

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

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

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

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

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

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

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

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

Styrkleikar og takmarkanir rannsókna

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

Hagnýting fyrir ljósmóðurfræði

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

ÞAKKIR

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

MILT
HREIN TILVERA

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

ÁN OFNÆMIS-VALDANDI EFNA
Með því að nota mild þvottaefni eins og MILT, dregru þú úr líkum á því að þú eða einhverjir í þinni fjölskyldu fái ofnæmi eða exem.

FARÐU MILDUM HÖNDUM UM ÞIG, ÞVOTTINN OG UMHVÆRÐI

Hauksdóttir, Guðlaugu Pálsdóttir og Hrafnhildr Ólafsdóttir fyrir að lesa yfir spurningalista. Evu Rut Guðmundsdóttir þökkum við fyrir aðstoð við forprófun og framkvæmd spurningalista kúmmarinnar og Guðrúnu Sigríði Ólafsdóttur fyrir innslátt gagna. Að lokum fær Guðrún Bergþóra Tryggvadóttir þakkir fyrir tölfraeðilega ráðgjöf. Rannsóknin var styrkt af Rannsóknar- og þróunarjói Ljósmaðrafélags Íslands og Vísindasjóði Landspítala.

HEIMILDIR

Adeyewa, A., Ologun, Y. og Ibigbami, O. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: Prevalence and risk factors. *RJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 11(3), 284-288.

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

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

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

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

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

Bjma Ólafsdóttir, Guðlaugu Pálsdóttir, Hrafnhildr Ólafsdóttir, Jóhanna V. Hauksdóttir og Valgerður Lísa Sigrúardóttir (2015). Ljáu mér eyra 15 ára: Lítið um óxl. *Ljósmaðrablaðið*, 93(2), 28-29.

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

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

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

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

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

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

Emhetti landleknis. (2010). *Klínískar leiðbeiningar um meðgönguvernheilbrigðisra kvenna í eðlilegri meðgöngu*. Sótt 25. ágúst 2017 af <http://www.landleknir.is/servelet/file/store93/item2548/4407.pdf>

Eva Rut Guðmundsdóttir, (2011). *Ljáu mér eyra – mat á hjónastu. Forprófun spurningalista*. Óbirt lokaverkefni til embettisprófs í ljósmaðurfræði. Háskóli Íslands.

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

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

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

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

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

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

Hagstoða Íslands. (2014). *Landslagur 2014*.

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

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

Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (e.d.). *Séðsveig Þórðardóttir: Lætur af sörfömu*.

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

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

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

Lugna fjölskyldumögð (e.d.). *Um Soffiu*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sara Björk Hauksdóttir (2005). *Fæðingaráttin*. Óbirt lokaverkefni til embettisprófs í ljósmaðurfræði. Háskóli Íslands.

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

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

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

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

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

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

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

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

Werner, A. (2006). Aunoraværksambeten. Í *Fæðingarskráningu*, rapport nr 51. SFOG, ISSN 1100-438X. SFOG Svensk Förening for Obstetrik och Gynecologi.

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



LJÓSMÆÐRADAGURINN Á ALPJÓÐADEGI LJÓSMÆÐRA

RÁÐSTEFNA Á AKUREYRI 5. MAÍ 2018

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

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

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

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

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

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

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

Fyrir hönd undirbúningsnefndar
Sigríður Inga Karlsdóttir, ljósmóðir

Við erum leiðandi í hugbúnaði fyrir heilbrigðiskerfið

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

