Óhefðbundnar meðferðir á meðgöngu:
Viðhorf og notkun meðal ljósmæðra í meðgönguvernd

MARGRÉT UNNUR SIGTRYGGSDÓTTIR

LOKAVERKEFNI TIL KANDÍDATSPRÓFS
Í LJÓSMÓÐURFRÆÐI (12 EININGAR)

LEIÐBEINANDI: DR. HELGA GOTTFREÐSDÓTTIR

JÚNÍ 2012

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD
HÁSKÓLI ÍSLANDS

Þakkarorð

Ég vil koma á framfæri þökkum til allra þeirra sem sýndu mér stuðning í ljósmóðurnáminu. Fjölskyldu minni vil ég sérstaklega þakka skilning, stuðning og þolinmæði. Leiðbeinanda mínum Helgu Gottfreðsdóttur vil ég þakka ómetanlega aðstoð við gerð þessarar ritgerðar. Einnig vil ég þakka ljósmæðrunum fimm sem ég tók viðtölin við, með þeirra aðstoð varð verkefnið að veruleika. Síðast en ekki síst vil ég þakka vinkonum mínum Áslaugu Önnu Kristinsdóttur, Kristrúnu Heiðu Hauksdóttur og Soffíu Sveinsdóttur fyrir dýrmæta aðstoð við yfirlestur verkefnisins.

Útdráttur

Vísbendingar eru um aukna notkun óhefðbundinna meðferða svo sem nálastungu-meðferðar, nudds og jóga hjá barnshafandi konum. Tilgangur þessarar eigindlegu rannsóknar var að skoða viðhorf og notkun á óhefðbundnum meðferðum meðal ljósmæðra í meðgönguvernd og kanna hvað þær ráðleggja skjólstæðingum sínum. Markmið rannsakanda var að öðlast dýpri skilning á hvernig ljósmæður í meðgönguvernd hafa aðlagast breyttum áherslum barnshafandi kvenna sem vilja í auknu mæli nota óhefðbundnar meðferðir á meðgöngu og í fæðingu.

Tekin voru einstaklingsviðtöl við fimm ljósmæður sem starfa við meðgönguvernd til að kanna viðhorf þeirra, notkun og ráðleggingar á óhefðbundunum meðferðum fyrir barnshafandi konur.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að viðhorf ljósmæðranna voru jákvæð, notkun og ráðleggingar á óhefðbundunum meðferðum var mikil og þeim fannst árangurinn almennt góður. Ólík viðhorf lækna í starfsumhverfi þeirra þótti ekki truflandi en alhliða einföldun í klínískum leiðbeiningum í meðgönguvernd fannst þeim neikvæð og hamlandi. Þær vildu allar sjá meiri notkun óhefðbundinna meðferða fyrir barnshafandi konur.

Meðganga felur í sér margþættar breytingar á andlegri og líkamlegri líðan kvenna. Samkvæmt rannsóknum sækir meirihluti barnshafandi kvenna í óhefðbundnar lækningar til að fyrirbyggja eða milda meðgöngutengda kvilla. Þekking og viðhorf ljósmæðra þurfa að þróast í takt við breyttar áherslur.

Lykilorð: óhefðbundnar meðferðir, meðganga, viðhorf, notkun, gagnsemi

Abstract

In the last decades there has been a considerable increase in the use of complentary therapies such as acupuncture, massage and yoga among childbearing women. The purpose of this study was to explore the attitudes and use of complimentary therapies among Icelandic midwives and what they recommend for women during pregnancy and birth.

The aim was to gain an understanding of how midwives have adapted to different preferences that pregnant women have by wanting increasingly to use complementary therapies during pregnancy and birth. Interviews were conducted among five midwives which provide care to pregnant women, and their attitudes, use and advice on complementary therapies for pregnant women were explored.

Findings showed that the attitude of midwifes toward complementary therapies was positive. They all used acupuncture and adviced the use of various other complementary therapies to pregnant women with good results. Different attitude shown by physicans was not experienced as an inhibiting factor. Overall simplification in clinical guidelines was found to be both negative and discouraging. The subjects all wanted to see greater use of complementary therapies for pregnant women in the Icelandic health system.

Pregnancy involves complex changes and affects both mental and physical well-being. According to studies majority of pregnant women use complementary therapies to prevent or reduce pregnancy-related symptoms. Knowledge and attitudes of midwives needs to evolve in line with that development.

Keywords: complementary and alternative therapies, pregnancy, attitudes, usage, effect

Efnisyfirlit

Þakkarorð iv

Útdráttur v

Abstract vi

Efnisyfirlit vii

Listi yfir myndir x

Listi yfir töflur x

Inngangur 1

Fræðileg umfjöllun 4

Óhefðbundnar meðferðir 4

Nudd 5

Ilmkjarnaolíumeðferð 6

Osteópatía 7

Náttúrulyf 8

Svæðameðferð 9

Nálastungumeðferð 10

Jóga 11

Viðhorf og notkun óhefðbundinna meðferða hjá heilbrigðisstarfsmönnum 12

Notkun óhefðbundinna meðferða á meðgöngu 17

Verkir í mjóbaki og mjaðmagrind 17

Ógleði og uppköst 22

Kvíði 26

Þunglyndi 28

Bjúgur 33

Aðferðafræði 35

Tilgangur 35

Rannsóknaraðferð 35

Úrtak 36

Gagnagreining 37

Niðurstöður úr einstaklingsviðtölum 39

Þekking og jákvæð viðhorf 39

Góður árangur 40

Fjölbreytileiki 42

Umhverfi og tímaskortur 43

Sjálfstæði.....43

Neikvæð áhrif klínískra leiðbeininga.....44

Umræður.....45

Niðurstöður og samanburður við fyrri rannsóknir.....45

Lokaorð.....50

Framtíðarsýn.....51

Heimildaskrá.....52

Viðauki I.....65

Listi yfir myndir

Mynd 1 : Staðsetning P6 nálastungupunkts. 25

Mynd 2 : Áhrif nálastungumeðferðar á einkenni þunglyndis. 32

Listi yfir töflur

Tafla 1 : Skor milli hópa í kvíða, streitu og hæfileikanum til að slaka á. 28

Tafla 2. Meðaltal meðgöngulengdar og fæðingarþyngdar. 31

Tafla 3. Skor milli hópa í þunglyndi, kvíða, reiði, bakverk og verk í fótum. 31

Inngangur

Óhefðbundnar meðferðir til heilsueflingar hafa notið mikilla vinsælda hérlendis, ekki síst síðastliðinn áratug en sem dæmi um slíkar meðferðir má nefna nudd, nálastungur, jóga og notkun náttúrulyfja. Samkvæmt íslenskri rannsókn var 6% aukning á notkun slíkra meðferða á árunum 1998 - 2006. Fram kom í landskönnun frá 1998 að 23,6% fullorðinna Íslendinga höfðu notað óhefðbundna meðferð á síðastliðnum 12 mánuðum og í sambærilegri könnun árið 2006 var notkunin orðin tæp 32%. Konur voru líklegri en karlar til að nota slíka þjónustu, en 41% kvenna í úrtakinu höfðu nýtt sér óhefðbundna meðferð á síðastliðnum 12 mánuðum á móti 21% karla. Aukin menntun, hærri tekjur, aukin líkamleg vanlíðan og reiði voru þættir sem juku líkurnar á að þátttakendur í fyrrgreindri rannsókn leituðu til meðferða-aðila sem störfuðu utan heilbrigðiskerfisins (Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2010).

Meðganga felur í sér ýmsar breytingar á líkamsstarfsemi og almennri líðan barnshafandi kvenna. Einkennin tengjast flest blóðrásar-, stoð- og meltingarkerfum. Misjafnt er milli kyn-slóða og menningaheima hvernig konur takast á við meðgöngukvilla en í flestum vestrænum ríkjum eru þeir taldir óvinsælir, valda vanlíðan og auka streitu (Grigg, 2006). Almennt nota konur frekar óhefðbundnar meðferðir en karlmenn og því kemur ekki á óvart að um 60-70% þungaðra kvenna noti slíkar meðferðir á meðgöngu. Umræðan um náttúru-legar aðferðir og minni tæknivædd inngrip í barneignaferlið er áberandi hjá stórum hópi barnshafandi kvenna. Í ástralskri rannsókn kom í ljós að margar barnshafandi konur kusu að nota náttúrulegar lausnir, 73% þungaðra kvenna hafði nýtt sér óhefðbundnar meðferðir fyrir þungun og 40% þeirra héldu áfram notkun á meðgöngu en aðeins 6% notaði ávísuð lyf frá lækni. Þetta gefur vísbendingu um að þungaðar konur kjósa frekar að nota náttúrulegar lausnir til að takast á við

einkenni sem valda vanlíðan. Sömu niðurstöður hafa komið fram í rannsóknum á Vesturlöndum (Evans, 2009; Skouteris o.fl., 2008).

Í ljósmóðurfræði hefur áhersla á notkun óhefðbundinna meðferða aukist mjög vegna óska barnshafandi kvenna enda hefur komið í ljós að konur upplifa frekar að þær hafi stjórn á heilsu sinni og ófædds barns síns með notkun slíkra meðferða. Að auki læra þær betur að þekkja eigin líkama sem veitir betri innsýn í hið heildræna ferli sem meðganga og fæðing barns er. Barnshafandi konur kjósa einkum að nota óhefðbundnar meðferðir vegna ábendinga frá ljósmæðrum og einnig vegna góðrar reynslu af þeim fyrir þungun (Kalder, Knoblauch, Hrgovic og Münstedt, 2011). Þekking og viðhorf ljósmæðra þarf að þróast í takt við breyttar áherslur verðandi mæðra (Münstedt, Brenken og Kalder, 2009; Tiran, 1996b; Williams og Mitchell, 2007). Það er mismunandi eftir löndum hvaða óhefðbundnu meðferðir barnshafandi konur nota mest. Í Þýskalandi eru til dæmis nálastungur, ilmkjarnaolíur og smáskammtalækningar mest notuðu meðferðirnar á meðgöngu og í fæðingu en í Ástralíu er algengast að barnshafandi konur fari í nudd og jóga (Münstedt, Schröter, Brüggmann, Tinneberg og von Georgi, 2009; Skouteris o.fl., 2008).

Tilgangur þessarar ritgerðar er að fjalla um viðhorf meðal ljósmæðra í meðgönguvernd gagnvart óhefðbundnum meðferðum, hvaða meðferðir eru mest notaðar og hver árangur þeirra sé. Skoðaðar eru heimildir um meðferðir eins og nudd, nálastungur, jóga, ilmkjarnaolíur, osteópatíu, svæðameðferð og náttúrulyf. Til að kynnast viðhorfum og notkun íslenskra ljósmæðra á óhefðbundnum meðferðum voru tekin viðtöl við fimm ljósmæður sem sinna meðgönguvernd. Lagt var upp með eftirfarandi spurningar: Nota ljósmæður í meðgönguvernd óhefðbundnar meðferðir? Og hvað ráðleggja þær skjólstæðingum sínum?

Höfundur ritgerðar er menntaður nuddari og hefur mikinn áhuga á öllum óhefðbundum meðferðum. Frá því hún var nemi í Nuddskóla Íslands blundaði í henni áhugi á notkun óhefðubundinna meðferða, þá sérstaklega nudds, fyrir barnshafandi konur.

Markmið rannsakanda var að sjá hvernig ljósmæður í meðgönguvernd hafa aðlagst breyttum áherslum barnshafandi kvenna sem vilja í auknum mæli nota óhefðbundnar meðferðir á meðgöngu og í fæðingu.

Vonandi mun ritgerðin nýtast öllum heilbrigðisstarfsmönnum en þó sérstaklega ljósmæðrum og barnshafandi konum.

Fræðileg umfjöllun

Óhefðbundnar meðferðir

Á Íslandi hefur á undanförnum árum verið talað um viðbótarmeðferðir í tengslum við hjúkrun. Í þessu verkefni verður hugtakið óhefðbundnar meðferðir notað því að mati rannsakanda eru meðferðirnar oftast notaðar einar og sér í ljósmóðurfræði en ekki sem viðbót við aðra meðferð.

Samkvæmt NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine) eru óhefðbundnar meðferðir margar og mismunandi. Stundum er erfitt að greina hefðbundnar og óhefðbundar meðferðir í sundur því skilin eru oft á tíðum óljós. Þeim er skipt gróflega í þrjá meginflokka:

- Náttúruafurðir (natural products). Meðferðir sem byggja á náttúrulyfjum og bætiefnum úr jurtum. Undir þennan flokk telst einnig notkun lifandi gerla (probiotics) til dæmis í mjólkuriðnaði.
- Meðferðir sem byggja á sambandi hugar og líkama (mind-body medicine). Má þar nefna hugleiðslu, jóga og nálastungur.
- Meðferðir sem byggja á að handleika líkamann (manipulative and body-based practices). Til dæmis nuddmeðferðir, osteópatía og hnykkingar.

Einnig eru aðrar meðferðir eins og þær sem byggja á hreyfingu (movement therapies), orkumeðferðir (energy fields) og meðferðir sem stuðla að líkamlegri heild **(**whole medical systems), til dæmis meðferðir byggðar á indverskri hugmyndafræði Ayurveda og kínverskum lækningum (traditional Chinese medicine) (NCCAM, 2011)**.** Meðferðirnar eiga það

sameiginlegt að stuðla að heildrænu sambandi líkama, sálar og anda. Talið er að meðferðirnar skipti hundruðum en um það bil 20 meðferðir eru mest notaðar í Evrópu. Algengustu óhefðbundnu meðferðirnar sem notaðar eru á meðgöngu og í fæðingu eru nálastungur, nudd, svæðameðferð, ilmolíumeðferð, smáskammtalækningar, shiatsu, jóga, náttúrulyf og dáleiðsla (Tiran, 2011). Í þessum kafla verður fjallað almennt um algengustu óhefðbundnu meðferðirnar sem notaðar eru af barnshafandi konum á Íslandi. Meðferðirnar sem ég fjalla um í þessum kafla eru: nudd, ilmkjarnaolíumeðferð, osteópatía, náttúrulyf, svæðameðferð, nálastungumeðferð og jóga.

Nudd

Nudd er snerting sem er veitt af umhyggju meðferðaraðilans fyrir skjólstæðingi sínum og hafa rannsóknir sýnt gagnsemi þess til að veita slökun og auka vellíðan (Ågren og Berg, 2006). Nudd hefur margþætt áhrif á heilsu okkar, örvar blóðflæði, slakar á vöðvum, örvar meltingar- og sogaæðakerfið og hvetur þannig til aukins útskilnaðar (Maxwell-Hudson, 1988). Nudd fyrir barnshafandi konur stuðlar að minni streitu, veitir slökun, lækkar blóð-þrýsting og bætir gæði svefns. Einnig er nudd talið gott til að örva útskilnað og bæta blóðrás (Tiran, 2011). Nudd er jafnframt talið bæta líkamsímynd barnshafandi kvenna og auka ánægju þeirra með líkama sinn (Tiran, 2006). Kenningar um áhrif nudds eru nokkrar og er hliðatilgátan (gate theory) ein þeirra. Hún felur í sér að verkjaskilaboð ferðist hægar og með öðrum taugaþráðum en skilaboðin sem þrýstingurinn, nuddið, kemur af stað og því komist þau skilaboð fyrr til heilans og loki hliðinu á verkjaskilaboðin (Field, 2008). Vegna þessara áhrifa er talið að nudd henti vel sem verkjastilling í fæðingu (Tiran, 2011). Önnur tilgáta um áhrif nudds er að vagal-áhrif aukist og með því minnki framleiðsla streituhormónsins kortisóls og serótónín framleiðsla eykst en serótónín virðist hafa áhrif á verkjaskynjun og

gæði svefns. Áhrifa nudds má einnig merkja í minni framleiðslu verkjaaukandi taugapeptíðs að nafni P efni (substance P) (Field, 2008). Í rannsókn sem kannaði lífeðlisleg áhrif nudds voru teknar sneiðmyndir af heila fyrir og eftir nuddtímann. Á þeim sást að blóðflæði í ákveðnum hlutum heilans jókst marktækt. Aukið blóðflæði var til möndlunnar (amygdala) og undirstúkunnar (hypothalamus) en þessir hlutar heilans hafa áhrif á þunglyndi og streitu (Ouchi, o.fl. 2006). Áhrifin af nuddinu eru jafn fjölþætt og margbreytileg eins og einstaklingarnir sem þiggja meðferðirnar. Þetta er einn af veikleikum rannsókna á áhrifum nudds því niðurstöður sýna ekki virkni þess nákvæmlega (Field, 2008). Samkvæmt íslenskri landskönnun um notkun óhefðbundinna meðferða var nudd algengasta meðferðin sem fólk sótti sér, rúmlega 19% úrtaksins nýtti sér þjónustu nuddara eða sjúkranuddara (Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2010).

Ilmkjarnaolíumeðferð

Ilmkjarnaolíur hafa verið notaðar í yfir 5000 ár en nútímalegri meðferð þeirra var fyrst lýst í Þýskalandi á 16. öld. Aðferðir með ilmkjarnaolíur hafa þróast umtalsvert og voru ilmkjarnaolíur meðal annars notaðar í fyrri heimstyrjöldinni til að græða og sótthreinsa. Meðferðin byggir á notkun ilmkjarnaolía sem eru unnar úr hinum ýmsu hlutum jurta: blómi, legg, laufum, rótum og berki. Í vestrænum löndum hafa olíurnar fremur verið notaðar í snyrtivörur en sem lyf og lagt upp með notkun þeirra sem örugga og skaðlausa, en olíurnar eru sterk efni með lyfjafræðilega virkni sem meðhöndla þarf af virðingu. Vinsælustu olíurnar eru til dæmis lofnarblóm (lavender), piparminta (peppermint) og te trée (tea tree). Meðferðar-aðilinn þarf að hafa menntun og þekkingu á virkni þeirra og notkunin þarf að miða að skað-leysi. Sérstaklega þarf að huga að skjólstæðingahópum á við börn og barnshafandi konum. Markmiðið með notkun meðferðanna er að róa og koma jafnvægi á samband líkama, anda og

sálar (Tiran og Mack, 2000; Robins og Wheeler, 1999). Lyktarskynið er elsta skynfæri mannsins og getur kunnugleg lykt gert okkur kleift að ferðast um heim minninga og vakið upp ólíkar og margþættar tilfinningar (Rosenfeld, 1996). Hægt er að nota olíurnar á mismunandi hátt til dæmis blanda þær í nuddolíu, nota þær í innöndunarmeðferð, setja þær í baðvatn eða heita og kalda bakstra ellegar nota þær til inntöku. Ekki er þó mælt með að innbyrða ilmkjarnaolíur á meðgöngu (Rosenfeld, 1996; Tiran 1996a). Að veita konum tækifæri til að nota ilmkjarnaolíur samkvæmt nákvæmum og öruggum upplýsingum á meðgöngu getur bætt andlega og líkamlega líðan þeirra og hefur ekki neikvæð áhrif á útkomu fæðinga (Igarashi og Fujita, 2010). Það er góð regla þegar ilmkjarnaolíumeðferð er veitt barnshafandi konu að blanda ekki fleirum en fimm olíum saman og árangursríkast er að nota eingöngu eina olíu því á meðgöngu er lyktarskynjun kvenna sterkari og viðkvæmari en ella (Tiran og Mack, 2000).

Margt þarf að varast við notkun ilmkjarnaolíumeðferðar því olíurnar eru missterkar og aukast líkur á ertingu eða ofnæmi ef þær eru mjög hreinar. Þó ilmkjarnaolíur séu unnar úr náttúrunni má ekki ofnota þær, enga ilmkjarnaolíu ætti að nota lengur en þrjár vikur í senn (Tiran, 1996a; Tiran, 2003). Ilmkjarnaolíur á helst aldrei að setja óblandaðar á húð vegna hættu á ertingu og ber að varast notkun þeirra áður en farið er í mikla sól, sérstaklega barnshafandi konur (Rosenfeld, 1996). Æskilegast er að ilmkjarnaolíusérfræðingur veiti konum meðferð á meðgöngu og ef ljósmæður nota olíurnar á meðgöngu eða í fæðingum ættu þær að fylgja nákvæmum verklagsreglum sérfræðinga (Price og Price, 1995).

Osteópatía

Osteópatíu-meðferð var fyrst lýst fyrir rúmlega 100 árum af amerískum lækni. Markmið hans var að hanna meðferð sem myndi hjálpa líkamanum að lækna sig sjálfur.

Osteópatar horfa heildrænt á líkamann, það er ekki eingöngu á staðina þar sem einkenni koma fram heldur líkamann sem heild. Meðferðin byggir að miklu leiti á nákvæmri greiningu á vandamálinu, teygjum og vöðva- og bandvefslosandi aðferðum (Osteópatafélag Íslands, e.d.). Flestar ábendingar fyrir barnshafandi konur sem leita til osteópata eru vegna einkenna í stoðkerfi, brjóstsviði eða sinaskeiðabólga í úlnliðum (carpal tunnel syndrome) (Krueger, 2006). Ekki er mælt með meðferð osteópata ef saga er um endurtekin fósturlát eða hótandi fyrirburafæðingar, bólgusjúkdóma, ofliðleika (hypermobility) eða ef virkur sjúkdómur er til staðar (Tiran og Mack, 2000). Greinin er nýleg á Íslandi og samkvæmt Osteópatafélagi Íslands eru þrír aðilar sem sinna slíkum meðferðum hérlendis (Osteópatafélag Íslands, e.d.).

Náttúrulyf

Náttúrulyf eru unnin úr jurtum með það að leiðarljósi að meðhöndla, fyrirbyggja eða uppræta sjúkdóma. Jurtir hafa verið notaðar til að meðhöndla sjúkdóma frá örófi alda og eru þær ein elsta tegund lækninga (Gilbert, 2011). Samkvæmt Tiran og Mack (2000) eru til heimildir um notkun lækningajurta allt frá miðöldum. Notkun jurta er heilsumiðuð frekar en sjúkdómsmiðuð og lögð áhersla á að styrkja varnir líkamans. Samkvæmt Alþjóða-heilbrigðisstofnunnni uppfyllir 80% af alþýðu manna lyfjaþarfir sínar með notkun náttúru-lyfja (World Health Organisation, 2002).

Skaðleysi náttúrulyfja er ofarlega í huga barnshafandi kvenna sem telja að þau séu öruggari fyrir þær og ófædd börn þeirra heldur en hefðbundin lyf sem ávísað er af læknum. Algengustu jurtirnar sem eru notaðar á meðgöngu eru engifer, sólhattur, hindberjalauf og laxerolía. Notkun náttúrulyfja á meðgöngu er mismunandi eftir löndum og er notkunartíðni þeirra talin vera á bilinu 7-55% (Dugoua, 2010). Norskir rannsakendur skoðuðu þekkingu og notkun á náttúrulyfjum hjá 1000 barnshafandi konum. Um tvær rannsóknir var að ræða, sú

fyrri var gerði í Ósló árið 2001 og hin 2003-2004 í Stavangri. Niðurstöðurnar sýndu að 36-39% þátttakenda notuðu náttúrulyf á meðgöngu (Nordeng, Bayne, Havnen og Paulsen, 2011; Nordeng og Havnen, 2005). Ástæður fyrir notkun náttúrulyfja voru oftast tengdar einkennum í öndunarfærum, húð, sýkingu í þvagfærum og ógleði. Mest notuðu jurtirnar voru sólhattur, járnríkar jurtir og engifer. Rúmlega 62% úrtaksins taldi að náttúrulyf væru skaðlausari en hefðbundin lyf (Nordeng og Havnen, 2005). Margar jurtir geta verið skaðlegar móður og fóstri og því mikilvægt að þeir sem sinna meðgönguvernd fræði barnshafandi konur um mikilvægi þess að vita nákvæmlega hvað er í jurtablöndum eða bætiefnum sem þær nota. Sumar jurtir geta haft áhrif á fósturþroska og valdið fósturláti. Einnig geta áhrif jurta komið niður á heilbrigði barnshafandi konu til dæmis stuðlað að hækkun blóðþrýstings eða haft áhrif á storkukerfi og aukið líkur á myndun blóðtappa (Dugoua, 2010).

Svæðameðferð

Að baki svæðameðferð liggur sú kenning að hendur og iljar endurspegli allan líkamann, það er, að hver líkamshluti eigi sér samsvarandi „stað“ á ákveðnum svæðum handa og ilja. Með því að nota þrýsting á ákveðna punkta er ýmist hægt að örva eða sefa ákveðna líkamshluta út frá þörfum skjólstæðingsins. Nuddið er ekki veitt eins og venjulegt fóta- eða handanudd heldur er þrýst með þumlum og hreyfingunni má líkja við skríðandi lirfu. Markmið meðferðarinnar er að koma jafnvægi á samvægi (homeostasis) líkamans og örva líkamann til að leiðrétta sjálfur ójafnvægi. Talið er að með því að ýta á þrýstipunktana losni um orkustíflur í formi kalks, mjólkursýru eða þvagkristalla. Með því að þrýsta á þessar stíflur brotna þær niður og hreinsast í burtu (Mei-Yeh Wang, Pei-Shan Tsai, Pi-Hsia Lee, Wen-Yin Chang og Che-Ming Yang, 2008; Tiran, 2009).

Ekki er að fullu skilið hvernig svæðameðferð virkar og rannsóknir á áhrifum hennar eru mjög misvísandi. Svæðameðferð er talin áhrifarík fyrir barnshafandi konur til að minnka streitu og draga úr útskilnaðarvanda svo sem hægðatregðu. Varað er við notkun svæðanudds á fyrsta þriðjungi meðgöngu (Tiran, 2011).

Denise Tiran hefur hannað nýja nálgun út frá fornri svæðameðferð sem hún kallar Structural-svæðameðferð. Hún byggir á sömu kenningu og osteópatía sem er að bygging líkamans og virkni vinni saman og að líkamsbyggingin stjórni öllum lífeðlislegum ferlum líkamans. Með þessari nálgun vinnur meðferðaraðilinn að því að leiðrétta ójafnvægi í vöðvabyggingu líkamans líkt og osteópatar eða hnykkjarar. Meðferðaraðilinn þarf að búa yfir góðri þekkingu á vöðvauppbyggingu og þarf hann að þekkja vel lífeðlislegar breytingar sem meðganga hefur á líkama kvenna. Þessi meðferð hentar vel fyrir barnshafandi konur sem eru með verki frá mjaðmagrind og stoðkerfi (Tiran, 2009).

Nálastungumeðferð

Elstu lýsingar á notkun nálastungumeðferða til að fyrirbyggja og lækna sjúkdóma má finna í kínverskum textum sem voru ritaðir 100-300 árum fyrir Krist. Kínversku meðferðirnar byggja á kenningum mjög ólíkum þeim sem hinar vestrænar lækningar byggja á (Tiran og Mack, 2000). Í raun má segja að vestrænar og austrænar lækningar séu eins og tveir einstaklingar sem sjá, skynja og hugsa ólíkt. Kínverskar lækningar horfa á heilsu út frá jafnvægi aflanna Yin og Yang. Öflin eru andstæður en jafnframt órjúfanleg heild sem styðja hvort annað og þurfa að vera í jafnvægi til þess að lífsorkan, „Qi“, flæði um orkubrautir líkamans (Kaptchuk, 1983). Ein orkubraut tilheyrir hverju stóru líffæri og á þessum orkubrautum, sem liggja frá höfði og niður í fætur, eru nálastungupunktarnir. Tólf brautir tilheyra ákveðnum líffærum til dæmis, hjarta, lifur, milta og þvagblöðru en einnig eru átta

auka-orkubrautir í líkamanum. Nálastungumeðferðir eru notaðar til að efla lífsorkuna „Qi“ eða losa um stíflur. Einnig hefur eyrað punkta sem samsvara öllum líkamanum (Tiran og Mack, 2000). Samkvæmt rannsóknum er ráðlagt og öruggt að nota nálastungur til að örva sótt, minnka ógleði og milda stoðkerfisverki (Cummings, 2011). Rannsakendur hafa átt erfitt með að sýna nákvæmlega hver áhrif meðferðarinnar eru á líkamsstarfsemina og er það annmarki rannsókna á nálastungumeðferðum (Field, 2008).

Jóga

Jóga er æfingakerfi sem byggir á samvinnu líkama og hugar, það samanstendur af mörgum ólíkum líkamsstöðum í bland við hugleiðslu og djúpöndunaræfingar. Jóga byggir á austur-indverskri hugmyndafræði og hefur verið iðkað í yfir 6000 ár. Meðgöngujóga er sérstaklega hannað með þarfir barnshafandi kvenna að leiðarljósi (Gilbert, 2011; Chuntarapat, Petpichetichian og Hatthakit, 2008). Jóga er góð leið til að halda sér í formi á meðgöngu og hentar flestum konum, æfingarnar auka styrk og liðleika og leiða til þess að konurnar þekkja betur líkama sinn. Jógaiðkun á meðgöngu getur minnkað streitu, bætt svefn, aukið sjálfsálit og stuðlað að heilbrigðari lífsháttum (Gilbert, 2011; Sun, Hung, Chang og Kuo, 2010). Meðgöngujóga er talið hjálpa konum að aðlagast stöðum sem henta vel í fæðingu og veita þeim aukna trú á sjálfum sér bæði á meðgöngu og í fæðingu. Mikil áhersla er lögð á öndunartækni en öndun sem konur læra í jóga hjálpar þeim að slaka á á meðgöngu og nýtist þeim vel í fæðingu (Chuntarapat, Petpichetichian og Hatthakit, 2008).

Viðhorf og notkun óhefðbundinna meðferða hjá heilbrigðisstarfsmönnum

Möguleikinn á fræðslu um óhefðbundnar meðferðir, notkun þeirra á meðgöngu og í fæðingum gerir barneignarferlið heildrænt og eykur ánægju bæði hinnar þunguðu konu og ljósmóðurinnar sem henni sinnir. Að hlutirnir fái að ganga í ró og næði á eðlilegan máta og að inngrip séu aðeins framkvæmd í ítrustu neyð getur aukið starfsánægju ljósmæðra. En til þess að starfsánægjan sé fullkomin þurfa ljósmæður að finna stuðning frá samstarfsfólki sínu gagnvart meðferðunum sem þær ráðleggja og beita (Williams og Mitchell, 2007). Í þessum kafla ætla verður fjallað um viðhorf og notkun á óhefðbundunum meðferðum meðal heilbrigðsstarfsfólks sem sinnir konum í barneignarferlinu.

Niðurstöður íslenskrar rannsóknar frá 2006 sýna fram á aukningu í notkun óhefðbundinna meðferða og benda rannsakendur á mikilvægi þess að heilbrigðisstarfsmenn séu í stakk búnir til að mæta þessari þróun. Enn fremur benda rannsakendur á að til þess að bæta þjónustu og þekkingu á óhefðbundnum meðferðum í heilbrigðisgeiranum þurfi að auka kennslu tengda þessum meðferðum og mögulegum samvirkniáhrifum sem þær geta haft á hefðbundna meðferð ákveðinna sjúklingahópa. Með því móti séu gæði þjónustu og öryggi sjúklinga aukið. Innan heilbrigðisstofnana á Íslandi skortir leiðbeiningar varðandi notkun óhefðbundinna meðferða (Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2010). Innan ljósmóðurfræðinnar hefur áherslan á notkun óhefðbundinna meðferða aukist mjög meðal annars vegna óska barnshafandi kvenna. Konur upplifa frekar að þær hafi stjórn á eigin heilsu og ófædds barns síns þegar óhefðbundnum meðferðum er beitt. Þær læra að þekkja eigin líkama betur og það gefur þeim kost á að fá innsýn í hið heildræna ferli sem meðganga og fæðing barns felur í sér. Þekking ljósmæðra þarf að þróast í takt við breyttar áherslur barnshafandi kvenna (Münstedt, Brenken og Kalder, 2009; Tiran, 1996a;

Williams og Mitchell, 2007). Barnshafandi konur kjósa einkum að nota óhefðbundnar meðferðir vegna ábendinga frá ljósmæðrum og einnig vegna góðrar reynslu af þeim fyrir þungun (Kalder o.fl., 2011). Oft virðast barnshafandi konur þó ekki ráðfæra sig við heilbrigðisstarfsfólk varðandi notkun bætiefna og náttúrulyfja því þær álíta þau náttúruleg og skaðlaus (Adams, Sibritt og Lui, 2011). Samkvæmt fræðilegri samantekt frá 2011 (Adams, Lui, Sibbritt, Broom, Wardle og Homer) er þörf á kennslu og þjálfun í óhefðbundnum meðferðum fyrir þá sem koma að þjónustu í meðgönguvernd. Samræma þarf kennslu fyrir ólíkar heilbrigðisstéttir til þess að skjólstæðingar þeirra fái áreiðanlegar og traustar upplýsingar um öryggi og notkun óhefðbundinna meðferða. Þegar barnshafandi kona fær ráðleggingar um notkun óhefðbundinna meðferða þarf fræðslan að vera góð og byggð á gagnreyndri þekkingu.

Landskönnun frá árinu 1993 sem framkvæmd var í Ísreael sýndi að 6% þjóðarinnar notaði óhefðbundnar meðferðir en árið 2000 sýndi önnur slík könnun að hlutfallið var komið upp í 10%. Þrátt fyrir þessa lágu tíðni fá þarlendir hjúkrunarfræðingar og ljósmæður kennslu um virkni og öryggi óhefðbundinna meðferða. Tilgangurinn með þeirri kennslu er að auka þekkingu heilbrigðisstarfsfólks gagnvart meðferðunum, auka öryggi notkunar og bæta ráðleggingar. Í rannsókn á viðhorfum og notkun ísraelskra ljósmæðra kom í ljós að 70% höfðu ráðlagt skjólstæðingum sínum að nota óhefðbundna meðferð og voru algengustu ráðleggingarnar um notkun nudds, náttúrulyfja, heilunar, jóga og bæna. Lítill hluti ljósmæðranna (10%) hafði ekki eða vildi ekki ráðleggja notkun slíkra meðferða (Samuels o.fl., 2010). Þýsk rannsókn frá 2009, sem kannaði hvaða óhefðbundu meðferðir væru notaðar á þarlendum fæðingadeildum, sýndi að 97% þeirra buðu upp á nálastungur, 93% smáskammtalækningar og 77% ilmkjarnaolíur. Í flestum tilfellum ráðlögðu ljósmæður

meðferðirnar en fæðingalæknar ráðlögðu stundum notkun nálastungna. Algengustu ástæðurnar fyrir notkun voru óskir skjólstæðinga og góð virkni meðferðar. Ógleði, uppköst eða verkir frá stoðkerfi voru algengustu orsakirnar. Helst voru það ljósmæður sem trúðu á virkni meðferðanna. Í rannsókninni kom fram ákveðin vantrú lækna á óhefðbundum meðferðum og að þeir hikuðu við ráðleggingar um notkun þeirra (Münstedt o.fl., 2009). Það er kannski vegna neikvæðra skoðana lækna í garð óhefðbundinna meðferða að um 60% sjúklinga segja heimilislækni sínum ekki frá öllum fæðubótarefnum, vítamínum eða óhefðbundunum meðferðum sem þeir nota. Það er mikilvægt að barnshafandi konur segi frá öllum þeim meðferðum sem hún notar, einnig vítamínum og náttúrulyfjum. Talið er að allt að 30% skjólstæðinga kvensjúkdómalækna láti ekki vita af notkun náttúrulyfja því þeir álítu að þau séu náttúruleg og þar af leiðandi örugg (Samuels o.fl., 2010). Stundum treysta skjólstæðingar heilbrigðiskerfisins starfsmönnum þess blint og því er mikilvægt að búa yfir góðri þekkingu til að ráðleggja af öryggi. Í þýskri rannsókn frá 2010 kom í ljós að um helmingur kvennanna treysti því sem ljósmóðirin sagði og létu hana ráða hvaða meðferð varð fyrir valinu til dæmis í fæðingunni (Kalder o.fl., 2011). Góð og áreiðanleg upplýsingagjöf er grundvallaratriði fyrir traust á milli ljósmóður og skjólstæðings hennar. Árið 2003 kannaði Denise Tiran þekkingu fæðingalækna og ljósmæðra á óhefðbundnum meðferðum á breskri fæðingadeild. Starfsmennirnir sem tóku þátt voru 28 talsins, 22 ljósmæður og 6 fæðingalæknar. Þessi rannsókn leiddi í ljós gífurlega vanþekkingu á meðferðunum, notkun og gildi þeirra hjá báðum hópunum. Kunnáttan var takmörkuð og einsleit (Tiran, 2006).

Rannsóknir sýna að viðhorf heilbrigðisstarfsmanna eru mismunandi eftir stéttum, svo virðist sem hjúkrunarfræðingar og ljósmæður séu mun jákvæðari en læknar. Þetta byggir á að læknar vilja afdráttalausari vísindalegar sannanir fyrir gagnsemi (Münstedt o.fl., 2009;

Samuels o.fl., 2010). Í skrifum Sigurðar Guðmundssonar fyrrverandi landlæknis kemur fram að læknisfræði byggi á vísindum og gagnreyndum rannsóknum en óhefðbundnar meðferðir séu ekki byggðar á sama grunni (Landlæknisembættið, 2005). Í rannsókn sem gerð var meðal fæðingalækna og ljósmæðra í S-Ástralíu kom í ljós að 72% fæðingalækna tjáði þörf fyrir staðreyndir um nytsemi óhefðbundinna meðferða á móti 26% ljósmæðra. Viðhorf gagnvart óhefðbundnum meðferðum var þó almennt jákvætt en 68% fæðingalækna og 78% ljósmæðra höfðu ráðlagt skjólstæðingum sínum að nota meðferðir sem þau töldu gagnlegar og öruggar. Bæði fæðingalæknar og ljósmæður töldu að notkun nudds, nálastunga, jóga, hugleiðslu og dáleiðslu hefðu góð áhrif á meðgöngu og væru öruggar meðferðir fyrir barnshafandi konur. Fæðingalæknar töldu vítamín einnig gagnleg á meðgöngu. Báðum hópunum fannst smáskammtalækningar, ilmkjarnaolíumeðferð, hnykkingar og notkun náttúrulyfja hvorki sýna fram á gagnsemi né öryggi. Þessi rannsókn sýndi enn fremur að 95% fæðingalækna og ljósmæðra taldi að þau þyrftu að búa yfir góðri þekkingu á mest notuðu óhefðbundnu meðferðunum og geta ráðlagt skjólstæðingum sínum varðandi notkun þeirra. Þegar viðmælendur voru spurðir hvort þeim fyndist óhefðbundnar meðferðir ógna lýðheilsu töldu 14% fæðingalækna það vera staðreynd á móti tæpum 7% ljósmæðra (Gaffney og Smith, 2004). Mismunandi er hversu náið læknar og ljósmæður starfa saman og hversu sjálfstæðar ljósmæður eru. Í Ísrael starfa ljósmæður sem eru sérhæfðar í notkun óhefðbundinna meðferða. Samkvæmt rannsókn Shuval (2008) finna þessar ljósmæður fyrir ólíkum viðhorfum og vantrú lækna á notkun óhefðbundinna meðferða í fæðingum.

Íslenskar ljósmæður vinna eftir klínískum leiðbeiningum í meðgönguvernd sem eru þýddar og staðfærðar af starfshópi á vegum landlæknis (Landlæknisembættið, 2010). Þær eru unnar upp úr leiðbeiningum NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). NICE er opinber stofnun sem gefur út klínískar leiðbeiningar og heilbrigðisúttektir fyrir heilbrigðisþjónustu (NICE, 2012). Samkvæmt íslensku leiðbeiningunum segir í grein 5.9:

> „Fræða á barnshafandi konur/verðandi foreldra um að einungis fáar óhefðbundnar meðferðarleiðir eru taldar öruggar og áhrifaríkar á meðgöngu og ætti ekki að nota nema í samráði við lækni eða ljósmóður.“

Enn fremur segir í þessum leiðbeiningum að lítið sé vitað um efnisinnihald náttúrulyfja og smáskammtalækningar og skaðleysi þeirra sé ekki sannað (Landlæknisembættið, 2010). Almennt er viðhorf ljósmæðra í garð óhefðbundinna meðferða jákvætt og bresk rannsókn frá 2007 sýnir að ljósmæður eru yfirleitt ánægðar með að fá tækifæri til að nota þær. Ljósmæðurnar upplifðu ánægðari skjólstæðinga, að frekar væri stuðlað að eðlilegum fæðingum og að dregið væri úr læknisfræðilegum inngripum. Að hafa tækifæri til að bjóða fleiri og náttúrulegri valkosti jók starfsánægju þessara ljósmæðra. Þrátt fyrir þessa jákvæðu sýn sem ljósmæðurnar höfðu á notkun óhefðbundinna meðferða þá þurftu þær að umbera og hlusta á neikvæð viðhorf frá læknum og starfsmönnum í trúnaðarnefndum. Þeim fannst klínískar leiðbeiningar NICE um óhefðbundnar meðferðir á meðgöngu neikvæðar og truflandi (Williams og Mitchell, 2007; NICE, 2011). Það samræmist skrifum Denise Tiran um hamlandi áhrif NICE leiðbeininganna á notkun og ráðleggingar ljósmæðra um óhefðbundnar meðferðir (Tiran, 2005).

Notkun óhefðbundinna meðferða á meðgöngu

Meðgangan felur í sér margbreytileg líkamleg og andleg einkenni. Konur upplifa einkennin á mismunandi h átt og fyrir margar eykur það streitu að aðlagast þessum breytingum. Helstu einkennin tengjast blóðrásarkerfi, stoðkerfi, meltingarkerfi, taugakerfi og þvagrásarkerfi (Germain og Nelson-Piercy, 2011). Samkvæmt ástralskri rannsókn Zib, Lim og Walters frá 1999 á barnshafandi konum á síðasta þriðjungi meðgöngu voru einkum fimm einkenni sem angraði þær mest, þ.e. tíð þvaglát, þreyta, þrýstingur í mjaðmagrind, svefnleysi og verkur í mjóbaki. Einnig voru bjúgur, mæði og brjóstsviði einkenni sem hrjáðu um 60% kvennanna. Þessir kvillar og einkenni þeirra auka streitu og hafa áhrif á lífsgæði barnshafandi kvenna (Grigg, 2006).

Í þessum kafla verður fjallað um algenga meðgöngukvilla og hvernig óhefðbundnar meðferðir gagnast til að draga úr þeim.

Verkir í mjóbaki og mjaðmagrind

Verkir í mjóbaki og mjaðmagrind eru taldir hafa áhrif á allt að 80% allra barnshafandi kvenna. Verkirnir eru mismunandi eftir einstaklingum og eftir því hve langt konur eru gengnar, en almennt hafa þessir verkir talsverð neikvæð áhrif á lífsgæði þessa hóps. Margar rannsóknir hafa verið gerðar á eðli og áhættuþáttum fyrir þessum verkjum og eins hefur þeim verið skipt í tvo flokka, verki frá mjóbaki sem eru frá mjúkvefjum eða verkjum frá mjaðmagrind sem eru þá frekar tengdir liðböndum og brjóski (Östgaard, Andersson og Karlsson, 1991). Verkir í mjóbaki og mjaðmagrind eru oftast verstir undir lok meðgöngu og flestar konur eru lausar við þá einum til þremur mánuðum eftir fæðingu. Þó glíma 8-20 % kvenna ennþá við verkina tveimur til þremur árum eftir fæðingu (Albert, Godskesen og

Westergaard, 2001; Norén, Östgaard, Johansson og Östgaard, 2002). Osteópatía hefur verið notuð með góðum árangri fyrir barnshafandi konur sem þjást af bakverkjum. Í rannsókn sem var birt 2010 (Licciardone, Bachanan, King, Fulda og Stoll) var 150 barnshafandi konum sem glímdu við verki í baki skipt í þrjá hópa. Allir hóparnir fengu almenna meðgönguvernd en að auki fékk fyrsti hópurinn meðhöndlun osteópata og annar hópurinn fékk ósértæka meðferð með ómtæki. Þriðji hópurinn var samanburðarhópur. Meðgöngulengd var um það bil 30 vikur hjá öllum þátttakendum þegar fyrsta meðferðin var veitt. Meðferðirnar voru sjö talsins á jafnmörgum vikum og stóð hver meðferð yfir í 30 mínútur. Niðurstöðurnar voru þær að bakverkir hjá konunum sem voru í osteópatíuhópnum minnkuðu mikið, hjá þeim sem voru í ósértæka hópnum voru verkirnir svipaðir og í byrjun. Konurnar sem aðeins fengu venjubundna meðgönguvernd upplifðu aukna verki. Telja rannsakendur að meðferð osteópata henti barnshafandi konum vel þar sem meðferðin er heildrænni en margar aðrar óhefðbundnar meðferðir.

Mjaðmagrindarverkir geta verið mjög sárir og þeir hafa áhrif á lífstíl og lífsgæði (Gutke, Östgard og Öberg, 2007), neikvæð áhrif á gæði svefns og auka því hættu á meðgönguþunglyndi (Chang, Yang, Jensen, Lee og Lai, 2011). Þessi einkenni eru algeng á meðgöngu og er talið að um helmingur allra barnshafandi kvenna glími við sársauka í grind (Wu og fleiri, 2004). Kenningar hafa verið uppi um að mjaðmagrindarverkir séu algengari í Skandinavíu en í öðrum löndum. Rannsókn sem var birt árið 2000 (Björklund og Bergström) hnekkti þeirri kenningu með úttekt á tíðni mjaðmagrindarverkja á lokavikum meðgöngu og rétt eftir fæðingu í fjórum löndum. Konurnar í úrtakinu voru 752 og komu frá Svíþjóð, Finnlandi, Tanzaníu og Zansibar. Tíðni mjaðmagrindarverkja var 49% í Svíþjóð, 66% í Tanzaníu, 77 % í Finnlandi og 81% í Zansibar. Töldu rannsakendur að ástæðan fyrir þessari

kenningu um mismunandi landfræðilega tíðni væri frekar byggð á því að fáar rannsóknir hefðu verið gerðar, á tíðni mjaðmagrindaverkja, annars staðar en í Evrópu og á Norðurlöndunum.

Á meðgöngu verður breyting á álagi og teygjanleika liðbanda í mjaðmagrind. Árið 1980 kom fram kenning um áhrif hormónsins relaxins á liðbönd mjaðmagrindar og að það væri mögulegur áhættuþáttur fyrir verkjaleiðni frá mjaðmagrind á meðgöngu (Kristiansson, Svärdsudd og von Schoultz, 1996). Relaxin er ekki eini áhættuþátturinn heldur skiptir fyrri saga um verki í mjaðmagrind einnig máli sem áhættuþáttur sem og BMI stuðull, þyngdaraukning á meðgöngu, breyting á líkamsstöðu konunnar og aukin sveigja í mjóbaki (Mogren og Pohjanen, 2005).

Nálastungumeðferð hefur verið notuð með góðum árangri við mjaðmagrindarverkjum á meðgöngu. Í rannsókn sem birtist árið 2000 (Wedenberg, Moen og Norling) var borinn saman árangur sjúkraþjálfunar og nálastungumeðferðar gegn grindarverkjum. VAS-skalinn (visual analog scale) frá 0-10 var notaður til að meta verkjaupplifun, þar sem 0 var minnsti mögulegi verkur og 10 versti mögulegi verkur. DRI-skali (Disability Rating Index) frá 0-10 var notaður til að meta líkamlega færni til að uppfylla dagleg verkefni þar sem 0 var engin truflun á líkamlegri færni og 10 mesta mögulega færniskerðing. Allar konurnar mátu verkjaupplifun að morgni og að kvöldi og einnig eftir hverja meðferð auk þess að meta líkamlega færni. Nálastunguhópurinn fékk tíu meðferðir á fjórum vikum, þrisvar sinnum í viku fyrstu tvær vikurnar og svo tvisvar sinnum í viku seinni tvær vikurnar. Hver nálastungu-meðferð var 30 mínútur og voru 2-10 nálar notaðar í hvert sinn. Sjúkraþjálfunarhópurinn fékk tíu meðferðir á sex til átta vikum, einu sinni til tvisvar í viku. Hver sjúkraþjálfunartími var 50 mínútur og meðferðin var mismunandi eftir einkennum sem konurnar tjáðu, stuðningsbelti, nudd og hiti voru í boði. Einnig fengu konurnar góða fræðslu um eðli verkjanna og hvernig

hægt væri að bæta líðan með hreyfingu og breyttri líkamsbeitingu. Konunum í sjúkraþjálfunarhópnum var jafnframt boðið að fara í vatnsleikfimi einu sinni til tvisvar í viku. Niðurstöður rannsóknarinnar voru að verkirnir minnkuðu hjá báðum hópum en þó marktækt meira í nálastunguhópnum. Einnig var jákvæð breyting á líkamlegri færni hjá konum í nálastunguhópnum, þær áttu auðveldara með athafnir daglegs lífs. Konurnar í sjúkraþjálfunarhópnum voru ánægðastar með verkjastillandi áhrifin sem vatnsleikfimin veitti þeim. Að mati rannsakenda voru báðar aðferðirnar öruggar og höfðu ekki neikvæð áhrif á útkomu fæðinga. Í rannsókn sem birtist 2008 (Elden, Östgaard, Olsen, Ladfors og Hagberg) var borinn saman árangur tveggja meðferða, nálastungu og stöðuleikaæfinga, fyrir barnshafandi konur með mjaðmagrindarverki. Í þessari rannsókn voru 386 heilbrigðar konur valdar af handahófi og var meðgöngulengd 12 til 31 vika. Rannsóknin var einblind og tilgangurinn var að sýna fram á öryggi nálastungumeðferða á meðgöngu. Þriðji hópurinn var samanburðarhópur. Hóparnir þrír fengu allir almenna meðferð, í henni fólst fræðsla um mjaðmagrindarverki og líffærafræði grindar og baks. Tilgangur fræðslunnar var að virkja konurnar til að axla ábyrgð á eigin heilsu og minnka hræðslu þeirra. Meðferðartíminn var sex vikur og fékk nálastunguhópurinn 30 mínútna meðferð tvisvar sinnum í viku. Stöðugleikahópurinn gerði æfingar með sjúkraþjálfara, fékk nuddmeðferð einu sinni og makar fengu kennslu í nuddi til að geta haldið meðferðinni áfram heima. Ekki var marktækur munur milli hópanna á meðgöngulengd og útkomu fæðinga. Konur í báðum hópum voru almennt mjög ánægðar með meðferðina, 83 af 108 konum sem fengu nálastungur fannst árangurinn af meðferðinni góður eða mjög góður og sama tjáðu 81 af 111 konum í stöðugleikahópnum. 93% af nálastunguhópnum og 95% af stöðuleikahópnum sögðust myndu kjósa viðkomandi meðferð aftur. Í samanburðarhópnum voru aftur á móti aðeins 22 af 100 konum sem fannst meðferðin góð eða mjög góð og 69% sagðist myndi kjósa þessa meðferð

aftur. Rannsakendur töldu að þessi rannsókn sýndi fram á öryggi nálastungumeðferðar á meðgöngu. Tæp 5% kvennanna kvartaði yfir aukaverkunum eftir 1441 nálastungumeðferð og aðeins 2% hætti í meðferðinni. Svipaðar niðurstöður sýndi önnur sænsk rannsókn frá 2004 (Kvorning, Holmberg, Grennet, Åberg og Åkeson) þar sem 72 konum sem tjáðu verk í mjóbaki og/eða frá mjaðmagrind var skipt handahófskennt upp í tvo hópa. Meðgöngulengd var 24-37 vikur og ekki var marktækur munur á milli hópanna hvað varðaði óháðar breytur svo sem aldur og atvinnu. Meðalaldurinn var 30,0 ± 5,9 ár, 75 % þeirra voru í vinnu, 20% höfðu reynslu af nálastungum og 20% þátttakenda höfðu neikvætt viðhorf í garð nálastungumeðferðar. Annar hópurinn, alls 37 konur, fékk nálastungumeðferð einu til tvisvar sinnum í viku fram að fæðingu eða þar til góðum bata var náð og hinn hópurinn, 35 konur, var til samanburðar. Um 60% kvennanna í nálastunguhópnum tjáði minni verkjaupplifun á móti 14% í samanburðarhópnum. Hjá tveimur konum í nálastunguhópnum hurfu verkirnir alveg en það gerðist ekki hjá neinni í samanburðarhópnum. Engar alvarlegar aukaverkanir sem ógnuðu heilsu móður eða barns komu upp í nálastunguhópnum. Nokkrar konur tjáðu þó minni háttar óþægindi svo sem verk eða mar á stungustað, hita, svita, þreytu, ógleði eða máttleysi. Þótti rannsakendum að með þessu væri sýnt fram á góða nytsemi nálastungumeðferðar á meðgöngu til að minnka verkjaupplifun frá baki og mjaðmagrind. Íslensk rannsókn á notkun nálastungumeðferðar á grindarverki sýndi fram á jákvæð áhrif meðferðarinnar fyrir barnshafandi konur. Niðurstöður rannsóknarinnar voru að meðferð sem er veitt í sex til átta skipti getur aukið hreyfifærni og getu til daglegra athafna. Jafnframt voru áhrif á svefn og andlega líðan jákvæð. Telja rannsakendur að nálastungumeðferð sé góður valkostur fyrir barnshafandi konur með verki frá grind og að meðferðin samræmast þjónustu sem ljósmæður veita á meðgöngu (Anna Sigríður Vernharðsdóttir, Stefanía Guðmundsdóttir, Helga Sigurðardóttir, Þóra Jenný Gunnarsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir, 2009). Sömu

niðurstöður sýnir bresk rannsókn frá 2008 (Carolyn, Manheimer, Pirotta og White). Rannsakendur leggja áherslu á að niðurstöður sýni fram á gagnsemi og öryggi notkunar nálastungumeðferða fyrir grindar- og bakverki á meðgöngu og hvetja ljósmæður til að nota og ráðleggja meðferðina gegn þessum algenga og sársaukafulla meðgöngukvilla.

Ógleði og uppköst

Talið er að um 75-80% barnshafandi kvenna þjáist af ógleði á fyrsta þriðjungi meðgöngu og um 50% þeirra kasti upp á þessu tímabili. Sjúkleg uppköst hrjá um 0,3-1,0% barnshafandi kvenna. Þessi meðgöngukvilli hefur neikvæð áhrif á líf og störf þeirra sem þjást af honum. Samkvæmt rannsóknum geta 35-50% kvenna ekki sinnt vinnu tímabundið á þessum fyrstu vikum meðgöngu vegna ógleði og uppkasta (Niebyl, 2010; Hollyer, Boon, Georgousis, Smith og Einarson, 2002). Einkennin hefjast hjá flestum konum um 4.-6. viku, ná hámarki við 8.-12. viku og eru oftast horfin um 20. viku meðgöngu (Smith, Crowther og Beilby, 2002).

Yfirleitt er einkennum skipt í milda ógleði, meðal ógleði og sjúkleg uppköst. Mild ógleði hverfur oftast við 16.-20. viku. Oftast er ógleðin verst að morgni og konurnar kasta oft upp þegar þær fara á fætur. Þær eru viðkvæmar fyrir lykt og finna fyrir ógleði daglangt. Konurnar þurfa sjaldan að fá lyf gegn ógleðinni en til að minnka einkennin er þeim ráðlagt að forðast streitu og hvílast vel. Meðal ógleði er alvarlegri, uppköstin eru tíðari og yfir allan daginn, oft í kjölfar máltíða. Sjúkleg uppköst (hyperemesis gravidarum) er alvarlegasta birtingarmyndin en þá eru mikil uppköst til staðar og oftast haldast einkennin út meðgönguna. Tíðni sjúklegra uppkasta er 0,3 – 2,0% og eru þau algengust hjá ungum, reyklausum og hvítum konum. Einnig eru auknar líkur á sjúklegum uppköstum hjá þeim konum sem eru með

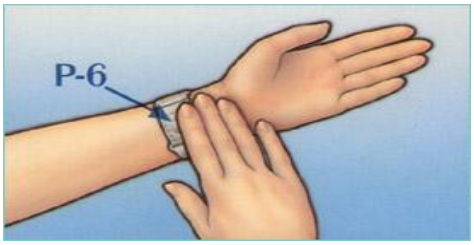
molar-þungun, alvarlega sykursýki, átröskunarsjúkdóma og sjúkdóma í meltingarfærum eins og magasár. Sjúkleg uppköst eru ein af algengari ástæðum innlagnar á sjúkrahús á meðgöngu, þá er meðferðin vökvagjöf í æð, ógleðistillandi lyfjagjöf og sýklalyf ef grunur er um tengsl við Helicobacter pylori-bakteríuna (Bartholomew, 2011; Gilbert, 2011). Ákveðnir hópar kvenna eru líklegri til þess að þróa með sér ógleði á meðgöngu, þær sem hafa á fyrri meðgöngum þjáðst af ógleði og uppköstum, þær sem eru viðkvæmar fyrir estrógeni til dæmis í getnaðarvörnum, fá mígreni tengt blæðingum og svo konur sem þjást af ferðaveiki (sjó-, flug- og bílveiki). Ljósmæður þurfa að vera vakandi fyrir afleiðingum ógleði og uppkasta og fá nákvæma sögu þegar konan kemur í fyrstu skoðun, til dæmis hve oft konan kastar upp, hvernig matarlystin er, hve oft hefur hún þvaglát og hvernig er þvagið á litinn og hvort konan sé að léttast (Smith, Reuerzo og Ramin, 2010).

Samkvæmt bandarískri rannsókn frá 2000 (Allaire og Wells) voru ógleði og uppköst algengasta ástæðan fyrir ráðleggingum ljósmæðra um óhefðbundnar meðferðir. Mest var um ráðleggingar um notkun jurta og bætiefna (73%), til dæmis B-vítamíns en nálastungumeðferð var næst algengust. Sambærilegar niðurstöður sýnir áströlsk rannsókn frá 2008 (Wills og Forester). Þar ráðlögðu 85% ljósmæðra barnshafandi konum með ógleði og uppköst að nota jurtir og vítamín til að milda einkennin. Algengasta ráðleggingin var að nota engifer, piparmintu og B-6 vítamín (pyridoxin). Rannsakendum fannst alvarlegt að meirihluti ljós-mæðranna, 62%, tiltók ekki skammtastærðir og tíðni notkunar varðandi jurtirnar í ráðleggingum sínum. Ljósmæðurnar töldu að skaðsemi jurtanna litla, 85% sögðu að engifer væri með öllu skaðlaust og 73% taldi að piparmintan væri án skaðlegra aukaverkana. Aðeins 26% taldi að varlega þyrfti að fara í að ráðleggja barnshafandi konum inntöku jurta á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Rannsakendur telja mikilvægt að ljósmæður mæli ekki með jurtum sem

ekki hefur verið sannað að séu skaðlausar móður og fóstri. Einnig sé mikilvægt að ráðleggingarnar feli í sér upplýsingar um skammtastærðir og nákvæmar notkunar-leiðbeiningar.

Aldalöng hefð er fyrir notkun engifers í veikindum og þar á meðal vegna ógleði á fyrstu vikum meðgöngu. Engiferrót er algengt krydd í austurlenskri matargerð en matvæli sem innihalda engifer, svo sem engiferöl og kex hafa ekkert meðferðagildi. Á hinn bóginn er magn sykurs og aukaefna í slíkum matvælum mikið svo ekki ætti að mæla með slíku fyrir barnshafandi konur. Engifer getur haft truflandi áhrif á blóðstorkukerfið og því ættu konur á blóðþynnandi lyfjum að forðast neyslu engifers í stórum lyfjafræðilegum skömmtum. Það á einnig við um þær sem hafa sögu um endurtekin fósturlát, blæðingar á meðgöngu eða með sögu um gallsteina eða storkusjúkdóma. Jafnframt getur engifer haft ertandi áhrif á meltingarveginn og valdið brjóstsviða. Engifer getur haft blóðþrýstingslækkandi áhrif, því ættu svimagjarnar konur að forðast engifer (Tiran, 2011). Í rannsókn þar sem annar þátttakendahópurinn fékk 250 mg engiferhylki fjórum sinnum á dag en hinn lyfleysu, sögðust 70% kvenna í rannsóknarhópnum finna fyrir minni ógleði og uppköstum. Almennt eru rannsóknarniðurstöður samdóma um að engifer virki vel á meðgöngutengda ógleði (Niebyl og Goodwin, 2002).

Samkvæmt nálastungufræðum er örvun á Nei Guan-punktinn, sem er númer sex á gollurhús orkubrautinni (pericardium), ráðlögð til að minnka einkenni frá efri hluta meltingarvegs. Hann er staðsettur á innanverðum framhandlegg, um það bil þremur fingurbreiddum fyrir ofan úlnlið, á milli liðbandanna sjá (mynd 1).



Mynd 1 : Staðsetning P6 nálastungupunkts.

Samkvæmt kínverskri læknisfræði er mælt með örvun á P6 punktinn til að minnka ógleði og uppköst. Sjóveikisarmböndin sem fást í apótekum á Íslandi mynda þrýsting á þennan punkt en þessi meðferð er talin virka á um 50% kvenna. Mælt er með þessari meðferð sem öruggri og ódýrri lausn (Ebrahimi, Maltepe og Einarson, 2010; Gürkan og Arslan, 2008; Smith, Crowther og Beilby, 2002) en engin rannsókn hefur sýnt fram á nytsemi örvunar P6 þegar um sjúkleg uppköst er að ræða (Niebyl, 2010).

Áhrif nudds á sjúkleg uppköst hafa einnig verið rannsökuð. Árið 2006 gerðu Ågren og Berg rannsókn á sjúkrahúsi í Svíþjóð á ellefu inniliggjandi barnshafandi konum sem þjáðust af sjúklegum uppköstum. Meðgöngulengd var 7-13 vikur, fjórar konur voru frumbyrjur. Hópurinn átti það sammerkt að allar voru giftar og með fasta vinnu nema ein. Áður en konurnar voru lagðar inn á sjúkrahúsið voru þær orðnar mjög orkulausar og þær forðuðust að borða því þá jókst vanlíðan þeirra. Þær voru ofurnæmar á lykt og þoldu illa hávaða, gátu illa sinnt daglegum verkum og fannst þær misheppnaðar vegna þess. Konunum fannst einkennin ekkert vera að mildast og sáu fram á að búa við það ástand út meðgönguna. Fyrir þeim flestum var það mikill léttir að vera lagðar inn. Nuddmeðferðin fól í sér þrjú skipti þar sem léttu nuddi var beitt, ljósmóðir sem jafnframt menntuð sem nuddari veitti meðferðirnar. Fyrsta meðferðin var eingöngu nudd á höndum og fótum en hinar tvær voru heilnudd, öll skiptin um 60 mínútur í senn. Einni konunni leið það vel eftir fyrstu meðferðina að hún fór

heim og var því ekki með í úrtakinu. Eftir þriðju meðferðina voru tekin 12-25 mínútna viðtöl við þátttakendurna. Niðurstaða viðtalanna var að konunum þótti nuddið mjög slakandi, þær náðu að tæma hugann og hætta að hugsa eingöngu um ógleði og uppköst. Þær upplifðu að þær fengju aftur stjórn á líkama sínum og aðstæðum. Öllum konunum fannst áhrifin jákvæð fyrir andlega og líkamlega heilsu og margar minnkuðu lyfjanotkun talsvert. Áhrifin virtust þó vara stutt, hjá þremur konum hvarf ógleðin alveg í smá tíma en kom svo upp aftur en hjá tveimur hvarf hún alveg. Rannsakendurnir telja að fleiri rannsóknir þurfi til að meta hvort létt nuddmeðferð sé góð meðferð fyrir konur sem þjást af sjúklegum uppköstum á meðgöngu og hvort hún geti komið í stað lyfjameðferðar sem mögulega gerir konur sljóar og hjálpar þeim síður að ná stjórn á eigin heilsu. Veikleiki rannsóknarinnar að mati rannsakenda sjálfra var að sami aðili tók viðtölin og framkvæmdi nuddið.

Kvíði

Kvíði á meðgöngu er algengastur á milli 18-32 viku (Tiran, 2006). Að ganga í gegnum meðgöngu og fæðingu er upplifun sem breytir lífi margra kvenna. Oxytocín viðtakar aukast jafnt og þétt að 36 viku meðgöngu og aukast svo hratt frá því þar til hámarkinu er náð og fæðing fer af stað. Þetta lífeðlislega ferli getur auðveldlega truflast af kvíðanum og hræðslunni sem fylgir lífsstíl hinnar þunguðu nútímakonu en óhefðbundnar meðferðir geta hjálpað til við að leiðrétta ójafnvægið og veitt heildræna meðferð sem minnkað getur streitu og stuðlað að líkamlegu og andlegu jafnvægi (Evans, 2009).

Ekki er talið ráðlegt að taka mikið af lyfjum á meðgöngu og því er mikilvægt að finna aðrar skaðminni leiðir til að aðstoða barnshafandi konur við að ná tökum á kvíða. Ákjósanlegra er að beita fremur nuddi eða ilmkjarnaolíum þar sem talið er að aukaverkanir af þeim meðferðum séu óverulegar. Þó ber að nefna ilmkjarnaolíur berast að einhverju leiti í gegnum

fylgju og geta einnig borist til barns úr brjóstamjólk en þau áhrif eru mun vægari en auka-verkanir sterkra geðlyfja (Tiran, 2006). Samkvæmt japanskri rannsókn frá 2010 (Igarshi og Fujita) er hægt að nota ilmkjarnaolíur á meðgöngu til að minnka streitu og kvíða. Valdar voru sextán heilbrigðar konur og var þeim var skipt í tvo hópa af handahófi. Meðgöngulengd var um það bil 26 vikur. Fyrri hópurinn samanstóð af níu konum sem auk venjubundinnar með-gönguverndar fengu glas með korktappa sem innihélt ilmkjarnaolíu, glasið báru þær í keðju um hálsinn og fyllt var á það aðra hverja viku. Konurnar fengu að velja á milli þriggja tegunda; lofnarblóm, petitgrain og bergamót. Til þess að fá áhrif frá olíunni þurftu þær ein-göngu að setja glasið við nef sitt og anda inn. Samanburðarhópurinn fékk venjubundna með-gönguvernd. Konurnar gáfu upplýsingar um hve oft þær voru með menið á sér og hve oft þær notuðu það til innöndunar. Til að meta áhrifin voru kvíði, streita og hæfileikinn til þess að slaka á metin við 28., 32. og 36. viku með stöðluðum mælitækjum. Til að meta kvíða var STAI-kvíðaprófið notað (State-Trait Anxiety Inverntory for adults). Það próf flokkar kvíða í tvennt: skyndilegan (state) kvíða og stöðugan (trait) kvíða. Hæfileikinn til að slaka á og streita voru metin út frá VAS-mælitækinu. Enginn munur var á hópunum varðandi þyngdar-aukningu á meðgöngu, meðgöngulengd, lengd fæðingar, blæðingu í fæðingu, frávik í fæð-ingu, fæðingarþyngd eða Apgar stig nýburans. Meðferðahópurinn kom mun betur út varðandi alla þætti rannsóknarinnar (sjá töflu 1). Við byrjun rannsóknar voru hóparnir tveir svipaðir varðandi kvíða, streitu og höfðu álíka hæfileika til að slaka á. Við 32. viku var mældur mark-tækur munur á hópunum.

Tafla 1 : Skor milli hópa í kvíða, streitu og hæfileikanum til að slaka á.

			28 vikur	**32 vikur**	**36 vikur**
STAI	**Skyndilegur kvíði (state anxiety)**	Ilmkjarnaolíuhópur Samanburðarhópur	36,5 38,0	38,0 49,0	36,0 50,0
STAI	**Stöðugur kvíð (trait anxiety)**	Ilmkjarnaolíuhópur Samanburðarhópur	36,0 47,0	40,0 46,0	33,0 45,0
VAS	**Hæfileikinn til að slaka á**	Ilmkjarnaolíuhópur Samanburðarhópur	70,0 67,0	74,0 51,0	82,0 51,0
VAS	**Engin streita**	Ilmkjarnaolíuhópur Samanburðarhópur	59,0 50,0	60,0 48,0	69,0 37,0

Telja rannsakendur að ilmolíumeðferð sé mjög gagnleg til að fyrirbyggja kvíða og streitu, og að hún hjálpi jafnframt barnshafandi konum að slaka á. Með því móti hafa þær sjálfar stjórn á líkama sínum og læra að þekkja eigin tilfinningar betur. Veikleiki rannsóknarinnar að mati rannsakenda var smæð úrtaksins (Igarshi og Fujita, 2010).

Þunglyndi

Þunglyndi á meðgöngu eru algengt vandamál sem hefur áhrif á líf 10-18% allra barnshafandi kvenna og ófæddra barna þeirra (Field o.fl., 2011; Marcus, 2009). Veigamestu áhættuþættir fæðingarþunglyndis eru kvíði og þunglyndi á meðgöngu og er því mikill ávinningur að því að greina og meðhöndla einkennin á meðgöngu (Milgrom, o.fl., 2004; Robertson, Grace, Wallington og Stewart, 2004).

Hjá þunglyndum barnshafandi konum hækka gildi stresshormónana kortisóls og noradrenalíns og einnig mælast lág gildi taugaboðefnanna dópamíns og serótóníns í þvagprufum (Field, 2008). Sýnt hefur verið fram á tengsl minni framleiðslu serótóníns og dópamíns við auknar líkur á þunglyndi (Field, Hernedes-Reif og Diego, 2005). Kortisól er algengasta hormónið sem tengist auknu stressi og er talið að allt að 40% þess fari yfir fylgju

til fóstursins (Field, Diego og Hernendes-Reif, 2007). Hækkun á stresshormónum á meðgöngu er talið auka líkur á fósturláti, meðgöngueitrun, fyrirburafæðingum, léttburum og fylgikvillum eftir fæðingu svo sem fæðingarþunglyndi (Field, Diego, Hernandez-Reif, Shanberg og Kunhn, 2004; Grote, 2010). Konur sem þjást af þunglyndi á meðgöngu ganga oft með fóstur sem hreyfa sig óeðlilega mikið og er það talið stafa af aukinni hormónaframleiðslu og streitu móðurinnar (Field, Diego og Hernendes-Reif, 2007). Í rannsókn sem Field og félagar gerðu árið 2004 var gagnsemi nudds fyrir þunglyndar barnshafandi konur skoðað. Konurnar fengu 20 mínútna nudd frá maka sínum tvisvar í viku í 16 vikur. Makinn hafði fengið kennslu frá reyndum nuddara. Í samanburðarhópnum voru barnshafandi konur sem ekki þjáðust af þunglyndi. Þær fengu kennslu um slökunaræfingar og áttu að gera þær æfingar heima, tvisvar í viku í 16 vikur. Teknar voru þvagprufur frá öllum konunum í báðum hópunum á fyrsta og síðasta degi rannsóknarinnar, þær fylltu út kvarða sem mældi þunglyndi og fósturhreyfingar voru metnar. Marktæk lækkun á gildum kortisóls og noradrenalíns og marktæk hækkun á gildum dópamíns og serótóníns var hjá hópnum sem fékk nuddmeðferðina. Fósturhreyfingar minnkuðu hjá báðum hópum en þó töluvert meira hjá hópnum sem þáði nuddið. Þær tjáðu almennt mun betri líðan á síðasta degi meðferðarinnar og upplifðu minnkandi bakverki og verki í fótum. Að auki var engin í nuddhópnum sem fæddi fyrir tímann á móti 17% kvenna í samanburðarhópnum. Börn þeirra kvenna sem fengu nuddið komu betur út í fyrstu skoðunum og voru þyngri við fæðingu. Niðurstöður þessarar rannsóknar studdu enn frekar fyrri rannsóknir sem sýndu fram á gagnsemi nudds fyrir bæði líkamlega og andlega heilsu þungaðra kvenna en hún sýndi einnig að makar geta nuddað með góðum árangri (Field o.fl., 2004). Önnur rannsókn frá sömu rannsakendum síðan 2008 (Field, Figueriedo, Hernandez-Reif, Diego, Deeds og Ascencio) skoðaði áhrif nudds sem verkjastillingu fyrir barnshafandi konur. Makarnir nudduðu konur sínar tvisvar sinnum í viku frá 20.

viku meðgöngu og fram að fæðingu. Konurnar í nuddhópnum upplifðu minni verki í baki og fótum en samanburðarhópurinn. Einnig dró úr kvíða, reiði og þunglyndi hjá þeim og mökum þeirra sem sinntu nuddinu. Að auki tjáðu þátttakendur í nuddhópnum að samband þeirra hefði styrkst. Jákvæðra áhrifa nudds á meðgöngu gætir einnig þegar í fæðinguna er komið.

McNabb og félagar (McNabb, Kimber, Haines og McCourt, 2006) rannsökuðu áhrif nudds frá maka á fæðingar. Þar fengu 35 barnshafandi konur nudd frá maka sínum frá 36. viku og fram að fæðingu. Makarnir höfðu fengið þjálfun og framkvæmdu þeir nuddið þrisvar sinnum í viku í 35-40 mínútur í senn. Niðurstöður sýndu að 21 kona notaði engin verkjalyf í fæðingunni, sjö notuðu súrefni og glaðloft og tvær fengu mænurótardeyfingu en öllum þátt-takendum fannst nuddið mjög áhrifarík verkjastilling.

Tiffany Field og félagar hennar hafa unnið að mörgum rannsóknum á gagnsemi nudds á meðgöngu fyrir þunglyndar konur. Í rannsókn þeirra frá 2011 (Field o.fl.) var 84 þunglyndum barnshafandi konum skipt upp í þrjá hópa. Fyrsti hópurinn fékk tvo 20 mínútna jógatíma í viku í 12 vikur, næsti hópur fékk tvær 20 mínútna nuddmeðferð í 12 vikur og þriðji hópurinn var til samanburðar og fékk venjubundna meðgönguvernd. Þátttakendur voru valdir af handahófi þegar þær mættu í sinn fyrsta sónartíma við 20. viku meðgöngu. Í heimsókninni fylltu konurnar út spurningarlista til að meta þunglyndi (DSM-IV), að auki fengu þær fimm aðra spurningarlista sem mátu frekar þunglyndi, kvíða, reiði og spurningalista sem varðaði sambönd þeirra við maka sinn, 95% þeirra voru í föstum samböndum. Að auki var upp-lýsingum um meðgöngulengd við fæðingu og fæðingarþyngd haldið til haga, meðgöngu-lengdin í nudd- og jógahópnum var að meðaltali 38,5 vikur en tæpar 37 vikur í samanburðar-hópnum. Fæðingarþyngd í samanburðarhópnum var einnig talsvert lægri (sjá töflu 2).

Tafla 2. Meðaltal meðgöngulengdar og fæðingarþyngdar.

	Nudd	***Jóga***	***Samanburðarhópur***
Meðgöngulengd	38,63 vikur	38,43 vikur	36,73 vikur
Fæðingarþyngd	3221,92 grömm	3131,22 grömm	2931,77 grömm

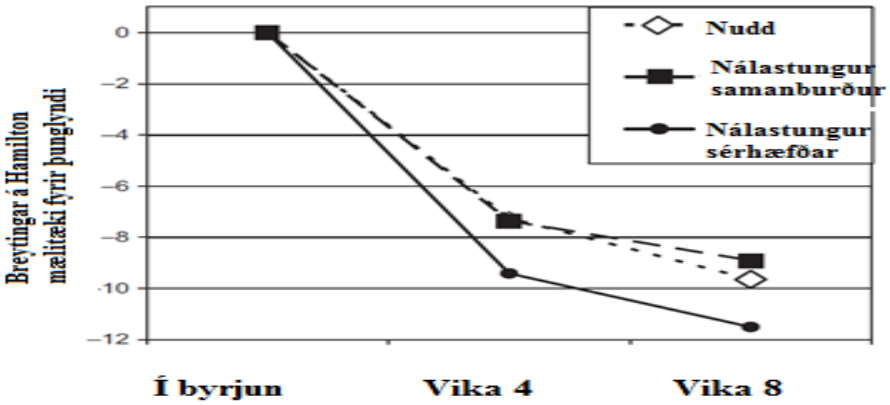
Niðurstöðurnar sýndu að verkir í fótum og baki minnkaði marktækt bæði í nudd og jógahópunum. Einnig dró úr einkennum þunglyndis, kvíða og reiði (sjá töflu 3). Að auki tjáðu konurnar að sambönd þeirra hefðu styrkst á tímabilinu.

Tafla 3. Skor milli hópa í þunglyndi, kvíða, reiði, bakverk og verk í fótum.

	Nuddhópur		***Jógahópur***		***Samanburðarhópur***	
	Fyrsti dagur	Síðasti dagur	Fyrsti dagur	Síðasti dagur	Fyrsti dagur	Síðasti dagur
Þunglyndi	28,35	20,12	24,08	12,31	22,65	19,27
Kvíði	50,00	42,60	44,19	36,58	42,38	38,96
Reiði	22,00	18,16	18,80	16,64	20,10	19,00
Bakverkur	4,17	2,75	5,65	3,25	4,85	5,27
Verkir í fótum	2,58	1,63	4,02	1,77	3,46	4,38

Þetta var fyrsta rannsóknin sem sýndi fram á gagnsemi jóga til að draga úr meðgönguþunglyndi. Að mati rannsakenda eru kostir nudds og jóga fyrir þunglyndar barnshafandi konur miklir. Mun ódýrara og áhrifaríkara er að beita nuddi og jóga en að nota geðlyf sem geta haft í för með sér neikvæðar aukaverkanir. Ekki hefur verið sýnt fram á að notkun lyfja dragi úr fæðingum létt- og fyrirbura (Field o.fl., 2011).

Nálastungur hafa einnig verið notaðar með góðum árangri til að minnka þunglyndi á meðgöngu. Í bandarískri rannsókn frá árinu 2004 (Manber, Schnyer, Allen, Rush og Blasey) voru áhrif nálastungumeðferðar á meðgöngu skoðuð. Úrtakið samanstóð af 61 barnshafandi konu sem áttu það sameiginlegt að glíma við djúpar geðlægðir án sturlunareinkenna (nonpsychotic major depressive disorder). Þeim var skipt í þrennt, fyrsti hópurinn fékk nálastungumeðferð sem var sérstaklega sniðin til að minnka þunglyndi. Hinir tveir hóparnir voru til samanburðar. Annar hópurinn fékk nálastungumeðferð sem var ósérhæfð fyrir þunglyndi og hinn fékk slakandi nudd. Meðferðartíminn var átta vikur og fengu konurnar að meðaltali tólf meðferðir sem stóðu í 25-30 mínútur. Áhrifin voru metin með Hamilton-mælitækinu, sem er notað til að meta alvarleika þunglyndis. Niðurstöður sýndu að besti árangurinn var í hópnum sem fékk sérhæfða nálastungumeðferð gegn þunglyndi. Einkenni þunglyndis minnkuðu hjá tæpum 70% þátttakenda. Í hinum hópunum tveimur minnkuðu einkenni þunglyndis um um það bil 40% eftir átta vikna meðferð. Sambærileg rannsókn sem var birt 2010 (Manber o.fl.) sýndi hliðstæðar niðurstöður (sjá mynd 2).



Mynd 2 : Áhrif nálastungumeðferðar á einkenni þunglyndis.

Bjúgur

Talið er að allt að 80% barnshafandi kvenna fái bjúg á útlimi og þá sérstaklega á ökkla og fætur á síðustu vikum meðgöngu. Orsökin er að mestu leyti þrýstingur frá leginu á æðar sem fara í gegnum mjaðmagrindina niður í fætur. Flæði bláæðablóðs til baka úr fótum minnkar og það veldur ósmótískum truflunum þar sem aukinn vökvi úr bláæðum fer í sogæðakerfið (Çoban og Şirin, 2010; Kent, Gregor, Deardorff og Katz, 1999; Mollart, 2003; Reynolds, 2003). Ljósmæður í meðgönguvernd verða að meta bjúg í hverri heimsókn og biðja konuna að fylgjast vel með slíkum einkennum, því skyndilega aukin bjúgmyndun getur verið vísbending um yfirvofandi meðgöngueitrun (Reynolds, 2003). Meðferð með vatni til að minnka bjúg á meðgöngu hefur verið viðurkennd í áratugi og jafnvel hundruð ára. Til eru niðurstöður rannsóknar frá 1847 þar sem sagt er frá auknum útskilnaði þvags við það að vera í vatni með aðeins höfuðið upp úr (Goodlin, Engdahl-Hoffman, Williams og Buchan, 1984). Í rannsókn frá 1999 (Kent o.fl.) var átján heilbrigðum konum skipt í þrjá hópa til að skoða áhrif vatnsleikfimi, kyrrstöðu í vatni og stöðu á landi á bjúg á fótum. Meðferðin stóð í 30 mínútur. Hæð vatnsins miðaði við holhönd. Meðalaldur kvennanna var 30,3 ár og meðgöngulengd á bilinu 20-33 vikur. Upplýsingum var aflað um líkamsþyngd, ummál vinstri fótar, þvagútskilnað, eðlisþyngd þvags, hjartsláttartíðni, blóðþrýsting og líkamshita. Þvagútskilnaðurinn í vatnshópnum var marktækt meiri en hjá hópnum sem stóð á landi. Rannsakendurnir sem áður höfðu sýnt fram á gagnsemi þess að vera í vatni á meðgöngu til að minnka bjúg og auka útskilnað telja að vatnsleikfimi sé ákjósanleg meðferð við bjúg á meðgöngu. Þá upplifi konur jákvæð áhrif hreyfingar og frásog umframvökva í sogæðakerfið og útskilnaður eykst. Í ástralskri rannsókn frá 2003 (Mollart) var skoðað hvort svæðameðferð gæti minnkað bjúg á fótum og aukið vökvaútskilnað á meðgöngu. Þátttakendur fengu þrisvar

sinnum 15 mínútna nudd á svæðum sem eru talin stuðla að auknum vökvaútskilnaði. Samanburðarhóparnir voru tveir, þátttakendur í öðrum þeirra fengu slakandi svæðameðferð en hinir hvíld. Samkvæmt mælingum á ökklum og fótum fyrir og eftir meðferðirnar reyndist ekki marktækur munur milli hópanna þriggja. En konurnar í hópnum sem fékk vatnslosandi svæðameðferð upplifðu að bjúgurinn væri minni og hreyfing auðveldari. Báðir hóparnir sem fengu svæðameðferð upplifðu mikla slökun, minni streitu og þreytu, minni kvíða, minni óþægindi, pirring og verk (Mollart, 2003). Çoban og Şirin (2010) rannsökuðu hvort 20 mínútna fótanudd gæti leitt til minni bjúgsöfnunar á fótum. Ekki var miðað við ákveðin svæði eins og í rannsókn Mollarts heldur voru notaðar rútínubundnar strokur á il og upp að ökkla, 10 mínútur á hvorum fæti. Úrtakið samanstóð af 80 konum völdum af handahófi og var þeim skipt í tvennt, nuddhóp og samanburðarhóp. Meðgöngulengd var 30 vikur eða meira, þær voru allar með einhvern bjúg en lausar við bjúgmyndandi sjúkdóma svo sem meðgöngu-eitrun. Samanburðarhópur fékk venjubundna meðgönguvernd. Á fyrsta og fimmta degi var ummál fóta mælt en að auki voru konurnar í nuddhópnum mældar á sjöunda degi. Mælingarnar sýndu talsverðan mun á ummáli milli hópanna tveggja og telja rannsakendur því að fótanudd sé mjög góð meðferð gegn bjúgmyndun á meðgöngu.

Aðferðafræði

Tilgangur

Tilgangur rannsóknarinnar er að skoða viðhorf og ráðleggingar ljósmæðra um óhefðbundnar meðferðir og notkun á þeim í meðgönguvernd. Viðtöl voru tekin við fimm ljósmæður sem starfa í meðgönguvernd. Í þessum kafla verður fjallað um rannsóknar-aðferðina, framkvæmd rannsóknarinnar, úrtakið og gagnasöfnunina.

Rannsóknaraðferð

Í þessari rannsókn er notuð eigindleg aðferðafræði en sú rannsóknaraðferð er notuð til að kanna fyrirbæri sem erfitt er að mæla eða flokka, sem oft er óþekkt og hefur lítið eða ekkert verið rannsakað áður. Jafnframt er aðferðinni beitt til að fá dýpri skilning á tilteknu viðfangsefni. Gögnum er því aflað án tölulegra upplýsinga (Potter og Perry, 2001; Polit og Beck, 2006). Í heilbrigðisvísindum eru eigindleg viðtöl ein af mikilvægustu aðferðunum til gagnasöfnunar, þau henta vel þegar verið er að skoða viðhorf, væntingar og gildismat. Gengið er út frá því að þekking sé sameiginleg hjá viðmælanda og þeim sem tekur viðtalið, með því móti er skynjun á raunveruleikanum byggð á grunni sem tekur sífelldum breytingum (Helga Jónsdóttir, 2003).

Kostir eigindlegrar aðferðafræði eru helstir þeir að rannsakandi hefur aukna stjórn við öflun gagna með því að stýra umræðuefninu. Með því móti er minni hætta á misskilningi þar sem viðmælandi getur fengið skjót og nákvæm svör við spurningum sínum. Eigindleg aðferðafræði er hentug þegar rannsaka á fyrirbæri sem erfitt er að rannsaka til dæmis hug eða tilfinningar fólks (Darlington og Scott, 2002).

Helstu ókostir eigindlegrar aðferðafræði eru tveir. Annars vegar hættan á því að rannsakandi fari á mis við gagnaleit með því að missa stjórn á viðtalinu. Hins vegar getur aðferðin verið tímafrek, einkum ef úrtakið er stórt (Darlington og Scott, 2002).

Spurningarammi með tólf opnum spurningum var notaður (sjá viðauka I). Hann byggði á fræðilegri samantekt.Við opnum spurningum eru ekki fyrirfram ákveðin svör til staðar og þær eru því síður hamlandi fyrir viðmælendur. Með notkun opinna spurninga er möguleiki á meiri dýpt í viðtölum (Helga Jónsdóttir, 2003). Mikilvægt er að rannsakandi grípi hvorki fram í fyrir viðmælenda sínum né andmæli honum (Polit og Beck, 2006). Í eigindlegum rannsóknum eru notaðar opnar spurningar sem leyfa þátttakanda að svara spurningum með sínum eigin orðum (Polit og Beck, 2006), en fáist ekki svar með þeim er honum beint inn á þá braut sem rannsakandi kýs. Virk hlustun er forsenda árangursríkra viðtala, þá getur rannsakandi skilið bæði tilfinningar og það sem viðmælandi segir. Með því móti notar rannsakandi bæði yrta og óyrta tjáningu til greiningar (Helga Jónsdóttir, 2003).

Úrtak

Við val á viðmælendum var stuðst við hentugleikaúrtak og var netpóstur sendur til fimm ljósmæðra sem starfa við meðgönguvernd. Í fyrstu voru valdar fjórar heilsugæslustöðvar og sendur póstur á fimm ljósmæður sem þar starfa. Þrjár stöðvarnar eru á höfuðborgarsvæðinu og tvær á landsbyggðinni. Hentugleikaúrtak felur í sér að rannsakandi velur sjálfur úrtakið en af því leiðir að erfitt er að alhæfa um þýðið og það er notað þegar velja á einstaklinga í úrtakið sem auðvelt er að ná í (Þórólfur Þórlindasson og Þorlákur Karlsson, 2003). Í fyrstu var miðað við að taka viðtöl við fjórar ljósmæður en þar sem allar fimm ljósmæðurnar svöruðu skjótt og gáfu vilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni var úrtakið stækkað.

Ljósmæðurnar sem tóku þátt eru með ólíkan bakgrunn en eiga það sameiginlegt að hafa starfað við fæðingar og meðgönguvernd. Þær útskrifuðust á árunum 1979-2007 og hafa unnið í meðgönguvernd að meðaltali í 10,5 ár. Þær hafa allar lokið námskeiði um nálastungur fyrir barnshafandi konur. Auk þess hafði ein ljósmóðir lokið námskeiði í notkun ilmkjarnaolía og önnur hafði farið á námskeið í heilun. Ljósmæðurnar eru aðgreindar með tölustöfunum I-V í niðurstöðukaflanum þar sem vitnað er til þeirra.

Rannsakandi hafði samband við viðmælendur í gegnum tölvupóst og síma til að finna stað og stund til að taka viðtalið. Viðtölin fóru fram á tímabilinu 12.-23. mars 2012.

Í byrjun viðtals var viðmælendum gert ljóst að viðtalið væri hljóðritað og því eytt að lokinni gagnavinnslu. Meðaltími viðtals var um 30 mínútur. Að loknu viðtali ritaði rannsakandi orðrétt niður athugasemdir sínar sem hún hafði til hliðsjónar þegar viðtölin voru skráð orðrétt inn í tölvu. Öll viðtölin voru hljóðrituð með leyfi viðmælenda og þeim eytt af upptökutækinu eftir gagnasöfnun.

Gagnagreining

Innihaldsgreining (content analysis) var notuð við gagnagreiningu viðtalanna en slík aðferð er talin gagnleg í eigindlegum rannsóknum. (Polit og Beck, 2006). Í stað þess að túlka textann er fremur reynt að lýsa viðfangsefninu. Innihaldsgreining miðar að því að mismunandi rannsakendur fái sömu niðurstöður með því að yfirfara textann og finna endurtekiningar í honum. Það leiðir til aukins áreiðanleika og réttmæti greiningaraðferðar-innar (Silverman, 2006). Með því að lesa textann endurtekið yfir finnur rannsakandinn stef (themes) sem lýsa sama fyrirbærinu á margvíslegan hátt. Með því að búa til stef eru merkingabærar einingar myndaðar úr textanum sem unninn er úr viðtalinu (Polit og Beck, 2006).

Í eigindlegum rannsóknum er réttmæti og trúverðugleiki metinn og til þess þarf að fylgja ákveðnum reglum (Sigurlína Davíðsdóttir, 2003). Ekki er auðvelt að skilgreina réttmæti eigindlegra rannsókna þar sem rannsakandinn er í raun þátttakandi í sköpun gagna. Því getur reynsla og þekking hans endurspeglast í niðurstöðum. Til þess að frásagnir viðmælenda komist sem best til skila er ákjósanlegt að nota beinar tilvitnanir úr viðtölunum sem rökstuðning við niðurstöður (Helga Jónsdóttir, 2003). Til þess að tryggja réttmæti (validity) rannsóknar þarf að sýna fram á innra og ytra gildi, áreiðanleika og hlutlægni hennar (Morse, Barrett, Mayn, Olson og Spiers, 2002).

Niðurstöður úr einstaklingsviðtölum

Tilgangur rannsóknarinnar er að kanna viðhorf ljósmæðra til óhefðbundinna meðferða og notkun á þeim í meðgönguvernd. Við greiningu gagnanna komu að mati rannsakanda fram sex stef (themes): þekking og jákvæð viðhorf, góður árangur, fjölbreytileiki, umhverfið og tímaskortur, sjálfræði og neikvæð áhrif klínískra leiðbeininga. Hér á eftir verður gerð grein fyrir þessum stefjum og vitnað í orð ljósmæðranna niðurstöðunum til stuðnings.

Þekking og jákvæð viðhorf

Ljósmæðurnar nefndu allar algengustu óhefðbundu meðferðirnar og voru jákvæðar í garð notkunar þeirra á meðgöngu.

> *„Við erum allar mjög opnar fyrir notkun á óhefðbundnum meðferðum á meðgöngu og í fæðingu, ... Allar erum við búnar að fara á nálastungunámskeið og notum þær mikið bæði á meðgöngu og í fæðingu. Við byrjum í raun að meðhöndla konur við áttundu viku til dæmis þær sem eru slæmar af ógleði eru komnar til okkar á þeim tíma eftir símaviðtal“ (Ljósmóðir III).*

Jákvæðni í garð óhefðbundinna meðferða var áberandi og þeim fannst að aðrar ljósmæður væru líka jákvæðar gagnvart notkun á óhefðbundnum meðferðum.

> *„Mér finnst ljósmæður almennt mjög jákvæðar, já bara allar fyrir nálastungunum og öndun og slökun, við erum allar mjög hlynntar því að vera í núinu og að minnka streitu“ (Ljósmóðir IV).*

Þeim fannst læknarnir síður jákvæðir gagnvart notkun óhefðbundinna meðferða en það hafði þó ekki áhrif á þær. Eins og ein ljósmóðirin lýsir því finnst henni læknar í kring um sig hafa litla trú á nálastungum.

> *„Ég var að vinna með tveimur læknum í vetur og hef verið að ræða aðeins um nálastungur og hvort þeir trúi á þær og hvorugur hefur trú á þeim og horfa bara út í loftið. En þegar konurnar eru svo orðnar þreyttar þá eru þeir alveg opnir fyrir því að prófa að örva þær í gang“ (Ljósmóðir II).*

Allar ljósmæðurnar áttu það sameiginlegt að hafa farið á nálastungunámskeið sem þær nýttu bæði á meðgöngu og í fæðingum. Ásamt meðgönguvernd sinntu fjórar þessara ljósmæðra einnig fæðingahjálp.

> *„Já ég hef nú gert það aðeins, [farið á námskeið í óhefðbundum meðferðum] það kemur nú fyrst upp í hugann á mér nálastungurnar en þær eru kannski að vera dálítð hefðbundnar “ (Ljósmóðir I).*

Góður árangur

Algengustu meðgöngukvillarnir sem þær notuðu eða ráðlögðu notkun óhefðbundinna meðferða við voru ógleði, grindarverkir, kvíði og svefnleysi.

> *„Flestar sem ég meðhöndla sjálf með nálum eru með ógleði, grindargliðnun eða aðra stoðkerfisverki, kvíða og svefnleysi“ (Ljósmóðir III).*

Ljósmæðurnar ráðlögðu flestar skjólstæðingum sínum að nota einhverjar óhefðbundnar meðferðir.

„Ég ráðlegg nánast hverri einustu konu að fara í meðgöngusund og jóga, nálarnar minnist ég líka á við allar. Ég er með 8-12 konur á dag alla daga vikunnar“ (Ljósmóðir II).

„Ef ég miða við síðastliðinn mánuð þá hef ég örugglega ráðlagt öllum mínum konum að fara í nálastungur, jóga eða meðgöngusund“ (Ljósmóðir III).

Árangur af nálastungumeðferð fannst þeim vera einstaklingsbundinn en oftast fannst þeim virknin vera mjög góð og að konurnar vildu komast í fleiri meðferðir.

„Stundum og sérstaklega með ógleðina og grindarverkina finnst mér árangurinn misgóður, hjá sumum virkar það rosalega vel á meðan aðrar finna lítinn mun, það er mikill einstaklingsmunur á virkninni en almennt finnst mér árangurinn góður ... ég nota líka rosalega mikið slökunarnálar ef þær sofa illa, þeim finnst það mjög gott. Þar finn ég mjög góðan árangur“ (Ljósmóðir II).

„Mér finnst þetta virka vel og hefur reynst okkur vel. Margar konur hringja aftur eftir ógleðinálarnar og vilja koma aftur því þeim finnst það hjálpa. Konur sem eru með mikinn kvíða í upphafi meðgöngu hef ég boðið að koma líka og gefið þeim slökunarnál, þær hafa hringt aftur, líður betur og finna að það er verið að gera eitthvað fyrir þær“ (Ljósmóðir V).

Fjölbreytileiki

Ljósmæðrunum fannst það passa vel við hugmyndafræði sína að nota óhefðbundnar meðferðir í meðgönguvernd, það yki starfsgleði og fjölbreytni.

> *„Já ekki spurning [að auka notkun óhefðbundinna meðferða á meðgöngu], mér finnst þetta passa mjög vel að hugmyndafræði ljósmæðra og ég held að þetta myndi efla þjónustuna með aukinni fjölbreytni og líkur á því að koma á móts við þarfir og óskir kvennana eru auknar“ (Ljósmóðir III).*

> *„Já ekki spurning [að auka notkun óhefðbundinna meðferða á meðgöngu], ég held að þetta henti mjög vel nútímakonum og ljósmæðrum, gefur fjölbreytni í starfi fyrir okkur“ (Ljósmóðir VI).*

Ein ljósmóðirin komst svo að orði að notkun óhefðbundinna meðferða gæfi henni mikið í starfi, fjölbreytileikinn og það að koma á móts við væntingar konunnar væri mikilvægt.

> *„Eftir því sem ég vinn lengur þá sé ég betur hvað þetta skiptir miklu máli fyrir mig og líka fyrir konurnar, vinna með konurnar skiptir öllu máli. Þetta veitir aukna fjölbreytni í starfi, veitir líka tækifæri til að koma á móts við langanir skjólstæðinga“ (Ljósmóðir V).*

Umhverfi og tímaskortur

Allar vildu þær sjá meiri notkun óhefðbundinna meðferða fyrir barnshafandi konur en fannst starfsumhverfi sitt og tími vera hindrun í vegi þess að auka notkun óhefðbundinna meðferða innan heilsugæslunnar.

> *„Þetta er svo mikil rútína og svo mikið að gera, þetta myndi gefa lífinu lit og auka vellíðan mína og kvennanna en rútínan býður ekki upp á það. Vildi óska að ég hefði lazy boy stól hér inni og gæti boðið konunum upp á meiri þjónustu“ (Ljósmóðir II).*

Sjálfstæði

Að upplifa sjálfstæði og sjálfræði í starfi var þessum ljósmæðrum mikilvægt, þær vinna samhliða læknum en ekki undir þeim og ráða sínu fyrirkomulagi að miklu leyti sjálfar.

> *„Nú er það þannig að við vinnum svo lítið með læknum, þeir koma afar lítið og nánast ekkert að fæðingunum og ekki mikið að meðgönguverndinni heldur nema við vísum til þeirra í einhverjum sérstökum tilfellum ef það er um veikindi að ræða. Svona dagsdaglega þá erum við í litlum samskiptum við þá varðandi þessi mál [óhefðbundnar meðferðir] “ (Ljósmóðir I).*

> *„Ég er mjög heppin að vera í umhverfi þar sem ég ræð mér að miklu leyti sjálf, þarf ekki að fá samþykki lækna á öllu sem ég geri og konurnar þurfa ekki að hitta lækni nema eitthvað sem sé að. Það er frábært að fá að vinna svona sjálfstætt“ (Ljósmóðir V).*

Neikvæð áhrif klínískra leiðbeininga

Flestar rámaði í hvað klínísku leiðbeiningarnar í meðgönguvernd höfðu að segja um notkun óhefðbundinna meðferða á meðgöngu. Aðeins ein hafði nýlega lesið yfir þennan kafla leiðbeininganna. Þeim fannst að allar meðferðirnar væru settar undir einn hatt, voru sammála um að það þyrfti að gæta öryggis í notkun á sumum óhefðbundunum meðferðum svo sem jurtainntöku en það sem ljósmæður notuðu almennt fyrir sína skjólstæðinga væri skaðlaust og öruggt. Þær voru sammála um að leiðbeiningarnar væru neikvæðar og hamlandi gegn notkun óhefðbundinna meðferða.

„Þetta hljómar mjög neikvætt, þetta samræmist nú ekki reynslu okkar ljósmæðra. En hins vegar af því þú talaðir um náttúrulyf og fæðubótarefni og slíkt þá ráðlegg ég konum að nota að minnsta kosti ekki fæðubótarefni og ég ráðlegg þeim að vera mjög gagnrýnar á það sem þær láta ofan í sig“ (Ljósmóðir I).

„Ég hef ekkert stúderað varðandi náttúrulyfin eða grasalyfin og mér finnst mikilvægt að fara varlega í þeim málum. En allar þessar aðferðir sem við erum að nota geta ekki annað en verið öruggar, hvorki nálar eða nudd eru ekkert sem ógnar heilsu konunnar“ (Ljósmóðir V).

„Þetta er náttúrulega mjög letjandi, mér finnst til dæmis sko ef jógað er inn í þessu og hypnobirth námskeiðin, sko margar kaupa bókina og lesa hana. Mér finnst það mjög styrkjandi og jákvætt. Mér finnst þetta [textinn í klínísku leiðbeiningunum] vera voðalega alhliða“ (Ljósmóðir IV).

Umræður

Í þessum kafla eru niðurstöður túlkaðar í samanburði við fyrri rannsóknir og ályktanir dregnar út frá þeim samanburði. Skýrt verður frá kostum og göllum rannsóknarinnar, hvert notagildi hennar er fyrir ljósmæður og framtíðarsýn rannsakanda á viðfangsefnið.

Niðurstöður og samanburður við fyrri rannsóknir

Gífurleg aukning hefur verið í notkun óhefðbundinna meðferða í vestrænum löndum og hafa Íslendingar tekið þátt í þeirri þróun (Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2010). Konur nota almennt frekar óhefðbundnar meðferðir heldur en karlar og því kemur ekki á óvart að notkun þeirra á meðgöngu sé algeng (Evans, 2009; Skouteris o.fl., 2008). Oft nota barnshafandi konur aðferðir eða bjargir sem þær notuðu fyrir meðgöngu með góðum árangri (Nordeng og Havnen, 2005). Ljósmæður þurfa að vera í stakk búnar til að mæta breyttum óskum skjólstæðinga sinna og geta veitt þjónustu eða fræðslu byggða á gagnreyndum og traustum upplýsingum (Adams o.fl., 2011).

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna viðhorf og notkun óhefðbundinna meðferða meðal ljósmæðra í meðgönguvernd. Spurningarlistinn sem var til hliðsjónar við framkvæmd viðtala virðist gefa góða raun. Spurningarnar eru skýrar en jafnframt opnar og því fór umræðan lítið út fyrir efnið. Viðmælendur voru að miklu leiti sammála og niðurstöður úr viðtölum samræmdist erlendum rannsóknum og hlýtur það að teljast kostur.

Sem galla rannsóknar má benta á úrtaksstærð og val á úrtaki. En jafnframt má líta á það sem kost að hafa lítinn einsleitan hóp, með því móti fást betri upplýsingar.

Síðan árið 2002 hafa nálastungunámskeið verið í boði fyrir íslenskar ljósmæður. Samkvæmt Guðlaugu Maríu Sigurðardóttur hjá Níu mánuðum, sem hefur séð um

nálastungunámskeiðin frá upphafi, hafa tæplega 200 íslenskar ljósmæður tekið námskeiðið (munnleg heimild, 9. maí 2012). Trúlega má leiða líkum að því að námskeiðin hafi aukið notkun óhefðbundinna meðferða innan stéttarinnar. Ljósmæðurnar fimm áttu það sameiginlegt að vera mjög jákvæðar í garð óhefðbundinna meðferða og höfðu allar tekið nálastungunámskeið sérsniðið fyrir ljósmæður. Þær notuðu allar nálastungur í meðgönguvernd og ráðlögðu að auki notkun ýmissa annarra óhefðbundinna meðferða. Þetta samræmist ástralskri rannsókn frá 2004 (Gaffney og Smith) þar sem meirihluti ljósmæðra og fæðingalækna var jákvæður gagnvart notkun óhefðbundinna meðferða fyrir barnshafandi konur. Heilbrigðisstéttirnar tvær voru þó ekki sammála hvaða óhefðbundnu meðferðir væru öruggar og gagnlegar. Viðhorfin voru ólík en ljósmæðurnar ráðlögðu konum frekar að nota óhefðbundnar meðferðir heldur en fæðingalæknarnir. Gegnumsneitt virðist viðhorf ljósmæðra og hjúkrunarfræðinga gagnvart óhefðbundnum meðferðum vera jákvæðara (Münstedt o.fl., 2009; Samuels o.fl., 2010). Ljósmæðurnar sem ég talaði við fannst óhefðbundnar meðferðir falla vel að hugmyndafræði ljósmæðra. Þær þurftu að berjast fyrir því að fá að nota nálastungur í mæðravernd en fannst sú barátta vel þess virði. Samkvæmt rannsókn Williams og Mitchell (2007) fannst ljósmæðrum notkun óhefðbundinna meðferða vera gagnleg fyrir bæði barnshafandi konur og ljósmæður. Að þeirra mati gaf það ljósmóðurstarfinu aukna vídd að nota óhefðbundnar meðferðir og samræmist það niðurstöðum mínum. Viðmælendum mínum fannst að tækifærið til að bjóða upp á óhefðbundnar meðferðir veita þeim aukinn fjölbreytileika í starfi og tækifæri á að sinna skjólstæðingum sínum betur. Einnig töluðu sérstaklega tvær ljósmæður um að það skipti máli fyrir konuna að finna að verið væri að gera eitthvað fyrir hana, það væri hluti af ánægjunni og árangrinum. Það samræmist íslenskri rannsókn á notkun nálastunga við grindarverkjum (Anna Sigríður Vernharðsdóttir o.fl., 2009). Allar fimm ljósmæðurnar sem tóku þátt í þessari rannsókn notuðu nálastungur mikið í

meðgönguvernd. Fjórar af þessum ljósmæðrum unnu samhliða meðgönguvernd við fæðingahjálp og sú fimmta hafði verið rúm fjögur ár í meðgönguvernd en áður hafði hún starfað við fæðingar og notað nálastungurnar mikið þá. Það hefði styrkt niðurstöður að hafa fleiri ljósmæður sem ekki hefðu tekið nálastungunámskeið, því eins og einn viðmælandi sagði þá finnst henni að ljósmæður í meðgönguvernd almennt noti nálastungur of lítið.

> *„Mér finnst of fáar ljósmæður í mæðravernd nota nálarnar. Það eru ekki allar búnar að fara á námskeið í nálastungum sem starfa í mæðravernd“ (Ljósmóðir V).*

Samkvæmt fjölda erlendra rannsókna hafa jóga og vatnsleikfimi mjög góð áhrif á barnshafandi konur. Jógaæfingarnar hjálpa þeim að slaka á, verkir í fótum og baki minnka, þær draga úr kvíða og streitu og hafa jákvæð áhrif á þær konur sem þjást af þunglyndi. Þar af leiðir minnkar jóga líkurnar á léttbura- og fyrirburafæðingum (Field o.fl, 2011). Ljósmæðurnar sem rætt var við voru allar sammála um að meðgöngusund og jóga hefði jákvæð áhrif á langflesta skjólstæðinga sína. Það veitti þeim andlega og líkamlega vellíðan og kæmi sér vel í fæðingunni. Öndun og getan til þess að slaka á er mikilvæg þegar í fæðingu er komið og hafa rannsóknir sýnt fram á að jóga á meðgöngu hefur jákvæð áhrif á lengd fæðingar og verkjaupplifun (Chuntharapat, Petpichetchian og Hatthakit, 2008; Sun, Hung, Chang og Kuo, 2010). Rannsóknir hafa sýnt fram á jákvæð áhrif vatnsleikfimi á meðgöngu, minni bjúgmyndun og minni verki í stoðkerfi og fótum (Kent o.fl., 1999; Wedenberg, Moen og Norling; 2000).

Fjórar ljósmæður tóku það sérstaklega fram í viðtölunum að þær ráðlögðu aldrei inntöku jurta og bætiefna. Þeim fannst skorta á rannsóknir í þeim efnum og ráðlögðu konum frekar að leita til sérfræðinga og vera gagnrýnar á hvað þær notuðu. Samkvæmt norskum rannsóknum á notkun náttúrulyfja á meðgöngu er vanþekking og röng notkun áberandi.

Oftast er notkunin að frumkvæði kvennanna sjálfra. Vantraust í garð lækna er sérstaklega áberandi og þá einkum vegna þess að konurnar búast við neikvæðum viðbrögðum þeirra. Um 33% kvennanna töldu sig ekki þurfa samþykki læknis á notkun náttúrulyfja á meðgöngu. Vegna þessa vantrausts í garð heilbrigðisstarfsmanna leggja rannsakendur sérstaka áherslu á mikilvægi þess að spyrja opinskátt og fordómalaust út í notkun náttúrulyfja á meðgöngu (Nordeng og Havnen, 2005 ; Nordeng, Bayne, Havnen og Paulsen, 2011).

Denise Tiran (2006) telur að NICE-leiðbeiningarnar hvetji heilbrigðisstarfsmenn til þess að draga kjark úr barnshafandi konum varðandi notkun á óhefðbundnum meðferðum og að þar sé litið framhjá skoðunum og löngunum verðandi mæðra. Þetta samræmdist mínum niðurstöðum. Að mati viðmælendanna þóttu klínísku leiðbeiningarnar neikvæðar, letjandi og of alhliða. Ljósmæðrunum fannst fráleitt að nálastungur, nudd og jóga væru skaðleg og að forðast ætti slíkt á meðgöngu. Óhefðbundnar meðferðir væru það margar og mismunandi að þær geti ekki allar farið undir einn hatt. Hvað náttúrulyfin og bætiefnin varðaði voru ljósmæðurnar sammála því sem stóð í klínísku leiðbeiningunum. Þótti þeim ekki nægar sannanir fyrir hendi um skaðleysi þeirra á meðgöngu.

Viðmælendur mínir skráðu allar ráðleggingar og notkun nálastungumeðferðar inn í sögukerfið en síður skráðu þær árangur meðferðarinnar.

Rannsóknir sýna að gífurleg aukning er í notkun óhefðbundinna meðferða og til þess að koma á móts við þessa þróun þarf menntun ljósmæðra að breytast (Adams o.fl., 2011; Gaffney og Smith, 2004). Mínir viðmælendur voru allar sammála um að þær vildu læra meira til að veita konum betri fræðslu og þjónustu. Þeim fannst of fá og of dýr námskeið í boði.

Þessi rannsókn sýnir enn fremur að aðgengi kvenna að þjónustu ljósmæðra í meðgönguvernd er til fyrirmyndar. Konur sem þjást af ógleði hafa samband snemma á

meðgöngu til að fá ráðleggingar, ljósmæðurnar sem ég ræddi við nota nálastungur gegn ógleði allt frá 8. viku meðgöngu.

Út frá umfjöllun í fræðilegri samantekt og niðurstöðum rannsóknarinnar er dregin sú ályktun að óhefðbundnar meðferðir eigi vel heima í meðgönguvernd. Notkun óhefðbundinna meðferða virðist að miklu leyti vera bundin við nálastungumeðferð hjá íslenskum ljósmæðrum í meðgönguvernd. Ráðleggingar og fræðsla ljósmæðranna til sinna skjól-stæðinga er byggð á gagnreyndri þekkingu og samræmist erlendum rannsóknum.

Að konum líði vel á meðgöngu er kappsmál þeirra sem vinna með barnshafandi konum og það er ómetanlegt að hafa kost á því að ráðleggja þeim að fara í nudd, jóga, nálastungur eða aðrar óhefðbundnar meðferðir sem auka líkamlega og andlega líðan. Að sama skapi er mikilvægt að ráðleggja konum hvað þær eiga að forðast þar sem ekki hefur verið sýnt fram á skaðleysi þess með rannsóknum og einnig að þær séu sjálfar hvattar til að vera gagnrýnar hvað þær nota og gera á meðgöngunni. Meðgönguvernd byggist að miklu leiti á trausti og áreiðanleika. Fræðsla, byggð á áreiðanlegum upplýsingum, sem kemur til móts við einstaklingsbundnar þarfir barnshafandi kvenna er besti grunnurinn að traustu sambandi ljósmóður og skjólstæðings hennar. Fjölbreytni í þjónustu eykur ánægju hjá bæði ljósmóður og skjólstæðingum hennar.

Lokaorð

Fyrirséð er að aukin notkun á óhefðbundnum meðferðum á meðgöngu og í fæðingu mun koma til með að reyna á starfssvið ljósmæðra. Þær þurfa að aðstoða skjólstæðinga sína með fræðslu og leiðbeiningum byggða á áreiðanlegri þekkingu. Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að viðhorf ljósmæðra í meðgönguvernd til óhefðbundinna meðferða eru mjög jákvæð. Ljósmæðurnar voru meðvitaðar um notagildi og öryggi ákveðinna óhefðbundinna meðferða. Samhliða jákvæðni einkenndust viðhorfin af varkárni og þörf fyrir gagnreynda þekkingu. Að mati ljósmæðranna er grundvöllur fyrir frekari notkun óhefðbundinna meðferða á meðgöngu. Samkvæmt rannsókn þessari ráðleggja þær helst um notkun jóga og meðgöngusunds. Það sem kemur kannski helst á óvart er að nudd er ekki algeng ráðlegging því samkvæmt landskönnun er það mest notaða óhefðbundna meðferðin (Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2010).

Mikilvægt er að útrýma fordómum gegn óhefðbundum meðferðum sem oft eru byggðir á vankunnáttu og hefðum en jafnframt þurfa ráðleggingar og notkun óhefðbundinna meðferða að byggja á gagnreyndri þekkingu um öryggi og árangur. Auka þyrfti kennslu um óhefðbundnar meðferðir á meðgöngu og samræma hjá heilbrigðisstéttum sem sinna konum í meðgönguvernd.

Framtíðarsýn

Til þess að yfirfæra rannsóknarniðurstöður á þýði ljósmæðra þyrfti að taka fleiri viðtöl við ljósmæður sem ekki hafa lokið neinum námskeiðum í óhefðbundnum meðferðum og sjá hvort viðhorfin eru ólík hjá þeim hópi.

Það er ljóst að akur óhefðbundinna meðferða á Íslandi er óplægður og margar spurningar vakna í huga ljósmóðurnemans varðandi framtíðarrannsóknarefni. Næsta skref er að rannsaka notkun kvenna á óhefðbundnum meðferðum á meðgöngu, hvaða meðferðir eru íslenskar konur að nota, hver ráðleggur þeim varðandi þá notkun og hver er árangur meðferðanna?

Heimildaskrá

Adams, J., Lui, C.-W., Sibbritt, D., Broom, A., Wardle, J. og Homer, C. (2011). Attitudes and referral practices of maternity care professionals with regard to complementary and alternative medicine : an integrative review. *Journal of Advanced Nursing, 67*(3), 472-483.

Adams, J., Sibbritt, D. og Lui, C.-W. (2011). The Use of Complementary and Alternative Medicine During Pregnancy: A Longitudinal Study of Australian Women. *Birth, 38*(3), 200-206.

Ågren, A. og Berg, M. (2006). Tactile massage and severe nausea and vomiting during pregnancy – women's experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*(2), 169-176.

Albert, H., Godskesen, M. og Westergaard, J. (2001). Prognosis in four syndromes of pregnancy - related pelvic pain. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica (Formerly : Acta Gynecologica Scandinavica), 80*(6), 505-510.

Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hosli, I. og Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 20*(3), 189-209.

Allaire, A. og Wells, S.R. (2000). Complementary and alternative medicine in pregnancy : a survey of North Carolina certified nurse - midwives. *Obstetrics and Gynecology, 95*(1), 19-23.

Anna Sigríður Vernharðsdóttir, Stefanía Guðmundsdóttir, Helga Sigurðardóttir, Þóra Jenný Gunnarsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir (2009). Nálastungumeðferð í ljósmóðurstarfi. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstj.), *Lausnarsteinar. Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist.* (bls. 123-143) Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag, Ljósmæðrafélag Íslands.

Ansari, N. N., Hasson, S., Naghdi, S., Keyhani, S. og Jalaie, S. (2010). Low back pain during pregnancy in Iranian women: Prevalence and risk factors. *Physiotherapy Theory & Practice, 26*(1), 40-48.

Balaskas, J. (1994). Preparing for birth with yoga. London: Harper Collins Publisher Ltd.

Bartholomew, C.M. (2011). Nausea and vomiting. Í S. Macdonald og J. Magill-Cuerden (ritstj.), Mayes Midwifery (bls. 747-751). London: Bailliére Tindall, Elsevier.

Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir. (2010). Notkun óhefðbundinna heilbrigðisþjónustu á Íslandi. *Læknablaðið, 95*(4), 267-273.

Björklund, K. og Bergström, S. (2000). Is pelvic pain in pregnancy a welfare complaint. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica (Formerly : Acta Gynecologica Scandinavica), 79*(1), 24-30.

Burns, E. E., Blamey, C., Ersser, S. J., Barnetson, L. og Lloyd, A. J. (2000). An Investigation into the Use of Aromatherapy in Intrapartum Midwifery Practice. *Journal of Alternative & Complementary Medicine, 6*(2), 141-146.

Chang, H.-Y., Yang, Y.-L., Jensen, M. P., Lee, C.-N. og Lai, Y.-H. (2011). The Experience of and Coping with Lumbopelvic Pain among Pregnant Women in Taiwan. *Pain Medicine, 12*(6), 846-853.

Çoban, A. og Şirin, A. (2010). Effect of foot massage to decrease physiological lower leg oedema in late pregnancy : A randomized controlled trial in Turkey. *International Journal of Nursing Practice, 16*(5), 454-460.

Cummings, M. (2011). Forbidden points in pregnancy : no plausible mechanism for risk. *Acupuncture in Medicine, 29*(2), 140-142.

Chuntharapat, S., Petpichetchian, W. og Hatthakit, U. (2008). Yoga during pregnancy: Effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 14*(2), 105-115.

Darlington, Y. og Scott, D. (2002). *Qualitative Research in Practice: Stories from the field*. Allen & Unwin. Crows Nest.

Diego, M. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C. og Gonzalez-Quintero, V. H. (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Human Development, 85*(1), 65-70.

Dugoua, J.J. (2010). Herbal medicines and pregnancy. *Journal of population therapeutics and clinical pharmacology, 17*(3), e370-e378.

Ee C.C., Manheimer E., Pirotta M.V. og White A.R. (2008). Acupuncture for pelvic and back pain in pregnancy : a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 198*(3), 254-259.

Ebrahimi, N., Maltape, C. og Einarson, A. (2010). Optimal management of nausea and vomiting of pregnancy. *International Journal of Women's Health, 2*, 241-248.

Elden, H., Östgaard, H.-C., Olsen, M. F.-., Ladfors, L. og Hagberg, H. (2008). Treatments of pelvic girdle pain in pregnant women : adverse effects of standard treatment , acupuncture and stabilising exercises on the pregnancy , mother , delivery and the fetus / neonate. *Bmc Complementary and Alternative Medicine, 8*(1), 34.

Evans, M. (2009). Postdates pregnancy and complementary therapies. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 15*(4), 220-224.

Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Schanberg, S. og Kuhn, C. (2005). Cortisol decreases and seotonin and dopamin increse following massage therapy. *International Journal of Neuroscience, 115*(10), 1397-1413.

Field, T. (2008). Pregnancy and labor alternative therapy research. Alternative Therapies in Health and Medicine, 14(5), 28-34. Retrieved 23. february 2012 from http://search.proquest.com/docview/69527576?accountid=135775

Field, T., Figueiredo, B., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Deeds, O. og Ascencio, A. (2008). Massage therapy reduces pain in pregnant women , alleviates prenatal depression in both parents and improves their relationships. *Journal of Bodywork and Movement Therapies, 12*(2), 146-150.

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Medina, L., Delgado, J. og Hernandez, A. (2011). Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *Journal of Bodywork and Movement Therapies 16*(2), 204-209.

Gaffney, L. og Smith, C. A. (2004). Use of complementary therapies in pregnancy : The perceptions of obstetricians and midwives in South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology , The, 44*(1), 24 -29.

Germain, S. og Nelson-Piercy, C. (2011). Common symptoms during pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology and amp; Reproductive Medicine, 21*(11), 323-326.

Gilbert, E. S. (2011). *Manual of High Risk Pregnancy & Delivery* (5. útgáfa). St. Louis: Mosby Elsevier.

Goodlin, R.C., Engdahl-Hoffman, K.L., Williams, N.E. og Buchan, D. (1984). Sholder out immersinon in pregnant women. *J Periant Med, 12* (1984). 173-177.

Grigg, C. (2006).Working with women in pregnancy. Í S. Pairman, J. Pincombe, C. Thorogood og S. Tracy (ritstj.), *Midwifery: Preparation for practice* (bls. 341-374). Australia: Churchill Livingstone.

Grote, N.K., Bridge, J.A., Gavin, A.R., Melville, J.L., Iyengar, S. og Katon,W.J. (2010). Ameta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry (67)*, 1012-1024.

Gutke, A., Östgaard, H. C. og Öberg, B. (2006). Pelvic Girdle Pain and Lumbar Pain in Pregnancy: A Cohort Study of the Consequences in Terms of Health and Functioning. *Spine, 31*(5), E149-E155 110.1097/1001.brs.0000201259.0000263363.e0000201251.

Gürkan, Ö, C. og Arslan, H. (2008). Effect of acupressure on nausea and vomiting during pregnancy. *Complementary Therapies in Clinical Practice (Formerly : Complementary Therapies in Nursing and Midwifery), 14*(1), 46-52.

Helga Jónsdóttir (2003). Viðtöl sem gagnasöfnunaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 67-84). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Hollyer, T., Boon, H., Georgousis, A., Smith, M. og Einarson, A. (2002). The use of CAM by women suffering from nausea and vomiting during pregnancy. *Bmc Complementary and Alternative Medicine, 2*(1), 5.

Igarashi, T. og Fujita, M. (2010). Effects of aromatherapy for self-care during pregnancy. *Journal of Nara Medical Association, 61*(3-4), 101-112.

Kalder, M., Knoblauch, K., Hrgovic, I. og Münstedt, K. (2011). Use of complementary and alternative medicine during pregnancy and delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 283*(3), 475-482.

Kaptchuk, T.J. (1983). *The web that has no weaver: Understanding Chinese medicine*.New York, Congdon & Weed.

Kent. T., Gregor, J., Deardorff, L. og Katz, V. (1999). Edema of pregnancy : a comparison of water aerobics and static immersion. *Obstetrics and Gynecology, 94*(5), 726-729.

Kristiansson, P., Svärdsudd, K. og von Schoultz, B. (1996). Serum relaxin, symphyseal pain, and back pain during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 175*(5), 1342-1347.

Krueger. (2006). Womens Reproductive Health and Neonatal Care. *Journal of the American Osteopathic Association, 106*(4), 181-182.

Kvorning, N., Holmberg, C., Grennert, L., Aberg, A. og Akeson, J. (2004). Acupuncture relieves pelvic and low-back pain in late pregnancy. [Article]. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 83*(3), 246-250.

Landlæknisembættið. (2010). Meðgönguvernd heilbrigðar kvenna í eðlilegri meðgöngu. Klínískar leiðbeiningar. Sótt 29.febrúar 2012 af: http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=4407

Licciardone. (2010). Osteopathic manipulative treatment of back pain and related symptoms during pregnancy : a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202*(1), 43.e1-43.e8.

Manber, R., Schnyer, R. N., Allen, J. J. B., Rush, A. J. og Blasey, C. M. (2004). Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy. *Journal of Affective Disorders, 83*(1), 89-95.

Manber , R., Schnyer , R. N., Lyell , D., Chambers , A. S., Caughey , A. B., Druzin o.fl. (2010). Acupuncture for Depression During Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology, 115*(3), 511-520.

Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy : rates , risks and consequences - Motherisk Update 2008. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology, 16*(1), e15-22.

McNabb, M. T. M., Kimber, L., Haines, A. og McCourt, C. (2006). Does regular massage from late pregnancy to birth decrease maternal pain perception during labour and

birth?—A feasibility study to investigate a programme of massage, controlled breathing and visualization, from 36 weeks of pregnancy until birth. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 12*(3), 222-231.

Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., o.fl. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders, 108*(1–2), 147-157.

Morse, J.M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K. og Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods, 1(2),* 13-22.

Münstedt, K., Brenken, A. og Kalder, M. (2009). Clinical indications and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in germany: A questionnaire study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 146*(1), 50-54.

Münstedt, K., Schröter, C., Brüggmann, D., Tinneberg, H. og von Georgi, R. (2009). Use of Complementary and Alternative Medicine in Departments of Obstetrics in Germany. *Forschende Komplementärmedizin / Research in Complementary Medicine, 16*(2), 111-116.

NCCAM. (National Center for Complementary and Alternative Medicine). (2011, júlí). *What Is Complementary and Alternative Medicine?* Sótt 7.maí 2012 af: http://nccam.nih.gov/health/whatiscam#types

NICE. (2012). About NICE. Sótt 6.maí 2012 af: http://www.nice.org.uk/aboutnice/about_nice.jsp

NICE. (2011). *NICE 'do not do' recommendations details*. Sótt 29.febrúar 2012 af: http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/detail.jsp?action=details&dndid=195

Niebyl, J.R. (2010). Nausea and vomiting in pregnancy. *The New England Journal of Medicine, 363*(16), 1544-1550.

Nordeng, H. og Havnen, G. C. (2005). Impact of socio-demographic factors, knowledge and attitude on the use of herbal drugs in pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 84*(1), 26-33.

Nordeng, H., Bayne, K., Havnen, G. C. og Paulsen, B. S. (2011). Use of herbal drugs during pregnancy among 600 Norwegian women in relation to concurrent use of conventional drugs and pregnancy outcome. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 17*(3), 147-151.

Norén, L., Östgaard, S., Johansson, G. og Östgaard, H. (2002). Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up. *European Spine Journal, 11*(3), 267-271.

Ouchi, Y., Kanno, T., Okada, H., Yoshikawa, E., Shinke, T., Nagasawa, S., o.fl. (2006). Changes in cerebral blood flow under the prone condition with and without massage. *Neuroscience Letters, 407*(2), 131-135.

Osteópatafélag Íslands. (e.d.) *Finna osteópata*. Sótt 30.apríl 2012 af: http://www.osteopatia.is/node/6

Polit, D.F. og Beck, C.T. (2006). Essentials of nursing reaserch: Methods, aprraisal and utilization (6.útgáfa). Philadelphia: Lippincott Williams og Wilkins.

Potter, A.P. og Perry, G.A. (2001). *Fundamentals of nursing* (5.útg). St. Louis: Mosby.

Price, S. og Price, L. (1995). Aromatherapy for Health Professionals. New York: Churchill Livingstone.

Reynolds, D. (2003). Severe gestational edema. *Journal of Midwifery & amp; Women's Health*, *48*(2), 146-148.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. og Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, *26*(4), 289-295.

Samuels, N., Zisk-Rony, R. Y., Singer, S. R., Dulitzky, M., Mankuta, D., Shuval, J. T. og Oberbaum, M. (2010). Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among nurse-midwives in Israel. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *203*(4), 341.e341-341.e347.

Shuval, J. T. (2008). Midwives Practice CAM : Feminism in the Delivery Room. *Complementary Health Practice Review (Now : Journal of Evidence - Based Complementary and Alternative Medicine), 13*(1), 46 - 62.

Sigurður Guðmundsson (2005). Óhefðbundin meðferð. Sótt 8.maí af: http://www.landlaeknir.is/Pages/729

Sigurlína Davíðsdóttir (2003). Viðtöl sem gagnasöfnunaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttirog Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 219-248). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Skouteris, H., Wertheim, E. H., Ralis, S., Paxton, S. J., Kelly, L. og Milgrom, J. (2008). Use of complementary and alternative medicines by a sample of australian women during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 48*(4), 384-390.

Smith, C., Crowther, C. Og Beilby, J. (2002). Pregnancy outcome following women´s participation in a randomised controlled trial of acupuncture to treat nausea and vomiting in early pregnancy. *Complementary Therapies in Medicine, 10*, 78-83.

Smith, J.A., Refuerzo, J.S. og Ramin, S.M. (2010). Patient information: Nausea and vomiting of pregnancy. Í Lockwood, C. J. og Brass, V. A. (ritstjórar). *Up To Date.* Sótt 23.febrúar 2012 af: http://www.uptodate.com/contents/patient-information-nausea-and-vomiting-of pregnancy?source=searchresult&search= vomiting+ pregnancy&selectedTitle=5%7E150#H5

Sun, Y.-C., Hung, Y.-C., Chang, Y. og Kuo, S.-C. (2010). Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. *Midwifery, 26*(6), e31-e36.

Tiran, D. (1996a). Aromatherapy in midwifery: Benefits and risks. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery, 2*(4), 88-92.

Tiran, D. (1996b). The use of complementary therapies in midwifery practice: A focus on reflexology. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery, 2*(2), 32-37.

Tiran, D. (2003). The use of herbs by pregnant and childbearing women: A risk–benefit assessment. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery, 9*(4), 176-181.

Tiran, D. (2005). NICE guideline on antenatal care : routine care for the healthy pregnant woman—recommendations on the use of complementary therapies do not promote clinical excellence. *Complementary Therapies in Clinical Practice (Formerly : Complementary Therapies in Nursing and Midwifery), 11*(2), 127-129.

Tiran, D. (2006). Complementary therapies in pregnancy: Midwives' and obstetricians' appreciation of risk. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 12*(2), 126-131.

Tiran, D. (2009). Structural reflex zone therapy in pregnancy and childbirth: A new approach. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 15*(4), 234-238.

Tiran, D. (2011). Complementary therapies in maternity care: Responsibilities of midwives. Í S. Macdonald og J. Magill-Cuerden (ritstj.), *Mayes Midwifery* (bls. 207-215). London: Bailliére Tindall, Elsevier.

Vleeming , A., Albert , H., è, Östgaard , H., Sturesson , B. og Stuge , B. (2008). European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *European Spine Journal, 17*(6), 794-819.

Wedenberg, K., Moen, B. og Norling, Å. (2000). A prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for low - back and pelvic pain in pregnancy. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica (Formerly : Acta Gynecologica Scandinavica), 79*(5), 331-335.

World Health Organization. *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Geneva: World Health organization.* Sótt 4.maí 2012 af: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf

Williams, J. og Mitchell, M. (2007). Midwifery managers' views about the use of complementary therapies in the maternity services. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 13*(2), 129-135.

Wills, G. og Forster, D. (2008). Nausea and vomiting in pregnancy: what advice do midwives give? *Midwifery, 24*(4), 390-398.

Wu, W. H., Meijer, O. G., Uegaki, K., Mens, J. M. A., Dieen, J. H., Wuisman, P. I. J. M. og Östgaard, H. C. (2004). Pregnancy - related pelvic girdle pain (PPP) , I : Terminology , clinical presentation , and prevalence. *European Spine Journal, 13*(7), 575-589.

Zib, M., Lim, L. og Walters, W.A.W. (1999). Symptoms During Normal Pregnancy: A Prospective Controlled Study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 39*(4), 401-410.

Östgaard, H. C., Andersson, G. B. og Karlsson, K. (1991). Prevalence of back pain in pregnancy. *Spine, 16*(5), 549-552.

Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karslsson. (2003). Um úrtök og úrtaksaðferðir. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), í *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 51-66). Akureyri: Háskólaútgáfan.

Viðauki I

Spurningarammi fyrir viðtal við ljósmæður.

1. Hvenær laukst þú ljósmóðurnámi?

   - Hve mörg ár hefur þú starfað sem ljósmóðir að útskrift lokinni?

1. Hve lengi hefur þú starfað við meðgögnuvernd?
2. Hefur þú farið á námskeið í notkun óhefðbundum meðferðum?

    Ef já þá hvaða námskeið?

3. Hve margar óhefðbundnar meðferðir þekkir þú ?
4. Notar þú sjálf óhefðbundnar meðferðir í meðgönguvernd eða fæðingum?

    Ef já þá hverjar, lýstu í hvaða tilgangi og/eða gegn hvaða óþægindum

5. Hve mörgum barnshafandi konum hefur þú ráðlagt að nota óhefðbundnar meðferðir á síðastliðnum 6 mánuðum?

    Hvaða meðferðir hefur þú ráðlagt?

    Ef já hvernig finnst þér konurnar lýsa árangri af slíkum meðferðum?

6. Setur þú ráðleggingar og útkomu varðandi óhefðbundnar meðferðir inn í Sögukerfið?

7. Þekkir þú það sem klínískar leiðbeiningar í meðgönguvernd segja um óhefðbundnar meðferðir?

Texti lesinn upp:

Óhefðbundnar meðferðir*: Fræða á barnshafandi konur/verðandi foreldra um að einungis fáar óhefðbundnar meðferðarleiðir eru taldar öruggar og áhrifaríkar á meðgöngu og ætti ekki að nota nema í samráði við lækni eða ljósmóður.*

Náttúrulyf, grasalyf og hómópatalyf: *Lítið er vitað um náttúrulyf, grasalyf og hómópatalyf úr gagnreyndum rannsóknum.Sum þeirra geta innihaldið skaðleg efni og ætti ekki að nota á meðgöngu nema í samráði við lækni.*

8. Hvernig finnst þér almennt viðhorf ljósmæðra sem starfa í kring um þig í garð óhefðbundinna meðferða?
9. Hvernig finnst þér almennt viðhorf lækna sem starfa í kring um þig í garð óhefðbundinna meðferða?
10. Myndir þú vilja auka notkun óhefðbundinna meðferða fyrir barnshafandi konur?
11. Hefur þú sjálf farið í óhefðbundna meðferð?
12. Hefur þú áhuga á frekari menntun í óhefðbundnum meðferðum sem myndi nýtast í ljósmóðurstarfi?