

Dúfur: áskorun eða ógnun við ljósmæður?

Fræðileg úttekt

HRAFNHILDUR MARGRÉT BRIDDE

LOKAVERKEFNI TIL KANDÍDATSPRÓFS
Í LJÓSMÓÐURFRÆÐI (12 EININGAR)

LEIÐBEINANDI: ÓLÖF ÁSTA ÓLAFSDÓTTIR

JÚNÍ 2009



HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD
HÁSKÓLI ÍSLANDS

Þakkarorð

Kærar þakkir til Ólafar Ástu Ólafsdóttur fyrir góða leiðsögn á lokaverkefnistímabilinu.

Einnig kærar þakkir til Eydísar Hentze Pétursdóttur fyrir að vera mér innan handar með upplýsingar. Jafnframt til kvennanna tveggja sem leyfðu mér að skyggnast inn í reynsluheim sinn auk þakklætis til fjölskyldu og vina fyrir alla sína hjálp og þolinmæði.

Útdráttur

Tilgangur: fræðileg úttekt á hlutverki dúla, áhrifum á fæðinguna og upplifunum kvenna.

Dúlum fjölgar og umfjöllunin svarar því hvort þær ógni ljósmæðrum eða séu einungis áskorun um að sinna samfelldri þjónustu og yfirsetuhlutverkinu.

Aðferð: heimildaleit á gagnasöfnunum Scopus og PubMed. Viðtöl við dúluna Eyðísi Hentze og tvo skjólstæðinga hennar.

Niðurstöður: dúla þýðir kona sem hugsar um konu. Nútíma skilgreiningin er stuðningsaðili í barneignarferlinu sem veitir samfelldan stuðning, sálrænan og líkamlegan. Rannsóknir sýna minni inngripa- og keisaratiðni, færri vökudeildarinnlagnir og styttri fæðingar, sérstaklega ef dúlur eru ekki ráðnar af stofnunum, byrja stuðninginn snemma og hjá félagslega illa stöddum konum. Fæðingarreynsla kvenna sem njóta aðstoðar dúlu er góð.

Umræða: í spítalaumhverfinu eiga ljósmæður erfitt með að mæta væntingum og þörfum kvenna um samfellda þjónustu í gegnum barneignarferlið og yfirsetu í fæðingu. Þar ógna dúlur ljósmæðrum. Áskorunin er sú að ljósmæður viðurkenni góð áhrif dúla, vinni jafnvel með þeim til hagsbóta fyrir konur en leiti jafnframt leiða til þess að standa vörð um starf sitt, efla samfellda þjónustu og vernda yfirsetuhlutverkið.

Lykilorð: doula, experience, birth, midwives, continuous support.

Abstract

Purpose: literature review on doulas' role, impact on birth and women's experiences. Doulas are proliferating. Do they threaten or merely challenge midwives to provide continuity and support during childbirth?

Method: literature research using the Scopus and PubMed databases. Interviews conducted with Eydís Hentze, an Icelandic doula and two of her clients.

Results: doula means woman that cares for a woman. Recent definition is an experienced, continuous practical and psychological support person. Research shows reduction in operative delivery, fewer admissions to neonatal intensive care and shorter length of birth, especially with independent doulas, early support and for socially disadvantaged women. The birth experience of having a doula by the side is positive.

Discussion: doulas' role is a threat to midwives working in hospitals. There, it is difficult for midwives to meet women's expectations and needs for continuous support. The challenge is to recognize doulas' positive impact, maybe collaborate with them on behalf of women, but at the same time seek ways to protect their own work and strengthen midwives' continuous support and presence during childbirth.

Keywords: doula, experience, birth, midwives, continuous support.

Efnisyfirlit

Þakkarorð.....	iii
Útdráttur.....	iv
Abstract.....	v
Efnisyfirlit.....	vi
1. Inngangur.....	1
2. Dúla.....	3
2.1. Hlutverk og hugmyndafræði.....	3
2.2. Íslensk dúla.....	5
3. Samfelldur stuðningur dúlu.....	11
3.1. Áhrif á fæðinguna.....	11
3.2. Upplifun kvenna og innsýn í íslenskan reynsluheim.....	18
4. Ljósmaður og dúlur.....	26
4.1. Væntingar kvenna um stuðning í fæðingu og samfellda þjónustu.....	26
4.2. Yfirseta, hugmyndafræði ljósmaðra og samstarf við dúlur.....	28
5. Samantekt og umræður.....	33
6. Framtíðarsýn og lokaorð.....	40

Heimildaskrá.....	42
Viðauki 1.....	50
Viðauki 2.....	52

1. Inngangur

Dúla (Doula í ensku) er fornt orð upprunið úr grísku sem þýðir kona sem hugsar um konu (Klaus, Kennell og Klaus, 2002). Eins og koma mun fram hér síðar eiga ljósmæður og dúlur sameiginlegan hljómgrunn þegar kemur að hugmyndafræði stéttanna um samfellda þjónustu, yfirsetu og tengslamyndun við konur.

Þegar fæðingar færðust inn á spítalana hættu þær að vera fjölskylduviðburður og andleg upplifun og sú hefð að kona styddi fæðandi konu hvarf smám saman. Fæðingar urðu læknisfræðilegur viðburður þar sem tæknin tók við og þarfir stofnunarinnar voru settar í forgang. Þar þurfa ljósmæður nú frekar að veita brotakennda þjónustu en samfellda því þær sjá oft um fleiri en eina konu í einu og missa þannig tilfinninguna fyrir þörfum hverrar og einnar (Klaus o.fl., 2002; Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2006). Jafnframt eru ljósmæður sem starfa á fæðingardeildum í vaktavinnu og þurfa því stundum að yfirgefa konur í miðri fæðingu auk þess sem þær sinna mæðravernd sjaldan og þekkja því ekki konurnar sem koma til að fæða (Berg og Terstad, 2006; Lundgren, 2008). Það kemur fram hér síðar að dúlum í heiminum hefur fjölgað og ég velti því fyrir mér hvort það sé vegna þess að vissar þarfir og væntingar séu til staðar hjá konum í barneign sem ekki er mætt í hraða nútíma spítalaumhverfis.

Ég ákvað því gera fræðilega úttekt á hlutverki dúla, áhrifum þeirra á fæðinguna og upplifun kvenna ásamt því að skoða hvernig hlutverk ljósmæðra og dúla skarast. Til þess að fá betri innsýn í íslenskan raunveruleika ræddi ég einnig við íslensku dúluna Eydísi Hentze og tók viðtöl við tvær konur sem nutu hennar þjónustu og fæddu með hana sér við hlið. Báðar eru þær fjölbyrjur með erfiða fæðingarreynslu að baki. Spurningarnar sem ég lagði til grundvallar viðtölunum má sjá í viðauka 1 og 2. Ég leitast við að svara því hvort dúlur séu ógnun við þann kjarna ljósmóðurstarfsins sem yfirsetan er (Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2006) eða

einungis áskorun um að standa með öllum ráðum vörð um hann í hraða nútíma spítalaumhverfis.

Heimildaleit fór fram á gagnasöfnunum Scopus og PubMed með leitarorðunum doula, experience, birth, midwives og continuous support auk lesturs fræðirita á bókasafni Eirbergs. Viðeigandi bækur voru lesnar og efni fundið í heimildalista þeirra auk þess sem farið var yfir heimildalista hverrar greinar til fullvissu um að leitin hafi verið tæmandi.

Meginmálið skiptist í þrjú kafla. Í þeim fyrsta er rætt um hlutverk og hugmyndafræði dúla og um viðtalið sem ég tók við Eydísi Hentze. Annar kafli fjallar um áhrif samfellds stuðnings dúla á fæðinguna og á konurnar sem þyggja þjónustuna. Þriðji og síðasti kafli fjallar um sjónarmið ljósmæðra á starf sitt og dúlur, væntingar kvenna til þeirra og hindranir við samfellda þjónustu og yfirsetuhlutverkið. Umræðukaflinn dregur fram megin atriði niðurstaðna og eru þær rökstuddar með skírskotunum í heimildir og viðmælendur mína. Frásagnir íslensku kvennanna tveggja sem ég kys að kalla Auði og Vöku, koma fram sem beinar tilvitnanir í textanum og endurspegla viðhorf og reynslu þeirra í samhengi við rannsóknaniðurstöður. Í lokaorðunum er meðal annars komið inn á þau svið sem fróðlegt væri að skoða nánar með rannsóknum.

2. Dúla

2.1. Hlutverk og hugmyndafræði

Höfundar bókarinnar *The doula book* hafa í gegnum tíðina skoðað 128 veiðimanna- og safnarsamfélög. Í öllum þeirra nema einu var fæðandi konum veittur samfelldur stuðningur annarrar konu. Þeir tala um þennan stuðning sem hefð byggða á gömlum grunni enda sé orðið dúla þýtt úr fornri grísku og þýði kona sem hugsar um aðra konu (Klaus o.fl., 2002). Sem dæmi um það hversu gamall grunnurinn er má nefna skrif Soranusar síðustu öldina fyrir Krist um kenningar Hippocratesar og Aristotelesar. Þar kom fram mikilvægi þess að fæðandi kona hefði með sér stuðningsaðila sem hlustaði á tilfinningar hennar og færi með hana á nærgætinn, vinsamlegan og gleðiríkan hátt (Mongan, 2005). Nútíma skilgreiningu á orðinu dúla segja höfundar *The doula book* vera reyndan umönnunaraðila í barneignarferlinu sem veitir konum og mökum þeirra samfelldan stuðning, sálrænan og líkamlegan (Klaus o.fl., 2002).

Taylor, Klein, Lewis, Gruenewald, Gurung og Updegraff skrifuðu árið 2000 um áhrif katekólamína á fæðingu. Heili fæðandi konu virðist bregðast við álagi með því að framleiða efnasambönd sem ýta undir tengslamyndun hennar við aðrar konur. Tengslamyndun við aðra konu vinnur síðan á móti katekólamínunum og eykur losun oxytósíns. Þessi áhrif katekólamína hafa því stundum verið kölluð „tend and befriend“ í stað „fight or flight“ (Pascali-Bonaro og Kroeger, 2004). Dúlufraedin byggja því að stórum hluta á því að minnka letjandi áhrif katekólamína á fæðinguna og auka þannig styrk oxytósíns sem hvetur hana áfram auk endorfína sem eru náttúruleg verkjastilling. Katekólamín kalla fram „fight or flight“ viðbrögðin sem minnka blóðflæði um legið og þar af leiðandi súrefnisflutning til barnsins. Endorfín auka vellíðan og oxytósín hvetur legið til samdráttar og hraðar þannig fæðingu

barnsins. Eitt stærsta hlutverk dúlu er því samfelld nærvera út fæðinguna til þess að draga úr andlegri vanlíðan, kvíða og líkamlegu álagi. Ennfremur að auka vellíðan þannig að öryggi móðurinnar sé í hámarki og þetta viðkvæma hormónaferli nái sem bestu jafnvægi (Kayne, Greulich og Albers, 2001; Klaus o.fl., 2002).

Dúlan veitir samfellda þjónustu og hittir verðandi foreldra yfirleitt á meðgöngunni eða snemma í byrjun fæðingar. Þá kemst hún að væntingum og því hvað foreldrar vilja og hvaða bjargráð þeir hafa notað í gegnum lífið. Þannig kynnist parið einnig dúlunni og traust myndast (Ballen og Fulcher, 2006; Gilliland, 2002; Humenick, 2004; Klaus o.fl., 2002; Simkin og Way, 1998). Dúlan styður parið jafnframt eftir fæðinguna með því að fara yfir reynsluna, hlusta og gefa kost á spurningum og fylla þannig í eyðurnar (Ballen og Fulcher, 2006; Gilliland, 2002; Klaus o.fl., 2002). Stundum er talað um að hlutverk dúlu sé fyrst og fremst „móðurhlutverk“ þar sem hún sinnir grunnþörfum kvenna á einstaklingsbundinn hátt hvort sem þær eru líkamlegs, umhverfislegs, andlegs eða upplýsingalegs eðlis (Ballen og Fulcher, 2006; Klaus o.fl., 2002; Simkin og Way, 1998).

Dúlan er hinsvegar ekki þjálfuð í klínískum verkum eða ákvarðanatökum en hún getur útskýrt þær fyrir foreldrum (Ballen og Fulcher, 2006; Klaus o.fl., 2002). Hún heldur parinu upplýstu um hvað er að gerast, hvað er eðlilegt, við hverju megi búast, hvað er gert hverju sinni og hversvegna. Hún hvetur parið til að spyrja spurninga og til að segja hvað það vill (Ballen og Fulcher, 2006; Gilliland, 2002; Klaus o.fl., 2002; Simkin og Way, 1998). Dúlan getur einnig verið tengiliður foreldra við ljósmóður og/eða annað heilbrigðisstarfsfólk með því að miðla óskum þeirra áfram (Ballen og Fulcher, 2006; Gilliland, 2002; Klaus o.fl., 2002). Ef fæðingin fer fram inni á stofnun brúar dúlan bilið á vaktaskiptum því umönnun hennar er samfelld í gegnum fæðinguna hversu löng sem hún er (Gilliland, 2002).

Dúlan er hvetjandi í fæðingu hvernig sem gengur og hjálpar konunni að fylgja merkjum líkama síns, halda stjórn og finna innri styrk. Dúlan hugar einnig að umhverfi fæðandi konu svo sem hitastigi og ljósmagni. Hún stendur vörð um friðhelgi konunnar til dæmis með því að breiða yfir nakinn líkamann þegar hurðin er opnuð og takmarka fjölda fólks í umhverfinu (Klaus o.fl., 2002). Dúlan lærir að lesa í hegðun konunnar, hvað það er sem hún þarf og notar slökunartækni á borð við snertingu, nudd og rétta öndun. Jafnframt talar hún konuna í gegnum hverja hríð og tekur þannig þátt í upplifunum hennar. Dúlan hefur þekkingu á því hvaða stellingar eru hagstæðar ferðalagi barnsins um grindina og hvetur konuna til hreyfingar eins og þurfa þykir hverju sinni (Ballen og Fulcher, 2006; Gilliland, 2002; Klaus o.fl., 2002; Simkin og Way, 1998). Dúlan hefur einnig hlutverki að gegna gagnvart makanum, styður hann andlega og fræðir hann um leiðir til að styðja konuna sína (Klaus o.fl., 2002; Simkin og Way, 1998).

2.2. Íslensk dúla

Eins og kemur fram hér síðar hefur dúlum í heiminum fjölgað og Ísland hefur ekki farið varhluta af þeirri þróun. Um þessar mundir er Eydís Hentze þó eina starfandi íslenska dúlan. Hún veitti mér mikla aðstoð og upplýsingar við gerð verkefnisins auk þess sem hún hjálpaði mér að komast í samband við tvær af þeim þremur konum sem hún hafði stutt í fæðingu. Eydís skrifaði grein í tímaritið *Uppeldi* árið 2005 um nám, starf og hugmyndafræði dúla. Ég byggði umfjöllun mína annars vegar á henni og hinsvegar á viðtali sem hún veitti mér í lok febrúar þessa árs. Þar kemur sýn hennar á barneignarferlið í íslensku samhengi einnig í ljós.

Ég byrjaði á því að spyrja Eydísi um námið sem hún hóf í Kaupmannahöfn haustið 2004 en það tekur alls tvö ár. Námið er enn sem komið er ekki á framhalds- eða háskólastigi

en verið er að vinna að því að fá það viðurkennt sem græðaranám. Græðara segir Eydís til dæmis vera grasalækna og homopata. Hæfniskröfurnar eru þær að manneskjan verður að hafa náð 25 ára aldri og verið í ákveðinni vinnu með sig sjálfa (Eydís Hentze Pétursdóttir, munnleg heimild, febrúar 2009). Fyrsta árið er að mestu bóklegt með áherslu á fæðingarlæknisfræði og í lok þess eru tekin próf í svokallaðri fæðingarleiðsögn (coaching), fæðingarundirbúningi og fæðingarsálfræði með áherslu á umönnun og stuðning. Einnig er lögð áhersla á persónuþroska, að þær séu trúar sér sjálfum og kafi eftir eigin líðan varðandi fæðingar og lífið sjálft. Jafnframt er kennd öndunarmeðferð, líkamsuppbygging, brjóstgagnfræðing, næringarmeðferð og samskiptatækni. Á öðru ári stofna þær eigið fyrirtæki þar sem þær bjóða upp á námskeið og stuðning í fæðingu. Hópumræður eru að minnsta kosti einu sinni í mánuði þar sem farið er yfir starfið og áhrif þess. Eydís segir að það veiti mikið persónu- og faglegt aðhald (Eydís Hentze Pétursdóttir, 2005). Skilyrðin fyrir því að mega hefja störf sem dúla eru þau að hafa verið viðstödd minnst tvær fæðingar auk einnar fæðingar með kennara. Sú sem leiðir námið er fæðingarleiðbeinandi (coach) með sálfræðimenntun og Eydís segir flesta kennarana vera með menntun á ýmsum umönnunarsviðum, þar á meðal er ljósmóðir sem einnig er sálfræðimenntuð (Eydís Hentze Pétursdóttir, munnleg heimild, febrúar 2009).

Orðið „coach“ vakti forvitni mína og ég spurði Eydísi hvað hún væri vön að kalla sig og hversvegna. Hún sagðist hafa ætlað að kalla sig *fæðingarcoach* en sé að hugsa um að breyta því í dúlu sem sé orð sem fleiri kannast við. Muninn segir hún vera þann að hún sé með talsvert lengri og yfirgrípsmeiri menntun en hin hefðbundna dúla sem hefur nokkurra vikna eða mánaða þjálfun. Dúlunámið segir Eydís að hægt sé að stunda í gegnum fjarnám þannig að þessa persónulegu eftirfylgni og kröfu um persónulegan vöxt vanti. Eydís hóf störf sem dúla á Íslandi haustið 2007 og skilgreinir sitt starf á þann veg að hún sé faglegur fræðslu- og

stuðningsaðili í barneignarferlinu. Hún segir lítinn mun á Íslandi og Danmörku hvað starfið varðar en að danskar dúlur séu þó mun fleiri (Eydís Hentze Pétursdóttir, munnleg heimild, febrúar 2009).

Sitt helsta starfssvið segir Eydís vera fæðingarundirbúninginn en hún heldur bæði 20 tíma hópanámskeið, þrjár klukkustundir í senn og síðan einstaklingstíma sem eru tvær samfelldar klukkustundir (Eydís Hentze Pétursdóttir, munnleg heimild, febrúar 2009). Á þessum námskeiðum er veitt leiðsögn og fræðsla um fæðingarferlið, náttúrulega verkjameðferð, möguleikann á sársaukalausri fæðingu („ekstatísk“ reynsla), verkjastillingu með lyfjum, heimafæðingu, spítalafæðingu, hvernig best er að takast á við erfiða fæðingu og gefnar eru upplýsingar um öll hugsanleg inngrip. Kennnd er ýmis tækni til að takast á við fæðinguna á sem jákvæðastan hátt með því að stuðla að hugarfarsbreytingu auk þess sem stuðningur er veittur til að takast á við fyrri fæðingarreynslu (Eydís Hentze Pétursdóttir, 2005).

Eydís veitir fólki af námskeiðunum stuðning í fæðingunni ef óskað er eftir því, bæði á spítala og í heimahúsi og telur sig vera millilið milli foreldra og fagaðila. Fyrir utan andlegan og líkamlegan stuðning í fæðingunni segir Eydís sitt helsta hlutverk vera að vera þjónn fæðingarinnar, að halda trúnni og treysta ferlinu. Að geta alltaf mætt foreldrum með augnaráði sem sýnir þeim að hún trúi og treysti. Hún talar einnig um handleiðslu þar sem foreldrar upplifi að þau sjálf finni lausnirnar frekar en að vera skipað fyrir. Eydís segist vera mikill fylgisinni hugmynda Michel Odent og hún leggi því mikla áherslu á að konan finni styrk í fæðingunni og segist vera þarna til að hjálpa henni til þess. Þannig verði fæðingin ánægjulegri upplifun hvernig svo sem hún endar. Það sem hefur komið Eydísi mest á óvart í fæðingunum er það hversu mikið feður leita eftir stuðningi hennar. Hún segist eiga auðvelt með að fá þá til að opna sig á námskeiðunum og því treysti þeir á hana í fæðingunum. Hún

segir mér hlæjandi að metnaður hennar sé að hjálpa manningnum í að styðja konuna sína þannig að hún sjái hann fyrir sér í dýrðarljóma eftir fæðinguna (Eydís Hentze Pétursdóttir, munnleg heimild, febrúar 2009).

Ég spurði Eydísi hverja hún teldi þörfina fyrir hennar hjálp vera hjá íslenskum konum. Eydís segir bæði frumbyrjur og fjölbyrjur leita til sín, sumar með erfiða reynslu af fæðingu en aðrar sem einungis vilji gera eitthvað fyrir sjálfa sig á meðgöngunni, leita inn á við, eiga hlutdeild í samfélagi með konum og nálgast fæðingu sem stóra og jákvæða andlega og líkamlega upplifun. Hún segir fyrst og fremst vanta samfellu í þjónustuna og að fólk hafi þörf fyrir að þekkja þá fagaðila sem sinni því í fæðingunni. Fæðingin sé ekki sjálfstætt framhald af meðgöngunni heldur sé meðganga, fæðing og sængurlega eitt ferli sem ekki megi slíta í sundur. Jafnframt segist Eydís sjá aukna þörf fyrir manneskju sem starfar faglega en er á vegum fjölskyldunnar en ekki stofnunarinnar. Eydís segist aldrei vera viðstödd fæðingu hjá konu sem hún hefur ekki hitt áður. Hún segir jafn mikilvægt að dúlan kynnist parinu eins og að parið þekki dúluna sína (Eydís Hentze Pétursdóttir, munnleg heimild, febrúar 2009). Með því að kynnast parinu kemst hún að styrk og brestum sambandsins og einstaklinganna, ótta, óskum og vonum. Þannig finnur hún hvaða stuðningur hentar best og parið ber traust til hennar sem er lykilatriði (Eydís Hentze Pétursdóttir, 2005). Eftir fæðinguna segist Eydís bæði hitta foreldrana nokkrum sinnum auk þess sem hún segir mér hlæjandi að símalínan sé alltaf opin og það sé mikið nýtt (Eydís Hentze Pétursdóttir, munnleg heimild, febrúar 2009). Vaka lýsti þessu einmitt svo vel:

„... hún kom til okkar, eitthvað einu sinni eða tvisvar...og var svolítið í símasambandi við okkur líka...þá gat maður fengið smá útrás ef það var eitthvað svona, þú veist, eins og maður er...í svona tilfinningarússíbana“

Ég spurði Eydísi hvernig henni fyndist íslenskar og danskar ljósmæður hafa tekið sér. Hún segist alls ekki líta á sig sem ógnun við ljósmæður. Það hafi komið upp ákveðnir erfiðleikar í samstarfinu þar sem henni hafi meðal annars verið hent út af heilsugæslustöð auk þess sem hún heyri ýmsar skoðanir utan að sér. Hún segir að í fæðingunum hafi samstarfið þó alltaf gengið mjög vel enda láti hún ljósmæðurnar strax í upphafi vita í hvaða tilgangi hún sé þarna og að hún virði þeirra starf. Mótbárunar sem Eydís finnur telur hún eðlilegar því þetta sé nýtt fyrir mörgum og skiljanlegt að með breytingum í starfsferli ljósmæðra finnist þeim vera tekin af sér viss forréttindi því þessi stuðningur og samfella sé besti hlutinn af starfinu. Hún telur þó tvímælalaust alltaf pláss fyrir fleiri og segir að í þeim löndum þar sem ljósmæður og dúlur vinni saman gangi stórkostlega vel. Hún tekur dæmi um ljósmóðurina Gloríu Lemay í Kanada og fæðingarlækninn Michel Odent í Frakklandi. Ég spurði Eydísi einnig hvað hún teldi hlutverk ljósmæðra í fæðingum vera. Hún telur hlutverk ljósmóður fyrst og fremst vera það að búa til öruggan ramma. Að foreldrar upplifi að þarna sé manneskja á ferðinni sem hafi mikla fagþekkingu og innsæi. Að hún sé ákveðin en í leiðinni móðurleg, þolinmód og eigi auðvelt með að þerra tár (Eydís Hentze Pétursdóttir, munnleg heimild, febrúar 2009).

Að lokum spurði ég Eydísi hvaða breytingar hún myndi vilja sjá í barneignarferlinu á Íslandi. Hún myndi meðal annars vilja sjá aukningu í heima-fæðingum. Að það yrði komið upp heima-fæðingahópum ljósmæðra sem einnig störfuðu á heilsugæslustöðvum. Þá gætu ljósmæður unnið saman í teymum og orðið sýnilegri sem öruggur kostur fyrir foreldra á meðgöngu. Þetta telur hún að yrði mikil hagræðing fyrir heilbrigðiskerfið. Einnig myndi hún vilja að metnaður yrði lagður í það í mæðraverndinni að kynnast manneskjunni og að minni áhersla væri lögð á mælingar og tímasetningar. Jafnframt að stuðningur yrði aukinn við feður, að fæðingarheimili yrði komið á fót til þess að auka samfellu í þjónustu og að lokum vildi

hún að konum í erfiðri félagslegri stöðu yrði hreinlega úthlutað dúlu þar sem árangurinn virðist bestur hjá þeim (Eydís Hentze Pétursdóttir, munnleg heimild, febrúar 2009).

Von er á er tveimur íslenskum dúlum til viðbótar en Eydís segir þær vera við það að klára námið. Þess utan er ein íslensk kona sem kallar sig dúlu en Eydís segir hana ekki starfa sem slíka í dag. Sú heitir Harpa Guðmundsdóttir og hefur notast við fæðingarhjálp með Alexanderstækni (Eydís Hentze Pétursdóttir, munnleg heimild, febrúar 2009).

3. Samfelldur stuðningur dúlu

3.1. Áhrif á fæðinguna

Árið 1980 gerðu Sosa, Kennell og Klaus fyrstu rannsóknina á samfelldum stuðningi dúlu í fæðingu. Það var tilviljunarkennd samanburðarrannsókn framkvæmd í Guatemala þar sem konur höfðu venjulega engan stuðningsaðila með sér. Í ljós kom að stuðningur dúlu leiddi til þess að færri vandamál komu upp í fæðingu og hjá nýburum auk þess sem fæðingartíminn styttist um helming, úr 19,3 í 8,7 klukkustundir að meðaltali (Kayne o.fl., 2001). Þar sem úrtak þessarar fyrstu rannsóknar árið 1980 var lítið og því erfitt að meta marktækni var ákveðið að endurtaka hana sex árum síðar. Það var einnig samanburðarrannsókn í Guatemala þar sem 465 heilbrigðum frumbyrjum var skipt í tvo hópa. Dúlar veittu helmingi þessara kvenna samfelldan stuðning frá upphafi fæðingar (legháls opinn 3 cm eða minna) en hinn helmingurinn fékk engan félagslegan stuðning. Niðurstöðurnar voru þær að tíðni keisaraskurða var 7% hjá konum sem fengu stuðning dúlu á móti 17% hinna. Tíðni örvunar með oxytósínlyfi var 2% á móti 13% og 2% nýbura fóru á vökudeild á móti 7%. Fæðingarnar voru einnig marktækt styttri hjá konum sem studdar voru af dúlu, 7,7 klukkustundir í stað 15,5 klukkustunda að meðaltali. Jafnframt kom í ljós að útkoma ógiftra mæðra sem höfðu dúlu hjá sér í fæðingunni var mun betri en giftra, jafnvel þótt eiginmennirnir væru víðsfjarri fæðingarstofunni (Klaus, Kennell, Robertson og Sosa, 1986). Árið 1991 gerðu Kennell, Klaus, McGrath, Robertson og Hinkley síðan þriðju rannsóknina á þessum efnum en hún var framkvæmd á spítala í Texas í Bandaríkjunum. Á þeim spítala fengu fæðandi konur venjulega engan félagslegan stuðning sökum plássleysis og vöntunar á einrúmi. Þar var einnig viðhöfð virk stjórnun á fæðingarferlinu. Heilbrigðar frumbyrjur, 416 talsins fengu ýmist hefðbundna meðferð eða samfelldan stuðning dúlu frá

byrjun fæðingar. Dúlurnar í þessari rannsókn höfðu fengið þriggja vikna þjálfun í dúlufræðum. Meðal fæðingarlengd var 7,4 klukkustundir hjá konum sem fengu dúlustuðning á móti 9,4 klukkustundum hjá hinum og mænurótardeyfing var lögð í 7,8% tilfella á móti 55,3%. Auk þess þurftu 17% kvenna örvun með oxytósínlyfi á móti 44% og einungis 8% lentu í tangarfæðingu á móti 26%. Konur í dúluhópnum fengu hita í 1% tilvika sem varð til þess að 10% nýbura fluttust á vökudeild. Konur í hefðbundinni meðferð fengu hinsvegar hita í 10% tilvika sem varð til þess að 24% nýbura fluttust á vökudeild. Jafnframt enduðu marktækt færri konur með stuðning dúlu í keisaraskurði, 8% á móti 18% (Klaus o.fl., 2002). Höfundarnir vilja meina að meginástæða betri útkomu hjá konum sem fengu stuðning dúlu hafi verið sú að færri í þeim hópi fengu mænurótardeyfingu. Flestar rannsóknir sem gerðar hafa verið á þessum efnum hafa allar götur síðan sýnt fram á jákvæð áhrif samfellds stuðnings dúlu á fæðinguna og engu máli virðist skipta um hvaða land eða tegund stofnunar er að ræða. Nokkrar þeirra helstu verða útlistaðar hér á eftir.

Á spítölum í Botswana fæða konur einar, án félagslegs stuðnings. Auk þess eru ljósmæður af skornum skammti og geta því ekki sinnt konunum mikið. Gerð var tilviljunarkennd samanburðarrannsókn á 109 heilbrigðum frumbyrjum sem ýmist fengu stuðning kvenkyns ættingja í fæðingunni eða ekki. Niðurstöðurnar voru þær að marktækt fleiri fæddu um leggöng (91% á móti 71%), færri fengu petidín deyfingu (53% á móti 73%), minna var um örvun með oxytósínlyfi (13% á móti 39%), færri belgjarof voru framkvæmd (30% á móti 54%), einnig færri sogklukkur (4% á móti 16%) og tíðni keisaraskurða var 6% á móti 13% (Madi, Sandall, Bennett og McLeod, 1999).

Mexíkósk rannsókn skoðaði áhrif samfellds stuðnings dúlu í fæðingu á tíðni keisaraskurða sem þar er venjulega um 40-70%. Hundrad heilbrigðum frumbyrjum var skipt í tvo hópa við upphaf fæðingar sem skilgreint var þegar leghálsinn var opinn 3 cm eða meira.

Marktæk minnkun varð á tíðni keisaraskurða hjá konum sem fengu stuðning dúlu (2% á móti 24%). Sömuleiðis var marktækur munur á tíðni örvunar með oxytósínlyfi (42% á móti 96%) og færri fengu mænurótardeyfingu (8% á móti 32%). Fæðingarnar voru einnig styttri, 5,36 klukkustundir að meðaltali á móti 7,50 klukkustundum (Trueba, Contreras, Velazco, Lara og Martínez, 2000).

Nánast allar rannsóknanna eru frá Bandaríkjunum og nágrenni eða frá vanþróuðum löndum. En þó er ein frá Svíþjóð og markmið hennar var að komast að því hvort dúlur henti sænsku fæðingarumhverfi þar sem ljósmæður hafa venju samkvæmt veitt þennan andlega stuðning. Í þessari rannsókn tóku 150 heilbrigðar frumbyrjur þátt í viðtölum og svöruðu spurningalistum. Þeim var skipt í tvo hópa, þær sem fengu stuðning dúlu og þær sem fengu hefðbundinn stuðning og var fæðingin talin byrjuð þegar legháls var opinn 4 cm. Í lang flestum tilfellum hittu dúlur konurnar fyrst á meðgöngunni. Lengd fæðinganna var að meðaltali um átta klukkustundir í báðum hópnum. 38% í dúluhópnum fengu mænurótardeyfingu á móti 41%. Fósturstreitu varð vart hjá 11% í dúluhópnum á móti 22% og 18% enduðu í sogklukkufæðingu á móti 24% en enginn munur var á spangarskaða eða Apgar skorun. Engin ofangreindra niðurstaðna var marktæk en hinsvegar er athyglisvert að marktækur munur var á tíðni keisaraskurða sem var 5,5% í dúluhópnum á móti 19,6% hjá hinum (Thomassen, Lundwall, Wiger, Wollin og Uvnäs-Moberg, 2003).

Markmið bandarískrar rannsóknar frá 2005 var að kanna hvort tíðni mænurótardeyfinga minnkaði ef hjúkrunarnemar þjálfaðir sem dúlur veittu fæðandi konum samfelldan stuðning. Farið var yfir 89 fæðingarskýrslur á fjögurra ára tímabili og allar konurnar höfðu fætt um leggöng. Alls fengu 67,4% kvenna mænurótardeyfingu á þessu tímabili en líkurnar á notkun hennar minnkuðu um 38% ef konurnar fengu samfelldan stuðning dúlu. Fæðingarnar virtust einnig stytast en veikleikar rannsóknarinnar voru

hinsvegar þeir að um lítið þægindaúrtak var að ræða og því erfitt að alhæfa um niðurstöðurnar (Van Zant, Edwards og Jordan, 2005).

Tilviljunarkennd samanburðarrannsókn í bandaríkjunum hafði það að markmiði að bera útkomu fæðinga hjá konum sem fengu stuðning dúlu saman við þeirra sem fengu hefðbundna umönnun. Heilbrigðum frumbyrjum sem gengu með einbura var skipt í tvo hópa þar sem 300 þeirra völdu sér kvenkyns ættingja eða vinkonu sem síðan fengu tvær tveggja klukkustunda kennslustundir í dúlufræðum. Að auki höfðu konurnar með sér maka ef svo bar undir. Niðurstaðan var sú að fæðingar styttust, mænurótardeyfing var lögð seinna í ferlinu en ella og Apgar skorun nýbura var hærri. Vísbendingar voru um lægri tíðni keisaraskurða en þær voru ómarktækar (Campbell, Lake, Falk og Backstrand, 2006).

Markmið annarrar samanburðarrannsóknar var að komast að áhrifum samfellds stuðnings dúlu á fæðandi konur úr millistéttum bandaríkjanna sem flestar höfðu maka hjá sér. Heilbrigðar frumbyrjur, 420 talsins, fæddu á spítala þar sem 224 þeirra fengu stuðning faglærðrar dúlu frá upphafi fæðingar. Færri konur með stuðning dúlu fengu mænurótardeyfingu (64,7% á móti 76%) og marktækt færri enduðu í keisaraskurði (13,4% á móti 25%). Daginn eftir svöruðu þörin spurningalista þar sem meðal annars kom í ljós að 100% upplifðu dúluna sína á jákvæðan hátt (McGrath og Kennell, 2008).

Gerð var samanburðarrannsókn á 13 spítölum í Bandaríkjunum og Kanada á áhrifum samfellds stuðnings hjúkrunarfræðinga við fæðandi konur. Hjúkrunarfræðingarnir fengu allir þjálfun í dúlufræðum og voru við hlið helmings kvennanna 80% tímans. Skoðaðar voru sjúkraskýrslur 6915 frumbyrja og fjölbyrja sem ýmist höfðu fætt einbura eða fjölbura auk þess sem nokkur viðtöl voru tekin. Spítalarnir 13 höfðu 15% keisaratíðni hver og buðu upp á mænurótardeyfingu allan sólarhringinn. Enginn marktækur munur fannst á keisaratíðni, lengd fæðinga, áhaldafæðingum, spangarskaða eða Apgar skorun (Hodnett o.fl., 2002).

Í Bandaríkjunum var gerð rannsókn á áhrifum samfellds stuðnings dúla við fæðandi konur á spítölum í Kaliforníu. Allt voru þetta heilbrigðar frumbyrjur af hærri stéttum þjóðfélagsins sem flestar höfðu maka með sér. Þeim var skipt í tvo hópa þar sem 149 fengu stuðning dúlu frá byrjun fæðingar en 165 fengu hefðbundna umönnun. Fæðingarskýrslur voru skoðaðar auk þess sem viðtöl voru tekin fjórum til sex vikum eftir fæðinguna. Tíðni mænurótardeyfinga var marktækt minni í dúluhópnum (54,4% á móti 66,1%) en enga marktækni var að finna hvað keisaraskurði, áhaldafæðingar eða örvun með oxytósínlyfi varðaði (Gordon o.fl., 1999).

Tilviljunarkennd samanburðarrannsókn var gerð í Mexíkó þar sem markmiðið var meðal annars að kanna áhrif sálfélaglegs stuðnings dúlu á fæðinguna. Heilbrigðum frumbyrjum, 724 talsins var skipt í tvo hópa. 10 hjúkrunarfræðingar á eftirlaunum voru þjálfaðir upp sem dúlur og komu inn í fæðinguna þegar leghálsinn var metinn opinn 6 cm eða minna. Marktækt fleiri konum sem fengu stuðning dúlu fannst þær hafa stjórn á fæðingunni auk þess sem fæðingar stytust úr 5,58 klukkustundum í 4,56 klukkustundir að meðaltali. Hinsvegar var enginn munur á inngripum eða Apgar skorun og vilja höfundarnir meina að ástæðan hafi verið hversu seint dúlurnar komu inn í fæðinguna (Langer, Campero, Garcia og Reynoso, 1998).

Samanburðarrannsókn var gerð á sjúkrahúsi í Kanada þar sem mikil inngripatíðni ríkti. 413 heilbrigðum frumbyrjum sem gengu með einbura og voru byrjaðar í fæðingu var skipt í tvo hópa. Sá fyrri fékk samfelldan dúlustuðning veittan af hjúkrunarfræðingi en sá síðari fékk hefðbundinn stuðning sem líktist brotakenndri færibandavinnu. Niðurstöður sýndu að 17% minnkun varð á tíðni örvunar með oxytósínlyfi en enginn marktækur munur fannst á lengd fæðinga, keisaraskurðum, áhaldafæðingum, mænurótardeyfingum, Apgar skorun eða spangarskaða (Gagnion, Waghorn og Covell, 1997).

Nýlegri bandarískri rannsókn tókst ekki að sýna fram á jákvæð áhrif samfellds stuðnings dúla á fæðingar. Það ber þó að taka fram að hún sýndi ekki heldur fram á neikvæð áhrif. Þetta var afturvirk rannsókn þar sem útkomur 11.471 einburafæðinga eftir 37 vikna meðgöngu voru skoðaðar. Dúlur veittu frumbyrjum og fjölbyrjum samfelldan stuðning fyrir, í og eftir fæðingu. Enginn marktækur munur var á tíðni keisaraskurða, áhaldafæðinga, mænurótardeyfinga eða útkomu nýbura (Mottl-Santiago o.fl., 2008). Þessi rannsókn var framkvæmd á spítala í Boston þar sem ýmist lækna eða ljósmæður sáu um konurnar á meðgöngu og í fæðingu og höfundarnir velta því fyrir sér hvort áhrif lækna og stofnunarinnar hafi orðið meiri en dúlanna þar sem vísbendingar voru um að frumbyrjur í umsjá ljósmæðra lentu sjaldnar í keisaraskurði ef þær fengu einnig samfelldan stuðning dúlu í fæðingunni.

Ýmsar fræðilegar úttektir hafa einnig verið gerðar á þessu efni. Nokkrar þeirra helstu verða útlistaðar hér á eftir og notuðust þær meðal annars við sumar rannsóknanna sem teknar voru fram hér ofar. Fræðileg úttekt frá árinu 1996 skoðaði fimm rannsóknaniðurstöður um áhrif samfellds stuðnings á ungar og fremur illa stæðar frumbyrjur í fæðingu. Stuðningur dúlu stytta fæðingar um 2,8 klukkustundir að meðaltali, tvöfaldaði líkur á eðlilegri fæðingu um leggöng, minnkaði líkur á örvun með oxýtósínlyfi um helming og fækkaði áhalda- og keisarafæðingum. Hinsvegar fannst enginn marktækur munur á tíðni mænurótardeyfinga en vísbendingar voru um að konur sem fengu stuðning dúlu hafi þegið þær seinna í ferlinu (Zhang, Bernasko, Leybovich, Fahs og Hatch, 1996). Í annarri fræðilegri úttekt voru 11 samanburðarrannsóknir skoðaðar þar sem samfelldur stuðningur dúlu, ljósmóðurnema eða ljósmóður við heilbrigðar frumbyrjur í fæðingu var skoðaður. Í ljós kom að fæðingar stytust, minna var um notkun verkjalyfja, færri áhaldafæðingar voru framkvæmdar auk þess sem

keisaraskurðum fækkaði. Jafnframt kom í ljós að makar virtust sýna konum sínum meiri stuðning ef dúla, ljósmóðurnemi eða ljósmóðir var einnig viðstödd (Klaus og Kennell, 1997).

Fræðileg úttekt frá árinu 1999 hafði það að markmiði að bera saman útkomu fæðinga eftir því hvort samfelldur stuðningur var veittur af dúlu eða ekki. 11 samanburðarrannsóknir voru skoðaðar þar sem alls 4.401 kona kom við sögu. Samfelldur stuðningur dúlu minnkaði á marktækan hátt tíðni mænurótardeyfinga (um 36%), örvunar með oxytósínlyfi (um 71%), áhaldafæðinga (um 57%), keisarafæðinga (um 51%) auk þess sem lengd fæðinga styttist um 98 mínútur að meðaltali (Scott, Berkowitz og Klaus, 1999). Önnur fræðileg úttekt frá sama ári kannaði áhrifin af samfelldum stuðningi dúla, ljósmæðra og ljósmóðurnema á fæðinguna. Skoðaðar voru 12 rannsóknir þar sem heilbrigðar frumbyrjur snemma í fæðingu komu við sögu. Niðurstöðurnar voru þær að fæðingar styttust, færri keisaraskurðir voru gerðir auk færri áhaldafæðinga, minna var um örvun með oxytósínlyfi og mænurótardeyfingar voru sjaldnar lagðar. Konurnar upplifðu fæðinguna einnig betur (Scott, Klaus og Klaus, 1999).

Fræðileg úttekt á 10 samanburðarrannsóknnum um áhrif samfellds stuðnings dúlu á fæðingar leiddi það í ljós að tíðni keisaraskurða minnkaði um 45%, lengd fæðinga styttist um fjórðung, tíðni örvunar með oxytósínlyfi minnkaði um helming, verkjalyfjanotkun minnkaði um 31%, áhaldafæðingar um 34% og mænurótardeyfingar um allt að 60% (Klaus o.fl., 2002).

Árið 2004 var gerð fræðileg úttekt á átta samanburðarrannsóknnum sem skoðuðu áhrif af stuðningi dúla, kvenkyns ættingja, hjúkrunarfræðinga, ljósmæðra og ljósmóðurnema á fæðandi konur. Niðurstaðan var sú að samfelldur stuðningur dúlu sem byrjaði snemma í fæðingunni og endaði í sængurlegunni hafði best áhrif á útkomu fæðinga (Rosen, 2004). Höfundurinn talaði þó um að fleiri rannsókna væri þörf svo hægt yrði að staðfesta þessar niðurstöður.

Mjög yfirgripsmikil fræðileg úttekt hafði það að markmiði að kanna áhrif samfellds stuðnings ýmissa aðila (þar á meðal dúla) á móður og barn í spítalafæðingu samanborið við hefðbundna ósamfellda umönnun. Notast var við 16 samanburðarrannsóknir frá 11 löndum þar sem alls 13.391 kona kom við sögu. Niðurstöðurnar voru þær að þar sem konur fengu samfelldan stuðning í fæðingu tóku fæðingarnar styttri tíma (0,43 klukkustundir að meðaltali), minna var um áhaldafæðingar og keisaraskurði, sjaldnar þurfti að örva fæðingar með oxytósínlyfi og færri mænurótardeyfingar voru lagðar. Nýburar voru einnig líklegri til þess að fá Apgar hærri en sjö við fimm mínútur og fóru sjaldnar á vökudeildina auk þess sem konur voru líklegri til að líta á reynsluna sem jákvæða og höfðu meiri stjórn í fæðingunni. Ofangreind útkoma varð enn betri ef stuðningsaðilinn var ekki hluti af stofnuninni, þar sem aðrir stuðningsaðilar eins og makar voru ekki leyfðir, þegar stuðningurinn byrjaði fyrir eða snemma í fæðingunni og á stað þar sem mænurótardeyfingar voru ekki í boði (Hodnett, Gates, Hofmeyr og Sakala, 2007). Þetta styður niðurstöður ofangreindra rannsókna og höfundarnir draga þá ályktun að allar fæðandi konur ættu að fá samfelldan stuðning óháðs aðila sem ekki er á vegum stofnunarinnar.

3.2. *Upplifun kvenna og innsýn í íslenskan reynsluheim*

Eins og fram kom í niðurstöðum rannsókna sem lýst var hér að framan um áhrif dúla á fæðinguna þá er upplifun kvenna almennt jákvæð. Þó nokkrar eigindlegar rannsóknir hafa skoðað reynslu kvenna af samfelldum stuðningi dúlu í fæðingu. Niðurstöðum þeirra verður lýst hér á eftir og einnig fjallað um sýn kvenna á þjónustu ljósmæðra sem kom upp á yfirborðið. Ég nota beinar tilvitnanir í orð íslensku kvennanna sem ég ræddi við til þess að fá betri innsýn í þá reynslu sem rannsóknirnar sýna fram á.

Samfella og einstaklingshæfð nálgun – Niðurstöður rannsókna sýna að dúlur veita samfelldan stuðning í gegnum meðgöngu, fæðingu og sængurlegu (Berg og Terstad, 2006; Koumouitzes-Douvia og Carr, 2006; Lundgren, 2008). Í sænskri eigindlegri rannsókn lýstu 10 konur þörfum sínum eins og púsluspili þar sem makinn, ljósmóðirin í mæðraverndinni og fæðingunni auk hjúkrunarfræðings í ungbarnaeftirlitinu voru til staðar en dúlan var týndi bitinn sem gerði það að verkum að hægt var að fylla út í myndina og gera barneignarferlið heilt. Konunum fannst einnig mikilvægt að þekkja konuna sem myndi fylgja þeim í þá persónulegu og nánu reynslu sem fæðing er (Berg og Terstad, 2006).

„...þá hafði ég einhvern fasta. Þá vissi ég að hún yrði, hvaða svo sem ljósmóðir...þá vissi ég allavega að Eydís yrði hjá okkur“ (Vaka).

Að vera viðurkenndar eins og þær voru og geta þannig opnað sig og lýst áhyggjum og tilhlökkun auk þess að geta komið óskum sínum og hugsunum á framfæri fyrirfram gaf konum tilfinningu um traust og öryggi og þær gátu tengst dúlunni í þessari nánu upplifun. Í augum kvenna mættu dúlur þörfum þeirra af virðingu, unnu á þeirra hraða og sýndu mikinn sveigjanleika. Konum fannst þær aldrei einmana í fæðingunni því dúlan var alltaf hjá þeim. Hún þurfti ekki endilega að vera inni hjá konunum allan tímann því þeim fannst nóg að vita að þær gátu gengið að henni vísri ef á þyrfti að halda. Fullvissan um nærveru dúlunnar olli því að konurnar gátu bara „verið“ og stigið inn í hugarheim fæðingarinnar (Berg og Terstad, 2006; Lundgren, 2008). Þessar niðurstöður eru samhljóma lýsingu íslensku kvennanna. Jafnframt kemur fram að þær virðast upplifa gott samstarf milli ljósmóður og dúlu og traust til beggja:

„...ég treysti [ljósmóðurinni] og Eydísi svo rosalega...mér fannst ég vera svo örugg!...ég held að það hafi bara, þú veist, losað um allar hömlur“ (Vaka).

„...ég heyrði ekkert mikið í [dúlunni og ljósmæðrunum]. Ég var bara, bara fann fyrir þeim. Sá að þær voru þarna, þær fylgdust með mér...og mér fannst eins og svolítið þetta væri bara: jájá, þú veist, svona á bara fæðing að vera!...það á ekkert að þurfa að vera að skipta sér neitt sérstaklega af!“ (Auður).

„...ég var ekki ógeðslega hrædd og ein, ég var bara...full af trausti til allra sem voru með mér...gat leyft þessu að, þú veist, hafa sinn gang sko!“ (Vaka).

Þessi þáttur, samfella og einstaklingshæfð nálgun, er rauði þráðurinn í frásögnum kvenna í rannsóknunum og allir þeir þættir sem hér koma á eftir standa og falla með því að dúlan þekki konuna og öfugt að konan þekki dúluna.

Verklegur og andlegur stuðningur – Í rannsóknnum kemur fram að dúlurnar voru alltaf einu skrefi á undan þannig að konum fannst þær ekki þurfta að biðja um hlutina og gátu bara slakað á (Lundgren, 2008). Einnig voru dúlurnar alltaf rólegar og yfirvegaðar og fullvissuðu þannig konurnar um að allt yrði í lagi (Koumouitzes-Douvia og Carr, 2006). Dúlurnar nudduðu konurnar, settu blautan klút á ennið, héldust í hendur við þær, kenndu þeim aðferðir til slökunar og rétta öndun. Jafnframt sóttu þær mat og drykk, tóku myndir, hvöttu konur til hreyfingar og stellingabreytinga og veittu ýmsar upplýsingar (Berg og Terstad, 2006; Lundgren, 2008).

„Það var jú eitt sem ég vildi alltaf láta gera [nudda bakið], og held að Eydísi hafi eiginlega, henni tókst það best. Það var ákveðinn staður á mjóbakinu sem hún ýtti á þegar hríðarnar komu...“ (Vaka).

„Við eigum einmitt myndir úr fæðingunni, Eydís var bara Á myndavélinni! Það var einmitt eitt sem hún gerði líka“ (Vaka).

„Eydís benti okkur á svo góðar bækur til að lesa...þarna, Ina May Gaskin...ég bara elska þessa bók!...mér finnst hún hafa breytt lífi mínu!...[bækurnar] leiddu mann svolítið inn í þennan heim...sem að...er ekki almennilega í gangi hér, þú veist, í samfélaginu...hérna heima“ (Vaka).

Dúlurnar töluðu konur í gegnum fæðinguna með róandi röddu og hrósuðu þeim óspart. Þannig byggðist upp sjálfstraust og öryggi og konurnar fundu sinn innri styrk (Berg og Terstad, 2006; Lundgren, 2008).

„...ég á mynd af okkur...þar sem ég hallaði mér fram á rúmbrykna og hún er á móti mér...hún var svona, að strjúka á mér ennið og þú veist, tala við mig sko: þú ert svo dugleg og manstu eftir [barninu], hugsaðu um [barnið]...gerði alveg heilmikið“ (Auður).

„Ég man þegar Eydís kom svona rosalega varlega til mín, þegar ég var þarna í lauginni...hún bara: nú gætu hríðarnar farið að breytast...af því hún var búin að tala um, stundum finnur maður svona einhverja örvæntingu þegar það er svona, transition sko!“ (Vaka).

„...ég skil ekki ennþá að ég hafi gert þetta án deyfingar! Ég bara, ég næ því ekki...það segir hún Eydís einmitt bara líka, bara: þetta var einhver allt annar styrkur heldur en þú hefur vitað að þú ættir til. Því að andlega og líkamlega varstu alveg búin sko!...en það var fyrir hana sem ég myndi segja að það var mögulegt“ (Auður).

Tengiliður – Konur upplifa dúlur sem tengiliði á milli sín og makans, á milli sín og ljósmæðra eða lækna og á milli makans og ljósmæðra eða lækna. Þannig komu dúlur í veg fyrir togstreitu og konur náðu slökun. Jafnframt þessu hvöttu dúlur konurnar til að spyrja heilbrigðisstarfsfólk spurninga (Berg og Terstad, 2006; Koumouitzes-Douvia og Carr, 2006).

„...ég var búin að segja Eydísi hvernig var í fyrri fæðingunni...ef það er eitthvað svona sem þarf að gera [inngríp]...hún getur kannski sett eitthvað spurningarmerki! Bara, þú veist: af hverju erum við að þessu?...Maður sjálfur er ógeðslega upptekinn að drepast úr, þú veist, einhverjum hríðum og er alveg í hringiðunni“ (Vaka).

Samfélag kvenna, systir þér við hlið – Í samræmi við þýðingu orðsins dúla þá voru dúlurnar konur að hugsa um konur sem upplifðu mannlega umönnun. Dúlurnar vissu hvað þyrfti að gera svo fæðingin yrði ánægjuleg. Þær gáfu af sjálfum sér, sínum eigin tilfinningum og reynslu. Persónuleg og fagleg reynsla þeirra og öryggi kveikti traust hjá konunum og þeim fannst þær geta trúað dúlunni sinni fyrir öllu (Berg og Terstad, 2006; Lundgren, 2008). Jafnframt lýstu 12 bandarískar konur tilfinningu um einhverskonar forna orku sem bundin

væri í þessu fyrirkomulagi, að kona styddi aðra konu í fæðingu (Koumouitzes-Douvia og Carr, 2006).

„*Mér finnst þetta eitthvað svo mikið svona, þú veist, bara kvenmenn í þessu...þetta er eitthvað sem konur eiga útaf fyrir sig. En það er rosa gott ef stuðningurinn [frá makanum] er til staðar*“ (Auður).

„*Ég hefði í rauninni alveg getað sleppt mömmu og kærastanum mínum...Ég hefði getað verið bara ein með Eydísi*“ (Auður).

„...*ég sé [dúluna] fyrir mér, þú veist, eins og þetta var hérna í gamla daga. Þar sem að...það varð svona bonding...það er rosa gott, að hafa bonding í fæðingunni*“ (Auður).

Utanaðkomandi stuðningsaðili, líka fyrir makann – Yfirleitt kom fram að konum fannst gott að dúlan kom inn í fæðinguna sem utanaðkomandi, jafnvel hlutlaus stuðningsaðili. Þeim fannst ekki sniðugt að fjölskyldumeðlimur sinni því hlutverki því of miklar tilfinningar væru í spilinu (Berg og Terstad, 2006; Koumouitzes-Douvia og Carr, 2006). Dúla gat leiðbeint makanum um leiðir til þess að styðja konuna sína og þannig tók hann virkari þátt í fæðingunni og gat verið meira til staðar andlega því dúlan sá um verklegu hliðina. Jafnframt þessu mættu dúlur þörfum maka fyrir næringu og svefn og um leið þurftu konur ekki að hafa áhyggjur af líðan þeirra (Berg og Terstad, 2006; Gordon o.fl., 1999; Koumouitzes-Douvia og Carr, 2006).

„...*hún hafði svo góð áhrif á manninn minn...hún mætti þessu af svo rosalega miklum skilningi, að hann væri ekkert rosalega uppveðraður af því að vera viðstaddur...hún mætti okkur báðum af svo miklum skilningi og leyfði okkur bara að vera eins og við erum*“ (Auður).

„*Dúlan getur komið...meira inn á það að sinna tilfinningalegu hliðinni í fæðingu...líka jafnvel...hjá pabbanum eða einhverjum öðrum sem er í fæðingunni...þú veist, ef að pabbinn er eitthvað lost sko, þá reynir hún frekar að stýra honum...ekki...vera einhver staðgengill...heldur bara...beina honum kannski, gefa hugmyndir um hvernig hann getur komið að málinu*“ (Vaka).

Jákvæð reynsla af dúlum – Bandarísk rannsókn skoðaði áhrif dúla á fæðingarferli heilbrigðra frumbyrja. Fæðingarskýrslur voru skoðaðar og tekin voru viðtöl fjórum til sex vikum eftir fæðinguna. 96% kvennanna voru ánægðar með þá þjónustu sem dúlurnar veittu og 82,5% sögðu fæðingarreynsluna góða. Konunum fannst þær einnig hafa aukna stjórn á ferlinu og meiri orku eftir fæðinguna auk þess sem þær voru jákvæðari sjálfum sér sem konum, fannst þær sterkar og hafa staðið sig vel (Gordon o.fl., 1999). Þetta er í samræmi við reynslu íslensku kvennanna:

„...þetta var svo ótrúlega magnað og ég er ennþá bara...ef ég hugsa um þessa fæðingu þá fer ég bara að brosa...mér fannst þetta bara skemmtilegt. Ég upplifði hríðarnar aldrei sem einhvern svona...SÁRSAUKA!...þetta var bara einhver svona, brjáluð orka, mér fannst bara gusast yfir mig einhver demba af orku“ (Vaka).

„...[dúlan] var ROSALEGUR stuðningur í fæðingunni...þetta var góð fæðing en erfið“ (Auður).

Flestar konur geta hugsað sér að hafa dúlu hjá sér í næstu fæðingu og myndu ráðleggja það öðrum konum (Gordon o.fl., 1999; Koumouitzes-Douvia og Carr, 2006; Thomassen o.fl., 2003).

„Hiklaust alveg! Það er tvennt sem ég ráðlegg konum sem eru að eiga börn: farðu í mömmuhóp og fáðu þér dúlu“ (Auður).

Eru ljósmæður stuðningsaðilar? – Sænsk rannsókn skoðaði með viðtölum reynslu níu kvenna af dúlustuðningi. Það kom í ljós að konur upplifðu óvissu hvað varðar stuðningshlutverk ljósmæðra og störf þeirra sem færibandavinnu þar sem þær stukku inn og út úr fæðingarstofunni og þegar vaktinni lauk tók einhver ókunnug við. Konunum fannst ljósmæður draga sig í hlé, láta dúlurnar um stuðningshlutverkið og einbeita sér að læknisfræðilegu hlið fæðingarinnar. Þær hefðu viljað hafa ljósmæðurnar meira inni hjá sér en voru í leiðinni ekki vissar um hvert hlutverk þeirra sem stuðningsaðila væri. Þær áttu jafnvel

erfitt með að muna eftir ljósmóðurinni sinni þegar fram liðu stundir. Ljósmæðurnar miðluðu hinsvegar öryggi til kvennanna með klínískri þekkingu sinni og öllum fannst mikilvægt og gott að þær væru til staðar ef eitthvað kom upp á (Lundgren, 2008). Vaka vísaði í fyrri fæðingarreynslu þar sem hún hafði síður en svo upplifað öryggi út frá klínískri þekkingu og sagði:

„...þegar ég var að fara í rembing...þarna 8 um morguninn...þá var vaktin hennar akkúrat búin...þá kom semsagt einhver ný, og hún bara, þú veist, í minningunni, fór bara með puttana beint í klofið á mér og bara: rembstu hingað...þetta er einhvernvegin alveg OFF sko! Þú veist, einhver manneskja sem ég hafði aldrei hitt...mér fannst ég bara vera einhver gripur sko“

Það er gaman að geta þess að upplifun íslensku kvennanna af ljósmæðrunum í þeim fæðingum þar sem Eydís var með, var ólík þeirri sem kom fram í sænsku rannsókninni hér að ofan:

„Og fínt að hafa þarna ljósmæðurnar...þær voru alveg FULLKOMNAR, alveg eins og við vildum hafa þær...það var ljósmóðurnemi líka. Þær voru akkúrat eins og við vildum hafa þær...tóku mínar óskir, bara, mjög alvarlega...“ (Auður).

„...það sem mér finnst með [ljósmóðurina]...hún hefur ROSALEGA góða nærveru! ...Heimaþjónustan með [ljósmóðurinni] var yndislegur tími. Við...söknuðum hennar svo fyrst eftir að hún hætti að koma...“ (Vaka).

Að lokum langar mig að nefna mexókóska rannsókn sem skoðaði reynslu kvenna af dúlustuðningi. Þar fæða konur almennt einar á spítölum en nokkrar dúlur veittu átta frumbyrjum samfelldan stuðning í fæðingunni. Tekin voru viðtöl við þessar átta konur auk vitala við átta konur sem fengu hefðbundna þjónustu. Konur sem ekki höfðu dúlu hjá sér upplifðu sig einar en þorðu ekki öðru en að segjast þakklátar fyrir það litla sem gert var fyrir þær. Konur í dúluhópnum voru mun ákveðnari og höfðu meira sjálfstraust til að lýsa tilfinningum sínum. Þær áttu auðveldara með að tjá sig og taka þátt í fæðingunni auk þess sem þær spurðu meira því dúlurnar hvöttu þær til þess. Dúluhópurinn upplifði innri skoðanir

neikvætt en þær sem fæddu án dúlu upplifðu þær á jákvæðan hátt því þá fengu þær athygli, einhver kom inn til þeirra til þess að athuga hvernig gengi. Á spítalanum fengu konurnar engar upplýsingar um það sem gert var við þær en dúlurnar gátu útskýrt flest og minnkað þannig hræðslu og sektarkennd. Upplifun af sársauka var minni í dúluhópnum því dúlurnar veittu ráð við honum og leiddu konurnar í gegnum hann. Tíminn leið einnig hraðar því konurnar voru ekki einar auk þess sem þær voru meðvitaðri um umhverfi sitt. Jafnframt voru konurnar í dúluhópnum ánægðari með sig, fannst þær hafa fætt barnið af sjálfsdádum og verkirnir höfðu því tilgang. Konur sem ekki fengu stuðning dúlu upplifðu sig utan við fæðinguna og að lækarnir hefðu komið barninu í heiminn með einu inngripinu á fætur öðru (Campero o.fl., 1998).

4. Ljósmaður og dúlur

4.1. Væntingar kvenna um stuðning í fæðingu og samfellda þjónustu

Hvað finnst konum mikilvægt og hverjar eru væntingar þeirra til stuðnings í fæðingu? Fræðileg úttekt frá árinu 2002 skoðaði einmitt þetta. Farið var yfir 17 eigindlegar og megindlegar rannsóknir þar sem 533 konur frá ýmsum löndum komu við sögu, frumbyrjur og fjölbyrjur. Auk eftirlits og réttra viðbragða við neyðarástandi bjuggust konurnar við að þeim yrðu boðnar ýmsar leiðir til verkjastillingar, að þeim og mökum þeirra yrði látið líða eins vel og hægt væri andlega og líkamlega, að þeim fyndist þær öruggar og að þeim yrði leiðbeint með öndun og slökun. Þær bjuggust við að verða fræddar jafn óðum um gang mála og hvað væri gert hverju sinni auk þess að geta spurt spurninga án þess að finnast þær vera að trufla. Jafnframt fannst konum mikilvægt að taka þátt í ákvörðunum og að hafa val. Konurnar vildu einstaklingsbundna þjónustu og sáu fyrir sér að umönnunaraðilinn yrði inni á fæðingarstofunni allan tímann. Stöðug nærvera var þannig mikilvæg en þó án óþarfa afskipta (Bowers, 2002). Konurnar sem ég tók viðtal við sögðu:

„...rosalega mikilvægt að ljósmóðir hafi góða nærveru og...sé umhyggjusöm án þess kannski að skipta sér of mikið af“ (Vaka).

Og að hún ætti að:

„...aðstoða móður sem er í þessu ferli, ef hún ÞARF hana!“ (Auður).

Konunum fannst mikilvægt að umönnunaraðilinn væri kátur og jákvæður, ábyrgur, athugull, klár og traustsins verður. Einnig ákveðinn, skilningsríkur, tillitssamur, rólegur og yfirvegaður. Jafnframt fannst konum mikilvægt að umönnunaraðilinn tæki þátt í upplifuninni, léti þær finna að þessi fæðing væri einstök og merkileg (Bowers, 2002). Auður lýsti þessu einmitt svo vel:

„...ljósmæður...upplifa náttúrulega...hverja fæðinguna á fætur annarri, að sjálfsgöðu! Það er þeirra starf! En þú veist, fyrir hverja einustu móður er þetta alltaf jafn SPES og alltaf jafn sérstakt! Og það má aldrei gleyma því!...þetta má ekki verða færibandavinna!“

Nokkrar amerískar rannsóknir fjalla um hlutverk fæðingarhjúkrunarfræðinga þar sem ljósmæður eru ekki til staðar. Meðal annars var í bandarískri rannsókn skoðað hverjar væntingar 57 frumbyrja til hlutverks fæðingarhjúkrunarfræðinga væru. Um spurningalista var að ræða þar sem konurnar merktu við alla þá þætti sem þeim fannst mikilvægir í þjónustunni. Samanlagt nefndu þær 174 þætti. 53% bjuggust við að verða studdar af hjúkrunarfræðingum og þar af sneru 29% þáttanna að líkamlegum þægindum og andlegum stuðningi og 24% að upplýsingalegum stuðningi. Afgangurinn snerist í 42% tilvika um eftirlit með móður og barni og skráningu en einungis 5% um óbeina umönnun utan fæðingarstofu (Tumblin og Simkin, 2001). Á þessu sést að konur búast við miklum stuðningi og nærveru í fæðingum sínum en geta ljósmæður og hjúkrunarfræðingar í Norður Ameríku veitt hann?

Kanadísk rannsókn skoðaði sýn 207 fæðingarhjúkrunarfræðinga á fimm spítölum á hindranir í starfi þeirra. Hjúkrunarfræðingarnir töluðu um lélega mönnun sem aðal hindrun þess að þeir gætu veitt fæðandi konum samfelldan stuðning. Aðrir þættir sem nefndir voru var vöntun á stuðningi yfirmanna þar sem vaktstjórar vildu ekki kalla út bakvakt vegna kostnaðar fyrir stofnunina, neikvæðni starfsfólks í garð yfirsetu og umhverfisþættir sem hindruðu hana eins og til dæmis vöntun á einkastofum (Davies og Hodnett, 2002).

Höfundarnir tala um að ef veita eigi fæðandi konum samfelldan stuðning verði fyrst og fremst að breyta stofnanaskipulaginu.

Markmið annarrar kanadískrar rannsóknar var að skoða hversu mikinn stuðning hjúkrunarfræðingar veittu fæðandi konum og þætti sem áhrif höfðu á það hlutfall. Rannsóknin fór fram á kennsluspítala þar sem um 4000 konur fæða á ári hverju. Fylgst var

með 12 hjúkrunarfræðingum á 404 morgunvöktum auk þess sem hálf opin viðtöl voru tekin við þá. Niðurstöðurnar voru þær að hjúkrunarfræðingarnir eyddu einungis 12,4% tímans í stuðning við fæðandi konur. Þar af fór aðeins 27,8% tímans í bein samskipti og nærveru. Í viðtölunum voru þættir eins og andlegur, líkamlegur og upplýsingalegur stuðningur taldir mjög mikilvægir í yfirsetunni en hjúkrunarfræðingarnir töluðu um að tímaleysi, tæknilega hlið starfsins og léleg mönnun hindruðu þennan stuðning (Gale, Fothergill-Bourbonnais og Chamberlain, 2001). Höfundarnir benda á það í lokin að ekki sé hægt að alhæfa niðurstöður rannsóknarinnar annað þar sem um þægindaúrtak á einni deild var að ræða auk þess sem stuðningur sé mjög fljótandi hugtak. Ofangreindar rannsóknir fjalla um fæðingarhjúkrunarfræðinga í Norður Ameríku. Lítið hefur verið skrifað um ljósmæður í þessu samhengi en niðurstöður kaflans sem hér kemur á eftir benda til þess að þær sem starfa í nútíma stofnanaumhverfi horfist í augu við sömu hindranir og þessir hjúkrunarfræðingar.

4.2. *Yfirseta, hugmyndafræði ljósmæðra og samstarf við dúlur*

Kjarni ljósmóðurstarfsins felst í nærveru og yfirsetu í fæðingu og endurspeglast það ágætlega í nafni fyrsta eiginlega ljósmæðraskólans, *Yfirsetukvennaskólinn* sem stofnaður var á Íslandi árið 1912 (Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2006). Hugmyndafræði ljósmæðra snýst jafnframt að stórum hluta um það að barneignarferlið sé ekki eingöngu lífeðlislegt heldur einnig tilfinninga- og félagslegt þar sem einstalingsbundnar þarfir eru hafðar að leiðarljósi og gagnkvæmt traust og virðing ríkir í sambandi ljósmæðra og kvenna (Ljósmæðrafélag Íslands, 2002). Auk þessa kveða Alþjóðasiðareglur ljósmæðra á um að þær leitist ekki aðeins við að sinna líkamlegum þörfum kvenna sem til þeirra leita heldur einnig sálrænum, tilfinningalegum og andlegum þörfum þeirra (Alþjóðasamband ljósmæðra, 1993). Hugmyndafræðilegar forsendur ljósmóðurfræðináms á Íslandi koma einnig inn á það að

ljósmæður myndi traust samband við konur, styrki foreldra í að taka virkan þátt í ferlinu og veiti samfellda umönnun í samráði við konur í gegnum meðgöngu, fæðingu og sængurlegu til þess að stuðla að öryggi móður og barns (Námsskrá í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands, 2008). Yfirsetan er eins og áður sagði, kjarni ljósmóðurstarfsins í fæðingum því í henni myndast gagnkvæmt samband ljósmóður og konu sem eykur öryggi beggja (Valgerður Lísá Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009).

Í doktorsritgerð Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2006) kom einmitt í ljós að megin söguþráðurinn í fæðingarsögum 20 íslenskra ljósmæðra sem höfðu mismunandi bakgrunn hvað varðar reynslu og menntun og safnað var í viðtölum, snerist um nærveru og tengslamyndun ljósmóður við konu. Lýsingar á nánnum tengslum ljósmæðra við konur voru þó háðar söguviðinu eða fæðingarstað. Þær ljósmæður sem störfuðu á annasömum fæðingardeildum í stofnanaumhverfi Landspítala og þekktu sjaldan hina fæðandi konu töluðu sérstaklega um mikilvægi yfirsetunnar til að geta kynnst konunni og hennar þörfum. Yfirsetan var að mati ljósmæðra það sem skapaði tengsl þeirra við konur um leið og þær þróuðu með sér færni og innsæi í samhengi við klínískt starf. Traust og öryggi myndaðist milli þeirra sem var styrkjandi fyrir báðar og þannig gat ljósmóðirin stutt konuna til að fæða eðlilega án óþarfa lækisfræðilegra inngripa. Ein af niðurstöðum Ólafar Ástu var líkt og í erlendu rannsóknunum um hjúkrunarfræðinga hér ofar, sú að vinnuálag og stofnanareglur væru hindrandi þættir í því að íslenskar ljósmæður gætu starfað samkvæmt sinni hugmyndafræði og að það væri hætta á að ljósmæður tapi þekkingu sinni og stuðningshlutverki ef þær geta ekki sinnt yfirsetunni (Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2006).

Hlutverk ljósmóður og dúlu eru um margt ólík. Til dæmis virðist samband dúlu og konu einkennast meira af langtíma samskiptum en það samband sem myndast á milli ljósmóður og konu. Þetta kemur vel fram í frásögnum íslensku kvennanna sem ég ræddi við:

„...mér fannst æðislegt að hafa hana...bæði gott fyrir og eftir...geta...skrifað henni e-mail...og fá útrás...þú veist, maður gerir þetta náttúrulega ekki við ljósmóðurina sína...ég og Eydís spjöllum alveg ógeðslega mikið stundum...en þetta er meira svona kannski, þetta nær aðeins lengra...ljósmóðir er með sína, þú veist, skjólstaðinga og...þarf að...halda áfram og...getur ekki verið með...einhverja hormónatrillta konu í eftirdragi margar vikur eftir fæðingu...en þarna er þetta kannski aðeins svona framlenging á, þú veist, þessum stuðningi...“ (Vaka).

„Ég hitti hana...nokkrum sinnum eftir fæðinguna, bara til að ræða þetta sko. Svo var ég í heimsókn hjá henni í síðustu viku...mér finnst rosalega gott líka að hafa aðgang að Eydísi eftir fæðinguna. Þú veist, hún er með mér í gegnum hana þannig að ég get alltaf talað við hana um það...kannski...hálfu ári eftir að ég er búin að fæða þá kannski man ég eftir einhverju atriði sem ég myndi vilja fara yfir. Þá þarf ég ekki annað en bara að taka upp símann og hringja í hana. Mér finnst það algjör lúxus! Það er mikill munur á milli stéttanna...ég hringi ekkert niður á Landspítala núna bara: heyrðu, er [ljósmóðirin] við?...það er ekkert að fara að gerast“ (Auður).

Þó skarast hlutverk ljósmóður og dúlu í stuðningshlutverkinu og hugmyndafræði ljósmæðra og siðareglur endurspeglar á margan hátt nálgun dúlunnar í hennar starfi.

Hver eru sjónarmið ljósmæðra og/eða fæðingarhjúkrunarfræðinga gagnvart dúlum og hvernig hefur samstarf þeirra gengið? Andrea Robertson kennari og höfundur bóka um undirbúning fyrir fæðinguna, kemur með ansi áhugaverða sýn á hvernig og afhverju þörf er fyrir dúlur í barneignarþjónustunni. Hún segir að hefðin hafi verið sú að sá stuðningur sem dúlur veita nú til dags hafi áður verið veittur af fjölskyldu og vinum konunnar og ljósmóðirin sem var á staðnum hafi verið sérfræðingur í barneignarferlinu. Hún talar um að aukning á dúlum sé enn frekari sönnun á því hversu sterk læknisfræðilega sýnin og sjúkdómsvæðingin er nú orðin í barneignarferlinu. Nærvera, ást og verklegur stuðningur virðist ekki lengur koma af sjálfu sér heldur þurfi sérstaka þjálfun til þess nú til dags. Traustið sem við leggjum á sérfræðinga af öllu tagi, meira að segja til þess að veita umönnun sem við öll höfum í kjarna okkar, endurspeglar vantraust okkar á eðlilegum félagslegum samskiptum og gangi fæðingar.

Ef konunni sé seld sú hugmynd að hún þurfi á dúlu að halda, grafi það undan trú hennar á að hún geti fætt upp á sitt einsdæmi (Robertson, 2007).

Gerð var þverskurðarrannsókn á högum 1000 bandarískra dúla þar sem meðal annars kom fram að 75,6% upplifðu sig virtar af hjúkrunarfræðingum, 69,6% fannst þær virtar af læknum og 41,6% nefndu að það erfiðasta við starfið væri að mæta mótstöðu annarra stétta (Lantz, Low, Varkey og Watson, 2005). Sem dæmi um mótstöðu þá hófst tilraunarverkefni á kanadískum spítölum fyrir nokkrum árum þar sem úthluta átti öllum fæðandi konum dúlu. Þetta verkefni komst aldrei á legg sökum mótbára frá 16 læknum og hjúkrunarfræðingum sem ekki voru sátt við nærveru dúlanna. Óvissa var uppi um hlutverk þeirra og hjúkrunarfræðingarnir vildu ekki missa stuðningshlutverkið sitt sem þeim fannst svo gefandi (Lagendyk og Thurston, 2005).

Markmið bandarískrar rannsóknar var að kanna upplifun kvenna af viðhorfum fæðingarhjúkrunarfræðinga gagnvart dúlum. Spurningalisti var sendur til níu kvenna sem fætt höfðu á spítala með dúlu sér við hlið. Fimm konur töluðu um virðingu, samvinnu og vinsemd á milli dúlu og hjúkrunarfræðings en fjórar töluðu um óvinveittni, ögrandi samskipti og spennu þarna á milli. Ef samvinna á milli stéttanna var góð töluðu konurnar um að fæðingarreynslan hefði verið mjög jákvæð og styrkjandi. Þeim fannst ekki að dúlan hefði truflað þjónustu hjúkrunarfræðinganna við sig (Papagni og Buckner, 2006). Einnig hefur það komið fram í sænskum rannsóknum að konum finnst ljósmæður taka dúlum vel (Lundgren, 2008), að 80% ljósmæðra finnist dúlur hjálpa fæðandi konum á jákvæðan hátt og að einungis 5% ljósmæðra finnist dúlur hafa neikvæð áhrif á starf sitt (Thomassen o.fl., 2003). Jafnframt hefur komið í ljós að á einungis hálfu ári eykst jákvæðni heilbrigðisstarfsfólks gagnvart dúlum úr 65% í 90% þar sem tekist hefur að koma dúluverkefnum á legg (Ballen og Fulcher, 2006). Sumar konur hafa þó fundið fyrir neikvæðni ljósmæðra gagnvart dúlum og upplifað

Þannig ógnun við það öryggi sem dúlurnar veittu upphaflega. Þannig verður það að hafa dúlu með sér hindrandi þáttur og áhrifin af stuðningi hennar snúast upp í andhverfu sína (Berg og Terstad, 2006; Enkin o.fl., 2000; Gilliland, 2002).

5. Samantekt og umræður

Sú hefð að kona styðji fæðandi konu er byggð á gömlum grunni og ljósmæður og dúlur eiga sameiginlegan hljómgrunn þegar kemur að hugmyndafræði um samfellda þjónustu, yfirsetu og tengslamyndun við konur. Störf þeirra skarast því í stuðningshlutverkinu en ýmislegt er þó ólíkt. Dúlunámið er til dæmis mun styttra en ljósmæðra enda eru dúlur ekki þjálfaðar í klínískum verkum og ákvarðanatökum (Ballen og Fulcher, 2006; Klaus o.fl., 2002). Jafnframt kemur það skýrt fram í frásögnum íslensku kvennanna hér ofar að ólíkt sambandi þeirra við ljósmóðurina þá einkennist sambandið við dúluna meira af langtíma samskiptum. Námskeið Eydísar Hentze í fæðingarundirbúningi eru einnig lengri og einstaklingsmiðaðri en hefðbundin foreldrafræðslunámskeið á Íslandi því boðið er upp á einkatíma og stuðningur veittur til þess að takast á við erfiða fæðingarreynslu (Eydís Hentze Pétursdóttir, 2005). Vaka lýsti þessum mun:

„Þar var þælt í einhverju dýpra...tilfinningum...ef maður sagði: mér líður einhvernvegin svona, þá bara: af hverju? Þú veist, hún spyr mann...reynir að fá upp einhverjar raunverulegar ástæður... fyrir tilfinningunum“

Þegar fæðingar færðust inn á spítalana urðu þær læknisfræðilegur viðburður þar sem stofnunin var sett í forgang og tæknin tók við samfelldri þjónustu og yfirsetu ljósmæðra (Klaus o.fl., 2002; Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2006). Frá árinu 1994 til ársins 2008 hefur dúlum á vegum alþjóðasamtakanna *Doulas of North America* fjölgað úr 31 í 2516 (DONA International, 2009). Ísland hefur ekki farið varhluta af þessari þróun því til viðbótar við Eydísi eru tvær við það að klára námið og á heimleið (Eydís Hentze Pétursdóttir, munnleg heimild, febrúar 2009). Ég tel að viss vöntun sé til staðar í barneignarþjónustunni á Íslandi, að þörfum og væntingum kvenna sé ekki mætt í hraða nútíma spítalaumhverfis. Til dæmis eiga ekki allar konur sem leita til Eydísar erfiða fæðingarreynslu að baki því hún sagði sumar

einfaldlega vilja gera eitthvað fyrir sig sjálfar og nálgast fæðingu sem jákvæða upplifun auk þess sem konur upplifi vöntun á samfelli í þjónustu og þörf fyrir þekktan fagaðila sem ekki sé hluti af stofnuninni.

Niðurstöður rannsókna um áhrif samfellds stuðnings dúla á fæðingar eru í afgerandi meirihluta jákvæðar og í versta falli hlutlausar auk þess sem engu máli virðist skipta um hvaða land eða tegund stofnunar er að ræða. Meðaltal úr útkomum rannsókna sýnir að lengd fæðinga styttist um tvær klukkustundir og 45 mínútur, að tíðni keisaraskurða minnkaði um 21,3% og að tíðni örvunar með oxytósínlyfi minnkaði um rúmlega þriðjung. Tíðni mænurótardeyfinga minnkaði jafnframt um 28,9% auk þess sem tíðni áhaldafæðinga minnkaði um fjórðung. Einnig minnkaði tíðni innlagna á vökudeildir um 9,5%. Útkoman var betri hjá félagslega illa stöddum konum sem ekki höfðu annan stuðningsaðila (Hodnett o.fl., 2007; Klaus o.fl. 1986), þar sem stuðningsaðilinn var ekki hluti af stofnuninni og þegar stuðningurinn byrjaði snemma (Hodnett o.fl., 2007). Það að besta útkoman náist þegar stuðningsaðilinn er ekki hluti af stofnuninni er einna athyglisverðast og endurspeglast vel í fyrrgreindri rannsókn þar sem hjúkrunarfræðingar á spítölum í Norður Ameríku fengu dúlupjálfun og voru við hlið fæðandi kvenna 80% tímans. Enginn marktækur munur fannst á lengd fæðinga, inngripatíðni eða Apgar skorun (Hodnett o.fl., 2002). Áhrifin virðast jafnvel betri þegar stuðningsaðilinn er ekki faglærður sem sýnir sig í vísbendingum um að stuðningur kvenkyns ættingja minnki inngripatíðni á marktækan hátt (Madi o.fl., 1999). Mér þykja fyrrgreind áhrif spítalaumhverfisins á störf og sjálfræði fæðingarhjúkrunarfræðinga Norður Ameríku og ljósmæðra greinileg í þessum niðurstöðum og vera varhugaverð fyrir þróun ljósmóðurstarfsins.

Eydís Hentze talaði um að hana langaði til þess að konum í erfiðri félagslegri stöðu yrði hreinlega úthlutað dúlu í fæðingu. Stofnanir yrðu þá samkvæmt mínu mati að bera kostnaðinn

svo engum yrði mismunað og tel ég samkvæmt ofangreindum niðurstöðum að dúlur geti verið hagstæðar stofnunum. Til dæmis ímynda ég mér að konur sem áður hafa fætt með keisaraskurði séu líklegri til þess að fæða næst um leggöng fái þær stuðning dúlu auk þess sem sumir þakka ofangreindar niðurstöður því að tíðni mænurótardeyfinga með öllum sínum aukaverkunum minnkaði (Klaus o.fl., 2002). Það sjónarmið er stutt í fyrrgreindri rannsókn Hodnett og fleiri (2007) þar sem meðal annars kom fram að á stofnunum þar sem mænurótardeyfingar voru ekki í boði hafi útkoma samfellds stuðnings verið betri. Annað sjónarmið er að þar sem faglegur stuðningsaðili er hjá fæðandi konu virki hann verndandi því heilbrigðisstarfsfólk dragi þá ósjálfrátt úr inngripum og haldi meira að sér höndum (Kayne o.fl., 2001). Jafnframt þessu skoðuðu flestar rannsóknanna heilbrigðar frumbyrjur í eðlilegri meðgöngu og tel ég jákvætt að þessar góðu niðurstöður komi fram hjá frumbyrjum sem samkvæmt minni reynslu lenda oftast í löngum inngripafæðingum en fjölbyrjur þótt vissulega séu undantekningar á því. Á þessu sést að stofnanir gætu grætt þrátt fyrir útgjöld við að útvega dúlur og Jane Sandall talar einmitt um það að ef félagslegur stuðningur í fæðingu væri lyf eða ný tækni þá myndu allir stjórnendur spítala heimta hann (Sandall, 2004).

Upplifun kvenna af samfelldum stuðningi dúlu í fæðingu hefur verið rannsökuð þó nokkuð og niðurstöðurnar hafa nánast undantekningalaust verið góðar sem sýnir sig í því að 96-100% kvenna eru ánægðar með dúluna sína (Gordon o.fl., 1999; McGrath og Kennell, 2008), flestar myndu vilja hafa dúlu í næstu fæðingu auk þess sem þær myndu ráðleggja öðrum konum að þiggja dülustuðning (Gordon o.fl., 1999; Koumouitzes-Douvia og Carr, 2006; Thomassen o.fl., 2003). Frásagnir Auðar og Vöku eru í samræmi við rannsóknaniðurstöður fyrir utan upplifun þeirra af ljósmæðrunum sem var mun betri en kvenna í rannsóknnum. Rauði þráðurinn sem liggur í gegnum allar frásagnir er sú staðreynd að dúlan veitir samfelldan stuðning með því að kynnast konunni á meðgöngu, yfirgefa hana ekki

í fæðingu og halda áfram sambandi í sængurlegunni. Þannig myndast traust og öryggi hjá konum, dúlan getur sinnt einstaklingsbundnum þörfum og gefið af sér og sinni reynslu á faglegan máta (Berg og Terstad, 2006; Koumouitzes-Douvia og Carr, 2006; Lundgren, 2008). Aðrir þættir sem komu fram byggðu á þessum samfellda stuðningi og voru tengdir honum órjúfanlegum böndum. Það eru þættir eins og verklegur og andlegur stuðningur, tengiliðarhlutverkið og stuðningur við maka. Andlegur stuðningur var meðal annars veittur á þann hátt að hjálpa konum að finna sinn innri styrk og Eydís lagði einmitt áherslu á það. Hún sagði að þannig yrði fæðingin ánægjulegri upplifun hvernig svo sem hún endaði. Auður upplifði einmitt langa og erfiða fæðingu en sagði þó:

„...þetta var allt svo yndislegt sko!...þrátt fyrir...þennan sársauka í þetta langan tíma að þá var samt allt við fæðinguna svo yndislegt!...stuðningurinn er það sem kom mér yfir [sársaukann]“

12 bandarískar konur töluðu einnig um einhverskonar forna orku sem bundin væri í því fyrirkomulagi að kona styddi aðra konu í fæðingu (Koumouitzes-Douvia og Carr, 2006) og er það í samræmi við þýðingu orðsins dúla.

Ég skrifaði hér framar að ég héldi að þörfum og væntingum kvenna væri ekki mætt í nútíma spítalaumhverfi. Það kemur í ljós að væntingar kvenna til samfelldrar þjónustu og yfirsetu eru miklar og fyrst og fremst búast þær við stöðugri nærveru og einstaklingsbundinni þjónustu (Bowers, 2002) sem sýnir sig í því að einungis 5% væntinga snúast um óbeina umönnun utan fæðingarstofu (Tumblin og Simkin, 2001). Rannsóknir sýna að bandarískir hjúkrunarfræðingar eiga erfitt með að mæta þessum væntingum þar sem meðal annars hefur komið fram að einungis 12,4% tímans fór í stuðning við fæðandi konu og þar af aðeins 27,8% í bein samskipti og nærveru (Gale o.fl., 2001). Lélegri mönnun, kostnaði, tæknilegu hlið starfsins og tímaleysi hefur meðal annars verið kennt um (Davies og Hodnett, 2002; Gale

o.fl., 2001). Niðurstöður Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2006) benda til þess að ljósmæður sem starfa í nútíma stofnanaumhverfi horfist í augu við sömu hindranir og hjúkrunarfræðingarnir.

Íslenskar Ljósmæður leggja ríka áherslu á nærveru, tengslamyndun og yfirsetu en eiga erfitt með að starfa samkvæmt þeirri hugmyndafræði í nútíma læknisfræðilegu stofnanaumhverfi (Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2006). Ljósmæður á landsbyggðinni hafa meira sjálfræði og því aukin tækifæri til að mynda öruggt og gagnkvæmt samband við konur í gegnum yfirsetuna (Valgerður Lís Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009). Eins og efnahagur Íslands stendur þessa dagana tel ég þó hættu á að samfelld þjónusta og yfirseta ljósmæðra bíði enn meiri hnekki þar sem lokanir fæðingarstaða á landsbyggðinni vofa sífellt yfir og meira verður að gera á fæðingardeild Landspítala þar sem ljósmæður hafa þá enn minni tíma fyrir yfirsetu en áður.

Eins og komið hefur fram endurspeгла hugmyndafræði og siðareglur ljósmæðra nálgun dúlunnar á margan hátt og störfin skarast í stuðningshlutverkinu. Það sem mér finnst til dæmis áhugaverðast í þverskurðarrannsókninni á högum dúla sem nefnd var hér frammar er sú staðreynd að 15,7% voru einnig hjúkrunarfræðingar og 4,6% einnig ljósmæður (Lantz o.fl., 2005). Það tel ég endurspeгла vel þörfina og viljann fyrir að starfa við samfellda þjónustu og yfirsetu. Jane Sandall hefur áhyggjur af því að dúlum fjölgi stöðugt í Bandaríkjunum og segir að stofnanir gætu notað þá þróun sem afsökun til þess að þurfa ekki að breyta starfstilhögunum ljósmæðra og hjúkrunarfræðinga sem sé mjög dýrt (Sandall, 2004).

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin talar um að veita ætti fæðandi konum einstaklingsbundna umönnun og aldrei skilja þær einar eftir. Hvatt er til þess að konur hafi hjá sér stuðningsaðila að eigin vali og talað er um að bjóða ætti dülustuðning ef konur eru einar eða óska eftir honum (Chalmers, Mangiaterra og Porter, 2001). Leiðbeiningar um samfelldan stuðning í fæðingu hafa einnig verið settar fram í Kanada, Bandaríkjunum og Bretlandi (Hodnett o.fl.,

2007) og ef ljósmæður hafa ekki tækifæri til þess að veita samfellda þjónustu og yfirsetu tel ég að dúlum muni fjölga enn frekar og ógna þessum kjarna ljósmóðurstarfsins.

Rannsóknir á viðhorfum ljósmæðra og fæðingarhjúkrunarfræðinga gagnvart dúlum eru bæði misvísandi og af skornum skammti en vísbendingar eru um að jákvæðni gagnvart dúlum aukist eftir því sem heilbrigðisstarfsfólk vinnur lengur með þeim (Ballen og Fulcher, 2006). Þau viðhorf íslenskra ljósmæðra sem ég hef mætt undanfarið endurspeglast ágætlega í grein Helgu Sigurðardóttur sem birtist í tímaritinu *Uppeldi* árið 2006. Þar talar hún um að störf dúla og ljósmæðra séu nátengd þegar kemur að yfirsetunni og að ljósmæður megi ekki missa hana frá sér heldur leita leiða til þess að auka samfellu í starfinu. Hún segir að Eydís Hentze hafi með grein sinni árinu áður vakið sig til umhugsunar um það hvort ljósmæður geti í raun setið yfir og stutt fæðandi konur nægilega vel í starfsumhverfi fæðingarstofnana þar sem mönnun sé oft lítil og vinnuálag mikið (Helga Sigurðardóttir, 2006). Fyrrgreind rannsókn Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2006) styður þessar vangaveltur Helgu.

Vonandi hef ég náð að sýna fram á mikilvægi yfirsetu í fæðingu og samfellds stuðnings í barneignarferlinu. Ljósmæður verða að mínu mati að horfast í augu við ofangreinda þróun dúlustéttarinnar og líta á hana sem áskorun til að leita leiða til þess að standa vörð um og efla samfellda þjónustu og yfirsetuhlutverkið svo það glattist þeim ekki. Íslenskar ljósmæður hafa reynt að viðhalda samfellu í þjónustu sinni til dæmis með stofnun MFS einingarinnar árið 1994. Um var að ræða samfellda þjónustu ljósmæðrahóps í gegnum meðgöngu, fæðingu og sængurlegu hraustra kvenna. Mikil ánægja ríkti á meðal kvenna en þó fór að bera á gagnrýnisróddum í þjóðfélaginu meðal annars um það að eingöngu heilbrigðar konur í eðlilegri meðgöngu fengju svona góða þjónustu. MFS einingin var því lögð niður haustið 2006 (Arndís Mogensen og Hafdís Ólafsdóttir, 2007) en ég tel að það hafi verið skref í ranga átt og að endurvakning hennar sé einn liður í því að standa vörð um samfellda þjónustu og

yfirsetu. Annan lið tel ég vera þann að efla heimaþæðingar á Íslandi en þeim hefur nú þegar fjölgað mikið. Árið 2003 voru þær 25 en árið 2007 voru þær orðnar 51 talsins (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson, 2008; Reynir T. Geirsson, Guðrún Garðarsdóttir, Gestur I. Pálsson og Ragnheiður I. Bjarnadóttir, 2004). Eydís talaði einmitt um að með stofnun heimaþæðingahópa ljósmæðra sem einnig starfi á heilsugæslum verði þjónustan sýnilegri fólki sem öruggur og aðgengilegur kostur auk þess sem stofnanir muni spara. Síðast en ekki síst tel ég að vernda verði fæðingarstaði landsbyggðarinnar þar sem ljósmæður hafa meira sjálfræði og því meiri líkur á yfirsetu og samfellu í þjónustu (Valgerður Lísá Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009). Um leið og þetta er gert verður minna álag á ljósmæður Landspítalans og þær hafa aukinn tíma fyrir yfirsetu og myndun trausts sambands við fæðandi konur.

En jafnframt þessu er það mín skoðun að ljósmæður þurfi að viðurkenna þau góðu áhrif sem dúlur hafa á fæðandi konur og jafnvel starfa með þeim, sérstaklega í spítalaumhverfinu þar sem samfelldri þjónustu og yfirsetu verður ekki eins auðveldlega við komið. Eydís talaði um að í þeim löndum þar sem ljósmæður og dúlur starfi saman gangi stórkostlega vel og vísbendingar eru um minni tíðni keisaraskurða ef dúlur og ljósmæður vinna saman í lækisfræðilegu umhverfi (Mottl-Santiago o.fl., 2008) auk þess sem konur hafa lýst þörf fyrir þátttöku ljósmæðra sem stuðningsaðila þrátt fyrir að dúla sé viðstödd (Lundgren, 2008). Ef ljósmæður hafa tækifæri til að mæta væntingum og þörfum kvenna þá ættu þær að nýta það til fulls. Annars verða þær að bera hag kvenna fyrir brjósti með því að sýna jákvæðni í garð dúla og vilja til samvinnu. Annað hefur sýnt sig að grafi undan trausti kvenna á öllum aðilum og góð áhrif dúlustuðnings snúast upp í andhverfu sína (Berg og Terstad, 2006; Enkin o.fl., 2000; Gilliland, 2002). Aldrei má gleyma því sem allt snýst um og öllu máli skiptir, konunni sjálfri og fjölskyldu hennar.

6. Framtíðarsýn og lokaorð

Ég hafði gert mér nokkra hugmynd um hlutverk dúla í fæðingum en sú staðreynd að þær veita samfellda þjónustu í gegnum meðgöngu, fæðingu og sængurlegu kom mér á óvart. Nóg virðist skrifað um áhrif dúla á brjóstagjöf og andlega líðan kvenna eftir fæðingu en rannsóknir um áhrif þeirra á meðgönguna vantar. Einnig væri áhugavert að rannsaka námskeið Eydísar Hentze á sama hátt og nú stendur yfir með foreldrafræðslunámskeið ljósmæðra og jafnvel bera þær niðurstöður saman.

Hlutverk dúla gagnvart mökum kom mér jafnframt skemmtilega á óvart. Ég hafði ekki hugmynd um að þær leggðu svo mikla áherslu á stuðning við þá. Mér sýndist lítið til um rannsóknir á áhrifum dúla á líðan feðra í barneignarferlinu og forvitnilegt væri því að taka viðtöl við íslenska feður um upplifun þeirra af stuðningi Eydísar.

Mér fannst áhugavert hvað áhrif dúla á fæðingar voru í afgerandi meirihluta jákvæð og í versta falli hlutlaus. Jafnframt að niðurstöðurnar voru bestar þegar stuðningsaðilinn var utanaðkomandi sem sýnir hvað þarfir stofnana eru sterkar og geta eyðilagt fyrir konum.

Áhrif dúla á konur í áhættuflokki hafa nánast ekkert verið skoðuð. Frekari rannsókna er því þörf hvað það varðar og sérstaklega þætti mér áhugavert að skoða áhrif dúlustuðnings á fæðingu kvenna sem eiga keisaraskurð að baki.

Eydís talaði um að konum í félagslega erfiðri stöðu ætti að vera úthlutað dúlu því árangurinn þar væri svo góður. Ég tel að stofnanir yrðu þá að standa undir þeim kostnaði svo engum yrði mismunað. Forvitnilegt væri að skoða kostnaðarhliðina betur og kanna hvort stofnanir myndu græða þrátt fyrir útgjöld við að útvega dúlur.

Upplifun kvenna af dúlustuðningi er mjög góð og frásagnir íslensku kvennanna sem ég ræddi við eru í samræmi við rannsóknaniðurstöður fyrir utan sýn þeirra á ljósmæðurnar sem

er mun jákvæðari. Gaman væri að taka viðtöl við fleiri íslenskar konur sem Eydís hefur stutt og skoða þá reynsluna af meðgöngu, fæðingu og sængurlegu.

Mér finnst áhugavert að ákveðinn hluti bandarískra dúla er einnig hjúkrunarfræðingar eða ljósmæður. Það kemur nefninlega í ljós að fæðingarhjúkrunarfræðingar og ljósmæður sem starfa í spítalaumhverfinu eiga erfitt með að mæta þörfum kvenna og sínum eigin fyrir samfellda þjónustu og yfirsetu. Áhugavert væri að rannsaka væntingar íslenskra kvenna til þjónustu ljósmæðra í samhengi við þörf þeirra fyrir stuðning dúlu.

Vísbendingar eru um að ljósmæðrum finnist dúlur ógna sínu stuðningshlutverki og þau viðhorf sem ég hef mætt styðja þessar niðurstöður. Athyglisvert væri að kanna viðhorf íslenskra ljósmæðra til dúla. Hvað sem öðru líður tel ég áskorunina vera þá að ljósmæður horfist í augu við þau góðu áhrif sem dúlur hafa á konur og leiti leiða til að efla samfellda þjónustu og yfirsetuna. Ekki sem vopn gegn dúlum heldur einungis til þess að koma til móts við fæðandi konur sem eru jú það sem öllu máli skiptir.

En þar sem samfelldri þjónustu og yfirsetu ljósmæðra verður einhverra hluta vegna ekki við komið gæti áskorunin á ljósmæður orðið sú að vinna með dúlum að sameiginlegu markmiði allra, sem bestri útkomu fyrir mæður og börn. Vísbendingar eru um góð áhrif af samstarfi dúla og ljósmæðra í læknisfræðilegu umhverfi en þörf er á frekari rannsóknum því til staðfestingar.

Heimildaskrá

- Alþjóðasamband ljósmæðra ICM (1993). *Alþjóða siðareglur ljósmæðra*. Vancouver.
- Arndís Mogensen og Hafdís Ólafsdóttir (2007). MFS-einingin – sögulegt yfirlit. *Ljósmæðrablaðið*, 2, 49-53.
- Ballen, L. E. og Fulcher, A. J. (2006). Nurses and doulas: complementary roles to provide optimal maternity care. *JOGNN*, 35, 304-311.
- Berg, M. og Terstad, A. (2006). Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 22, 330-338.
- Bowers, B. B. (2002). Mother's experiences of labor support: exploration of qualitative research. *JOGNN*, 31(6), 742-752.
- Campbell, D. A., Lake, M. F., Falk, M. og Backstrand, J. R. (2006). A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *JOGNN*, 35, 456-464.
- Campero, L., Garcia, C., Diaz, C., Ortiz, O., Reynoso, S. og Langer, A. (1998). „Alone, I wouldn't have known what to do“: a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Social Science and Medicine*, 47(3), 395-403.

Chalmers, B., Mangiaterra, V. og Porter, R. (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. *Birth*, 28(3), 202-207.

Davies, B. L. og Hodnett, E. (2002). Labor support: nurses' self-efficacy and views about factors influencing implementation. *JOGNN*, 31(1), 48-56.

DONA International (2009). *Member statistics*. Sótt 3. febrúar 2009, af <http://www.dona.org/aboutus/statistics.php>

Enkin, M., Keirse, M. J. N. C., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. og Hofmeyr, J. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: University Press.

Eydís Hentze Pétursdóttir (2005). Nærkona. *Uppeldi*, 5, 38-39.

Gagnion, A. J., Waghorn, K. og Covell, C. (1997). A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor. *Birth*, 24(2), 71-77.

Gale, J., Fothergill-Bourbonnais, F. og Chamberlain, M. (2001). Measuring nursing support during childbirth. *American Journal of Maternal/Child Nursing*, 26(5), 264-271.

Gilliland, A. L. (2002). Beyond holding hands: the modern role of the professional doula. *JOGNN*, 31, 762-769.

- Gordon, N. P., Walton, D., McAdams, E., Derman, J., Gallitero, G. og Garrett, L. (1999). Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. *Obstetrics and Gynecology*, 93, 422-426.
- Helga Sigurðardóttir (2006). Nærkona – ljósmóðir. *Uppeldi*, 1, 42-44.
- Hodnett, E. D., Lowe, N. K., Hannah, M. E., Willan, A. R., Stevens, B., Weston, J. A., Ohlsson, A., Gafni, A., Muir, H. A., Myhr, T. L. og Stremmler, R. (2002). Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals. *Journal of American Medical Association*, 288(11), 1373-1381.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. og Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003766.
- Humenick, S. S. (2004). Childbirth and perinatal education. Í D. L. Lowdermilk og S. E. Perry (Ritstj.), *Maternity & women's health care* (bls. 448-467). St. Louis: Mosby.
- Kayne, M. A., Greulich, M. B. og Albers, L. L. (2001). Doulas: an alternative yet complimentary addition to care during childbirth. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 44(4), 692-703.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., Robertson, S. S. og Sosa, R. (1986). Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *British Medical Journal*, 293, 585-587.

- Klaus, M. H. og Kennell, J. H. (1997). The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Pædiatrica*, 86, 1034-1036.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H. og Klaus, P. (2002). *The doula book*. Cambridge: Da Capo Press.
- Koumoutzes-Douvia, J. og Carr, C. A. (2006). Women's perceptions of their doula support. *The Journal of Perinatal Education*, 15(4), 34-40.
- Lagendyk, L. E. og Thurston, W. E. (2005). A case study of volunteers providing labour and childbirth support in hospitals in Canada. *Midwifery*, 21, 14-22.
- Lantz, P. M., Low, L. K., Varkey, S. og Watson, R. L. (2005). Doulas as childbirth paraprofessionals: results from a national survey. *Women's Health Issues*, 15, 109-116.
- Ljósmaðrafélag Íslands (2002). *Hugmyndafræði og stefna*. Reykjavík.
- McGrath, S. K. og Kennell, J. H. (2008). A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates. *Birth*, 35(2), 92-97.
- Langer, A., Campero, L., Garcia, C. og Reynoso, S. (1998). Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mother's wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. *BJOG*, 105, 1056-1063.

Lundgren, I. Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery* (2008), doi: 10.1016/j.midw.2008.05.002.

Madi, B. C., Sandall, J., Bennett, R. og McLeod, C. (1999). Effect of female relative support in labor: a randomized controlled trial. *Birth*, 26(1), 4-8.

Mongan, M. F. (2005). *Hypnobirthing: the Mongan method*. Florida: Health Communications.

Mottl-Santiago, J., Walker, C., Ewan, J., Vragovic, O., Winder, S. og Stubblefield, P. (2008). A hospital-based doula program and childbirth outcomes in an urban, multicultural setting. *Maternal and Child Health Journal*, 12, 372-377.

Námsskrá í ljósmóðurfraði við Háskóla Íslands (2008). *Hugmyndafræðilegar áherslur náms í ljósmóðurfraði*. Reykjavík: Háskóli Íslands. Sótt 29. apríl 2009, af <https://ugla.hi.is/kennsluskra/index.php?tab=skoli&chapter=content&id=8714&kennsluar=2008>

Ólöf Ásta Ólafsdóttir (2006). *An Icelandic midwifery saga – Coming to light: „With woman“ and connective ways of knowing*. Óbirt ritgerð til doktorsprófs, Thames Valley University, London.

Papagni, K. og Buckner, E. (2006). Doula support and attitudes of intrapartum nurses: a qualitative study from the patient's perspective. *Journal of Perinatal Education*, 15(1), 11-18.

Pascali-Bonaro, D. og Kroeger, M. (2004). Continuous female companionship during childbirth: a crucial resource in times of stress or calm. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(1), 19-27.

Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson (2008). *Skýrsla frá fæðingarskráningunni fyrir árið 2007*. Reykjavík: kvenna- og barnasvið Landspítala-Háskólasjúkrahúss.

Reynir T. Geirsson, Guðrún Garðarsdóttir, Gestur I. Pálsson og Ragnheiður I. Bjarnadóttir (2004). *Skýrsla frá fæðingarskráningunni fyrir árið 2003*. Reykjavík: Kvennadeild og Barnaspítali Hringins á Landspítala-Háskólasjúkrahúsi.

Robertson, A. (2007). *The midwife companion: the art of support during childbirth*. Camperdown: Birth International.

Rosen, P. (2004). Supporting women in labor: analysis of different types of caregivers. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(1), 24-31.

Sandall, J. (2004). Promoting normal birth: weighing the evidence. Í S. Downe (Ritstj.), *Normal childbirth, evidence and debate* (bls. 161-171). Edinborg: Churchill Livingstone.

Scott, K. D., Berkowitz, G. og Klaus, M. A. (1999). A comparison of intermittent and continuous support during labour: a meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180, 1054-1059.

Scott, K. D., Klaus, P. H. og Klaus, M. H. (1999). The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 8(9), 1257-1264.

Simkin, P. og Way, K. (1998). Position Paper: the doula's contribution to modern maternity care. *Doulas of Northern America (DONA)*.

Thomassen, P., Lundwall, M., Wiger, E., Wollin, L. og Uvnäs-Moberg, K. (2003). Doula – ett nytt begrepp inom förlossningsvården. *Läkartidningen*, 51-52(100), 4268-4271.

Trueba, G., Contreras, C., Velazco, M. T., Lara, E. G. og Martínez, H. B. (2000). Alternative strategy to decrease cesarean section: support by doulas during labor. *Journal of Perinatal Education*, 9(2), 8-13.

Tumblin, A. og Simkin, P. (2001). Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. *Birth*, 28(1), 52-56.

Valgerður Lísa Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir (2009). Skynjun íslenskra ljósmæðra á öryggi og áhættu við eðlilegar fæðingar. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (Ritstj.), *Lausnarsteinar – ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 193-214). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.

Van Zant, S. E., Edwards, L. og Jordan, E. T. (2005). Lower epidural anaesthesia use associated with labor support by student nurse doulas: implications for intrapartum nursing practise. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 11*, 153-160.

Zhang, J., Bernasko, J. W., Leybovich, E., Fahs, M. og Hatch, M. C. (1996). Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology, 88*(4), 739-744.

Viðauki 1

Viðtal við Eydísi Hentze

1. Hvað varð til þess að þú fórst í þetta nám?
 - a. Hvenær?

2. Hvað kallar þú þig í starfinu?
 - a. Ef ekki dúla – hversvegna?
 - b. Í hverju er munurinn fólgin?

3. Hvernig er námið í Danmörku uppbyggt (í stórum dráttum)
 - a. Á hvaða stigi er það?
 - b. Veistu um einhverja íslenska sem er í náminu núna?

4. Hvað er þitt helsta starf sem dúla hér á landi? (fyrir, í og eftir fæðingu)
 - a. Hver er þinn helsti starfsvettvangur?
 - i. Helstu starfssvið innan hans
 - b. Er munur á milli Íslands og Danmörku hvað það varðar?
 - c. Eru fleiri en þú sem starfa við þetta á Íslandi?

5. Hvernig finnst þér ljósmæður hafa tekið þínu starfi?
 - a. Hvert telur þú hlutverk ljósmæðra vera í fæðingum?

- b. Hvernig eru samskiptin ykkar á milli?
6. Hvernig gengur að starfa sem dúla á Íslandi?
- a. Sérðu árangur af starfi þínu?

Viðauki 2

Viðtal við skjólstæðinga Eydísar Hentze

1. Hvað átt þú mörg börn?
 - a. Fyrri fæðingarreynsla? (t.d hvar og hvernig, með hverjum)
2. Hvaða ár var það sem þú fæddir með Eydísi þér við hlið?
 - a. Hvar?
3. Var einhver annar viðstaddur?
 - a. Ef maki – hvernig heldur þú að upplifun hans hafi verið?
4. Hversvegna valdir þú að fæða með dúlu þér við hlið?
 - a. Hvað var þér mikilvægast í þessari fæðingu?
5. Hafðir þú hitt hana fyrir fæðinguna/og eftir fæðinguna?
6. Hver var upplifun þín af stuðningi Eydísar í fæðingunni? (tilfinninga-, líkamlegur-, upplýsinga-)
 - a. Samanborið við fyrri fæðingar
 - b. Hver var helsti munurinn?
 - c. Hvað var það helst sem hún gerði?
7. Hvernig gekk fæðingin með Eydísi? (fæðingarmáti, inngrip o.fl.)
8. Hvernig upplifðir þú ljósmóðurina í fæðingunni?

- a. Hver var hennar stuðningur til þín?
 - b. Hvert telur þú helsta hlutverk ljósmæðra vera í fæðingum?
9. Myndir þú fæða aftur með dúlu þér við hlið?
10. Myndir þú ráðleggja öðrum konum að fæða með dúlu sér við hlið?