



**Geðheilsa og geðheilsuvernd á meðgöngu.**

**Nálgun, vinnulag og viðhorf ljósmæðra.**

**María Sunna Einarsdóttir**

**Ritgerð til kandidatsprófs (12 einingar) í ljósmóðurfræði**

**Námsbraut í ljósmóðurfræði**



**HÁSKÓLI ÍSLANDS**  
**HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ**

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

**Geðheilsa og geðheilsuvernd á meðgöngu.  
*Nálgun, vinnulag og viðhorf ljósmæðra.***

María Sunna Einarsdóttir.

Ritgerð til kandidatsprófs í ljósmóðurfræði

Leiðbeinendur: Helga Gottfreðsdóttir og Stefanía B. Arnardóttir.

Hjúkrunarfræðideild

Námsbraut í ljósmóðurfræði

Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2014

***Antenatal mental health: Midwife's attitude, approach and work procedures.***

María Sunna Einarsdóttir

Thesis for a degree in Midwifery  
Candidata Obstetriciorum Advisor: Helga Gottfreðsdóttir og Stefanía B. Arnardóttir  
Faculty of Nursing  
Department of Midwifery  
School of Health Sciences  
June 2014

Ritgerð þessi er til kandidatsprófs í ljósmóðurfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© María Sunna Einarsdóttir 2014

Prentun: Háskólaprent

Reykjavík, Ísland 2014

## Ágrip

Tilgangur þessa verkefnis var tvíþættur. Annars vegar að fræðast um mikilvæga og algenga þætti varðandi andlega vanlíðan kvenna á meðgöngu og draga fram mikilvægi geðheilsuverndar á meðgöngu. Hins vegar að taka viðtöl við ljósmæður í mæðravernd Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins til þess að fá innsýn í nálgun þeirra, vinnulag og viðhorf til geðheilsuverndar í mæðraverndinni. Notast var við fræðilega úttekt í fyrri hluta verkefnis og eigindleg viðtöl í seinni hluta þess.

Tekin voru viðtöl við tvær ljósmæður í mæðraverndinni. Viðtölin voru tekin upp og skrifuð niður orð fyrir orð. Tekin voru út helstu atriði viðtalanna og fundust sex þemu sem voru eftirfarandi: Sjálfsgæði hluti af mæðravernd, leiðbeiningar hjálpa, að hlusta og lækningamáttur samtalsins, tímapróng og bið eftir sérfræðihjálp, að komast að orsök og vinna út frá því og að lokum þjálfun í samtalstækni og að þora að spyrja.

Niðurstöður þessa verkefnis leiddu í ljós alvarleika andlegrar vanlíðunar á meðgöngu. Að meta andlega líðan á meðgöngu er ekki síður mikilvægt en að meta líkamlega líðan. Andleg vanlíðan á meðgöngu getur haft alvarleg áhrif á heilsu móður og barns og haft neikvæð áhrif á fjölskylduna sem heild. Einnig kom í ljós að þær ljósmæður sem rætt var við höfðu jákvætt viðhorf til geðheilsuverndar, þær upplifðu að hafa úrræði og getu til þess að meta andlega líðan kvenna á meðgöngu en þó fannst þeim að hægt væri að gera betur. Ljósmæðurnar töldu að klínískar leiðbeiningar og vinnuleiðbeingar sem kynntar voru árið 2012, fræðsla, námskeið og vitundarvakning hjálpuðu ljósmæðrum við að finna og sinna þessum konum. Helstu hindranir í geðheilsuvernd voru bið eftir sálfræðihjálp og tímaskortur. Þar að auki fannst þeim mikilvægt að ljósmæður hefðu vald á góðri samtalstækni ásamt því að vera óhræddar við að spyrja um geðheilsu.

## **Abstract**

The purpose of this study was twofold: first, to learn about the importance and common aspects of mental distress for women during pregnancy, also to reveal the importance of mental care during pregnancy; second, to conduct interviews with midwives in antenatal care, to gain insight into their approach, procedures and attitudes toward mental health care.

A literature review was used for the first part of the study and qualitative interviews for the second part. Interviews were conducted with two midwives from a maternity centers. The interviews were recorded then subsequently transcribed word for word. The text was analyzed and the six themes were identified: natural part of antenatal care; instructions help; listening and the healing of conversation; time pressure and wait for expert help; to get to the cause and work from there; communication skill training and the courage to ask.

The results of this study show how severe the affects mental illness during pregnancy can have. The importance to assess mental health during pregnancy is no less than the importance to assess physical health. Additionally mental distress during pregnancy can seriously affect the health of the mother-and-child and adversely affect the family as a whole.

It was also revealed that the midwives that were interviewed had a positive attitude towards mental care, they felt that they had resources and capacity to assess the mental health of women during pregnancy, but also felt that they could provide better care. The midwives thought that the clinical guidelines introduced in 2012, education, seminars, and awareness, helped midwives to identify and care for this group of women. Still they found that the main barriers to mental care were waiting for psychiatric help and lack of time. Moreover, they found it of importance that midwives have good communication skills as well as being unafraid to ask about mental health.

## **Þakkarorð**

Þetta verkefni var unnið við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands árið 2014.

Hjartans þakkir fær Smári eiginmaður minn ásamt börnum mínum Daníel, Katrínu Ósk og Davíð Emil, fjölskylda og vinir fyrir ómetanlegan stuðning og þolinmæði, við gerð þessa verkefnis og í gegnum allt námið.

Kærar þakkir til Helgu Gottfreðsdóttur og Stefaníu B. Arnardóttur fyrir góða leiðsögn, ábendingar og gott samstarf í þessu verkefni.

Að lokum vil ég þakka ljósmæðrunum sem tóku þátt í viðtölunum.

# Efnisyfirlit

Ágrip .....	3
Abstract .....	4
Þakkarorð .....	5
Efnisyfirlit .....	6
1 Inngangur .....	7
1.1 Heimildarleit .....	9
1.2 Skilgreiningar á hugtökum .....	10
1.3 Tilgangur verkefnis .....	11
1.4 Rannsóknarspurningar .....	11
2 Fræðileg samantekt .....	12
2.1 Tíðni þunglyndis, kvíða og streitu .....	12
2.2 Áhættuþættir þunglyndis, kvíða og streitu .....	13
2.3 Helstu áhrif og afleiðingar andlegrar vanlíðunar á móður og fóstur .....	14
2.4 Tengslamyndun .....	16
2.5 Meðferð við þunglyndi, kvíða og streitu aðrar en lyfjameðferðir .....	17
2.6 Samantekt .....	18
3 Aðferðafræði .....	20
3.1 Viðtal sem rannsóknaraðferð .....	20
3.2 Val á þátttakendum og siðfræðilegar vangaveltur .....	21
3.3 Framkvæmd viðtala og úrvinnsla gagna: .....	21
4 Niðurstöður .....	22
4.1 Niðurstöður viðtala .....	22
5 Umræður .....	29
5.1 Takmarkanir og styrkleikar verkefnis .....	31
5.2 Notagildi fyrir ljósmæður .....	32
6 Framtíðarrannsóknir .....	33
Ályktanir .....	34
Heimildalisti .....	35
Fylgiskjal 1 .....	41
Fylgiskjal 2 .....	43



# 1 Inngangur

Meðgangan er tími líkamlegra, lífeðlisfræðilegra, sálfræðilegra og félagslegra breytinga í lífi kvenna. Konur bregðast mismunandi við því að verða barnshafandi, flestar konur upplifa gleði og tilhlökkun en sumar konur upplifa kvíða og ótta yfir því sem framundan er (Niven, 1992). Konur sem eru barnshafandi eru í aukinni áhættu á því að finna fyrir þunglyndi og annarri sálrænni vanlíðan. Auk þess virðist vera sem konur með andlega vanlíðan leiti sér oft ekki hjálpar, því uppgötvast vanlíðan þeirra oft ekki fyrr en eftir fæðingu eða jafnvel á næstu meðgöngu (Buist, 2007). Samkvæmt rannsóknum eru konur með sögu um alvarlega geðræna sjúkdóma stundum hræddar við að mæta fordómum í mæðraverndinni og því draga þær það að mæta í fystu skoðun. Slíkt getur haft alvarlegar afleiðingar fyrir móður og barn (Graig og Abel, 2001). Því er mikilvægt að geðheilsuvernd á meðgöngu sé hluti af venjubundinni mæðravernd. Rannsóknir hafa sýnt fram á að andleg vanlíðan á meðgöngu kemur niður á lífsgæðum konunar (Nicholson o.fl., 2006). Einnig er andleg vanlíðan á meðgöngu talin hafa neikvæð áhrif á þroska og velferð fósturs, heilsu móðurinnar og fjölskyldunnar í heild (Marga Thome og Stefanía B. Arnardóttir, 2009; Buist o.fl. 2007). Vegna þessa hefur síðustu ár orðið meiri vakning um þetta málefni. Þó hafa ennþá ekki komið fram skimunartæki sem eru nægilega áreiðanleg til skimunar á andlegri vanlíðan á meðgöngu (Austin og Lumle, 2003; Marga Thome og Stefanía B. Arnardóttir, 2009). Að líða vel andlega á meðgöngunni er gífurlega mikilvægt fyrir konuna sjálfa og fyrir barnið sem er að vaxa og dafna í móðurkviði, því að meðgangan er mikilvægt aðlögunartímabil móður og hins vegar mikilvægt tímabil fyrir þroska fósturs (Glover, 2014). En hvað er andleg heilsa? Samkvæmt WHO (2013) er andleg heilsa: "a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community" (WHO, 2013).

En hvað er andleg vanlíðan? Það má segja að andleg vanlíðan sé fjölþætt hugtak sem getur meðal annars falið í sér þunglyndi, streitu, kvíða og þreytu sem eru algeng geðræn vandamál (Marga Thome og Stefanía B. Arnardóttir, 2009). Höfundi þessa verkefnis fannst því mikilvægt að einskorða þetta verkefni ekki við eitthvert eitt ákveðið geðrænt vandamál á meðgöngu, heldur hefur höfundur valið að gera skil á þunglyndi, kvíða og streitu á meðgöngu í þessu verkefni. Mikilvægt er þó að taka fram að þessi listi er ekki tæmandi hvað varðar andlega vanlíðan á meðgöngu.

Hvert er hlutverk ljósmæðra í geðheilsuvernd á meðgöngu? Í kafla II í alþjóðasiðareglum ljósmæðra kemur meðal annars fram: Ljósmæður leitast við að sinna sálrænum, líkamlegum, tilfinningalegum og andlegum þörfum kvenna sem til þeirra leita, hverjar svo sem aðstæður þeirra kunna að vera (Ljósmæðrafélag Íslands, e.d.). Á Íslandi er mælt til þess að allar konur séu spurðar um andlega vanlíðan á meðgöngu ásamt því að skimað sé fyrir fæðingaþunglyndi eftir fæðingu (Landlæknisembættið, 2008). Árið 2008 gaf Landlæknisembættið út klínískar leiðbeiningar um meðgönguvernd barnshafandi kvenna í eðlilegri meðgöngu. Í kafla 4.3 er einmitt talað um að meðgönguvernd þurfi að fara fram í umhverfi sem gerir konunni kleift að ræða viðkvæm mál eins og heimilisofbeldi, kynferðisofbeldi, geðsjúkdóma og neyslu ólöglegra vímuefna eða önnur félagsleg vandamál. Þessar leiðbeiningar voru þýddar og staðfærðar úr leiðbeiningum National Institute for Clinical Excellence, NICE (Landlæknisembættið, 2008). Á meðan áhersla hefur verið lögð á rannsóknir

um fæðingapunglyndi og geðræn vandamál eftir fæðingu hafa ekki verið gerðar margar rannsóknir um vanlíðan á meðgöngu (Gutteridge, 2011). Á Íslandi er ekki skimað sérstaklega fyrir andlegri vanlíðan á meðgöngu eins og fyrir þunglyndi eftir fæðingu. Árið 2010 voru klínískar leiðbeiningar um meðgönguvernd endurskoðaðar í heild sinni og merkt við þá kafla sem tóku breytingum (Hildur Kristjánsdóttir, munnleg heimild, 15. apríl 2014). Kafli 7.6 er einn af þeim köflum sem var breytt, í kaflanum er nú mælt til þess að allar konur í meðgönguvernd séu spurðar um núverandi eða fyrrverandi alvarlega geðsjúkdóma auk fjölskyldusögu. Þar að auki er spurt um fyrri aðstoð hjá geðlækni eða geðteymi, geðræn vandamál eða geðsjúkdóm á fyrri meðgöngu eða eftir fæðingu. Einnig er mælt til þess að allar konur séu spurðar tveggja spurninga um andlega líðan og þriðju spurningunni bætt við ef þörf er á. Spurningar eru eftirfarandi:

*„Hefur líðan þín breyst síðastliðinn mánuð þannig að þér hefur til dæmis fundist þú vera langt niðri, þunglynd eða haldin vonleysi?“*

*„Hefur þú fundið fyrir áhugaleysi eða fundið fyrir því að hafa ekki ánægju af að gera það sem þú ert vön að gera á síðastliðnum mánuðum?“*

Ef konan svarar annarri eða báðum spurningum játandi ætti að íhuga þriðju spurninguna sem er eftirfarandi:

*Er þetta eitthvað sem þú vilt ræða frekar eða fá aðstoð við? (Landlæknisembættið, 2008).*

Í flestum vestrænum löndum er boðið upp á mæðravernd þar sem konur mæta reglulega í mæðraskoðun hjá ljósmóður eða lækni, oftast í kringum tíu heimsóknir (Yelland og Brown, 2014). Á Íslandi er mælt með að frumbyrjur mæti í tíu skipti í mæðraskoðun en fjölbyrjur í sjö skipti, en ef þörf er á viðbótarskoðun er það gert í samráði við konuna og fagfólk (Landlæknisembættið, 2008). Reglulegar heimsóknir til ljósmóður á meðgöngu setja því ljósmæður í lykilstöðu við að spyrja allar konur í mæðraverndinni um andlega líðan og styðja þær sem þurfa á því að halda eða vísa þeim áfram á viðeigandi úrræði (Yelland og Brown, 2014). Samkvæmt erlendri rannsókn hefur komið í ljós að þrátt fyrir að vilji ljósmæðra sé fyrir hendi varðandi það að finna konur með andlega vanlíðan og aðstoða eða vísa í frekari úrræði sinntu þær ekki alltaf þessum konum sem skyldi. Helstu ástæður þess eru taldar vera skortur á úrræðum, tíma, þekkingu og hæfni til þess að meta konurnar og fylgja þeim eftir. Þar að auki fannst ljósmæðrum oft yfirþyrmandi að sinna þeim og því fannst þeim erfitt að sinna þeim. Einnig hefur komið í ljós að þær vantar trú á eigin getu og sjálfstraust til þess að veita konum með andlega vanlíðan umönnun (MCCauley, Elsom, Muir-Cochrane, Lyneham, 2011). Auk þess hafa erlendar rannsóknir leitt í ljós að reynsla kvenna af geðheilsuvernd ljósmæðra á meðgöngu er misgóð. Konur voru almennt ánægðar með þjónustu ljósmóður, en það sem helst hafði áhrif á jákvæða eða neikvæða upplifun af því að vera spurðar út í andlega líðan var hversu hæf og nærgætin ljósmóðirin var í viðbrögðum sínum þegar konur áttu við einhvers konar andlega vanlíðan að stríða. Það skipti konurnar miklu máli að ljósmóðirin væri hlý og skilningsrík. Gæði samtals í fyrstu komu höfðu mikil áhrif á það hvort traust tengsl mynduðust á milli ljósmóður og konunnar. Væru góð tengsl milli ljósmóður og konunnar voru meiri líkur á því að konurnar fengju meira sjálfstraust til að leita sér hjálpar. Þó upplifðu sumar kvennanna að spurningarnar væri of persónulegar og fannst óþægilegt að opna „gömul sár“ þegar þær áttu erfiða sögu að baki. Það kom sumum kvennanna einnig á óvart að vera spurðar spurninga um andlega líðan og þeim fannst vanta að fá útskýringu á tilgangi þeirra

(Rollans, Schmied, Kemp, Meade, 2013). Geðheilsuvernd á meðgöngu er flókið og viðkvæmt viðfangsefni sem þörf er á að skoða nánar.

Árið 2009 fékkst styrkur frá Forvarnarsjóði Embætti landlæknis til að efla geðheilsuvernd á meðgöngu og eftir fæðingu innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Hlutverk heilsugæslunnar er meðal annars eftirfarandi: „*Starfsfólk Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins leggur metnað í stöðugt umbótastarf, rannsóknir, kennslu og þekkingastjórnun og hefur frumkvæði að þróunarstarfi sem stuðlar að framúrskarandi heilsugæsluþjónustu*“ (Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, e.d.). Hluti af styrknum var nýttur til að halda fræðsludag fyrir ljósmæður í meðgönguvernd. Hann var haldinn í september árið 2012. Þar voru meðal annars flutt erindi með áherslu á að efla þekkingu og vitund ljósmæðra um tengslamyndun á meðgöngu sem heilsuverndandi þátt fyrir verðandi foreldra. Einnig voru kynntar vinnuleiðbeiningar til að nýta í samtali við verðandi foreldra í hefðbundinni meðgönguvernd (Stefanía B. Arnardóttir, munnleg heimild, 2. maí 2014).

Þjónusta sem hefur verið sett á laggirnar er FMB-teymi (foreldrar, meðganga og barn) sem er sérhæft þverfaglegt teymi sem sérhæfir sig í að sinna foreldrum sem eiga við alvarlegan geðvanda að stríða eða hafa áhyggjur af tengslamyndun. Þjónustan er í boði á meðan konan er barnshafandi og í allt að eitt ár eftir fæðingu barnsins (Landspítalinn, e.d.). Einnig er hægt að leita til Miðstöð foreldra og barna (MFB) sem sérhæfir sig í að sinna verðandi foreldrum og foreldrum eftir fæðingu ásamt barni þeirra fram að eins árs aldri. Þjónustan er meðal annars fyrir verðandi foreldra sem hafa átt við geðrænan vanda að stríða og/eða eiga erfitt með að mynda tengsl við barnið sitt. Algeng ástæða fyrir tilvísunum eru barnshafandi konur sem þjást af andlegri vanlíðan (Miðstöð foreldra og barna, e.d.).

Þetta verkefni felur í sér fræðilega úttekt á tíðni, áhættuþáttum og afleiðingum þunglyndis, kvíða og streitu á meðgöngu, á móður og barn. Einnig mun höfundur fjalla um tengslamyndun og helstu viðbótarmeðferðir til meðhöndlunar þessum vandmálum. Í lok kaflans verða helstu niðurstöðum fræðilegrar samantektar gerð skil. Síðan verður sagt frá því hvernig framkvæmd verkefnisins var háttáð en að því loknu mun höfundur skýra frá niðurstöðum úr viðtölum við tvær ljósmæður í mæðraverndinni. Í viðtölunum var fjallað um viðhorf þeirra til geðheilsuverndar og þau úrræði og verkferla sem þær nota. Í umræðukaflanum verður greint frá helstu niðurstöðum út viðtölunum og þær tengdar við eldri rannsóknir. Að því loknu mun höfundur greina frá takmörkunum og styrkleikum verkefnisins auk notagildis fyrir ljósmæður. Að lokum mun höfundur koma með tillögur að framtíðarannsóknum ásamt því að greina frá ályktunum út frá niðurstöðum verkefnisins.

## 1.1 Heimildarleit

Við fræðilega úttekt var notast við heimildarleit á leitarvefjunum: PubMed, Chinal Plus, Google Scholar og WHO, leitarorð sem notast var við voru eftirfarandi: Pregnancy, antenatal care, depression, stress, anxiety, interventions, fetus, mental health og support. Notast var við greinar á ensku, dönsku og íslensku. Einnig var reynt að fá greinar frá árunum 2004-2014 til þess að fá nýjustu þekkinguna. Eins og áður hefur komið fram var notast við fræðilega úttekt á efninu og það voru tekin viðtöl við tvær ljósmæður, í næsta kafla mun vera fjallað nánar um viðtal sem rannsóknaraðferð.

Í kringum 115 greinar fundust sem tengdust þessu verkefni en notaðar voru að lokum 64 greinar.

## 1.2 Skilgreiningar á hugtökum

### *Punglyndi:*

Þunglyndi er algeng geðröskun sem einkennist af depurð, áhugaleysi, minni ánægju, samviskubiti, lágu sjáfsmati, truflun á svefni og/eða matarvenjum, þreytu og einbeitingarskort. Þegar þunglyndi er mjög alvarlegt getur það leitt til sjálfsvígs (WHO, e.d.a). Einkenni meðgönguþunglyndis eru svipuð og almenns þunglyndis en í alvarleika þess felst að meðgönguþunglyndi hefur ekki einungis áhrif á móður heldur hefur það alvarlegar afleiðingar fyrir fóstur sem er að þroskast í móðurkviði. Þunglyndar barnshafandi konur leita sér oft ekki hjálpar vegna þess að þær halda að einkenni séu ekki nógu alvarleg til þess að um þunglyndi geti verið að ræða og einnig er hætt á því að þær mæti verr í mæðraverndina vegna þess að þær óttast fordóma heilbrigðisstarfsfólks (Bryndís Sveinsdóttir, 2011; Buist, o.fl. 2007; Gutteridge, 2011; MCCulley, o.fl. 2011). Þegar þunglyndi er vægt er hægt að meðhöndla það án lyfja, en þegar þunglyndi er í meðallagi alvarlegt eða mjög alvarlegt getur einstaklingurinn þurft á lyfjagjöf eða hjálp með sérhæfðri viðtalsmeðferð að halda. Þunglyndi er hægt að greina og meðhöndla af fagfólki heilsugæslunnar sem eru ekki endilega sérfræðingar. Þörf er á aðstoð sérfræðings ef um alvarlegt þunglyndi er að ræða og/eða sjúklingur svarar ekki meðferð (WHO, e.d.a).

### *Kvíði:*

Eðlilegt er að finna fyrir kvíða við vissar aðstæður, s.s. þegar einstaklingur er að fara að flytja ræðu fyrir framan hóp af fólki eða er að fara í próf. Kvíði er því eðlilegur upp að vissu marki en kvíði getur orðið óhóflegur og getur þá truflað daglegt líf einstaklings. Kvíði er einnig eðlilegur á meðgöngu vegna þeirra breytinga sem meðgangan hefur í för með sér en mikilvægt er að greina á milli eðlilegs kvíða og sjúklegs kvíða, þegar kvíði er farinn að trufla daglegt líf einstaklingsins þarf að taka það alvarlega (Sigfríður Inga Karlssdóttir, Arna Rut Gunnarsdóttir, Eva Dögg Ólafsdóttir, Linda Björk Karlsdóttir og Ragnheiður Björk Snorradóttir, 2008). Hætta er á því að kvíði versni með tímanum ef að ekkert er að gert (National Institute of Mental Health, e.d.). Helstu einkenni kvíða geta verið, svefnleysi, ótti, óákveðni, streita, skjálfti, að vera yfirspenntur, hjálpleysi, sviti/svitaköst, örvænting, tilfinningin að finnast maður ekki nógu góður, eftirsjá, ótti við afleiðingar, eirðarleysi, ótti við breytingar og að vera skelfingu lostin (Barry, 2002). Kvíðahormón eins og kortísól hafa neikvæð áhrif á taugaþroska fósturs og geta valdið vaxtarskerðingu, fyrirburafæðingu, skertum vitsmunarþroska og skertri félagslegri hæfni barnsins í framtíðinni (Van-den Bergh, Mulder, Mennes, Glover, 2005).

### *Streita:*

Streita er þegar einstaklingur upplifir ójafnvægi á milli þeirra krafa sem að gerðar eru til hans og þeirra úrræða sem að hann hefur. Streita getur verið þrýstingur frá umhverfinu í styttri eða lengri tíma. Einstaklingar geta höndlað streitu í stuttann tíma en þegar streitan hefur verið langvarandi, getur það komið niður á heilsunni. Þegar barnshafandi konur þjást af mikilli streitu, geta komið fram einkenni eins og auknir samdrættir, verkir í mjaðmagrind og baki, svefnleysi, þreyta og spennu, skapsveiflur, grátgírni, minni afköst í vinnu þrátt fyrir að vera vinna meira, einnig er hætt á því að þær fari að velja

auðveldari lausnir í matargerð eins og skyndibítamat og finnast þær ekki hafa tíma fyrir hreyfingu eða hugsa um sjálfan sig (Jordemorforeningin, 2011).

### 1.3 Tilgangur verkefnis

Það sem hefur vakið athygli höfundar í ljósmæðranáminu er fjöldi kvenna á meðgöngu sem á við einhvers konar andlega vanlíðan að stríða, hvort sem það er kvíði, þunglyndi, streita eða fyrri saga um vanlíðan. Höfundur hefur einnig orðið var við þetta í orðræðunni hjá öðrum ljósmæðranemum og ljósmæðrum. Höfundur telur að andleg vanlíðan sé oft mikið feimnismál og telur því mikilvægt að ljósmæður spyrji um þetta í mæðraverndinni, eins og klínískar leiðbeiningar frá Landlækni (2008) mælast til. Höfundi fannst áhugavert að fá innsýn í hvernig ljósmæður opna umræðuna um andlega líðan, hvernig þeirra vinnulag er þegar þær skima fyrir einkennum og hvaða úrræði þær hafa, þegar konur með andlega vanlíðan koma í mæðraverndina. Því er tilgangur þessa verkefnis eftirfarandi:

Að skoða nýjustu rannsóknir varðandi andlega vanlíðan kvenna á meðgöngu til þess að fá innsýn í afleiðingar, tíðni, áhættuþætti og einkenni þunglyndis, kvíða og streitu á meðgöngu ásamt því að skoða tengslamyndun og viðbótarmeðferðir í því samhengi.

Að komast að því hvernig tvær ljósmæður í mæðravernd finna konur sem þurfa aukna eftirfylgd vegna andlegara vanlíðunnar, hvaða úrræði og vinnulag þær nota og hvort að vinnuleiðbeiningarnar sem að kynntar voru árið 2012 hafa nýst þeim í starfi.

### 1.4 Rannsóknarspurningar

Rannsóknar spurningar eru eftirfarandi:

1. Hver er tíðni, helstu áhættuþættir, einkenni og afleiðingar þunglyndis, kvíða og streitu á meðgöngu?
2. Hvernig finna ljósmæður í mæðraverndinni, konur sem þurfa aukna eftirfylgd vegna andlegrar vanlíðunnar á meðgöngu?
3. Hvaða úrræði og vinnulag nota ljósmæður þegar þær fá til sín barnshafandi konur sem þjást af andlegri vanlíðan?
4. Hvernig hafa vinnuleiðbeiningarnar sem kynntar voru árið 2012 nýst ljósmæðrum í starfi?

## 2 Fræðileg samantekt

### 2.1 Tíðni þunglyndis, kvíða og streitu

Mismunandi er eftir rannsóknum hversu algeng streita, þunglyndi eða kvíði er hjá konum á meðgöngu, en talið er að um 13-41% kvenna þjáist af þeim einkennum þegar þær eru barnshafandi, allt eftir því hvenær á meðgöngunni konurnar eru metnar og hvaða matstæki eru notuð (Kingston, o.fl. 2014; Fontein-Kuipers, Nieuwenhuijze, Ausems, Budé, de Vriese, 2014; WHO, 2008).

Þunglyndi er alvarlegt heilsufarslegt vandamál í heiminum í dag og er það er algengara hjá konum heldur en körlum (Sanders, 2006). Samkvæmt WHO (2011) er tíðni þunglyndis 10-13%, sem samræmist öðrum rannsóknum. Skoðuð var tíðni þunglyndis á meðgöngu, tveimur mánuðum og einu ári eftir fæðingu í sænskri rannsókn árið 2005, þar sem að lagðir voru EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) spurningalistar fyrir 2430 konur, 83% kvennanna kláruðu rannsóknina. Í rannsókninni kom í ljós að 13,7% kvenna eru þunglyndar á meðgöngu, 11,1% tveimur mánuðum eftir fæðingu og 13,7% einu ári eftir fæðingu (Rubertsson, Wickberg, Gustavsson og Rådestad, 2005). Önnur nýleg sænsk rannsókn bendir til þess að 15,6% kvenna séu með kvíða á meðgöngu, þátttakendur í rannsókninni voru 916 konur á aldrinum 16-43 ára, en til að meta líðan kvennanna var notast var við HADS-A (Hospital Anxiety and depression scale). Um er að ræða spurningalista sem lagðir voru fyrir konurnar snemma á meðgöngunni, spurt var um ýmsa félagslega þætti, fyrri sögu um kvíða og þunglyndi, fyrri sögu um meðgöngu og fæðingu og líðan varðandi komandi fæðingu. Í rannsókninni kom í ljós að 15,6% kvenna væru með kvíða snemma á meðgöngu (Rubertsson, Hellström, Cross og Sydsjö, 2014). Þessi rannsókn beindist sérstaklega að tíðni kvíða í byrjun meðgöngu. Því skoðaði höfundur einnig norska rannsókn frá 2005, þar sem rannsakað var algengi kvíða á allri meðgöngunni og í þeirri rannsókn voru 10,4% barnshafandi kvenna kvíðnar (Berle, Mykletun, Daltveit, Rasmussen, Dahl, 2005). Bryndís Sveinsdóttir (2011) gerði rannsókn á algengi þunglyndis, kvíða og streitu á meðgöngu á Íslandi í lokaverkefni sínu til kandidateisprófs í sálfræði árið 2011. Alls tóku 1.928 konur á aldrinum 17 - 47 ára þátt í rannsókninni. og voru einkennin metin með DASS kvarðanum (Depression Anxiety and Stress Scales) og EPDS kvarðanum (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Kvarðarnir voru lagðir fyrir í 16. og 36. viku meðgöngunnar. Í rannsókninni kom í ljós að samkvæmt EPDS -skalanum voru 10% og 9% kvenna á 16. og 36. viku meðgöngu þunglyndar. Svipaðar niðurstöður voru hjá konum sem voru prófaðar með DASS-skalanum eða 9,4% og 6,8% á 16. og 36. viku meðgöngu og eru því þessar tölur eilítið lægri en tölurnar úr sænsku rannsókninni. Mjög svipaðar tölur eru í rannsókn Bryndísar Sveinsdóttur (2011) þar sem 10,2% íslenskra kvenna voru kvíðnar á 16. viku meðgöngu og 11% á 36. viku meðgöngunnar. Einnig hefur verið skoðað algengi streitu á meðgöngu og er það talið vera í kringum 8-24% (Rubertsson, Waltenström, Wickberg, 2003; Van-Bussel, Spitz, Demyttenaere, 2006). Samkvæmt rannsókn Bryndísar Sveinsdóttur (2011) voru 13,8% kvenna sem að voru með streitueinkenni á 16. viku og 11,3% á 36. viku meðgöngunnar. Þessar tölur benda til þess að það dragi úr kvíða og streitu þegar líður á meðgönguna. Sem að samræmist rannsókn Anderson, Sundström-Poromaa, Wulff, Åström og Bixo

(2006) en samkvæmt þeirri rannsókn er kvíði algengari á meðgöngunni, þegar tíðni kvíða á meðgöngu var borin saman saman við kvíða eftir fæðingu.

Í ljósi þess hversu algengt þunglyndi, kvíði og streita er á meðgöngu er mikilvægt fyrir ljósmæður og annað heilbrigðisstarfsfólk að spyrja konur og vera vakandi fyrir einkennunum, til þess að konur sem þurfa sérhæfða hjálp fái hana sem allra fyrst.

## 2.2 Áhættuþættir þunglyndis, kvíða og streitu

Konur sem eiga sögu um kvíða eða þunglyndi eru líklegri til þess að verða kvíðnar eða þunglyndar á meðgöngu (Rubertsson o.fl. 2014). Í fræðilegri úttekt frá árinu 2010, voru skoðaðir helstu þættir sem höfðu áhrif á þunglyndi á meðgöngu. Skoðaðar voru 159 rannsóknir frá árunum 1980-2008. Í ljós kom að í kringum 60% þeirra kvenna sem voru þunglyndar voru jafnframt kvíðnar og einnig kom í ljós að kvíði á meðgöngu væri ávísun á þunglyndi eftir fæðingu. Þar að auki kom í ljós að konur sem höfðu þjáðst af mikilli streitu í lífi sínu síðastliðið ár voru í þrefalt meiri hættu á því að þróa með sér meðgönguþunglyndi en þær sem ekki höfðu upplifað streitu á þeim tíma. Helstu áhættuþættir þunglyndis á meðgöngunni voru streituvaldar eins og skilnaður, dauðsfall í fjölskyldunni, mikið vinnuálag, miklar kröfur í einkalífi, heimilisofbeldi, misnotkun í æsku og lítill stuðningur maka á meðgöngunni og einnig var lítill félagslegur stuðningur stór áhrifavaldur. Þær konur sem voru í nánu og góðu þarsambandi og bjuggu við atvinnuöryggi áttu síður við þunglyndi að stríða en konur sem ekki voru í ekki voru í góðu þarsambandi og voru atvinnulausar (Lancaster, Gold, Flinn, Yoo, Marcus, Davis, 2010). Eins og komið hefur fram er algengt að konur sem að þjáast af þunglyndi, þjáist einnig af kvíða, en hverjar eru orsakir kvíða?

Í rannsókn Rubertsson o.fl. (2014) kom einnig í ljós að fyrri saga um þunglyndi og kvíða var sterkasti áhættuþáttur þess að fá slíkt á meðgöngunni. Þátttakendur voru 916, lagðir voru fyrir spurningalistar í 8.-12. viku meðgöngu. Spurt var um aldur, hjúskaparstöðu, menntun, reykingar og fyrri reynslu af fæðingu. Einnig var spurt um viðhorf til næstu fæðingar á fimm punkta skala, þar sem að 1 var mjög jákvætt viðhorf og 5 var mjög neikvætt viðhorf. Þar að auki áttu konurnar að svara spurningum um hvernig fæðingu þær vildu, hvort þær vildu fæða um fæðingarveg eða með keisaraskurði. Einnig voru settar fram yfirlýsingar um hræðslu við fæðingu sem að þær áttu að segja skoðun sína á. Spurt var um fyrri sögu geðrænna sjúkdóma og lagður fyrir konurnar HADS-spurningalistinn (Hospital Anxiety and depression rating scale). Í niðurstöðum rannsóknarinnar kom í ljós að meðalaldur kvennanna var 29 ár (16-43 ára), þátttakendur með skandinavískan uppruna voru 853 konur (92,6%), 96,2% kvennanna voru giftar eða í sambúð, 2,3% áttu maka en voru ekki í sambúð og 1,5% voru einhleypar. 44,3% voru með menntun á framhaldsskólastigi, 33,5% voru með meira en 3 ára menntun á háskólastigi, 17,9% voru með minna en 3 ára menntun á háskólastigi og 4,2% voru með grunnskólamenntun 6,1% reyktu á meðgöngunni og 1,5% notuðu neftóbak/munntóbak á meðgöngunni. Eins og kom fram í kaflanum um tíðni kvíða, sýndu niðurstöður HADS-A kvarðans fram á að 15,6% þátttakanda voru kvíðnar (HADS-A skor >8). Konur yngri en 25 ára voru líklegri til þess að vera kvíðnar. Einnig kom í ljós að konur sem fengu kvíða eða þunglyndi á meðgöngunni voru konur sem áður höfðu verið þunglyndar eða kvíðnar, voru af erlendum uppruna, voru atvinnulausar og konur sem notuðu nikótín fyrir meðgöngu. Þegar skoðaðar voru niðurstöður um viðhorf kvennanna til

væntanlegrar fæðingar, kom í ljós að þær konur sem voru með klínísk einkenni kvíða samkvæmt HADS-A kvarðanum, voru með neikvæðara viðhorf til væntalegrar fæðingar, óttuðust fæðinguna meira og myndu frekar fara í valkeisara. Þegar skoðað var hvað það var sem jók áhættuna mest fyrir kvíða snemma á meðgöngu þá var það fyrri saga um kvíða. Neikvætt viðhorf til komandi fæðingar og ótti við fæðingu frá fyrri hluta meðgöngu voru miklir áhættuþættir varðandi það að þróa með sér kvíða á meðgöngu (Rubertsson o.fl., 2014). Þessar niðurstöður benda til þess að ljósmæður ættu að undirbúa konur vel fyrir fæðingu, með fræðslu eða veita þeim upplýsingar um fæðingafræðslunámskeið.

Streita á meðgöngu eykur hættu á þróun þunglyndis, meðganga er mikið breytingatímabil og fyrir margar konur getur meðganga valdið mikilli streitu. Í breskri rannsókn frá árinu 2009, voru áhrif mildrar til mikillar streitu á andlega líðan og á líf kvenna, á meðgöngu skoðuð. Þessi rannsókn var framkvæmd á stóru háskóla sjúkrahúsi á Norður-Englandi en þar voru 3640 fæðingar á rannsóknartímabilinu. . Allar barnshafandi konur voru spurðar um andlega líðan á meðgöngu, þeim konum sem að áttu við alvarlega andlega vannlíðan að stríða var vísað á sérfræðing á geðheilsusviði, þeim konum sem voru með milda til alvarlega streitu á meðgöngunni var vísað á ljósmóður með sérfræðimenntun á geðsviði, sem veitti andlegan stuðning og hagnýta hjálp á meðgöngunni. Þessum hópi var boðin þátttaka í rannsókninni. Tekin voru hálf stöðluð viðtöl sem tóku 45-75 mínútur, tvö viðtöl voru tekin á sjúkrahúsinu og 22 á heimili kvennanna.

Ástæður streitunnar voru eins misjafnar og konurnar voru margar. Erfiðir lífsatburðir voru nefndir sem ástæða fyrir streitu á núverandi meðgöngu. Í því samhengi var nefnd misnotkun eða nauðgun í æsku eða ástvinnamissir. Eins og kona sem tekið var viðtal við, hafði misst ömmu sína snögglega og þar sem amma hennar hafði gengið henni í móðurstað var missirinn henni mikið áfall.

Aðrir þátttakendur sögðu frá því að þær gætu ekki notað sömu aðferðir til að takast á við streituna og áður en þær urðu barnshafandi, til dæmis í að fá sér vínklas til þess að slaka á.

Önnur kona átti slæma fæðingareynslu að baki og þegar hún var spurð hvernig henni varð við þegar hún vissi að hún væri ófrísk aftur, svaraði að hún að hún hefði orðið skelfingu lostin vegna þess að henni hafði verið ráðlagt að eiga ekki fleiri börn, henni hafði blætt mikið eftir fæðinguna og sagðist hún í raun vera heppin að vera á lífi.

Aðrar konur sögðu frá því að þær væru hræddar við að fá fæðingabunglyndi aftur eða þeim fannst erfitt að hugsa til þess að þurfa að hugsa um tvö lítil börn, eða að börnin þeirra hefðu verið mikið veik eftir fæðingu sem hafði verið erfitt og þær kviðu því að upplifa það aftur.

Sumir viðmælendur voru áhyggjufullir út af núverandi meðgöngu, eins og ein kona í rannsókninni sem var mjög slæm af hyperemesis og var ekki viss um að hún vildi halda meðgöngunni áfram.

Aðrir streituvaldar sem komu í ljós í þessari rannsókn voru ótti við að geta ekki tengst barninu, eða ótti við að missa fóstrið (Furber, Garrod, Maloney, Lovell, McGovan, 2009).

### **2.3 Helstu áhrif og afleiðingar andlegrar vanlíðunar á móður og fóstur**

Kvíði og þunglyndi á meðgöngu hefur áhrif á líkamlega heilsu móður. Helstu einkenni sem nefnd eru í því samhengi eru aukin ógleði, uppköst, svimi, höfðuðverkur, þreyta, magaverkur, hjartsláttar óregla og verkir í liðum og útlimum (Anderson o.fl. 2003, a; Anderson o.fl 2003, b). Kvíði og sálræn vandamál



á meðgöngu eru talin auka áhættu á meðgöngueitrun (Qui. o.fl. 2009). Í ljós hefur komið að konur með kvíða eða þunglyndi á meðgöngu fara oft og/eða fyrir í veikindaleyfi, þær leita oft til fæðingalæknis og eru oft með mikinn kvíða fyrir fæðingunni, heldur en konur sem ekki eru með andlega vanlíðan á meðgöngunni (Anderson o.fl. 2003 a, Anderson o.fl. 2003 b). Því hefur andleg vanlíðan ekki einungis áhrif á konunna, fóstrið og fjölskylduna, heldur getur andleg vanlíðan á meðgöngu einnig verið dýr þjóðfélaginu. Þar að auki er konur með meðgönguþunglyndi í aukinni hættu á því að fá fæðingapunglyndi eftir fæðingu (Muzik, Thelen, Rosenblum, 2011).

Þekking á sambandi andlegs ástand móður og heila- og taugaproska fósturs hefur aukist síðustu áratugi (Glover 2014). Í rannsókn frá árinu 2009 var skoðað hvaða áhrif þunglyndi á meðgöngu hefði á fóstur. Í rannsókninni voru bornar saman 40 kvenna sem voru þunglyndar á meðgöngu og 40 kvenna sem leið vel á meðgöngu. Í rannsókninni kom í ljós að konur með þunglyndi sem ekki höfðu fengið meðferð á meðgöngu samanborið við konur sem leið vel á meðgöngu, voru í meiri hættu á því að eignast fyrirbura og léttbura. Einnig kom í ljós að fóstur þessara kvenna virtust vaxa hægar í móðurkviði frá 18.-20. viku meðgöngu. Þessar niðurstöður voru taldar tengjast hækkuðu kortisóli í blóði hjá þunglyndu konunum (Diego o.fl., 2009). Talið er að kortisól fari yfir fylgju til fósturs og geti haft truflandi áhrif á heila- og taugaproska þess. Áhrifin geta haft neikvæð áhrif á vitsmunalegan, hegðunar og tilfinningalegan þroska barnsins fram á unglingsár (Van-derberg, Mulder, Mennes, Glover, 2005).

Önnur rannsókn skoðaði áhrif þunglyndis barnshafandi kvenna á börn þeirra (n=70) og bar saman við börn mæðra sem voru við góða andlega heilsu (n=70) á meðgöngu. Til þess að skoða áhrifin voru taugaboðefni barnanna mæld. Konurnar skiluðu þvagprufu á 18-20 viku og svo aftur innan 24 tíma frá fæðingu barnsins. Einnig voru teknar þvagprufur hjá nýburunum innan 24 tíma frá fæðingu. Í ljós kom að þær mæður sem höfðu verið þunglyndar á meðgöngu mældust með hærra magn kortisóls, norephiphrine og ephiphrine en lægra magn serotónín og dopamine en þær konur sem ekki voru þunglyndar. Sama má segja um nýbura þessara mæðra sem höfðu verið þunglyndar en þeir mældust einnig með hærra magn kortisóls og norephidrine, aðeins lægra ephedrine og lægra serotonin og dopamine heldur en nýburar heilbrigðu kvennanna. Í rannsókninni voru nýburarnir einnig skoðaðir með matstæki Brazelton eða The Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) og kom í ljós að útkoma nýbura þunglyndra mæðra var ekki eins góð og hjá mæðrum sem ekki voru með þunglyndiseinkenni (Field o.fl., 2004a). NBAS er matstæki til þess að skoða viðbrögð nýburans við umhverfi sínu eftir fæðingu. Matstækið er notað til að skoða atferli nýburans út frá 28 atferlisþáttum og meta hæfni hans og styrkleika til að bregðast við áreiti. Einnig er það notað til þess að skilgreina frávik hjá nýburanum (Nugent, 2013). Helstu atferlisþættir sem skoðaðir eru eru hreyfingar barnsins, tónus, virkni, stjórn, hvernig það bregst breytingum á umhverfinu t.d nýjum hljóðum, hvernig barnið bregst við áreiti á meðan það sefur og hvernig það bregst við andlitum og röddum (The Brazelton Institute, e.d.).

Í hollenskri rannsókn var skoðað hvaða áhrif streita á meðgöngu hefði á þroska og skapgerð barnanna. Skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni voru eftirfarandi: Að vera frumbyrja, að ganga með eitt barn, að nota engin lyf á meðgöngunni sem gátu haft áhrif á fóstrið, að þetta væri eðlileg meðganga og fæðing án meirháttar inngrípa, að barnið hefði fengið sjö eða meira í apgar-skori og væri við góða

heilsu, að móðirin gæti talað og skilið góða hollensku og að barnið hefði fæðst eftir 37 vikna meðgöngu. 170 konur tóku þátt í rannsókninni. Vitsmunalegur þroski og skapgerð barnanna var síðan metinn við þriggja og átta mánaða aldur þeirra. Vitsmunalegur þroski barnanna var metinn með Bayley Scales of Infant Development-skala (BSID). Lögð voru fyrir ungbörnin mátulega krefjandi verkefni og vitsmunalegur þroski metinn út frá því. Skapgerð barnanna var metinn af mæðrunum með Infant Characteristics Questionnaire (ICQ) á sama tíma. Fylgst var með hegðun ungbarnanna á meðan þroskaþrófin voru tekin og viðbrögð þeirra á Infant Behavior Record (IBR) kóðuð sem er þriðji hluti Bayleys skalans. Í ljós kom að skor áttu mánaða ungbarna var að meðaltali 8 stigum lægri í andlegum þroska og skynhreyfiþroska, ef mæður þeirra þjáðust af kvíðna eða streitu, samanborið við ungbörn mæðra sem að ekki áttu við sömu vandamál á meðgöngunni að stríða. Ekki var að sjá marktækan mun á börnunum þegar þau voru þriggja mánaða. En þegar börnin voru metin við 8 mánaða aldur kom í ljós að börn mæðra sem voru kvíðnar og með streitu fengu verri útkomu, varðandi vitsmunalegan og skynhreyfiþroska samanborið við börn heilbrigðra mæðra.

Þar að auki kom í ljós að kvíði og streita móður á meðgöngu hafði neikvæð áhrif á skapgerð barnanna við þriggja og átta mánaða aldur, það var einnig erfiðara að ná athygli þessara barna þegar þrófin voru gerð og börnin voru í erfiðleikum með að aðlagast nýjum aðstæðum og ókunnugu fólki (Buitelaar, Huizink, Mulder, Robles-de Medina, Visser, 2003). Einnig er talið að sé aukin hætta á því að truflun sé á svefni barna þunglyndra mæðra, þau sofa styttra, sofa grynna, og gráta oftar/meira en börn mæðra sem að ekki eru þunglyndar (O'Connor, 2007).

Áhrif þunglyndis, kvíða og streitu móður á meðgöngu virðist geta haft áhrif á líðan barna fram á unglingsár. Í framskyggðri rannsókn sem var gerð meðal kvenna sem höfðu verið mæðravernd á árunum 1981-1984 á Brisbane's Mater Misericordiae Hospital, í þessari rannsókn var 3993 konum fylgt eftir í fjölda ára til þess að meta áhrifa þunglyndis, kvíða og streitu á börn þeirra. Lagðir voru matslistar fyrir konurnar fljótlega eftir fæðingu, sex mánuðum eftir fæðingu og þegar börnin voru 5, 14 og 21 árs. Mæðurnar svöruðu þessum listum um kvíða, þunglyndi og streitu hjá þeim sjálfum. Við 14 ára aldur voru börnin látin svara youth self-report (YSR) til að meta tilfinningar sínar og hegðun. Í ljós kom að hópur kvenna sem hafði mikið þunglyndi, kvíða eða streitu á meðgöngunni áttu börn sem áttu frekar við hegðunarvandamál að stríða á unglingsárum (Betts, Williams, Najman og Alati, 2014).

## 2.4 Tengslamyndun

Tengslamyndun hefur verið skilgreind á eftirfarandi hátt: Náin tilfinningaleg tengsl á milli tveggja einstaklinga, sem einkennist af gagnkvæmri ástúð og löngun til þess að viðhalda nálægð. Bowlby sem er þekktur fyrir kenningu sína um tengslamyndun telur að móðurást á ungbörnum og börnum sé jafnmikilvæg fyrir andlega heilsu og vítamín og prótein eru fyrir líkamlega heilsu (Taylor, Atkins, Kumar, Adams, Glover, 2005).

Samkvæmt rannsókn Horowitz, Logsdon og Anderson (2005) er tengslamyndun milli móður og barns eftir fæðingu mjög mikilvæg fyrir velferð og þroska barnsins. Talið er að erfiðleikar í tengslum milli móður og nýbura geti haft neikvæðar afleiðingar fyrir barnið, þá sérstaklega varðandi vitsmunalegan og tilfinningalegan þroska, andfélagslega hegðun, erfiðleika með að deila með öðrum,

erfiðleika með að hafa stjórn á skapi sínu og mynda ný félagsleg tengsl. Einnig kemur í ljós að oft er vandamál í tengslamyndun milli móður og nýbura ekki greint né brugðist við og getur það því haft neikvæðar afleiðingar fyrir andlega heilsu barnsins í framtíðinni (Horowitz o.fl., 2005). Konur með andlega vanlíðan á meðgöngu og eftir fæðingu, eru í áhættu fyrir því að geta ekki myndað örugg tengsl við barnið sitt (Ryding, 2008). Þar sem vanlíðan þeirra dregur úr getu þeirra til bregðast við þörfum þeirra hefur það neikvæð áhrif á tengslamyndun (Taylor o.fl., 2005).

Ef barn er með mikla streitu vegna ónægðar umönnar eða mikillar fjarveru ummönnunaraðila/móður, getur það haft neikvæð áhrif á taugaproska þess. Ef móðir er ekki næm á þarfir barnsins og bregst ekki við þörfum þess á viðeigandi hátt skapar það órugg tengsl milli hennar og barnsins. Viðvarandi streita veldur hækkuðui kortisóli sem að getur dregið úr vexti heilans. Foreldrar skapa örugg tengsl með því að sinna þörfum barnsins á viðeigandi hátt. Með því að lesa barnið rétt og bregðast fljótt við þörfum þess er streitu barnsins haldið innan viðráðanlegra marka sem að örvar vöxt á því svæði í heilanum sem hugsar um tilfinningar, hefur taumhald á hvötum ásamt félagslegri færni. Ef foreldrar/ummönnunar aðilar sýna barninu umhyggju, áhuga, ást, brosa, taka barnið í fangið og snerta það, hlusta, bregðast við því og sýna barninu að það sé elskað eru þeir að einnig örva þroska barnsins. Þegar barnið er í fangi móður sinnar, finnur lyktina af henni, nær augnsambandi við hana, heyrir rödd hennar, finnur snertingu hennar og á ánæguleg samskipti við hana, örvar það þroska barnsins. Þegar móðir nýtur þess að hafa barnið sitt í fanginu og eiga samskipti við það eru það ákjósanlegustu þroskaskilyrði barnsins. Mikilvægt er að styðja vel við foreldra eftir fæðingu sem eiga við einhverskonar geðheilsuvanda að stríða. Með því að styðja við geðheilsu foreldrana er verið að styðja við geðheilsu barnsins (Sæunn Kjartansdóttir, 2010; Wan og Green, 2009).

Meðgöngutenging eða „primary maternal preoccupation“ er talin vera mikilvægur undirbúningur fyrir foreldrahlutverkið. Meðgöngutenging er talin gerast hjá móðurinni á síðustu vikum meðgöngunnar og fyrstu vikurnar eftir fæðingu barnsins. Meðgöngutenging er aukin vitund og næmni móðurinnar fyrir barninu sem er í móðurkviði eða nýfæddu barni sínu. Þær verða mjög uppteknar af því að hugsa um fóstrið eða um þarfir nýfædda barnsins, á þann hátt að lítið annað kemst að í huga þeirra. Ef að konur upplifa ekki þessa meðgöngutengingu þá er hætta á því að þær skapi ekki það umhverfi fyrir nýfædda barnið sitt sem að er nauðsynlegt fyrri þroska þess (Leckman, Mays, Cohen, 2002).

## **2.5 Meðferð við þunglyndi, kvíða og streitu aðrar en lyfjameðferðir**

Höfundur fann ekki margar rannsóknir sem lýsa viðbótameðferðum á meðgöngu, en greinir frá þeim helstu sem fundust við heimildaleit. Barnshafandi konur eru oft áhyggjufullar yfir því hvaða áhrif lyf við þunglyndi eða kvíða hafa á fóstrið sem er vaxa í móðurkviði og því vilja þær helst ekki taka nein lyf (Dennis og Dowswell, 2013).

Komið hefur í ljós að tónlistarmeðferð getur verið hjálpleg við að minnka kvíða og kortisól í blóði hjá barnshafandi konum. Skoðað var magn kortisóls í blóði hjá konum sem voru að bíða eftir að komast í legvatnsástungu. Í rannsókninni kom í ljós að kortisól mældist lægra hjá þeim konum sem fengu 30 mínútna tónlistameðferð (Ventura, Gomes, Careira, 2012).

Í rannsókn var skoðað hvort gjörhyglimeðferð (mindfulness) gæti hjálpað barnshafandi konum sem þjáðust af andlega vanlíðan. Í niðurstöðum þessarar rannsóknar kom í ljós að meðferðin sýndi fram á

að gjörhygli væri mjög gagnleg til að minnka einkenni og bæta líðan þunglyndra og kvíðinna kvenna (Goodman o.fl. 2014).

Í annarri rannsókn þar sem 16 konur tóku þátt voru skoðuð áhrif jóga á streitu- og kvíðaeinkenni barnshafandi kvenna. Konurnar sem tóku þátt í þessari rannsókn sóttu tíma í jóga í sjö vikur, í 75 mínútur í senn. Í niðurstöðum þessarar rannsóknar kom í ljós að það að stunda jóga á meðgöngunni gat minnkað stresseinkenni barnshafandi kvenna, sérstaklega ef þær byrjuðu að stunda jóga snemma á meðgöngunni (Beddoe, Yang, Kennedy, Weiss og Lee, 2009).

Nudd á meðgöngu virðist einnig gagnast konum sem eru þunglyndar, kvíðnar og með verki í mjöðmum eða baki. Í rannsókn frá árinu 2004 var þetta skoðað. 84 konur tóku þátt og var þeim skipt í tvo hópa, í barnshafandi konur sem fengu nudd og svo konur sem ekki fengu nudd á meðgöngunni. Konurnar í nuddhópnum fengu 20 mínútna nudd tvisvar sinnum í viku, 16 vikur í allt. Mælt var kortisól, noradrenalin, serotonin og dopamine áður en að þær byrjuðu í nuddmeðferðinni og svo aftur eftir 16 vikur. Kortisól og noradrenalin lækkuðu eftir meðferðina en serotonin og dopamine hækkaði. Börn mæðra sem tóku þátt í rannsókninni voru einnig metin með Brazelton-skalanum eftir fæðingu. Betri niðurstöður fengust hjá börnum mæðra sem höfðu verið í nuddhópnum en hjá börnum mæðra sem ekki fengu nudd á meðgöngunni (Field, Diego, Hernandez-Reif, Schanberg, Kuhn, 2004b).

Rannsóknir lofa góðu varðandi hugræna atferlismeðferð fyrir barnshafandi konur með andlega vanlíðan en þó þykir þurfa að gera rannsóknir með stærra þýði til þess að geta mælt með þessari aðferð (Burns o.fl., 2013).

Vitað er að hreyfing getur haft jákvæð áhrif á andlega heilsu. Í rannsókn frá árinu 2003 kom í ljós að konur sem að stunduðu reglulega hreyfingu á meðgöngu mældust með minni kvíða heldur en þær sem ekki voru í líkamlegri þjálfun á meðgöngu (Da-Costa, Rippen, Dritsa, Ring, 2003). Því er ýmislegt sem hægt er að ráðleggja konum þótt það þurfi að rannsaka þetta betur.

## 2.6 Samantekt

Í þessum kafla verða teknar saman helstu niðurstöður fræðilegrar samantektar.

Tíðni þunglyndis, kvíða og streitu er 13-41%. Ef að ekkert er að gert og þessar konur fá ekki hjálp, munu um 48% þeirra sem að voru með kvíða og 70% kvenna sem þjást af þunglyndi á meðgöngunni vera áfram með einkenni eftir fæðingu og á fyrstu árum barnsins (Kingston o.fl., 2014). Helstu áhættuþættir þunglyndis, streitu og kvíða eru fyrri saga um geðheilsuvandamál, lítill stuðningur maka eða félagslegur stuðningur, konur sem að ekki eru giftar eða í góðu sambandi við maka, konur yngri en 25 ára, konur sem að höfðu upplifað heimilisofbeldi, miðsnotkun í æsku, streituvaldar eins og ástvinamissir, skilnaður, mikið vinnuálag og aðrir þættir eins og miklar kröfur í einkalífnum. Slæm fæðingareynsla og að hafa misst fóstur var einnig áhættuþáttur. Konur sem voru kvíðnar fyrir fæðingu voru líklegri til þess að þróa með sér kvíðaröskun á meðgöngunni og voru einnig líklegri til þess að vilja fæða með keisaraskurði. Mikilvægt er fyrir ljósmæður að gera sér grein fyrir því að þunglyndi, kvíði og streita á meðgöngu geta einnig komið fram sem ýmiskonar líkamlegir kvillar eins og til dæmis, aukin ógleði, verkir, magavandamál, svimi og þreyta. Konur með þunglyndi á meðgöngu geta verið í aukinni áhættu með að fá meðgöngueitrun. Þunglyndi kvíða og streita geta haft alvarlegar afleiðingar fyrir fóstrið og barnið fram á unglingsár. Afleiðingarnar geta verið minni vitsmuna- og tilfinningarþoski

miðað við börn mæðra sem ekki voru með geðheilsuvandamál á meðgöngu. Þetta er talið orsakast af hækkuðu magni kórtisóls í blóði móður sem kemst í gegnum fylgju og hefur haft hamlandi áhrif á þroska taugakerfi fóstursins, einnig er augin hættu á fyrirburafæðingu, hægari vexti á fóstri og hærri tíðni á léttburafæðingum. Þunglyndi, kvíði og streita getur haft neikvæð áhrif á tengslamyndun móður og barns, en örugg tengsl eru mikilvæg fyrir þroska og velferð barnsins. Helstu viðbótameðferðir sem að taldar eru geta hjálpað konum með andlega vanlíðan eru tónlistarmeðferðir, hugræn atferlismeðferð, jóga, slökun, nudd og hreyfing.

### 3 Aðferðafræði

Hér er greint frá viðtölum sem tekin voru við tvær ljósmæður sem sinna meðgönguvernd og hafa tekið þátt í fræðsludegi á vegum Heilsugæslu höfuðborgasvæðisins um tengslamyndun sem heilsuverndandi þátta og vinnuleiðbeiningar til að nýta í samtali verðandi foreldra í hefbundinni meðgönguvernd. Tilgangur viðtalanna var að fá innsýn inn í hvernig ljósmæður finna þær konur sem finna fyrir andlegri vanlíðan, hvaða verkferlar þær nota og hvort eða hvernig þær nota klínískar leiðbeiningarnar frá landlækni (2010) og vinnuleiðbeiningarnar (2012) og hvert vinnulagið er þegar þær fá konur í mæðravernd sem eiga við andlega vanlíðan að stríða.

Að afla upplýsinga með viðtölum telst til eigindlegrar rannsóknaraðferðar. Slík nálgun er notuð þegar við viljum fá djúpan skilning á efninu. Þegar eigindleg aðferð er notuð við rannsókn, mælir rannsakandinn ekki í tölum eða magni, heldur leggur rannsakandinn áherslu á það að skilja upplifun viðmælandans ásamt því að setja sig inn í hugarheim hans og umhverfi (Sigurlína Davíðsdóttir, 2003; Larsen og Vejleskov, 2002).

#### 3.1 Viðtal sem rannsóknaraðferð

Viðtöl eru líklega algengasta aðferðin sem notuð er í eigindlegum rannsóknum. Tilgangur þeirra er að rannsaka hugarheim viðmælandans (Larsen og Vejleskov, 2002). Samkvæmt Kvale (1996) er eigindlegt viðtal í rannsókn góð aðferð til þess að skilja heiminn út frá sjónarhorni viðmælandans og komast að því hver reynsla hans er. Kvale skilgreinir viðtal sem samtal milli persóna með sameiginlegan áhuga á efninu, viðtalið þarf að vera skipulagt og hafa tilgang (Kvale 1996). Mikilvægt er að rannsakandi reyni að vera hlutlaus, vingjarnlegur, fordómalaus og reyni að forðast það að hafa áhrif á það hvernig viðmælandinn svarar og stuðla að því að svörin séu sem réttust. Einnig er mikilvægt að rannsakandi spyrji viðmælandur á eins líkan hátt og hægt er og er góð hlustun eitt af lykilatriðum af því að taka viðtal sem er árangursríkt (Helga Jónsdóttir, 2013).

Kvale (1996) segir að með því að taka viðtal, sé hægt að líkja rannsakandanum við ferðalang á ferðalagi sem að segir ferðasögu sína þegar hann er komin aftur heim. Ferðalangurinn ræðir við fólk á leiðinni um heim þeirra og þeirra líf, hann er landkönnuður sem að skoðar mismunandi þætti landsins eins og óþekkt svæði. Þetta ferðalag mun ekki aðeins leiða til nýrrar vitneskju heldur getur ferðalangurinn sjálfur breyst. Ferðalangurinn mun síðan lýsa nákvæmlega fyrir fólkinu í sínu landi með sinni túlkun á því sem að hann sá og heyrði (Kvale 1996).

Má því segja að þessi aðferð henti vel í þessu verkefni þar sem að höfundur vill gjarnan fá innsýn í heim ljósmæðra sem að sinna konum í meðgönguverndinni og upplifun þeirra af þeim konum sem finna fyrir andlegri vanlíðan á meðgöngu. Höfundur tók því viðtal við ljósmæður í meðgönguverndinni til þess að heyra þeirra hlið og að lokum skrifar höfundur niðurstöður sínar úr þessu verkefni sem að hann deilir með þeim sem að hafa áhuga á efninu (Helga Jónsdóttir, 2013).

### **3.2 Val á þátttakendum og siðfræðilegar vangaveltur**

Annar leiðbeinandi verkefnisins hafði samband við ljósmæður varðandi þátttöku í viðtali. Tvær ljósmæður buðu fram þáttöku sína, báðar hafa margra ára reynslu af meðgönguvernd. Höfundur hitti ljósmæðurnar á þeirra vinnustað þeirra og fóru viðtölin fram þar.

Áður en að viðtölin voru tekin, skrifuðu þátttakendur undir upplýst samþykki (sjá fylgiskjal 1). Upplýst samþykki felst í að upplýsa viðmælandan um tilgang rannsóknarinnar, hugsanlega kosti, galla og hvernig rannsóknin er uppbyggð og að viðkomandi geti dregið sig úr rannsókninni þegar hann vill (Kvale, 1996). Eftir að búið var að vinna úr gögnum var þeim eytt til þess að tryggja trúnað við viðmælendur.

### **3.3 Framkvæmd viðtala og úrvinnsla gagna:**

Viðtölin voru tekin við hvora ljósmóður fyrir sig, sama daginn á mismunandi tímamarki. Notast var við fyrirfram gerðan spurningaramma með hálfstöðluðum spurningum (sjá fylgiskjal 2) með svigrúmi fyrir viðmælanda að svara eftir því eins og hann vildi en ekki fyrirfram ákveðnum svarmöguleikum. Viðtölin voru hljóðrituð upp á síma, þau síðan skráð nákvæmlega í tölvu, orð fyrir orð og á þann hátt breytt í texta. Notuð var innihaldsgreining (content analysis) við greiningu á textunum, en innihaldsgreining er þegar áhersla er lögð á tungumálið. Þegar nota á innihaldsgreiningu, skoðar innihaldsgreininirinn textann sem eitthvað sem á að túlka, horfa á og bregðast við út frá merkingunni. Það sem að greinir innihaldsgreiningu frá öðrum eigindlegum aðferðum er að textarnir eru greindur út frá því til hvers hann er ætlaður. Til dæmis til þess að greina áherslur í fjölmiðlum (Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Markmiðið með innihaldsgreiningunni var að skoða þær áherslur sem að komu fram í viðtölum við ljósmæðurnar. Það er að segja hvernig vinnuleiðbeiningarnar og klínískuleiðbeiningarnar nýtast ljósmæðrum í starfi ásamt því hvert þeirra vinnulag er í mæðraverndinni varðandi geðheilsuvernd barnshafandi kvenna.

## 4 Niðurstöður

Í þessum kafla mun höfundur greina frá niðurstöðum úr viðtölum sem að tekin voru við ljósmæður í mæðraverndinni varðandi geðheilsuvernd á meðgöngu. Tilgangur viðtalaanna var að fá innsýn í viðhorf ljósmæðra til geðheilsuverndar ásamt því að kanna hvaða verkferla þær nota til þess að finna þessar konur og hvaða úrræði þær hafa, þegar þær fá konur til sín í meðgönguvernd sem eru með andlega vanlíðan. Úr viðtölunum voru fundin út sex þemu: Sjálfsagður hluti af mæðravernd, leiðbeiningar hjálpa, að hlusta og lækningamáttur spjallsins, tímaþröng og bið eftir sérfræðihjálpi, að komast að orsök og vinna út frá því og að lokun þjálfun í samtalstækni og að þora að spyrja.

### 4.1 Niðurstöður viðtala

#### *Sjálfsagður hluti af mæðravernd*

Viðhorf ljósmæðranna til geðheilsuverndar á meðgöngu var mjög jákvætt og fannst ljósmæðrunum geðheilsuvernd vera eðlilegur hluti af mæðraverndinni. Ljósmæðurnar rökstyddu mikilvægi geðheilsuverndar á meðgöngu með því að greina frá neikvæðum áhrifum andlegrar vanlíðunnar móður á meðgöngu, vöxt og þroska fóstur ásamt neikvæðum áhrifum á barnið til framtíðar.

*„Já, nú vitum við í dag, að vanlíðan mæðranna getur haft áhrif á vöxt og þroska fóstursins...þannig að sjálfsögðu hlýtur þetta að vera einn hluti af mæðraverndinni...“ að takast á, að sem sagt að greina og gefa meðferð eða allavega geta vísað áfram í meðferð“ (ljósmóðir A).*

*...„Já, mitt viðhorf er bara það að við eigum að sinna því miklu betur heldur en að við höfum gert, en ég held reyndar að það hafi verið heilmikil breyting á því undanfarin ár til batnaðar og þarna því að það, eins og þú ert að vitna í og allar rannsóknir sýna að geðheilsa kvenna á meðgöngu hefur gríðaleg áhrif bæði á fóstrið og ég tala nú ekki um áhrif bara fram á efri ár., þannig að mér finnst gríðalega mikilvægt að við spyrjum um geðheilsu og gefum konunum kost á að tala um það og leiðbeina þeim ef að það þarf“ (ljósmóðir B).*

Samkvæmt framsögðu fannst ljósmæðrunum mikilvægt að spyrja konur um geðheilsu og gefa konunum kost á því að ræða þessi mál eða vísa þeim áfram í meðferð. Þeim fannst líka vera breyting til batnaðar í þessum málum en þó fannst þeim vera þörf á því sinna þessum málum betur og hvöttu til frekari framkvæmda á þessu málefni.

Ljósmóðir A ræddi einnig um hvað geðheilsuvernd væri orðin stór hluti af mæðraverndinni og velti því fyrir sér hvort að sú upplifun væri vegna aukinnar þekkingar ljósmæðra á geðheilsuvernd eða hvort



að tíðnin væri að aukast, einnig lét ljósmóðirin áhyggjur sínar í ljós yfir því að ef þessar konur fá ekki hjálp þá kæmi það niður á foreldrahlutverkinu.

„... mér finnst ég upplifa það að mér finnst þetta mjög stór þáttur í mæðraverndinni og tilfinningin er að þetta sé alltaf að aukast, en kannski er þetta ekkert að aukast, við höfum núna meiri þekkingu á þessu og það eru búið að vekja okkur meira til umhugsunar og við notum þessar opnu spurningar og við erum að verða flinkari líka að nota þær, þess vegna eru það fleiri sem trúa okkur fyrir þessu eða leita til okkar, að við erum bara flinkari við þetta í dag (Ljósmóðir A).

„Og bara hvað þetta er stór hluti og hvað þetta er stór hluti af konum sem að hafa átt við andlega vanlíðan að stríða áður en þær koma til okkar í fyrstu komu. Og að sá hópur, ef að ekkert er að gert, mun eiga í vandræðum, þegar þær fara að takast á við foreldrahlutverkið. En hvað hægt er að gera mikið á meðgöngunni til að koma í veg fyrir það?“ (Ljósmóðir A).

„...fyrir rúmmlega 20 árum voru þetta bara ein og ein, en við vorum heldur ekki að spyrja svona“ (Ljósmóðir A).

Ljósmæðurnar voru einnig spurðar um stefnu vinnustaðarins, endurmenntun og stuðning yfirmanna varðandi þessi málefni og önnur þeirra svaraði eftirfarandi:

„við erum tvær ljósmæður hérna og við erum báðar búnar að fara núna á þetta námskeið hvernig við skimum fyrir ofbeldi“ sem að er bara alveg hluti af þessu og við höfum okkar yfirmann alveg“ hún studdi alveg eindreigið við það, alveg, já, (Ljósmóðir A)

„...það er nú erfitt að segja nákvæmlega, ég held að það sé engin..., það er náttúrulega stefna heilsugæslunnar að gera þetta betur heldur en hefur verið, en það er ekkert sagt hvernig eða og ég er ekki viss um að það séu neitt voðalega margir að spyrja endilega út í geðheilsuvernd, ég hugsa að ljósmæður séu komnar einna lengst í því...ég held að það sé nú þannig því miður“ (Ljósmóðir B).

Samkvæmt þessu er stuðningur og áhugi fyrir þessum málefnum á vinnustöðum þessara ljósmæðra, og fannst annarri ljósmóðurinni að ljósmæður væru komnar langt með það að spyrja um geðheilsuvernd.

Ljósmæðrunum fannst þær vel í stakk búnar til þess að spyrja/meta konur sem að koma í mæðraverndina, um andlega líðan þeirra.

„...ég er ágætlega í stakk búin til þess að veita þessa þjónustu ég bæði get sinnt því sjálf og ég veit um slatta af leiðum sem að ég get nýtt mér til aðstoðar“ (Ljósmóðir B).

Ljósmeðrunum fannst að vakning á geðheilsuvernd á meðgöngu síðastliðin ár, vaxandi áhugi á málefnum, ásamt námskeiðum og leiðbeiningum sem að væru í boði hefður mikið um þetta að segja.

*„mér finnst ég bara ágætlega í stakk búin, það hefur verið bara heilmikil fræðsla undanfarið, undanfarin ár í þessum málaflokki og við höfum fengið bara mjög góðar leiðbeiningar og kennslu um hvernig við getum tekist á við þessi mál“ (Ljós móðir A).*

*„...og það eru svo sem ekkert rosalega mörg ár síðan ég fór að hafa mikin áhuga á geðheilsuvernd almennt, og það á bara við margar ljósmeður og þarna eins og ég sagði þarna í upphafi að þetta hefur breyst gríðarlega undan farin ár. Það er engin spurning í mínum augum“ (Ljós móðir B).*

Hér kemur í ljós að starfsreynsla, endurmenntun, fræðsla, vaxandi áhugi ljósmeðra þegar kemur að því sjálfsöryggi í að veita konum stuðning varðandi andlega líðan á meðgöngu. Einnig kemur í ljós að vaxandi vitundarvakning á geðheilsuvernd á meðgöngu stuðlar að skilningi og þekkingu og þar af leiðandi bættri þjónustu.

#### *Leiðbeiningar hjálpa*

Þegar ljósmeðurnar voru spurðar um það hvernig þær mátu andlega líðan kvenna á meðgöngu og hvaða úrræði eða matstæki þær nota, kom í ljós að þær nota meðal annars það að spyrja konurnar opinna spurninga og einnig það að nota innsæi sitt í framhaldinu á meðgöngunni. Eins notuðu þær almennt spjall og spurðu svo út í andlega líðan út frá því, í einstöku tilfellum höfðu þær notast við matstæki.

*„...með spurningum, bara beinum opnum spurningum, við fyrstu komu... já, og svo náttúrulega bara áframhaldandi, bara með því að fylgjast með hennar líðan, hvað ég sé, hvað ég finn“ (Ljós móðir A).*

*„Já, ég er ekki að nota matstæki mikið, ég þarna, það hefur komið fyrir að ég noti Edinborgarskalann... og það hefur komið fyrir... en þarna yfirleitt er ég nú bara að spjalla við þær og spyr þær bara um þeirra líðan og tek þá upp það sem þær segja og ræði það bara frekar og þarna þær auðvitað stjórna því mjög mikið sjálfar hvað þær vilja tala mikið um þetta og ég ber auðvitað bara fulla virðingu fyrir því...“ (Ljós móðir B).*

Ljósmeðurnar voru einnig spurðar hvort að þær notuðu klínískar leiðbeingar frá Landlækni í kafla 7.2 og þær spurningar sem að mælst er til þess að spyrja allar konur á meðgöngu, varðandi mat á andlegri vanlíðan. Önnur ljósmeðrana sagðist nota þessar spurningar á meðan hin sagðist vera búin að koma sér upp sínum eigin spurningum, en tók það fram að mjög gott væri fyrir þá sem að væru óvanir að nýta sér þessar spurningar, en með reynslunni hafði hún lært hvernig best er að spyrja konur um andlega líðan.

„Nú man ég ekki hvernig þessar spurningar voru en ég er bara búin að koma mér upp mínum spurningum og nota þær... það er fínt að hafa þessar spurningar, til dæmis þegar maður er óvanur að þá er mjög gott að notast við einhverjar svona leiðbeiningar, svo finnur maður eftir því sem að maður verður vanari þá finnur maður bara hvernig ég á að spyrja þessa konu...og maður svona finnur bara stemninguna í hverju viðtali fyrir sig og kannski vilja þær ekki svara manni fyrst en maður finnur að það er eitthvað...og þá bara heldur maður áfram í rólegheitum aftur eða næst“ (Ljós móðir B).

Ljós mæðurnar höfðu báðar tekið þátt í námskeiði sem að haldið var á vegum heilsugæslu höfuðborgasvæðisins árið 2012, sem að var varðandi vinnuleiðbeiningar í geðheilsuvernd á meðgöngu. Það kom í ljós að þeim fannst þessar leiðbeiningar hafa reynst þeim vel í starfi og þeim fannst leiðbeiningarnar styðja enn frekar við það að opna umræðuna um andlega líðan og tengslamyndun. Þær sögðust einnig sjálfar hafa verið búnar að lesa sér til um og fylgjast með málefnum varðandi þessi mál og að öll hjálpartæki, námskeið og fræðsla hjálpaði þeim í þeirra starfi.

„já, þær styðja mig í því frekar, það var búin að vera svona umræða um þetta og ég var búin að fylgjast með...þannig já“ (ljós móðir A).

„já, það er í raun og veru allt sem að maður les sér til um viðkvæm málefni hvort sem að það heitir vinnuleiðbeiningar eða eins og svo voru þarna klínískar leiðbeiningar um ofbeldi hvernig maður á að spyrja svoleiðis konur og allskonar, þetta hjálpar manni allt þó maður notar kannski ekki alveg staf fyrir staf.. þá velur maður svona það sem hentar mér að nota úr“ tekur góða punkta kannski úr mörgum stöðum sko og eftir því hvernig konu maður er með“ (Ljós móðir B).

Þegar ljós mæðurnar voru spurðar um það hvort að þær vildu breyta einhverju eða bæta við klínískuleiðbeiningar eða vinnuleiðbeiningarnar. Voru þær ekki vissar og sögðust þurfa rifja þær upp áður en að þær gætu myndað sér skoðun. En að vinnuleiðbeiningar væru alltaf til gagns og góðar til þess að fara eftir.

„ég eiginlega bara man ekki alveg hvernig þetta er, þannig að, en vinnuleiðbeininar eru alltaf góðar, þær nýtast alltaf fullt af fólki þó að maður sé ekki að fara eftir þeim alltaf lið fyrir lið, þá hjálpar þær manni alltaf og gera mann öruggari í því að maður sé að gera rétt og svo framvegis þó svo að maður orði hlutina öðruvísi eða eitthvað (Ljós móðir B).

„svona í fljótu bragði þá er ég ekki með svör...Já, rifja þetta upp og sjá þetta á blaði áður og mynda sér skoðun“ (ljós móðir A)

Ljósmæðrunum fannst gott að geta notað leiðbeiningar sér til hliðsjónar í mati á geðheilsuvernd þrátt fyrir að nota þær ekki endilega bókstaflega.

*Að sína konunni einlægum áhuga, að vera tilbúin að hlusta og lækningamátturinn í spjallinu*

Ljósmóðir B sagðist einnig verða vör við það hversu þakklátar konurnar væru með það að vera spurðar um líðan sína, einnig þætti þeim vænt um að munað væri eftir þeim og því sem að þær hefðu trúað ljósmóðurinni fyrir.

*„en ég er alltaf tilbúin að hlusta á þær og mér finnst sko, að konur sem að eru í vandræðum á einhvern hátt með sjálfan sig eða fjölskyldu sína eða börnin sín eða áhyggjur að einhverju, að þeim þykir gríðalega vænt um að vera spurðar þær finna það að það hafi einhver áhuga á þessu og ég tala nú ekki um finnst mér líka, þegar að þær átta sig á að maður spyr aftur og maður hefur áhuga á þeim og eins og þetta er auðvitað svona í mæðraverndinn að maður er að hitta þær aftur og aftur og þá tekur maður kannski upp þráðinn aftur og spyr hvernig gangi núna og tala ekki um eins og þegar maður getur fylgst með þeim í ungbarnaeftirlitinu líka. Og þær fatta það að maður man, hvað þær voru að segja manni ...“ (Ljósmóðir B).*

Einnig segir hún að það þurfi ekki alltaf einhver sértæk úrræði eins og hún lýsir hér:

*„sem betur fer þá eru sko allavega samkvæmt minni reynslu hérna í heilsugæslunni að þá er mikill lækningamáttur fólgin í því að bara spjalla... oft þarf ekkert meira, einhver sértæk úrræði“ (ljósmóðir B).*

Og hún heldur áfram.

*„...Það það gefur mjög mikið að bæta þessu inn í þessu almenna mæðravernd, og það er hægt að styðja rosalega mikið við margar konur, bara með þessu spjalli og mjög oft eins og ég búin að segja, dugar það... það er bara frábært ef að ljósmæður séu að gera þetta meira og hvet bara til frekari framkvæmdar í því. (Ljósmóðir B).*

Ljósmæðurnar höfðu einnig tilfinningu fyrir því að mæðraverndin væri oft fyrsti staðurinn þar sem að konurnar töluðu um líðan sína eða fengu hjálp við andlegri vanlíðan.

*„Mjög oft eru þær búnar að leita sálfræðinga, margar eru á lyfjum og kannski hefur ekkert annað verið gert, þær hafa bara farið á lyf og ekki unnið beint, neitt annað... þannig að mér finnst eiginlega bara oft hefur þetta verið fyrsti staður að vinna eitthvað“ (ljósmóðir A).*

*„Já mér finnst oft sko, að það hafi engin spurt þær, „Hvernig þeim líður heima eða hvernig þær hafi það, en þarna og mér finnst og þeim finnst rosalega gott að tala um þetta“ (Ljósmóðir B).*

### *Tímaþröng og bið eftir sérfræðihjálp*

Þegar ljósmæðurnar voru spurðar um hvað þeim fannst vera hægt að gera betur varðandi geðheilsuvernd, sagði ljósmóðir A að skortur á tíma til þess að sinna þessum konum, væri stundum vandamál. Ljósmóðir B sagðist einnig upplifa það stundum, en þá gæfi hún konunni tíma fljótt aftur og það væri venjulega ekki vandamál.

*...„við höfum núna ágætis úrræði til að til að vísa í með erfðari mál sem að við treystum okkur ekki til að taka á, en það eru kannski þessi létt,, eða kannski minna alvarlegu mál sem að við getum svo vel sinnt en vantar svolítið tíma... Það er það helsta“ (Ljósmóðir A).*

*“Já, auðvitað kemur alveg fyrir að maður lendir í tímaþröng, en konurnar, þær vita líka að við erum með bókað á halftíma fresti og það er ekkert að því, að þarna segja við konuna, að því miður verð ég að halda áfram með daginn, en að ég skuli gefa henni annan tíma bara fljótt aftur og konurnar skilja það mjög vel í mæðraverndinni, þær vita það alveg, að það er bókað hjá manni og það er ekki hægt að bara...Þannig að mér finnst það ekki vera vandamál... það vantar tíma stundum en það er bara hjá öllum“... (Ljósmóðir B).*

Einnig fannst ljósmæðrunum að bið eftir sérfræði hjálp væri á heilsugæslustöðvum væri of löng fyrir þær konur sem þurfa á sálfræðipjónustu að halda og að dýrt væri fyrir konurnar að fara í einkageirann.

*„...en hitt er annað mál að að það er erfitt að komast að hjá sálfræðingi tekur svolítið tíma hérna, hér á heilsugæslunni er ég að tala um, því að mjög margar þessar konur sem að eru í einhverjum vandræðum, ef að þær vilja fara til sálfræðings eða geðlæknis eða eitthvað svoleiðis og maður er benda á einka praksisinn sem að er náttúrulega talsvert af, það er bæði, kannski ekki endilega auðvelt að komast þar að og svo kostar það alveg hræðilega mikið,... þannig að ég myndi vilja sjá að það væri meiri þjónusta bara innan heilsugæslunnar, í þessum grunnstöðum heilbrigðiskerfisins, þar sem að þjónustan er ekki svo dýr“ (ljósmóðir B).*

Ljósmóðir A segir frá því að henni finnst stundum vera löng bið til þess að komast að hjá sálfræðingi, en segir einnig frá því að hún flokkaði í raun vandamálin og þau úrræði sem að hún notar þrjá flokka. Eftir eðli vandamálsins og þeirra úrræða sem að eru í boði.

*„Já, mér finnst stundum vera bið í það, en það eru úrræði og það má segja að sé svona kannski að ég svona ósjálfrátti flokki í þrennt, soldið, alvarlegt, mjög alvarlegt sem þarf að vísa niður á, í geðteymið og síðan númer tvö þar sem að ég hef notað miðstöð foreldra og barna, og svo númer þrjú það sem að við getum getum sinnt hérna hjá okkur“... (ljósmóðir A).*

*Að komast að orsök og vinna út frá því*

Ljósmaðurnar voru spurðar að því hvaða verkferla og úrræði þær hefðu þegar að þær fá til sín konu í mæðravernd sem að reynist vera með andlega vanlíðan, þar kom í ljós að að væri mjög misjafnt og færi í raun eftir eðli vandamálsins.

*„Ég bara fer alveg eftir því hvers eðlis þessi andega vanlíðan er. Hver er hennar bakgrunnur, og hvernig henni hefur liðið áður, er þetta eitthvað nýtt.... Algjörlega, af því að það eru mismunandi úrræði eftir því hvers eðlis vanlíðanin er“ (Ljós móðir A).*

*„Já, þá, reyni ég náttúrulega bara að komast að því að hvað...er hún búin að vera gera eitthvað sjálf, hvað telur hún vera að og reyna finna rótina að þessu og nú síðan, ekki síst hvað vill hún gera og þegar maður, segjum til dæmis að hún sé ekki búin að gera neitt og telji að hún sé þunglynd, þá hef ég stundum lagt fyrir hana edinborgarskalann ég hef reynt að komast að því afhverju þetta er og þá verður maður náttúrulega bara að beina sér að orsökinni“ ..... „Það er ýmislegt í boði sem að þarna maður verður bara alltaf að meta hverju sinni, hvert maður vísar, fer alveg eftir eðli vandamálanna“ (Ljós móðir B). Aðspurð svarar önnur ljós móðirin því játandi að hún fái konurnar í þéttara eftirlit ef hún telur þörf á því.*

*„Já, það kemur alveg fyrir ef að þeim líður mjög illa andlega þá hef ég oft fengið þær oft... það er samt erfitt að segja svona maður metur bara hvert tilfelli“... (Ljós móðir B).*

*Þjálfun í samtalstækni og vera óhræddur við að spyrja*

Ljósmaðurnar ræddu einnig hversu mikilvægt það er að gera sér grein fyrir því hvernig maður er að nálgast konuna, hvernig maður spyr. Einnig hversu mikilvægt það er setja sig inn í hvaða úrræði eru í boði til þess að þora að spyrja og hafa þá úrræði.

*„Ég held að við höfum bara verið svolítið hræddar við þetta, að þarna hvað á ég að gera ef að ég þarf að senda eitthvað eða eitthvað svoleiðis, bara að vera minnugur þess að það þarf oft ekki að senda neitt. Og svo bara að setja sig aðeins inn í þessi ráð sem að til eru,“ (Ljós móðir B).*

*„Þess vegna eru það fleiri sem trúa okkur fyrir þessu eða leita til okkar, að við erum bara flinkari við þetta í dag,“ (Ljós móðir A).*

## 5 Umræður

Í þessum kafla verður fjallað um niðurstöður verkefnisins og þær bornar saman við eldri niðurstöður. Einnig verður fjallað um styrkleika og veikleika verkefnisins og að lokum notagildi þess fyrir ljósmæður. Fyrst verður fjallað um niðurstöður úr viðtölum.

Ljósmæðurnar höfðu jákvætt viðhorf til geðheilsuverndar á meðgöngu, þeim fannst það sjálfsgöður hluti af mæðraverndinni og gerðu sér fulla grein fyrir því hversu mikilvægt það væri að spyrja konur um líðan þeirra og vísa þeim áfram ef þess þurfti. Þetta samræmist þó ekki niðurstöðum erlendra rannsókna sem hafa sýnt fram á ljósmæðrum finnst þær ekki hafa næga þekkingu eða úrræði til þess að sinna þessum konum og að þörf sé á því að auka þekkingu þeirra (Jones, Creedy, Gamble, 2012a; Buist, o.fl. 2006). Eins og áður hefur komið fram í þessu verkefni hefur andleg vanlíðan á meðgöngu neikvæð áhrif á fóstur og tengslamyndun móður og barns eftir fæðingu. Þar að auki eru konur sem eru þunglyndar á meðgöngu í sexfaldri hættu á því að fá fæðingapunglyndi miðað við þær konur sem ekki eru þunglyndar á meðgöngunni (Heron, O'Connor, Evans, Golding, Glover. 2004).

Því væri áhugavert að skoða stærri hóp ljósmæðra á Íslandi varðandi þetta og jafnframt er mikilvægt að geta boðið þeim ljósmæðrum sem ekki telja sig hafa næga þekkingu eða getu til þess að sinna þessum konum upp á endurmenntun.

Annarri ljósmóðurinni fannst sá hópur kvenna sem á við geðheilsuvandamál að stríða fara stækkandi og taldi að ástæða þess væri ekki endilega vegna þess að hópurinn væri stærri, heldur vegna þess hversu mikil vakning hefur orðið síðustu ár í þessu málefni. Síðustu ár hefur þekking á viðtækum áhrifum andlegrar vanlíðunnar á meðgöngu á velferð móður, barns og fjölskyldunnar farið mjög vaxandi (O'Hara og Wisner, 2014). Þessi vitundarvakning samræmist einnig rannsókn sem gerð var fyrir rúmlega tíu árum um viðhorf ljósmæðra og mæðra til mæðraverndar. Í þeirri rannsókn kom fram að ljósmæðrum og mæðrum fannst líkamlegt eftirlit vera mikilvægasti þáttur mæðraverndarinnar, að allt væri í lagi líkamlega hjá konunni og að fóstrið dafnaði vel (Helga Gottfreðsdóttir, 2001). Nú 13 árum seinna ræða ljósmæður um hversu stór og mikilvægur hluti geðheilsuvernd sé orðinn í mæðraverndinni í dag og því hefur greinileg orðið breyting síðustu ár á viðhorfi ljósmæðra til geðheilsuverndar í mæðravernd.

Eins og kemur fram í viðtalinu er þörf er á að gera betur í þessum málefnum. Talið er að margar þunglyndar konur fái ekki hjálp, sem getur meðal annars verið vegna þess að ekki er skimað sérstaklega fyrir andlegri vanlíðan á meðgöngu (Gaynes ofl. 2005). Hlutverk ljósmæðra í geðheilsuvernd hefur vaxið síðastliðin ár og er mikilvægt að þær hafi þekkingu til þess skima og meta geðheilsu kvenna ásamt því að styðja við konuna í mæðraverndinni (Sanders, 2006). Sýnt hefur verið fram á að ef skimað er reglulega fyrir þunglyndi á meðgöngu eða eftir fæðingu verður vitundarvakning hjá bæði hjá ljósmæðrum og konum um þetta málefni. Einnig er vaxandi áhugi á því að finna matstæki sem er hægt að nota sérstaklega fyrir konur á meðgöngu. Í því samhengi er talið að spurningalistinn The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ) geti verið góður til þess að meta andlega líðan á meðgöngu, eins og kom í ljós í rannsókn frá Austin, Colton, Priest, Reilly, Hadzi-Pavlovic (2013) en

70% ljósmæðra sem tóku þátt í rannsókninni fannst hjálplegt að nota þetta matstæki í mæðraverndinni.

Þegar ljósmæðurnar voru spurðar að því hvernig þær meta geðheilsu kvenna í mæðraverndinni sögðust þær nota opnar spurningar og voru einnig búnar að þróa spurningar sem þeim fannst gagnast vel. Þær mátu hverja konu fyrir sig, hvernig best væri að nálgast konuna og spyrja hana um andlega líðan og ef þeim fannst konan sýna mikla vanlíðan lagði önnur ljósmæðrana fyrir EPDS kvarðann, sem getur verið gott að leggja fyrir konur sem taldar eru í hættu á að þróa með sér þunglyndi eftir fæðingu. Víðsvegar í heiminum er skimað fyrir þunglyndi á meðgöngu með EPDS-kvaðranum og í nýlegri ástralskri rannsókn kom í ljós að 69,1% ljósmæðra mátu andlega vanlíðan kvenna á meðgöngu með EPDS-skalanum eða svipuðu matstæki (Jones, Creedy, Gamble, 2012a). Út frá þessu má segja að ljósmæðurnar séu búnar að skapa sér sína eigin verkferla í mati á andlegri líðan kvenna á meðgöngu, út frá reynslu og þekkingu sem þær hafa aflað sér í starfinu.

Ljósmæðrunum fannst báðum klínísku leiðbeiningarnar frá Landlækni (2010) og leiðbeiningar um geðheilsuvernd á meðgöngu (2012) mikilvægur stuðningur þegar kom að því að meta andlega líðan kvenna og styðja við þær á meðgöngunni þrátt fyrir fóru ekki nákvæmlega eftir þeim. Þeim fannst þær öruggar við að meta andlega líðan og sinna barnshafandi konum. Í því samhengi ræddu þær að sú reynsla og þekking sem þær höfðu aflað sér síðastliðin ár hjálpaði þeim mikið. Þetta samræmist niðurstöðum nýlegrar erlendrarrannsóknar þar sem könnuð voru viðhorf ljósmæðra til geðheilsuverndar. Samkvæmt rannsókninni skapaði lítil þekking og reynsla óöryggi hjá ljósmæðrum við að meta andlega heilsu barnshafandi kvenna og minni skilning á mikilvægi geðheilsuverndar og þær óttuðust að það gæti komið niður á umönnun þeirra (Jones, Creedy, Gamble, 2012b). Því gefur ofangreint til kynna að aukin þekking setji ljósmæður í betri stöðu til þess að meta líðan kvenna á meðgöngu.

Viðtölin við þessar tvær ljósmæður gefa til kynna að þær séu ágætlega í stakk búnar til þess að meta konur og vísa þeim áfram ef þess þarf. Ekki er hægt að alhæfa um að svo sé með allar ljósmæður sem sinna meðgönguvernd hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Því þarf að skoða reynslu og þekkingu íslenskra ljósmæðra með stærra þýði.

Að sögn ljósmæðrana sem tóku þátt í þessu verkefni var samskiptahæfni og það að þora að spyrja mikilvægir þættir í geðheilsuvernd á meðgöngu. Það samræmist rannsókn Rollans, Schmidt og Meady (2013b) þar sem samskiptahæfni ljósmæðra var skoðuð. Þar kom í ljós að barnshafandi konur sem komu í mæðraverndina og upplifðu að ljósmóðirin væri mjög upptekin, reyndi ekki að ná augnsambandi við þær og gæfi þeim ekki tíma, gátu ekki hugsað sér að opna sig fyrir ljósmóðurinni og ræða við hana um andlega vanlíðan. Önnur rannsókn sýndi að eftir námskeið í samskiptahæfni öðluðust ljósmæður betri samskiptahæfileika, gáfu svigrúm til að spyrja spurninga, reyndu frekar að ná augnsambandi, urðu betri í styðja konur með andlega vanlíðan, áttu auðveldara með að spyrja beint, urðu betri í að spyrja opinna spurninga og ljósmæðurnar upplifðu að hafa meira sjálfstraust til að spyrja konur á meðgöngu um geðheilsu og ofbeldi (McLaclan, Forster, Collins, Gunn, Hegarty, 2011). Þetta verkefni ásamt ofangreindri rannsókn styður því ótvírætt það sem ljósmæðurnar telja mikilvæga eiginleika þegar þær sinna geðheilsuvernd á meðgöngu.



Ljósmeðurnar sem tekið var viðtal við tóku einnig fram hversu mikilvægt það væri að gefa sér tíma til að hlusta á konuna, nota lækningamáttinn í samtalinu og sýna henni einlægan áhuga í mæðraverndinni, að konunum þættu virkilega vænt um það. Þetta samræmist rannsókn sem gerð var á upplifun barnshafandi kvenna með andlega vanlíðan. Þær konur sem upplifðu stuðning frá ljósmóður sinni og fengu upplýsingar um hvað væri hægt að gera til þess að hjálpa þeim upplifðu mikinn létti og fannst þær ekki lengur vera einar með vanlíðan sína. Einnig upplifðu konurnar að tilfinningin að geta leitað til einhvers sem hlustaði og veitti stuðning hjálpaði mikið og stuðlaði að betri andlegri líðan (Stanley, Borthwick, Mcleod, 2006). Í rannsókn sem skoðaði viðhorf kvenna til skimunar á geðheilsuvandamálum á meðgöngu kom í ljós að þær konur sem voru með andlega vanlíðan þótti öryggi í því að fylgst væri með þeim (Leigh og Millgram, 2007).

Þegar ljósmeðurnar voru spurðar út í verkferla þeirra þegar þær fengu konur til sín sem þjáðust af einhvers konar andlegri vanlíðan töldu þær að það færi alveg eftir því hvers eðlis vanlíðanin væri, hver væri fyrri saga konunnar eða núverandi staða. Á þann hátt meta þær hvort þær geti sinnt konunni sjálfar eða hvort eða þær þyrftu að vísa þeim í sérhæfðari meðferð. Nefndu þær í því samhengi sálfræðinga, geðsvið Landspítalans, félagsráðgjafa, FMB-teymið (foreldrar, meðganga og barn) og MFB (Miðstöð foreldra og barna). Út frá þessu má sjá að ljósmeðurnar höfðu ýmis úrræði fyrir þessar konur allt eftir eðli vandamálsins. Þeim fannst þó heldur löng bið eftir að komast að hjá sálfræðingi og ræddu einnig um að það væri dýrt og að konur hefðu ekki endilega efni á því að fara til sálfræðings. Mjög mikilvægt er fyrir konur að fá hjálp strax við andlegri vanlíðan á meðgöngunni vegna þess að annars er hætta á því að einkenni versni til muna og einnig vegna neikvæðra áhrifa á fóstur og tengslamyndun móður og barns (Leis, Heron, Stuart, Mendelson, 2014). Ef ekkert er að gert og þessar konur fá ekki hjálp munu um 48% þeirra kvenna sem voru kvíðnar og 70% þeirra kvenna sem voru þunglyndar á meðgöngunni vera áfram með einkenni eftir fæðingu og á fyrstu árum barnsins (Kingston o.fl. 2014). Því er þörf á úrbótum í þessum þáttum.

Höfundur mun enda þessa umræðu með setningu sem á við í þessu verkefni: „*Andleg heilsa er óaðskiljanlegur hluti af heilsunni. Það er engin heilsa án andlegrar heilsu*“ (WHO, e.d.b)

## 5.1 Takmarkanir og styrkleikar verkefnis

Ljósmeðurnar sem valdar voru í viðtölin höfðu báðar margra ára starfsreynslu. Fagleg hæfni eykst oftast með reynslunni og því ekki hægt að draga ályktanir út frá niðurstöðum nema fyrir þessar ljósmeður. Umræður í viðtölunum geta þó gefið innsýn í viðhorf ljósmæðra til þessa málefnis.

Ljósmeðurnar sem tóku þátt í þessu verkefni hafa reynslu af því málefni sem til skoðunar er í verkefninu. Það hefði verið áhugavert að hafa fleiri viðmælendur þar sem ekki er hægt að alhæfa niðurstöður á fjöldann (Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir, 2013).

Rammin eins og hann var uppbyggður gafst vel í viðtölunum. Höfundi fannst viðmælendur svara öllum spurningunum. Þrátt fyrir að viðmælendur svöruðu öllum spurningunum, fannst höfundi þeir fara lítið út fyrir rammann í umræðunni. Það þarf reynslu til þess að dýpka samtal og því gæti það hafa haft áhrif á

niðurstöður, en talið er að það krefjist meðal annars mikillar þekkingar til að ná árangri og gæðum í eigindlegum rannsóknum. Höfundur telur að sú aðferð sem valin var fyrir þetta verkefni hafi nýst til að skoða það sem upphaflega var áætlað að skoða og það er niðurstaða þessa verkefnis. Það þykir erfitt og flókið að meta réttmæti í eigindlegum rannsóknum en hægt er að skilgreina réttmæti á þann hátt að við séum að mæla það sem að við höldum að við séum að mæla (Larsen og Vejleskov, 2002).

## **5.2 Notagildi fyrir ljósmæður**

Niðurstöðurnar gefa innsýn í hvernig ljósmæður sinna geðheilsuvernd í mæðraverndinni. Von höfundar er að niðurstöður þessa verkefnis muni vekja umræður og þannig nýtast ljósmæðrum í starfi sínu í meðgönguverndinni. Jafnframt er vonast til þess að verkefnið vekji ljósmæður til umhugsunar um hversu mikilvæg geðheilsuvernd á meðgöngu í rauninni er. Það er ljóst að gott forvarnarstarf er unnið innan heilsugæslunnar með fræðslu, námskeiðum og vinnuleiðbeiningum og verður þetta verkefni vonandi til að efla þá vinnu enn frekar.

## 6 Framtíðarrannsóknir

Hægt er að skoða reynslu kvenna með andlega vanlíðan á meðgöngu af þeirri hjálp sem þær fá í mæðraverndinni og einnig hvort við finnum þessar konur.

Taka má viðtöl við stærri hóp varðandi hversu vel ljósmæðrum finnst þær tilbúnar til að meta geðheilsuvandamál og meðgöngu og hvað úrræði þær hafa. Til dæmis rýnihópa.

Skoða þarf hvaða matstæki geta komið til greina við að skima reglulega fyrir geðrænum vandamálum á meðgöngu eða hvort að sú aðferð sem að við notum í dag dugi, hvort við finnum þær konur sem eru með andlega vanlíðan og hvort úrræðin séu nægjanleg.

Kanna mætti hvort það sé hægt að styðja frekar við þessar konur með því að halda námskeið, t.d leiðir til slökunnar og ýmis önnur fræðslunámskeið um hvernig hægt sé að takast á við þunglyndi, kvíða og streitu og í því samhengi hvort hægt sé að stofna meðgönguhópa/mæðrahópa líkt og gert er erlendis, sem hugsaður væri sem stuðningur við þessar konur. Ljósmóðir gæti séð um um að stofna hópana. Hóparnir myndu byrja að hittast á meðgöngunni og myndu konurnar hittast heima hjá hvor annarri og ljósmóðir væri með í fyrstu skiptin sem þær hittust og væri með einhvers konar fræðslu. Þetta yrði síðan hugsað sem einhvers konar tengslanet fyrir mæðurnar.

Einnig væri áhugavert væri að skoða hvaða viðbótameðferðir gætu verið hjálplegar konum með andleg vanlíðan.

## Ályktanir

Út frá fræðilegri samantekt álykta ég að andleg vanlíðan á meðgöngu sé stórt og viðamiklægt vandamál í dag hjá konum á barneignaraldri. Áhrif geðheilsuvanda á meðgöngu getur verið mjög alvarlegur fyrir heilsu móður og barns og haft neikvæðar afleiðingar fyrir alla fjölskyldunna. Aukin hætta er á því að barnshafandi konur með andlega vanlíðan hætta fyrir að vinna á meðgöngunni og taki fleiri veikindadaga og því er andleg vanlíðan á meðgöngu einnig kostnaðarsöm fyrir þjóðfélagið.

Andleg vanlíðan er vítt hugtak og því mikilvægt að ljósmæður þekki einkenni helstu vandamála af geðrænum toga og hafi þekkingu á þeim úrræðum sem eru í boði í dag. Að spyrja um andlega líðan á meðgöngu ætti því að vera jafn mikilvægt og að spyrja um líkamlega heilsu og eru ljósmæður í lykilstöðu til þess að spyrja þessar konur. Einnig er nauðsynlegt fyrir ljósmæður að gera sér grein fyrir mikilvægi tengslamyndunnar milli móður og barns. Þar að auki er mikilvægt fyrir ljósmæður að styrkja mæður sem eru með andlega vanlíðan í að tengjast fóstrinu á meðgöngunni (primary maternal preoccupation) en til þess geta ljósmæður stuðst við vinnuleiðbeiningarnar sem kynntar voru 2012.

Helstu niðurstöður viðtalanna eru að ljósmæður í mæðraverndinni í dag leggja mikla áherslu á andlega heilsu kvenna á meðgöngu og finnst það vera sjálfsgöður hluti af mæðraverndinni. Ljósmæðrunum finnst þær búa yfir góðri tækni til þess að meta andlega heilsu ásamt því að hafa ýmiss konar úrræði fái þær fá konu til sín í mæðraverndina sem er með andlega vanlíðan. Þeim finnst þó hægt að gera miklu betur. Mikil fræðsla og vitundarvakning hefur verið síðastliðin ár um geðheilsuvernd á meðgöngu sem hefur orðið til þess að ljósmæðrum finnst þær geta sinnt þessum konum á viðunnandi hátt, þótt hægt væri að gera betur. Mikilvægt er því að halda áfram því forvarnarstarfi sem hefur verið unnið í geðheilsuvernd.

Þörf er á því að gera betur varðandi biðtíma hjá sálfræðingum eða öðrum sem veita sérfræðihjálpi til þess að koma í veg fyrir alvarlegar afleiðingar geðrænna sjúkdóma á meðgöngu. Því væri þörf á fleiri sálfræðingum sem þjónusta skjólstæðinga heilsugæslunnar eða þá að hægt væri að veita einstaklingum meiri fjárhagslegann stuðning svo þeir gætu nýtt sér þjónustu sálfræðinga í einkageiranum.

Einnig er mikilvægt að ljósmæður hafi svigrúm til að gefa þessum konum meiri tíma þegar þær kom í mæðraskoðun. Samskiptahæfni ljósmóðurinnar er grundvallaratriði þegar kemur að geðheilsuvernd, konan verður að upplifa sig örugga og geta treyst ljósmóðurinni fyrir líðan sinni. Það að sína konunni virðingu og einlægan áhuga og hlusta er mikilvægur eiginleiki ljósmæðra sem sinna konum í mæðravernd. Ef ekki myndast góð tengsl milli ljósmæðra og barnshafandi kvenna í mæðraverndinni, er hætta á því konur með andlega vanlíðan fái ekki þá hjálpi sem þær þurfa.

Út frá ofangreindu telur höfundur að sér hafi tekist að gera skil á þeim rannsóknarspurningum og tilgangi sem sett var fram í upphafi þessa verkefnis.

## Heimildalisti

- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow up study
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., Åström, M. (2003a). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *American Journal of Epidemiology*. 189, 148–154.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulf, M., Åström, M., Bixo, M. (2003b). Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *American Journal of Epidemiology*. 159, 872–881.
- Austin, M.P. og Lumley, J. (2003). Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 107, 10-17.
- Austin, M.P., Colton, J., Priest, S., Reilly, N., Hadzi-Pavlovic, D. (2013). The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ): Acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Woman and Birth*. 26, 17-25.
- Barry, P.D. (2002). *Mental Health and Mental Illness*. Lippincott Williams og Willkins. 7. ed. Philadelphia, New York, Baltimore.
- Beddoe, A.E., Yang, C.P.P., Kennedy, H.P., Weiss, S.J., Lee, K.A (2009). The effects of mindfulness-based yoga during pregnancy on maternal psychological and physical Distress. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 38, 310-319.
- Berle, J.Ø., Mykletun A., Daltveit A.K., Rasmussen S., Holstein F., Dahl A.A (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Archives of Womens Mental Health*. 8, 181-189.
- Betts, K.S., Williams, G.M., Najman, J.M., Alati, R. (2014). Maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy, predict internalizing problems in adolescence. *Depression and Anxiety*. 31, 9-18.
- Buist, A. Bilszta J., Milgrom, J., Barnett, B., Hays, B., Austin, M.P. (2006). Health professional's knowledge and awareness of perinatal depression: Results of a national survey. *Women and Birth*. 19, 11-16.
- Buitelaar, J.K., Huizink, A.C., Mulder, E.J., Robles-de Medina, P.G., Visser, G.H.A. (2003). Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants. *Neurobiology of Aging*. 24, 53-60.
- Buist, A., (2007). National program for depression associated with childbirth: the Australian experience. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 21, 193-206.
- Burns, A., O'Mahen, H., Baxter, H., Bennert, K., Wiles, N., Ramchandani, P. o.fl. (2013). A pilot randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for antenatal depression. *BMC Psychiatry*. (33), 1-12.
- Bryndís Sveinsdóttir (2011) *Sálræni áhættuþættir fyrir þunglyndi og kvíða á meðgöngu*. Óbirt kandídatritgerð: Háskóli Íslands. Sálfræðideild.
- Da-Costa, D., Rippen, N., Dritsa, Ring, A. (2003). Self-reportet leisure time physical activity during pregnancy and relationship to psychological wellbeing. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 24, 111-119.
- Dennis, C.L., Dowswell, T. (2013) Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression-review. *The Cochrane Library*. 7, 1-53.
- Diego, M.A., Field, T., Hernandez-Rief, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Conzalez-Quintero. (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Human Development*. 85, 65–70.

- Field, T., Diego, M., Dieter, J., Hernandez-Reif, M., Schanberg, M., Kuhn, C. o.fl. (2004a). Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant behavior & Development*. 27, 216-229.
- Field, T., Diego, M.A., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S. og Kuhn, C., (2004b). Massage therapy effects on depressed pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 25,115-122.
- Fontein-Kuipers, I.J., Nieuwenhuijze, M.J., Ausems, M., Budé, L., de Vriese, R. (2014). Antenatal interventions to reduce maternal distress: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. 4, 389-387.
- Furber, C.M., Garrod, D., Maloney, E., Lovell, K., MCoven, L. (2009). A qualitative study of mild to moderate psychological stress during pregnancy. *International Journal of Nursing studies*. 46,669-677.
- Gaynes, B.N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K.N., Swinson, T., Gartlehner, G. o.fl. (2005). Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes: Summary. *Agency for healthcare research and quality*. Sótt 1. Maí. 2014 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11838/>
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice & research Clinical Obstetric and Gynaecologi*. 28, 25-35.
- Goodman, J.H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R. ofl. (2014). CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health*. 1-15.
- Graig, M. og Abel, K. (2001). Prescribing for psychiatric disorders in pregnancy and lactation. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 15, 1013-1030.
- Guttridge, K. (2011). Maternal mental health and psychological problems, Í Macdonald og Magill-Guerden (ritstj.), *Mays' Midwifery, a textbook for midwives*, Ballière Tindal (bls. 939-952). UK
- Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins (e.d.). *Hlutverk stefna og markmið*. Sótt 2. maí 2014 af <http://www.heilsugaeslan.is/um-heilsugaesluna/stjornun-og-skipulag/hlutverk-stefna-markmid-gildi/>
- Helga Gottfreðsdóttir (2001). Hvað felst í mæðravernd? Viðhorf kvenna og ljósmæðra. *Ljósmæðrablaði*. 2, 5-15.
- Helga Jónsdóttir. (2013). Viðtöl í eigindlegum og meginlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 137-153). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*. 80, 65–73.
- Horowitz J.A., Logsdon M.C., Anderson J.K (2005). Measurment of Maternal-Infant Interaction. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 11,164-172.
- Jones, C.J., Greedy, D.K., Gamble, J.A. a) (2012a.) Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. *Woman and Birth*. 25, 23-28.
- Jones, C.J., Greedy, D.K., Gamble, J.A. (2012b). Australian midwives' attitudes towards care for women with emotional distress. *Midwifery*. 28, 216-221.
- Jordemorforeningen (2011). *Graviditet og stress*. Sótt. 28. Apríl 2014 af <http://www.jordemorforeningen.dk/aktuelt/nyhedsbrev-for-gravide/singlevisning/artikel/graviditet-og-stress/>
- Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir. (2013). Úrtök og úrtöks aðferðir í eigindlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræðirannsókna* (bls. 129-136). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

- Kvale, S. (1996). *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kingston, D., McDonald, S., Tough, S., Austin, M.P., Hegadoren, K., Lasiuk, G. (2014). Public views of acceptability of perinatal mental health screening and treatment preference: a population based survey. *Bio Med Central-pregnancy & childbirth*. 14, 1-12.
- Lancaster, C.A., Gold K.J., Flynn, J.A., Yoo, H., Marcus S.M., Davis, M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 5-14.
- Landspítalinn (e.d.). *Foreldrar meðganga barn - FMB teymið*. Sótt 2. Maí 2014 af <http://www.landspitali.is/?PageID=16572>
- Landlæknisembættið (2008) *Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu. Klínískar leiðbeiningar*. Sótt 2. Mars 2014 af <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2548/4407.pdf>
- Larsen, A.L.S. og Vejleskov, H. (2002). *Videnskab og forskning-en lærebog til professionsuddannelser*. Gads Forlag, København.
- Leckman, J.F., Mays L.C., Cohen D.J. (2002). Primary maternal preoccupation revisited: circuit, genes, and the crucial role of early life experience. *South African psychiatric review*. 4-12.
- Leigh, B., Milgrom, J. (2007). Acceptability of antenatal screening for depression in routine antenatal care. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 24, 14-18.
- Leis, J.A., Heron, J., Stuart, E.A., Mendlelson, T. (2014). Associations Between Maternal Mental Health and Child Emotional and Behavioral Problems: Does Prenatal Mental Health Matter? *Journal of Abnormal Child Psychology*. 42, 161-171.
- Ljósmaðrafélag Íslands, (e.d.). *Alþjóðasiðareglur ljósmæðra*. Sótt 15 Apríl 2014 af <http://www.ljosmaedrafelag.is/ljosmodir/althjodasidareglur>
- Marga Thome og Stefanía B. Arnardóttir (2009). Vanlíðan kvenna á meðgöngu: eðli, tíðni og áhrif á fóstur. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir (ritstj.) *Lausnarsteinar-ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (Bl. 57-81) Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag. Ljósmóðurfélag Íslands.
- MCCAuley, K., Elsom, S., Muir-Cochrane., Lyneham, J. (2011). Midwives and assessment of perinatal mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 18, 786–795.
- McLaclan, H.L., Forster, D.A., Collins, R., Gunn, J., Hegarty K., (2011). Identifying and supporting women with psychosocial issues during the postnatal period: Evaluating an educational intervention for midwives using a before-and-after survey. *Midwifery*, 27, 723-730.
- Miðstöð foreldra og barna (e.d.). *Fyrstu tengsl*. Sótt 2 maí 2014 af <http://www.fyrstutengsl.is/#fq>
- Muzik M., Thelen, K., Rosenblum, K.L. (2011). Perinatal depression: detection and treatment. *Neuropsychiatry*. 2,179-195.
- National Institute of Mental Health (e.d). *What is anxiety Disorder?* Sótt 28. Apríl 2014 af <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml#part3>
- Nicholson, W.K., Setse, R., Hill-Briggs, F., Cooper, L.A., Strobino, D., Powe, N.R. (2006). Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life in Early Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 107, 798-806.
- Niven, C.A. (1992). *Psychological Care For Families-Before, During and After Birth*. 7-22. Oxford: Butterworth og Heinemann.
- Nugent, J.K. (2013). The Competent Newborn and the Neonatal Behavioral Assessment Scale: T. Berry Brazelton's Legacy. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 26,173-179.

- O'Connor T.G., Caprariello, P., Blackmore, E.R., Gregory, A.M., Glover, V., Flemming, P. (2007). Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Human Development*, 83, 451-458.
- O'Hara, M.W., Wisner, K.L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 28, 3-12.
- Qiu, C., Williams, MA., Calderon-Margalit, R., Cripe, SM., Sorensen, T.K. (2009). Preeclampsia risk in relation to maternal mood and anxiety disorders diagnosed before or during early pregnancy. *American Journal Hypertension* 22(4): 397-402
- Rollans, M., Schmied, V., Kemp, L., Meade, T. (2013a). Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth. *Bio Med Central-Womens health*, 13, 1-14.
- Rollans, M., Schmied, V., Kemp, L., Meade, T. (2013b). We just ask some questions" the process of antenatal psychosocial assessment by midwives. *Midwifery*. 29. 935-942.
- Rubertsson, C., Waldenström, U og Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of reproductive and infant psychology*. 21,113-123.
- Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P og Rådested, I. (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Archives of Women's Mental health*. 8, 97-104
- Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Archives of Womens Mental Health*. 1-9.
- Ryding E.L. (2008). Identify and treat perinatal depression: for the sake of the baby! *Acta Pædiatrica*. 97, 697-698.
- Sanders, L.B. (2006). Assessing and Managing Women With Depression: A Midwifery Perspective. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 51, 185-192.
- Sigríður Inga Karlsdóttir., Arna Rut Gunnarsdóttir., Eva Dögg Ólafsdóttir., Linda Björk Karlsdóttir., Ragnheiður Björk Snorraddóttir. (2008). Áhyggjur og kvíði á meðgöngu-eðlilegur fylgifyskur eða óásættanlegt fyrirbæri. *Ljósmeðrablaðið*. 6-12.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2013)..Yfirlit yfir eigindlegar rannsóknaraðferðir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 239-249). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurlína Davíðsdóttir (2003). Eigindlegar eða meigindlegar rannsóknaraðferðir? Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritsj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (1. útg.) (bls. 219-236). Akureyri: Háskólinn á Akureyri
- Stanley, N., Borthwick, R., Macleod, A. (2006). Antenatal depression: mothers' awareness and professional responses. *Primary Health Care Research and Development*. 7, 257-268.
- Sæunn Kjartandóttir (2010). Við vissum það ekki þá en við vitum það núna-um áhrif fyrstu árána á börn og fullorðna. Í Salvör Norðdal, Sigrún Júlíusdóttir og Vihjálmur Árnason (ritstj.), *Velferð barna, gildismat og ábyrgð samfélags*. Reykjavík: Siðfræðistofnun-Háskólaútgáfan.
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*. (8) 41-51.
- The Brazelton Institute (e.d.). Sótt 23. Apríl 2014 af <http://www.brazelton-institute.com/intro.html>
- Van-Bussel, J.C.H., Spidz, B., Demyttenaere, K. (2006). Women's Mental Health Before, During, and After Pregnancy: A Population-Based Controlled Cohort Study. *BIRTH*. 4, 297-302.



- Van-den Bergh, B.R., Mulder, E.J., Mennes, M., Glover V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 29, 237–258.
- Ventura, T., Gomes, M.C. Carreira, T. (2012). Cortisol and anxiety response to a relaxing intervention on pregnant women awaiting amniocentesis. *Psyconeuroendocrinologi*, 37, 148-156.
- Wan, M.W., Green .J. (2009). The impact of maternal psychopathology on child-mother attachment. *Archives of Women's Mental Health*. 12, 123-124.
- World health organization (WHO). (2008). *Maternal mental health and child mental health and development in low and middle income countries*. Sótt 4. Maí 2014 Af  
[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/mmh\\_jan08\\_meeting\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf)
- World health organization (WHO). (2011). *Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review*. Sótt 20. Apríl 2014 af  
<http://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/11-091850/en/>
- World Health Organisation (WHO). (2013). *Investing in mental health: Evidence for action*. Sótt. 20. Apríl 2014, af  
[http://www.who.int/mental\\_health/publications/financing/investing\\_in\\_mh\\_2013/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/financing/investing_in_mh_2013/en/)
- World health organization (WHO) (e.d.a). *Depression*. Sótt. 28. Apríl 2014 af  
<http://www.who.int/topics/depression/en/>
- World health organization (WHO) (e.d.b). *Mental health: strengthening our response*. Sótt 30. Apríl 2014 af  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- Yelland, J., Brown, S.J. (2014). Asking woman about mental health and social adversity in pregnancy: Result of an Australian population-based survey. *Birth*. 41:1, 79-87.



# Fylgiskjal 1

## Kynningabréf.

### **Viðhorf ljósmæðra til geðheilsuverndar á meðgöngu:**

#### **Vinnuleiðbeiningar um geðheilsuvernd á meðgöngu frá 2012**

*Meginmarkmið* könnunarinnar er að kanna viðhorf og þekkingu ljósmæðra til geðheilsuverndar á meðgöngu, og hvernig ljósmæðrum finnst þær í stakk búnar til að veita þessum hópi þjónustu.

Könnunin er hluti af lokaverkefni 2. árs nema í ljósmóðurfræði.

**Tilgangur:** Að auka þekkingu á hvaða aðferðir ljósmæður nota til að meta geðheilsu verðandi foreldra og hvort þær hafi úrræði til að vísa í ef þörf er á sértæku inngripi vegna geðheilsuvanda á meðgöngu.

**Þátttakendur:** Ljósmæður sem að eru starfandi í meðgönguvernd hjá heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

**Þátttaka:** Í þessari könnun eru tekin viðtöl við ljósmæður. Viðtalið verður tekið upp og athugasemdir skráðar niður. Upptöku verður eytt eftir að það hefur verið unnið úr gögnunum. Reikna má með að viðtalið/samræðurnar taki um eina klukkustund. Eftir viðtölin verða þau skráð niður og unnið úr þeim. Þátttakendum ber ekki skylda til þess að taka þátt í þessari rannsókn og geta því dregið sig úr henni hvenær sem að þeir vilja og geta neitað því að svara einstökum spurningum eða ræða einstök efnisatriði. Fullum trúnaði er a sjálfsögðu heitið.

**Ávinningur:** Að kynnast þekkingu og viðhorfum ljósmæðra til geðheilsuverndar á meðgöngu og afla upplýsinga um hvort og þá hvernig vinnuleiðbeiningar um geðheilsuvernd á meðgöngu nýtast ljósmæðrum í starfi. Að kynnast þeim aðferðum sem ljósmæður nýta í tíðum samskiptum í meðgönguvernd til eflingar tengslamyndunar og geðheilsu til gagns fyrir einstaklinga, fjölskyldur og samfélagið.

**Skilgreiningar:** Klínískar leiðbeiningar um meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu er gefnar út af Embætti landlæknis. Í Kafla 7.6 er umræða um leiðbeiningar um skimun á geðheilsu, greining og fyrsta meðferð geðrænna vandamála. Þar er mælt með að

Ljósmaður leggi fyrir konur tvær opnar spurningar og mælt er með þriðju viðbótar spurningu ef að konan svarar annari eða báðum spurningum játandi.

Virðingafyllst:

María Sunna Einarsdóttir ljósmóðurnemi.

Helga Gottfreðsdóttir leiðbeinandi.

Stefanía Birna Arnardóttir meðleiðbeinandi.

Mér hefur verið kynntur tilgangur þessarar rannsóknar og í hverju þátttaka mín er fólgin. Ég er samþykkt (ur) þátttöku:

Undirskrift þátttakanda:

## Fylgiskjal 2

### Formáli:

Mig langar til að ræða við þig um geðvernd á meðgöngu, áhrifum geðrænna vandamála á fóstur og þroska barnsins í framtíðinni og hvernig þér finnst Ljósmeður í stakk búna til að veita þessum hópi þjónustu.

Spurningar fyrir viðtal:

1. Getur þú sagt mér frá viðhorfi þínu til geðheilsuverndar á meðgöngu og hvert þér finnst hlutverk ljósmæðra vera vegna geðheilsuvanda á meðgöngu?
2. Hvernig finnst þér þú í stakk búin þegar kemur að mati á andlegri vannlíðan kvenna á meðgöngu?
  - A) Hvernig styðjið þið helst við þessar konur og hvaða matstæki og úrræði hefur þú nýtt þér.
  - B) Hvað finnst þér vanta til þess að sinna þessum konum eins og skyldi.
3. Í klínísku leiðbeiningunum frá landlæknisembættinu um meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu sem að byggðar eru á NICE leiðbeiningunum , í kafla 7.6 eru þrjár spurningar sem að mælst er til þess að spyrja allar konur að sem að koma í meðgönguvernd: hefur þú notað þessar spurningar til þess að finna þann hóp sem á við andlega vanlíðan að stríða?
4. Tókstu þátt í fræðsludegi um geðheilsuvernd á meðgöngu árið 2012, á vegum HH. Hefur þú notað vinnuleiðbeiningar sem voru kynntar þar til hliðsjónar í mæðraverndinni?
  - a) Ef svo er hvernig finnst þér þær hafi nýst þér í starfi?
5. Fannst þér leiðbeiningarnar hjálpa þér til þess að opna umræðu um andlega líðan á meðgöngu?
  - a. ef já á hvaða hátt?
6. Fannst þér námskeiðið/leiðbeiningarnar hjálpa þér til þess að opna umræðu um tengslamyndun? Ef svo er, hvernig fannst þér leiðbeiningarnar hjálpa?
7. Telur þú að vinnuleiðbeiningarnar séu hjálplegar í að fylgja klínískum leiðbeiningum frá landlækni í kafla 7.2 um skimun á geðheilsu, greining og fyrsta meðferð geðrænna vandamála
8. Veistu hvort að ljósmæður almennt noti leiðbeiningarnar sér til stuðnings, þá afhverju/af hverju ekki ekki?
  - a) Hvernig myndir þú vilja hafa svona leiðbeiningar uppbyggðar?
9. Telur þú að hægt sé að bæta vinnuleiðbeiningarnar á einhvern hátt/ ef svo er þá hvernig?
10. Hver er stefnan á þínum vinnustað varðandi þetta málefni? Er áhersla á endurmenntun?

11. Ef kona sem að er hjá þér í meðgönguvernd á við andlega vanlíðan að stríða hvernig bregst þú þá við?

+ Vísar konunni áfram í sérhæfðara mat?

+Þéttari meðgönguvernd?

+Annað?

Allt þetta