ræða (Mandy, 2011).

Mikilvægt markmið meðgönguverndar er að huga að velferð og vexti fósturs í móðurkviði. Greining á meðgöngu getur skipt miklu máli þegar kemur að útkomu og framtíðarhorfum léttbura og hefur verið skoðað í rannsóknum. Ogundipe, Wolfe, Seed og Gamsu (2000) gerðu rannsókn með það að markmiði að bera tveggja ára útkomu léttbura sem höfðu greinst á meðgöngu saman við útkomu ógreinda léttbura. Skoðuð voru gögn um alla léttbura sem fæddust í Suð-Austur Thames héraði í Englandi yfir eins árs tímabil og þeim fylgt eftir tveimur árum síðar. Af 49.787 fæðingum voru 6,9% < 2500g og voru 42,5% þeirra léttburar en aðeins 42% þeirra voru greindir fyrir fæðingu. Ógreindu léttburarnir voru að meðaltali þyngri og eldri í meðgönguvikum við fæðingu en þeir sem greindust fyrir fæðingu. Hins vegar var mun herra hlutfall burðarmálsdauða hjá ógreinda hópnum. Enginn munur var á hópnum þegar kom að taugaproska við tveggja ára aldur en greindu léttburarnir skorðu lægra á hreyfiproskaprófi en þeir ógreindu. Höfuðummál greindu léttburanna var að meðaltali minna við tveggja ára aldurinn en enginn munur var þá milli hópanna á þyngd, lengd, líkamsþyngdarstuðli, upphandleggsummáli og þykkt húðar yfir þríhöfða vöðvanum. Þættir sem höfðu forspárgildi fyrir greiningu fyrir fæðingu voru að móðir tæki eftir minnkudum fósturhreyfingum og ef aldur móður var >40 ár. Þrátt fyrir litla aukningu á minniháttar veikleika hjá þeim léttburunum sem voru greindir fyrir fæðingu komast rannsakendur að þeirri niðurstöðu að greining sé mikilvæg þar sem hún getur komið í veg fyrir burðarmálsdauða. Hafa ber í huga að í þessari rannsókn voru aðeins skoðaðir léttburar < 2500g og var um að ræða fyrirbura og fullburða börn.

Greining léttbura á meðgöngu

Aðferðir til að meta fósturvöxt á meðgöngu eru mælingar á legbotnshæð og sónarmælingar (Bergman, Kieler, Petzold, Sonesson

& Axelson, 2006). Legbotnsmæling er talin einföld, ódýr og hættulaus aðferð og er því notuð víða til skimunar á fósturvexti. Þegar börn sem verða fyrir vaxtarskerðingu í móðurkviði eru greind er algengt að finna þau sem eru lítil miðað við meðgöngulengd. Með því að meta legbotnshæð miðað við ákveðna legvaxtarkúrfu vaknar grunur um léttbura ef mæling er neðan við ákveðið hundraðsmark á kúrfunni eða ef málin standa í stað (Petzold, Sonesson, Bergman & Kieler, 2004). Ókostir þess að nota lítill miðað við meðgöngulengd sem vísi að vaxtarskerðingu eru vel þekktir. Notkun þyngdartölu í stað vaxtar eykur hættu á ranggreiningu. Meðal nýbura sem greindir eru léttburar eru bæði heilbrigðir nýburar sem eru litlir að eðlisfari og vaxtarskertir nýburar sem eru í aukinni hættu á veikindum og dauða (Petzold o.fl., 2004; Breeze & Lees, 2007). Af þessum sökum er mikilvægt að greina á milli þessara tveggja hópa. Þó að sónarmæling á öðrum þriðjungu meðgöngu geti gefið ágætis vísbendingu, er í raun aðeins hægt að meta minnkaðan vaxtarhraða með raðmælingum (Breeze & Lees, 2007). Ákveðið greiningarferli fer í gang þegar grunur vaknar um of lítinn vöxt fósturs. Legbotnsmæling og ein sónarmæling eru einungis skimanir sem þarf að fylgja nánar eftir. Í greiningarferli eru útilokaðir undirliggjandi sjúkdómar hjá móður og fósturi og gerðar frekari mælingar.

Flestir fagaðilar sem koma að barn-eignarferlinu notast við stöðluð vaxtarrit til að mæla vöxt barna í móðurkviði og þyngd nýbura eftir fæðingu. Reyndar er það svo að þegar kemur að meðgöngu sem talin er vera áhættulítill getur mæling á legbotnshæð verið eina aðferðin sem notuð er til að meta fósturvöxt (Gelbaya & Nardo, 2005). Næmi legvaxtarrita til að finna léttbura hefur verið rannsakað og er misjafnt eftir rannsóknum og ritum sem skoðuð eru hvert næmið er, eða frá 27% til 88% (Coomarasamy o.fl., 2002).

Þóra Steingrímsdóttir o.fl. (1987) útbjuggu fyrsta legvaxtarritið fyrir íslenskar konur sem er notað enn í dag. Í rannsóknum voru valdar heilbrigðar konur með einbura í eðlilegri meðgöngu. Þær komu í mæðraeftirlit á Kvennadeild Landspítalans á árunum 1985–1986. Aðeins var notuð ein mæling frá hverri konu, 50 mælingar voru skráðar í hverri meðgönguviku og heildarfjöldi mælinga var 1150. Meðaltalsgildi fyrir vöxt legbotns hjá íslenskum konum reyndist tæplega 2 cm hærri en sænsku gildin sem á þeim tíma

	Fjöldi = n	Hlutfall
Greindir léttburar	42	45,7%
Ógreindir léttburar	50	54,3%
Alls	92	

Tafla 1. Léttburar

	Greindir léttburar	Ógreindir léttburar	Alls
Íslensk móðir	50,0% (n=40)	50,0% (n=40)	100% (n=80)
Erlend móðir	16,7% (n=2)	83,3% (n=10)	100% (n=12)
Allar mæður	45,7% (n=42)	54,3% (n=50)	100% (n=92)

Tafla 2. Greining léttbura fyrir fæðingu eftir þjóðerni móður

voru notuð hérlandis, þ.e. kúrfa Westins. Rannsóknarhópurinn þótti nokkuð dæmigerður fyrir íslenskar aðstæður þá en samkvæmt fæðingarskráningunni 1972–1981 var meðalþyngd nýbura á Íslandi 3558g. Hins vegar hefur meðalfæðingarþyngd íslenskra barna aukist í 3814 gr samkvæmt fæðingarskráningunni 1998–2002 (Reynir Tómas Geirsson, o.fl., 2002) frá því að íslenska legvaxtarritið var útbúið.

Síðustu ár hefur töluvert verið fjallað um sérhönnuð eða einstaklingshæfð legvaxtarrit sem fæðingarlæknirinn Jason Gardosi hefur hannað ásamt fleirum. Þar er gengið út frá því að bakgrunnspættir hjá móður hafi áhrif á mælingarnar (Gardosi & Francis, 1999). Um er að ræða tölvuforrit sem hægt er að slá inn í upplýsingar um móður og fyrri börn ef einhver eru. Sett er inn þjóðerni móður, aldur, hæð, þyngd og fjöldi fyrri barna. Ef um fyrri börn er að ræða eru slegnar inn þyngdar- og lengdartölur þeirra, ásamt meðgöngulengd og kyni. Einnig er mikilvægt að vita meðgöngulengd. Allt eru þetta lífeðlisfræðilegar breytur sem talið er að hafi áhrif á þyngd og vöxt (Gelbaya & Nardo, 2005; Hutcheon, Zang, Platt, Cnatt- ingius & Kramer, 2011). Komið hefur í ljós í nokkrum rannsóknum að næmi sérhæfðra vaxtarrita er meira en næmi staðlaðra vaxtarrita (Coomarasamy o.fl., 2002) og að einstaklingshæfð vaxtarrit greini betur á milli eðlilegrar og sjúklegar smæðar og minnki þannig falskt jákvæðar og falskt neikvæðar greiningar á vaxtarskerðingu (Gardosi & Francis, 2009; Gelbaya & Nardo, 2005). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists mælir með notkun einstaklingshæfðra legvaxtarrita (Coomarasamy o.fl., 2002; Gardosi & Francis, 2009; Hutcheon o.fl. 2011).

AÐFERÐAFRÆÐI

Rannsóknin var meginleg með afturvirkur rannsóknarsniði, byggð á upplýsingum úr sjúkraskrá. Úrtakið var börn sem fæddust á Landspítalanum árin 2005 og 2006 eftir fullar 37 meðgönguvikur, voru einburar og fengu ICD-10 greininguna P05.1. Úrtakið var fengið, í samráði við forstöðumenn kvennadeildar Landspítalans, úr Vöruhúsi gagna sem er tölvuforrit þar sem upplýsingar úr Fæðingaskráningunni eru vistaðar.

Umrædd ár fæddust samtals 111 börn á Landspítalanum eftir 37 vikna meðgöngu og fengu ICD 10 greininguna P05.1. Eftir að útilokunar- og valviðmiðum rannsóknar hafði verið beitt stóðu 92 skýrslur eftir sem aflað var upplýsinga úr með því að skoða mæðraskrár, barnablöð og sónarblöð. Valviðmið voru; barn fæðist árið 2005 eða 2006; barn fæðist eftir fullar 37 meðgönguvikur; barn fær ICD 10 greininguna P05.1. Útilokunarviðmiðið var ef um tvíbura var að ræða.

Framkvæmd rannsókna

Áður en hafist var handa við rannsóknina, var tilskilinn leyfa aflað hjá forstöðumönnum Kvennadeildar Landspítalans, siðanefnd sjúkrahússins og Persónuvernd. Í mars 2008, þegar öll leyfi höfðu fengist, var hafist handa við rannsóknina. Upplýsingar voru færðar úr viðkomandi sjúkraskrá á gagnasöfnunarblað og þaðan yfir í tölfraðiforritið SPSS 16.0 þar sem unnið var nánar með þær. Gagnasöfnunarblaðið sem notað var í rannsókninni var hannað af rannsakan- anda. Það próaðist við lestur fræðilegs efnis og varð höfundur um leið meðvitaðri um hvaða breytur skiptu máli þegar um léttbura er að ræða. Leiðbeinendur rannsóknar lásu

listann yfir og komu með tillögur að breytingum. Einnig fékkst aðstoð frá sérfræðingi í nýburalækningum sem kom með tillögur að upplýsingum til öflunar.

Úrvinnsla gagna

Gengið var úr skugga um að gögn hefðu verið slegið rétt inn í tölfraðiforritið með því að skoða tíðnitöflur fyrir allar breytur og leiðréttingar gerðar áður en frekari úrvinnsla hófst. Aðstoð við úrvinnslu var veitt af sérhæfðum starfsmanni hjá Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.

Niðurstöður þessarar rannsóknar eru að mestu lýsandi en einnig var leitast við að skoða tengsl milli ákveðinna breyta. Gerð voru kí-kvarðat marktektarpróf til að skoða hvort marktækur munur væri á tengslum breytanna. Miðað var við 95% öryggismörk á marktektarprófum rannsóknarinnar.

Siðferðilegar vangaveltur

Engin siðferðileg álitamál eru talin tengjast rannsókninni. Rannsóknin fól ekki í sér neina áhættu fyrir þátttakendur þar sem um var að ræða afturvirka rannsókn byggða á upplýsingum úr sjúkraskrá. Rannsóknin fól ekki í sér ávinning fyrir þátttakendur en hugsanlegt er að niðurstöður mætti nýta til góðs í klíník og felur þar með í sér ávinning fyrir aðra með sömu vandamáli á framtíðinni.

NIÐURSTÖÐUR OG UMRÆÐUR

Hver er fjöldi ógreindra léttbura sem fæddust á LSH árin 2005-2006 eftir 37 vikna meðgöngu? (Sjá töflu 1).

Í rannsókninni var notast við ákveðin greiningarskilmerki til að skera úr um hvort grunur væri um léttbura á meðgöngu, þ.e. hvort hann var greindur fyrir fæðingu. Þau voru:

- Barn mælist minna en 15% í einni sónar- mælingu.
- Vaxtarminnkun um 10% milli tveggja ómskoðana.
- Vaxtarseinkun fósturs meðal ástæðna fyrir framköllun fæðingar.

Er munur á hvort léttburar greinast fyrir eða eftir fæðingu m.t.t. hvort móðir er íslensk eða af erlendu bergi brotin? (Sjá töflu 2).

Hafa legbotnsmælingar forspárgildi um hvort léttburarnir greinast fyrir fæðingu? (Sjá töflu 3).

Í rannsókninni var notast við ákveðin greiningarskilmerki til að skera úr um hvort

	Greindir léttbura	Ógreindir léttbura	Alls
Já	64,7% (n=33)	35,3% (n=18)	100% (n=51)
Nei	22,0% (n=9)	78,0% (n=32)	100% (n=41)

Tafla 3. Gáfu legbotnsmælingar vísbendingar um léttbura?

	Legbotnsmælingar gáfu vísbendingar	Legbotnsmælingar gáfu ekki vísbendingar	Alls
BMI < 25	67,2% (n=41)	32,8% (n=20)	100% (n=61)
BMI > 25	32,3% (n=10)	67,7% (n=21)	100% (n=31)
Allar mæður	55,4% (n=51)	44,6% (n=41)	100% (n=92)

Tafla 4. Munur á legbotnsmælingum eftir líkamsþyngdarstuðli móður

legbotnsmælingar gáfu vísbendingar um lítið barn eða seinkaðan vöxt fósturs. Þau voru:

- Legbotn hækkar ekki í tvö skipti í röð.
- Legbotn liggur neðan við 1,5 staðalfrávik á legvaxtarkúrfu.
- Legbotn hækkar það hægt að hann beygir út af kúrfu.

Er munur á hvort legbotnsmælingar gefa vísbendingar um lítið barn eða seinkaðan vöxt fósturs m.t.t. líkamsþyngdarstuðuls móður? (Sjá töflu 4).

Í niðurstöðum rannsóknarinnar varðandi fjölda ógreindra léttbura kemur fram að 54,3% voru ógreindir fyrir fæðingu. Í rannsókn Lindqvist og Molin (2005) voru 46% léttbura ógreindir fyrir fæðingu og 58% í rannsókn Ogundipe o.fl. (2000). Báðar þessar rannsóknir báru saman útkomu greindra og ógreindra léttbura. Þegar borin eru saman hlutföll sem þessi milli rannsókna er nauðsynlegt að skoða hvað liggur að baki skilgreiningunni.

Það sem liggur að baki greiningarskilmerkjunum í þessari rannsókn er meðal annars útgefið gæðaskjal um þyngdarfrávik samkvæmt ómun á Kvennadeild Landspítalans. Í því kemur fram að sönarmæling þar sem barn er metið –14% eða stærra er talin eðlileg ef engir aðrir áhættuþættir eru til staðar. Þegar barn mælist –15% eða minna fer nánara eftirlit af stað. Þar kemur einnig fram að minnkun um 10% milli tveggja ómskoðana skilgreinist sem vaxtarseinkun (Þóra F. Fischer & Jón Hilmar Alfreðsson, 2002). Í rannsókn Ogundipe o.fl. (2000) var staðfesting á léttbura fyrir fæðingu sönarmæling þar sem ummál kviðar fósturs var undir viðmiðunarmörkum sem sú sönardeild

studdist við. Lindqvist og Molin (2005) höfðu fleiri greiningarskilmerki sem voru a.m.k. ein sönarmæling $\leq -22\%$, minnkun um 10% á stærð fósturs milli 32. og 37. viku meðgöngu eða óeðlileg doppler flæðismæling. Einnig þurfti greining að hafa átt sér stað > 12 klst fyrir fæðingu. Með þetta að leiðarljósi mætti segja að hlutfall ógreindra léttbura í þessari rannsókn sé sambærilegt við hinar tvær rannsóknirnar sem hér var miðað við. Hlutfallslega fleiri voru greindir fyrir fæðingu hjá Lindqvist og Molin (2005) en fleiri þættir voru metnir sem greining þar en í þessari rannsókn. Í rannsókn Ogundipe o.fl. (2000) voru hlutfallslega færri greindir en í þessari rannsókn en þar voru þengri greiningarskilmerki.

Niðurstöður leiddu í ljós að þjóðerni móður hafði marktækt forspárgildi um hvort léttburarnir greindust fyrir fæðingu eða ekki. Af börnum íslenskra mæðra voru 50% greind fyrir fæðingu en aðeins 16,7% af börnum erlendra mæðra. Hafa ber í huga að úrtakið er lítið og langflestar mæðurnar voru íslenskar eða 80 af 92. Þetta er þó nokkuð merkileg niðurstaða sem vekur upp spurningar. Greiningarskilmerki rannsóknarinnar byggjast á sönarmælingum og hvers vegna ætti lítill vöxtur í sönar frekar að yfirsjást ef um erlenda konu er að ræða? Til að svara þessari spurningu er nauðsynlegt að tengja hana niðurstöðum rannsóknarspurningarinnar þar sem fram kemur að legbotnsmælingar höfðu marktækt forspárgildi um hvort léttburarnir greindust fyrir fæðingu eða ekki. Með það í huga mætti velja fyrir sér hvort sennilegra sé að vísbendingar um of lítinn fósturvöxt hafi síður komið fram hjá konum af erlendum uppruna sem leitt hafi til þess að þeim hafi síður verið vísað í vaxtarsónar,

heldur en að sönarnum hafi frekar yfirsést hæfur fósturvöxtur hjá erlendum konum en íslenskum. Benda má á að legvaxtarritið sem notað er í mæðraværnd á Íslandi er staðlað og útbúið fyrir íslenskar konur (Þóra Steingrimsdóttir o.fl., 1987). Samt sem áður skýrir legvaxtarritið varla þennan mikla mun þar sem greiningarskilmerki rannsóknarinnar um hvort legbotnsmælingar gæfu vísbendingar um léttbura voru ekki einungis miðuð við ákveðna staðla á kúfunni, heldur einnig litla eða enga hækkun á legbotni. Það má líka velja fyrir sér þeirri spurningu hvort börn erlendra mæðra sem voru 8 af 12 frá Asíu eða Afríku, ættu ekki frekar að vera talin of lítil samkvæmt legvaxtarriti sem gert er fyrir íslenskar konur þar sem íslensk börn eru með þeim þyngstu sem fæðast í heiminum en börn frá Asíu og Afríku með lægri meðalþyngd.

Í rannsókninni kom fram að legbotnsmælingar höfðu marktækt forspárgildi um hvort léttburarnir greindust fyrir fæðingu eða ekki. Í þeim tilfellum sem legbotnsmælingar gáfu vísbendingar um lítið barn eða seinkaðan vöxt fósturs greindust léttburarnir í 64,7% tilfella fyrir fæðingu en aðeins í 22% tilfella þegar mælingar gáfu ekki vísbendingar. Að baki greiningarskilmerkjunum liggur meðal annars gæðaskjal um þyngdarfrávik samkvæmt ómun á kvennadeild LSH sem talað var um hér á undan. Þar stendur að grunur um vaxtarseinkun fósturs vakni ef hæð legbotns eykst ekki í tvö skipti samkvæmt mælingum (Þóra F. Fischer & Jón Hilmar Alfreðsson, 2002). Sem viðmiðunarmörk fyrir hugsanlega vaxtarseinkun samkvæmt íslenska legvaxtarritinu eru 2 staðalfrávik og 10. hundræðsmark en svæðið 1,5 staðalfrávik til 2 staðalfrávik er merkt sem viðvörunarsvæði (Þóra Steingrimsdóttir o.fl., 1987). Skilmerkið um að legbotn beygi út af kúrfu er huglægara og má vel gagnrýna notkun þess í rannsókninni. Sjá má á þessu að greiningarskilmerki rannsóknarinnar um hvort legbotnsmælingar gæfu vísbendingar um léttbura voru ekki einungis miðuð við ákveðna staðla á kúfunni, heldur einnig litla eða enga hækkun á legbotni. Það er því mikilvægt að taka fram að ekki var í þessari rannsókn verið að kanna næmi legvaxtarritsins, annars konar rannsókn þyrfti að gera til þess. Greiningarskilmerki rannsóknarinnar verða þó borin saman við rannsókn á legbotnsmælingum sem hafði það að markmiði að finna út næmi legvaxtarrits. Það er



gert þar sem ekki er um auðugan garð að gresja þegar kemur að nýlegum rannsóknum á legbotnsmælingum, án þess að verið sé að bera saman næmi og sértæki ákveðinna kúrfa. Um er að ræða rannsókn Bergman o.fl. (2006) í Svíþjóð en í henni var verið að kanna skilvirkni ákveðinnar legvaxtarkúrfu við að greina of lítil fóstur á meðgöngu. Í þeirri rannsókn var viðvörðun skilgreind sem 2 staðalfrávik annars vegar og engin hækkun við þrjár mælingar í röð hins vegar. Þegar um var að ræða fullburða börn var næmi kúrfunnar 32% og sértæki 90% þegar miðað var við 2 staðalfrávik. Þegar á hinn bóginn var bætt við skilgreininguna engri hækkun í 3 skipti í röð jókst næmið í 60% en sértækið minnkaði í 72%. Þarna má sjá að með því að bæta við skilgreininguna engri hækkun á legbotni eykst næmi kúrfunnar en gagnrýna má að sú skilgreining hafi verið notuð þar sem líkur má leiða að því að sama sé hvaða kúrfa er notuð þegar um enga breytingu á milli mælinga er að ræða. Ástæða fyrir að of lítið fóstur greinist ekki á meðgöngu gæti í þeim tilfellum frekar legið í gæðum legbotnsmælinganna eða öðrum þáttum sem geta haft áhrif á mælingarnar eins og stærð fylgju, legu fósturs, magni í þvagblöðru móður eða legvatnsmagni sem Jelks, Cifuentes og Ross (2007) benda á að haft geti áhrif.

Legbotnsmælingar gáfu oftast vísbendingar um lítið barn eða seinkaðan vöxt fósturs hjá mæðrum sem voru í eða undir kjörþyngd en hjá þeim sem voru yfir kjör-

þyngd. Hjá mæðrum sem voru með BMI < 25 gáfu legbotnsmælingar vísbendingar í 67,2% tilfella en í 32,3% tilfella þar sem mæður voru með BMI > 25. Jelks o.fl. (2007) telja offitu barnshafandi kvenna geta gert nákvæmar mælingar á legbotnshæð erfiðari þar sem mikil stærð kviðar geti aukið hlutdrægni heilbrigðisstarfsfólks þannig að mælandi leitist við að hafa mælinguna í sentímetrum nálægt meðgöngulengd í vikum.

LOKAORÐ

Niðurstöður þessarar rannsóknar leiddu í ljós að hlutfall ógreindra léttbura fyrir fæðingu var 54,3%. Einnig sýndu niðurstöður að þjóðerni móður hafði marktækt forspárgildi um hvort léttburarnir greindust fyrir fæðingu eða ekki

og að legbotnsmælingar gáfu marktækt oftast vísbendingar um lítið barn eða seinkaðan vöxt fósturs hjá mæðrum sem voru í eða undir kjörþyngd en hjá þeim sem voru yfir kjörþyngd. Báðir þessir þættir, þ.e. þjóðerni móður og líkamsþyngdarstuðull eru hluti af þeim lífeðlisfræðilegu breytum sem talið er að hafi áhrif á þyngd og vöxt (Gelbaya & Nardo, 2005; Hutcheon o.fl. 2011) og eru hluti þeirra bakgrunnsþátta sem tekið er mið af við gerð einstaklingshæfðra legvaxtarrita (Gardosi & Francis, 1999). Vert er að benda á að niðurstöðurnar gefa tilefni til þess að ljósmæður leggi sérstaka áherslu á að fylgjast með vexti barna mæðra sem eru af erlendum uppruna eða eru yfir kjörþyngd.

Heimildir

- Bergman, E., Kieler, H., Petzold, M.G., Sonesson, C. & Axelsson, O. (2006). Symphysis – fundus measurements for detection of small for gestational age pregnancies. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 407-412.
- Breeze, A.C.G. & Lees, C.C. (2007). Prediction and perinatal outcomes of fetal growth restriction. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 12(5), 383-397.
- Bryan, S.M. & Hindmarsh, P.C. (2006). Normal and abnormal fetal growth. *Hormone Research*, 65(3), 19-27.
- Coomarasamy, A. o.fl. (2002). The investigation and management of the small for gestational age fetus. Guideline no. 31. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. Sótt 20. janúar, 2008 á www.rcog.org.uk.
- Gardosi, J. & Francis, A. (1999). Controlled trial of fundal height measurement plotted on custom-

- ised antenatal growth charts. *British Journal of Obstetrics and gynaecology*, 106, 309-317.
- Gardosi, J. & Francis, A. (2009). A customized standard to assess fetal growth in a US population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201, 1-7.
- Gelbaya, T.A. & Nardo, L.G. (2005). Customized fetal growth chart: A systematic review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 25(5), 445-45.
- Hutcheon, J.A., Zang X., Platt, R.W., Cnattingius, S. & Kramer, M.S. (2011). *Paediatric and Perinatal Epidemiology*; 25, 11–16.
- Jelks, A., Cifuentes, R. & Ross, M.G. (2007). Clinician bias in fundal height measurement. *Obstetrics and Gynecology*, 110(4), 892-899.
- Linqvist, P.G. & Molin, J. (2005). Does antenatal identification of small-for-gestational age fetuses significantly improve their outcome? *Ultrasound Obstet Gynecol*, 25, 258-264.
- Lundgren, M. (2003). Born small for gestational age. Impact of linear catch-up growth. *Acta Universitatis Uppsaliensis. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* 1285. 71pp. Uppsala. ISBN 91-554-5725-8.
- Sótt 14. febrúar 2008 af <http://publications.uu.se/abstract.aspx?dbid=3563>
- Mandy, G.T. (2011). Small for gestational age infant. *UpToDate review*, sótt 8. apríl, 2011 á www.uptodate.com.
- Ogundipe, E.M., Wolfe, C.D.A., Seed, P. & Gamsu, H.R. (2000). Does antenatal detection of small-for-gestational-age babies influence their two-year outcomes? *American Journal of Perinatology*, 17(2), 73-81.
- Petzold, M., Sonesson, C., Bergman, E. & Kieler, H. (2004). Surveillance in longitudinal models: Detection of intrauterine growth restriction. *Biometrics*, 60, 1025-1033.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Gestur Pálsson & Alexander K. Smáráson (Ritstj.) (2006). *Skýrsla frá fæðingaskráningunni fyrir árið 2005*. Reykjavík: Kvinnadeild og Barnaspítali Hringins. Landspítali-Háskólasjúkrahús. http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/htmlpages/index.html
- Reynir Tómas Geirsson, Guðrún Garðarsdóttir, Gestur Pálsson, Ragnheiður I. Bjarnadóttir & Hildur Harðardóttir (Ritstj.) (2002). *Skýrsla frá fæðingaskráningunni fyrir árið 2002*. Reykjavík: Kvinnadeild og Vökudeild Barnaspítala Hringins. Landspítali-Háskólasjúkrahús. [http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/pages/tengill_0202/\\$FILE/faedingaskraning_2002.pdf](http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/pages/tengill_0202/$FILE/faedingaskraning_2002.pdf)
- Þóra Steingrimsdóttir, Reynir Tómas Geirsson & Björg Kristjánsdóttir (1987).
- Breytingar á legbotnshæð í meðgöngu hjá íslenskum konum. *Læknablaðið*, 73, 369-374.
- Þóra F. Fischer (Ritstjórni) & Jón Hilmar Alfreðsson (Ábyrgðarmaður) (2002).
- Útgefið gæðaskjal nr. VKV-08142-004. Þyngdarfrávik samkvæmt ómun. Reykjavík: Kvinnadeild. Landspítali – háskólasjúkrahús.

Ljósmaður á Íslandi: Áhrif vinnuumhverfis á líkamlega og andlega heilsu

Útdráttur

Margir finna fyrir líkamlegri og andlegri vanlíðan einhvern tímann á lífsleiðinni. Vanlíðan getur verið margþætt og orsakir af ýmsum toga og geta þær til dæmis tengst álagi í starfi. Markmið rannsóknarinnar var að safna grunnupplýsingum um ljósmaður á Íslandi, kanna heilsu þeirra og hvort vinnuumhverfi hafi áhrif á líkamlega og andlega líðan þeirra.

Rannsóknaraðferð og snið var meginndleg og lýsandi þar sem spurningalistar voru notaðir.

Könnunin tók til ýmissa þátta er lúta að ljósmaðrum svo sem vinnufyrirkomulags, samspils vinnu og einkalífs, heilsu og lífsstíls, svefns og hvíldar, frjösemisskeiðs og kvensjúkdóma, veikinda, meðferðar og forvarna, áreitni á vinnustað, starfs og vinnuumhverfis, sjálfstrausts og lífshamingju. Könnunin var gerð í samstarfi við Ljósmaðrafélag Íslands. Þátttakendur voru ljósmaður á öllu landinu, bæði kjara- og fagfélagar, og þær sem eru starfandi og/eða komnar á eftirlaun. Dreift var 333 spurningarlistum með 95 spurningum. Heimtur voru alls 170 spurningarlistar eða 51%.

Lögd var áhersla á að kynna hluta af niðurstöðum með lýsandi tölfræði. Þær niðurstöður lúta að almennri heilsu ljósmaðra og lífsstíl, starfinu sjálfu ásamt líkamlegum heilsuþáttum og tengslum þeirra við vinnuumhverfi, svo sem einkennum frá stoð- og hreyfikerfi og ánægju í starfi.

Í ljós kom meðal annars að meirihluti ljósmaðra taldi heilsu sína vera mjög góða eða góða. Hins vegar tjáði mikill meirihluti líkamleg óþægindi síðustu 12 mánuði, þá mest í herðum og öxlum (83%) og í mjóbaki (76%) en flestar töldu óþægindin tengjast vinnuálagi. Starfsánægja mældist mikil þrátt fyrir að helmingur ljósmaðra teldi starfið vera líkamlega erfitt og almennt var mikil ánægja með vinnustaðinn.

Lykilorð: Ljósmaður, vinnuumhverfi, heilsa, andleg líðan, líkamleg líðan.



Hildur Brynja Sigurðardóttir
Ljósmaður Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins,
Miðbæjarstöð

Þessi grein byggir á lokaverkefni höfundar til embættisprófs í ljósmóðurfræði. Viðfangsefnið var rannsókn á ljósmaðrum Íslands og áhrif vinnuumhverfis á líkamlega og andlega heilsu þeirra. Leiðbeinendur voru Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir. Styrkur fékkst frá LMFÍ til rannsóknarinnar

Inngangur

Margir finna fyrir líkamlegri og andlegri vanlíðan einhvern tímann á lífsleiðinni. Vanlíðan getur verið margþætt, orsakir af ýmsum toga og þær til dæmis tengst álagi í starfi. Tilgangur verkefnisins var að rannsaka hvort vinnuumhverfi hefði áhrif á líkamlega og andlega líðan ljósmaðra á Íslandi. Hugmyndin að verkefninu kviknaði þegar ég hóf verklegt nám í ljósmóðurfræði þar sem margar ljósmaður tjáðu líkamlegt og andlegt álag. Margar ljósmaður höfðu stoðkerfisverki, einkum í öxlum og í baki og oft lýstu þær andlegu álagi sem leiddi til

umhugsunar um hvernig starfið hefði áhrif á líðan þeirra og heilsu. Vitað er að atvinna hefur áhrif á heilsufar fólks. Samkvæmt lögum um aðbúnað, hollustuhætti og öryggi á vinnustöðum (lög nr. 46/1980) ber vinnuveitanda að sjá til þess að starfsmenn séu verndaðir gegn hvers konar heilsuvá eða heilsutjóni sem stafa kann af vinnu þeirra eða vinnuskilyrðum. Markmið rannsóknarinnar var að safna grunnupplýsingum um ljósmaður á Íslandi, kanna heilsu þeirra og hvort vinnuumhverfi hefði áhrif á líkamlega og andlega líðan.

Könnunin tók til ýmissa þátta er lútu að ljósmaðrum svo sem vinnufyrirkomulags, samspils vinnu og einkalífs, heilsu og lífsstíls, svefns og hvíldar, frjösemisskeiðs og kvensjúkdóma, veikinda, meðferðar og forvarna, áreitni á vinnustað, starfs og vinnuumhverfis, sjálfstrausts og lífshamingju. Niðurstöður gáfu einnig upplýsingar um aldur og fjölda ljósmaðra sem starfa við ljósmaðra- og/ eða önnur störf sem geta nýst meðal annars við gerð mannaflaspár um þörf fyrir ljósmaður á Íslandi.

Rannsókn sem þessi hafði ekki áður verið gerð á ljósmaðrum á Íslandi. Leitað var heimilda í greinasöfnum í ljósmóðurfræði um líðan ljósmaðra í starfi og framkvæmd var heimildaleit í gagnasöfnunum Medline og PubMed ásamt Hirslunni LSH e-Repository. Notuð voru ýmis leitarorð og þá aðallega; Midwives, work environment, physiological and psychological health, vinnuumhverfi, starfsánægja og heilsa. Leitin bar lítinn árangur. Ekki fundust rannsóknir sem skoðuðu heilsu ljósmaðra sérstaklega og því var um að ræða efni sem lítið hafði verið rannsakað, ekkert hér á landi og það sama virtist eiga við erlendis. Áherslan í verkefninu var því ekki á fræðilega samantekt, heldur á framkvæmd gagnasöfnunar. Niðurstöður rannsóknarinnar voru bornar saman við niðurstöður rannsókna meðal annarra starfstétta, svo sem hjúkrunarfræðinga og flugfreyja sem tóku þátt í sambærilegri rannsókn hér á landi á árunum 2000-2002. Ekki gafst

tími til að greina frá öllum niðurstöðum í lokaverkefninu og úrvinnsla ganga um ljósmæður á Íslandi stendur enn yfir. Áherslan var lögð á að kynna niðurstöður er lutu að almennri heilsu ljósmæðra og lífsstíl, starfinu sjálfu ásamt líkamlegum heilsuþáttum og tengslum þeirra við vinnuumhverfi, svo sem einkennum frá stoð- og hreyfikerfi og ánægju í starfi. Notuð var lýsandi tölfræði.

ADFERÐAFRÆÐI

Rannsóknaraðferð þessarar rannsóknar var meginleg könnun með spurningalista og er rannsóknarsniðið lýsandi. Könnunin var gerð í samstarfi við Ljósmæðrafélag Íslands og þátttakendur voru ljósmæður á öllu landinu, bæði kjara- og fagfélagar sem og þær sem eru starfandi og/eða komnar á eftirlaun. Heimtur voru alls 170 spurningarlistar eða 51%.

Spurningakönnun sem rannsóknin byggir á var í tveimur hlutum. Fyrri hlutinn var aðlagður spurningalisti fyrir ljósmæður sem upphaflega var þróaður fyrir flugfreyjur og hjúkrunarfræðinga, um heilsufar, liðan og vinnuumhverfi. Hann var gerður af Herðisi Sveinsdóttur, Hólmfríði K. Gunnarsdóttur og Hildi Friðriksdóttur (2003). Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Hildur Kristjánsdóttir, Hildur Friðriksdóttir og Guðlaug Einarsdóttir lásu yfir spurningalistann og komu með hugmyndir um frekari spurningar til aðlögunar að starfsumhverfi ljósmæðra. Fyrri spurningarlistinn tók til margra þátta: bakgrunns; samspil vinnu og einkalífs; heilsu og lífsstíls; svefns og hvíldar; frjósmisskeiðs og kvensjúkdóma; veikinda; meðferðar og forvarna; starfs; áreitni á vinnustað og vinnuumhverfis.

Seinni hluti spurningalistans var um eigin færni og sjálfstraust (self-efficacy) og var sá listi eftir Schwarzer og Jerusalem (1995) í þýðingu Hildar Kristjánsdóttur og Hildar Sigurðardóttur og hins vegar um lífshamingju (subjective well-being), og voru þær spurningar mælitæki sem Ed Diener (2001) þróaði, en Hildur Kristjánsdóttir þýddi á íslensku.

Spurningalistinn var sendur út 16. apríl 2008, nafnlaus og ónúmeraður svo ekki væri hægt að rekja svörin til einstakra þátttakenda. Dreift var 333 spurningalistum með 95 spurningum til allra ljósmæðra, líka þeirra sem eru hættar að vinna. Ef viðkomandi svaraði spurningalistanum var litið á það sem upplýst samþykki og í kynningar-

bréfi kom fram að heimilt var að sleppa að svara einstökum spurningum. Gefinn var vikufrestur til að svara könnuninni. Könnunina átti að senda til baka í svarumslagi til Ljósmæðrafélags Íslands þar sem rannsakandi nálgast svörin.

Útvinnsla gagna fór fram í SPSS tölfræðiforritinu (2007) og skoðaðar voru tíðnitöflur. Gagnagrunnurinn sem varð til við úrvinnslu er varðveittur hjá höfundi.

NIÐURSTÖÐUR

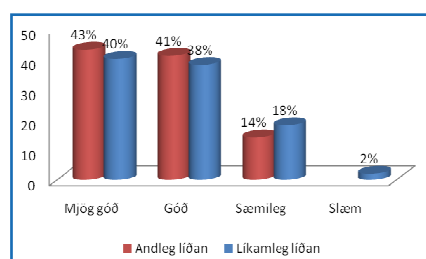
Meðalaldur þeirra ljósmæðra sem svöruðu spurningarlistanum var 47,76 ár (n=165), yngsta var 26 ára og elsta var 69 ára. Af þeim sem svöruðu voru 10 ljósmæður 65 ára og eldri og því lítur út fyrir að ef miðað er við starfandi ljósmæður þá sé hlutfall þeirra mun herra en 51% sem er svarhlutfall rannsóknarinnar í heild.

Meðalstarfshlutfall ljósmæðra er 80% og meðallengd vinnudags eru tæpar 9 klukkustundir.

Heilsa og lífsstíll

Spurt var um mat á eigin heilsu almennt og í samanburði við aldur sem og um hversu góð eða slæm líkamleg og andleg liðan væri. Upplýsingum um ástundun líkamsræktar var safnað ásamt upplýsingum um hæð og þyngd. Ljósmæður voru einnig spurðar um reglubundið mataræði sem og viðhorf til matar og þyngdar, þar á meðal var spurt um hvort viðkomandi hafði farið í megrun. Auk þessa var spurt hvort viðkomandi reykti eða neytti áfengis.

Meirihluti ljósmæðra töldu heilsu sína vera mjög góða eða góða.



Hversu góð eða slæm er líkamleg og andleg liðan þín? (n=166)

Líkamsrækt

Langflestar ljósmæður (59%) stunda reglulega líkamsrækt, 3-5 sinnum í viku eða oftar. Um 24% stunda líkamsrækt 1-2 sinnum í viku, 12% sjaldnar en einu sinni í viku og

5% stunda líkamsrækt sjaldnar en einu sinni í mánuði eða aldrei.

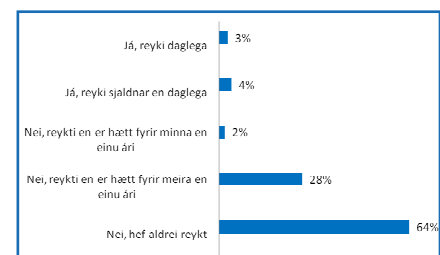
Matarvenjur og þyngdarstjórnun

Þegar kemur að spurningum um mataræði ljósmæðra er meirihlutinn (74%) sem borðar reglulega eða minnst þrjár máltíðir á dag 5-7 daga vikunnar. Um 27% sögðust hugsa oft eða alltaf um mat, af þeim voru tæpar 2% sem sögðust fá samviskubit yfir því að hafa borðað yfir sig.

Niðurstöður um hæð og þyngd ljósmæðra er í samræmi við reglulegt mataræði og hreyfingu en meðalhæð var 168 cm og meðalþyngd 74 kg. Hæðin var á bilinu 155 cm til 187 cm en þyngd 51 kg til 130 kg. Um 38% töldu sig vera í eðlilegri þyngd, 44% töldu sig vera aðeins eða nokkuð of þungar en tæpar 17% töldu sig vera allt of þungar. Þá sögðust 53% aldrei fara í megrun, 25% sjaldan, um 13% stundum og rúmlega 7% oft eða alltaf í megrun.

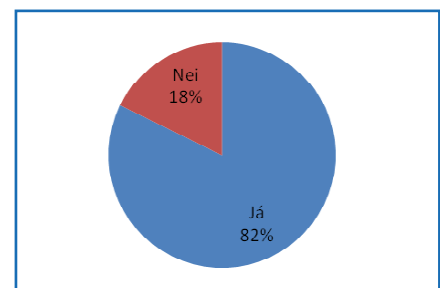
Reykingar og áfengisneysla

Einungis 3% ljósmæðra sögðust reykja daglega og 4% reykja sjaldnar en daglega. Tæpar 64% sögðust aldrei hafa reykt og rúm 29% sögðust hafa reykt en hætt.



Reykir þú eða hefur þú reykt? (n=170)

Ljósmæður voru spurðar að því hvort þær neyttu áfengis og svöruðu 82% því játandi.



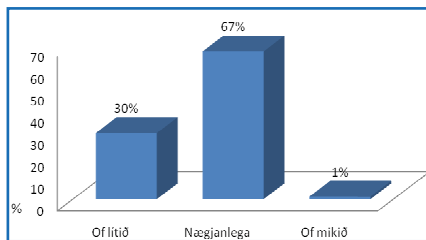
Drekkur þú áfengi? (n=169)

Tæpar 95% sögðu áfengisneysluna ekki hafa áhrif á ástundun vinnu. Rúm 91%

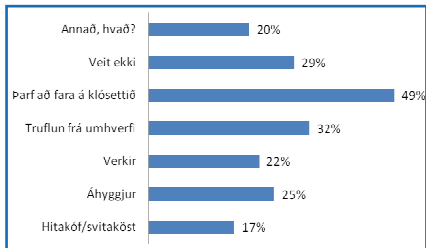
sögðu áfengisnotkun sína ekki vandamál, hvorki í augum vinnu sinna, nánustu vinnuveitenda né að eigin mati, en tæp 3% sögðust ekki vita hvort svo væri. Tæp 18% sögðust ekki neyta áfengis. Engin ljósmóðir tjáði vandamál vegna annarra vímuefnanotkunar.

Svefn og hvíld

Svefnmynstur ljósmæðra var skoðað og þær spurðar hvort þeim fyndist þær fá nægan svefn og hversu lengi þær svæfu að jafnaði á sólarhring. Einnig var spurt um svefntruflanir og hugsanlegar ástæður. Auk þess var spurt um hvort þær legðu sig fyrir kvöld- og/eða næturvakt. Meirihluti ljósmæðra taldi sig sofa nægjanlega. Þriðjungur taldi sig sofa of lítið og rúmlega 1% of mikið. Að meðaltali sofa ljósmæður 7,2 klukkustundir á sólarhring.



Hvernig finnst þér þú sofa? (n=167)



Ef þú vaknar upp að nóttu til, hvað veldur því?

Notkun svefnlyfja reyndist lítil en 72% sögðust aldrei nota svefnlyf. Algengustu ástæður svefntruflana hjá ljósmæðrum voru ferðir á salernið (49%) og truflun frá umhverfinu (32%).

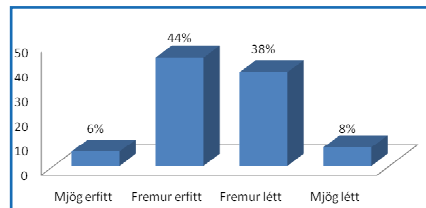
Starf

Spurt var um hvort ljósmæður gætu stjórnað vinnuhraða sínum og hversu líkamlega erfitt eða létt þeim finnst starfið vera. Einnig var atvinnuöryggi skoðað sem og líkamleg fjölbreytni í starfi.

Hvað varðar vinnuhraða ljósmæðra skipt-

ist nokkuð jafnt milli svara frekar sjaldan (24%), stundum (22%) og frekar oft (28%). Um 9% sögðust mjög oft eða alltaf geta stjórnað vinnuhraða sínum á meðan 15% sögðu mjög sjaldan eða aldrei fá honum ráðið.

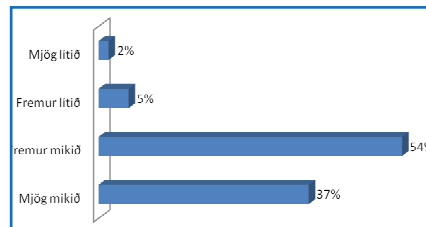
Helmengi ljósmæðra fannst starfið vera líkamlega mjög erfitt eða fremur erfitt og 38% sögðu starfið vera fremur létt og 8% fannst það mjög létt.



Hversu líkamlega erfitt eða létt finnst þér starfið vera? (n=163)

Í framhaldinu var spurt um hvort viðkomandi væri líkamlega úrvinda eftir vinnuvaktina, 44% svöruðu já, stundum, 7% sögðu já, oftast en rúm 35% svöruðu nei, en stundum og 12% sögðu nei, aldrei.

Ljósmæðrum þykja þær búa við mikið atvinnuöryggi en aðeins 7% sögðu það vera mjög lítið eða fremur lítið.



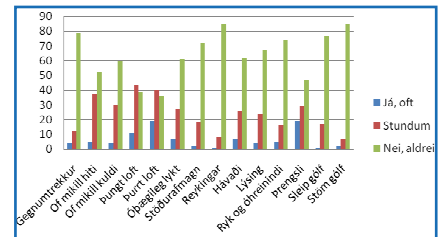
Finnst þér þú búa við mikið eða lítið atvinnuöryggi? (n=166)

Ljósmæður voru spurðar um hversu líkamlega fjölbreytt eða einhæft þeim finnst starfið vera. Yfirgnæfandi meirihluti fannst starfið vera mjög fjölbreytt eða fremur fjölbreytt (77%) og 7% sögðu það vera mjög einhæft eða fremur einhæft.

Vinnuumhverfi

Tekin voru fyrir óþægindi tengd aðstæðum á vinnustað, einkenni frá stoð- og hreyfikerfi og hugsanleg skýring. Jafnframt var spurt um starfsánægju ljósmæðra.

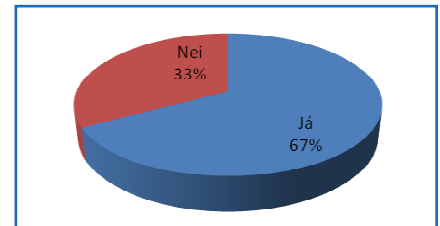
Hjá langflestum ljósmæðrum olli vinnuumhverfið að litlu leyti óþægindum. Algengast var að ljósmæðrum finnst stundum of mikill hiti, þungt loft eða þurrt loft valda óþægindum.



Hafa einhverjir eftirtalinna þátta í vinnuumhverfinu valdið þér óþægindum í síðasta mánuði?

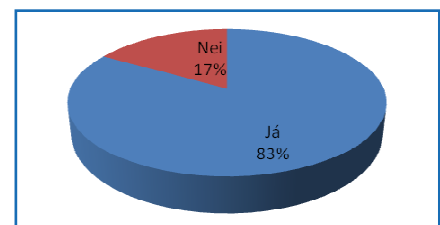
Óþægindi frá stoð- og hreyfikerfi

Alls tjáðu 67% ljósmæðra sig um óþægindi í hálsi eða hnacka. Á skalanum einn til tíu, þar sem einn merkti minnstu óþægindi og tíu mestu óþægindin var meðalgildi óþæginda 5,1.



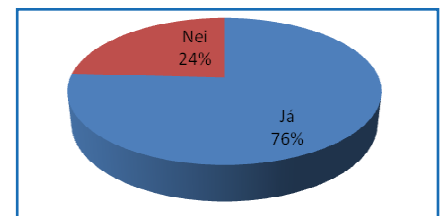
Hefur þú einhvern tímann á s.l. 12 mánuðum haft óþægindi (sársauka, verk, ónot) í hálsi eða hnacka? (n=167)

Yfirgnæfandi meirihluti ljósmæðra svaraði játandi um óþægindi í herðum og öxlum. Á fyrrnefndum kvarða var meðalgildi óþæginda í herðum og öxlum 5,3.

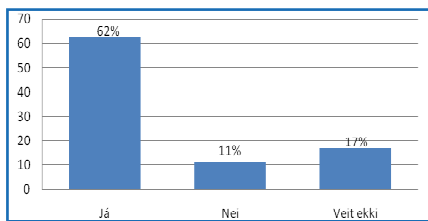


Hefur þú einhvern tíma á s.l. 12 mánuðum haft óþægindi (sársauka, verk, ónot) í herðum eða öxlum? (n=163)

Mikill meirihluti ljósmæðra sagðist vera með óþægindi í neðri hluta baks en þar reyndist meðalgildi óþæginda vera 5,0 á áðurnefndum kvarða.

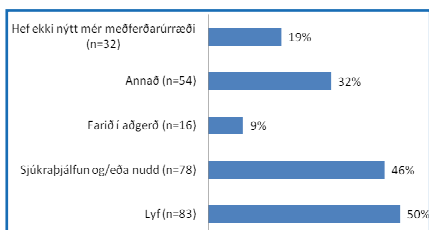


Hefur þú einhvern tíma á s.l. 12 mánuðum haft óþægindi (sársauka, verk, ónot) í neðri hluta baks/mjóðaki/spjaldhrygg? (n=166)



Ef þú finnur til óþæginda, telur þú að samband sé á milli starfsins og óþægindanna? (n=154)

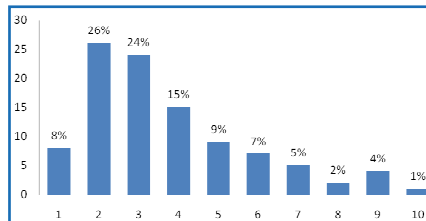
Algengast var að ljósmæður teldu samband vera milli líkamlegra óþæginda og starfsins. Þær ljósmæður sem töldu samband vera milli starfs og líkamlegra óþæginda voru spurðar hvort þær héldu að óþægindin væru tilkomin vegna vinnuáðstöðu, vinnuálags (andlegs eða líkamlegs) eða eigin líkamsbeitingar/venja. Merkja mátti við allt sem við átti. Flestar töldu það vera vegna vinnuálags (47%), 44% töldu það vera vegna eigin líkamsbeitingar/venja og um 39% töldu vinnuáðstöðuna vera orsökina.



Hvaða meðferðarúrræði hefur þú nýtt þér vegna einkenna frá stoð- og hreyfikerfi? Hægt var að merkja við fleiri en einn möguleika.

Aðspurðar um aðstæður í starfi, eins og til dæmis hvort hægt sé að vinna í þægilegum vinnustellingum, voru flestar sem svöruðu því játandi að mestu eða að nokkru leyti (79%), tæp 16% töldu svo vera en að litlu leyti og rúm 2% svöruðu að það væri að engu leyti hægt.

Þegar skoðaðar voru niðurstöður er luttu að hvaða meðferðarúrræði ljósmæður nýttu sér vegna einkenna frá stoð- og hreyfikerfis höfðu tæplega helmingur þeirra sem svöruðu notað lyf og/eða sótt sjúkraþjálfun eða nudd. Merkja mátti við fleiri en einn möguleika. Þar sem merkt var við annað reyndist algengasta meðferðin vera hreyfing og líkamsrækt en einnig voru nefndar nála-stungur.



Hve sátt ert þú við vinnustaðinn þinn? (Einn merkir mjög sátt og tíu merkir mjög ósátt) (n=166)

Ljósmæður voru fremur sáttar við starfið sitt en á kvarðanum einn til tíu, þar sem einn merkti mjög sátt, mældist meðalgildi starfsánægju 3,1. Eins voru flestar ljósmæður sáttar við vinnustaðinn sinn.

UMRÆÐA OG SAMANTEKT

Í þessari rannsókn fór fram mikil gagnasöfnun um ljósmæður á Íslandi og er nú til ákveðinn gagnagrunnur sem hægt verður að skoða betur síðar. Aðeins hefur verið greint frá hluta niðurstaðna með lýsandi tölfræði og hvorki skoðuð tengsl milli breyta né marktækni vegna þess hversu umfangsmikil könnunin var og úrvinnsla gagna.

Helstu niðurstöður voru þær að almennt eru ljósmæður við góða heilsu og ánægðar í starfi og með vinnustaðinn. Þrátt fyrir það tjáði mikill meirihluti sig um líkamleg óþægindi síðustu 12 mánuði. Algengust voru óþægindi frá herðum og öxlum (83%), því næst frá neðri hluta baks (76%) og í hálsi eða hnakka (67%). Íslensk könnun meðal sjúkraþjálfara sýndi að tíðni óþæginda frá hreyfi- og stoðkerfi síðustu 12 mánuði var há, en þó lægri en á meðal ljósmæðra (Elín B. Harðardóttir & Hrefna R. Gunnarsdóttir, 2006). Þegar tekið er mið af óþægindum frá herðum og öxlum er tíðni meðal ljósmæðra svipuð og hjá hjúkrunarfræðingum, flugfreyjum og starfsfólki í öldrunarþjónustu (80%) en tíðni meðal sjúkraþjálfara var lægst eða 55% (Berglind Helgadóttir o.fl., 2001; Elín B. Harðardóttir & Hrefna R. Gunnarsdóttir 2006; Herdís Sveinsdóttir, Hólmfríður Gunnarsdóttir & Hildur Friðriksdóttir, 2003). Ljósmæður töldu flestar líkamlegu óþægindin tengjast vinnuálagi. Skoðað var hvort þættir í vinnuumhverfinu, meðal annars þurt loft, óþægileg lykt og sleip gólf, væru að valda ljósmæðrum óþægindum. Niðurstöður leiddu í ljós að flestar ljósmæður verða ekki fyrir miklum óþægindum frá vinnuumhverfinu sjálfa.

Þegar að þessi rannsókn var gerð mældist atvinnuöryggi ljósmæðra mikið og aðeins

7% sögðu það vera mjög lítið eða fremur lítið. Forvitnilegt væri að skoða þetta hlutfall aftur í dag þar sem aðstæður í þjóðfélaginu hafa breyst töluvert síðastliðin 3 ár.

Meirihluti ljósmæðra töldu starfið vera líkamlega erfitt. Gaman væri að skoða nánar tengsl milli vinnustaðar og líkamlegs erfiðis í þessu samhengi.

Aðrandi var hversu mikill meirihluti ljósmæðra reykir ekki en einungis 3% sögðust reykja daglega og 4% sjaldnar en daglega, 64% sögðust aldrei hafa reykkt. Samskonar könnun var lögð fyrir flugfreyjur á Íslandi. Alls tóku 255 flugfreyjur þátt í rannsókninni en þar kom meðal annars í ljós að um 13% flugfreyja reykja daglega, 13% sjaldnar en daglega og 44% sögðust aldrei hafa reykkt (Herdís Sveinsdóttir o.fl., 2003). Til frekari samanburðar eru 8% hjúkrunarfræðinga sem reykja daglega, 14% sjaldnar en daglega og 56% sögðust aldrei hafa reykkt (Herdís Sveinsdóttir, 2006).

Niðurstöður benda til þess að flestum ljósmæðrum sé umhugað um heilsuna. Langflestar stunda líkamsrækt 3-5 sinnum í viku eða oftar, fá nægan svefn og borða reglulega. Að meðaltali sofa ljósmæður 7,2 klukkustundir á sólarhring sem er svipað niðurstöðum um meðallengd svefns hjúkrunarfræðinga eða 7,4 klukkustundir á sólarhring en flugfreyjur sofa að jafnaði 8 klukkustundir á sólarhring (Herdís Sveinsdóttir, 2006; Herdís Sveinsdóttir, 2003). Hamilton, Nelson, Stevens og Kitzman (2007) segja í grein sinni um svefn og andlega heilsu að æskilegur svefntími fyrir fullorðna sé á bilinu 6-8 klukkustundir á sólarhring en sá tímarammi er talinn valda minnstri hættu á andlegri vanlíðan. Þeir sem sofa skemur eða lengur eru aftur á móti í aukinni áhættu á að þróa með sér andlega sjúkdóma, svo sem kvíðaröskun eða þunglyndi.

Eins og fyrr hefur verið greint frá er nú til góður gagnagrunnur um íslenskar ljósmæður. Niðurstöður gefa meðal annars upplýsingar um aldur og fjölda ljósmæðra sem starfa við ljósmæðra- og/eða önnur störf og munu meðal annars nýtast við gerð mannaflaspár um þörf fyrir ljósmæður á Íslandi. Gaman verður að skoða niðurstöðurnar betur síðar, til að mynda samspil milli vinnu og einkalífs, frjðsemissskeið og kvensjúkdóma, eigin færni og sjálfstraust sem og lífshamingju ljósmæðra. Einnig væri fróðlegt að skoða tengsl milli breyta og marktækni, svo sem milli fjölda barna á



heimili og vinnuálags, líkamlegra óþæginda og vinnuumhverfis, áhrif vaktavinnu á starfsánægju og heilsu svo fátt eitt sé nefnt. Þá væri fróðlegt að bera niðurstöður nánar saman við rannsóknir sem gerðar hafa verið meðal annarra starfstétta eins og hjúkrunarfræðinga og flugfreyja.



www.linde-healthcare.is

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa ákveðnar vísbendingar um að vinnuálag ljósmæðra á Íslandi hafi áhrif á líkamlega og andlega líðan þó þær tjái góða líkamlega og andlega heilsu. Um frumrannsókn er að ræða hér á landi og hefur þetta efni einnig verið lítið rannsakað erlendis. Stjórnendur heilbrigðisstofnana á Íslandi geta nýtt niðurstöður rannsóknarinnar til að hafa áhrif á álag á ljósmæður í starfi og til að vinna markvisst að bættri líðan og starfsánægju þeirra. Það ætti að hafa jákvæð áhrif á þjónustu við konur og fjölskyldur þeirra í gegnum barneignarferlið.

Heimildir

- Berglind Helgadóttir, Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, Kolbrún Ósk Hrafnadóttir, Kristinn Tómasson, Svava Jónsdóttir & Þórunn Sveinsdóttir (2001). *Könnun á heilsufari, líðan og vinnuumhverfi starfsfólks í öldrunarþjónustu*. Reykjavík: Vinnueftirlitið [Skýrsla].
- Diener E. (2001). *Satisfaction with Life Scale*. Sótt 28. apríl 2008 af; <http://www.psych.uiuc.edu/~ediener/>
- Elín B. Harðardóttir & Hrefna R. Gunnarsdóttir (2006). Tíðni óþæginda frá hreyfi- og stoðkerfi hjá sjúkrabjálfurum á Íslandi. *Sjúkra-*

þjálfarinn, 20, 5-7.

Hamilton, N. A., Nelson, C. A., Stevens, N., & Kitzman H. (2007). Sleep and psychological well-being. *Social Indicators Research*, 82, 147-163.

Herdís Sveinsdóttir (2006). Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 229-237.

Herdís Sveinsdóttir, Hólmfríður K. Gunnarsdóttir & Hildur Friðriksdóttir (2003). *Heilsufar, líðan og vinnuumhverfi flugfreyja*. Ritröð í hjúkrunarfræði, 3. árg. 2. tbl. Reykjavík: Rannsóknarstofnun í hjúkrunarfræði, Háskóli Íslands [Skýrsla].

Lög um aðbúnað, hollustuhætti og öryggi á vinnustöðum nr. 46/1980. Sótt 1. maí 2008 af; <http://www.althingi.is/lagas/nuna/1980046.html>

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON. Sótt 23. apríl 2008 af; http://userpage.fu-berlin.de/~health/fag_gse.pdf

SPSS. SPSS 16.0 for Windows. User's Guide. In: Chicago IL.: SPSS, 2007

Verkefni frá ljósmóðurnema

Inn í faðminn fjalla þinna, fagra gamla Rangárþing

Þessi frásögn er verkefni úr námskeiðinu! Inngangur í ljósmóðurfræði þar sem nemendur eru beðnir um að segja fæðingarsögu úr sínu nánasta umhverfi og ná í hana í óformlegu samtali við einhvern nákominn og endursegja í umræðutíma. Þar er rætt um hvaða viðhorf og hugmyndir endurspeglast í sögunni. Staður, tími og atburðarás er kynntur og velt er fyrir sér hvaða áhrif sagan hefur á nemandann, hina verðandi ljósmóður. Hér á eftir áhrifamikil frásögn úr fjölskyldu Lilju, frá afa um fæðingu tvíburasona sinna í lok síðari heimstyrjaldar, árið 1945. Hún fær okkur öll til að hugsa til baka og hugsa til formæðra okkar og feðra og bera saman aðstæður fyrr og nú.

Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Hér segir frá fæðingu föður míns sem fæddist fyrir miðja síðustu öld í torfbæ austur í Landeyjum. Í gegnum árin hef ég heyrt brot frásagna frá þessum merkilega atburði í lífi þeirra sem þarna koma við sögu. Sagan hefur alla tíð heillað mig og vírst sveipuð ævintýralegum blæ, eins og reyndar flestar fæðingasögur. Í þetta sinn þyrsti mig í nákvæmari frásögn; mig langaði til að geta sett mig inn í aðstæðurnar. Ég lagði því upp í ferð aftur í tímann með afa mínum sem þá var níræður. Í ljósi aldurs afa átti minnið til að bregðast honum en þessa sögu, sem átti sér stað fyrir rúmum 65 árum síðan, mundi hann eins og hún hefði átt sér stað í gær. Dagurinn sem hann varð *pabbi*.

Það er að kvöldi föstudags í maí árið 1945 sem tiltölulega nýgift hjón, þau Markús og Þórhildur á bænum Lækjarbakka ganga til náða. Þau hafa ekki legið lengi þegar Þóra hnippir í eiginmanninn og vekur með orðum þess efnis að nú væri víst réttast að sækja ljósmóður. Enginn er síminn á bænum svo maðurinn klæðir sig í skyndi og fer á næsta bæ til að hringja í Þórunni Jónsdóttur, ljósmóður. Í símann kemur bóndi Þórunnar og segir með semingi að frúin sé nú í rúminu. Nokkuð fát kemur þá á verðandi pabbann sem segist ekki telja annað á



Lilja Þórunn Þorgeirsdóttir

ljósmóðir

þessum tíma dags. Svarar maðurinn því þá til að ljósmóðirin sé veik og liggi fyrir. Eftir nokkrar bollaleggingar verður úr að stúlka þar á bæ er send til manns skammt frá sem á ökutæki og biður hann að sækja Ástríði Guðmundsdóttir að Götu sem einnig er ljósmóðir. Vegir eru lélegir á þessum tíma og leggur Markús því á og ríður á móti bílnum eftir ljósmóðurinni.

Þegar þarna er komið við sögu er Þóra orðin „veik“ en það liður og biður án þess að nokkuð gerist. Lítið verður þeim svefn-samt um nóttina og dregur ekki til tíðinda fyrr en á laugardegnum þegar Þóra missir vatnið. Í kjölfarið verður sóttin harðari. Gestir drífur að þennan dag og eru auk ljósmóður og ábúenda á bænum komin kona frá öðrum bæ sem Soffía heitir. Hún á mörg börn og „veit hvernig á að standa að þessu“. Soffía leggur fljótlega til að sent sé eftir lækni en áður en hann birtist týnast inn ættingjar þeirra hjóna sem öll ætla að gista. Helgi Jónsson fæðingalæknir kemur að kvöldi dags en þá hefur sóttin dottið niður. Tíminn er nýttur til að koma mann-skapnum fyrir í baðstofunni sem gengur ekki prautilaust fyrir sig. Plássið er lítið og læknirinn þarf sér rúm. Því fer það svo að á einhverjum tímapunkti sofna úrvinda húsbóndi á gólfinu undir borði en nóttin er viðburðalítill –gengur á með hriðum. Helgi

sem er kvæntur ljósmóður fer ófáar ferðir á næsta bæ til að síma til konu sinnar og leita ráða hjá henni. Þegar Helgi segir við frú sína undir hádegi á sunnudeginum að hann verði sennilega að „sækja“ mun frúin hafa svarað á þá leið að hann sæi það sjálfur hvað þyrfti að gera!

Þegar hér er komið við sögu er tíminn farinn að segja til sín. Þóra er þreytt og mikil um sig en plássið sem fyrr segir, takmarkað. Áður en Helgi dregur tangirnar úr tösku sinni eru tveir menn sendir til að sækja stóra breiða hurð af kofa á nálægum bæ. Hurðin er færð inn í hús, sveipuð laki og Þóra lögð þar ofan á. Mennirnir fá svo frekara hlutverk í fæðingunni þar sem þeim er gert að halda í fætuna á henni á meðan Helgi athafnar sig. Ástríður og Soffía eru einnig viðstaddar fæðinguna en aðrir eru reknir út, þar á meðal pabbinn.

Þrem klukkustundum síðar, sunnudaginn 6. maí 1945, gengur afi inn í eldhús og mætir læknum „blöðugum upp að öxlum“ sem segir honum að það séu komnir tveir strákar; 14 og 15 merkur.

Pabbi var sóttur með töngum en bróðir hans Hjálmar fæddist skömmu síðar í fótstöðu. Amma lá lengi eftir fæðinguna og hafði misst töluvert af blóði. Svo sagði afi frá að fyrirferðin á henni hafi verið „einhver ósköp“ áður en hún fæddi en hún hafi nánast horfið á eftir, svo rýr varð hún.



Þorgeir og Hjálmar Markússynir.

Soffía fór heim til bónda síns og barna daginn eftir fæðinguna og Ástríður ljósmóðir degi síðar eða þann 8. maí 1945 en „það var dagurinn sem síðari heimsstyrjöldinni lauk“. Langamma mín, Þórunn, bjó einnig á Lækjarbakka og sá um heimilið á meðan amma lá sængurleguna - í mánuð.

Það er margt í þessari sögu sem fær mann til að staldra við og hugsa. Flest skrifast á tíðarandann og það er auðvelt að falla í þá gryfju að vera gagnrýnin. Svo dæmi sé tekið fannst mér það sérstakt þegar afi fór að telja upp skyldfólk okkar sem dreif að þennan dag – og allir undir þeim formerkjum að ætla að gista um nóttina. Ég velti því fyrir mér hvernig ömmu, frumbyrjunni, hafi liðið. Húsmóðir sem hún var hefur hún sjálfsagt reynt eftir megni að vera sá gestgjafi sem hún var þekkt fyrir að vera. En þá má einnig velta því fyrir sér hvort gestirnir hafi veitt henni þarfan stuðning í löngum framgangi fæðingar? Ef við berum þessa heima fæðingu við heima fæðingar í dag er það jafnan talinn helsti kostur vals konunnar á fæðingarstað að á heimilinu er hún í sínu umhverfi. Hún er við stjórnvölinn – það mætir engin óboðin í heimsókn á slíkri stundu. Til þess er hún of helg. Að svo sögðu var það ekki endilega

val ömmu að fæða annars staðar en heima hjá sér, það lá beinast við, rétt eins og í dag þykir flestum það liggja beinast við að börn komi í heiminn innan veggja sjúkrahúsa. Þá eru fjölburar frábendingar í heima fæðingum.

Einnig þótti mér merkilegt að það skyldi vera Soffía, konan sem átti „öll börnin“, sem lagði það til að lækni yrði sóttur, en ekki ljósmóðirin. Hvers vegna hef ég ekki svör en afi hafði gjarnan orð á því að Helgi hefði bjargað lífum þeirra þriggja og bætti því gjarnan við að það hefði aldrei „sést á krökkunum“ sem hann sótti. Hvað mán- aðarlanga sængurlegu varðar hef ég einnig fá svör önnur en tíðarandann en þykir mildi að hún hafi komist lifandi frá henni. Hættan á blóðtappa var allnokkur og miðað við lýsingu á blóðmissi „við usum upp blóði í fötur“ er óhætt að ætla að blóðgjöf hefði gert ömmu gott. Í ljósi þess að amma átti von á tvíburum hefði í dag verið mælt með mænurótardeygingu og margir hefðu verið viðstaddir fæðinguna – í formi sérhæfðra starfsmanna ekki ættingja.

Þegar þessi lokaorð eru skrifuð er ég stödd í Noregi í verknámi. Ég hef verið þeirrar gæfu aðnjótandi á námsárum mínum að hafa tekið á móti tvíburum á Landspítal-

anum, FSA og St. Olavs hospital í Þrándheimi. Á öllum stöðum hefur viðbúnaður verið mikill. Þeir sem viðstaddir hafa verið þessar fæðingar, ásamt undirritaðri, hafa verið meðvitaðir um þá áhættu sem fylgt getur fjölbura fæðingum s.s. aukna blæðingarhættu, þó úrræðin hafi verið jafn ólík og þau voru mörg. Allar fæðingarnar gengu vel en til gamans má geta að á Akureyri og í Þrándheimi fæddu konurnar án mænurótadeyfingar. Þá minnst ég einnig foreldrana sem lá á að útskrifast af sjúkrahúsinu til að ná heimaþjónustu en mér þykir það furðu sæta að tvíburamæður skuli þurfa að lúta sama tímamma og konur með einbura.

Ömmur mínar, formæður, hafa æ oftar komið upp í huga minn eftir að ég hóf nám í ljósmóðurfræðum, aðstæður þeirra og úrræði. Amma mín Sigurbjörg, sem bjó á Ólafsfirði og ól þar sín átta börn heima og framangreind amma Þóra. Þessar konur eru í mínum huga hetjur, fyrirmyndir. Eitthvað sem ég efast ekki um að þeim þætti undarlegt að heyra sagt um sig í þessu samhengi.

Titillinn eru fenginn úr Brúardrápu eftir Þorstein Gíslason

Mælieiningin: mörk – merkur

Þegar landnámsmenn okkar settust hér að á Íslandi höfðu þeir með í farteskinu ýmis orð yfir bæði stærðar- og þyngdarmælingar. Eitt af þeim er mælieiningin „mörk“ sem er eldforn og mun eiga uppruna sinn allt frá Súmmer – Kaldeu – Mesapótamíu – Forn-Ísraelsmönnum og Egyptum.

Þó svo flestar mælieiningar landnámsmanna okkar hafi verið aflagðar í íslensku máli, þá er mælieiningin „mörk - merkur“ enn við líði og vona ég að við Íslendingar höldum fast í þessa venju okkar um ókomin ár. – Þetta er nefnilega mjög skemmtilegt, því í þessu tilviki er um að ræða *þyngdina á nýfæddum börnum*. – Þegar barn hefur verið sett á vogina og foreldrunum hefur verið sögð þyngdin t.d. 4000 gr., þá kemur strax

svar frá foreldrunum; „*Já en hvað eru það margar merkur?*“ – sama á við t.d. þegar amman eða afinn hringja til að fá fréttir af fæðingunni – þá vilja þau vita hvað barnið er margar merkur. Í þessu tilviki með þyngdina á hinum nýfæddu börnum er eins og við Íslendingar höfum ekki tilfinningu fyrir stærð barnsins nema við fáum upplýsingar um það „*hvað það sé margar merkur*“.

Mér finnst þetta yndislegt og einnig mjög umhugsunarvert – þetta sýnir tengsl okkar langt aftur í fortíðina. Mér vitanlega er þessi mælieining ekki notuð hjá neinni af okkar nágrannabjóðum, þess vegna spyr ég mig stundum - hvaða sérstöku tengsl er verið að sýna hér við okkar íslensku þjóð? – sem við megum ekki glata!!!

Í rúmmáli er 1 mörk =
hálfur pottur eða um ½ lítri.

Í massa er 1 mörk =
1/4 kg. eða 250 gr.

Við fæðingu barns talar maður um þyngd barnsins í mörkum (sem eru þá 4000 gr. á voginni 4 kg.) 16 merkur!

Eva S. Einarsdóttir, ljósmóðir.

Heimild: Einar Pálsson.

Rætur íslenskrar menningar – Ás – „Steinkross“ – Mímir, Reykjavík 1976

Ljósmaðramenntun í 250 ár á Íslandi

Staldrað við og horft fram á veginn

Á þessu ári eru 250 ár liðin frá því að hafið var formlega að mennta ljósmaður á Íslandi. Upphaf ljósmóðurnáms má rekja til þess að í embættisbréfi fyrsta Landlæknis Íslands, Bjarna Pálssonar sem kom til landsins 1760 stóð að honum væri skylt að veita „einni eða fleiri siðsömum konum tilhlýðilega fræðslu í ljósmóðurlist og vísindum“. Hann fékk til starfans lærða ljósmóður frá Danmörku, Margarethe Katrine Magnussen sem tók að sér kennslu ljósmæðra í heima-húsum í Reykjavík árið 1761.

Fyrsta námsbók í ljósmóðurfræði eftir Buchwald kom út nokkru áður, árið 1749. Bókin var eina kennslubókin í ljósmóðurfræði í 40 ár eða allt til ársins 1789. Sex árum eftir að kennsla hófst í fræðunum höfðu níu ljósmæður verið „examineraðar“ eftir bókinni. Yfisetukonan í þá daga skyldi *...hvergi vera of ung og óreynd, né of gömul, heldur miðaldra, með fullum kröftum, minni og forstandi, heil og ósjúk, ekki of lurkaleg, of feit, eða stirð í vikum; þar með skal hún vera snarráð, siðlát, glæðlynd og skynsöm, að hún kunni að lesa og skrifa, og sérdeilis að lesa; þar að auk forstandug og meðaumkunnarsöm við fátæka, en fram yfir allt annað, skal hún vera guðhrædd og hafa góða samvisku: þar fyrir utan, má hún ekki vera þunguð að barni, nær hún skal öllum hjálpa, því það hindrar hana í hennar verki, og fyrir hana er það skaðlegt einnig* (Sá nýi yfisetukvennaskóli eða stutt undirvísun um yfisetukvennakúnstina, 2006, Söguspekingsstifti, Hafnarfirði, bls.17).

Ljósmæður eru fyrsta stétt íslenskra kvenna í opinberu starfi og fengu þær fljótlega laun fyrir störf sín en fyrstu lög stéttarinnar tóku gildi árið 1875. Þá var námstími ljósmæðra skilgreindur þrír mánuðir og síðar sex mánuðir allt til ársins 1932. Námið tók þá eitt ár og starfsheitið ljósmóðir var tekið upp. Árið 1964 breyttist námið í tveggja ára nám eins og það er í dag að loknu hjúkrunarnámi, en inntökuskilyrðum var breytt árið 1982.

Í dag er kandidateitinn í ljósmóðurfræði fullt tveggja ára nám á meistarastigi við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Inn-tökuskilyrði er BS gráða í hjúkrunarfræði



Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Ljósmóðir PhD lektor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

og hjúkrunarleyfi á Íslandi. Ljósmóðurnám er starfstengt nám sem tryggir starfsréttindi eftir að sótt hefur verið um ljósmóðurleyfi til Landlæknis. Með einu ári til viðbótar er mögulegt að ljúka meistaraþrófi í ljósmóðurfræði sem er aðgangur að doktorsnámi í ljósmóðurfræðum.

Það er ekki sjálfgefið að ljósmóðurfræði sé kennd í háskóla. Viða er tekist á um það hvort kenna eigi ljósmóðurfræði sem sérstaka fræðigrein á æðra menntunarstigi. Árangur barneignarþjónustu á Íslandi sem er með því besta sem gerist í heiminum, er ekki síst að þakka vel menntuðum ljósmæðrum sem veita heildræna þjónustu og sjá um meðgönguvernd, fæðingarhjálp og umönnun í sængurlegu hjá öllum konum og fjölskyldum þeirra.

Hugmyndafræði ljósmæðra leggur áherslu á að barneignarferlið sé lífeðlislegt og að fæðing barns í fjölskyldu sé ekki siður félagslegur atburður en líffræðilegur. Ljósmæður voru áður fyrr einnig kallaðar nærkonur sem vísar til nærveru ljósmóðurinnar gegnum barneignarferlið og sambandsins og tengsla sem verða milli konunnar og fjölskyldunnar sem er svo mikilvæg til að þróa færni og ljósmóðurfræðilega þekkingu. Þess vegna er stór þáttur ljósmóðurnáms klínískt nám og starfsþjálfun eða rúmlega 60% af náminu.

250 ára afmælisins er minnst með ýms-um hætti m.a. í útskriftarmálstofu nemenda í ljósmóðurfræði 20. maí síðastliðinn. Ljósmæðrablaðið í ár er veglegra en oft áður með fræðandi og ritrýndum greinum sem gagn og gaman er af. Kennarar og nemendur í grunn- og framhaldsnámi kynna sín rannsóknarverkefni og ljósmæður segja frá sinni reynslu. Í ágúst mun námsbraut í ljósmóðurfræði taka þátt í samstarfsverkefni Háskóla Íslands vegna aldarafmælis hans, með minjasöfnunum á Nesi, en þar eru rætur heilbrigðiskerfis á Íslandi.

Þegar Háskóli Íslands var stofnaður kom til greina að ljósmóðurfræði yrði kennd með læknisfræði í háskólanum. Af því varð ekki því ekki tókst að fá fjárveitingu fyrir kennslu ljósmæðranema. Velta má fyrir sér hvaða áhrif það hafi haft að um kvennastétt var að ræða. Næsta ár verður viðburðaríkt því þá höldum við ljósmæður upp á okkar aldarafmæli og stofnun Yfisetukvennaskóla Íslands sem seinna varð Ljósmæðraskóli Íslands sem var lagður niður þegar nám ljósmæðra fluttist loks í Háskóla Íslands árið 1996, fyrir 15 árum. Námsbraut í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands, í samstarfi við Ljósmæðrafélagið mun halda ráðstefnu og horfa þá til framtíðar og þekkingarþróunar í ljósmóðurfræðum í íslensku og alþjóðlegu samhengi.

Í hlutverki ljósmóður felst lífið sjálft, mæðraskoðun og fræðsla á meðgöngu til foreldra, fæðingarhjálp og umönnun mæðra, feðra, nýbura og ungu fjölskyldunnar fyrstu vikunar eftir fæðinguna, umönnun og ráðgjöf um kven- og kynheilbrigði. Markmiðið er að ljósmóðirin geti fyrirbyggt heilbrigðisvandamál, greint frávik og brugðist við þeim í samráði við konuna og fjölskyldu hennar, í samhengi við þeirra umhverfi og samfélag.

Halldór Brynjólfsson biskup á Hólum í Hjaltadal sem gaf *Yfisetukvennaskólann* út árið 1749, sagði ljósmóðurstarfið vera eitt það mikilvægasta sem þekktist. Undir það getum við ljósmæður tekið. Nú sem fyrr viljum við að ljósmóðirin sé *vel uppfrædd, athugasöm og ástundunarsöm bæði til að læra og iðka ljósmóðurfræðina*.

Ljósumnar

Ferðin yfir Göltinn til að sinna kúnni

Ekki var það af köllun að ég varð ljósmóðir, hafði það starf raunar aldrei hvarflað að mér. Ég ætlaði að verða handavinnukennari, en það var búið að vera í huga mér alveg frá því að hann móðurafi minn kenndi mér að þrjóna þegar ég var fimm ára gömul og ekki síður eftir að hafa verið undir handleiðslu móður minnar, sem var mikill snillingur við allt handverk.

En maður ræður ekki alltaf ferðinni. Ég fékk ekki inngöngu í handavinnudeild Kennaraskólans og var nú komið fram í júní, og hvað átti ég nú að gera. Komu þá upp í huga minn á þeirri stundu orð ljósmóðurinnar á Suðureyri, Sigríðar Jónsdóttur, sem var um það bil að hætta störfum vegna aldurs, en hún var búin að hvetja mig til að læra ljósmóðurfræði og taka við af sér. Mér fannst þetta þá svo fjarstæðukennt, en þetta varð nú niðurstaðan. Eftir húsmæðraskólanám á Laugalandi frá 1959 til 1960 og sjómennskustörf á síldarbát fyrir Norður- og Austurlandi sumarið 1961, þá hóf ég nám við Ljósmæðraskólann í Reykjavík. Þannig var málum háttað þá að ef þú sóttir um skólavist fyrir hérað þá komst þú inn ef þú lofaðir að þjóna heimabyggð þinni í tvö ár eftir útskrift. Lauk ég prófi í lok september árið 1962.

Ég hóf störf sem ljósmóðir á Suðureyri við Súgandafjörð fljótlega að námi loknu. Störf ljósmæðra á þessum árum voru ólík því sem nú er, sérstaklega í hinum dreifðu byggðum landsins. Auk hefðbundinna ljósmóðurstarfa var okkur oft falið að reka heilsugæsluna, apótekin og sjúkraskýlin. Einnig má segja að við höfum unnið sem hjúkrunarkonur og félagsráðgjafar. Þá leystum við lækna af að svo miklu leyti sem við gátum.

Héraðslæknirinn Guðsteinn Þengilsson starfaði fyrra árið mitt á Suðureyri en fór í framhaldsnám til Svíþjóðar seinna árið. Það kom því oft í minn hlut að sinna þeim störfum, sem undir hann höfðu heyrt, svo sem rekstur apótekins og fleira. Kándídatar komu af og til en annars var Suðureyrarhéraði þjónað af læknum sem búsettir var



Jónína Ingólfssdóttir
ljósmóðir

á Flateyri, en þar starfaði þá Björn Öundurson, sem nú er nýlátinn. Ég verð honum ævinlega þakklát fyrir hans handleiðslu og kennslu og fyrir að hafa treyst mér eins vel og hann gerði.

Umdæmi mitt var ekki stórt og vegalengdir ekki miklar, en sums staðar var ansi erfitt yfirferðar. Hef ég valið að segja ykkur frá einni ferð á vordögum, að mig minnir í maí 1964. Hringt var frá Flateyri og er lækniinn í símanum og biður hann mig um að fara út að Galtarvita til að sauma saman spena á kú sem hafði rífið sig á gaddavír því hann komist ekki sjálfur. Ekki hafði ég reynslu af aðhlyningu kúa en ég skyldi reyna. Mér var fenginn fylgdarmaður, bóndinn á Stað í Súgandafirði, Ágúst Ólafsson, og fór hann með mér í ferðina. Fyrst fórum við á litlum opnum báti yfir Súgandafjörð frá Suðureyri og að stað sem kallast Land, þar sem áður hafði verið uppsátur frá bænum Gelti, sem stóð á þessum háu bökkum, ekki langt frá mynni fjarðarins. Frá þessum stað sér vitt um allan Súgandafjörð til Botnsheiðar, þar sem göngin liggja nú til Ísafjarðar og Öundur-fjarðar. Einnig sést til vesturluta Staðardals og til þorsins Suðureyrar handan fjarðarins.

Langafi minn og amma, Guðmundur

Ásgrímsson, útvegsbóndi og Guðrún Ólafsdóttir höfðu búið stórbúi á Gelti frá árinu 1881 og til 1918, þegar Guðmundur lést úr spönsku veikinni, en jörðin var komin í eyði þegar þetta var. Þar sem ekki er fært meðfram sjónum fyrir Göltinn nema þegar sérstaklega stendur á, þá þurftum við að fara yfir fjallið og út að Galtarvita sem er í Keflavík, lítilli vík sem er á milli hamraborganna Öskubaks og Galtar. Fjallið Göltur er 445 metra hátt og er talinn í röð fegurstu og svipmestu fjallagnúpa þeirra sem skaga í sjó á Vestfjörðum.

Innan við Land sem áður sagði frá, er Búðargilshryggur í fjallshlíðinni, en upp af honum liggur gil í fjallið og þaðan má fara yfir skarðið til Keflavíkur. Vestanverðu við skarðið er Búðargil en Keflavíkurmegin, Stekkjargil. Við lögðum af stað upp Búðargilið og stoppuðum ekki fyrr en við vorum komin upp á Galtarnípuna, þar sem heitir Leikmannavöllur. Mörg fjöll á Vestfjörðum eru rennislétt efst uppi og þakin dúnmjúkum mosa og er það einnig þannig efst á Geltinum. Þjóðsagan segir að þarna á sléttu flötinni hafi fornmenn haft leika. Önnur gömul sögn segir að maður sá sem fyrst bjó á Gelti hafi heitið Göltur, og dragi bærinn nafn af honum. Norðri bjó á Norðureyri. Þeir voru samtímamenn, Göltur og Norðri.



Fjallið Göltur. Hömrum girt útnes norðan við Súgandafjörð. Til hægri er Búðargilshryggur, Galtarnípan er efst og Leikmannavöllur. Til vinstri sér í Galtarvita og bæinn í Keflavík og fjallið Öskubak. Mjóir troðningar eru í hömrunum á Gelti, sem hægt er að fara á fjöru.

Mynd: Hjálmar R. Bárðarson

Milli þeirra urðu yfingar. Lauk þeim með því að þeir háðu einvígi uppi á fjallinu Gelti, á þessu slétta svæði, sem síðan er nefnt Leikmannavöllur.

Ekki máttum við vera að því að njóta útsýnisins lengi af fjallinu, og héldum við því sem leið liggur niður Stekkjargilið og áleiðis út í Keflavík. Þar er Galtarviti sem upphaflega var byggður árið 1920, en hann hafði nýlega verið endurbyggður árið 1959. Vita-vörður og bóndi var á þessum árum Óskar Aðalsteinn, rithöfundur.

Við komum á staðinn, þar sem vesalingskýrin stóð titrandi á beinunum. Speninn hafði rifnað um einn sentímetra frá júgrinu og rétt hékk á einni taug og mjólkurgangarnir allir í sundur, og mjólkinn lak þar út. Þetta var eina kýrin á bænum, svo ekki mátti

mér mistakast. Ekki er að orðlengja það en aðgerðin tókst vel. Um það bil þremur vikum seinna heyrðum við í bóndanum, var hann þá farinn að mjólka kúna og allt gekk vel.

Eftir að þessu var lokið, og eftir að hafa þegið góðar veitingar á bænum, var lagt af stað heim á leið. Við urðum að hafa hraðann á ef það ætti að fara fyrir fjallið, meðfram sjónum, og lá leiðin um stórgrýttar fjörur undir snarbrattri fjallshlíðinni. Á einum stað varð að sæta sjávarföllum eða klöngrast eftir mjóum troðningi hátt uppi í hlíð, þar sem hengiflug er sums staðar niður í svarrandi sjóinn fyrir neðan. En þetta hafðist sem betur fer, og áfram að staðnum þar sem við skildum bátinn eftir. Gekk allt vel með bátnum, og náðum við heilu og höldnu að Suðureyri.

Eftir tveggja ára starf á Suðureyri, var ég eitt ár á Flateyri. Þar var líka sjúkraskýli og þurfti ljósmóðirin að vera þar bæði ljósmóðir, hjúkrunarfræðingur, sjúkranuddari og húsmóðir með stóru Háí, því fyrir utan fæðandi konur var þetta hjúkrunarheimili, að vísu fyrir fáa sjúklinga.

Þessi fyrstu ár mín fyrir vestan og reynsla sú sem ég öðlaðist þar kom sér vel í nýju starfi mínu á Sjúkrahúsi Akraness, en þar hóf ég störf árið 1965.



HEILBRIGÐISSTOFNUN
SUÐURLANDS



Ljósmóðir fær fálkaorðuna

María Jóna Hreinsdóttir, ljósmóðir á göngudeild mæðraverndar og fósturgreiningar á Landspítala, var meðal þeirra sem forseti Íslands veitti heiðursmerki hinnar íslensku fálkaorðu á nýársdag 2011. Hún hefur starfað á Landspítalanum í 30 ár og hlaut riddarakross fyrir brautryðjendastörf í þágu fósturgreiningar og ljósmóðurfræða. María hefur verið burðarás í uppbyggingu

ómskoðunarþjónustu fyrir þungaðar konur á landinu í nærfellt þrjá áratugi með miklu framlagi til skipulags og framkvæmda í tengslum við þennan mikilvæga þátt barneignarþjónustunnar og þá ekki aðeins á Landspítalanum heldur einnig á landsvísu. Óskum við Maríu til hamingju með þennan heiður sem það er að fá hina íslensku fálkaorðu.

Ferðasaga úr Ljósmaðraskólanum

Það voru kátir ljósmaðranemar sem hófu ferðalag sitt ásamt kennurum og leiðbeinendum til Riga í Lettlandi eldsnemma að morgni 4. apríl síðast liðinn. Tílefni ferðarinnar var ráðstefna á vegum NORDPLUS námsnets í ljósmóðurfræðum, sú síðasta af þriggja ráðstefnuröð netsins þar sem nemendur frá Norður-og Eystrasaltslöndunum koma saman ásamt kennurum og leiðbeinendum sínum. Titill ráðstefnunnar var „Empowering midwifery students and young midwives of the north“ og var dagskráin þétt setin þá fimm daga sem við dvöldum þar. En ferðalagið var langt og eyddum við heilum degi á flugvelli í Stokkhólmi á báðum leiðum okkar til Riga.

Það var óneitanlega skrítið að koma til Riga. Tungumálið er svo gjörólíkt því sem við höfum heyrt og ekki nokkur leið að skilja eitt einasta orð án frekari útskýringa. Fljótlega komumst við þó að því að „vecmāe“ þýðir ljósmóðir! Við fengum strax gríðarlega góðar móttökur. Hótelíð var virkilega fallegt og þjónustan til fyrirmyndar. Við byrjuðum mánudagsmorguninn á því að fara í gönguferð um gamla bæinn í sól og blíðu og könnuðum verslunarmöguleikana ásamt verðlagi og veitingastöðum. Um hádegis komum við saman og hittum hina gestina sem voru hátt í 60 talsins og saman gengum við rúmlega 2 km leið í Rigas 1st medical college þar sem ráðstefnan var haldinn. Gönguleiðin var bein og einföld en mikið var um niðurníddar byggingar. Þegar við komum í skólann var vel tekið á móti okkur af glæsilegum lettneskum nemum sem langflestir voru frekar ungar stúlkur miðað við okkur þessa íslensku. Einn strákur var meðal nemanna. Tekið er beint inn í 3 ára nám í ljósmóðurfræði í Lettlandi eftir stúdentspróf.

Þennan fyrsta dag komu nemarnir frá öllum þátttökulöndunum upp á svið og fluttu erindi um námsfyrirkomulag í sínu landi ásamt upplýsingum um fæðingastaði og tíðnitölur. Þetta var afar fróðlegt og skemmtilegt og góður undirbúningur fyrir það sem á eftir kom. Skólastjóri skólans frú Inese Bunga heiðraði okkur með nærveru sinni á hverjum degi og lagði meira að segja undir okkur matseðil vikunnar en hádegisverður var í boði skólans og fram-



Jóna og Signý í samræðum við erlendan kollega.

reiddur í mötuneytinu. Þar voru þrúðbúnir ljósmaðranemar í sjúkrahússloppum sem báru fram matinn í sparileirtai skólans og dýrindis eftirrættir stóðu og biðu eftir svöngum ráðstefnugestum. Boðið var upp á tónlistaratriði flutt af nemendum og kennurum skólans við opnun og ráðstefnuslit.

Á þriðjudeginum hófst svo hin eiginlega fræðsludagskrá en Ólöf Ásta Ólafsdóttir stjórnaði dagskránni. Þessi dagur var á ábyrgð okkar Íslendinga sem fjallaði m.a. um samskipti og eflingu í ljósmóðurnámi og starfi. Ólöf Ásta flutti erindi sitt „Empowering learning through relationships with women“ og eftir henni flutti Helga Gottfreðsdóttir erindi um fósturskimanir og ákvarðanatöku foreldra á meðgöngu, en bæði erindin byggðu á doktorsrannsóknnum þeirra. Eftir hádegis var svo öllum skipt í hóp þar sem við áttum mjög skemmtilegar umræður og fengum sjónarhorn nema og ljósmaðra frá hinum þátttökulöndunum. Þannig var skipulagið alla dagana og við nemarnir komum allar á svið á hverjum degi og fluttum erindi með niðurstöðum úr vinnuhópnum okkar.

Í lok dags fórum við stelpurnar í göngu um gamla bæinn með leiðsögumanni sem gekk með okkur að minnsta kosti 14.679 skref (skv. skrefmælinum) og sagði okkur allar helstu staðreyndir um fall og hrun

bygginga í Riga sem og uppbyggingu og sjálfstæðinu sem fékkst undir lok tuttugustu aldarinnar.

Á þriðja degi leiddi Jette Aaroe Clausen frá Danmörku okkur í allan sannleikann um tæknina í fyrirlestri sínum „What happens when a call for evidence meets diverse listening practices in antenatal care?“ en á eftir henni kom svo ein af okkar uppáhaldsfyrirlesurum ráðstefnunnar Elizabeth-Crang Svalenius frá Lundi í Svíþjóð. Væri nú ekki fúlt að fara í skiptinám til Lundar og eyða smá tíma með Elizabethu því hún er afar fróð, hress og skemmtileg ljósmóðir. Erindi hennar var um „Changes in childbirth, use and misuse of technology“ þar velti hún vöngum yfir notkun tækninnar meðal annars við fósturskimanir en hún hefur lengst af unnið á þeim vettvangi.

Eftir bráðskemmtilegan dag skelltum við okkur í heimsókn á fæðingardeildina eða „Rigas maternity house“ þar sem fæðast um 18.000 börn á ári en húsnæðið er komið til ára sinna. Þarna eru þrír fæðingargangar og starfa á hverjum þeirra aðeins 2 ljósmaður á vakt í 24 stundir í einu. Konurnar byrja í fæðingu í einu herbergi og eru svo fluttar yfir á fæðingastofu þegar komið er að fæðingu. Fæðingastofurnar sem flestar voru ágætlega rúmgóðar EN voru ekki eins hlýlegar og við eigum að venjast heldur stofn-

annalegar og búnar tækjum sem flest voru orðin nokkuð gömul og slitin. Húsnæðið var þó að einhverju leiti í enduruppbyggingu sem enn hafði ekki náð inn á fæðingastofurnar. Þó mátti sjá þar nýleg og hugguleg fæðingarúm en stóðir voru ávallt á þeim og yfirleitt notaðar í fæðingum. Spítalinn státaði sig af notalegum fjölskylduherbergjum sem voru mjög vinsæl og fyrir þau þurfti að borga sérstakt gjald. Hins vegar var hægt að liggja sængurlegu án kostnaðar á þriggja manna stofum. Hver fjölskylduherbergjagangur saman stóð af 26 herbergjum og ein ljósmóðir ásamt einum hjúkrunarfræðingi voru á vakt í sólarhring í senn.

Á fjórða ráðstefnudegi var umræða um fóstureyðingar og flutti Britt-Marie Halldén frá Svíþjóð tvö erindi sem byggja á doktorsrannsókn hennar, annars vegar um upplifun ungra kvenna og karla af fóstureyðingum snemma á meðgöngu og hins vegar um reynslu ljósmæðra í umönnun unglingsstúlkna sem fara í fóstureyðingu. Mjög áhugaverðir fyrirlestrar og feykilega góðar umræður í hópnum þar sem tíðni fóstureyðinga ásamt lögum um fóstureyðingar í mismunandi löndum voru rædd. Það kom okkur Íslendingunum á óvart að við erum langt frá því að vera þar fremst í flokki eins og fjölmiðlum er tíðrætt um en við vorum með þriðju lægstu tíðnina af Norðurlöndunum og Eystrasaltsþjóðunum en Færeyingar eru með lang lægstu tíðnina. Þar í landi eru fóstureyðingar ólöglegar nema ef um fósturgalla er að ræða. Fulltrúi Færeyinga sagði okkur þó að feður færu gjarnan með dætur sínar til Danmerkur í fóstureyðingu en líklega skekkir það tölfræðina á einhvern hátt. Í Lettlandi er hægt að koma inn af götunni og óska eftir fóstureyðingu en fyrir hana þarf að greiða um 15.000 krónur. Í Litháen getur þú fengið fóstureyðingu með því að



Anna Sigga og Edda í góðum gir.



Slakað á í góða veðrinu.

velja réttan lækni og borga undir borðið en það var gjarnan þannig með flesta sjúkraþjónustu í Eystrasaltslöndunum. Til dæmis gastu fengið þjónustu ljósmóður gegnum alla fæðinguna fyrir ákveðið verð en ef þú hefur ekki efni á því þá hittir þú bara ljósmóður á 2. stigi fæðingarinnar.

Um kvöldið var okkur boðið í heljarinnar partý í skólanum. Virkilega flott og vel undirbúið með alls kyns leikjum og sprelli. Til dæmis fórum við í býsna hressilegan og skemmtilegan „actionary“ leik þar sem okkur var skipt í hópa og ein úr hópnum átti að leika ýmis ljósmæðrahugtök. Skemmtilegast var að fylgjast með Helle Juel Johansen, danskri ljósmóður sem starfar í Nuuk í Grænlandi, leika Apgar 0! Dásamlegt kvöld þar sem ný vináttubönd voru tryggð og mættu allir brosandi í morgunmat að morgni föstudags.

Síðasta daginn flutti Eva Persson frá Lundi erindi um þátttöku fedra í barneignarferlinu og kynnti aðferðir til meta umönnun við þá. Hún sagði okkur frá einstaklega góðu foreldrafríi sem eru 480 dagar sem skiptast jafnt milli beggja foreldra en annað þeirra getur nýtt sér allan tíma umfram fyrstu 60 dagana.

Við ráðstefnuslitin kom fram almenna ánægja meðal allra þátttakenda. Almennt fannst bæði nemum og ljósmæðrum dagsskráin hafa lærdómsríkt gildi og að þessi reynsla væri eflandi og að samstarf ljósmæðra á Norður- og Eystrasaltslöndum væri mjög mikilvægt. Þótt námsumhverfið og kröfurnar séu mismunandi lærum við allar eitthvað nýtt og áhugavert á ráðstefnu sem

þessari og er það einlæg von okkar sem tókum þátt að þetta samstarf muni halda sem lengst og styrkir fáist til að halda ráðstefnur af þessu tagi og þær fái að þróast og vera árlegur viðburður.

Eftir hádegi vorum við formlega útskrifaðar af skólastjóranum Inese Bunga sem færði hverri og einni útskriftarskjal ásamt mjólkursúkkulaði og óskaði okkur góðrar heimferðar. Sælar og glaðar örkuðum við út í góða veðrið ásamt Ólöfu Ástu, Helgu og Önnu Siggú. Trítlað var um gamla bæinn og kíkt í búðir og sölubása. Um kvöldið fengum við okkur svo hið langþráða sushi sem okkur hafði dreymt um alla ferðina. Ekki urðum við fyrir vonbrigðum þar frekar enn á öðrum veitingastöðum sem við prufuðum í þessari ferð. Við nutum kvöldstundarinnar því heimferðin var eldsnemma að morgni og býsna löng. Allar erum við reynslunni ríkari og þakklátar fyrir að hafa fengið þetta frábæra tækifæri til að kynna ljósmæðrum og nemum í nágrannaríkjum okkar og hlustað á áhugaverð erindi sem styrkja okkur í leik og starfi en auk þess höfum við enn betur lært að meta þá aðstöðu sem við búum við hér á landi.

Nemar á fyrsta ári í ljósmóðurfræði veturinn 2010-2011

Edda Sveinsdóttir
Jóna Björk Indriðadóttir
Signý Dóra Harðardóttir

Af vettvangi félagsmála

Fréttir af félagsstarfi

Skrifstofa og stjórnarsamstarf

Haldnir hafa verið 17 stjórnarfundir frá síðasta aðalfundi, enda eru nú stjórnarfundir á tveggja vikna fresti, í stað mánaðarfresti áður. Sú breyting hefur fallið í góðan jarðveg meðal stjórnarmeðlima. Ráðin hefur verið starfsmaður á skrifstofu, Brynja Pála Helgadóttir, ljósmóðir sem er í 20% starfshlutfalli hjá félaginu. Á aðalfundi félagsins þann 7. maí s.l., gengu tveir stjórnarmeðlimir úr stjórn, þær Steinunn Blöndal og Guðlaug Einarsdóttir, en Esther Ósk Ármannsdóttir var kjörin nýr formaður LMFÍ og Guðrún I. Gunnlaugsdóttir, nýr vararitari.

Heilbrigðisyrifvöld

Niðurskurður heldur áfram í íslenska heilbrigðiskerfinu og hefur Ljósmæðrafélagið ítrekað varað við handahófskenndum niðurskurði sem hefur kostnaðarsamar afleiðingar í för með sér. Áfram helst okkur illa á heilbrigðisráðherrum, en nú í haust fengum við nýjan heilbrigðisráðherra, Guðbjart Hannesson, þann sjötta á fimm árum. Fulltrúar Ljósmæðrafélagsins hafa enn ekki hitt hann, þrátt fyrir ítrekaðar beiðnir. Þó hafa verið samskipti við aðstoðarkonu hans.

Stefnumótun í barneignarþjónustu

Sárlega vantar skýra heildræna stefnumótun í barneignarþjónustu á landinu og eftir að hafa bedið í tvö ár eftir samvinnu heilbrigðisráðuneytisins þess efnis, tók Ljós-



Formannsskipti.



Einbeittar félagskonur.

mæðrafélagið af skarið og vann skýrslu um stöðu barneignarþjónustunnar og áherslur ljósmæðra á stefnumótun hennar á breytingatímum. Skýrslan kom út í október og var send öllum þingmönnum og ráðherrum, auk þess til fjölmiðla og samstarfsstétta. Skýrslan var enn fremur kynnt á læknaðögum, þar sem læknar tóku tilboði ljósmæðra um þverfaglega samvinnu um stefnumótun barneignarþjónustu. Sú samvinna er á byrjunarstigi.

Heimaþjónusta ljósmæðra

Þegar skýrsla deildarinnar var gefin á síðasta aðalfundi hafði viðræðum við SÍ um endurbættan rammasamning um heimaþjónustu í sængurlegu og heimaþjónusta nýlega verið hætt, þar sem Heilbrigðisráðuneytið tók málefni heimaþjónustunnar til skoðunar á sínum vettvangi. Hugmynd ráðuneytisins var að einfalda heilbrigðiskerfið með því að færa heimaþjónustu í sængurlegu undir hatt heilsugæslunnar. Þessar hugmyndir mættu andstöðu meðal ljósmæðra, bæði á faglegum og rekstrarlegum forsendum.

Mál heimaþjónustunnar voru tekin upp á fundi vinnuhóps ljósmæðra um breytingar á barneignarþjónustunni þann 3. maí 2010. Þar var lögð áhersla á aðkomu ljósmæðra að öllum tillögum um breytingar, að þjónustunni væri vel sinnt á sjálfstæðu þjónustustigi, og að ákveðnar forsendur þyrftu að vera fyrir hendi ef færa ætti þjónustuna

inn í heilsugæslu, s.s. áhersla á samfellu og vaktþjónustu, yfirstjórn ljósmæðra, að þjónustunni yrði áfram sinnt af ljósmæðrum og hún yrði eflað á landsvísi.

Við tóku fundarsetur með starfsmönnum Heilbrigðisráðuneytis og Landspítala, að undirlagi ljósmæðra, þar sem reynt var að sýna fram og kosti þess að vinna að bættum rammasamningi frekar en innlimun í heilsugæslu. Félagið vann sumarið 2010 könnun á umfangi heimaþjónustu ljósmæðra í sængurlegu til að auka skilning allra aðila á eðli þjónustunnar áður en ráðist yrði í breytingar á henni. Á fjölmönnum félagsfundum 25. ágúst 2010 kom fram eindreginn vilji ljósmæðra fyrir óbreyttu fyrirkomulagi með rammasamningi við SÍ. Samþykktar voru frumhugmyndir um "plan B", hvernig ljósmæður sæju fyrir sér útfærslu heimaþjónustu í sængurlegu innan heilsugæslu, ef af því yrði. Áfram var unnið að viðræðum við ráðuneytið og eldri rammasamningur framlengdur í tveigang, fyrst til 31. desember 2010 og síðan 30. júní 2011.

Málefni heimaþjónustunnar hafa ekki fengið jafn mikla athygli eftir sameiningu ráðuneyta í Velferðarráðuneyti um áramótin. Ekki hefur fengist fundur með nýjum ráðherra þrátt fyrir ítrekaðar óskir. 30. mars 2011 var haldinn fjölmennur félagsfundur þar sem óskað var eftir hugmyndum ljósmæðra um framhaldið.

Stjórn Fagdeildarinnar vann á fyrsta

starfsári sínu að faglegri þróun heimaþjónustunnar. Sú vinna hefur legið í láginni síðasta ár meðan unnið hefur verið að rekstrarlegu umhverfi þjónustunnar. Framundan eru óvissutímar meðan málefnum heimaþjónustu verður stýrt í farsæla höfn, hvar sem hana er að finna.

Endurskoðun á innviðum félagsins

Á aðalfundi 2010 var ákveðið að skipa nefndir til að endurskoða innviði og uppbyggingu félagsins og skyldu tillögur þeirra verða lagðar fyrir aðalfundinn í ár. Starfi þessara hópa hefur seinkað en og vonast er til að tillögur þeirra liggi fyrir á næsta aðalfundi.

Kjaramál

Ákveðið var að öll aðildarfélög BHM, að undanskildu Stéttarfélagi lögfræðinga, fara sameiginlega fram í kjaraviðræðum. Standa samningaviðræður nú yfir og verður meginkraftan að leiðrétta kaupmáttarskerðinguna frá 2008.

Atvinnuleysi

Enn er atvinnuleysi meðal íslenskra ljósmæðra og eiga nú endurtekið nýútskrifaðar ljósmæður erfitt með að fá fastráðningu/vinnu. Þó atvinnuleysi meðal ljósmæðra mælist ekki hátt í opinberum tölum, er það miklu hærra þar sem það dylst bæði vegna hlutastarfa og vegna þess að ljósmæður hafa ráðið sig til annarra starfa. Könnun sem Ljósmæðrafélagið gerði í vetur, sýndi að 60% ljósmæðra myndu auka við sig vinnu ef þær ættu þess kost.

Fræðsla og endurmenntun

Jólafundurinn var haldinn í húsnæði Bjarkarinnar að Vatnagörðum. Bjarkarljósmæður



Esther nýkjörin formaður flytur ávarp.



Fráfarandi formaður kvaddur með gjöfum.

mæðurnar Arney Þórarinsdóttir og Hrafnhildur Halldórsdóttir voru með kynningu á Björkinni og Birna Gerður Jónsdóttir las upp skemmtilega jólasögu frá Eþíópíu. Tvennar hringborðsumræður voru haldnar á árinu. Þær fyrri voru haldnar um áhrif ofþyngdar á barneignarferlið, undir stjórn Guðrúnar I Gunnlaugsdóttur og Elínar Örne Gunnarsdóttur, en þátttaka var afar dræm, líklega vegna skorts á auglýsingu. Seinni hringborðsumræðurnar fjölluðu um mikilvægi þriðja stigs fæðingar, undir stjórn Bjargar Sigurðardóttur og var þátttaka ágæt. Nálastungunámskeið var haldið í vor og sá María (Gulla) Sigurðardóttir einvörðungu um það í fyrsta sinni og gekk það mjög vel. Eins var haldið velsótt námskeið í samvinnu við Endurmenntun HÍ um þjónustu og umönnun viðkvæmra hópa kvenna.

Námskeið fyrir stjórnendur í ljósmæðrastétt

Ljósmæðrafélagið hélt námskeið fyrir stjórnendur í ljósmæðrastétt, við góðar undirtektir. Skort hefur vettvang stjórnenda innan félagsins þar sem þeir geta haft stuðning hver af öðrum og vakið athygli á sérmálum stjórnenda, sem eru önnur en almennra ljósmæðra. Þessi hópur telur um 30 manns á landinu öllu.

Rannsókn- og þróunarsjóður

Umsóknum um styrki í Rannsókn- og þróunarsjóð hefur fjölgað s.l. ár og ekki var hægt að styrkja öll verkefni til fulls þetta

árið. Eining var um það innan Sjóðanefndar að laun rannsakanda og útlagðan kostnað ætti að leggja að jöfnu og meistararannsóknir skyldi styrkja betur en aðrar rannsóknir.

Styrkveitingar voru sem hér segir: Rannveig Rúnarsdóttir hlaut styrk vegna skólagjalda í framhaldsnámi og vegna meistararannsóknar sinnar um ávinning feðra af fjölskyldumeðferðarsamtali fyrir útskrift af meðgöngu- og sængurkvennadeild. Björg Sigurðardóttir hlaut styrk vegna meistararannsóknar sinnar á þekkingu og upplifun ljósmæðra af axlarklemmum. Guðlaug María Sigurðardóttir hlaut styrk vegna gerðar kennsluheftis í nálastungu fyrir ljósmæður. Kristbjörg Magnúsdóttir hlaut styrk vegna þýðingar, staðfæringar og gerðar námsefnis um HypnoBirthing. Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir hlaut styrk vegna skólagjalda í framhaldsnámi og vegna meistararannsóknar sinnar um ávinning meðferðarsamtals við foreldra nýbura á vökudeild. Valgerður Lís Sigurðardóttir hlaut styrk vegna rannsóknar sinnar á viðtalsþjónustunni *Ljáðu mér eyra*.

Á aðalfundinum var samþykkt tillaga Sjóðanefndar um formsbreytingar á stofnskrá Rannsókn- og þróunarsjóðs. Tillaga sjóðanefndar var sú að sjóðurinn starfi á sama grunni og fyrri sjóðir Ljósmæðrafélagsins en ekki með tilvísan í lög nr. 19/1988 um sjóði og stofnanir sem starfa samkvæmt staðfestri skipulagsskrá, eins og fram kom í áður samþykktri stofnskrá. Fyrri sjóðir Ljósmæðrafélagsins hafa haft stjórn sem kosin



Símí og Lyklar afhendir.

er á aðalfundi, þeir hafa skilað ársskýrslu á aðalfundi félagsins og reikningum með reikningum félagsins.

Ljósmaðrablaðið

Árið 2010 voru gefin út 2 tölublöð af Ljósmaðrablaðinu eins og undanfarin ár, gekk vel að fá efni í blaðið. Þrjár ritrýndar greinar birtust og margar fræðslugreinar. Margar ljósmaður eru búnar að vera í framhaldsnámi og eru þær duglegar að skrifa í blaðið.

Norðurlandsdeild

Starfsemi Norðurlandsdeildar Ljósmaðrafélagsins á starfsárinu 2010 – 2011 hefur verið með svipuðu sniði og undanfarin ár, en félagar í þeirri deild eru 47. Haldinn hefur verið einn stjórnarfundur auk samskipta stjórnarmeðlima í gegnum tölvupóst og síma. Sagt var frá aðalfundi deildarinnar í síðasta tölublaði Ljósmaðrablaðsins. Á haustdögum stóð deildin fyrri ferð í yoga hjá Önnu Dóru Hermannsdóttur þar sem hún leiddi hópinn í gegnum yogaæfingar af sinni alkunni snilld. En Anna Dóra hefur ásamt ljósmóður á Akureyri boðið upp á námskeið fyrir barnshafandi konur í mörg ár. Aðventufundur var svo haldinn í byrjun desember þar sem félagar í Norðurlandsdeildinni hittust á FSA, með jólabakkelsi og jólapakka meðferðist. Áætlað er að halda aðalfund á Sauðárkróki síðari hluta maí, þar sem skagfirskar ljósmæður taka á móti félagsmönnum af myndarskap eins og þeirra er lagið.

Ljósurar

Deildin Ljósurar verður 6 ára í desember á

þessu ári. Í þessari deild eru ljósmæður 60 ára og eldri. Félagskonur í ársbyrjun 2011 voru 220 samkvæmt póstlista.

Árlega bætast við ný nöfn, þ.e. þeirra sem verða sextugar á árinu. Ljósurar halda aðalfund í október og einn almennan fund á vorin, oftast í mars. Á þessum fundum hafa gjarnan einhverjar Ljósur verið með upplestur eða frásagnir og hefur það gefið fundunum aukið gildi. Mæting á fundum er 25 -33 Ljósur. Frá 2007 hefur deildin farið eina dagsferð í júní. Mikil ánægja hefur verið með þær ferðir. Þátttaka hefur verið á bilinu 23 – 40. Vorferð var farin um Hvalfjörð og Borgarfjörð í fyrra en nú stendur til ferð í Bása við Þórsmörk. Þá ferð átti að fara í fyrra en eldgos í Eyjafjallajökli sá til þess að svo varð ekki.



Rabbað yfir súpu fyrir aðalfund.

Ekki er hægt að merkja annað en ánægju yfir að þessi deild skuli vera til og heyrst hefur að ljósmæður bíði með tilhlökkun eftir að ná aldri til inngöngu.

Alþjóðasamskipti

Ljósmaðrafélagið sendir ekki fulltrúa á ICM ráðstefnuna í sumar, en hún er nú haldinn í Afríku. Það er dýrt ferðalag. Ekki er okkur kunnugt um að nokkur íslensk ljósmóðir mæti fyrir hönd þjóðarinnar. Við mætum þeim mun fleiri til Prag eftir þrjú ár!

Hildur Kristjánsdóttir forseti NJF mætir fyrir hönd LMFÍ á Norðurlandafund ljósmæðra í Stokkhólmi í maílok.

Ljósmaðraganga á alþjóðadegi ljósmæðra

Ljósmaðrafélagið, eins og mörg önnur ljósmaðrafélög um víða veröld, stóð fyrir ljósmaðragöngu á alþjóðadegi ljósmæðra þann 5. maí. Mætingin var ágæt, um 50 göngugarpar stríkuðu þá 5 km leið sem skipulögð var um Laugarnes og Laugardal, þar sem Gerður Kristný rithöfundur og verndari göngunnar ávarpaði hópinn.

Nýtt starfsár Ljósmaðrafélags Íslands er nú hafið, með góðri blöndu af reyndum og nýjum stjórnar- og nefndarkonum. Undirrituð þakkar félagsmönnum traust og ánægjulega samvinnu síðustu ára og óskar nýrri stjórn farsældar í starfi.

Maí 2011

Guðlaug Einarsdóttir

Af vettvangi félagsmála

Stjórnarfundur Norðurlandsam- taka ljósmæðra (NJF)

Haldinn í Kaupmannahöfn dagana 1. og 2. júní 2010.

Fundinn sátu fulltrúar allra Norðurlandanna og var fundurinn haldinn í Kvæsthuset í Kaupmannahöfn þar sem danska ljósmæðrafélagið hefur höfuðstöðvar sínar, Guðlaug Einarsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir sóttu fundinn fyrir Íslands hönd.

Fundurinn hófst á hefðbundnum fundarstörfum. Lillian Bondo formaður danska ljósmæðrafélagsins bauð fundargesti velkomna og síðan tók forseti samtakanna og fundarstjóri við fundinum. Fundarmenn kynntu sig stuttlega. Að því loknu var gengið til hefðbundinnar dagskrár sem fólst m.a. í; samþykkt fundarboðunar, vali á fundarritara, yfirferð, samþykkt og undirskrift fundargerðar síðasta fundar sem var haldinn í Reykjavík 8-9 maí 2009, flutningi skýrslu forseta samtakanna og uppfærslu á póstlista stjórnar meðlima.

Tillaga kom fram frá danska ljósmæðrafélaginu um að fundargerð fundarins yrði styttn verulega og vísað yrði til skriflegra skýrslna landanna. Þetta var samþykkt.

Að venju kynntu fulltrúar hvers lands það helsta sem er að gerast hjá þeim og voru í fundarboði kynntar óskir landanna um sérstaka umfjöllun ákveðinna atriða en þau voru:

Ísland óskaði eftir umfjöllun og upplýsingum frá hinum löndunum um reiknilíkön fyrir lágmarksumönnun kvenna í barneignarferli.

Ísland óskaði einnig eftir umfjöllun og upplýsingum um rétt ljósmæðra til lyfjaávisana fyrir getnaðarvarnalyfjum og öðrum lyfjum t.d. vegna heima-fæðinga í hverju landi.

Í Finnlandi er verið að vinna að endurnýjun leiðbeininga fyrir meðgönguvernd og kom ósk þaðan um frekari upplýsingar frá hinum löndunum og umfjöllun um þennan þátt.

Öll löndin höfðu sent skýrslu um helstu starfsemi sína á liðnu ári, fyrirfram og kynnti fulltrúi hvers lands skýrslu sína og svaraði fyrirspurnum. Að venju var farið eftir stafrófsröð og Lillian Bondo formaður Danska ljósmæðrafélagsins byrjaði.



Hildur Kristjánsdóttir
ljósmóðir og formaður NJF

Hér á eftir verður stiklað á stóru úr skýrslum landanna og umræðum um þær og bent á að skýrslur landanna eru til á skrifstofu félagsins þar sem félagsmenn geta nálgast þær.

Danmörk

Meðlimir danska ljósmæðrafélagsins eru nú um 2440 og eru um 1600 í starfi, 550 eru nemendur og hinar eru á eftirlaunum eða við önnur störf. Um 95% allra starfandi ljósmæðra eru innan félagsins. Félagið starfar einnig í sérdeildum heilbrigðisumdæmum sem eru fimm, að auki er starfrækt ein deild stjórnaenda. Aðalstjórn félagsins skipa formaður og varaformaður ásamt formönnum sérdeildanna sex. Á skrifstofunni starfa sjö einstaklingar í fullu starfi og formaður félagsins sem einnig er í fullu starfi. Ljósmæðrum tókst með miklu harðfylgi og verkföllum að ná 13.3% launahækkun árið 2008 sem er deilt niður á 3 ár. Þetta var um ½ prósentustigi hærra en aðrar stéttir, að auki fengu ljósmæður launauppbót vegna pólitískis þrýstings sem ríkisstjórnin varð fyrir vegna launabaráttunnar. Þegar við vorum á fundinum var að koma út áhugaverð skýrsla um launamun í Danmörku sem berlega sýnir

að launamunur er kynbundinn. Skýrsluna má finna á www.lonkommissionen.dk en hún var gefin út 28 maí 2010.

Vegna innri átaka í félaginu hefur félagið unnið að stefnumótun sem hefur verið í þróun í rúmt ár og er unnið eftir að framfylgja henni hægt og bítandi. Finna má þessi skjöl á;

http://www.jodemoderfoeningen.dk/multimedia/07-005strategipapir_rettet_efterlandskonference_og_HB1.pdf.

Mikil umræða hefur verið um menntun ljósmæðra og er einhugur um það að námið verði háskólanám, áfram direct entry (direct entry vísar til þess að hægt er að fara beint í ljósmæðranám að loknu framhaldsskólánámi, án þess að hafa t.d. lokið hjúkrunarnámi) en lengra en það er nú. Verið er að skoða með hvaða háskólagráðu náminu ljúki. Áhersla verður á að fagleg færni ljósmæðra nái til breiðara starfsumhverfis en nú er. Mikill sparnaður er nú í danska heilbrigðiskerfinu og er atvinnuleysi nýútskrifaðra ljósmæðra áhyggjuefni.

Finnland

Árið 2009 var nítugasta starfsár finnska ljósmæðrafélagsins. Félagar voru í lok ársins 4099 og er atvinnuleysi meðal finnskra ljósmæðra um 1.8%. Sjúkrahús sem reka fæðingardeildir eiga erfitt með að fá ljósmæður til afleysinga eða í skammtímaráðningu.

Þegar fundurinn var haldinn var verið að loka fæðingardeildinni í Ekenes og voru þá eftir 31 fæðingadeild í þessu stóra landi. Ekenes var eina sjúkrahúsið í Finnlandi sem hafði vottun sem barnvænt sjúkrahús. Félags- og heilbrigðisráðuneytið hefur unnið að skýrslu um fæðingarþjónustu á öllum sjúkrahúsum landsins og er það til-laga þeirra að fæðingadeildum sem ekki eru með a.m.k. 1000 fæðingar á ári skuli lokað, þetta mun leiða til þess að aðeins 19 fæðingardeildir verða opnar. Það má geta þess að 1975 voru deildirnar 62 og árið 1987 var sami fæðingafjöldi og árið 2009 en þá voru fæðingardeildir 53!

Lagt er til að reka sjúklingahótel til að leysa vanda sem kann að skapast vegna langra vegalengda til fæðingastaða og til þess að koma í veg fyrir áhættusamar fæðingar til dæmis í bílum, þyrlum eða flugvélum á leið á sjúkrahús. Ljósmaðrafélagið er mjög virkt í baráttu fyrir bestu mögulegu gæðum og öryggi þjónustunnar.

Leiðbeiningar fyrir meðgönguvernd hafa ekki verið endurnýjaðar síðan 1999 og veldur það nokkrum vandræðum í öllum þessum niðurskurði.

Verið er að vinna að nýrri löggjöf fyrir heilbrigðisstarfsfólk, þar sem m.a. er gert ráð fyrir því að hjúkrunarfræðingar fái rétt til að skrifa lyfseðla á lyf til sinna sjúklinga. Skilyrðin eru að hann sé fastráðinn við heilsugæslustöð, hafi starfað þar í 3 ár hið minnsta, hafi stundað framhaldsnám sem er 45 ECTS og að yfirlæknir fari fram á að hjúkrunarfræðingur geri þetta.

Árið 2008 fæddust 59.808 börn í Finnlandi og hafa fæðingar ekki verið fleiri síðan 1996. Meðalaldur fæðandi kvenna er 30.1 ár. Aukning á notkun epiduraldeyfinga er um 13% síðan 1998 og hefur keisaratiðni verið nálægt 16% síðustu 10 ár. Sogklukku-fæðingum hefur fjölgað um 3% síðustu 10 ár, en spangarklippingum hefur fækkað um tæplega 14% frá árinu 1998. Sængurlega var að meðaltali 3.2 sólarhringar árið 2008 og hefur styst um ½ sólarhring frá árinu 2008.

Meiri upplýsingar um tölfræðilegar upplýsingar frá Finnlandi má finna á: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedott-eet/2009/tr22_09.pdf

Færeyjar

Nýr formaður færeyska ljósmaðrafélagsins var kosin í mars, Annika Hoydal og buðu fundargestir hana sérstaklega velkomna. Helst í fréttum frá Færeyjum er að kjarasamningar eru framundan. Vegna kreppunnar er ekki gert ráð fyrir að mikil launahækkun náist, en lögð verður áhersla á bætt kjör eins og styttingu vinnuviku úr 40 stundum í 37 stundir.

Sparnaður einkennir heilbrigðiskerfið þar eins og í hinum löndunum og hálf tölustöðu

gildi ljósmóður á fæðingadeildinni hefur verið lagt niður, sængurlega verður stytta úr 5 sólarhringum í þrjá, faðir nýfædds barns getur nú fengið að dvelja á sængurkvennadeild fyrstu nóttina eftir fæðingu að því gefnu að ekki sé fjölmennt á stofunni! Ljósmaður hafa til margra ára sinnt „vöknun“ eftir valkeisarafæðingar. Þessu hefur nú verið hætt og fara meður nú á gjörgæsludeild eftir keisarafæðingu og geta ekki haft barnið hjá sér. Þetta á sér ýmsar misvel ígrundaðar skýringar að mati ljósmaðranna og leggja þær mikinn kraft í að vinna því brautargengi að þessu verði breytt aftur til fyrra horfs. Meðgönguverndin er í höndum ljósmaðra og koma konur að jafnaði í 7 skoðanir, ennfremur annast ljósmaður fæðingarfræðslu sem er haldin tvisvar í mánuði, tvær klukkustundir í senn og er ókeypis fyrir foreldra. Hægt er að skoða fæðingardeildina einu sinni í mánuði. Ljósmaður hitta einnig allar konur um mánuði eftir fæðingu. Rafræn sjúkraskrá er í notkun; Cosmic og er stefnt er að því að hún verði aðgengileg fyrir meðgönguvernd og fæðingar, en fæðingarnar eru í dag skráðar í sérstakt sjúkrahússkráningarkerfi. Fæðingar voru rétt undir 600 árið 2009. Nokkrar umræður urðu um menntun ljósmaðra og horfa færeyskar ljósmaður til íslenska kerfisins eins og það er í dag og finnst það áhugaverðara en það danska sem þær hafa fylgt fram til þessa.

Ísland

Vísað er til skýrslu formanns LMFÍ frá aðalfundi félagsins. Sérstaklega var rætt um fækkun fæðingastaða og fyrirhugaðar breytingar á heimaþjónustu ljósmaðra. Einnig var talsvert rætt um atvinnuleysi meðal ljósmaðra og áhyggjum af því að tapa nýtskrifuðum ljósmaðrum í önnur störf vegna þessa.

Noregur

Í norska ljósmaðrafélaginu eru nú 2250 meðlimir sem er nálægt því að vera 75% allra starfandi ljósmaðra í landinu. Á skrifstofu félagsins starfa nú fimm einstaklingar auk formanns í fullu starfi. Ákveðið hefur verið að ráða ritstjóra tímarits ljósmaðra í

fullt starf á skrifstofu félagsins, en blaðið kemur út níu sinnum á ári. Mikill tími fer í kjarasamninga þar sem samið er beint um laun á hverri einustu starfsstöð. Þetta er mjög krefjandi og krefst mikils af trúnaðarmönnum og starfsmönnum félagsins sem annast þennan þátt sameiginlega, en þetta hefur reynst afar vel og almennt eru samningar mjög góðir hjá ljósmaðrum.

Eins og í hinum löndunum hefur kreppan bitnað á nýtskrifuðum ljósmaðrum og það hefur verið erfitt fyrir þær að fá vinnu víða um landið. Sjúkrahúsin ráða nú í ríkara mæli fólk til afleysinga í skemmri tíma og síður í föst störf.

Fagmálin hafa verið áberandi eins og svo oft áður og hefur félagið lagt áherslu á að hafa fræðslunámskeið fyrir ljósmaður á viðráðanlegu verði og ákveðið hefur verið að halda 2ja daga ráðstefnu í september og verður það fjórða árið í röð sem það er gert.

Fæðingarþjónusta í Noregi hefur verið gagnrýnd fyrir að vera dreifð og samhengislaus. Neytendur hafa óskað eftir meiri þjónustu ljósmaðra sérstaklega í meðgönguverndinni og sængurleguþjónustu hefur verið lýst sem afgangsstærð. Í ljósi þessa var unnin skýrsla á vegum heilbrigðisráðuneytisins um hvernig hægt væri að styrkja og efla þjónustu ljósmaðra og fékk þessi skýrsla umfjöllun á Stórþinginu þar sem tillögurnar voru samþykktar einróma. Skýrslan fór síðan til baka til ráðuneytisins og er beðið viðbragða þaðan hvað varðar t.d. fjármuni. Ennfremur var ákveðið að unnið skuli að gæðakröfum fyrir fæðingadeildir, sem ekki grundvallast eingöngu á fæðingatölum heldur fyrst og fremst gæðum þjónustunnar, sjá nánar á: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00287/Et_trygt_f_detilbud_287039a.pdf.

Mikil umræða hefur verið um menntun ljósmaðra í Noregi á liðnu ári. Landsfundur ljósmaðra ályktaði árið 2005 að stefnt skyldi að „direct entry“ (sjá skýringar hér á undan) námi ljósmaðra. Þessari ályktun hefur aðeins verið breytt og hljóðar nú þannig að félagið muni starfa með þar til bærum ráðuneytum að því að skipulagt verði ljósmaðranám sem er að minnsta kosti fjögurra ára langt. Félagið lýsir einnig yfir að það sjái kostina við að í boði séu mismunandi leiðir að því að verða ljósmóðir. Áhersla er á að verkleg þjálfun styttest alls ekki frá því sem nú er, heldur lengist ef eitthvað er.



Svíþjóð

Í Svíþjóð hafa ljósmæður innleitt svokallað lífsstíls og heilbrigðishvetjandi samtal sem er snemma á meðgöngu, sem viðbót við hina hefðbundnu meðgönguvernd. Þetta vekur almenna ánægju.

Mikil umræða er meðal sænskra ljósmæðra um fósturskímanir og fósturgreiningar og er lögð áhersla á sérhæfingu/sérmenntun ljósmæðra um þennan þátt, sérstaklega hvað varðar upplýsingagjöf og aðra ráðgjöf.

Verið er að innleiða *“one-to-one care”* og er þá átt við samfellda þjónustu til kvenna í fæðingu á fæðingadeildum um allt land. Þetta er erfitt í framkvæmd vegna m.a. tregðu við að breyta vaktafyrirkomulagi og fleiri þáttum. Unnið er markvisst að því að bæta öryggi á fæðingadeildum og hefur t.d. verið hannað tölvunámskeið í úrlestri CTG rita. Nýtt skráningarkerfi fyrir meðgönguvernd hefur verið tekið í notkun og er ánægja með það meðal ljósmæðra. Samhliða hefur farið fram endurskoðun á meðgönguskránni og fæðingarskránni.

Sænska ljósmæðrafélagið vinnur ásamt félagi fæðinga- og kvensjúkdómalækna markvisst að því að rannsaka mæðradauða í landinu og eru niðurstöður fyrir árin 2007-2009 að verða tilbúnar. Áhugi er á samvinnu við hin Norðurlöndin um þetta verkefni. Félögin vinna einnig að leiðbeiningum

um fæðingarhjálp. Ennfremur vinna þessi félög ásamt félagi barnalækna að því að gera leiðbeiningar á landsvísi um sóttleysi í fæðingu og keisaraskurð að ósk móður.

Sænska ljósmæðrafélagið verður 125 ára árið 2011 og ljósmæðranám mun fagna 300 ára afmæli. Ráðgert er að gefa út bók af þessu tilefni og einnig mun félagið gangast fyrir veglegri ráðstefnu í maí 2011.

Önnur mál

Undir þessum lið var rætt um reiknilíkön fyrir mönnun ljósmæðra í meðgöngu og fæðingarþjónustu. Þessi ósk frá Íslandi var m.a. tilkomin vegna þess að fram kom í skýrslu frá Heilbrigðisráðuneytinu hér á landi að ljósmóðir í einu stöðugildi í Danmörku tæki á móti um 100 börnum á ári. Þetta taldi formaður danska ljósmæðrafélagsins vera fjarstæðu. Ennfremur var rætt um tölur sem hafa komið fram frá Svíþjóð varðandi mönnun í meðgönguvernd. Fundarmenn voru sammála um að ekki væri heppilegt að setja tölur við svona viðmið heldur ætti mönnun ætíð að miðast við hvernig þjónustan væri skipulögð og nefndu sem dæmi *MFS einingar* og *„one to one”* kerfi sem krefjast öðruvísi mönnunarlíkana en við þekkjum úr hefðbundnum vaktafyrirkomulagskerfum. Bent var á að RCM (Royal College of Midwives) hefði gefið út tölur um fjölda fæðinga miðað við hvert stöðugildi, og vilja hafa hámarks-

tölu sem er mjög lág hvað þetta varðar og leggja jafnframt til að forðast verði í lengstu lög að gefa út lágmarksviðmið. Í Finnlandi eru til viðmið varðandi fæðingar á sjúkrahúsum og meðgönguvernd.

Næst var að ósk LMFÍ rætt um rétt ljósmæðra til að gefa út lyfjaávisanir. Engar nýjar upplýsingar bárust um þetta.

Að lokum var tekin fyrir ósk Finnlands að ræða um leiðbeiningar vegna meðgönguverndar og tekur finnska ljósmæðrafélagið þátt í þeirri vinnu með heilbrigðisfyrirvöldum. Veittar voru upplýsingar um hvernig þessum málum er háttað í hinum löndunum og hefur það komið fram áður í þessum fundargerðum.

Vakin var athygli á yfirlýsingu frá sænsku geislavörnunum um ómskoðanir sjá nánar: <http://www.stralsakerhetsmyndigheten.se/Allmanhet/Vard/Ultraljud/>

Næsti stjórnarfundur verður haldinn í Stokkhólmi í lok maí 2011 í kjölfar ráðstefnu og afmælishátíðahalda sænska ljósmæðrafélagsins.

Næsta ráðstefna Norðurlandasamtakanna er áætluð í Osló í byrjun júní 2013.

Allar frekari upplýsingar er hægt að nálgast hjá Esther Ósk Ármannsdóttir formanni LMFÍ og undirritaðri.

Reykjavík í mars 2011

Ávarp formanns NJF í tilefni af 60 ára afmæli samtakanna

Formaður og ráðstefnustjórn ljósmæðrafélags Danmerkur, fulltrúi danska Heilbrigðisráðuneytisins, ágætu ljósmæður!

Það er mér heiður að vera hér með ykkur við upphaf 18. ráðstefnu og á sextugasta afmæli Norðurlandasamtaka ljósmæðra.

Ég óska okkur öllum innilega til hamingju með afmælið. Sextíu ár sem hafa einkennst af samheldni og samvinnu yfir landamæri Norðurlanda, ár sem hafa verið nýtt til að berjast fyrir betri menntun ljósmæðra, betri vinnuáðstæðum, ásættanlegum launum, viðurkenningu á réttindum ljósmæðra til að

starfa innan Norðurlandanna og samvinnu um kennara- og nemendaskipti svo einhver dæmi séu tekin. En ekki síður til þess að berjast fyrir þeim sjálfsögðu réttindum kvenna að hafa aðgang að fagþekkingu og umönnun ljósmæðra á meðgöngu, í fæðingu og í sængurlegu.

Það er sannarlega freistandi að líta um öxl og huga að því hverju við höfum áorkað og hvað hefur breyst eða kannski ekki!

Árið er 1949 og það er ráðstefna í Esbjerg. Til eru heimildir um samstarf ljósmæðra á Norðurlöndunum allt frá 16. öld og þeirri

hugmynd er varpað fram að kannski sé núna tímabært að búa til vettvang fyrir formlegt samstarf milli landanna. Þessari hugmynd var afar vel tekið og hlaut hljómgrunn meðal ljósmæðra og í kjölfarið eru stofnuð Norðurlandasamtök ljósmæðra –Nordisk jordmorforbund (NJF) árið 1950 á fyrstu sameiginlegu ráðstefnu ljósmæðra landanna sem haldin var í Svíþjóð það ár.

Þetta ár eru íbúar Íslands um það bil 144 þúsund en við erum í dag tæplega 320 þúsund. Árið 1950 erum við frekar einangruð og það var tímafrekt og dýrt að ferðast erlendis,

svo hvorki Ísland eða Færeyjar áttu fulltrúa á þessum fyrsta stjórnarfundum nýrra samtaka, en ljósmæðurnar á fundinum voru með þeim í anda og sendu símskeyti um leið og gengið hafði verið formlega frá stofnun samtakanna. Hugsið ykkur breytingarnar, núna 60 árum síðar eru fjöldi ljósmæðra frá Íslandi hér á þessari ráðstefnu, sem gestir, að stýra vinnusmiðjum, að stýra fundum, flytja erindi og/eða eru með veggspjöld. Forseti samtakanna er frá Íslandi og helmingur félaga í ljósmæðrafélagi Færeyja er staddur hér í dag.

Ákveðið var í stofnskrá samtakanna að í stjórn þeirra ættu sæti 2 fulltrúar frá hverju landi og skyldu haldnir stjórnarfundir árlega og hafa þessir fundir verið afar áhugaverðir og skipst hefur verið á miklum upplýsingum. Löndin hafa haldið stjórnarfundum til skiptis

sem og ráðstefnurnar, sem haldnar eru ekki sjaldnar en á 4. hvert ár.

Ljósmæður á Norðurlöndum hafa mikla sérstöðu í hinum vestræna heimi, þær hafa sannarlega unnið samkvæmt slagorðinu „heilsa fyrir alla“ löngu áður en það varð alþjóðlegt slagorð. Ljósmæður komu á flestöll heimili nær og fjær við aðstæður sem við getum illa samsað okkur í dag og lögðu sitt af mörkum til þess að stuðla að heilbrigði fyrir alla.

Ljósmæður norðursins sinna störfum sínum á ýmsa vegu, við störfum að ráðgjöf, veitum allskyns umönnun og aðstoð, sinnum rannsóknnum og framþróun fagsins. Við veitum ráðgjöf til ungs fólks, sinnum fjölskylduáætlun, þar með talið lyfjaávisunum fyrir getnaðarvörnum, sinnum meðgöngu-vernd til barnshafandi kvenna, gerum óm-

skoðanir, veitum alls kyns fræðslu, sinnum fæðingahjálp, og leggjum okkar af mörkum til að lina óþægindi og sársauka í öllu þessu ferli. Við sinnum sængurkonum og nýburum í sængurlegu, hvort sem það er eftir fæðingar í heimahúsi eða á sjúkrahúsi, hvort sem fæðingin hefur gengið eðlilega fyrir sig eða þurft hefur að grípa til inngrips eins og til dæmis keisaraskurðar. Í sumum landanna sinna ljósmæður einnig ráðgjöf og fræðslu til kvenna um kynheilbrigði og fræðslu sem tengist breytingaskeiði kvenna.

Ljósmæður sinna störfum sínum í miklum mæli í fjölfaglegum teymum og er líklegt að slík samvinna muni aukast enn frekar í framtíðinni, sérstaklega í ljósi meiri þekkingar á úrræðum og forvörnum vegna áhrifa heilsuvanda eins og offitu, sykursýki, áhrifa reykinga og ofnotkunar áfengis og vímuefna á meðgöngu. Á sama tíma er líklegt að æ fleiri ljósmæður munu starfa að sérhæfðum verkefnum bæði á stofnunum og í samfélaginu.

Í ljósi þeirra verkefna sem ljósmæður sinna og koma að með ýmsum hætti, tel ég þær vera í lykilhlutverki að hvetja til slíks samstarfs og samþætta ofangreinda þætti í forvarnarstarfi og almennri lýðheilsu bæði innan síns heimalands en einnig milli landanna.

Ljósmæður alls staðar í heiminum, ekki bara hér á Norðurlöndum, eru mikilvægur hornsteinninn í heilbrigðisþjónustu landa sinna. Vegna yfirgripsmikillar og sértækrar þekkingar og færni í heilbrigðisvísindum og ljósmóðurfræði eru þær í einstakri aðstöðu til þess að hvetja til og taka þátt í samstarfi við fleiri aðila sem koma að heilbrigðisþjónustu og setja þannig mark sitt á heilsuefningu og heilbrigði.

Eins og vikið hefur verið að áður eru ljósmæður hér nýrðra mjög vel menntaðir og eftirsóttir fagmenn. Færni og þekking ljósmæðra er yfirgripsmikil og það ætti að vera markmið allra framsækinnna og metnaðarfullra heilbrigðisyrvalda að nýta þessa þekkingu til hins ýtrasta.

Ég óska okkur öllum ánægjulegrar ráðstefnu og nota þetta tækifæri til að þakka danska ljósmæðrafélaginu fyrir metnaðarfulla og áhugaverða ráðstefnudagskrá og veit að við eigum fyrir höndum hvetjandi og árangursríka daga.

Hildur Kristjánsdóttir, forseti Norðurlandasamtaka ljósmæðra.



GRÓÐRARSTÖÐIN Mörk

Stjörnugróf 18 * Sími 581 4550 * Fax 581 2228
www.mork.is mork@mork.is



HÁSKÓLI ÍSLANDS
1911-2011

Styrkir til doktorsnema í hjúkrunar- og ljósmóðurfræðum

Stjórn Rannsóknasjóðs Ingibjargar R. Magnúsdóttur auglýsir eftir umsóknum um styrki úr sjóðnum til doktorsnema í hjúkrunar- og ljósmóðurfræðum. Heildarupphæð styrkja er 1 milljón króna.

Umsóknarfrestur er til 20. ágúst 2011.

Rafræn umsóknareyðublöð er að finna á heimasíðu Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði, www.rsh.hi.is.

Markmið sjóðsins er að efla rannsóknir í hjúkrunar- og ljósmóðurfræðum.

Nánari upplýsingar veitir Margrét Björnsdóttir, verkefnisstjóri RSH, margbjo@hi.is



HÁSKÓLI ÍSLANDS
STYRKARSJÓÐIR

Hægt er að styrkja sjóðinn með ýmsu móti, t.d. vegna árgangaafmæla eða útskriftar. Einnig er hægt að senda minningarkort og tækifæriskort. Fjárhæðir má leggja inn á eftirfarandi bankareikning hjá Íslandsbanka, 0513-26-004057. Kennitala Styrktarsjóða HÍ er 571292-3199.

Oddrún, félag nema í ljósmóðurfræðum

Oddrúnarpistill

Eins og ljósmæðranemar síðustu ára vorum við yfir okkur spenntar að byrja í náminu sem svo margar okkar hafði dreymt um í langan tíma og vorum því mjög óþreyjufullar að hittast. Með hjálp samskiptavefsins Facebook þjófstörðuðum við vináttunni og samverunni og hittumst hjá einni úr bekknum nokkrum dögum áður en skólinn byrjaði. Við náðum strax vel saman og nú í vetur hefur verið gaman að kynnst betur innbyrðis sem og að kynnst stelpunum á hinu árinu.

Líkt og ljósmóðurstarfið byggist ljósmóðurnámið og það félagsstarf sem því tengist á gömlum hefðum og venjum. Þó þessar venjur séu ekki meitlaðar í stein eru þær ekki til skrifaðar en við höfum verið upplýstar um þær af eldri nemum smám saman. Við nýnemarnir höfum eftir fremsta



Nemar tilbúnir að æfa sig að sauma.

megni lagt okkur fram um að fylgja þessum hefðum og boðið samnemendum og kennurum í kaffi, haldið jólaboð og árshátíð svo eitthvað sé nefnt.

Það helsta sem við félagsmenn Oddrúnar höfum afrekað á þessum vetri er vísindaferð í Stigamót og á Selfoss. Á báðum stöðum var tekið afar vel á móti okkur og við upplýstar um þá starfsemi sem fram fer á hvorum staðnum fyrir sig og kunnum við stjórnendum og starfsfólki þessara staða

þökk fyrir móttökurnar. Árshátíð Oddrúnar var haldin í mars og var hún í formi óvissuferðar sem endaði á Stokkseyri, hvar við áttum góða kvöldstund með gítarspili, söng, góðum mat og ekki má gleyma danskennslu þar sem nemar og kennarar dönsuðu magadans með „rebozo“ tóktum.

Allar höfum við verið í verknámi frá áramótum og notið vel. Eftir að hafa setið á skólabeck og lært það sem mestu máli skiptir fyrir verðandi ljósmæður fórum við fullar af eftirvæntingu út í okkar fyrsta verknám í Hreiðrinu. Reykslan var margvísleg og góð innlögn í reynslubankann sem við vinnum nú hörðum höndum við að bæta í.

Þrír nemar fóru í ráðstefnuferð til Riga í Lettlandi nú í apríl. Ráðstefnan var fyrir ljósmóðurnema og kennara frá Norðurlöndunum og Eystrasaltslöndunum.

Nú er vor í lofti og við fyrsta árs nemarnir hlökkum til að takast á við þau verkefni sem bíða okkar í sumar. Um leið óskum við eldri systur okkar innilega til hamingju með áfangann og góð kynni á líðandi vetri með ósk um að guð og gæfa fylgi þeim og okkur inn á nýjan starfsvettvang.

Fyrir hönd Oddrúnar,
Guðrún Ásta Gísladóttir formaður.



Guðrún Eggertsdóttir leiðbeinir um sitjandi fæðingar.



Kristín Víktorsdóttir leiðbeinir við saumaskapinn.

Stjórn og nefndir Ljósmæðra- félags Íslands 2011-2012

Stjórn:

Esther Ósk Ármannsdóttir formaður
Helga Sigurðardóttir varaformaður
Inga Sigríður Árnadóttir gjaldkeri
Jenný Inga Eiðsdóttir varagjaldkeri
Jóhanna Skúladóttir ritari
Guðrún Gunnlaugsdóttir vararitari
Jónína Birgisdóttir meðstjórnandi

Kjaranefnd:

Jónína Birgisdóttir formaður
Björg Sigurðardóttir
Guðrún Fema Ágústsdóttir
Guðrún Kormáksdóttir
Ragnheiður Bachmann

Ritnefnd:

Hrafnhildur Ólafsdóttir ritstjóri
Ásrún Ösp Jónsdóttir
Sigfríður Inga Karlsdóttir
Stefanía Guðmundsdóttir
Valgerður Lísá Sigurðardóttir

Fræðslunefnd:

Hanna Rut Jónasdóttir formaður
Bergrún Svava Jónsdóttir
Sveinbjörg Brynjólfsson
Halldóra Karlsdóttir
Brynja Pála Helgadóttir

Sjóðanefnd:

Formaður LMFÍ formaður
Gjaldkeri LMFÍ
Anna Sigríður Vernharðsdóttir
Greta Matthíasdóttir
Margrét Guðmundsdóttir (Hreiður)

Kjörnefnd:

Margrét Guðmundsdóttir formaður (FG)
Hallfríður Kristín Jónsdóttir
Helga Sóley Torfadóttir

Siðanefnd:

Helga Harðardóttir formaður
Gróa Margrét Jónsdóttir
Birna Gerður Jónsdóttir

NJF:

Fulltrúi sem stjórn ákveður
Hildur Kristjánsdóttir forseti NJF er varamaður.

Breyting á stjórn Ljósmæðrafélagsins

Eins og segir í lögum Ljósmæðrafélagsins skal í aðalstjórn félagsins kosnar þrjár ljósmæður til tveggja ára, formaður, gjaldkeri og ritari. Einnig eru kosnir varamenn til tveggja ára varaformaður, varagjaldkeri og vararitari. Einn fulltrúi úr kjaranefnd skal sem og sitja sem meðstjórnandi í stjórn. Á síðasta aðalfundi 7. maí bauð Helga Sigurðardóttir sig fram til setu í stjórn til eins árs sem varaformaður. Hún hefur nú sagt sig úr stjórn félagsins. Henni þykir ekki stætt á að sitja áfram í stjórn Ljósmæðrafélagsins þar sem hún hefur verið ráðin deildastjóri á meðgöngu- og

sængurlegu deild Landspítala. Ekkert segir í lögum félagsins hvað gera skuli ef stjórna-meðlimur segir sig úr stjórn. Þar sem um varamann er að ræða er það tillaga stjórnar að hrókingar innan stjórnar verði þær að í stað Helgu Sigurðardóttir verði Guðrún Gunnlaugsdóttir nýr varaformaður félagsins fram að næsta aðalfundi. Guðrún var kosin á síðasta aðalfundi sem vararitari. Einnig er staðan hjá okkur sú að Jóninu Birgisdóttur formaður kjaranefndar hefur verið boðin deildastjórastaða í Reykjanesbæ. En í stað hennar kemur úr kjaranefnd Björg

Sigurðardóttir. Hún verður því nýr formaður kjaranefndar og meðstjórnandi í stjórn Ljósmæðrafélagsins fram að næsta aðalfundi félagsins.

Viljum við óska þeim velfarnaðar á nýjum vettvangi og innilega til hamingju með þennan framgang í starfi og þakka þeim fyrir vel unnin störf fyrir hönd félagsins.

Esther Ósk Ármannsdóttir
formaður Ljósmæðrafélagsins

Málstofa í Ljós móðurfræði

Þann 20. maí fór fram hin árlega málstofa í Ljós móðurfræðum, hún var haldin í Eirbergi að viðstöddum fjölda manns. Á þessu ári fögnum við 250 ára afmæli ljós móðurmenntunar á Íslandi og að því tilefni var byrjað á því að Geir Gunnlaugsson, landlæknir, Guðrún Kristjándóttir, deildarforseti Hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands, Sigurður Guðmundsson, forseti Heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands og Hildur Kristjánsdóttir, formaður Norðurlandasamtaka ljósmæðra, héldu erindi.

Í ár útskrifuðust 12 ljósmæður og kynntu þær lokaverkefni sín sem voru mjög fjölbreytt, erindin fjölluðu um allt frá getnaði til sængurlegu.

Eftir að ljósmæðranemarnir höfðu lokið sér af héldu Esther Ósk Ármannsdóttir nýr



Útskriftarárgangur 2011.

formaður Ljósmæðrafélagsins, Birna Ólafsdóttir, fulltrúi 10 ára ljósmæðra og Sigríður Sía Jónsdóttir, fulltrúi 30 ára ljósmæðra, ávörp.

Um kvöldið hélt útskriftarhollið gleðskap

á Sólon fram á nótt. Óskum við nýútskrifuðum ljósmæðrum til hamingju með áfangann og bjóðum þær velkomnar í stéttina.

Hrafnhildur Ólafsdóttir

Nemi	Verkefni	Leiðbeinandi
Ásrún Ösp Jónsdóttir	Heimafæðingar á Íslandi. Sögulegt yfirlit og útkoma heimafæðinga í héraði árin 1961-1973.	Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Elsa Ruth Gylfadóttir	Egggjöf – Nýir draumar, ný tækifæri. Fræðileg úttekt.	Sigríður Sía Jónsdóttir
Guðrún Haraldsdóttir	Legvatnsleki fyrir 37 vikna meðgöngu – ummönnum og meðferð.	Helga Gottfreðsdóttir, Anna Sigríður Vernharðsdóttir.
Anna María Oddsdóttir	Áhrif þyngdar verðandi mæðra á fæðingu – fræðileg samantekt.	Helga Gottfreðsdóttir
Hlín Árnadóttir	Gagnsemi skipulagðrar brjóstgjöf- fræðslu á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins: Reynsla foreldra.	Helga Gottfreðsdóttir
Rakel Ásgeirsdóttir	Lengd meðganga. Fræðilega úttekt.	Anna Sigríður Vernharðsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Ingibjörg Ýr Óskarsdóttir	Hefur skipulögð fæðingarfræðsla áhrif á val kvenna um mænurótardeygingu í fæðingu?	Helga Gottfreðsdóttir
Eva Rut Guðmundsdóttir	Ljáðu mér eyra – mat á þjónustu. Forprófun spurningalista.	Valgerður Lísu Sigurðardóttir, Helga Gottfreðsdóttir
Guðrún Anna Valgeirsdóttir	Barneignarþjónusta í Nepal: Leiðir til að draga úr mæðradauða. Fræðileg samantekt.	Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Ingunn Vattnes Jónasdóttir	„Þær eru kannski bara ekki vanar að vera með lessur“. Þarfir og upplifun lesbía af barneignarferlinu ásamt viðhorfum ljósmæðra.	Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Lilja Þórunn Þorgeirsdóttir	Draumur Guðrúnar. Þjónusta við foreldra andvana fæddra barna á Íslandi	Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Hulda Lína Þórðardóttir	Nýfædda barnið, mjólkurmyndun og brjóstgjöf.	Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Ljósurnar

Minningabrot frá fæðingadeild

1960 – 1970

Fæðingagangurinn var á 1. hæð. Þar voru 4 stofur af tveimur stærðum. Fæðingar áttu sér stað á þeim öllum, ennfremur fæddu konur á baðherberginu þegar ekki voru lausar stofur. Þangað var hægt að koma inn rúmi en ekki mikið pláss til að athafna sig. Með naumindum var samt hægt að standa báðum megin við rúmið. Inn að „baðinu“ var gangur sem var rífleg rúmlengd og þar fæddu konur oft, en ekki hægt að hafa nema ambulans * þar.

Tvær gerðir af rúmum voru í notkun. Tvö fæðingarúm sem hægt var setja á stoðir og athafna sig við fæðingahjál frá fótagafl, en önnur rúm voru í daglegu tali kölluð „heil“ rúm og voru venjuleg legurúm. Meiri hluti fæðinga fór fram í þannig rúmum.

Þrengslin voru mikil. Oft lágu sængurkonur þarna niðri hálf og heila sólarhringa, allt fram á 3. dag vegna þess að ekki var pláss á sængurkvennadeildinni, sem var að jafnaði kölluð Miðgangur.

Oft kom það fyrir að konur sem voru ekki langt komnar í fæðingu lágu á ambulönsum á ganginum, fæddu reyndar stundum þar þegar ekki var unnt að flytja til svo þær kæmust á stofu. Hin fasta venja var sú að þegar konur voru komnar inn á deild, lágu þær fyrir. Engin fótaferð eða ráp um ganga hjá konu sem var greinilega byrjuð í fæðingu.

Að komast leiðar sinnar um ganginn þegar annríki var mikið gat verið snúið. Rúm, ambulansar og allir þeir hlutir sem fylgir fæðingum í stöðugri tilfærslu fram og til baka.

Stundum flaug mér í hug í hraðanum við að komast áfram hvort betra væri að fara yfir eða undir rúmin sem voru á ganginum. Á þessum tíma voru kvikmyndir í bíó um skoplegar uppákomur á sjúkrahúsum. Ég sá stundum vinnustað minn í þessu ljósi og var þess fullviss að kvikmyndagerðamenn hefðu ekki hugarflug til að gera senur sambæri-



María Björnsdóttir
ljósmóðir

legar raunveruleika.

Einhverju sinni þurfti að koma fjölbyrju í „heilu“ rúmi í snarheitum inn á bað. Hún var byrjuð að rembast og engin stofa laus. Baðgangurinn var þröngur og dyrnar inn á baðið rétt dugðu til að rúm af þessari stærð slyppi inn og gat verið mjög erfitt að ná beygjunni sem þurfti inn á baðið ef þar var stóll eða annað fyrir.

Ljósmóðirin sem var með mér á vakt var við höfðagafl rúmsins en ég ýtti á eftir. En allt í einu stóð rúmið fast í dyrunum. Ljósmóðirin pikkföst bak við höfðagafl, konan rembdist, ekkert pláss meðfram rúminu og allt útlit fyrir að þarna ætlaði barnið sér að koma í heiminn. Mér fannst ég stödd í einni af þeim kvikmyndum sem ég hafði séð nýlega, barðist við bæla niður hláturinn sem ólgaði undir bringspölunum. Ég sá fyrir mér að nú yrði ekki annað til ráða en demba sér yfir fótagaflinn upp í rúm til konunnar og taka þannig á móti barninu. Til þessa kom

þó ekki. - Þetta leystist án vandræða. Rúmið komst á sinn stað og fæðingin gekk sjálfsagt ljúflega, a.m.k. man ég ekki eftir neinu frá-sagnarverðu.

Það þótti ekki tilhlýðilegt á þessum tíma að börn kæmu í heiminn nema gegnum ljósmóðurhendur.

Það var stórkostlegt hvað konur létu bjóða sér við þessar aðstæður.

Einhverju sinni - sem oftast - lá kona á ganginum á ambulans. Allar stofur uppteknar, baðið, baðgangurinn og önnur kona að fæða á ganginum. Ég var ekki í yfirsetunni, heldur í snúningum og gat ekkert sinnt þessari konu þegar ég geystist fram og til baka. Það eina sem ég gat gert var að líta á hana í hvert sinn sem ég átti leið fram hjá og náði þá augnsambandi. Mér fannst þetta skelfileg vanræksla, ég talaði ekki einu sinni til hennar, það hefði tafið of mikið.

Svo kom að því að ég gat snúið mér að henni og komið henni í betri aðstæðu. Ég byrjaði á að afsaka þetta sinnuleysi en hún greip þakklát í hönd mér og sagði: „Þetta er allt í lagi þegar maður fær alltaf svona fallett bros.“ Ég varð orðlaus. Hvernig var hægt að túlka vandræðalega afsakandi mæðusvip sem fallett bros?

Löngu seinna spurði ég mágkonu mína um hennar upplifun af fæðingadeildinni. Hún eignaðist 5 börn á árunum 1954-1966. Hún svaraði eitthvað á þessa leið: „Ég bara gaf mig þessu fólki á vald og var ekkert að spekulera í þessu neitt sérstaklega.“

Mér þótti þetta svar mjög athyglisvert því þessi mágkona mín er ekki þekkt fyrir að láta bjóða sér hvað sem er. En þetta er sennilega dæmigert fyrir algengt viðhorf á þessum tíma.

*ambulans = hjólabekkur



Tilkynning frá rannsóknarsviði Landspítalan



Rannsóknarsvið LSH
Erfða- og sameindalæknisfræðideild
K-bygging • Hringbraut • 101 Reykjavík
Sími: 543 5000 • Fax: 543 5539 • www.landspitali.is

Mikilvæg atriði varðandi sýnatökur fyrir nýburaskimun.

Tilgangur nýburaskimunar er að kanna hvort nýfætt barn hafi arfgenga efnaskipta-sjúkdóma.

Nýburaskimun felur í sér mælingar með flóknum tækjabúnaði (raðmassagreini) á ýmsum amínósýrum og fjölmörgum acylkarnitínnum til þess að greina galla í fitusýruoxunarferlinu (Fatty Acid Oxidation Defects), óeðlilega myndun lífrænna sýra (Organic Acidemias) og óeðlilega umsetningu amínósýra (Aminoacidemias).

Klínísk einkenni slíkra sjúkdóma geta komið fram strax við fæðingu en yfirleitt líða nokkrir dagar þar til einkenni koma fram. **Í sumum sjúkdómum getur nokkra daga seinkun í greiningu orðið til þess að barnið verði greindarskert eða hlotið annan varanlegan skaða, jafnvel dauða.**

Til þess að greina meðfædda efnaskiptasjúkdóma er blóð látið drjúpa í þerripappír, þegar barnið er um 72 stunda gamalt. **Þetta blóðsýni er eins og hver önnur blóðprufa og nauðsynlegt að gæta þess að blóðtakan sé rétt framkvæmd til þess að "rétt" niðurstaða fáiist úr rannsóknunum.**

Flest sýni sem berast ESD til greiningar eru rétt tekin, en engu að síður koma fyrir endurtekin mistök sem verður að fyrirbyggja. **Þau eru helst að of lítið blóð er sett á hvern hring, of langur tími liður frá fæðingu þar til að sýnið er tekið og einnig að langur tími getur liðið frá sýnatöku, þar til sýnið berst ESD til greiningar.** Í sumum tilfellum hafa nokkrar vikur liðið frá því að sýnið er tekið og það hefur borist til ESD. Slíkt getur haft mjög alvarlegar afleiðingar og er algjörlega á skjön við allar alþjóða reglur og staðla þar að lútandi. Alvarlegast er þó þegar gleymist að taka sýni frá nýbura.

Þessu til áréttingar eru þeir, sem taka sýni í þerripappír beðnir um að vanda til verka við sýnatökuna og lesa gaumgæfilega þau atriði sem nefnd eru hér að neðan.

- Farið yfir Upplýsingarbækling um nýburaskimun með foreldrum.
- Kynnið ykkur "Leiðbeiningar vegna sýnatöku" á sýnatökubeiðninni fyrir sýnatökuna.
- Takið sýnið á réttum tíma, þegar barnið er 72 stunda gamalt.
- Gætið þess að sótthreinsandi vökvi hafi þornað áður en blóðið er látið drjúpa í pappírinn.
- Gætið þess að blóðið nái að væta þerripappírinn í gegn, annars er ekki rétt magn blóðs notað í rannsóknina, sem veldur "röngum" niðurstöðum.
- Gætið þess að sýnið hafi náð að þorna (2-3 klst), áður það er sett í umslagið, ásamt öllum nauðsynlegum upplýsingum sem beðið er um.
- Athugið sérstaklega að geta um lyfjagjafir móður fyrir fæðingu og barns eftir fæðingu. Einkum sýklalyfjagjafir geta ruglað mælingar.
- Sendið sýnin **STRAX** (samdægurs) til Erfða- og sameindalæknisfræðideildar LSH.
 - Ekki láta foreldra sjá um sendinguna.
 - Ekki safna sýnunum saman og senda í bunkum.
- "Týndu börnin" - munið að það á að taka sýni úr **ÖLLUM** nýburum.
- Sá aðili sem tekur sýnið, er beðinn um að skrá niður nafn sitt og GSM símanúmer, svo hægt sé að hafa samband ef athugasemdir eru við sýnatökuna.

Nýtt beiðnablað er í hönnun og mun verða leitað til ýmissa fagaðila um ábendingar og athugasemdir.

Fyrir hönd Erfða- og sameindalæknisfræðideildar LSH

Leifur Franzson
lyfjafræðingur

Lilja Eiríksdóttir
deildarlífeindafræðingur

Jón Jóhannes Jónsson
yfirlæknir

Hugleiðingar

Skóburstun, lausnarleit og vísindastörf

— nám ljósmæðra fyrr og nú

Í tilefni af því að það eru 250 ár síðan skipulögð ljósmæðramenntun hófst á Íslandi verða hugleiðingar að þessu sinni með öðru sniði. Við í ritnefndinni höfðum áhuga á því að ræða menntun ljósmæðra fyrr og nú. Því var ákveðið að taka viðtal við tvær ljósmæður sem lært höfðu til ljósmóður á mismunandi tíma, Hrafnhildur og Valgerður Lís settust niður í góðu yfirlæti heima hjá Valgerði með kaffi og köku með þeim Guðrúnu G. Eggertsdóttur yfirljósmóður á fæðingargangi og Ólafíu Aradóttur sem er ljósmóðir á meðgöngu- og sængurkvennagangi. Ólafía var í ljósmóðurnámi við Háskóla Íslands árin 2008-2010 og Guðrún í Ljósmæðraskólanum árin 1967-1969.

Hvað varð til þess að þið fóruð að læra ljósmóðurfræði?

Guðrún: Ég get sagt frá því í stuttu máli. Ég ætlaði að fara í hjúkrun og var þá orðin 18 ára, ætlaði að fara um haustið, síðan fékk ég bréf um það að ég fengi ekki inngöngu í hjúkrun. Ég fór því að gera allt annað, flutti suður og bjó hjá yfirljósmóðurinni. Þetta var svolítil tilviljun, það hafði verið langur biðlisti í Ljósmæðraskólann á þessum tíma en var það ekki þarna, þá ákvað ég að fara í ljósmóðurnámið. Ég var að vísu búin að vinna mikið við sauðburð sem oft hefur komið sér ágætlega í starfinu.

Ólafía: Já, ég ætlaði mér aldrei að verða ljósmóðir, ég fór aldrei í hjúkrun til að verða ljósmóðir eins og margar gera. Ég var búin að vinna frá útskrift að öldrun og var mjög ánægð í því. Ég vann með hjúkrunarforstjóra sem var ljósmóðir líka og mér fannst hún svo fagleg. Eins var ég svo farin að hugsa að mig langaði að læra eitthvað meira, ég var fyrst að hugsa um að fara eitthvað nám erlendis en svo fannst mér það einhvern veginn ekki spennandi. Ég ákvað þá að sækja um í Ljósmóðurskólanum. Ég vissi að ég kæmist ekki inn í fyrsta því ég hafði ekki neina reynslu á

kvennasviði svo ég fór að vinna á sængurkvennagangi og þar kom svo áhugi minn, þá sá ég hvað ég var að fara í. Svo sótti ég um aftur ári síðar og þá komst ég inn og sé ekki eftir því.

Er eitthvað sem þið getið sagt frá náminu s.s bóklegt eða verklegt nám, eftirminnilegir kennarar?

Guðrún: Ég held að það séu nú ákveðnar línur í því. Það voru bóklegir tímar alla morgna allan veturinn, verknámið var þannig að við vorum langmest á fæðingargangi en 4-6 vikur á göngudeild, meðgöngudeild, sængurkvennadeild og á skuðstofu. En ég man það að ég vann alltaf 7 nætur í röð. Svo fengum við alltaf frí einn og hálfan dag í viku og við unnum um helgar, svo fengum við 3 vikur í sumarfrí. Þessir bóklegu tímar voru hrikalega erfiðir, því þá sátum við eftir þessar 7 nætur í tímum til klukkan 10 á morgnana, byrjuðum 08:15.

Það sem er eftirminnilegast af þessum morgunvöktum á fyrra ári var að maður var sendur upp á sængurkvennagang til að láta konurnar gera leikfimi klukkan 7 á morgnana og það var eina sem mér fannst mjög erfitt og óskaplega leiðinlegt, ég vissi að ég var ekki að gera konunum gott með því. Mér fannst bóklega námið, sérstaklega eftir á að hyggja, allt of ómarkvisst og lítið. Við vorum með eina bók sem hét Ljósmóðurfræði og var á íslensku sem við lásum í náminu svo vorum við með norskar bækur. Prófessor fæðingardeildarinnar var skólastjórinn í Ljósmæðraskólanum og yfirljósmóðirin var sjálfkrafa yfirkennarinn, þetta fylgdi þeirra stöðum. Yfirljósmóðirin sá aðallega um kennsluna í bóklega náminu, síðan voru það Pétur prófessor og Gunnlaugur Snædal, Guðmundur Jóhannesson og svo var barnalæknir, sem stóð upp úr, Gunnar Biering. Hann kenndi okkur mjög mikið og vel. Gunnlaugur var allt of „góður kennari“,

hann sagði stundum „ekki vera að vekja þær greyin litlu því að þær eru svo syfjaðar eftir næturvaktina“ hann lagði ekki nóga áherslu á bóklegu kennsluna, fannst mér. En þegar ég var svo heppin að fara í hjúkrun þá vantaði mig mjög margt í grunninum, meira að segja í anatómíu, fysiologíu og lyfjafræði.

Kennararnir voru náttúrulega mjög eftirminnilegir. Það var nú þannig að 3 dögum eftir að ég byrjaði í skólanum þá dó yfirljósmóðirin, það varð mikil upplausn og vandræði hver tæki við, María Björnsdóttir tók við og stjórnaði skólanum í tæpt ár, síðan tók Kristín Tómasdóttir við sem yfirljósmóðir. Svo var hún Emma mín alveg óskaplega eftirminnileg hún var yndisleg. Hún kenndi bóklegt fyrra árið, hún talað svo lágt, ég heyri sko illa núna en ég heyrdi ágætlega þá, en ég heyrdi aldrei neitt sem hún sagði. Þær voru einnig mjög eftirminnilegar fullorðnu ljósmæðurnar sem sáu um verklega námið. Verklega námið var bara vinna, við vorum ekki með umsjónarljósmæður, það voru bara sterkir kennarar, ég tók á móti einhverjum 60 börnum.

Það fyrsta sem við sáum verklegt var ekki alveg undirbúið. Þá hafði kona rifnað sphinter rupturu, við vorum ekkert farnar að koma inn á ganginn. Okkur var öllum raðað upp á stofuna fyrir aftan konuna og lækinn var að sauma, það var mikið blóðbað og við hrundum nú niður hver af annarri, þetta sýnir það að konurnar voru til sýnis, ég gleymi þessu aldrei, en þetta þótti eðlileg kennsluaðferð.

Í heildina þá lærði maður ljósmóðurfræðina vel, við gerðum ekki rannsókn og ekki lokaverkefni, mér fannst það mjög gagnlegt þegar ég fór í hjúkrun. En svona t.d. í sjúkdómafræði var vitneskjan ekki mjög breið, maður fann svo rosalega fyrir því þegar ég fór út í hérað hvað það er gott fyrir ljósmóðurina að vera hjúkrunarfræðingur líka, þetta er svo rosalega breið og góð þekking.

Í náminu þá fengum við ekki mikið svigrúm til að vera gagnrýnar í hugsun. Ég var

mjög ósátt við það, það var ekki mikið talað um evidence base og gagnrýna hugsun. Það var bara prófessorinn sem setti lög og hann setti fram allar vinnureglur, allar verklagsreglur líka, allt var bara með hans stöfum. Við nemarnir höfðum varla málfrelsi, það var talsverð stéttaskipting, t.d. þá borðuðum við aldrei með ljósmæðrunum.

Ólafía: Ég útskrifaðist árið 2003 sem hjúkrunarfræðingur og byrjaði aftur í skóla árið 2008, mér fannst það mjög erfitt. Mér fannst námið mjög erfitt, alveg rosalega krefjandi, og að koma sér aftur inn í þennan skólagír var líka erfitt. Ég hefði alveg viljað hafa meira um barnalækningar, það sem okkur var kennt í hjúkrun. En ef á heildina er litið þá hefði ég ekki breytt neinu nema kannski skipulaginu. Ég var nú mjög ánægð með verknámið, ég var með mjög góðar umsjóna-ljósmæður, ein sagði einmitt við mig eftir fyrstu fæðinguna mína því að ég ætlaði ekki að skrifa hana á mig „góða vertu ekki svona hörð við sjálfa þig“ Ég hugsaði þessi orð oft. Mér fannst allir kennarar mjög faglegir sem að við vorum með, mér fannst vera vandað valið við það. Lausnarleitaverkefnið fannst mér alveg rosalega góð, þá varð þetta meira lifandi, það var öðruvísi en það sem maður var vanur úr hjúkrun, mér fannst það mjög skemmtilegt. Námið var alveg 2 ár, með 1 mánuð í sumarfrí þannig að þetta er mikil keyrsla. Það sem kom mér á óvart var hvað ég var ofsalega stolt þegar ég var búin með þetta, mér fannst ég hafa áorkað svo miklu. Það sem eiginlega stendur upp úr eftir þetta er hvað mér fannst námið gefa mér mikið og gott sjálfstraust, maður þurfti svo mikið að skoða sinn innri mann og endalaust að vera að skoða hvað maður var að gera og hvernig maður hefði mátt bæta þetta. Munurinn á okkur Guðrúnu er að ég og mínar skólasystur erum allar orðnar eldri og með einhverja starfsreynslu, flestar vorum við með frekar langa starfsreynslu og breiður aldurshópur. Svo fannst mér þetta systrasamband mjög sérstakt, mér finnst það mjög jákvætt, það er svona eining meðal hollsysstranna og líka meðal ljósmæðra almennt.

Hvað ætli það sé sem gerir það svona sérstakt, þetta samband og þessi eining?

Guðrún: Þetta er fámenn stétt, við þekkjumst eiginlega allar. Ljósmæður vinna í raun alveg gjörólik störf að sumu leiti, það



Guðrún G. Eggertsdóttir og Ólafía Aradóttir.

er þessi ofboðslega nánd í starfinu sem er kannski ekki eins mikið af í hjúkrun, kannski hvergi í hjúkrun – við [ljósmæður] förum bara inní landhelgi fólksins.

Þó að þetta hafi ekki verið draumur hjá okkur þá er það hjá mjög mörgum, þetta er bara starf sem það hefur dreymt um að ætla að verða, yndislegt og fallegt starfsheiti, við erum bara svo stoltar og hlýjar í hjartanu að vera ljósmæður, ég held það.

Ólafía: Viðbrögð fólks við því þegar maður segir að maður sé ljósmóðir eru þannig að maður fyllist stolti, þetta er forréttinda starf. Maður fær að taka þátt í mestu gleði fólks og stundum mestu sorg, það eru líka forréttindi að taka þátt í því og reyna að gera það vel líka.

Hvernig fannst ykkur námið svo búa ykkur undir starfið, hvernig var tilfinningin að stíga sín fyrstu skref í starfi?

Guðrún: Í raun og veru vel miðað við það að vinna á Landspítalanum, þar sem maður var með þennan þægindahring í kringum sig, ég man ekki eftir öðru. Ég gekk með barn seinna árið, sem var alveg örugglega vaxtarskert og ég þyngdist ekkert, oft banhunguð og vann eins og brjáðingur, ég man aldrei eftir að nokkur gerði athugasemdir við það. Ég fékk svo 3ja mánaða fæðingarorlof og byrjaði svo að vinna á fullu aftur, ég var ágætlega undir það búin. Þetta var bara harðsvíruð vinna og rosaleg þjálfun,

langar vaktir, við sátum oft einar yfir, það var ekki vandamálið. En svo þegar ég fór út á land nokkrum árum seinna og var þá ekki orðin hjúkrunarfræðingur, oft læknislaus og engin í héraðinu, þá vantaði mig rosalega mikið, jafnvel þó að ég væri að sinna ófrískum konum.

Ólafía: Mér fannst ég alveg vera vel undirbúin, ég var hjúkrunarfræðingur með starfsreynslu, ég hefði ekki viljað fara í þetta nám án þess að vera með þá reynslu á bakinu. Núna er svo miklu meira um sjúkdóma í kringum meðgöngur, bæði af því að menningin hefur breyst og líkamlegt ástand fólks. Jú, mér fannst ég vera vel undirbúin undir það að vera í fæðingum og vinna á spítalanum eftir þessi 2 ár.

Guðrún: Já ég er sammála þessu. Maður þekkti nokkrar sveitaljósmæður t.d. sú sem tók á móti okkur systkinunum, ég náði að kynna henni, hún var algjör drottning í sveitinni, þannig að maður var stoltur af því að vera í sömu stétt, þó að maður stæði nú ekki undir nafni með það. Þær voru bara, held ég, ekki að hafa rosalegar áhyggjur, þær bara mættu á staðinn og voru. Einu sinni var ljósmóðirin kominn inn á bæ lengst inn í sveit og barnið var í sitjanda „ææ“ þá bara gengur það vel eða kannski gengur það ekki vel, það var bara ekkert annað í stöðunni, mjög mikið æðruleysi. Þær voru með héraðslæknana sem voru miklu vanari en héraðslæknarnir núna, þeir eru ekki svona stoð og stytta fyrir ljósmæðurnar eins og hinir voru þá.

Á þessum tíma var ekki mikið um rannsóknarverkefni eða vísindastarf þegar ég var í náminu, það kom sem betur fer seinna. Það er ekkert rosalega langt síðan að við ljósmæður fórum að vinna vísindastörf og taka þessi góðu og flottu próf sem við erum að gera núna.

Finnur þú fyrir hvenær það varð vendipunktur í því?

Guðrún: Manni fannst það árið 1973 þegar byrjað var að taka inn nemendur í hjúkrun í HÍ þá komu þær með þekkingarbrunn inn í ljósmæðranámið. Það var mjög áberandi þá að ljósmæðurnar fóru í varnarstöðu, þær áttu erfitt með að kenna konum sem að sumu leyti vissu meira um margt en þær sjálfar, það var mjög mikil togstreita þá. Svo lærðum við að nýta það. Auðvitað þurftu þær að læra jafnmikið og við í ljósmóðurfræðum alla vega í þessu verklegu, en það tók svolítinn tíma að myndast svona jöfnuður á það af því að fagið og starfið okkur er svo rosalega sértækt.

Ólafía: Mér finnst svo gott þar sem ég er núna að fá að vinna með eldri ljósmæðrum sem þar eru og mér finnst það svo mikil blessun. Það er svo mikill viskubrunnur sem er þarna og að fá að læra af þeim bara svona verklag og þess háttar sem maður lærir bara með reynslunni. Ég var sú eina sem fékk áfram vinnu haustið eftir útskrift á Landspítalanum, þá hugsaði ég „er ég þá bara ein sem fæ að læra af þessum konum“ og svo hætta þær og þá koma inn nýjar sem missa af því að læra af þessum konum, það er mikil synd.

Guðrún: Gott að heyra þetta, ég hef heyrt marga tala um það, kannski er það svolítið sérstakt hjá okkur við hikum ekki, alveg sama hvaða starfsreynslu við höfum, að leita til hverra annarra, veit ekki hvort við gerum það meira en aðrar stéttir en sem betur fer erum við duglegar að leita eftir fróðleik hjá hverri annarri - svona jafningastuðningur og fræðsla.

Nú ert þú Guðrún búin að kynnast margskonar útgáfum af ljósmæðranemum, fyrst voru það konur sem komu beint í Ljósmæðraskólann, síðan hjúkrunarfræðingar sem komu inn í Ljósmæðraskólann, svo breyttist það og fór síðan í Háskólann.

Finnst þér þú getað fundið einhvern mun á því að taka á móti nemum úr skólanum?

Guðrún: Svona já og nei, þær koma með mismikinn þekkingarbrunn inn í skólann en einhvernvegin finnst mér alltaf þegar ég hitti hópin fyrst, þá eru þetta bara ljósmæðranemar sem eru að byrja að læra akkurat þessi fræði. Manni finnst samt, af því þú ert að tala um starfsreynslu, geta verið bæði plúsar og mínusar að vera búin að vinna mjög lengi, þær sem eru búar að vinna lengi við hjúkrun, eiga sumar svolítið erfitt með þessar miklu yfirsetur, tekur svolíttinn tíma að læra það. Við erum, kannski sérstaklega þær sem eru í fæðingunum, svona víkingasveit með samt alla blíðuna og umhyggjuna. Þetta er náttúrulega dásamlegur hópur og maður fær gæðahúð yfir því að hafa fengið að vera í svona samfélagi. Þetta er bara ólýsanlegt starf, ég held að við getum bara sagt það, það er leit að starfi sem inniber svona mikið eins og við vinnum við. Mér finnst ekkert erfiðara að fá þessar konur sem eru búnar að vera að vinna við hjúkrun og jafnvel skrifa einhverjar greinar og eru komnar með virtan vísindaheim til að vinna verklegu störf, þær eru náttúrulega með mikinn þekkingargrunn og meiri víðsýni og eiga kannski auðveldara með að tengja. En mér finnst þessi þróun í náminu hafa orðið til góðs og gengið alveg ótrúlega vel. Auðvitað vorum við bara stelpur sem byrjuðu í náminu þegar ég fór í námið, vorum þá orðnar tvítugar allar, ég held að við höfum útskrifast nokkuð færar sem ljósmæður til þess að greina hvað sé eðlilegt og hvað óeðlilegt í meðgöngunni og taka á móti barni og hugsa um konurnar og börnin á eftir.

Hvað voruð þið margar í holli og haldið þið sambandi?

Guðrún: Hjá mér, já, við höldum sambandi, við vorum níu, tvær eru dánar, þannig að það eru bara sjö eftir. Við hittumst ekki oft, kannski bara annað hvert ár til að hittast eitthvað að ráði, þetta er ekki svona saumaklúbbsstemming. Við bjuggum í skólanum, það var nú eftirminnilegast, við vorum lokaðar inni. En mér fannst svolítið ósanngjarnt þá að vera þarna 20 ára og vera treyst fyrir konu og barni í náminu en vera lokaðar bara inni í fangelsi næstum því. Við vorum skrifaðar niður í svarta bók á vaktinni ef við kom-

um seinna inn en kl. 23:30 á kvöldin, sumar trúlofaðar, mér fannst þetta mjög óraunhæft. Það var leitað á herbergjum og inni skápum, gengið á herbergin á kvöldin og ég er ennþá pínulítið ósátt við þetta. Mér fannst þetta skerðing á frelsi og trausti, okkur var ekki treyst fyrir okkur sjálfum, ég var sár út í það. Svo fengum við pínulítil laun, ég gat keypt mér eina kápu yfir veturinn og ein stígvél. Við gátum keypt okkur mat en svo fengum við alltaf mjólkurkex og mig minnir egg eða eitthvað sem við gátum borðað um kvöldið.

Borðar þú mjólkurkex í dag?

Guðrún: Nei

Ólafía: Við vorum 10 í holli, við erum nú svo nýútskrifaðar að við hittumst alltaf fyrsta fimmtudag í hverjum mánuði, þá reynum við að hittast í hádegismat einhversstaðar. Aldursdreifingin er nokkuð breið en náðum flestar bara mjög vel saman. Við vorum náttúrulega ekki lokaðar inni þannig að það hafði ekki áhrif á skemmtanálífið hjá okkur svo þurfti maður að reka sitt heimili ég á náttúrulega mína íbúð og minn bíl. Við fengum borgað annað árið, svo fékk maður námslán til þess að reka sig og sitt, það gekk nú bara alveg ótrúlega vel.

Þú náðir að kaupa þér meira en eina kápu og ein stígvél?

Ólafía: Já ég gat alveg keypt mér meira en eitt skópar, enda hef ég nú förnað ýmsu fyrir skóparið það get ég sagt ykkur, þá sleppi ég nú frekar að borða heldur en að sleppa að kaupa mér skó!

Guðrún: Prófin voru alveg nákvæmlega eins og þau voru herna þangað til núna þetta ár. Það var bara græni dúkurinn og prófnefnd, sem var svolítið stærri en hún er núna. Síðan fengum við konu til að skoða og segja frá og drögum svo miða, þetta er mjög gömul hefð. Núna er krossapróf í staðin fyrir að draga miða. Ég var rosalega glöð með þessa breytingu. Það er miklu sanngjarnara, þá fá allir sama prófið.

Ólafía: Ég man eftir því í fyrsta skipi sem ég fór í þetta munnlega próf, ég þekkti þetta ekkert frá hjúkruninni. Að sitja og þurfa að koma frá sér í töluðu máli var bara eitthvað sem ég kunni ekki og jók kannski aðeins á stressið.



Guðrún á námsárunum.

Guðrún: Svo er eitt sem var eftirminnilegt í náminu, sem ég hef nú svolítið haldið á lofti ennþá, að hvetja umsjónarljósmeðurnar til að spyrja opinna spurninga í staðin fyrir að leiða nemann mjög mikið. Ég var alin upp við það, það var einn af læknunum sem spurði okkur alveg hispurslaust og oft við óþægilegar aðstæður „það er kona hérna, hvað ætlar þú að gera fyrir hana“? Maður roðnaði og blánaði en svo lærði maður þetta, maður varð bara að hugsa hratt, þannig er lokaprófið. Við gerum aldrei of mikið af því, leggja upp dæmi og fá nemann til að leggja plan. Mér fannst þetta mjög lærdómsríkt þó að þetta sé óþægilegt og jafnvel einhver að hlusta á mann.

Fannst þú fyrir þessu, var þetta gert hjá þér Ólafía?

Ólafía: Já ég var alveg spurð hvað ég mundi gera, ég fékk spurningar eins og hvað ætlar þú að gera, hvernig og af hverju, við vorum kannski ekki að gera það fyrir framan alla, vorum bara að tala saman þá var ekkert stress. Ég er alveg sammála Guðrúnu, þetta hjálpar manni í dag.

Guðrún: Svo er það eitt sem kannski er ekki akkúrat tengt náminu, það var aldrei talað

um neitt eftir á. Eins og þegar eitthvað gerðist, t.d. sat ég yfir konu sem dó í höndunum á mér en maður var bara sendur á næturvaktina og aldrei minnst á það aftur, þetta er ekki gott. Það er eitthvað sem hefur breyst sem betur fer, hvort þetta ætti að koma meira inn í ljósmeðranámið veit ég ekki, ég held að það væri alveg rosalega gott að fá kennslu í handleiðslu þó að það væri ekki nema nokkrir tímar. Það var nú ekki fyrr en ég varð yfirljós móðir sem ég hafði tækifæri á því að fara til handleiðara, mér fannst það alveg rosalega ganglegt.

Ólafía: Mér fannst þetta vera ábótavant í mínu námi, maður var kannski búin að vera í einhverjum erfiðum atburðum. Fólk var svo bara að flýta sér af vaktinni, lífið fyrir utan vinnustað biður. Maður talaði kannski bara við sínar skólasystur í skólanum á eftir. Ég talaði nú sérstaklega um það því mér fannst það hefði mátt standa betur að þessu. Ég upplifði það að ég tók á móti andvana barni, svo var þessu að ljúka rétt fyrir vaktaskipti og ég skildi það mjög vel að ljósmóðirin sem var með mér var að drífa sig heim, átti að mæta á morgunvakt daginn eftir. Það var svo talað um það á vaktinni að þetta væri svo erfitt ef konan væri fullmeðgengin þá fór ég að hugsa „má mér þá ekki finnst þetta vera erfitt af því þessi kona var ekki

full meðgengin?“ Eins og þessi atburður ætti ekki að snerta mig á sama hátt, en ég veit að það var ekki meint þannig. Ég vissi alveg hvað þær voru að fara en mér fannst kannski að það mætti standa aðeins betur að þessu.

Guðrún: Það sem mér fannst svona erfiðast í náminu, í raun erfiðast var þessi blessaða leikfimi á morgnana og svo yfirsetan yfir fárveikum pre-eclampsíum, það var alveg skelfilegt. Bæði var maður hræddur um að þær færu í krampa, svo sat maður bara alla nóttina og alla vaktina í kolsvarta myrki. Þær urðu svo veikar, það var svo seint gripið inni, þetta voru alveg rosalega erfiðar yfirsetur. Ég man eftir að maður var jafnvel ekki leystur af, við vorum mikið notaðar í slíkar yfirsetur og ljósmæður voru ekkert mikið með okkur.

Ólafía: Ég upplifði það aldrei að það væri gengið fram af mér. Yfirleitt komið mjög vel fram við mig og passað upp á ef maður bað um að fara á klósettið eða borða þá var það bara ekkert mál. Maður þurfti líka bara að sækja um það eða biðja um það, það er bara sjálfsagt, maður er fullorðin manneskja og þær eru ekkert að taka fram fyrir hendurnar á manni heldur. Þetta var hluti af náminu og maður lærði rosalega mikið af því líka.

Guðrún: Nú við lærðum að taka á móti sitjanda, eins og er gert núna, maður tók á móti sitjanda eins og í höfuðstöðu, það var ekkert mál þó að það væri sitjandi. Svo verð ég að nefna epiduralinn, ég náði því að vinna áður en nokkur kona gat fengið epidural. Það var náttúrulega stundum bara bardagi að koma þeim í gegnum fæðingu maður var alveg löður sveittur að vinna að því endalaust. Auðvitað kom epiduralinn, sá og sigraði dálítið mikið, en þvílíkur munur. Enda hef ég oft sagt að besta við epiduralinn er að hann skuli vera til, því þetta var oft alveg svakalega erfitt. Keisaratiðni var ekki há, það var barist í það endalausa, hlustað og taldir dropar án þess að hafa dropateljara, þannig að maður var orðin svolítið lerk-aður eftir vaktirnar.

Mesta byltingin er að sónarinn skyldi koma þó að sumir segi að hann sé ekki til alls góðs. Ég tók á móti svo hryllilega vansköpuðum börnum, það var rosalega erfitt, sem að við losnuðum við með tilkomu sónsarsins, þá er ég að tala um alveg svakalegan vanskapnað, ég er ekki að tala um Down's eða Turner syndrom eða eitthvað svoleiðis.

Hvernig sjáid þið fyrir ykkur námið í framtíðinni?

Ólafía: Er ekki verið að tala um að það eigi eftir að verða 5 samfelld ár og að ljósmóðir verði þá með meistaraþráðu? Ég held að það sé svo sem ekkert endilega verra en ég veit það ekki af því að ég sjálf hefði ekki getað hugsað mér að fara í þetta nám nema að vera með einhverja starfsreynslu, en svo hentar það sumum kannski að fara beint, þetta er svo einstaklingsbundið. En ég er voðalega þakklát að vera hvoru tveggja.

Guðrún: Ég átta mig ekki alveg á þessu, það má ekki vera á kostnað þess að það verði minna verklegt og meira bóklegt, þannig að ég átta mig ekki alveg á því hversu mikið það muni verða. Ef þær verða meistarar verða þær þá með miklu lengri tíma til að skrifa verkefnið á kostnað verklega tímabilsins? Ég mundi alla vega sjálf ekki vilja vera án beggja réttindanna. Sumir segja að það sé betra að fá þær beint inn sem ætla sér að læra þetta en ekki vera búin að litast af hjúkruninni, maður heyrir svona allskonar, ég held að það sé algjör undantekning ef það er.

Það er svo rosalegur þekkingargrunnur sem er kominn inn í stéttina. Þetta er oft búið að vera svo mikill draumur þeirra að læra ljósmóðurfræði að það ætti ekki að lita þær þó að þær séu búnar að vera hjúkrunarfræðingar því þær eru bara þarna komnar til að verða ljósmæður. Að minnsta kosti langflestar af þeim sem útskrifast sem ljósmæður hugsa „vá nú er ég orðin ljósmóðir sem mig hefur alltaf langað að vera“

Ólafía: Já ég held það líka af því að þetta er rosalega sértækt, við Guðrún ætluðum kannski ekkert endilega að verða ljósmæður, en maður fór samt í þetta. Maður hugsaði með sér ég er komin í þetta nám og ég ætla að verða góð í þessu, maður er með metnað í því að gera þetta vel, svo ég held að hjúkrunarreynslan mín hafi ekkert gert nema gott, ég get ekki séð að ég hafi orðið verri ljósmóðir af því að ég er með hjúkr-unarmenntun.

Guðrún: Þær sem hafa komið beint úr hjúkr-un, þá er ég að hugsa ef þetta verður svona að þær fari 3 ár í hjúkrun og svo beint í ljósmóðurfræði, þá fáum við enga með reynslu þær eru bara oft á tíðum lengur að tileinka sér starfið og yfirsýnina. Ég veit það ekki, ég hef ekki talað mikið um þessa breytingu á náminu, en ég verð svolítið hrædd við hana.

En mér finnst hérna lausnarleitarnámið mjög skemmtilegt, ég er búin að vera svo heppin og lánsöm að kenna í því í 3 ár það er bara ný hugsun fyrir nemann, mér finnst hún mjög skemmtileg. Ég held og ég hafi fengið heilmikla svörin á það, að það er gott að hafa klíniker til að koma í tímana líka með innlegg og vera í umræðutím-anum.

Núna ert þú búin að kenna í lausnar-leitarnáminu Guðrún og þú búin að ganga í gengnum það Ólafía er eitthvað sem þið getið sagt um það?

Ólafía: Eins og ég segi þá fannst mér það hjálpa mér mjög mikið, maður fór svolítið líka að hugsa „ég er að fá hérna inn konu og hvað ætla ég að gera fyrir hana“, þetta kenndi mér aukna yfirsýn. Þetta er nú öðruvísi sjúklingahópur en ég var vön að vera með. Líka að fá fram skoðanir þeirrar ljósmóður sem var með efnið. Mér fannst það hjálpa mjög mikið, ég skoðaði þessi verkefni oft, áður en ég fór í próf og stuttu eftir útskrift hef ég oft kíkt á þessi verkefni eftir hvað við átti. Þessi kennsluaðferð var eitthvað sem ég þekkti ekki úr hjúkrun, þar er náttúrulega svo stór hópur. Núna kemur maður inn í svona lítið samfélag, við erum bara 10 og förum í gengnum þetta. Þannig að mér fannst þetta vera eitthvað sem var mjög gott og mjög nytsamlegt og ég hefði ekki viljað missa af.

Guðrún: Ég hef svolítið rætt um það að allar umsjónarljósmæðurnar myndu fá kennslu í þessu. Þær eru að beita þessu, en ekki svona markvisst, að leita lausna með því að lesa sér til. Þegar ég byrjaði að kenna þetta þá fékk ég greinar til að lesa mér til um hvað þetta var, hvernig þetta var sett upp. Ég myndi vilja sjá það næsta vetur, bara umsjónarljósmæðrafræðslu.

Mér finnst aðalmunurinn á náminu hér áður fyrr og nú vera sá að okkur var ekki kennt að leita að heimildum, við máttum varla hafa sjálfstæðar skoðanir. Já þetta var svolítið eins og í húsmæðraskólanum.

Ólafía: Svo aftur á móti þá upplifi ég að manni er meira en velkomið að hafa skoð-anir, að vera gagnrýnin í hugsun og spyrja spurninga og það er vel tekið á móti því. Maður þurfti að leita að heimildum og færa rök fyrir því sem maður var að gera.

Maður verður ekki var við mikla stéttaskipt-ingu milli fagstétta og nema í dag.

Guðrún: Nei sem betur fer. Þegar maður var sem svengstur þá man ég að ég stal mér brauðsneið, setti hana undir svuntuna og hljóp með hana upp í skóla, ég borðaði hana aldrei þannig að ljósmæðurnar sæju til.

Svo þurftum við náttúrulega að strauja svuntuna á hverjum morgni og stundum þvo skóna fyrir læknana. Svo færðum við yfirlækninum oft kaffi í rúmið á morgnanna, það var eitt af störfunum okkar. Þannig að það er ekki skrytið að ég sé alltaf til þjón-ustu reiðubúin! Svo lærðum við að þéra, ég rétt náði í það, við þéruðum yfirlækninn, en þetta var bara skemmtilegt.

Eitthvað skondið sem þið munið eftir frá námstímanum?

Ólafía: Ég man ekki eftir neinu úr ljósmóð-urnáminu. En ég man nú bara eftir því þegar ég var í hjúkrun, ég var að setja nál hjá ofsa-lega sætum strák og ég gleymdi stasanum á og það sprautaðist blóð út um allt, svo náði ég loksins að setja tappann á en þá var allt orðið í blóði og losaði stasann, en þá náði ég honum ekki af og þurfti að þræða hann í gegnum allt saman. Þeim fannst þetta mjög fyndið hjúkrunarfræðingunum á vaktinni. Þessi sæti strákur útskrifaðist svo heim 15 mínútum síðar!

Guðrún: Jú, ég get sagt ykkur eitt, það var þannig að börnin voru öll inni á barna-stofum, og það var alveg ömurlega leiðin-legt að standa þarna og sýna börn alltaf í heimsóknartímanum. Það var gler sem var næstum því hljóðþétt. Þarna kom alveg heil fjölskylda, afinn og amman og pabb-inn, pabbinn mátti ekki koma inn til að sjá barnið frekar en aðrir. Og þau segja ég ætla að sjá barnið á stofu 1:2, „já ég skal koma með það“ svo kem ég með 20 marka strák með stórt höfuð og kolsvart hár og þau bara fölnuðu og sögðu „guð minn góður hvernig er þá hinn?“ Þá meinti pabbinn að konan væri á stofu 1 og þau [börnin] væru 2. Ég gleymi þessu aldrei, þá hélt hann að þetta væri annar tvíburinn, 20 merkur. Ég man ennþá hvernig barnið leit út. Eftir þetta opn-aði ég alltaf hurðina til að spyrja hvaða barn þau vildu sjá. Þetta var náttúrulega alveg ótrúleg sýning í gegnum þetta gler.

Við vorum í sloppum sem voru smelltir og í sportsokkum, aldrei í sokkabuxum og svo með kappann sem hlífði ekki neinu. Það átti að fara að leggja sogklukku og stoðirnar voru komnar upp og ég dríf mig að ná í sogklukkuna og þá bara flettist sloppurinn frá, ég var aldrei þessu vant ekki í undirkjól sem siðsöm kona átti náttúrulega að vera og stend þarna bara á nærfötunum. Ég ætla ekki að segja frá því hvaða lækni var þarna að taka á móti en hann var alveg dolfallinn af þessu útsýni, hann kom löngu seinna klukkunni á kollinn á barninu. Ég fór aldrei án þess að vera í undirkjól eftir þetta. Búningurinn var náttúrulega fátægur, en við vorum ofboðslega flottar, straujuðum svunturnar

á hverjum morgni, fallegur búningur en maður mátti ekki fitna um 5 kg.

Eftir einstaklega notalega stund með þeim Guðrúnu og Ólafu þar sem spjallað var um nám ljósmæðra fyrr og nú er ljóst að á 40 árum hafa miklar breytingar orðið á uppbyggingu ljósmæðranáms á Íslandi. Sú þróun sem orðið hefur á náminu, sem nú er á háskólastigi, er að mati þeirra beggja mikilvæg og hefur orðið til þess að efla stéttina faglega. Það er ekki spurning að þekkingarbrunnur ljósmæðra hefur vaxið í gengum öll árin sem menntun ljósmæðra hefur verið við lýði. Lengst af var það reynsluþekkingin sem fluttist á milli kynslóða en síðustu árin/áratuginu má segja að hafi orðið mjög örar

breytingar í þá átt að auknu vísindastarfi innan ljósmóðurfræðinnar. Þær Guðrún og Ólafía voru sammála um mikilvægi þess að reynsluþekking og fræðileg þekking yrðu áfram hornsteinar í námi ljósmæðra.

Þrátt fyrir miklar breytingar á námi ljósmæðra síðastliðna áratugi þá er ýmislegt sem ekki hefur breyst. T.d. eru munnleg próf enn þáttur í náminu og þær stöllur voru sammála um að því megi ekki breyta. Það er mikilvægt að ljósmæður geti staðið klárar á umönnun og meðferð við mismunandi aðstæður sem upp geta komið í barneignarferlinu. Þannig hefur það alltaf verið og mun vonandi vera alla tíð.

Þó að leiðin virðist vönd vertu aldrei hryggur

Það er eins og hulin hönd hjálpi er mest á liggur

Þessi vísa eftir Jón S. Bergmann er mér kær og mér finnst hún fela í sér fyrirheit og uppörvun. Einhverju sinni las ég í frásögn ljósmóður að henni fannst hún aldrei vera ein við fæðingar, það væri einhver (ósýnilegur) sem stæði með henni. Kannski fann hún fyrir hulinni hönd. Hugsanlega kannast margir við þannig tilfinningu. Ég sjálf hef ekki nema 12 ára starfsferil við fæðingahjál og því næsta reynslulítil miðað við margar aðrar ljósmæður.

Eitt atvik frá þessum tíma á starfsferlinum kemur oft upp í huga mér og hefur að öllum líkindum verið 1968 eða 1969. Ég var ein inni á vaktherberginu á Fæðingagangi að vinna í pappírsmálum sem þurfti að sinna og átti ekki að vera í öðrum snúningum. Það var laugardagur og frekar lítið um að vera, ekki sá erill sem oft fylgir virkum dögum. Ein fjölbyrja var í fæðingu inni á stofu 1, sem var innsta stofan á ganginum. Mig vantaði einhver skjöl sem ég vissi að voru frammi á yfir-

læknisherbergi í nokkurri fjarlægð frá vakt-herberginu og fór til að ná í þau. Þegar ég kom fram á ganginn sá ég að bjölluljós lýsti á stofu 1. Þar sem ég vissi að aðrar ljósmæður á vakt voru ekki bundnar yfir fæðingu og ættu alveg að hafa tíma til að sinna bjöllum, hélt ég mínu striki í pappírsvinnunni.

Þegar ég kom til baka frá yfirlæknisherberginu sá ég að bjallan lýsti enn. Ég varð satt að segja hálf ergileg yfir þessu, fannst að hinar hefðu átt að svara hringingunni þó ég sæi reyndar enga á ganginum þessa stundina. Ég fór því inn á stofuna, þau voru tvö hjá konunni, ljósmóðir og aðstoðarlæknir, höfuð barnsins var fætt en stóð á öxlum. Konan var í venjulegu legurúmi og þarna var eins og við öll hugsuðum sem einn maður, án þess að skiptast á orðum tókum við læknið undir hné og axlir konunnar og komum henni í snarheitum þversum í rúmið. Barnið fæddist ljúflega og allt framhald gekk eðlilega.

Ég varð alveg hrikalega sneypst eftir þessa

fæðingu. Fannst alveg hræðilegt að ég skildi ekki hafa svarað bjöllumni strax þegar ég sá hana lýsa. Hafði að vísu ekki heyrt neitt hljóð, en það gat verið eðlilegt af því ég var niðursokkin í annað. Ég bað ljósmóðurina innilega afsökunar á þessu kæruleysi. Hún leit á mig með undrunarsvip og sagði: „Ég hringdi ekki neitt, ég ÆTLAÐI að fara að biðja lækinn að hringja“.

Þess má geta að ekki var hægt að reka sig í bjölluna og hringja þannig í ógáti. Þarna hagaði svo til að það þurfti að teygja sig í bjölluþreng aftan við höfðagafl rúmsins til að hringja bjöllumni.

Nú er vel hugsanlegt að barnið hefði fæðst vandræðalaust þó viðbótar hjálp hefði ekki borist.

Ég hef þó kosið að hafa þá skoðun að einhver „hulin hönd“ hafi álitnið heppilegt að grípa inn í - eða verið að minna á ósýnilega hjálp.

María Björnsdóttir.

Traustur sjóður, örugg samfylgd

Hlutverk LSR er að taka á mót iðgjöldum sjóðfélaga og ávaxta þau í sameiginlegum sjóði til að greiða elli-, örorku-, maka- og barnalífeyri.

Séreign LSR tekur við frjálsum viðbótarsparnaði sjóðfélaga. Hvort sem þú greiðir í A- eða B-deild LSR ætti framlag í Séreign LSR að vera eðlileg viðbót.

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

www.lsr.is



Bankastræti 7 · 101 Reykjavík
Sími: 510 6100 · Fax: 510 6150
sereign@lsr.is · www.lsr.is