

NEMAUVERKEFNI

Hótandi fyrirburafæðing

Fæðingarsaga

Á sumar og haustmisseri vinna nemendur á öðru ári í ljósmóðurfræði svokölluð dagbókarverkefni. Markmiðið er að ígrunda eigin störf og þá umönnun sem þær veita í samráði við umsjónarljósmæður. Sögð er saga úr klínísku starfi og síðan er umönnun skoðuð út frá gagnreyndri þekkingu og reynslupekkingu. Verkefnið eru lærdómsrík á margan hátt því þarna gefst kostur á að ígrunda áhugaverð tilfelli úr starfsnáminu en einnig að kafa djúpra ofan í áhugaverða þætti sem skipta ljósmæður máli. Í þessu dagbókarverkefni er fjallað um konu sem leggst inn vegna hótandi fyrirburafæðingar. Konan hafði ekki eingöngu áhyggjur af ófæddu barni sínu og hvort það myndi koma of snemma í heiminn, hún hafði líka áhyggjur af því hvort hún hefði gert eitthvað sem hefði komið fæðingunni af stað fyrir tímann. Var eitthvað í sögu konunnar sem gaf til kynna aukna áhættu á fæðingu fyrir tímann? Getur líkamsrækt á meðgöngu aukin líkur á fyrirburafæðingu? Er rúmlega góður kostur við þessar aðstæður? Þessum spurningum og mörgum fleirum er svarað í þessu verkefni.

Anna Sigríður Vernharðsdóttir,
ljósmóðir og klínískur lektor.



Sigrún Ingvarsdóttir
Njútskrifuð ljósmóðir

hún hefði verið undir miklu álagi undanfarið, auk þess sem hún hafði áhyggjur af því að hafa farið of mikið í ræktina. Ég ræddi lengi við hana á vaktinni og bauð henni upp á viðtal við sálfræðing og félagsráðgjafa sem hún þáði. Tveim dögum síðar var ég aftur á vakt. Gunna hafði miklar áhyggjur af því að koma fæðingunni af stað ef hún hreyfði sig of mikið, hún gekk á salernið en þorði varla að fara í sturtu. Þennan dag var planið að Gunna myndi hreyfa sig meira og útskrifast heim næsta dag ef allt gengi vel. Gunna var fyrst og fremst mjög stressuð og hrædd, sérstaklega við að fara heim og vildi ekki taka neina áhættu með barnið. Fæðingarlæknir ræddi vel og lengi við Gunnu um fyrirhugaða útskrift og leið henni mun betur á eftir. Rætt var við Gunnu um áframhaldandi eftirlit eftir að hún færi heim, að hún yrði í mæðraeftirliti einu sinni í viku til að byrja með á Landspítalanum og myndi hitta fæðingarlækni og ljósmóður þar. Þegar ég kvaddi Gunnu í lok vaktar var hún sáttari og hafði minni áhyggjur af fyrirhugaðri útskrift.

FRÆÐILEG UMFJÖLLUN

Hótandi fyrirburafæðing

Fyrirburafæðing er skilgreind sem reglulegir samdrættir sem valda breytingu á leghálsi eftir 20 vikna og fyrir 37 vikna meðgöngu en tíðni fyrirburafæðinga er um 6 til 10% í iðnvæddum löndum. Fyrirburafæðing er helsta ástæða burðarmálsdauða og fötlunar barna en mesta áhættan er ef fæðing verður fyrir 34 vikna meðgöngu. Þetta ýtir undir mikilvægi þess að veita meðferð sem miðar að því að lengja tímann

fyrir fóstrið í móðurkviði svo framarlega sem ávinningurinn er meiri en áhættan. Ef ástand á meðgöngu skapast sem getur leitt til fyrirburafæðingar fer meðferð eftir meðgöngulengd og alvarleika (Gilbert, 2011; Lindsay, 2004).

Greining og meðferð

Ef kona kemur inn á fæðingardeild með reglulega samdrætti þarf að staðfesta hvort hún er komin í byrjandi fæðingu. Fæðing telst vera komin af stað ef samdrættir eru fleiri en fjórir á hverjum 20 mínútum, ef útvíkkun er orðin meiri en 2 cm og ef leghálsinn hefur þynnst um 80% eða meira. Til af fá greininguna hótandi fyrirburafæðing þarf því bæði að vera breyting á leghálsi og reglulegir samdrættir. Ef meðgangan er komin lengra en 34 vikur er ekkert gert til að stoppa fæðinguna þar sem flestum börnum sem fæðast eftir 34 vikna meðgöngu farnast vel. Ef móðirin er aftur á móti gengin styttra en 34 vikur eru gefin lyf til að minnka samdrætti svo framarlega sem meiri ávinningur er af lengri meðgöngu fremur en fæðingu fyrir móður og barn (Gilbert, 2011; Medforth, Battersby, Evans, Marsh og Walker, 2009; Lindsay, 2004).

Markmið meðferðar við hótandi fyrirburafæðingu er að fresta yfirvofandi fæðingu til skemmri tíma með því að nota hriðahamlandi lyf. Tilgangur meðferðar er að fresta fæðingu í 48 klukkustundir til að sem bestur árangur náist af sterameðferð. Barksterar eru gefnir í tvo daga til örvunar lungnaþroska barnsins en notkun stera lækkar burðarmálsdauða, dregur úr líkum á glærhimmusjúkdómi og heilablæðingu fyrirbura. Að auki eru veitt GBS fyrirbyggjandi meðferð með sýklalyfjum (Hildur Harðardóttir, Ágústa Þ. Kristjansdóttir, Bergún S. Jónsdóttir og Ragnheiður I. Bjarnadóttir, 2003).

Áður fyrr var rúmlega helsta meðferðin til að koma í veg fyrir fæðingu fyrir tímann en síðustu ár hefur verið aukin umræða um neikvæðar aukaverkanir rúmlegru á andlega og líkamlega heilsu móður. Þær neikvæðu aukaverkanir sem nefndar hafa verið eru til dæmis rýrnun á þverrákóttum vöðvum, úrkölkun beina, vökvatap, þyngdartap, aukin hætta á blóðtappa, auk þess sem rúmlega hefur neikvæð áhrif á andlega líðan og bati eftir fæðingu verður lengri (Maloni, 2010; Lindsay, 2004; Tomasi og Johnson, 2001). Í fræðilegri samantekt Maloni

INNGANGUR

Í verknámi mínu á meðgöngu- og sængurkvennadeild (22A) sinnti ég konu í hótandi fyrirburafæðingu. Konan verður kölluð Gunna í þessari umfjöllun en hún var 29 ára frumbyrja og var innliggjandi á 22A vegna hótandi fyrirburafæðingar. Þegar Gunna var gengin 15 vikur hittu hún fæðingarlækni vegna keiluskurðar sem hún fór í árið 2006 en þá var leghálsinn 20 mm og lokaður. Tekið var vaginal stök hjá Gunnu þegar hún lagðist inn og ræktaðist GBS úr strokinu. Gunna fékk stera og tractocildreypi ásamt sýklalyfjameðferð þegar hún lagðist inn á fæðingargang en þá var hún gengin 24 vikur og 4 daga. Legháls var mældur við 25 vikur og var 11 mm þegar þrýst var á hann en annars 20 mm.

Þegar ég hittu Gunnu fyrst var hún gengin 25 vikur og 3 daga, hún var á rúmlegu með wc-leyfi og hafði verið með staka samdrætti í nokkra daga. Gunna hafði miklar áhyggjur af heilsu ófædds barns síns auk þess sem hún og maður hennar höfðu fjárhagslegar áhyggjur þar sem innlögn Gunnu olli talsverðu vinnutapi. Gunna var mikið að velta fyrir sér hvort hún hefði gert eitthvað til að koma fæðingunni af stað. Hún talaði um að

(2010) kom fram að rúmlega hefur veruleg áhrif á þyngdaraukningu móður og einnig hugsanlega á fæðingarþyngd barnsins. Þyngdaraukning á meðgöngu var minni hjá þeim konum sem voru á rúmlegu auk þess sem nokkrar rannsóknir sýndu fram á auknar líkur á vaxtarskerðingu hjá barninu. Tomasi og Johnson (2001) skoðuðu áhrif rúmlegru á meðgöngu á líðan fjölskyldunnar. Þátttakendur voru 89 konur sem voru á rúmlegu á meðgöngunni annaðhvort á sjúkrahúsi eða heima. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar upplifði fjölskyldan mikinn kvíða varðandi heilsu móðurinnar og ófædda barnsins. Auk þess fylgdu rúmlegunni fjárhagslegar áhyggjur þar sem fjölskyldan þurfti yfirleitt að minnka við sig vinnu. Sá stuðningur sem fjölskyldunni var mikilvægastur var tilfinningalegur stuðningur en mikil hjálp getur verið í því að bjóða til dæmis upp á viðtal við sálfræðing eða félagsráðgjafa á meðgöngunni fyrir konur í hótandi fyrirburafæðingu.

Hatch, Levin, Shu og Susser (1998) skoðuðu áhrif hreyfingar á hættu á fæðingu fyrir tímann en niðurstöður þeirra sýndu ekki fram á tengsl milli mikillar þjálfunar á meðgöngu og fæðingu fyrir tímann. Svipaðar niðurstöður komu fram í rannsókn Evenson, Siega-Riz, Savitz, Leiferman og Thorp (2002) en þar kom fram minni hættu á fæðingu fyrir tímann ef konan var í mikilli þjálfun á meðgöngu.

Áhættuþættir og orsakir fyrirburafæðingar

Ástæður fyrirvaralausrar fæðingar fyrir tímann eru að mestu óþekktar en helstu þættir sem nefndir hafa verið sem áhættuþættir eru fyrri saga um fæðingu fyrir tímann, fjölbura-meðganga, svartur kynþáttur, sýking, streita, lágt BMI, blóðþurrð í fylgju og líffræðilegir þættir varðandi leg og legháls (Gilbert, 2011; Medfortho. fl., 2009; Goldenberg, Culhane, Iams og Romero, 2008; Lindsay, 2004).

Sýking

Sýking getur aukið líkur á fæðingu fyrir tímann en talið er að sýking í legi valdi um 25% til 40% allra fæðinga fyrir tímann. Inneitur baktería getur örvað losun á prostaglandíni en prostaglandín myndir og styttr leghálsinn. Sýking getur verið milli vefja móður og fósturbelgja, milli belgja fósturs, í fylgju, í legvatni, í naflastreng eða hjá fósturinu sjálfu (Gilbert, 2011; Goldenberg o.fl., 2008; Franklin, 2000).

Vanhæfni í leghálsi

Leghálsinn er aðallega samsettur úr bandvef sem heldur leghálsinum sterkum og kemur í veg fyrir breytingu á honum á meðgöngu. Eðlileg lengd á leghálsinum miðað við meðgöngulengd er 35 til 40 mm við 14 til 22 vikna meðgöngu, 35 mm við 24 til 28 vikna meðgöngu og 30 mm að lengd eftir 32 vikna meðgöngu (Gilbert, 2011). Sónarskoðun til að mæla lengd legháls er

talin nákvæm aðferð til að meta konur sem eiga á hættu að fæða fyrir tímann samkvæmt Lindsay (2004). Legháls sem er styttri en 15 mm milli 22 til 24 viku gefur til kynna aukna hættu á fyrirburafæðingu (Gilbert, 2011). Rannsókn Iams og fleiri (1996) sýndi einnig fram á að aukin hættu var á fæðingu fyrir tímann eftir því sem leghálsinn var styttri.

Áhrif prógesteróns meðferðar um leggöng á fyrirvaralausa fæðingu fyrir tímann voru skoðuð í breskri rannsókn. Rannsóknin fór fram frá september 2003 til maí 2006. Allar konur sem gengu með einbura eða tvíbura og fóru í reglubundna sónarskoðun við 20 til 25 vikna meðgöngu var boðið upp á leggngasónar til að meta lengd leghálsins. Mæld var legháls lengd með leggngasónar við 20 til 25 vikna meðgöngu hjá 24.620 konum. Hjá 413 konum eða 1,7% var leghálsinn 15 mm að lengd eða styttri. Af þeim 413 konum sem voru með stuttan legháls samþykktu 250 konur að taka þátt í rannsókninni. Þátttakendum var raðað tilviljanakennt í tvo hópa, annar hópurinn fékk 200 mg af prógesteróni um leggöng en hinn lyfleysu á hverju kvöldi frá 24. viku til 34. viku meðgöngu. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að sjálfkrafa sótt fyrir 34. vikna meðgöngu var sjaldgæfari hjá hópnum sem fékk prógesterón um leggöng en þeim sem fékk lyfleysu, sjálfkrafa sótt fyrir 34. vikna meðgöngu var 19,2% hjá hópnum sem fékk prógesterón meðferð samanborið við 34,4% hjá hópnum sem fékk lyfleysu. Engar alvarlegar aukaverkanir komu fram hjá hópnum og enginn munur var á aukaverkunum milli hópanna. Helstu niðurstöður rannsóknarinnar eru að meðferð með prógesteróni frá 24 vikna til 34 vikna meðgöngu minnkar líkur á sjálfkrafa sótt fyrir 34 vikna meðgöngu hjá þeim konum sem eru með stuttan legháls (Fonseca, Celik, Parra, Singh og Nicolaides, 2007).

Áhrif keiluskurðar á meðgöngu og fæðingu voru skoðuð í finnskri rannsókn. Skoðuð voru gögn frá 25.827 konum á aldrinum 15 til 49 ára sem höfðu farið í keiluskurð á árunum 1986 til 2003. Útkoma fæðingar hjá þessum hóp frá árinu 1987 til ársins 2004 var skoðuð í samanburði við fæðingar hjá konum á sama tímabili sem ekki höfðu farið í keiluskurð. Tíðni fyrirburafæðinga var skoðuð, léttburafæðinga og burðarmálsdauða. Niðurstöðurnar sýndu aukna hættu á fæðingu fyrir tímann eftir keiluskurð, áhættan jókst sérstaklega á fæðingu mikið fyrir tímann eða við 28 til 31 vikna meðgöngu og fyrir 28 vikna meðgöngu (Jakobsson, Gissler, Sainio, Paavonen og Tapper, 2007).

Streita

Streita getur valdið losun og myndun ákveðinna próteina og hormóna sem örva framleiðslu prostaglandíns og valda aukningu á oxytocin og prostaglandín viðtökum og eykur þannig líkur á að fæðing fari af stað fyrir tímann (Gilbert, 2011).

Cooper og fleiri (1996) skoðuðu hvort tengsl væru á milli bágrar sálfélagslegrar stöðu og fæðingar fyrir tímann, vaxtarskerðingar og lágrar fæðingarþyngdar. Kvíði, streita, sjálfsálit, völd og þunglyndi var metið hjá 2.593 barnshafandi konum við 25 til 29 vikna meðgöngu. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar voru aðeins marktæk tengsl milli streitu og fyrirvaralausrar fæðingar fyrir tímann og lágrar fæðingarþyngdar. Streita veldur losun á katekóláminum en katekólámin valda æðsamdrætti og þar af leiðandi getur orðið skortur á súrefnisflæði til fóstursins. Skert blóðflæði til fylgju getur valdið losun á corticotrophin-releasing hormone (CRH) sem getur orsakað fæðingu fyrir tímann (Cooper o.fl., 1996; Gilbert, 2011). Mjög mikilvægt er að fræða barnshafandi konur um áhrif streitu á meðgöngu, ræða um tengsl streitu við fæðingu fyrir tímann og um aðferðir sem hægt er að nota til að minnka streitu.

SAMANTEKT

Hér að framan var sagt frá frumbyrju í hótandi fyrirburafæðingu, í fræðilegri umfjöllun var greining og meðferð við hótandi fyrirburafæðingu og helstu áhættuþættir skoðaðir. Mig langaði að skoða hvort það væri eitthvað í sögu Gunnu sem yki hættuna á fæðingu fyrir tímann. Hún hafði miklar áhyggjur af heilsu ófædds barns síns og velti því mikið fyrir sér hvort hún hefði gert eitthvað til að koma fæðingunni af stað. Hún sagðist hafa verið undir miklu álagi í einhvern tíma og hafði áhyggjur af því að hún hefði farið of mikið í ræktina.

Gunna fór í keiluskurð árið 2006 en samkvæmt rannsóknnum eru tengsl á milli keiluskurðar og fæðingar fyrir tímann (Jakobsson o.fl., 2007). Tekið var vaginal strok hjá Gunnu þegar hún lagðist inn og kom í ljós að hún var með GBS-sýkingu. Sýking getur aukið líkur á fæðingu fyrir tímann en talið er að sýking í legi valdi um 25% til 40% allra fyrirburafæðinga (Goldenberg o.fl., 2008).

Gunna þorði lítið að hreyfa sig á meðan hún var innliggjandi á 22A, hún var mjög hrædd um að koma fæðingunni af stað. Hún gekk á salernið en sagðist varla þora að fara í sturtu. Eftir gott samtal við ljósmóður og fæðingarlækni sem útskýrði mikilvægi þess að hafa jafnvægi milli hreyfingar og hvíldar leið Gunnu betur. Talað var um þá áhættuþætti sem fylgdu algjörri rúmlegu eins og til dæmis blóðtappa og að mikilvægt væri að hlusta á líkamann. Áður fyrir var rúmlega helsta meðferðin til að koma í veg fyrir fæðingu fyrir tímann en síðustu ár hefur verið aukin umræða um neikvæðar aukaverkanir rúmlegru á andlega og líkamlega heilsu móður (Maloni, 2010; Lindsay, 2004; Tomasi og Johnson, 2001).

Gunna var mjög upptekin af því að finna ástæðu þess að fæðingin fór af stað svona mikið fyrir tímann, hún hafði verið mikið í

ræktinni, eins og áður sagði, en þó eins og hún var von fyrir fæðingu og hafði áhyggjur af því að þessi mikla hreyfing hefði komið fæðingunni af stað. Ég ræddi við Gunnu um að hreyfing á meðgöngu væri af hinu góða en rannsóknir sýna einmitt að mikil hjálfun á meðgöngu auki ekki hættu á fyrirburafæðingu, þvert á móti minnkar mikil hjálfun á meðgöngu líkur á að fæðing fari af stað fyrir tímann (Evenson o.fl., 2002; Hatch o.fl., 1998).

Gunna talaði um að hún hefði verið undir miklu álagi upp á síðkastið, mikið hefði verið að gera í skólanum og hún hafi fundið fyrir töluverðri streitu. Við ræddum saman um mikilvægi þess að minnka álagið og hvaða bjargráð hún hefði til að minnka streituna. Gunna fékk viðtal bæði við sálfræðing og félagsráðgjafa sem henni fannst hjálpa mikið. Samkvæmt niðurstöðum Cooper og fleiri (1996) voru marktæk tengsl milli streitu og fyrirvaralausrar fæðingar fyrir tímann og lágrar fæðingarþyngdar. Mjög mikilvægt er að fræða bamshafandi konur/almennung um áhrif streitu á meðgöngu, ræða um tengsl streitu við fæðingu fyrir tímann og um aðferðir sem hægt er að nota til að minnka hana.

Þeir áhættuþættir sem Gunna hafði var keiluskurður og sýking á meðgöngu, auk þess hafði hún verið undir miklu álagi í nokkrar vikur en tengsl eru á milli streitu og fæðingar fyrir tímann. Það sem Gunna þurfti mest á að halda var andlegur stuðningur og fræðsla. Hún átti gott samtal bæði við mig og fæðingarlækni sem henni fannst hjálpa mikið. Auk þess var henni boðið upp á viðtal við sálfræðing og félagsráðgjafa sem hún var mjög ánægð með. Í tilfalli Gunnu finnst mér hafa verið vel staðið að umönnun hennar, hún fékk góða fræðslu og andlegan stuðning sem skiptir miklu máli. Ég lærði mikið á að vinna þetta verkefni og vona að það muni hjálpa mér að sinna konum í hótandi fyrirburafæðingu eftir bestu getu.

Heimildaskrá

- Copper, R. L. o.fl. (1996). The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175(5), 1286-1292.
- Evenson, K. R., Siega-Riz, A. M., Savitz, D. A., Leiferman, J. A. og Thorp, J. M. (2002). Vigorous leisure activity and pregnancy outcome. *Epidemiology*, 13(6), 653-659.
- Fonseca, E. B., Celik, E., Parra, M., Singh, M. og

- Nicolaidis, K. H. (2007). Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *The New England Journal of Medicine*, 357(5), 462-469.
- Gilbert, E. S. (2011). Manual of high risk pregnancy and delivery (5. útgáfa). United States of America: Mosby Elsevier
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D. og Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, 371, 75-84.
- Hatch, M., Levin, B., Shu, X. og Susser, M. (1998). Maternal leisure-time exercise and timely delivery. *American Journal of Public Health*, 88(10), 1528-1533.
- Hildur Harðardóttir, Ágústa Kristjánsdóttir, Bergún Jónsdóttir og Ragnheiður Bjarnadóttir. (2003). Verklagsregla 15.13. Yfirvofandi fyrirburafæðing.
- Iams, J. D. o.fl. (1996). The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. *The New England Journal of Medicine*, 334(9), 567-572.
- Jakobsson, M., Gissler, M., Sainio, S., Paavonen, J. og Tapper, A. M. (2007). Preterm delivery after surgical treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstetrics and Gynecology*, 109(2), 309-313.
- Lindsay, P. (2004). Preterm Labour. Í Henderson, C. og Macdonald, S. (ritstjóri). *Mayes' Midwifery*, a textbook for midwives (bls. 853-861). Edinburgh: Baillière Tindall.
- Maloni, J. A. (2010). Antepartum bed rest for pregnancy complications: Efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing*, 12(2), 106-124.
- Medforth, J., Battersby, S., Evans, M., Marsh, B. og Walker, A. (2006). *Oxford handbook of midwifery*. New York: Oxford University Press.

Fyrsta úthlutun úr Minningarsjóði Bjargar Magnúsdóttur Ljós móður og Magnúsar Jónassonar bónda



Helga Gottfredsdóttir, Marga Thome, Sigfríður Inga Karlsdóttir og Berglind Hálfðánsdóttir

Þann 18. apríl síðastliðinn var í fyrsta sinn úthlutað úr Minningarsjóði Bjargar Magnúsdóttur Ljós móður og Magnúsar Jónassonar bónda. Sjóðurinn var stofnaður samkvæmt fyrirætlum í erfðaskrá Soffíu Þuríðar Magnúsdóttur sem lést 2001 og var dóttir hjónanna sem sjóðurinn er kenndur við. Markmið með stofnun sjóðsins er að styrkja hjúkrunarfræðinga og ljósmæður til framhaldsnáms – en úr hópi hjúkrunarfræðinga skulu þær er hyggja á framhaldsnám í ljósmóðurfræðum hafa forgang umfram aðra hjúkrunarfræðinga eins og segir í skipulagsskrá fyrir sjóðinn.

Stjórn sjóðsins setti fram viðmið við mat á umsóknum í sjóðinn þar sem sérstaklega er tekið tillit til þess sem segir í skipulagsskrá, það er að styrkþegar stundi framhaldsnám í ljósmóðurfræðum.

Þær ljósmæður sem nú hlutu styrk eru Berglind Hálfðánsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir. Fyrri styrkþeginn, Berglind Hálfðánsdóttir, hlýtur styrk fyrir verkefni sem ber heitið

Heimafæðingar á Íslandi: Útkoma og áhrifspættir. Þetta efni er með því umdeildasta sem hugsast getur innan þessara fræða og þar sem heimafæðingar hafa verið að sækja í sig veðrið er áhugavert að taka það viðfangsefni fyrir í doktorsritgerð.

Sigfríður Inga Karlsdóttir fær styrk fyrir verkefni sitt sem nefnist: Væntingar og upplifun kvenna af fæðingu með áherslu á sársauka og sársaukameðferð. Það er áhugavert efni þar sem verkjameðferð kvenna er í raun inntak umönnunar ljósmæðra sem taka á móti börnum. Einnig er efnið mikilvægt þeim ljósmæðrum sem veita konum fræðslu og upplýsingar á meðgöngu til að búa þær sem best undir fæðinguna.

Saga ljósmæðramenntunar er löng – en á síðasta ári voru 250 ár frá því að skipulögð kennsla ljósmæðra hófst hér á landi og í ár eru 100 ár liðin frá því að Yfirsetukvennaskólinn, seinna Ljósmæðraskóli Íslands, var stofnaður. Það er þó ekki fyrr en 1991 sem fyrsta greinin um rannsóknir í ljósmóðurfræðum er skrifuð í Ljósmæðrablaðið. Þá grein skrifaði Marga Thome sem hefur komið að uppbyggingu fagsins beint og óbeint frá því hún hóf að kenna hjúkrun við Háskóla Íslands. Tilefni greinar Mörgu var að segja frá því að þetta sama ár hafi í fyrsta sinn verið haldin ráðstefna norræna ljósmæðra um rannsóknir í ljósmóðurstarfi.

Þó að ekki séu liðin nema 21 ár síðan þetta var skrifað í Ljósmæðrablaðið hefur mikið áunnist, það er rannsóknir ljósmæðra hafa eflst sem gerist fyrst og fremst með bættri menntun og því að fleiri ljúka doktorsnámi í greininni. Nú er grunnnám ljósmæðra öflugt innan Háskóla Íslands og töluvert hefur áunnist í þróun framhaldsnáms ljósmæðra. Þessi tvö doktorsverkefni sem hlutu styrk eru því mikilvægt innlegg í áframhaldandi þekkingarþróun í ljósmóðurfræði.

Helga Gottfredsdóttir,
námsbrautarstjóri í ljósmóðurfræði