

Verkefni þetta er lokaverkefni til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði við Háskólann á

Akureyri.

Verkefnið unnu:

Helga Margrét Jóhannesdóttir

Nanna Rakel Ólafsdóttir

Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir að mínum dómi kröfum til

B.S. prófs í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri.

Leiðbeinandi:

Dr. Sigfríður Inga Karlsdóttir

Útdráttur

Þessi heimildasamantekt er lokaverkefni höfunda til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri. Markmið samantektarinnar var tvíþætt. Annars vegar að veita innsýn inn í reynsluheim ungra mæðra og kanna hvaða áhrif ungur aldur við barnsburð hefur á andlega líðan þeirra. Hins vegar að varpa ljósi á aðkomu hjúkrunarfræðinga í heilsuvernd ungra mæðra. Heimildum var safnað frá *CINAHL*, *PubMed*, *Google scholar* og *leitir.is*. Leitað var eftir íslenskum og erlendum ritrýndum heimildum, fræðigreinum og bókum. Eins voru fengnar heimildir frá Embætti landlæknis, Hagstofu Íslands og World Health Organization. Í upphafi var fjallað um unglingsárin, kynþroskaskeiðið og mikilvægi kynheilbrigðisþjónustu til unglinga. Farið var inn á notkun getnaðarvarna og tíðni þungana og fóstureyðinga á Norðurlöndum. Næst var fjallað um ungar mæður og áskorun tengda móðurhlutverkinu. Sérstaklega var lögð áhersla á andlega vanlíðan ungra mæðra og að kanna hvað veldur því að þær virðist eiga erfiðara andlega heldur en mæður sem eldri eru. Að lokum var aðkoma hjúkrunarfræðinga tekin fyrir þar sem megin áhersla var lögð á skimun, fræðslu og stuðning. Við gerð samantektarinnar kom í ljós að ungar mæður standa frammi fyrir ýmsum áskorunum og þær eru því líklegri til þess að upplifa vanlíðan heldur en mæður sem eldri eru. Algengt er að ungar mæður komi úr erfiðum félagslegum aðstæðum, hafi lítinn sem engan stuðning heiman frá ásamt því að upplifa neikvætt viðhorf frá samfélaginu. Því er mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk hafi viðtækan skilning og þekkingu á áhættuþáttum sem stuðla að andlegri vanlíðan og geti gripið inn í með viðeigandi úrræðum.

Lykilhugtök: Ungar mæður, andleg vanlíðan, hjúkrunarfræðingar.

Abstract

This literature review is the authors' final thesis for a B.Sc. degree in nursing at the University of Akureyri. The aim of the thesis was twofold. On one hand, to provide insight into the experiences of young mothers and to investigate the impact of childbirth at a young age on their mental well-being. On the other hand, to shed light on the involvement of nurses in the healthcare of young mothers. References were collected from CINAHL, PubMed, Google scholar and leitir.is. The research included Icelandic and foreign peer-reviewed sources, academic journals, books and studies. Likewise, sources were obtained from the Directorate of Health, Statistics Iceland and the World Health Organization. First of all the adolescence, puberty and the importance of sexual health services to adolescents were scrutinized. Contraception use and the frequency of pregnancies and abortions in the Nordic countries were tackled. Next, we discussed young mothers and the challenge of motherhood. Particular attention was paid to the mental distress of young mothers and to explore what causes them to have more difficulties mentally than to older mothers. Finally, the involvement of nurses was addressed, with main emphasis on screening, education and support. When writing the thesis we discovered that young mothers face a number of challenges and are therefore more likely to experience distress than older mothers. It is common for young mothers to have a poor social status, have little or no support from home, and experience a negative attitude from the society. Therefore, it is important that healthcare professionals have a broad understanding and knowledge of the risk factors that contribute to mental distress and can intervene with appropriate resources.

Keywords: Young mothers, mental distress, nurses.

Efnisyfirlit

Útdráttur	iii
Abstract	iv
Efnisyfirlit	v
Þakkarorð	vii
1. Kafli - Inngangur	1
1.1. Bakgrunnur viðfangsefnis	1
1.2. Tilgangur og gildi heimildasamantektar fyrir hjúkrunarfræði og ljósmóðurfræði	2
1.3. Skilgreining hugtaka	3
1.4. Gagnasöfnun og leitarorð	4
1.5. Samantekt	4
2. Kafli – Andleg vanlíðan ungra mæðra og aðkoma hjúkrunarfræðinga	6
2.1. Unglingsárin og kynþroskaskreiðin	6
2.2. Heilbrigðisþjónusta og getnaðarvarnir	8
2.3. Ungar mæður	11
2.3.1. Að takast á við móðurhlutverkið	13
2.4. Andleg líðan	16
2.4.1. Andleg vanlíðan ungra mæðra eftir meðgöngu	17
2.4.2. Fæðingarþunglyndi og sængurkvennagrátur	17
2.4.3. Áhættuþættir fyrir vanlíðan eftir meðgöngu	19
2.5. Aðkoma hjúkrunarfræðinga í heilsuvernd ungra mæðra	21

2.6. Skimanir	22
2.6.1. Vímuefnanotkun á meðgöngu	22
2.6.2. Andleg vanlíðan	24
2.6.3. Ofbeldi	26
2.7. Fræðsla til ungra mæðra	28
2.8. Stuðningur við ungar mæður	28
3. Kafli - Umræður	31
4. Kafli - Lokaorð	35
Heimildaskrá	37

Þakkarorð

Við þökkum öllum þeim sem hafa veitt okkur stuðning við skrif þessa lokaverkefnis á einn eða annan hátt. Sérstakar þakkir fær leiðbeinandi okkar, dr. Sigríður Inga Karlsdóttir ljósmóðir og dósent við Háskólann á Akureyri fyrir ómetanlegan stuðning, hvatningu og framúrskarandi leiðsögn. Einnig viljum við þakka Jósep Gíslasyni fyrir yfirlestur á ritgerðinni og gagnlegar ábendingar. Síðast en ekki síst viljum við þakka fjölskyldum okkar fyrir þá þolinmæði og stuðning sem þær hafa sýnt okkur í gegnum námið og þá sérstaklega við skrif þessa lokaverkefnis.

Inngangur

Heimildasamantekt þessi er lokaverkefni höfunda til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði við Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri. Meginmarkmið heimildasamantektarinnar er að varpa ljósi á hversu algeng og alvarleg andleg vanlíðan er meðal ungra mæðra og hvaða áhættuþáttum og áskorunum þær standa sérstaklega frammi fyrir. Við greinum einnig frá þeim stuðningi sem í boði er fyrir ungar mæður.

Fyrst er fjallað um bakgrunn viðfangsefnis og því næst um tilgang og gildi þess fyrir hjúkrunarfræði. Helstu hugtök eru skilgreind, leitarorð eru sett fram og gagnaöflun lýst. Að lokum er sett fram samantekt úr innihaldi verkefnisins.

1.1. Bakgrunnur viðfangsefnis

Sýnt hefur verið fram á að ótímabærar þunganir hafa ýmis heilsufarsleg vandkvæði í för með sér. Sterk tengsl eru á milli ótímabærra þungana og andlegrar vanlíðunar sem bæði hefur neikvæð áhrif á heilsu móður og barns. Vegna þessa er mikilvægt að boðið sé upp á sérhæfða og aðgengilega heilbrigðisþjónustu fyrir ungar mæður og börn þeirra. Það er einnig nauðsynlegt að heilbrigðisstarfsfólk sem vinnur með ungum mæðrum hafi þekkingu á einkennum andlegrar vanlíðunar (Hodgkinson, Beers, Southammakosane og Lewin, 2014).

Það er ekki einungis ungur aldur sem hefur áhrif á að ungar mæður séu útsettari fyrir andlegri vanlíðan. Yfirleitt er um samspil margra þátta að ræða. Má þar nefna félagslega og fjárhagslega stöðu þeirra, minni menntunarstig ásamt lítilli sem engri reynslu af atvinnumarkaði (Hodgkinson o.fl., 2014).

Á unglingsárunum eru stúlkur enn að þroskast sjálfar og móta sína eigin sjálfsmynd. Ábyrgðin sem fylgir því að takast á við móðurhlutverkið getur því verið þeim sérstaklega þungbær (Mulherin og Johnstone, 2015). Ungar mæður eru gjarnan litnar hornauga af samfélaginu eða þær ekki viðurkenndar sem ábyrgar mæður. Slík viðhorf geta haft mikil áhrif á sjálfstraust þeirra sem gerir það að verkum að þær geta orðið óöruggari í móðurhlutverkinu. Það getur ýtt undir vanlíðan þeirra (Mangeli, Rayyani, Cheraghi og Tirgari, 2017). Stuðningur er gríðarlega mikilvægur fyrir ungar mæður og spila hjúkrunarfræðingar og ljósmæður mikilvægt hlutverk þar (Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender, 2011).

1.2 Tilgangur og gildi heimildasamantektar fyrir hjúkrunarfræði og ljósmóðurfræði

Tilgangurinn með þessari heimildasamantekt er að veita innsýn í reynsluheim ungra mæðra. Ungar mæður standa frammi fyrir ýmsum áskorunum og eru þær því líklegri til þess að upplifa vanlíðan heldur en mæður sem eldri eru. Teljum við andlega vanlíðan ungra mæðra vera alvarlegan heilsufarsbrest sem getur haft víðtæk áhrif á líf móður og barns. Finnst höfundum því ástæða til þess að dýpka skilning okkar á þessum heilsufarsbresti og hvernig við sem hjúkrunarfræðingar getum lagt okkar af mörkum til þess að takast á við þetta þegar út í starfið er haldið. Við skoðum því einnig aðkomu hjúkrunarfræðinga í heilsuvernd ungra mæðra.

Höfundar telja að heimildasamantekt þessi varpi ljósi á þau margþættu áhrif sem valda andlegri vanlíðan á meðal ungra mæðra. Hún sýnir fram á mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður séu vakandi fyrir og þekki bæði einkenni og áhættuþætti andlegrar vanlíðunar meðal ungra mæðra, skimi þegar þess er þörf og veiti viðeigandi fræðslu og stuðning.

1.3. Skilgreining hugtaka

Höfundar skilgreina eftirfarandi hugtök sem fram koma í heimildasamantektinni með það að markmiði að enginn vafi leiki á merkingu þeirra og að samræmi sé á milli skilnings allra lesenda.

Ungar mæður: Mæður á aldrinum 13-21 árs (LePlatte, Rosenblum, Stanton, Miller og Muzik, 2012).

Andleg vanlíðan: Einkenni sem geta takmarkað alvarlega andlega og/eða líkamlega getu einstaklings til daglegra athafna (World Health Organization (WHO), e.d.).

Fæðingarpunglyndi: Þunglyndi móður í kjölfar fæðingar barns (WHO, e.d.).

Kynþroskaskeið: Þegar einstaklingar fara frá því að vera börn í að verða unglingar vegna breytinga á líkama þeirra sem gerir þeim kleift að eignast börn (Árni Þórsson, Atli Dagbjartsson, Gestur Pálsson og Víkingur Arnórsson, 2000).

Meðganga: Tímabil frá því að egg frjóvgast þar til barn fæðist (Ljósmóðir.is, e.d.).

Ofbeldi: Hegðun sem miðar að því að brjóta á, særa eða meiða annan einstakling gegn hans vilja. Ofbeldi getur verið af líkamlegum, andlegum og kynferðislegum toga (Páll Biering, 2012).

Ótímabær þungun: Þegar unglingsstúlka verður þunguð áður en hún verður fullorðin.

Mismunandi er á milli landa hvaða aldur markar það tímabil (Anna Björg Aradóttir og Sigurður Guðmundsson, 2005). Í þessari heimildasamantekt er miðað við stúlkur yngri en 21 árs.

Skimanir: Að meta eða rannsaka ákveðið ástand eða sjúkdóm á skipulegan hátt. Þannig má frekar greina vandamál á frumstigi og grípa inn í sem fyrst (Anna Guðríður Gunnarsdóttir, 2017).

1.4. Gagnasöfnun og leitarorð

Við gagnasöfnunina var notast við fjóra gagnagrunna, *CINAHL*, *PubMed*, *Google scholar* og *leitir.is*. Leitað var eftir íslenskum og erlendum ritrýndum heimildum, fræðigreinum, bókum og rannsóknum. Ensk leitarorð sem notast var við voru *adolescents postpartum*, *postnatal*, *teenage pregnancy*, *teen parenting*, *teenage mothers*, *mental health*, *puberty* og *postpartum depression*. Íslensk leitarorð voru *ungar mæður*, *andleg líðan*, *kynþroskaskeið*, *fæðingarþunglyndi*, *skimun* og *fræðsla*. Heimildir voru fengnar frá Embætti landlæknis, Hagstofu Íslands og World Health Organization. Leitin miðaði að því að skoða einkum heimildir frá síðastliðnum 10 árum um mæður á aldrinum 13-21 árs. Undantekningar voru gerðar á einstökum rannsóknum, erlendu rannsóknirnar sem notast var við komu út á síðastliðnum 13 árum en íslensku rannsóknirnar voru allt að 20 ára gamlar. Þær rannsóknir sem eru eldri en 10 ára eru einungis hafðar með ef niðurstöður þeirra eru enn í fullu gildi og höfundar telja þær vera vandaðar.

1.5. Samantekt

Í upphafi er fjallað stuttlega um unglingsárin og kynþroskaskeiðið. Farið er í grófum dráttum yfir þær breytingar sem eiga sér stað á þessum árum með áhrif á andlega líðan til hliðsjónar. Talað er um upphaf kynþroska og hver áhrif hans á kynhegðun stúlkna er. Í framhaldi af því er fjallað um mikilvægi sérhæfðrar kynheilbrigðisþjónustu til unglunga og hugmyndir að auknum úrræðum og úrbótum lagðar fram. Getnaðarvarnanotkun á Norðurlöndunum er borin saman og fjallað um áhrif notkunar þeirra á þungunar- og fóstureyðingartíðni.

Loks er fjallað um ungar mæður þar sem tíðni þungana unglingsstúlkna á Íslandi er borin saman við önnur lönd. Komið er inn á hversu krefjandi móðurhlutverkið getur verið og þá sérstaklega fyrir ungar mæður. Farið er yfir þær áskoranir sem þær standa frammi fyrir. Hugtakið andleg líðan er síðan skilgreint en í framhaldi af því er fjallað ítarlega um andlega vanlíðan ungra mæðra eftir meðgöngu og helstu áhættuþætti sem þær standa frammi fyrir. Sérstök áhersla er lögð á fæðingarþunglyndi og sængurkvennagrátur.

Í lokin er farið yfir aðkomu hjúkrunarfræðinga í heilsuvernd ungra mæðra. Þá eru nefnd helstu úrræði sem í boði eru. Farið er sérstaklega í skimanir þar sem áhersla er lögð á vímuefnanotkun á meðgöngu, andlega vanlíðan og ofbeldi. Næst er fjallað um fræðslu til ungra mæðra en hún er gífurlega mikilvæg ásamt stuðningi og eftirfylgni.

2. kafli Andleg vanlíðan ungra mæðra og aðkoma hjúkrunarfræðinga

Andleg vanlíðan á og eftir meðgöngu er vandamál sem þekkt er á heimsvísu (Linda Bára Lýðsdóttir, Halldóra Ólafsdóttir og Jón Friðrik Sigurðsson, 2008). Ungar mæður eru mun útsettari fyrir andlegri vanlíðan heldur en mæður sem eldri eru og liggja ýmsar ástæður að baki þess (Hodgkinson o.fl., 2014). Því er nauðsynlegt að heilbrigðisstarfsfólk sé vel upplýst um áhættuþætti, einkenni og sé þjálfað í að veita viðeigandi aðstoð, stuðning og eftirfylgni til ungra mæðra og þannig mæta líkamlegum, andlegum og félagslegum þörfum þeirra.

Ungar mæður upplifa oft stuðningsleysi þegar þær þyrftu í raun á auknum stuðningi að halda (Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender, 2011). Það er því augum ljóst að með því að bæta þekkingu, stuðning og eftirfylgni væri hægt að hjálpa þeim í aðlögun móðurhlutverksins og þannig bæta andlegt heilbrigði þeirra (DeVito, 2010). Það skiptir miklu máli að móðir sé ekki að upplifa vanlíðan þegar hún er að tengjast barninu sínu fyrstu mánuðina. Sá tími er gífurlega mikilvægur fyrir bæði móður og barn og þeirra tengslamyndun (Hodgkinson o.fl., 2014). Vanlíðan móður getur haft bein áhrif á barnið hennar og er því brýnt að heilbrigðisstarfsfólk kunnir að bregðast við ef einkenni vanlíðunar koma upp hjá ungum mæðrum (Stewart og Vigod, 2016).

2.1. Unglingsárin og kynþroskaskeiðið

Unglingsárin eru krefjandi tími á æviskeiði okkar en miklar breytingar eiga sér stað á þessum árum þegar kemur að líkamlegum, félagslegum og andlegum þroska (Árni Þórsson o.fl., 2000). Vegna allra þessara breytinga er algengt að sjálfsmat unglunga sé lægra en hjá öðrum aldurshópum. Margar rannsóknir hafa verið gerðar sem sýnt hafa fram á slæm áhrif lágs sjálfsmats á hina ýmsu þætti, t.d. andlega líðan og tengsl við aðra. Unglingsárin eru einnig sá

tími þar sem andleg veikindi koma oftast í ljós og geta fylgt einstaklingnum fram á fullorðinsár. Sýnt hefur verið fram á að lágt sjálfsmat og andlegir erfiðleikar auki líkur á að unglingar sýni af sér óæskilega hegðun almennt séð og eins þegar kemur að kynlífi. Það að eiga við andleg veikindi að stríða eykur t.d. líkur á óplanaðri þungun og að stúlkur verði oftast óléttar (Goodson, Buhi og Dunsmore, 2006; Hognert o.fl., 2018; LePlatte o.fl., 2012).

Á unglingsárunum hefst kynþroskaskeiðið. Allur gangur er á hversu snemma kynþroski hefst og eins hversu lengi hann stendur yfir. Hjá stúlkum eru margar mismunandi leiðir til að marka upphaf kynþroska, s.s. stækkun brjósta, kynháravöxtur og upphaf tíðablæðinga (Baams, Dubas, Overbeek og Van Aken, 2015). Rannsóknir benda til að kynþroski íslenskra stúlkna komi jafn snemma og kynþroski stúlkna í nágrannalöndum okkar. Tíðablæðingar eru áberandi einkenni til að marka upphaf kynþroska en meðalaldur við fyrstu tíðir er um 13,26 ár hjá íslenskum stúlkum. Um helmingur stúlkna eru byrjaðar á blæðingum við 13,5 ára aldur en einungis 5% fá fyrstu blæðingar fyrir 11,35 ára aldur. Við 15,15 ára aldur ættu um 95% stúlkna að vera byrjaðar á blæðingum. Á því má sjá að aldursbil við tilkomu kynþroska stúlkna er ansi breytt og eins er breytilegt hversu langan tíma kynþroskaskeiðið tekur (Árni Þórssón o.fl., 2000). Kynþroskaskeið stúlkna virðist vera á sambærilegum tíma á heimsvísu en rannsóknir hafa ekki sýnt fram á mun á stúlkum frá mismunandi menningarheimum hvað varðar kynþroskaskeiðið sjálft. Hins vegar sýna rannsóknir að menning getur haft áhrif á það hvenær stúlkur byrja að stunda kynlíf (Skoog, Stattin, Ruiselova og Özdemir, 2013).

Þegar unglingar byrja á kynþroskaskeiði verða þau líkamlega tilbúin til að stunda kynlíf, burtséð frá því hvort tilfinningalegur þroski er til staðar. Mismunandi er hvenær unglingar byrja að stunda kynlíf og hvort tilfinningalegum þroska hefur verið náð þegar það á sér stað (Dagbjört

Ásbjörnsdóttir, Guðbjörg Edda Hermannsdóttir, Sigurlaug Hauksdóttir, 2009). Unglingar eiga það til að hugsa ekki út í afleiðingar gjörða sinna en það er partur af þroskaferlinu. Þetta á sérstaklega við um unglingsstúlkur þegar kemur að þeirra ímynd um kynlíf og ást en þær hafa oft óraunhæfa mynd og væntingar um hvað fellst í þessu tvennu (DeVito, 2010). Talið er að því yngri sem stúlkur eru þegar þær verða kynþroska því líklegri séu þær til að taka áhættur þegar kemur að kynferðislegri hegðun þar sem þær skortir oft vitsmuni til að taka upplýstar og öruggar ákvarðanir þegar kemur að þeim málum. Eins leita þær frekar í félagsskap þeirra sem eru á svipuðum stað hvað varðar kynþroska. Þær umgangast því eldri stúlkur og drengi og hefur það áhrif á áhættuhegðun þeirra (Skoog o.fl., 2013). Meðalaldur við fyrstu kynmök hérlendis er 16 ára og er það sambærilegt við hin Norðurlöndin. Sá aldur er ögn hærri í Bandaríkjunum eða við 16,9 ára aldur. Algengt er að einstaklingum finnist fyrstu kynmök marka upphaf unglingsára og lok barnæsku (Hognert o.fl., 2018).

2.2. Heilbrigðisþjónusta og getnaðarvarnir

Unglingar eru í aukinni hættu á ótímabærum þungunum og að smitast af kynsjúkdómum. Auka mætti notkun getnaðarvarna og draga þannig úr tíðni þungana og kynsjúkdóma á meðal þessa hóps með markvissum inngrípum. Því er mikilvægt að unglingar hafi greiðan aðgang að sérhæfðri heilbrigðisþjónustu sem veitir fræðslu um kynlíf, kynsjúkdóma og notkun getnaðarvarna (Hognert o.fl., 2018; Santa Maria, Guilamo-Ramos, Jemmott, Derouin og Villarruel, 2017; Sóley S. Bender, 2009).

Undanfarið hefur verið í umræðunni að bæta kynheilbrigðisþjónustu íslenskra unglinga með því að veita hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum réttindi til að skrifa upp á hormónagetnaðarvarnir. Slík þjónusta hefur verið veitt að einhverju leiti víðs vegar um heiminn í

mörg ár með góðum ávinningi. Engir eiginlegir gæðastuðlar eða vinnureglur eru til staðar þegar kemur að kynheilbrigðisþjónustu til unglinga en talið er að hjúkrunarfræðingar með sérmenntun geti breytt því. Þannig myndu gæði og aðgengi þjónustunnar aukast og hægt væri að veita hana á fjölbreyttari vettvangi, t.d. hjá skólahjúkrunarfræðingi (Hognert o.fl., 2018; Sóley S. Bender, 2009). Sýnt hefur verið fram á að ef stúlkur byrja að nota getnaðarvarnir áður en þær byrja að stunda kynlíf eru minni líkur á að þær verði óléttar ungar heldur en þegar þær byrja á getnaðarvörnum eftir fyrstu kynmök. Það sýnir fram á mikilvægi þess að grípa inn í sem fyrst (Hognert o.fl., 2018).

Gerð var þverskurðsrannsókn á meðal 2.500 íslenskra unglinga á aldrinum 17-20 ára sem leiddi í ljós að skortur var á góðri kynheilbrigðisþjónustu fyrir unglinga hérlandis. Það sem virtist skipta unglinga máli var að hægt væri að koma í tíma án foreldra, að fyllsta trúnaðar væri gætt og að heilbrigðisstarfsmaður kæmi vel fyrir. Meirihluti þátttakenda eða 97% taldi mikilvægt að heilbrigðisstarfsmaður gæfi sér tíma til að hlusta og 92% fannst áriðandi að þjónustan væri veitt á sveigjanlegum tíma. Það að þjónustan væri veitt í notalegu umhverfi kom fram hjá 88% þátttakenda. Helmingur þeirra sem tók þátt taldi að kynheilbrigðisþjónusta ætti að vera aðskilin frá heilsugæslu og sjúkrahúsi en þriðjungur taldi að slík þjónusta ætti að vera innan heilsugæslu. 80% fannst mikilvægt að þjónustan væri veitt nálægt heimili þeirra og 60% vildu að hún væri veitt að kostnaðarlausu (Bender, 1999). Einnig virðist skipta unglinga máli að geta mætt án þess að panta tíma og að geta komið eftir klukkan 16 á daginn (Sóley S. Bender, 2009). Unglingar geta leitað í almenna þjónustu á þessu sviði en einnig er boðið upp á unglingaþjónustu á heilsugæslustöðvum landsins (Dagbjört Ásbjörnsdóttir o.fl., 2009). Þangað er hægt að leita með ýmis vandamál tengd unglingsárunum, þ.á m. vandamál tengd kynlífi og hljóta um leið fræðslu um getnaðarvarnir, kynsjúkdóma og ótímabærar þunganir (Heilbrigðisstofnun Norðurlands, e.d.).

Í kynningarefni frá Landlækni eru gefin upp fleiri úrræði sem eru sérstaklega ætluð unglíngum sem eru ekki lengur til staðar í dag (Dagbjört Ásbjörnsdóttir o.fl., 2009). Í rannsókn sem framkvæmd var í Bandaríkjunum kom fram að unglíngar þar hefðu mikla þörf fyrir kynheilbrigðisþjónustu en þar væri einnig skortur á úrræðum fyrir þann hóp. Gerð var langtímarannsókn á meðal 700.000 bandarískra unglínga þar sem kom í ljós að um þriðjungur unglínga á aldrinum 13-17 ára hljóta aldrei fyrirbyggjandi kynfræðslu og um 40% hljóta hana einungis einu sinni. Settur var saman rýnihópur sem samanstóð af unglíngum og foreldrum þeirra og þar voru óskir unglínga um kynheilbrigðisþjónustu sambærilegar því sem komið hefur fram hérlandis. Þeim fannst skipta sköpum að úrræði væru í boði sem miðuðu sérstaklega að unglíngum. Sú þjónusta ætti að vera á sveigjanlegum tíma, aðgengileg og markviss. Eins vildu unglíngar að heilbrigðisstarfsfólk væri bundið fyllsta trúnaði, væri hlýlegt í framkomu og samskipti einkenndust af virðingu (Santa Maria o.fl., 2017).

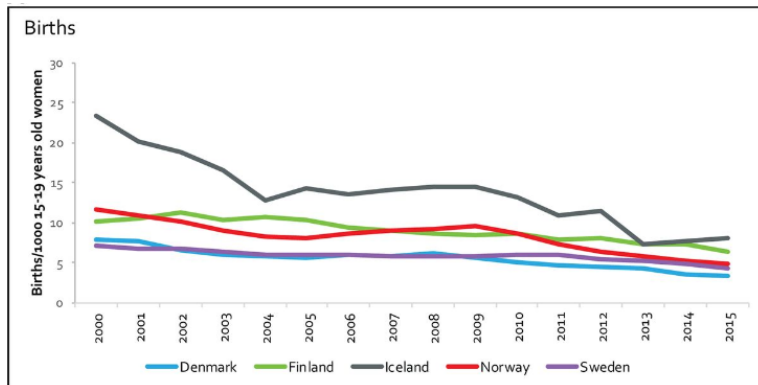
Skapa þarf gott aðgengi að getnaðarvörnum og neyðargetnaðarvörnum fyrir unglínga (Santa Maria o.fl., 2017). Það að auka getnaðarvarnanotkun meðal þeirra er lykillinn að því að koma í veg fyrir tíðni þungana og fóstureyðingar. Gerð var vistfræðileg rannsókn á meðal stúlkna á Norðurlöndunum á aldrinum 15-19 ára og á aldrinum 13-19 í Danmörku, Noregi og Svíþjóð. Gögnum frá árunum 2008-2015 var safnað um hormónagetnaðarvarnanotkun, þunganir og fóstureyðingar á meðal þessa hóps og niðurstöður bornar saman á milli landa. Stúlkur í Danmörku, Svíþjóð og Noregi voru líklegri til að vera á hormónagetnaðarvörnum. Í Danmörku notuðu 47-51% hormónagetnaðarvarnir, í Svíþjóð 39-42% og í Noregi 37-41%. Stúlkur á Íslandi komu hins vegar verst út þegar kom að notkun þeirra. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar er tíðni þungana og fóstureyðinga á meðal unglínga á Norðurlöndunum að minnka og getnaðarvarnanotkun að aukast. Sambærileg þróun á sér stað í Bandaríkjunum (Chapman og Wu,

2013; Hognert o.fl., 2018). Á Norðurlöndunum er aðgengi að getnaðarvörnum gott og þær fremur ódýrar. Þrátt fyrir það telur stærsti hluti unglinga hérlendis að getnaðarvarnir séu of dýrar. Því gæti önnur lausn um að auka notkun þeirra hérlendis falist í því að lækka verðið (Hognert o.fl., 2018; Sóley S. Bender, 2009).

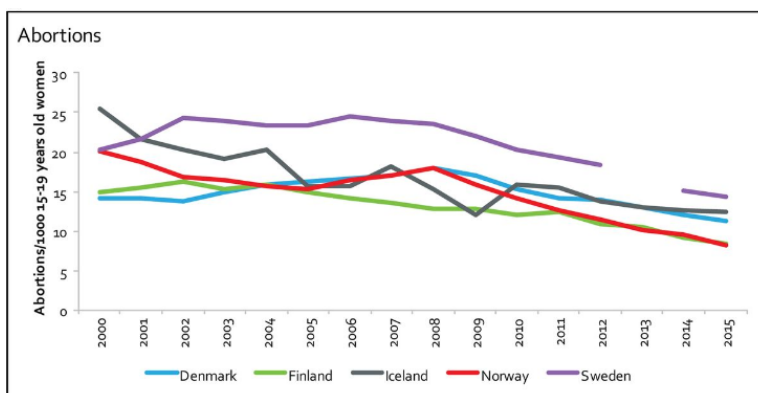
2.3. Ungar mæður

Þrátt fyrir að stúlkur hérlendis komist á kynþroskaskeið á svipuðum tíma og stúlkur á hinum Norðurlöndunum og meðalaldur við fyrstu kynmök sé sá sami er tíðni ótímabærra þungana talsvert hærri hérlendis. Þó er tíðni ótímabærra þungana á Norðurlöndunum lægri en annars staðar í Evrópu (Hognert o.fl., 2018; Sóley S. Bender, 2009). Þegar Evrópulönd eru borin saman er tíðnin hærri í Austur-Evrópu en í Vestur-Evrópu. Í Vestur-Evrópu er tíðnin hæst í Bretlandi en í Austur-Evrópu í Rúmeníu og Búlgaríu. Tíðni þungana hjá táningsstúlkum í Bandaríkjunum er há miðað við tíðni í Evrópu og er ögn hærri en í Rúmeníu og Búlgaríu (Hognert o.fl., 2018) Á vesturlöndum eru langflestar táningsmæður hvítar en þó er einnig há tíðni snemmbúinna þungana á meðal svartra og stúlkna og stúlkna frá Suður-Ameríku. Algengast er að ungar mæður séu einhleypar og/eða búi ekki með maka sínum (Chapman og Wu, 2013).

Síðastliðin fimm ár hafa samtals fæðst 389 lifandi börn hjá stúlkum á Íslandi á aldrinum 13-19 ára. Fjöldi fæðinga eykst eftir því sem stúlkurnar verða eldri. Ef horft er á tíðni fæðinga á fimm ára tímabili áður voru lifandi fæðingar á Íslandi samtals 740. Því má ætla að tíðni þessara fæðinga sé að fara minnkandi með árunum hérlendis sem er sambærileg þróun og má sjá annars staðar í heiminum (Hagstofa Íslands, 2018; Hognert o.fl., 2018). Að meðaltali eignast um fjórar stúlkur 19 ára og yngri börn í viku og tæplega fjórar á sama aldri fara í fóstureyðingu í hverri viku (Dagbjört Ásbjörnsdóttir o.fl., 2009).



Mynd 1. Tíðni fæðinga á norðurlöndunum (Hognert o.fl., 2018).



Mynd 2. Tíðni fóstureyðinga á norðurlöndunum (Hognert o.fl., 2018).

Tíðni þungana og fóstureyðinga á meðal unglingsstúlkna á aldrinum 13-19 ára hefur farið hríðfallandi á Norðurlöndum undanfarin ár. Tíðni þungana hefur minnkað hlutfall mest á Íslandi en er þó enn sú hæsta af öllum Norðurlöndunum og tíðni fóstureyðinga nánast staðið í stað hérlandis. Þessa lækkun má útskýra með aukinni notkun getnaðarvarna en ekki hærri tíðni fóstureyðinga þar sem tíðni fóstureyðinga er í sögulegu lágmarki á Norðurlöndunum (Hognert o.fl., 2018) mest á Íslandi en er þó enn sú hæsta af öllum Norðurlöndunum og tíðni fóstureyðinga nánast staðið í stað hérlandis. Þessa lækkun má útskýra með aukinni notkun getnaðarvarna en eðlislega mest á Íslandi en er þó enn sú hæsta af öllum Norðurlöndunum og tíðni fóstureyðinga

nánast staðið í stað héraendis. Þessa lækkun má útskýra með aukinni notkun getnaðarvarna en ekkislega mest á Íslandi en er þó enn sú hæsta af öllum Norðurlöndunum og tíðni fóstureyðinga nánast staðið í stað héraendis. Þessa lækkun má útskýra með aukinni notkun getnaðarvarna en ekki hærri tíðni fóstureyðinga þar sem tíðni fóstureyðinga er í sögulegu lágmarki á Norðurlöndunum (Hognert o.fl., 2018).

2.3.1. Að takast á við móðurhlutverkið.

Að verða móðir í fyrsta skipti er stórfengleg upplifun í augum flestra kvenna. Móðurhlutverkið byrjar yfirleitt að þróast meðan á meðgöngu stendur og á aðlögunin sér stað allt að nokkrum vikum til mánuðum eftir fæðingu (DeVito, 2010). Talað er um að sjálfmynd kvenna byrji að breytast strax á meðgöngu og er það þáttur í undirbúningi fyrir komandi hlutverk (DeVito, 2010; Laney, Hall, Anderson og Willingham, 2015). Ferlið byrjar oft á tilhlökkun meðan beðið er eftir barninu og finna flestar mæður fyrir tengingu við barnið og öðlast jafnvel tilfinningar fyrir því áður en það fæðist. Nýja hlutverkið getur hins vegar verið áfall fyrir sumar konur og eru til dæmi um að konur upplifi vanlíðan bæði á meðgöngu og eftir fæðingu. Það getur meðal annars gerst í aðstæðum þar sem þungunin er óráðgerð, móðirin á við andleg veikindi að stríða fyrir eða ef félagslegar aðstæður móðurinnar eru ófullnægjandi (Laney o.fl., 2015).

Þegar barnið fæðist hefst aðlögunarferlið fyrir alvöru (DeVito, 2010). Utanaðkomandi aðstæður hafa þá mikið að segja um hversu auðveldlega aðlögunin gengur fyrir sig. Ungar mæður upplifa gjarnan neikvæðni frá samfélaginu sem þær búa í, þær upplifa gjarnan viðhorf í þá áttina að þær séu ekki nógu ábyrgar og eru gjarnan litnar hornauga (Mangeli o.fl., 2017). Sökum þessa getur verið sérstaklega erfitt fyrir þær að fóta sig í nýja hlutverkinu þegar miðað er við eldri mæður sem hafa meiri lífsreynslu og eru jafnvel í betri félagslegri og

fjárhagslegri stöðu ásamt því að vera búnar að mennta sig eða komnar með einhverja starfsreynslu (Mulherin og Johnstone, 2015).

Ungar mæður standa gjarnan frammi fyrir því að þurfa að samtvinna móðurhlutverkið með grunn- eða framhaldsskóla og getur það reynst flókið þar sem samfélagið gerir yfirleitt ekki ráð fyrir að svo ungar stúlkur séu mæður (Mangeli o.fl., 2017). Þær einangrast oft og hafa ekki tíma til þess að sinna vinum og jafnöldrum vegna þess hve tímafrekt nýja hlutverkið er og getur slík einangrun haft gríðarleg áhrif á andlega líðan þeirra og í kjölfarið áhrif á aðlögun nýja hlutverksins (DeVito, 2010; Laney o.fl., 2015). Í bandarískri rannsókn kom fram að ungum mæðrum þótti þær einangrast verulega frá jafnöldrum sínum og jafnvel missa öll samskipti við þá þegar fram liðu stundir (DeVito, 2010). Íslensk rannsókn sýndi svipaðar niðurstöður þar sem ungu mæðurnar lýstu því að vinirnir hefðu látið sig hverfa á meðan á meðgöngu stóð. Þær lýstu því einnig að vinskapurinn hefði ekki tekið sig upp aftur eftir meðgönguna (Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender, 2011).

Þar sem ungar mæður eru enn að þroskast sjálfar og móta sína eigin sjálfsmynd er það augum ljóst að ábyrgðin og breytingin sem fylgir því að eignast barn getur verið sérstaklega þungbær (Mulherin og Johnstone, 2015). Framkvæmd var eigindleg rannsókn meðal 126 unglingsmæðrum í Bandaríkjunum með það að markmiði að kanna upplifun þeirra af móðurhlutverkinu. Þar var þessu lýst þannig að unglingsmæður upplifðu sig fastar á milli tveggja heima sem væri stöðug togstreita á milli. Þeim þótti flókið að samtvinna það að þroskast og móta sína eigin sjálfsmynd, samhliða því að takast á við nýja móðurhlutverkið og allar kröfurnar og ábyrgðina sem fylgir því (DeVito, 2010). Ofan á þetta allt skortir ungar mæður jafnan stuðning

sem er sérstaklega mikilvægur fyrir þær sökum ungs aldurs og þegar takast þarf á við slíkar meiriháttar breytingar eins og það að verða móðir (Mangeli o.fl., 2017).

Þó eru margar ungar mæður, jafnvel þær sem búa við erfiðar félagslegar aðstæður sannfærðar um að móðurhlutverkið hafi breytt lífi þeirra til hins betra. Má sjá dæmi um það í ástralskri rannsókn á upplifun unglingsstúlkna á móðurhlutverkinu þar sem skoðað var hvernig áhrif barneignir höfðu á þær og hvernig þeim gengi að aðlagast nýja hlutverkinu.

Unglingsstúlkurnar voru sammála um að nýja hlutverkið væri mjög krefjandi, erfitt og yfirgripsmeira en þær hefðu gert sér grein fyrir. Þær upplifðu þó skilyrðislausu, meðvitaða og óeigingjarna ást gagnvart barni sínu og fannst þeim sjálfsagt að setja þarfir barnsins frammar sínum eigin. Sú breyting þótti þeim eðlislæg. Þær áttu það einnig sameiginlegt að hafa búið við erfiðar félagslegar aðstæður fyrir meðgöngu og fannst þeim nýja hlutverkið hafa jákvæð áhrif á sjálfsmynd þeirra. Þeim fannst þær fá meiri stöðugleika í lífið, meiri tilgang, aukinn þroska og sjálfsvirði ásamt því að öðlast betri lífsskjör og kærleiksríkt samband við barnið (Mulherin og Johnstone, 2015).

Þegar fólk eignast sitt fyrsta barn og tekst á við nýja hlutverkið sem fylgir því gengur það í gegnum ýmsar lífeðlisfræðilegar, tilfinningalegar og félagslegar breytingar sem það þarf að aðlagast. Allt í einu þarf fólk að setja þarfir lítils einstaklings frammar sínum eigin þörfum og bera ábyrgð á lítilli manneskju sem er gjörsamlega háð foreldrum sínum (Parfitt og Ayers, 2014). Þrátt fyrir að flestir aðlagist þessum breytingum vel þá virðast breytingarnar taka enn meira á ungar stúlkur sem hafa minni reynslu vegna aldurs og/eða lítinn sem engan stuðning og því er andleg heilsa þeirra í meiri hættu (Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender, 2011). Þó má ekki gleyma að þetta á alls ekki við um allar ungar mæður. Rannsóknir hafa einnig sýnt fram á að

móðurhlutverkið geti haft jákvæð áhrif á unglingsstúlkur. Til eru dæmi um að þær hætti að reykja og drekka, upplifi sig sjálfsöruggari, þroskaðri og finnist lífið öðlast meiri tilgang við það að eignast barn (Mulherin og Johnstone, 2015). Líklegra er að mæður upplifi barnsburð á jákvæðan hátt hafi þær sterkt net í kringum sig og upplifi stuðning hvarvetna (SmithBattle og Freed, 2016).

2.4. Andleg líðan

Andleg líðan eða andlegt heilbrigði er hugtak sem erfitt er að skilgreina nákvæmlega og eru ekki allir fræðimenn sammála um hvað felst í góðri andlegri líðan (Rogers og Pilgrim, 2014). Alþjóða heilbrigðismálastofnunin WHO (2014) skilgreinir andlegt heilbrigði sem „vellíðunarástand þar sem sérhver einstaklingur áttar sig á möguleikum sínum, ræður við eðlilegt álag lífsins, getur unnið með afköstum, náð árangri og lagt sitt af mörkum til samfélagsins”.

Það eru ýmsir þættir sem stjórna því hvernig fólki líður. Það sem hefur einna mest áhrif á andlega líðan eru félagslegir þættir, fjárhagur og umhverfi. Má þar nefna áhættuþætti á borð við samfélagið sem við fæðumst í, aldur, hvar við vinnum eða stundum nám og aðgengi okkar að heilbrigðisþjónustu. Öll þessi atriði spila hlutverk í líðan okkar (Rogers og Pilgrim, 2014).

Bandarísk rannsókn var gerð á meðal ungra mæðra á aldrinum 12-21 ára þar sem skoðað var hvað skipti máli þegar leitað var í þjónustu vegna andlegra erfiðleika. Sýnt var fram á mikilvægi þess að geðheilbrigðisþjónusta væri veitt á heilsugæslustöðvum þar sem unglingar gætu komið utan skólatíma og mætt án þess að þurfa að bóka tíma. Mikilvægt var að fyllsta trúnaðar væri gætt og að heilbrigðisstarfsmaður gæfi sér tíma fyrir unglinginn. Unglingar,

sérstaklega ungar mæður eru sá hópur sem þarf mest á sérhæfðri geðheilbrigðisþjónustu að halda en jafnframt sá hópur þar sem slíkri þjónustu er ábótavant (LePlatte o.fl., 2012).

2.4.1. Andleg vanlíðan ungra mæðra eftir meðgöngu.

Andleg vanlíðan kvenna eftir barnsburð er vandamál sem þekkt er á heimsvísu. Þegar kona eignast barn eiga sér stað umfangsmiklar hormónabreytingar í líkama hennar. Þessar hormónabreytingar eru taldar eiga þátt í að stuðla að ýmsum andlegum kvillum sem komið geta upp hjá móður eftir fæðingu barns. Þeir eru meðal annars fæðingarþunglyndi, sængurkvennagrátur, fæðingarsturlun (Linda Bára Lýðsdóttir o.fl., 2008) ásamt kvíða og áfallastreituröskun (Hodgkinson o.fl., 2014). Þó er ekki hægt að kenna hormónabreytingum einum og sér um heldur eru allskyns utanaðkomandi þættir sem ýta einnig undir andlega vanlíðan móður eftir barnsburð. Álagið og streitan sem fylgir því að takast á við nýtt hlutverk er eitt og sér mjög krefjandi verkefni en að takast á við nýja hlutverkið samhliða því að vera sjálfur að þroskast er enn flóknara (Embætti landlæknis og Heilsugæslan, e.d; Hodgkinson o.fl., 2014).

2.4.2. Fæðingarþunglyndi og sængurkvennagrátur.

Rannsóknir bæði hérlendis og erlendis hafa sýnt fram á að konur séu tvisvar sinnum líklegri til þess að verða þunglyndar en karlar. Munurinn á milli kynjanna nær hámarki á aldrinum 18-35 ára en þá eru konur einmitt á barnseignaraldri. Eins eru ungar mæður tvisvar sinnum líklegri til að verða þunglyndar en eldri mæður (Linda Bára Lýðsdóttir o.fl., 2008; LePlatte o.fl., 2012).

Þegar kona eða stúlka upplifir vanlíðan eftir barnsburð getur það reynst flókið að greina á milli þess hvort um sængurkvennagrátur (*e. post partum blues*) eða fæðingarþunglyndi sé að

ræða (Stewart og Vigod, 2016). Einkennum sængurkvennagráts er oft ruglað saman við einkenni fæðingarþunglyndis þar sem þau eru mjög svipuð en yfirleitt aðeins vægari. Sængurkvennagrátur kemur fram hjá allt að 60-80% kvenna eftir fæðingu. Munurinn á þessu tvennu fellst aðallega í því að einkenni sængurkvennagráts ganga yfirleitt fljótt yfir eða á einum til tveimur dögum en einkenni fæðingarþunglyndis geta staðið í marga mánuði og jafnvel lengur. Þó eru til dæmi um að sængurkvennagrátur vari í allt að tvær vikur en þá aukast líkurnar verulega á að þær konur þrói með sér fæðingarþunglyndi í kjölfarið. Birtingarmynd fæðingarþunglyndis kemur hins vegar yfirleitt fram eftir fyrstu tvær vikurnar eða allt til 18 mánuðum eftir fæðingu barns (Linda Bára Lýðsdóttir o.fl., 2008).

Ljóst er að fæðingarþunglyndi getur verið alvarlegt og tímafrekt vandamál ef viðeigandi aðstoð er ekki veitt (Linda Bára Lýðsdóttir o.fl., 2008; Stewart og Vigod, 2016) en hægt er að meðhöndla fæðingarþunglyndi með lyfjum og öðrum lyflausum meðferðum sem skila yfirleitt góðum árangri. Það skiptir gífurlega miklu máli að gripið sé inn í fyrr en síðar. Það flýtir bæði fyrir bataferlinu og minnkar vanlíðunartímabil móðurinnar. Hætta er á tengslaerfiðleikum milli móður og barns sem jafnframt getur verið fylgifiskur fæðingarþunglyndis en þau eru í minni hættu ef móðirin fær viðeigandi aðstoð um leið og hennar er þörf. Meðferðin sem valin er fyrir hverja og eina móður er hins vegar persónubundin og er það metið eftir alvarleika einkenna í hverju tilfelli fyrir sig (Stewart og Vigod, 2016).

Ungar mæður eru mun líklegri til þess að upplifa fæðingarþunglyndi heldur en eldri mæður og er það yfirleitt vegna félagslegrar stöðu þeirra (Hodgkinson o.fl., 2014) en það er einmitt stór áhættuþáttur þegar kemur að fæðingarþunglyndi (Stewart og Vigod, 2016). Ungar

mæður eiga það einnig til að upplifa skort á sjálfstrausti en það getur ýtt undir bæði kvíða og þunglyndi hjá þeim (Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender, 2011).

Tíðni þunglyndis meðal ungra mæðra er um 16-44% en það er mun hærri prósentu en hjá fullorðnum konum sem ekki urðu mæður á unglingsaldri, aðeins 5-20% þeirra upplifa þunglyndi á lífsleiðinni (Hodgkinson o.fl., 2014). Það er því 2-4 sinnum líklegra að þunglyndiseinkenni séu til staðar hjá ungum mæðrum heldur en hjá eldri mæðrum og jafnöldrum þeirra sem eiga ekki börn (Boath, Henshaw og Bradley, 2013; SmithBattle og Freed, 2016). Eins eru þessi einkenni líklegri til að vera til staðar fram á fullorðinsár (SmithBattle og Freed, 2016).

Fæðingarþunglyndi meðal ungra mæðra getur einnig stafað af stuðningsleysi en þær upplifa gjarnan að þær hafi ekki nægilega þekkingu til þess að sinna hlutverkinu eins vel og samfélagið ætlast til af þeim Hins vegar verður að sýna varkárni þegar kemur að því að styðja við ungar mæður og passa að það sé ekki gripið fram fyrir hendurnar á þeim. Slíkur stuðningur getur haft öflug áhrif og ýtt undir að þær upplifi sig ekki hæfar í móðurhlutverkinu og getur það stuðlað að fæðingarþunglyndi (Boath o.fl., 2013).

2.4.3. Áhættuþættir fyrir vanlíðan eftir meðgöngu.

Áhættuþættir fyrir vanlíðan á meðgöngu eru meðal annars genatískir þættir og félagslegir þættir svo sem félagsleg staða, ofbeldi, fjárhagur, lítill stuðningur og erfiðleikar tengdir sambandi móður og barnsföður. Í rannsókn sem gerð var meðal íslenskra kvenna kom fram að áberandi munur var á þunglyndiseinkennum mæðra eftir menntun og hjúskaparstöðu. Þá er áhættuþáttur að vera einhleyp og að hafa ekki lokið námi (Embætti landlæknis og Heilsugæslan, e.d.; Stewart og Vigod, 2016). Þetta eru allt þættir sem unglingsmæður eru útsettari fyrir og eru

Því vandamál tengd andlegri vanlíðan mun algengari hjá ungum mæðrum heldur en þeim sem eldri eru (Hodgkinson o.fl., 2014)

Félagsleg staða ungra mæðra eftir barnsburð er oft slæm. Þær eru ungar, eiga gjarnan lítið milli handanna og samfélagið sem þær búa í gerir ekki ráð fyrir að unglingar eignist börn (Hodgkinson o.fl., 2014; Hognert o.fl., 2018). Þeir fordómar sem þær gætu orðið fyrir af hálfu samfélagsins gætu aukið enn meir á vanlíðan þeirra. Eins gætu þær upplifað mismunun t.d. þegar kemur að því að fá fæðingarorlof úr skóla eða veikindadaga heima með barnið. Það að verða fyrir fordómum af hálfu samfélagsins gæti vakið með þeim ákveðna skömm sem einnig hefur áhrif á andlega líðan þeirra (Mollborn og Morningstar, 2009).

Fjöldi rannsókna hefur sýnt fram á að félagsleg staða unglingsstúlkna fyrir þungun virðist einnig hafa áhrif á hversu líklegt er að þær verði óléttar. Ungar mæður eru líklegri til að koma af brotnum, lágtekjuheimilum þar sem menntunarstig er lágt eða ekkert. Heimilum þar sem þær skortir tengsl við fjölskyldu sína, glundroði og fíkniefnaneysla ríkir (Hodgkinson o.fl., 2014; Hognert o.fl., 2018; SmithBattle og Freed, 2016). En veran á slíkum heimilum hefur í för með sér talsverðar líkur á að ofbeldi hafi átt sér stað, þ.e. að þær hafi verið vitni að eða sjálfar orðið fyrir ofbeldi. Helstu áhættuþættir fyrir ofbeldi í nánnum samböndum eru t.d. lágar tekjur, áfengis- og vímuefnavandamál og geðræn veikindi á heimili (Páll Biering, 2012).

Fjöldi rannsókna hefur sýnt fram á að um helmingur ungra mæðra hafi á einhverjum tímamarki orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi. Því er ansi algengt að þær hafi átt erfiðara fyrir þungun og eigi þ.a.l. við andleg vandamál s.s. þunglyndi að stríða áður en barnið fæðist. Ekki er óalgengt að aðstæður heimilisins hafi gert það að verkum að þær glími við áfallastreituröskun en ein rannsókn sýndi fram á að ungar mæður hafa að meðaltali upplifað fimm áföll á ævinni

(Hodgkinson o.fl., 2014; SmithBattle og Freed, 2016). Því mætti spyrja þeirrar spurningar hvort andleg vanlíðan ungra mæðra sé meiri en hjá eldri mæðrum af þeirri ástæðu að þær hafi fundið fyrir henni áður en þær urðu ófrískar (Mollborn og Morningstar, 2009).

Kynþáttur og búseta hefur áhrif þegar kemur að því hversu líklegt er að ungar mæður finni til andlegrar vanlíðunar (Mollborn og Morningstar, 2009). Í þróunarlöndum er talað um að ein til þrjár konur af hverjum fimm upplifi mikla bresti á andlegri heilsu á meðgöngu eða eftir fæðingu miðað við eina af hverjum 10 í þróuðum löndum (World Health Organization (WHO), 2008). Ástæðan er talin vera sú að konur frá þróunarlöndum eru útsettari fyrir áhættuþáttum sem stuðla að andlegri vanlíðan. Þar má nefna slæma félagslega stöðu í samfélaginu svo sem fátækt og lágmenntun, að vera þolandi kynferðisofbeldis og að hafa lélegt aðgengi að heilbrigðisþjónustu (Corcoran, 2016; WHO, 2008).

2.5. Aðkoma hjúkrunarfræðinga í heilsuvernd ungra mæðra

Hjúkrunarfræðingar spila þýðingarmikið hlutverk á öllum stigum heilbrigðisþjónustu frá því að stúlka verður kynþroska og eftir að hún er orðin móðir (Sóley S. Bender, 2009). Eins hafa unglingar greiðari aðgang að hjúkrunarfræðingum þar sem þeir starfa í skólum, heilsugæslum, bráðamóttökum og úti í samfélaginu. Því eru unglingar stór hópur skjólstæðinga hjúkrunarfræðinga og mikilvægt að hjúkrunarfræðingar búi yfir góðri þekkingu og kunnáttu í samskiptum við unglina. Áhrifarík inngríp hjúkrunarfræðinga sem hafa góða þekkingu á kynheilbrigði unglina gætu orðið til þess að tíðni þunganna á meðal unglingsstúlkna minnki (Santa Maria o.fl., 2017).

2.6 Skimanir

Hjúkrunarfræðingar ásamt ljósmæðrum eru það heilbrigðisstarfsfólk sem fylgir stúlkum í gegnum meðgöngu og í nokkurn tíma eftir að barn er fætt. Nokkrar heilsugæslustöðvar hérlendis hafa tekið upp kerfisbundnar verklagsreglur um skimun í mæðra- og ungbarnavernd. Heilsugæsla Suðurlands á Selfossi er ein þeirra. Þegar kona kemur í fyrstu mæðraskoðun er gert áhættumat. Þar eru líkamlegir sjúkdómar og almennt heilsufar metið ásamt andlegri vanlíðan, áföllum í æsku og félagslegum aðstæðum. Eins er skimað fyrir því hvort móðir hefur orðið fyrir ofbeldi af einhverjum toga og hvort hún misnoti vímuefni. Ef einhverjir áhættuþættir eru til staðar hlýtur móðir aukinn stuðning. Sé líðan óstöðug þrátt fyrir aukinn stuðning þarf að veita henni enn nánari eftirfylgd. Sömu áhættuþættir eru metnir í fyrstu heimavitjun hjá ungbarnavernd eftir að barn er fætt og svipað ferli fer í gang ef áhættuþættir eru til staðar (Anna Guðríður Gunnarsdóttir, 2017).

2.6.1. Vímuefnanotkun á meðgöngu.

Ungar mæður eru líklegri en eldri mæður til að misnota vímuefni. Oft hefur fíknin verið til staðar fyrir barnsburð. Notkun slíkra efna minnkar e.t.v. á meðan meðgöngu stendur en eykst eftir að barnið er fætt, jafnvel langt inn í fullorðinsár (Chapman og Wu, 2013; Hodgkinsson o.fl., 2014). Notkun vímuefna á meðgöngu hefur margvísleg neikvæð áhrif á bæði móður og barn t.d. getur neysla á meðgöngu haft alvarlegar afleiðingar á þroska heila og taugakerfis fósturs (Chapman og Wu, 2013; Roberts og Nuru-Jeter, 2010). Notkun áfengis- og vímuefna eftir barnsburð hefur einnig margvísleg áhrif. Nefna má að áfengi getur farið beint í brjóstamjólk og haft neikvæð áhrif á þroska barns. Jafnframt eykur áfengis- og fíkniefnaneysla líkurnar á því að ofbeldi eigi sér stað á heimilinu og að móðir vanræki barnið sitt. Á unglingsárunum er heilinn að

Þroskast og notkun fíkniefna getur haft varanleg áhrif á vitræna getu og andlega líðan og þar með getu stúlku til að sinna móðurhlutverkinu (Chapman og Wu, 2013; Hodgkinson o.fl., 2014). Notkun áfengis og fíkniefna getur jafnframt orsakað andleg veikindi á borð við þunglyndi og kvíða. Fíkninni geta einnig fylgt vondar tilfinningar á borð við eftirsjá, sjálfsásökun og sektarkennd. Mæður gætu upplifað að þær séu ekki að standa sig eins og þær ætta að gera og séu misheppnaðar. Slíkar tilfinningar hafa slæm áhrif á sjálfsmat og þ.a.l. andlega líðan móður (Helga Sif Friðjónsdóttir, 2009; Roberts og Nuru-Jeter, 2010).

Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður gegna lykilhlutverki þegar kemur að skimun og inngripum vegna vímuefnavanda og þurfa að vera meðvitaðir um að áfengis- og/eða fíkniefnaneysla geti verið í gangi. Mikilvægt er að þekkja birtingarmyndir fíknar og líkamleg einkenni sem koma fram þegar hún er til staðar (Helga Sif Friðjónsdóttir, 2009). Þegar kemur að skimun þarf að hafa í huga að málefnið er viðkvæmt og fara þarf varlega í nálgunina á því. Móðirin gæti t.d. verið að upplifa skömm og hræðist að heilbrigðisstarfsmaður dæmi hana. Eins gæti hún hræðst það að upplýsingarnar fari lengra og barnið verði tekið af henni. Því er hætt við að hún fari í vörn ef ekki er farið varlega að henni eða hún forðist jafnvel að mæta í skoðun. Þá verða líkur á að hægt sé að grípa inn í hverfandi (Roberts og Nuru-Jeter, 2010).

Þegar skimun á sér stað þarf að gera það í næði þar sem móðir upplifir öryggi. Það skiptir sköpum að hafa nægan tíma til að hlusta og svara spurningum. Skapa þarf gott meðferðarsamband þar sem traust og virðing ríkir og heilbrigðisstarfsmaður leitast við að skilja aðstæður móður. Einblína þarf á jákvæðar hliðar þess að hætta notkun í staðinn fyrir að hræða móður á slæmum afleiðingum þess að neyta áfengis og fíkniefna á meðgöngu (Roberts og Nuru-Jeter, 2010). Hérlandis hefur landlæknir sett fram klínískar leiðbeiningar sem veita upplýsingar

um skimun við áfengisvanda en algengasta vímuefni á vesturlöndum er áfengi. Sambærilegar leiðbeiningar hafa ekki verið gerðar þegar kemur að öðrum vímuefnum en notast má við sömu skimunartæki við slíka greiningu (Helga Sif Friðjónsdóttir, 2009).

2.6.2. Andleg vanlíðan.

Eins og áður hefur komið fram eru ungar mæður í talsvert meiri áhættu en eldri mæður að eiga við andlega erfiðleika að stríða. Mæður hérlendis eru í jafn mikilli hættu og mæður á öðrum vesturlöndum. Talið er að andleg vandamál tengd meðgöngu séu það algeng að hægt sé að flokka þau sem lýðheilsuvanda (Embætti landlæknis og Heilsugæslan, e.d.). Andleg veikindi hafa slæm áhrif á móður jafnt sem barn. Því er mikilvægt að vera vakandi fyrir andlegri líðan móður og grípa inn í áður en vandinn ágerist (Anna Guðríður Gunnarsdóttir, 2017; LePlatte o.fl., 2012).

Hjúkrunarfræðingar eru í kjör aðstæðum til að meta hvort andlegir erfiðleikar séu til staðar á meðal ungra mæðra. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar hafi umfangsmikla þekkingu á þessu sviði og geti borið kennsl á fyrstu einkenni andlegra erfiðleika. Eins skiptir sköpum að hafa þekkingu á þeim úrræðum sem eru í boði og vísa ungum mæðrum á þau úrræði sem þurfa þykja. Sýnt hefur verið fram á að draga megi marktækt úr andlegri vanlíðan mæðra ef heilbrigðisstarfsfólk hefur hlotið viðbótarmenntun sem gerir þeim kleift að greina og meðhöndla andleg veikindi (Anna Guðríður Gunnarsdóttir, 2017). Í Bandarískri rannsókn kom fram að vel væri hugað að félagslegum þáttum ungra mæðra en minna væri hugað að andlegri líðan þeirra. Settir voru saman nokkrir hópar af mæðrum á aldrinum 15-21 árs sem áttu börn á aldrinum 0-6 ára. Þær hlutu markvissa geðheilbrigðisþjónustu í 10 vikur. Gögnum var safnað frá einum hóp sem samanstóð af 24 stúlkum á aldrinum 16-20 ára sem áttu börn á aldrinum 0-3 ára. Í upphafi voru 10/24 með einkenni áfallastreituröskunar og 13/24 með einkenni alvarlegs þunglyndis. Sýnt

var fram á að líðan ungra mæðra var mun betri ef þær hlutu geðheilbrigðisþjónustu samhliða annarri þjónustu á heilsugæslu því að þessum 10 vikum loknum var einungis 1/24 stúlkum með einkenni áfallastreituröskunar og 7/24 með einkenni þunglyndis þrátt fyrir að þær hefðu að meðaltali orðið fyrir tveimur áföllum meðan á þessum 10 vikum stóð (LePlatte o.fl., 2012).

Til eru ýmsir sjálfsmatskvarðar til að skima fyrir almennum einkennum þunglyndis og kvíða. Algengastur til notkunar héraendis eru Depression anxiety stress scale eða DASS. Hann er jafnan lagður fyrir verðandi mæður. Hann þjónar góðum tilgangi í að gefa vísbendingar um hvort þunglyndi, kvíði eða streita eru til staðar. Ef hjúkrunarfræðingur eða kvarðinn metur að svo sé, þarf að beina móður áfram til greiningaraðila. Eins er gott að leggja kvarðann fyrir oftar en einu sinni til að meta hvort einhverjar breytingar séu á ástandi verðandi móður. Mæður svara 42 staðhæfingum með fjórum svarmöguleikum þar sem þær merkja við hversu vel staðhæfingin á við þær. Kvarðinn er auðveldur í notkun og tekur 5-10 mínútur að leggja hann fyrir (Anna Guðríður Gunnarsdóttir, 2017; Jakob Smári Ólason, Daníel Þór Arnarson, Þórður Örn Arnarson, og Jón Friðrik Sigurðsson, 2008; Psychology foundation of Australia, 2018).

Héraendis sem og í mörgum öðrum löndum er notast við Edinborgar-þunglyndiskvarðann (*e. Edinburgh postnatal depression scale*) til að gefa vísbendingu um hvort fæðingarþunglyndi sé til staðar. Hann er jafnan lagður fyrir í kringum og eftir fæðingu en DASS kvarðinn er notaður áður. Mæður svara 10 spurningum um líðan sína undanfarna 7 daga. Hjúkrunarfræðingar í heilsugæslum leggja þennan kvarða jafnan fyrir. Séu vísbendingar um fæðingarþunglyndi þurfa hjúkrunarfræðingar að beina móður áfram til fagaðila sem sjá um greiningu (Anna Guðríður Gunnarsdóttir, 2017; Embætti landlæknis og Heilsugæslan, e.d.). Bresk rannsókn sýndi fram á að ungar mæður gætu verið hræddar við að leita sér aðstoðar við andlegri vanlíðan, þar sem ung

móðir lýsti því að hún hafi ekki þorað að svara Edinborgar-þunglyndiskvarðanum heiðarlega af hræðslu við að barnið yrði tekið af henni. Slíkan misskilning er hægt að koma í veg fyrir með því að styðja við unglingsmæður frá upphafi meðgöngu með góðri fræðslu og eftirfylgni bæði á meðgöngu og eftir að barnið er fætt (Megnin-Viggars, Symington, Howard og Pilling, 2015). Mikilvægt er að þær geri sér grein fyrir því að það sé ekki slæmt að leita sér aðstoðar vegna andlegrar vanlíðunnar heldur þarf að fræða þær meðal annars um einkenni fæðingarþunglyndis og hvetja þær til þess að leita sér aðstoðar svo hægt sé að grípa snemma inn í og aðstoða þær ef til þess kemur (Boath o.fl., 2013).

2.6.3. Ofbeldi.

Fjöldi rannsókna hefur sýnt fram á að ungar mæður eru 2-3 sinnum líklegri til að verða fyrir ofbeldi af hálfu maka síns en eldri mæður og gæti það stafað að einhverju leiti af því að þær eiga gjarnan við andleg veikindi að stríða og leita frekar í aðstæður sem eru þeim ekki hollar (Hodgkinson o.fl., 2014; LePlatte o.fl., 2012). Því er mikilvægt að vera vakandi fyrir þeim möguleika að um ofbeldi gæti verið að ræða og spyrja unga móður út í reynslu sína af ofbeldi. Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður eru oftast en ekki fyrsta heilbrigðisstarfsfólk sem verður vart við að um ofbeldi sé að ræða. Muna þarf að ofbeldi getur verið af líkamlegum, andlegum og/eða kynferðislegum toga. Það að verða fyrir ofbeldi í nánu sambandi getur haft verulega slæm áhrif á andlega líðan og brotið niður sjálfstraust þess sem fyrir því verður. Eins getur það leitt til andlegra kvilla, s.s. þunglyndis og kvíða. Því er skimun og greining vandans mikilvæg þegar að því kemur að bæta andlega líðan ungra mæðra. Engin eiginleg skimunartæki eru til staðar hérlandis og fellst því skimun fyrst og fremst í mati á einkennum og áhættuþáttum. Greina þarf vandann, sýna að hann sé tekinn alvarlega og vísa stúlku áfram á viðeigandi úrræði. Eins þarf að

aðstoða við að koma móður og barni úr aðstæðunum sem þær eru í ef öryggi þeirra er talið ógnað (Páll Biering, 2012). Þetta er einnig mikilvægt því þegar móðir verður fyrir heimilisofbeldi eru líkur á að barnið verði fyrir ofbeldi og einnig eykur það líkurnar á því að hún skaði barn sitt eða vanræki það sjálf (LePlatte o.fl., 2012). Hjúkrunarfræðingur þarf að leitast við að efla samskipti á milli móður og föður barnsins en gott samband á milli móður og barnsföður hennar er talið hafa verndandi þætti þegar kemur að líðan móður og útkomu barns burtséð frá því hvernig sambandi þeirra er háttað (Hodgkinson o.fl., 2014).

Ýmis einkenni geta gefið vísbendingar um hvort ofbeldi viðgangist, bæði líkamlegt og andlegt. Ef það er til staðar gefur það ástæðu til að spyrja hvort að svo sé. Má þar nefna ýmsa áverka, t.d. áverka á hálsi, höfði og hnakka sem og áverka á kvið og brjóstakassa. Eins er mikilvægt að spyrja út í ofbeldi ef stúlka sýnir merki um andlega vanlíðan eða ef vitað er til að áfengis- og fíkniefnaneysla hafi verið vandamál á heimilinu. Mikilvægt er að gefa sér tíma, ræða við stúlkuna í einrúmi og mæta henni þar sem hún er stödd. Ekki er gott að ýta á einstakling til að ræða eitthvað sem hann vill ekki. Þó getur það að opna á umræðuna leitt til þess að stúlkan finni að ofbeldið er tekið alvarlega og er líklegri til að opna sig um það þegar hún er tilbúin. Landspítalinn hefur hannað leiðbeiningar fyrir hjúkrunarfræðinga og ljósmæður til að nota þegar grunur leikur á ofbeldi í nánu sambandi. Þar má finna ýtarlega vinnuferla sem hægt er að vinna eftir burtséð frá því hvort að ofbeldi er enn að eiga sér stað eða hvort því hefur linnt (Páll Biering, 2012).

2.7. Fræðsla til ungra mæðra

Ungar mæður sem eru að ganga í gegnum kynþroskaskreiðid samhliða því að eignast barn eru í mikilli þörf fyrir fræðslu. Góð fræðsla getur gert gæfumun þegar kemur að andlegri líðan þeirra en íslensk rannsókn á stuðningi við unglingsmæður sýndi fram á ósætti íslenskra ungra mæðra á fræðslu sem þær hlutu. Þótti þeim fræðslan ekki hafa verið nógu skýr og ýtarleg ásamt því að hún hafi verið framkvæmd of seint. Flestar stúlkurnar sem tóku þátt í rannsókninni voru sammála um að góð fræðsla hefði verið nauðsynleg í þeirra stöðu (Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender, 2011). Ungar mæður eiga e.t.v. í vandræðum með að vita hvaða spurninga skal spyrja og að koma hugsunum sínum og líðan í orð. Því þurfa hjúkrunarfræðingar að hafa aldur stúlkna í huga þegar fræðsla er veitt og mæta ungum mæðrum þar sem þær eru staddar (DeVito, 2010).

Þegar stúlka verður þunguð er mikilvægt að huga að ýmsum þáttum til að gera líðan hennar og barnsins eftir fæðingu sem besta. Veita þarf fræðslu um hvernig stúlkan getur hugsað vel um sjálfa sig og barnið. Fræðslu þarf að miða að þörfum móður, t.d. hafa sumar þörf fyrir fræðslu um vímuefnanotkun en aðrar ekki (Chapman og Wu, 2013). Þegar unglingsstúlka er orðin móðir er mikilvægt að hún hljóti sérhæfða fræðslu sem miðar að uppeldi barnsins, eigin heilsu og samskipta við maka og fjölskyldu (LePlatte o.fl., 2012).

2.7. Stuðningur við ungar mæður

Stuðningur við ungar mæður og fjölskyldu þeirra getur leitt til mun jákvæðari útkomu á högum móður og barns þegar fram líða stundir. Mikilvægt er að aðstoða stúlkur í úrræði sem við eiga hverju sinni. Líkamlegum, andlegum og félagslegum þörfum stúlkunnar og fjölskyldu hennar þarf að vera mætt. Þjónusta við ungar mæður hefst í heilsugæslu og því þurfa að vera

úrræði í boði þar til að mæta þörfum þeirra (LePlatte o.fl., 2012). Hérlandis er horft til þess að veita ungum mæðrum félagslegan, fræðandi og tilfinningalegan stuðning. Félagslegur stuðningur miðar að því að aðstoða móður að finna þau úrræði sem standa henni til boða og auka lífsgæði hennar á heildrænan hátt. Sýnt hefur verið fram á að slíkur stuðningur eykur líkur á að ungar mæður haldi skólagöngu áfram og dregur úr líkum á að þær verði óléttar aftur. Fræðandi stuðningur miðar að því að veita hagnýtar upplýsingar, t.d. tengdar meðgöngu, foreldrahlutverkinu eða þá breytingu á líkama. Slíkur stuðningur undirbýr ungar mæður undir það sem koma skal og leiðir til þess að þær eru tilbúnari til að takast á við breytingarnar. Tilfinningalegur stuðningur miðar að því að sýna móðurinni framkomu sem ýtir undir vellíðan hennar. Slíkur stuðningur getur leitt til þess að hún eigi auðveldara með að sætta sig við meðgönguna. Ungum mæðrum og foreldrum þeirra býðst að sitja foreldranámskeið eða fá einkafræðslu frá ljósmóður í mæðravernd. Hafi móðir þörf fyrir aukinn stuðning býðst henni að hitta félagsráðgjafa eða aðra sérfræðinga sem geta hjálpað henni að uppfylla þarfir sínar (Ljósmóðir.is, e.d.).

Framkvæmd var samanburðarrannsókn með slembiúrtaki með það að markmiði að kanna áhrif stuðnings á ungar mæður. Þátttakendur voru 140 ungar mæður, 72 sem hlutu stuðning fyrstu 15 mánuðina eftir barnsburð og 68 til samanburðar. Stuðningur fólst í því að mæður fengu andlega og félagslega leiðsögn frá hjúkrunarfræðingum og félagsráðgjöfum. Miðað var að því að aðlaga þær að móðurhlutverkinu og kenna þeim að takast á við nýjar áskoranir. Mæður fengu senda spurningalista þegar börnin þeirra voru 12, 24, og 36 mánaða gömul. Niðurstaðan var sú að mæður sem hlutu stuðning höfðu meira álit á sjálfum sér sem mæðrum og voru tilbúnari að gegna hlutverkinu. Eins voru tengsl þeirra við börnin sterkari (Cox o.fl., 2019).

Í Bandaríkjunum var hannað 10 vikna námskeið ætlað ungum mæðrum á aldrinum 15-21 ára og börnum þeirra sem voru á aldrinum 0-6 mánaða. Markmið þess var m.a. að styrkja samband mæðra við börn sín og auka hæfni þeirra í foreldrahlutverkinu. Auk þess var farið inn á hvernig ungar mæður gætu hugsað vel um sjálfar sig og andlega heilsu sína þrátt fyrir að vera að sinna krefjandi hlutverki. Að lokum var samband mæðranna við heilbrigðiskerfið eftt og þeim gerð kunnug þau úrræði sem stóðu þeim til boða. Leitast var við að styrkja mæðurnar líkamlega, félagslega og andlega. Námskeiðið hafði það í för með sér að mæður voru betur undir það búnar að sinna hlutverkinu og áttu auðveldara með að takast á við streituna sem því fylgdi (LePlatte o.fl., 2012).

Stuðningur sem veita á ungum mæðrum er flókið fyrirbæri sem þarf að laga að þörfum hverrar og einnar. Samskipti þeirra við nánustu aðstandendur þarf að styrkja sem og félagslegar aðstæður (Hodgkinsons o.fl., 2014; LePlatte o.fl., 2012). Því er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar ásamt öðrum fagstéttum sem vinna náið með ungum mæðrum kynni sér aðstæður þeirra og þá áhættuþætti sem þær standa frammi fyrir. Einnig þarf að gera ungum mæðrum ljóst að aðstoðin sé í boði og það sé í lagi að leita sér aðstoðar vegna vanlíðunar.

3. kafli - Umræður

Gildi þessarar heimildasamantektar fyrir hjúkrunarfræði er margþætt að okkar mati. Teljum við að með því að veita hjúkrunarfræðingum og öðru heilbrigðisstarfsfólki innsýn í reynsluheim ungra mæðra og kynna fyrir þeim þær áskoranir sem þær standa frammi fyrir sé betur hægt að mæta þeim þar sem þær eru staddar og veita þeim viðeigandi aðstoð. Taka þarf tillit til þess að ungar mæður eru enn að þroskast sjálfar, þær upplifa gjarnan neikvætt viðhorf frá samfélaginu og eiga það til að einangrast. Þær eru einnig mun líklegri til þess að koma úr erfiðum félagslegum og fjárhagslegum aðstæðum ásamt því að hafa lítið sem ekkert stuðningsnet. Eldri mæður eru jafnframt í betri stöðu félagslega og fjárhagslega ásamt því að búa yfir meiri lífsreynslu (Mollborn og Morningstar, 2009). Af þessum ástæðum ber að nálgast ungar mæður með öðrum hætti og þarf að taka tillit til þroska þeirra og reynsluleysis.

Oft er vandinn ekki flóknari en svo að þær hreinlega vita ekki af þeim úrræðum sem í boði eru. Þetta undirstrikar mikilvægi þess að við sem hjúkrunarfræðingar getum upplýst þær um aðstoðina sem í boði er og leiðbeint þeim í viðeigandi úrræði. Það þarf einnig að koma þeim í skilning um að það sé ekkert að því að leita sér aðstoðar, það gerir þær ekki að verri mæðrum.

Stuðningur við fjölskylduna sem heild er ekki síður mikilvægur. Þegar ung móðir á gott samband við eigin móður og föður barnsins er það talinn vera verndandi þáttur gegn vanlíðan eftir meðgöngu, burtséð frá því hvort hún er í sambandi með barnsföður sínum eður ei. Góður stuðningur er einnig mikilvægur fyrir barnið því andleg líðan móður hefur bein áhrif á það (Hodgkinsons o.fl., 2014). Því er mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk sé vakandi fyrir stuðningsþörfum fjölskyldunnar og miði að því að styrkja hana sem eina heild.

Í upphafi veltum við því fyrir okkur hver væri megin ástæða þess að ungar mæður upplifa frekar andlega vanlíðan en mæður sem eldri eru. Ekki reyndist einfalt að finna rót vandans heldur virðist vera um samspil margra þátta að ræða. Má þar meðal annars nefna þroska, neikvætt viðhorf frá samfélaginu og reynsluleysi. Þó voru áhrifaþættir sem voru hvað mest áberandi í rannsóknum frá vesturlöndum en þeir voru slæm félagsleg staða og ungur aldur við barnsburð.

Við veltum upp spurningunni hvort að félagsleg staða væri orsök eða afleiðing ótímabærra þungana, þ.e. hvort slæm félagsleg staða ungra mæðra væri tilkomin vegna ungs aldurs við barnsburð eða hvort svo hafi verið áður en barn kom undir. Erfitt reyndist að fá svör við því enda ber rannsóknum ekki endilega saman í þessum málum. Þó er greinilegt að stúlkur sem koma af heimilum þar sem félagsleg staða er slæm eru líklegri til að verða þungaðar. Því gæti ein lausn falist í því að bæta félagslega stöðu ungra mæðra á markvissan hátt (Hodgkinson o.fl., 2014; Mulherin og Johnstone, 2015).

Jafnframt skoðuðum við hvort andleg vanlíðan mæðra eftir barnsburð væri alla jafna verri hjá ungum mæðrum vegna þess að þær hefðu átt við andlega vanlíðan að stríða áður en þær urðu ófrískar. Margar rannsóknir hafa miðað að því að skoða samhengið þar á milli. Hefur rannsóknum ekki borið saman og er því ómögulegt fyrir okkur að fullyrða hver orsök er. Talið er að andleg líðan fyrir fæðingu og það að eignast barn á unga aldri hafi samverkandi þætti á andlega líðan ungra mæðra (Mollborn og Morningstar, 2009). Augljóst er að um flókið samspil áhrifaþátta er að ræða og undirstrikar það enn frekar þörfina fyrir aukinni vitneskju heilbrigðisstarfsfólks, svo sem hjúkrunarfræðinga á þessu viðfangsefni. Auka þyrfti skilning svo að hægt sé að mæta þörfum hvernar og einnar á einstaklingsmiðaðan hátt.

Barneignum unglingsmæðra hefur farið gífurlega fækkandi í öllum heiminum á seinustu árum og þá sérstaklega í þróuðum löndum. Flestar rannsóknir sem við fundum voru framkvæmdar í Bandaríkjunum, á Englandi og Ástralíu en þar er tíðni ungra mæðra hæst miðað við önnur þróuð lönd (Goossens, Kadji og Delvenne, 2015). Á Íslandi hefur sambærileg þróun átt sér stað en betur má ef duga skal því tíðni ótímabærra þungana er talsvert hærri hérlandis miðað við hin Norðurlöndin. Kom fram að notkun getnaðarvarna á Íslandi er einnig minni í samanburði við önnur lönd (Hodgkinson o.fl., 2014). Því mætti leiða líkur að því að ein leið til að draga úr tíðni ótímabærra þungana hérlandis væri að auka getnaðarvarnanotkun á meðal unglunga. Í íslenskri rannsókn kom fram að unglingum finnst getnaðarvarnir of dýrar og aðgengi að þeim ekki nógu gott. Því gæti lausnin einfaldlega falist í að lækka verð á getnaðarvörnum og gera þær aðgengilegri. Mögulega mætti auka aðgengi með því að veita hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum hérlandis heimild til að skrifa upp á getnaðarvarnir eins og þekkt er víðs vegar í heiminum (Bender, 1999).

Sérhæfð kynheilbrigðisþjónusta sem í boði er fyrir íslenska unglunga í dag er nokkuð skert miðað við það sem áður var. Mikilvægt er að unglingar geti leitað í sveigjanlega, sérhæfða þjónustu þar sem þeir þurfa ekki að panta tíma, geti mætt án foreldra sinna og fengið gott svigrúm til að ræða sín mál (Hognert o.fl., 2018). Teljum við líklegt að ef slík þjónusta væri til staðar í auknum mæli myndi það leiða til þess að tíðni ótímabærra þungana færi minnkandi.

Þegar kemur að heilsuvernd ungra mæðra álítum við þjónustu hérlandis nokkuð góða þar sem grunnþjónusta er ókeypis. Meðan á meðgöngu stendur býðst stúlkum að fara í mæðravernd á heilsugæslustöð og svo í ung- og smábarnavernd eftir að barnið er fætt. Skimað er fyrir fæðingarþunglyndi þar og er andleg líðan móður einnig metin (Heilsugæslan, e.d.). Eins geta

mæður sótt foreldranámskeið og hitt félagsráðgjafa (Ljósmóðir.is, e.d.). Þrátt fyrir það þykir okkur að mat og úrræði tengd andlegri vanlíðan mætti vera markvissara. Engir eiginlegir verkferlar eru til staðar og eins mætti bæta þverfagleg samskipti á milli fagstétta. Það gæti reynst ungum mæðrum ómögulegt í framkvæmd að sækja sér aukna þjónustu hjá sérfræðingum þegar kemur að því að standa kostnað af henni. Veltum við fyrir okkur þeim möguleika að sett yrði saman þverfaglegt teymi sem sérhæfir sig í þjónustu við ungar mæður í formi stuðnings og eftirfylgni, þeim að kostnaðarlausu. Með slíkri þjónustu myndu mæðurnar hafa betra aðgengi að ýmsum fagstéttum. Það myndi einnig hjálpa fagfólkinu að halda þéttar utan um þennan viðkvæma hóp og grípa fyrir inn í ef einkenni vanlíðunar koma upp. Markvissari þjónusta gæti skilað bættri andlegri líðan ungra mæðra og þ.a.l. aukinni þátttöku þeirra í samfélaginu og þannig minnkað álagið á heilbrigðiskerfið. Þrátt fyrir að kostnaður ríkisins til forvarna yrði aukinn teljum við meiri ávinning af því að stuðla að heilbrigði unga fólksins.

4. kafli - Lokaorð

Nú hefur verið fjallað um andlega vanlíðan ungra mæðra, helstu áhættuþætti og aðkomu hjúkrunarfræðinga. Við lestur rannsókna um viðfangsefnið varð höfundum ljóst hversu mikilvægt er að ungar mæður hafi gott stuðningsnet og þá sérstaklega frá heilbrigðiskerfinu. Algengt er að ungar mæður komi úr erfiðum félagslegum aðstæðum, hafi lítinn sem engan stuðning heiman frá ásamt því að upplifa neikvæð viðhorf frá samfélaginu. Þær eru einnig á viðkvæmum aldri þar sem þær eru sjálfar að þroskast og móta sína eigin sjálfsmynd. Þær þurfa því að geta treyst á árangursríkan stuðning og eftirfylgni frá heilbrigðiskerfinu þar sem hjúkrunarfræðingar og ljósmæður gegna lykilhlutverki.

Þetta varpar ljósi á mikilvægi þess að við sem hjúkrunarfræðingar séum upplýstar um einkenni vanlíðunar og höfum þekkingu til þess að veita stuðning, geta frætt þær og leiðbeint þeim í viðeigandi úrræði. Með því að grípa inn í tímanlega og veita viðeigandi meðferð og stuðning er hægt að koma í veg fyrir langtíma vanlíðan sem hefur ekki einungis áhrif á móðurina heldur einnig barn hennar. Ef móðir upplifir mikla vanlíðan eftir barnsburð er tengslamyndun móður og barns í húfi. Það getur haft áhrif á framtíðar tengsl milli móður og barns ásamt því að hafa bein áhrif á þroska barnsins.

Mikill lærdómur var dreginn af gerð heimildasamantektarinnar. Bæði erum við upplýstari um þær áskoranir sem ungar mæður standa frammi fyrir ásamt stuðningsleysinu sem þær upplifa gjarnan. Með þessari vitneskju teljum við okkur geta miðlað betri þekkingu þegar út í starfið er haldið. Teljum við þó þörf á frekari rannsóknum á viðfangsefninu, þá sérstaklega hérlendis þar sem flestar íslenskar rannsóknir um viðfangsefnið eru komnar til ára sinna. Kanna þyrfti hvers konar stuðningur myndi skila bestum árangri til þess að tryggja andlegt heilbrigði meðal ungra

mæðra. Oft er grunnur vandans svo einfaldur að þær hreinlega vita ekki að aðstoðin er í boði og fellur það því í hendur hjúkrunarfræðinga að leiðbeina þeim og fræða.

Heimildaskrá

Anna Björg Aradóttir og Sigurður Guðmundsson. (2005). *Ótímabærar þunganir ungra stúlkna*.

Sótt af <https://www.landlaeknir.is/um-embattid/greinar/grein/item14783/Otimabaerar-thunganir-ungra-stulkna>

Anna Guðríður Gunnarsdóttir. (2017). Þverfagleg geðheilbrigðisþjónusta fyrir verðandi eða

nýorðnar mæður og fjölskyldur þeirra. Innleiðing á Heilbrigðisstofnun Suðurlands.

Tímarit hjúkrunarfræðinga, 93(2), 3-9.

Árni Þórsson, Atli Dagbjartsson, Gestur Pálsson og Víkingur Arnórsson. (2000). Kynþroski

íslenskra stúlkna. *Læknablaðið*, 86(10), 649-653.

Baams, L., Dubas, J. S., Overbeek, G. og Van Aken, M. A. (2015). Transitions in body and

behavior: a meta-analytic study on the relationship between pubertal development and

adolescent sexual behavior. *Journal of Adolescent Health*, 56(6), 586-598.

Bender, S. S. (1999). Attitudes of Icelandic young people toward sexual and reproductive

health services. *Family Planning Perspectives*, 31(6), 294-301. doi: 10.2307/2991540

Boath, E. H., Henshaw, C. og Bradley, E. (2013). Meeting the challenges of teenage mothers

with postpartum depression: overcoming stigma through support. *Journal of*

Reproductive and Infant Psychology, 31(4), 35–369. doi:10.1080/02646838.2013.800635

Chapman, S. L. C. og Wu, L. T. (2013). Substance use among adolescent mothers: A review.

Children and youth services review, 35(5), 806-815. doi:

10.1016/j.chilyouth.2013.02.004

Cox, J. E., Harris, S. K., Conroy, K., Engelhart, T., Vyavaharkar, A., Federico, A. og Woods, E.

R. (2019). A Parenting and Life Skills Intervention for Teen Mothers: A Randomized

Controlled Trial. *Pediatrics*, 143(3), e20182303.

Dagbjört Ásbjörnsdóttir, Guðbjörg Edda Hermannsdóttir og Sigurlaug Hauksdóttir. (2009).

Kynlíf Unglinga sótt af <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item10474/>

DeVito, J. (2010). How adolescent mothers feel about becoming a parent. *Journal of Perinatal*

Education, 19(2), 25-34. doi:10.1624/105812410X495523

Embætti landlæknis og Heilsugæslan. (e.d.). *Leiðbeiningar um ung- og smábarnavernd: Andleg*

líðan eftir fæðingu sótt af <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item24435/>

Andleg%20líðan%20eftir%20fæðingu.pdf

Goodson, P., Buhi, E. R. og Dunsmore, S. C. (2006). Self-esteem and adolescent sexual

behaviors, attitudes, and intentions: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*,

38(3), 310-319. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.05.026

Goossens, G., Kadji, C. og Delvenne, V. (2015). Teenage pregnancy: a psychopathological risk for mothers and babies. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 499-503.

Hagstofa Íslands. (2019). *Lifandi fæddir, öll börn og frumburðir eftir aldri móður 1971-2017*.

Sótt af https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Ibuar/Ibuar__Faeddirdanir_

Faeddar__faedingar/MAN05101.px

Heilbrigðisstofnun Norðurlands. (e.d.). *Unglingamóttaka*. Sótt af

<https://www.hsn.is/akureyri/heilsugaesluthjonusta/unglingamottaka>

Helga Sif Friðjónsdóttir. (2009). Hvað þurfa hjúkrunarfræðingar að vita um fikn? *Tímarit*

hjúkrunarfræðinga, 85(6), 38-43.

Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender. (2011). Ungar mæður – skynjaður stuðningur í

barneignuferlinu. *Tímarit íslenskra hjúkrunarfræðinga*, 87(4), 60-65.

Hodgkinson, S., Beers, L., Southammakosane, C. og Lewin, A. (2014). Addressing the mental

health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics*, 133(1), 114-122. doi:

10.1542/peds.2013-0927

Hognert, H., Skjeldestad, F. E., Gemzell-Danielsson, K., Heikinheimo, O., Milsom, I.,

Lidegaard, Ø. og Lindh, I. (2018). Ecological study on the use of hormonal

contraception, abortions and births among teenagers in the Nordic countries. *BMJ open*, 8(10), e022473. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022473

Jakob Smári Ólason, Daníel Þór Arnarson, Þórður Örn Arnarson og Jón Friðrik Sigurðsson.

(2008). Mælitæki fyrir þunglyndi fullorðinna sem til eru í íslenskri gerð: próffræðilegar upplýsingar og notagildi. *Sálfræðiritið*, 13, 147-169.

Laney, E. K., Hall, M. E. L., Anderson, T. L. og Willingham, M. M. (2015). Becoming a

mother: The influence of motherhood on women's identity development. *Identity*, 15(2), 126-145. doi:10.1080/15283488.2015.1023440

LePlatte, D., Rosenblum, K. L., Stanton, E., Miller, N. og Muzik, M. (2012). Mental health in

primary care for adolescent parents. *Mental health in family medicine*, 9(1), 39.

Linda Bára Lýðsdóttir, Halldóra Ólafsdóttir og Jón Friðrik Sigurðsson. (2008).

Fæðingarþunglyndi: Algengi, afleiðingar og helstu áhættuþættir. *Sálfræðiritið*, 13, 171-185.

Ljósmóðir.is. (e.d.). Meðgangan. Sótt af <http://www.ljosmodir.is/medgangan>

Mangeli, M., Rayyani, M., Cheraghi, M. A. og Tirgari, B. (2017). Exploring the challenges of adolescent mothers from their life experiences in the transition to motherhood: A qualitative study. *Journal of Family & Reproductive Health*, 11(3), 165.

Megnin-Viggars, O., Symington, I., Howard, L. M. og Pilling, S. (2015). Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Archives of Women's Mental Health*, 18(6), 745–759. doi:10.1007/s00737-015-0548-6

Mollborn, S. og Morningstar, E. (2009). Investigating the relationship between teenage childbearing and psychological distress using longitudinal evidence. *Journal of health and social behavior*, 50(3), 310-326. doi: 10.1177/002214650905000305

Mulherin, K. og Johnstone, M. (2015). Qualitative accounts of teenage and emerging adult women adjusting to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(4), 388–401. doi:10.1080/02646838.2015.1042963

Parfitt, Y. og Ayers, S. (2014). Transition to parenthood and mental health in first-time parents. *Infant Mental Health Journal*, 35(3), 263-273.

Páll Biering. (2012). *Ofbeldi í nánum samböndum: mat og viðbrögð*. Sótt af

https://www.heilsugaeslan.is/library/Files/Ofbeldi_i_nanum_sambondum.pdf

Pshychology foundation of Australia. (2018). *Depression anxiety stress scale (DASS)*. Sótt af:

<http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>

Roberts, S. C. og Nuru-Jeter, A. (2010). Women's perspectives on screening for alcohol and

drug use in prenatal care. *Women's Health Issues*, 20(3), 193-200. doi:
10.1016/j.whi.2010.02.003

Rogers, A. og Pilgrim, D. (2014). *A Sociology of Mental Health and Illness*. UK. McGraw-Hill
Education.

Santa Maria, D., Guilamo-Ramos, V., Jemmott, L. S., Derouin, A. og Villarruel, A. (2017).
Nurses on the Front Lines: Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health
Across Health Care Settings: An evidence-based guide to delivering counseling
and services to adolescents and parents. *The American journal of nursing*, 117(1), 42.
doi: 10.1097/01.NAJ.0000511566.12446.45

Skoog, T., Stattin, H., Ruiselova, Z. og Özdemir, M. (2013). Female pubertal timing and
problem behaviour. *International Journal of Behavioral Development*, 37(4), 357–
365. doi:10.1177/0165025413486761

SmithBattle, L. og Freed, P. (2016). Teen mothers' mental health. MCN: *The American Journal
of Maternal/Child Nursing*, 41(1), 31-36. doi: 10.1097/NMC.0000000000000198

Sóley S. Bender. (2009). Nýjar áherslur í ráðgjöf um getnaðarvarnir: ungt fólk þarf breytta
þjónustu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(1), 44-47.

- Sóley S. Bender og Álfheiður Freyja Friðbjarnardóttir. (2015). Árangur af kynfræðslunámsefninu Kynveruleiki í ljósi kynheilbrigðis. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 91(1), 46-53.
- Stewart, D. E. og Vigod, S. (2016). Postpartum Depression. *New England Journal of Medicine*, 375(22), 2177–2186. doi: 10.1056/nejmcp1607649
- World Health Organization. (2008). *Improving Maternal Mental Health*. Sótt af https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf?ua=1
- World Health Organization (WHO). (e.d.). *Maternal Mental Health*. Sótt af https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
- World Health Organization. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Sótt af https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/