

Mannfræði

október 2007

Val á fæðingarstað: Sjónarhorn kvenna

Elva Björg Einarsdóttir

Leiðbeinendur:

Jónína Einarsdóttir, dósent í mannfræði

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, lektor í ljósmóðurfræði

Elva Björg Einarsdóttir

250466-5609

Félagsvísindadeild

Háskóla Íslands

Ritgerðina má eigi prenta eða afrita með neinum hætti án leyfis höfundar. Allur réttur áskilinn Elva Björg Einarsdóttir, Barmahlíð 55. 105 Reykjavík. Reykjavík 2007.

Útdráttur

Val kvenna á fæðingarstað hefur breyst umtalsvert síðastliðin fimmtíu ár, frá því að flestar konur fæddu heima í það að þær fæða velflestar á sjúkrahúsum. Rannsóknin beinir sjónum sínum að ákvörðun kvenna um val á fæðingarstað. Hvers vegna velja konur áveðinn fæðingarstað og er eitthvað undirliggjandi sem stýrir því vali? Um eiginlega rannsókn er að ræða þar sem rætt var við tuttugu konur sem fætt höfðu fimmtíu börn á mismunandi fæðingarstöðum á árunum 1979-2007.

Ritgerðin er feminískt sjónarhorn á val kvenna á fæðingarstað. Notast er við hugmyndir Foucault um vald sem net í samfélaginu, valdið er ekki eign neins og allir geta nýtt sér til að hafa áhrif á stöðu sína. Ritgerðin er ennfremur styrkt með kenningum Bourdieu um *habitus*, en þar heldur hann því fram að menn beri keim af því samfélagi sem þeir alast upp í og breyti iðulega samkvæmt hefðum og gildum sem þar eru viðhafðar.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna fram á að þekking, öryggi og vald eru undirliggjandi þættir sem skipta höfuðmáli varðandi val kvenna á fæðingarstað: Konur fæða þar sem þær finna til öryggis. Hér skiptir máli hver hefur vald til að skilgreina hvar öryggi er að finna, opinberlega eru heilbrigðisstéttir handhafar þessa valds þar sem þær búa yfir þekkingu á fæðingum. Með reynslu af fæðingum öðlast konur þessa þekkingu og geta snúið valdastöðu sinni sér í hag. Endanlegt vald fæðingarþekkingarinnar virðist þó vera í höndum heilbrigðisstéttanna og er það í samræmi við *habitus*-kenningu Bourdieu. Upp á síðkastið má greina nýjan og kvenmiðlægar tón í orðræðunni um fæðingar sem leggur áherslu á að öryggi í fæðingum sé að finna þar sem konan sjálf er örugg svo framalega sem meðgangan er eðlileg og búast má við „eðlilegri fæðingu“. Hér er áherslan á konuna og upplifun hennar af fæðingunni. Í þessari orðræðu fara hagsmunir móður og barns saman.

Lykilorð: Fæðingarstaður, fæðingar, heimafæðingar, vald, öryggi, reynsla, tæknivæðing, sjúkdómsvæðing, ljósmæður, heilsumannfræði.

Abstract

Womens choice of birthplace has changed significantly in the last fifty years, the preferred place used to be at home but now the hospital is first choice. This research looks into the choices women do about place of birth. Why do they choose the place they do and is there anything that guidest that choice? The research is qualitative, twenty women were interviewed that had given birth to fifty children in a variety of settings in the years from 1979 to 2007.

The paper has a feministic viewpoint toward womens choice of birthplace and uses Foucaults ideas about power as a net in society that doesn't belong to anyone and everyone can use in their own interest. Further, the paper adheres to Bourdieus theory about habitus, according to which people are affected by the society they grow up in and act accordingly.

Knowledge, security and power are important themes ins womens choice of birthplace: Women give birth were they feel secure. Thus it matters who has the power to define where security is to be found, officially the health establishment holds that power as they have the knowledge. With postnatal experience women gain that knowledge and can adjust their power that way. The highest power of the knowledge of birth seems to be with the health establishment and that is much in the same spirit as Bourdieus habitus-theory. Recently a new more feminine tone of voice has been added to the dialogue of birth that stresses that the security of birth is to be found where the woman feels safe in so far as the pregnancy has been normal and a „normal birth“ is to be expected. Here the accent is on the woman and here experience of birth. In that dialogue the interest of mother and child are the same.

Keywords: Birthplace, birth, homebirth, power, safety, experience, medicalization, midwives, anthropology of health.

Formáli

Ritgerðin **Val á fæðingarstað: Sjónarhorn kvenna** er lokaverkefni í meistaranámi í mannfræði við félagsvísindadeild Háskóla Íslands. Vægi rannsóknarinnar er 30 einingar og leiðbeinendur eru Jónína Einarsdóttir, dósent í mannfræði við Háskóla Íslands og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, lektor í ljósmóðurfræðum við sama skóla.

Margir hafa komið að þessari ritgerð með einum eða öðrum hætti: Ég vil byrja á því að þakka leiðbeinendum mínum Jónínu Einarsdóttur og Ólöfu Ástu Ólafsdóttur, fyrir styrka og góða leiðbeiningu og hvatningu. Konunum í rannsókninni þakka ég kærlega fyrir tíma þeirra og upplýsingar, án þeirra hefði ekki orðið af þessari rannsókn. Ég vil þakka Minningarsjóði Margrétar Björnsdóttur fyrir styrk til rannsóknarinnar árið 2006. Ljósmeðrum og öðrum sem bentu mér á viðmælendur þakka ég kærlega. Þátttakendum í vettvangsathugunum þakka ég kærlega fyrir að fá að vera með.

Hildi Guðmundsdóttur mannfræðingi og vinkonu minni þakka ég fyrir stuðning, yfirlestur og ómældar stundir sem fóru í að ræða rannsóknina og gefa ráðleggingar. Systur minni Laufeyju Einarsdóttur, íslenskufræðingi þakka ég að snerta við ritgerðinni með íslenskutöfraspöranum sínum. Guðlaugu systur minni ljósmóður og formanni Ljósmeðrafélags Íslands, þakka ég faglegan yfirlestur og óþrjótandi áhuga á efninu.

Fjölskyldu minni, Jónínu, Ragnhildi, Þuríði og Hannesi þakka ég allra mest, fyrir stuðning og trú á mig og fyrir hvað þau hafa öll verið einstök og hjálpað mér við að ljúka þessari rannsókn, hvert á sinn hátt. Ástarþakkir fyrir það.

Efnisyfirlit

Útdráttur.....	2
Abstract.....	3
Formáli.....	4
Efnisyfirlit.....	5
Inngangur.....	7
I Kenningarlegur bakgrunnur og fræðasvið.....	9
Kaflí 1. Kenningarlegur bakgrunnur.....	9
Femínismi.....	9
Michel Foucault.....	13
Pierre Bourdieu.....	15
Kaflí 2. Sögulegt yfirlit.....	17
Kaflí 3. Fræðasvið.....	19
Staður 19	
Konan sjálf.....	23
Sjúkdómsvæðing fæðingarinnar.....	25
Þekking, vald og val.....	27
II Aðferðafræði.....	32
Kaflí 4. Aðferðafræði.....	32
Innsöfnun gagna.....	33
Greining gagna.....	35
Siðferðileg álitamál.....	36
III Niðurstöður.....	38
Kaflí 5. Undirrót vals.....	38
Val eða ekki.....	38
Konur sem hafa val á fæðingarstað.....	38
Konur sem hafa ekki val á fæðingarstað.....	40
Viðhorf til fæðinga.....	41
Frumbyrjur.....	41
Fjölbyrjur.....	44
Kaflí 6. Undibúningur og viðhorf.....	46
Fræðsla og undirbúningur fæðingar.....	46
Konur sem fóru á námskeið á meðgöngu.....	46
„Konur með einn í útvíkkun fá enga samúð“.....	48
Konur sem fóru ekki á námskeið á meðgöngu.....	49
Væntingar.....	50
Kaflí 7. Orðræða um fæðingar.....	54
Eðlilegur atburður - sjónarhorn kvenna.....	54
Eðlilegt ferli – sjónarhorn heilbrigðisstétta og norms.....	56
Sjúkdómsvæðing fæðingarinnar - sjónarhorn kvenna.....	57
Sjúkdómsvæðing – norm.....	58
Forræðishyggja.....	59
Þögn um sjálffræði.....	61
Umfjöllun um orðræður.....	61
Söguleg samverkan.....	62

Kaflí 8. Hvað stjórnar vali kvenna á fæðingarstað?.....	65
Framboð	65
Að þekkja til.....	65
Konur sem ekki búa við fæðingaraðstöðu í heimabyggð.....	69
Þjónusta og meðferð	70
Orðstír 73	
Konan sjálf.....	73
Kaflí 9. Öryggi.....	76
Sjúkrahús.....	76
Heimilislegt.....	77
Konan 78	
Ljósmaður	79
IV Umræður	83
Kaflí 10. Valdið	83
Vald og valdaleysi konunnar	83
„Sauðdrukkín...“	83
Valdefling	86
„Eins og sjöhundruð manns“	87
„Ofurvald“ kvenna	88
„Eign ... spítalanna“ - vald stofnunarinnar.....	89
Fagfólk sín á milli	92
Ríkið og hið opinbera.....	93
Normið	94
Sjúkdómsvæðing fæðingunnar.....	96
Kaflí 11. Niðurstöður rannsóknar	98
Lokaorð	102
Heimildir	103
Fylgiskjal 1. Minnisþuntar í viðtölum	118
Fylgiskjal 2. Staða mála: Fæðingarstaðir á Íslandi í dag	127

Inngangur

Ég á þrjár dætur sem ég fæddi á mismunandi fæðingarstöðum á tíu ára tímabili. Elsta dóttirin, Jónína Sigrún, er fædd á fæðingardeild Landspítlans 1989, Ragnhildur Helga er fædd á Fæðingarheimili Reykjavíkur 1991 og Þuríður er fædd heima hjá sér á Patreksfirði 1999. Upplifunin af þessum fæðingum er afar misjöfn. Vegna þessarar reynslu minnar hefur fæðingarstaðurinn verið mér hugleikinn um nokkurt skeið og þess vegna hef ég áhuga á leita einhverra svara við því hvað ræður vali kvenna á fæðingarstað.

Sjónarhorn mitt í ritgerðinni er fyrst og fremst feminískt sjónarhorn og legg ég áherslu á að skoða reynslu kvennanna og ákvarðanir þeirra, en einnig hvort eitthvað utanaðkomandi hefur þar áhrif. Mannfræðingarnir Carolyn H. Browner og Carolyn F. Sargent benda á að „fæðing [sé] aldrei einungis líffræðileg athöfn heldur er hún atburður sem er mótaður og framkvæmdur í menningarlegu samhengi (1996: 226).“ Í vestrænum samfélögum er fæðingin mótuð af tækni og læknisfræði þannig að meginþorri kvenna fæðir börn sín á sjúkrahúsum og er Ísland engin undantekning. Hér hafa orðið stakkaskipti á rúmri hálfri öld.

Ritgerðin er afrakstur eigindlegrar rannsóknar um „Val á fæðingarstað“. Ég tók djúpvíðtöl við tuttugu konur víðs vegar að af landinu og spurði þær hvers vegna þær hefðu valið viðkomandi fæðingarstað? Þetta voru hvort tveggja frumbyrjur og fjölbyrjur sem áttu samtals að baki fimmtíu fæðingar á 28 ára tímabili (1979-2007). Markvisst sóttist ég eftir að tala við konur sem valið höfðu mismunandi fæðingarstaði og -aðferðir. Svör þeirra voru misjöfn en oft var svarið hið sama en merkingin sem þær lögðu í það gerólík. Auk viðtalanna fór ég í nokkrar þátttökuathuganir meðal ljósmæðra, lækna og inn á sjúkrastofnanir til að staðfesta gögnin.

Eðlileg fæðing er lykilhugtak í ritgerðinni. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO, 1996) skilgreinir eðlilega fæðingu sem; sjálfkrafa, á réttum tíma, með lágáhættumat í byrjun fæðingar og sem helst þannig til loka hennar, það er að nýburinn fæðist sjálfkrafa í höfuðstöðu milli 37. og 42. viku meðgöngu og eftir fæðingu séu móðir og barn í góðu ástandi. Um 75-80% allra barnshafandi kvenna eru lágáhættu konur. Ljósmæður í hringborðsumræðum á vegum Ljósmæðrafélags

Íslands um „Eðlilega fæðingu“ komust að þeirri niðurstöðu að eðlileg fæðing væri þegar kona fæðir án nokkurra inngrípa, svo sem deyfinga eða örvunar með *syntocinon*¹ og belgrofi.² Ég mun notast við þessar skilgreiningar á eðlilegri fæðingu í ritgerðinni.

Markmið rannsóknarinnar er að leita svara við því hvað það er sem ræður vali kvenna á fæðingarstað og hvort eitthvað sé þar undirliggjandi sem gerir gæfumuninn? Ég byrja á því að gera grein fyrir þeim kenningarlega grunni sem ég byggji rannsóknina og niðurstöður hennar á. Hér hef ég valið að leiða saman hesta feminista og Frakkanna tveggja, Michel Foucault og Pierre Bourdieu. Með þessari samsetningu vonast ég til að byggja ritgerðinni sterkar undirstöður byggðar á sýn kvenna, valdamisræmi, valdi og *habitus*. Til að treysta stoðirnar enn betur styrki ég þær með staðsetningu á fræðasviði sem er innan heilsumannfræði. Rannsóknin er byggð á aðferðafræði eigindlegra rannsókna sem hefur verið ein megin aðferðafræði mannfræðinnar frá upphafi.

Meginþungi ritgerðarinnar liggur í niðurstöðum rannsóknarinnar og dreg ég þar fram svör við því hvað konunum í rannsókninni fannst skipta máli í vali þeirra á fæðingarstað og hvort þar var eitthvað undirliggjandi sem öðru fremur hafði áhrif á valið. Að lokum styrki ég þessar niðurstöður með skírskotun í kenningarlegar undirstöður og rannsóknir innan fræðasviðsins.

Fylgiskjöl eru tvö: 1. Minnispunktar fyrir viðtöl og 2. Staða mála: Fæðingastaðir á Íslandi í dag.

¹ *Syntocinon* er hriðaörfandi lyf.

² *Belgrof* kallast það þegar gert er gat á belgi til að legvatnið fari. Það er gert til að setja fæðingu af stað eða örva hriðir.

I Kenningarlegur bakgrunnur og fræðasvið

Kaflí 1. Kenningarlegur bakgrunnur

Femínismi

Þekking og vald hafa löngum verið samtvinnuð. Platón leit á þekkingu mannsins sem vald yfir honum sjálfum en það er hrein tvíhyggja þar sem sálin drottmar yfir líkamanum en fer ekki út fyrir hann (Lloyd, 1999). Síðar urðu tengsl valds og þekkingar til þess að þeir sem höfðu vald beittu aðra því er ekki bjuggu yfir valdi.³ Í bók sinni *The Masculin Birth of Time* (1653)⁴ líkir Francis Bacon náttúrunni við móður og börn hennar.⁵ Bacon heldur því fram að vegna þekkingar karlmansins hafi hann yfirráð yfir náttúrunni og öllu því sem henni tengist, þar með talið konunni. Þessi hugmynd á rætur að rekja til ráðsmennskuhlutverks mannsins í I. Mósebók. Hugmyndir Platóns og Aristótelesar um vald sálarinnar yfir líkamanum og hinu æðra yfir hinu óæðra, í bland við miðaldahugmyndir manna um karlmenskuna, eiga stóran þátt í því að móta hugmyndir um hið kvenlega í tengslum við þekkingu (Lloyd, 1999). Löng hefð var fyrir því að líta á konuna sem ákveðna andhverfu við karlinn þar sem hún var talin nærri hinu náttúrulega vegna getu sinnar til að fæða af sér afkvæmi. Að sama skapi var hún talin síður í stakk búin til að takast á við röklegri þætti tilverunnar eins og þeir voru skilgreindir í þann tíma (Kingsley Kent, 1999). Sigríður Matthíasdóttir talar um að „rökvísi og skynsemi hafi verið álitnir karlmannlegir eiginleikar sem stillt hafi verið upp í andstöðu við hið órökvísa tilfinningahlaðna kvenlega sjálf“ (2003: 123).

Á 18. öld var farið að byggja muninn á konum og körlum á líffræðilegum mun í hinum vestræna heimi. Áður hafði munurinn aðallega falist í því að karlinn

³ Tengsl valds og þekkingar er eitthvað sem Foucault verður tíðrætt um og er fjallað um í kaflanum um hann hér á eftir. Þessi tengsl tengjast beint síðasta niðurstöðukaflanum þar sem fjallað er um upplifun og birtingu valds hjá þátttakendum í rannsókninni.

⁴ Tilvitnunina í Bacon er að finna í Lloyd (1999).

⁵ “I am come in very truth, leading to you Nature with all her Children to bind her to your service and make her your slave (62; í Lloyd, 1999: 48).”

var normið og konan var óæðri útgáfa af honum (Laqueur, 1990). Líffæri karla og kvenna voru talin hin sömu en aðeins komið fyrir á annan og óæðri hátt í konunni (Martin, 1992). Konan var talin karlinum óæðri, en ekki vegna líkamlegra einkenna, heldur var félagsleg staða hennar lægri en karlsins (Shilling, 1996). Félagsfræðingurinn Chris Shilling telur þessa breytingu á skilgreiningu kynjanna vera meðal annars til þess að auðvelda mönnum að tala um verkaskiptingu, stöðu kvenna og karla á vinnumarkaði og um leið að réttlæta félagslegan veruleika. Frá þessum tíma hefur verið litið á kynferði sem mikilvægan mannlegan eiginleika sem ákvarðaði sjálfsmynd einstaklingsins, gagnstæða hinu kyninu (Laqueur, 1990). Líkaminn er kjarni sjálfsmyndar einstaklingsins í vestrænni orðræðu að mati mannfræðingsins Henriettu Moore (1993) og grunnur félagslegrar skiptingar. Innan fræðasamfélagsins var málum ekkert öðruvísi háttað en í samfélaginu í heild. Konur voru fyrst og fremst skilgreindar út frá kynferði sínu ekki síst þar sem lærdómur og fræðimennska hafði að mestu verið tileinkuð karlkyninu. Mannfræðin var hér engin undantekning frá öðrum fræðigreinum.

Upphaf mannfræðinnar sem fræðigreinar má rekja til heimsvaldastefnu Evrópuþjóða og landvinninga í fjarlægum heimsálfum um miðja 19. öld (Barnard, 2004). Mannfræðingurinn Harry F. Wolcott (1999) segir markmið mannfræðinnar ætíð hafa verið í tengslum við menningarrannsóknir. Skilgreining eins af feðrum mannfræðinnar, Bronislaw Malinowski ([1922] 1984) á þátttökuaðferðinni varð til að festa í sessi hinn klassíska vettvangur mannfræðinnar sem er fjarlægur og framandi, líttill og staðbundinn (*small scale society*) og í náttúrulegu umhverfi, engu líkara en um dýrarannsóknir væri að ræða (Gupta og Ferguson, 1997; Wolcott, 1999). Áhersla var á að fá „heildstæða mynd“ af samfélögum „frumstæðra“ og „framandi“ manna, karlmanna. Dæmi um etnógrafíur að þessu tagi er *Argonauts of the West Pacific*, ([1922] 1984) eftir Malinowski og *The Nuer*, ([1940] 1969) eftir annan af frumkvöðlum mannfræðinnar, E. E. Evans-Pritchard. Í þessum ritum er lítið að finna um konur, einungis það sem beinlínis snertir karlmenn, svo sem frjósemi og viðhald hópsins. En ekki var nóg með að konur væru nær ósýnilegar í rannsóknum heldur voru þær það einnig innan fræðanna. Þær konur sem voru í fræðunum fjölluðu að mestu leyti um það sama og karlkyns fræðimenn.

Staðalmynd mannfraeðingsins á vettvangi er bæði gömul og ný, mótuð af vettvanginum og hugmyndinni um yfirburði hins siðmenntaða, hvíta, miðaldra karlmanns meðal „villimannanna“: flokkandi, skrifandi og komandi skikkan á óreiðuna – á náttúruna (Kingsley Kent, 1999; Pratt, 2005; Sigríður Matthíasdóttir, 2003). Þessi staðalmynd sýnir ekki raunveruleikann, heldur hvernig hann er í sinni útópískustu mynd. Þetta er rómantísk staðalmynd um hið ósnortna og náttúrulega en einnig upphafin mynd af hinum vestræna karlmanni sem með dirfsku sinni og karlmennsku sigraðist á hinu ókunna og óskipulagða (Pratt, 2005). Ekki síst vegna þessarar staðalmyndar áttu konur erfitt uppdráttar innan fræðanna í upphafi og jafnvel vel fram á tuttugustu öldina (Sibley, 2003). Parezo (1993) segir Ruth Benedict og Margaret Mead vera dæmi um konur sem, þrátt fyrir framúrskarandi fræðimennsku, voru ætíð spyrta við Franz Boas læriföður þeirra, en stóðu síður sjálfstæðar, öfugt við karlkyns mannfraeðinga. Vegna kynferðis síns, stöðu þess og karlaslagsíðu fræðanna til skamms tíma, hafa konur þurft að búa við það að þær séu eins konar hálfdrættingar á við karlana. Þannig má segja að mannfraeðin eigi sér marga feður en engar mæður.

Á sjöunda og áttunda áratug tuttugustu aldar varð mikil gerjun í akademísku umhverfi Vesturlanda. Innri gagnrýni fræðigreina varð meðal annars til þess að femínískar rannsóknir litu dagsins ljós og opnaði það alveg nýja vídd í rannsóknum (Barnard og Spencer, 1996; Keller og Longino, 1999; Wolcott, 1999). Innan mannfraeðinnar einkenndist þessi tími af sjálfsskoðun rannsakanda og gagnrýni á nýlendustefnuna. Með áherslu á hnattvæðinguna sem mannfraeðilegt viðfangsefni varð heimamannfræði og þar með heimavettvangurinn, áberandi innan fræðanna. (Gupta og Ferguson, 1997). Minnihlutahópar urðu mjög vinsælt rannsóknarefni og *staðsetning* (*location*) leysti *staðinn* af hólmi sem mannfraeðilegur vettvangur. Þetta er í anda femínista sem leggja áherslu á málefni og því rúmast margar ólíkar hreyfingar innan hans sem hafa ólík markmið og áherslur og eru í sífelldri þróun og endurskoðun (Andermahr, Lovell og Wolkowitz, 1997; Kaufman, 2004). Áhersla femínista liggur umfram önnur fræði á mikilvægi kynferðis og hvernig það er skilið út frá samhengi við aðra þætti sjálfsmyndar og flóknu samspili þeirra (Kristín Loftsdóttir, 2004). Femínistar benda á að allt líf

kvenna miðist út frá kynferði þeirra. Þeir leggja og áherslu á að konur nái aftur yfirráðum yfir líkama sínum og fái fræðslu til að vita hvernig þær eigi að fara að því.

Líkt og aðrar eigindlegar rannsóknir leggja þær femínísku áherslu á að veruleikinn sé félagslega og menningarlega skapaður og að töluverður valdamismunur sé á kynjunum (Barnard, 2004). Femínistar segja konur bugaðar af feðraveldinu, það sé nánast sem náttúrulegt mál sem gegnsýri allt líf þeirra og sé þess vegna nær ósýnilegt. Tara Kaufman (2004) segir femínista ekki líta svo á að þetta ástand sé eitthvað sem karlar vilji viðhalda heldur sé feðraveldið byggt inn í samfélagið; inn í stofnanir þess, gildi, hefðir, lög og reglur. Konur eru kerfisbundið settar í lægri stöðu og er kennt hver „staða“ þeirra sé í gegnum daglega íhlutun feðraveldisins og stofnana þess.

Moore (1993) segir feminisma hafa verið andsvar við ríkjandi rannsóknarhefð Vesturlanda sem hafði nær alveg skilið konur útundan og fjallað um þær eins og hlut eða verslunarvöru en ekki sem gerendur í eigin lífi. Hefðbundnar rannsóknir viðhéldu þannig því valdamisræmi sem er fylgifyrirkomandi feðraveldisins. Fræðikonan Rannveig Traustadóttir (2003) segir að feministar leggi höfuðáherslu á að líf kvenna sé mikilvægt og að rannsóknir þeirra fjalli ekki einvörðungu um konur heldur séu líka fyrir konur. Femínískar rannsóknir leggja áherslu á að afhjúpa karlamiðlægni samfélagsins. Þær gagnrýna þá einhliða sýn af veruleikanum sem við höfum vaxið upp með og benda á afleiðingar hennar fyrir konur og stöðu þeirra.

Ábyrgð gagnvart þátttakendum og aðrar siðferðilegar spurningar eru áberandi í femínískum rannsóknum. Femínistar hafa oft siðferðilegt markmið með rannsóknum sínum og vilja að þær komi þátttakendum til góða og bæti stöðu þeirra. Femínistar rannsaka gjarnan sinn eigin hóp í þessu skyni og hafa með því auðgað og útvíkkað rannsóknarvettvanginn með því að rannsaka ekki einungis heima heldur á tvöföldum heimavettvangi. Um hann verður rætt síðar. Með þessu móti vilja þær meina að valdahlutfallið milli rannsakandans og þess sem rannsakaður er, minnki og að þátttakendur verði síður fyrir skaða vegna þátttöku sinnar í rannsókninni.

Feminískir rannsakendur eru óhræddir við að rödd þeirra heyrst og leggja í raun áherslu á að gera sig sýnilega, að gera grein fyrir sér í rannsóknum sínum. Barnard og Spencer (1996) benda á að texti sé ávallt hlutdrægur. En með því að höfundur geri grein fyrir sér er lesandanum gefinn möguleiki á því að skilgreina höfundinn frá textanum, það er að sjá hvar bakgrunnur og afstaða höfundar fá yfirhöndina eða hafa áhrif. Aðeins með því móti öðlast textinn fæðilegt gildi að þeirra mati.

Michel Foucault

Femínistar margir hverjir eru hrifnir af hugmyndum Michel Foucault um vald og nýta sér þær í umfjöllun sinni um valdahlutföll í samfélaginu. Ljós móðirin og fræðikonan Ruth Surtess (2004) segir valdaskilning hans vera svipaðan feminískum skilningum á valdi, það er að segja að valdið sé dreift í samfélaginu en ekki eign fárra. Foucault hafnar þeirri skilgreiningu að maðurinn sé frjáls og ábyrgur gerandi eins og kirkjan hafði haldið fram öldum saman og þannig skilgreint hinn ófullkomna heim syndarinnar. Foucault telur manninn fastan í neti valdsins, það sé hans eðlilega ástand þar sem þekkingin á manningnum nýtist sem ákveðið vald sem menn beita hver annan án þess þó að búa yfir valdinu (Garðar Árnason, 2003). Foucault greinir nokkrar tegundir valds: *Ögun (disciplin)*: Það vald sem notað hefur verið til að bæla niður geðveiki og órökvísi, er hið beina vald þess sem valdið hefur yfir hinum sem hefur það ekki, líkt og vald einvaldsins sem mætir þegnum hans. Foucault greinir einnig vald sem er eins og net í samfélaginu: Það er lárétt en ekki lóðrétt og gegnsýrir öll mannleg samskipti (Hindess, 1996). Þetta vald er ekki eign neins heldur er það verklegt, það er að segja, það er aðeins til þegar því er beitt í verki. Foucault leit ekki einungis á vald sem neikvætt afl heldur sá hann einnig í því jákvætt afl til nýsköpunar, þannig getur fólk haft áhrif á stöðu sína með valdi en er ekki ofurselt því (Georges, 1997; Hindess, 1996).

Hið nýja valdaskipulag er nátengt þekkingu og þar með mannvísindum. Foucault (1991) nefnir þetta vald „míkróvald“ (*micropower*) og segir það sprottið af þekkingu á líkamanum og stjórnun sem stjórnkerfið og stofnanirnar hrinda í framkvæmd. Garðar Baldvinsson segir Foucault líta svo á að félagsleg mótun manneskjunnar eigi sér stað í líkamanum og að „öll ögun hafi það markmið að hafa

stjórn á og móta virkni líkamans, hafa hemil á óreiðukenndum hreyfingum hans og ferlum“ (2005: 27). Þetta pólitíska hlutverk líkamans er aðeins mögulegt vegna þess að líkaminn er hvort tveggja í senn hreptur í net valdaaðstæðna og yfiráða og hluti af undirokandi kerfi. Aðeins með þessum hætti verður líkaminn að nytsamlegu afli.

Samkvæmt Garðari Árnasyni (2003) fór Foucault varlega í að setja fram almennar lýsingar á tengslum valds og þekkingar, heldur taldi hann að þessi tengsl yrði að skoða í hverju tilfalli fyrir sig. Þó lýsir hann tvenns konar tengslum sem telja má almenn. Það er sú vald-þekking sem leiðir annars vegar til flokkunarvalds og hins vegar til lífvalds (*biopower*). Flokkunarvald leiðir til þess að menn eru flokkaðir, greindir og rannsakaðir. Allir tilheyra einhverjum flokki, svo sem kyni, aldurs skeiði, þjóðfélagsstöðu og félagslegri stöðu, svo fátt eitt sé nefnt.

Lífvald er önnur almenn tenging valds og þekkingar og miðar að því að hafa vald yfir hinum lifandi. Garðar Árnason (2003) segir að samkvæmt Foucault (1991) birtist lífvald á tvennan hátt í samfélaginu sem: Stjórnámál landslýðs (*biopolitics of the population*) og stjórnámál mannlíkamans (*anatomo-politics of the human body*). Stjórnámál landslýðs beinast að mannkyni sem tegund, að stjórna hópum fólks, einkum íbúum lands eða svæða. Þau fást til dæmis við „æxlun, fæðingar og andlát, heilbrigðisstig, lífslíkur og ævilengd, ásamt öllum þeim skilyrðum sem geta valdið breytingum á þessu“ (Foucault, 1991: 139). Garðar Árnason segir „stjórnámál mannlíkamans beinast að því að aga líkama okkar; að auka gagnsemi hans og um leið hlýðni, að samtvinna hann kerfum skilvirkar og hagkvæmrar stjórnunar (2003: 209).“ Stjórnámál mannlíkamans eru hluti hins nýja valds og hafa það að markmiði að hafa stjórn á líkömum manna en ekki með því að ráða því *hvort* menn lifa eða deyja, heldur *hvernig* menn lifa (Garðar Árnason, 2003).

Í bókinni *The Archeology of knowledge* (1972) fjallar Foucault um þekkinguna. Hann horfir gagnrýnum augum á þróun þekkingar og lítur á mennta- og þekkingarkerfi sem félagsleg kerfi sem fæða af sér undirokun. Þekkingarviðleitni mannsins er þess vegna ekki saklaus forvitni að mati Foucault heldur myndar hún kerfi sem hefur reglubindandi áhrif og mótar viðhorf og hugmyndir manna um víða veröld. Samkvæmt Foucault eru þekkingin og sannleikurinn hluti af stjórnunarvaldi

samfélagsins. Með aukinni þekkingu breytist valdið og nær betri tökum á þegnum samfélagsins og grefur sig dýpra inn í samfélagslíkamann.

Foucault segir sannleikann vera afrakstur tengsla valds og þekkingar og þess máta sem sannleiksstjórnunin er byggð upp á í tilteknum formum félagslegs skipulags. Ákveðin skilyrði þurfa að vera til staðar til að þekking eigi sér stað. Það eru orðræða og valdatengsl í samfélaginu. „Sannleikurinn tilheyrir þessum heimi... hann er hvorki utan við vald né skortir það. //...hvert samfélag hefur eigin sannleiksstjórn, það er þá orðræðu sem það samþykkir og lætur virka sem sanna.“ (Foucault, 1980: 131). Í þessu tilliti talar Foucault um sannleiksstjórn (*régime of truth*) og sannleiksstjórnarmál (*general politics of truth*) sem stjórna og viðhalda valdi og valdatengslum í samfélaginu. Þetta kemur vel heim og saman við ríkjandi orðræðu um fæðingar, þann sannleika sem sjúkdómsvæðing fæðingarinnar hefur getið af sér.

Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu er meðal fremstu fræðimanna tuttugustu aldarinnar. Á áttunda áratug tuttugustu aldar setti hann fram kenningu sína um *habitus* til að skýra samband manns og samfélags. *Habitus* gengur út á það að fólk hagar sér samkvæmt þeirri félagsmótun sem það hefur fengið í gegnum uppvöxt í ákveðnu samfélagi (Bourdieu, 2007). Fólk samsamar sig því umhverfi sem er því næst. Þessi skilgreining er vel þekkt sem „við“ og „hinir“ og hefst strax þegar barn áttar sig á að það er ekki hluti af móður sinni heldur annar einstaklingur, segir landfræðingurinn David Sibley í bók sinni *Geographies of Exclusion* (2003).

Habitus felur í sér viðmið, gildi og skynjun manna og á sér djúpar rætur í hverjum og einum. Þær manneskjur sem alist hafa upp í sama samfélagi hafa sama eða svipaðan *habitus*. Menn eru merktir því umhverfi og þeirri menningu sem þeir eru aldir upp í (Bourdieu, 1990). *Habitus* og menning er þó ekki eitt og hið sama heldur er *habitus* hvort tveggja hneigðir og lærð hegðun sem til er(u) orðin í ákveðnu samhengi, í ákveðnu umhverfi og í ákveðinni menningu. Þannig segist Bourdieu hugsa sér „hvernig hegðun geti verið reglubundin án þess að stafa af hlýðni við reglur“ (Bourdieu, 1987: 76). Hann segir enn fremur að *habitus* sé reglubundin hneigð til að geta af sér reglulegar og reglubundnar aðstæður án allrar

ávísunar á reglur. Í samfélögum sem skammt eru á veg komin með lögskráningu stýrir *habitus* mestallri iðju. *Habitus* býður okkur að hegða okkur á ákveðinn hátt við ákveðnar aðstæður þótt ekki sé hann skráður í reglur, en vegna þessa má segja að við höfum ekki frelsi til að gera það sem okkur dettur í hug (Bourdieu, 1990).

Í bókinni *Almenningsálitid er ekki til* heldur Bourdieu því fram að til séu tvær uppsprettur skoðanamyndana: Í fyrsta lagi að hafa góða þekkingu á ákveðnum hlut og í öðru lagi það sem hann kallar *stéttarvitund*, það er sá skilningur og merking sem manneskja hefur ræktað með sér í uppvexti í ákveðnu samfélagi. Bourdieu talar um að „vitaskuld [sé] eitthvert svigrúm til frjálsrar ákvarðanatöku en valmöguleikarnir eru þar misjafnlega aðkallandi“ (2007: 74). Hér á hann við undirliggjandi ástæður líkt og sjúkdómsvæðingu fæðingarinnar í vali kvenna á fæðingarstað.

Bourdieu verður tíðrætt um vald eins og landa hans Foucault. Hinn fyrrnefndi byggir valdahugmyndir sínar á *habitus-kenninum* sínum og fjallar sérstaklega um kyn- og stéttbundið vald sem er innbyggt í samfélag okkar og gerir það að verkum að karlar eru í betri stöðu til að beita því en konur. Í bók sinni *Masculine Domination* (2001) ræðir Bourdieu um að sá veruleiki sem við lifum í sé karllægur og að öll tilvera okkar sé meira og minna karlmiðlæg. Hann bendir á að stofnanir þær sem viðhalda og skipuleggja samfélagið séu til orðnar á karllægum grunni, til dæmis fjölskylda, kirkja, ríki og menntakerfi. Þetta á einnig við um tungumálið, þau gildi sem við miðum við og yfirleitt allt sem samfélag okkar byggir á. Vegna þessa er mjög erfitt fyrir fólk almennt að átta sig á óréttlætinu sem viðgengst og reyna að breyta því, það er samofið allri tilveru þess. Mismunun kynjanna er staðfest í sögunni og viðheldur henni þannig áfram.

Kafli 2. Sögulegt yfirlit

Miklar breytingar hafa orðið á því hvar konur fæða börn sín. Allflestar fæðingar á Íslandi fara fram á sjúkrahúsum og má segja það sama um hinn vestræna heim almennt (Davis-Floyd og Sarget, 1997; Skýrsla frá Fæðingaskráningu 2005, 2006; Redshaw, Rowe, Hockley og Brocklehurst, 2007). Fyrir á tímum fæddu allar konur heima. Litið var á fæðingu sem eðlilegt ferli sem fram fór á heimili konunnar. Um miðja 18. öld var fátækum og einstæðum mæðrum í Evrópu tryggð ölmusupláss á fæðingarspítölum, en milli- og hástéttarkonur fæddu áfram heima. Ástæðan fyrir spítalavistinni var af félagslegum ástæðum en ekki læknisfræðilegum (Kitzinger, 2006; 2005).

Í byrjun 20. aldar voru fæðingar á sjúkrahúsum innan við eitt prósent í Evrópu. Þegar leið á öldina fluttust fæðingar jafnt og þétt inn á sjúkrahúsin þar sem greiður aðgangur var að fæðingarlæknum ef eitthvað amaði að. Um og upp úr miðri öldinni fæddi meirihluti kvenna á sjúkrahúsum og undir lok hennar var næsta fátítt að konur fæddu heima (Kitzinger, 2005). Sjúkrahúsumhverfið þótti að mörgu leyti aðgengilegri vinnustaður fyrir starfsfólk og auðveldara var að mennta ljósmæður þar (Chamberlane, Wraight, Crowley, 1997; Campbell og Macfarlane, 1986).

Mannfræðingurinn Emily Martin (1992) hefur sagt að opinber þekking öðlist vald í gegnum félagsleg ferli (sjá einnig Moland (2002)). Þegar fæðingar færðust í auknum mæli inn á sjúkrahús fékk læknastéttin, sem þá var nær algjörlega karlastétt, aukið vald í heimi kvennaþekkingarinnar sem umlukið hafði fæðingar (Freund og McGuire, 1995; Holmqvist, 2000). Þetta á sér bæði pólitískar og sögulegar skýringar: Með upplýsingu urðu afskipti ríkisins meiri af fæðingum, bæði vegna aukinnar meðvitundar um mæðra- og ungbarnadauða og stefnu þeirra varðandi fólksfjölgun. Við þetta varð aðkoma lækna að fæðingum algengari og þar með „karlavæddist“ hin opinbera fæðingaþekking sem leit á fæðinguna sem sjúkdóm, enda voru það slíkar fæðingar sem þurftu þjónustu lækna við. Ljós móðirin og lektor í ljósmóðurfræðum við Háskóla Íslands, Ólöf Ásta

Ólafsdóttir, segir að talið sé að læknar hafi reynt með markvissum hætti að grafa „undan trausti fólks á þekkingu og hefðbundnum aðferðum kvenna“ (1995: 15).

Sjúkdómsvæðing fæðingarinnar er hluti þróunar sem átti sér stað á mörgum sviðum tilverunar og varð meðal annars til þess að kjarnafjölskyldan varð til og það heyrði sögunni til að margar kynslóðir byggju undir sama þaki. Þessu fylgdi að sama skapi að atburðir sem tilheyrðu gamla skipulaginu, eins og fæðing og dauði, hurfu einnig af heimilinu og lutu nú umsjónar ákveðinna stofnanna (Ariés, 1981). Um og upp úr miðri tuttugustu öldinni urðu stakkaskipti á fæðingarstaðnum fæðingarstaðarins frá heimilum yfir á sjúkrahús orðin nær alger.

Fæðingar hafa orðið æ tæknivæddari og fyrirfram ákveðinn keisari að ósk móður verður sífellt vinsælli kostur í vali á fæðingaraðferð/-stað víða í iðnvæddum ríkjum heimsins (Lavender, Kingdon, Hart, Gyte, Gabbay og Neison, 2006). Könnun meðal breskra mæðra sýnir meðal annars að 31% þeirra kysi fyrirfram ákveðinn keisara án læknisfræðilegra ástæðna (Al-Muftir R., McCarthy, A., og Fisk, N. 1996). Aðrar rannsóknir styðja fjölgun keisarafæðinga og þar kemur fram að keisarafæðingar teljist jafnvel merki um háa þjóðfélagsstöðu og góðan efnahag því að þær kosta dágóðan skildinginn (Béhague, Victora, Barros, 2002; Kitzinger, 2005). Keisaratíðni á Íslandi var árið 1983 um 10% en er í dag 18% allra fæðinga, en án læknis- eða sálfræðilegra ástæðna eru þær næsta fátíðar (Skýrsla frá Fæðingaskráningunni fyrir árið 2005, 2006).

Á sjöunda og áttunda áratug síðustu aldar varð ákveðin hreyfing í átt til „eðlilegra“ fæðinga meðal tiltölulega lítils hóps mæðra. Þessar konur mótmæltu því að allar fæðingar ættu að fara fram á tæknivæddum sjúkrahúsum. Þessi hreyfing óx samhliða femínismanum (Davis-Floyd og Sargent, 1997; Denmark, 2006; Hunts og Symonds, 2006; Martin, 1992). Þrátt fyrir að fæðingar á sjúkrahúsum séu enn viðtekin venja í flestum iðnvæddum samfélögum heimsins hefur umræðan um „náttúrulegar“ og eðlilegar fæðingar skilað sér inn á sjúkrahúsin að því leyti að aukin hreyfing, böð, öndunaræfingar og ýmis náttúruleg ráð eru nú notuð í vaxandi mæli innan fæðingardeildanna. Auk þess er lögð sífellt meiri áhersla á að fæðingin sé kvenmiðlæg, það er miðuð út frá konunni og því sem henni og fjölskyldu hennar finnst mikilvægt (Page, 2006; Page og McCandlish, 2006).

Kafli 3. Fræðasvið

Rannsóknir á fæðingum hafa mjög mismunandi sjónarhorn og fjalla um flest það sem viðkemur þeim. Fræðimenn eru sammála um að fæðingar séu kvennamál sem verður fyrir miklum áhrifum frá tækni-, pólitískum- og félagslegum breytingum samtímans (Davis-Floyd og Sargent, 1997: 16). Í bók sinni *Birth in Four Cultures*, ([1978] 1993), sem var tímamótaverk innan fræðanna, segir mannfræðingurinn Brigitte Jordan að fæðingar séu þekkingarfræðilegt fyrirbæri og þess vegna sé allt eins hægt að rannsaka þær atferlisfræðilega út frá félagslegslegri byggingu samfélagsins og sögulega, eins og hverja aðra þætti mannglegrar hegðunar sem mannfræðingar hafa rannsakað frá upphafi fræðigreinarinnar. Fæðing er félags-, menningar- og persónulegur atburður og umgjörð hennar í hverju samfélagi endurspeglar samfélagið sjálft eins og aðrar félagslegar athafnir eða stofnanir sem samfélagið hefur skapað. Kanadíski mannfræðingurinn Margarita Kay (1982) tekur undir þetta og segir fæðingar tengdar félagslegum stofnunum samfélaga. Jordan (1993) telur mjög mikilvægt að rannsaka fæðingar því að í flestum samfélögum eru þær kvennamál og hafa verið utan rannsóknasviðs fræðanna til þessa tíma. Hún vill minnka karlaslagsíðuna og fullgera myndina með því að taka konur inn í hana.

„Staður,“ „konan sjálf,“ „sjúkdómsvæðing fæðingarinnar“ og „þekking, vald og val“ eru allt mikilvæg þemu þessa fræðasviðs og mun ég fjalla um þau sérstaklega.

Staður

Jordan segir „tilhneigingu til þess að stofnanagera fæðingarferlið og að öll umræða um „réttan“ fæðingarstað leiði einungis af sér að almennt verði aðrir fæðingastaðir en sjúkrahús taldir óábyrg ævintýramennska, „slæm læknisfræði“ og hreint út sagt hættulegir“ (1993: 5). Normið er svo inngróið í samfélagið að það sést ekki. Þess vegna telur hún þvermenningarlega rannsókn á fæðingum mjög gagnlega til að fólk átti sig á fæðingarferlinu í heild og hver að umgjörð þess sé breytileg eftir

samfélögum. Sally Tracy (2006) aðstoðarprófessor í þróun ljósmæðraþjónustu í Sidney í Ástralíu, segir heilbrigðisgeirann (*medicine*) hafa verið í þeirri stöðu að skilgreina „eðlilegan fæðingarstað“, normið, og að allt sem ekki féll innan hans hafi verið talið „óeðlilegt“ eða óhefðbundið.

Breski mannfræðingurinn Sheila Kitzinger líkir fæðingarferlinu við ástaratlot; hvort tveggja sé í senn andleg og líkamleg upplifun í tilliti til *ocytocin* og *endorfin*-losunar kvenlíkamans. Eðlilegur fæðingarstaður sé því sá sami og manneskjan velur sér til að njóta ásta (2005; 1983). *Active Birth*-frömuðuinn, Janet Balaskas (1992), tekur undir með henni og segir allt fæðingarferlið frá getnaði til brjóstagjafar vera hluta af kynferðis- og andlegu lífi konunnar. Lítið þarf til að trufla þetta ferli og gera þar með allar aðstæður erfiðari en ella, oft með tilheyrandi inngrípum (Davis-Floyd, 2003; Kitzinger, 2006; 2005; Walsh, 2006). Kitzinger (2005) bendir á að konur hafi betri stjórn á líkama sínum þegar þær eru í umhverfi sem þær þekkja því að þar starfar líkami þeirra eðlilegast, laus við óþekkt áreiti.

Heimafæðingar hafa verið umdeildar vegna öryggissjónarmiða. Nýleg amerísk rannsókn á heimafæðingum sýnir fram á að heimafæðingar eru fullkomlega eins öruggar og sjúkrahúsfæðingar ef ekki öruggari, ef um eðlilega meðgöngu og fæðingu er að ræða (Johnson og Daviss, 2005). Þetta styðja margar rannsóknir innan fræðanna.⁶ Í nýjum drögum að skýrslu breska heilbrigðismálaráðuneytisins um *Val á fæðingarstað*, segir að það vanti góðar rannsóknir á útkomu heimafæðinga en þær rannsóknir sem til staðar séu sýni fremur góða niðurstöðu þeirra; konur þurfi minni deyfilyf, fari síður í keisaraskurð, fæðingar séu minna stýrðar, lengri fæðingar, minni inngríp, minna um aðstoð fæðingarlækna, færri tækjafæðingar, minna um fæðingarþunglyndi, óþreyttari börn. Undantekning var áströlsk rannsókn Bastian, Keirse og Lancaster (1998)⁷ sem sýndi fram á hærri barnamálsdauða í heimafæðingum en öðrum fæðingum í Ástralíu svo og heimafæðingum annars

⁶ Ackermann-Liebrich, Voegli, Chamberlane, Wraight og Crowley (1997), Group, N. R. P. M. S. C., 1996; Janssen, Lee, Ryan, Etches, Farquharson, Peacock og Klein (2002), Murphy og Fullerton (1998), Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group (1996), Olsen (1997), Walsh, El-Nemer og Dowe (2005), Wieggers, Keirs, van der Zee og Berghs (1996).

⁷ The two largest contributors to the excess mortality were underestimation of the risks associated with post-term birth, twin pregnancy and breech presentation, and a lack of response to fetal distress, it could also be possible that current practice in Australia is for a higher proportion of high risk women to give birth at home (Welsh, 2007: 207).

staðar í heiminum (Welsh, 2007). Pang, Heffelfinger, Huang, Benedetti og Weiss (2002) gerðu rannsókn á heima-fæðingum í Washingtonríki í Bandaríkjunum og komust að þeirri niðurstöðu að heima-fæðingar væru áhættusamari en aðrar fæðingar. Rannsóknin hefur hlotið þá gagnrýni að hún geri ekki greinarmun á fyrirfram ákveðnum heima-fæðingum og þeim er ekki eru ákveðnar sem slíkar (Johnson og Daviss, 2005). Í rannsókn van der Hulst, van Teijlingen, Bonsel, Eskes og Bleker, (2004) um hvort val á fæðingarstað hefði eitthvað að segja um viðhorf kvenna til inngripa, kom fram að aukin eftirspurn er eftir heima-fæðingum þegar yfirvöld bjóða upp á raunverulegan, ótæknivæddan valkost í fæðingum fjarri tæknivæddum sjúkrahúsum. Auk þess eru fjölbyrjur líklegri til þess að kjósa heima-fæðingu (Redshaw, Rowe, Hockley og Brocklehurst, 2007).

Rannsóknir sýna að sálfræðilegir þættir hafi bæði áhrif á val kvenna á fæðingarstað og á það hvernig fæðingunni vindur fram (van der Hulst o.fl, 2004). Einnig kemur fram að ljósmæður á sjúkrahúsum eru líklegri til að nota sér tæknina en þær sem eru í heima-fæðingum, auk þess sem konur sem fæða á sjúkrahúsum vilja, eða sætta sig heldur við að tæknin sé notuð (Baker o.fl, 2005). Fæðing á sjúkrahúsi eykur þannig líkurnar á því að inngríp séu gerð í fæðingar sama hvernig á það er litið. Konur eru almennt sáttar við þjónustu ljósmæðra og annars heilbrigðisstarfsfólks á sjúkrahúsum, það er kerfið sjálft og stofnanirnar, „færibaldið“ og „klukkan“, sem þær setja út á (Baker o.fl., 2005; Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2006).

Fæðingarheimili eru vinsælir fæðingarstaðir þar sem þau eru í boði. Fyrirnefnd drög að skýrslu breska heilbrigðismálaráðuneytisins um val á fæðingarstað fjalla einnig um fæðingarheimili og segir útkomu þeirra góða, að konur mæli með þeim og segi þau hafa ýmsa kosti fram yfir sjúkrahús. Þá fannst konum þær fá persónulegri þjónustu á fæðingarheimilunum og hefðu meiri stjórn í fæðingunni. Útkoma fæðingarheimilanna var betri en sjúkrahúsa með tilliti til inngripa. Engar sannanir eru fyrir því að aukin hætta sé á burðarmálsdauða ef konur fæða á fæðingarheimilum.

Vatnsfæðingar og notkun vatns sem deyfimeðferðar í fæðingu hefur færst verulega í vöxt. Faraldsfræðingurinn Ruth E. Gilbert og fræðakonan Pat A. Tookey

(1999) gerðu rannsókn á yfir fjögur þúsund vatnsfæðingum í Bretlandi. Niðurstaða þeirra er sú að burðarmálsaðni í vatnsfæðingum sé svipaður og hjá konum sem fæða ekki í vatni. Nýburafræðingarnir Fáina Kassi, María Selar og röntgenfræðingurinn Anne Greenough (2005) benda á annmarka vatnsfæðinga þar sem barnið getur fengið vatn ofan í lungun, en um einstakt tilfelli var að ræða. Þau tala um að þetta sé fátítt en að foreldrar ættu að vera upplýst um hættuna.

Aðstandendur títtnefndri skýrslu breska heilbrigðismálaráðuneytisins um *Val á fæðingarstað* (Welsh, 2007) segjast ekki vera í stakk búinir til að segja alla fæðingarstaði vera jafn örugga, vegna ónæggra upplýsinga og rannsókna sem hafa mismunandi viðmiðanir. Þeir leggja til að konur eigi að hafa val um að fæða heima, á ljósmóðurreknum fæðingarheimlum og á sjúkrahúsum með aðgang að fæðingarlækni og fá upplýsingar um að barnadaði sé lágur á öllum stöðunum. Auk þess skuli konur uppfærddar um einstaka fæðingarstaði, kosti þeirra og galla. Í drögum að *Leiðbeiningum um val á fæðingarstað* sem Landlæknisembættið vinnur að í samvinnu við fagaðila og væntanlegar eru í september eða október í ár eru skilgreind fjögur mismunandi þjónustustig:

...frá A til D, þar sem A táknar Landspítala og D er fæðingastaður sem hentar aðeins konum þegar meðgangi hefur verið eðlileg og fæðing er talin verða án aukinnar áhættu að mati læknis og ljósmóður. Settar eru fram ábendingar og skilyrði bæði hvað varðar klíniska þjónustu og starfsaðstæður. Leiðbeiningarnar miðast við íslenskar aðstæður en ekki er ákveðið hvaða heilbrigðisstofnanir tilheyra hverju þjónustustigi, heldur er ætlunin að hver staður skilgreini sitt stig miðað við fagþekkingu og aðstæður á hverjum stað (2007: 1-2).

Tekið er fram að um leiðbeiningar sé að ræða en ekki reglur og „gert er ráð fyrir að mat á vali á fæðingarstað sé einstaklingsbundið og háð aðstæðum hverju sinni.“ (2007: 2). Leiðbeiningar um val á fæðingarstað hafa ekki áður litið dagsins ljós á Íslandi og eru þetta því merkileg tímamót sem bera vitni um að tímarnir eru að breytast og að fleiri fæðingastaðir eru viðurkenndir en sjúkrahús.

Nokkur tilhneiging virðist vera til þess að stilla „náttúrulegum“ fæðingum upp sem andstæðu við sjúkrahúsfæðingar og jafnvel að líta svo á að einn

fæðingarmáti sé „réttari“ en annar.⁸ Kanadíski mannfræðingurinn Margaret Macdonald segir „náttúrulegar“ fæðingar í raun standa fyrir ljósmóðurhlutverkið sjálft:

Líkamar kvenna eru náttúrulega hæfir [til fæðinga]; með aðstoð geta konur höndlað fæðingarverkina og jafnvel fundist þeir valdeflandi; að konur geti treyst tilfinningu sinni um hvað þær eigi að velja, inngríp eru umsemjanleg og traust einkennir samband ljósmóður- skjólstæðingssambandið. Á þennan hátt gefa ljósmæður líkamanum nýja félags- og menningarlega merkingu og ákveðna eftirvæntingu sem er gerð eðlislæg í líkamanum í gegnum það ferli að ganga með og fæða börn. Þessar kyngerðu væntingar til eðlilegra fæðinga eru framkvæmdar, endurteknar af ljósmæðrum (2006: 251).

Hún segir hættuna á því að „náttúran“ snúist gegn konunni sjálfri ef henni „mistekst“ að fæða eðlilega. Macdonald segir þó áherslu á að fæðingar séu ólíkar líkt og konurnar sjálfar.

Konan sjálf

Sjálfsmynd kvenna hefur löngum ákvarðast út frá getu þeirra til að ala af sér nýjan einstakling, það er út frá líkamlegum eiginleikum. Þessi eiginleiki hefur orðið til þess að konur hafa verið settar í lægri stöðu en karlar og tengdar náttúrunni. Mannfræðingurinn Robbie E. Davis-Floyd og kanadíski félagsfræðingurinn Cecil Benoit (2004) leggja áherslu á að fæðing sé flókið samspil líffræðilegrar, tilfinningarlegrar og andlegrar reynslu kvenna og að hún krefjist umfram allt þess að hugsað sé út frá konunni sjálfri sem einni heild. Margar raddir innan fræðanna taka undir með þeim (Kitzinger, 2005; Martin, 1992; Page og McCandlish, 2006). Þær segja sálfræðilega þætti fæðinga mjög mikilvæga ásamt þeim líkamlegu, ekki aðeins vegna reynslu konunnar af fæðingu, heldur einnig vegna þess sem á eftir kemur,

⁸ Þetta kemur meðal annars fram í „Bakþönkum“ Karenar D. Kristjánsdóttur í Bláðinu 28. ágúst 2007. Í greininni gerir Karen deyfingar í fæðingum að umfjöllunarefni sínu og lætur að því liggja að viðhorf margra, bæði heilbrigðisstarfsfólks og leikmanna, til þeirra sé að „deyfingar [séu] fyrir aumingja.“ Svörunin sem hún fær við greininni bendir til þess að margar séu sammála gagnrýni hennar á „fasisma“ fæðinga.

hvernig konunni líður eftir fæðingu; einnig hvað varðar fæðingarþunglyndi og kvíða og samband móðurinnar við barnið og félaganna sinn. Þetta styðja hinar ýmsu rannsóknir (Baker o.fl., 2005; Kitzinger, 2006; 2005; Sigríður Halldórsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir, 1996). Kitzinger (2005) segir að í þessu tilliti sé mikilvægt að konur geti litið til baka til fæðinga sinna og verið ánægðar með hvernig þær höndluðu þær, ekki síst vegna sjálfsmyndar konunnar.

Innan fræðanna hefur fólki orðið tíðrætt um það að jákvæð fæðingarreynsla spretti af því að konur séu við stjórn í fæðingum sínum og hafi um það að segja hvaða meðferð þær fái og séu með í ákvarðanatöku. Einnig skiptir upplýsingaflæði máli hér, að konur séu uppfærddar um gang fæðingarinnar gefur þeim jákvæða fæðingarupplifun og tilfinningu fyrir því að vera við stjórn (Áslaug Hauksdóttir, 2005; Holmquist, 2000; Kitzinger, 2006; 2005; Margrét I. Hallgrímsson og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2004; Newburn, 2006). Sænski mannfræðingurinn Tove Holmquist (2000) fjallar um vald eða að hafa stjórn á aðstæðum (*control*) í doktorsritgerð sinni *The Hospital is a Uterus*. Hún segir konur leggja mismunandi merkingu í það að „vera við stjórn“: Fyrir sumar konur þýðir það að hafa stjórn á því hvernig fæðingin fer fram með tilliti til staðar, aðstoðar, tegundar fæðingar, en aðrar vilja stjórna fæðingunni og sjálfum sér í fæðingarferlinu með því að taka þátt í ákvarðanatöku í fæðingunni. Hér er fæðingin sjálf í brennipunkti. Holmquist segir að konur geti valdeflst af því að hafa stjórn á hvoru stiginu fyrir sig eða báðum, allt eftir því hvaða fæðingarferli þær trúa á (sjá einnig Martin, 1992; Davis-Floyd, 1994). Enn fremur segir Holmquist:

Kona sem hefur mikla trú á tækni og stofnanavæddri fæðingu getur fundið til léttis við að fela sérfræðingum fæðingu sína. Hún sækist eftir stjórn á fyrra stiginu, að vera þess fullviss að hún muni örugglega fá hátæknifæðingu. Kona sem hefur trú á heilðræna kerfi, sækist eftir stjórn á báðum sviðum (2000: 133).

Kona getur því valdeflst svo fremi sem hún fær þá fæðingu sem hún hefur séð fyrir sér, eða er sátt við vegna aðstæðna. Hér hefur fæðingarstaðurinn ekkert að segja heldur tilfinning konunnar fyrir því að hafa gert hlutina á sinn hátt.

Að sama skapi eru konur óánægðar með og hafa neikvæða upplifun af fæðingum þar sem þær eru ekki við stjórn; samfelld þjónusta er ekki næg, þær fá ekki nægjanlegar upplýsingar af gangi fæðingarinnar, óþarfa inngríp í fæðinguna eiga sér stað, fá takmarkaðan stuðning frá ljósmóður og hafa lítil áhrif á ákvarðanartöku (Martin, 1992; Davis-Floyd, 2003; 1994; Davis-Floyd og Sargent, 1997; Kitzinger, 2006; 2005; 2000; 1999; 1991; Sigríður Halldórsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir, 1996). Tilfinningin fyrir því að vera ekki við stjórn er aðallega vegna slæmra samskipta við heilbrigðisstarfsfólk. Konum í rannsókn Baker og félagar (2005) á upplifun kvenna af fæðingu, fannst að þekking þeirra, reynsla og val skipti ekki máli eða að horft væri framhjá því. Rannsakendurnir segja þetta dæmigert fyrir lækni-fræðimódel feðraveldisins þar sem aðeins lækna og ljósmæður eru sérfræðingarnir í fæðingum. Það gerir aftur lítið úr þekkingu kvennanna sjálfra. Baker og félagar tengja fæðingapunglyndi einnig við slæma upplifun kvenna af sjúkrahúsvist og þá þjónustu sem þær fengu þar. Sigríður Halldórsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (1996) segja að það séu þrír þættir sem ógna sjálfðæmi kvenna í fæðingu: Harka fæðingarverkjanna, lyfin sem notuð eru til að hafa hemil á þeim verkjum og ónærgætin fæðingaraðstoð. Enn fremur segja þær að aðstoðarmanneskja í fæðingu geti verið hvort tveggja hvetjandi eða letjandi fyrir framgang fæðingarinnar.

Sjúkdómsvæðing fæðingarinnar

Umskipti fæðingarstaðarins frá heimili til sjúkrahúss hefur orðið mörgum umræðuefni. Hér takast á sjónarhorn þeirra sem vilja gera fæðinguna eðlilega og kvenmiðlæga og þau er standa fyrir tækninni og vilja hafa varann á ef eitthvað kæmi upp á í fæðingunni þannig að hægt væri að bjarga móður og barni. Munurinn á þessum sjónarhornum er að annars vegar er horft á fæðingu sem eðlilegt ferli en hins vegar sem sjúkdóm. Breski ljósfáðirinn Denis Walsh (2006) segir að þarna sé um að ræða mismunandi hugmyndafræði sem kölluð hefur verið félagslegt líkan (*social model*) eða ljósmæðra líkan og lækni-færðilegt líkan (*medical model*). Fræðimenn benda á að langur vegur sé á milli þess hvernig félags- og lækni-fræðilegt módel líta manneskjuna: Annars vegar er lítið á hana sem heild og hins vegar sem líkama (vél) (Walsh og Newburn, 2002).

Bandaríski félagsfræðingurinn Barbara Katz Rothman (2007) segir hið félagslega módel ljósmóðurfræðinnar líta á konu og barn sem eina heild og telja hagsmuni þeirra fara saman ólíkt læknisfræðilega módelinu. Konan ræður yfir líkama sínum og fæðingin og meðgangan eru kvenmiðlæg. Hér er lögð áhersla á að konan sé í góðum tengslum við líkama sinn og það getur hún aðeins verið ef fæðingin er talin eðlilegt ferli fyrir kvenlíkamann. Félaglegt módel ljósmæðra lítur svo á að meðganga og fæðing séu „tímabil líkamlegs og tilfinningarlegs vaxtar og þroska fyrir móður og barn“ (2007: 48).

Martin (1992) segir að líkja megi frjósemi og fjölgun manna við „verksmiðjuframleiðslu“ þar sem vélin og klukkan eru mælitæki á „tímalengd/lengd tíma“ og áherslan sé á afurðina fram yfir upplifun konunnar af fæðingunni.⁹ Breski félagsfræðingurinn Ann Oakley (1993) tekur í sama streng. Rothman (2007) talar um að læknisfræðilega módelið líti á fæðingar sem sjúklegt ástand kvenlíkamans þar sem barnið sé aðskotahlutur eða sníkjudýr og konan hýsill. Hún segir meðgönguna fósturmiðlæga þar sem allt gengur út á að athuga hvort ekki sé í lagi með fóstrið þar sem hagsmunir fóstursins eru teknir fram yfir hagsmuni móðurinnar og þeir ekki endilega taldir fara saman. Ólöf Ásta Ólafsdóttir segir að í sjúkdómsvæðingu fæðingarinnar felist „...að engin fæðing sé eðlileg fyrr en hún er yfirstaðin. Til mótvægis við þetta segja ljósmæður gjarnan að fæðing sé eðlileg þar til eitthvað fer úrskeiðis“ (1995: 16).

Rothman (2007) talar um að fæðing og meðganga sé í raun skilgreind út frá áhættunni, að fullkomlega heilbrigðar konur séu ekki heilbrigðar á meðgöngu heldur séu þær „lág-áhættu“ konur.¹⁰ Auk þess séu læknar í sífellu að breyta áhættu-

⁹ Cohen og Estner benda á ferringu fæðingarinnar með því að koma með dæmi af karlmanni sem er sagt að hann verði að fá holdris og sáðlát innan ákveðins tíma, að öðrum kosti verði hann geltur. Maðurinn er undir nákvæmu eftirlit og fær vél sér til aðstoðar:

If your husband was told that he had to get an erection and ejaculate within a certain time or he'd be castrated, do you think it would be easy? To make it easier, perhaps he could have an I. V. put into his arm, be kept in one position, have straps placed around his penis, and be told not to move: He could be checked every few minutes; the sheet could be lifted to see if any "progress" had been made (Cohen og Estner, 1983: 173).

¹⁰ Barbara Katz Rothman segir enn fremur:

matinu, en í því felst meðal annars að barnmargar fjölbyrjur, sem eitt sinn töldust í áhættu eftir að hafa eignast fimm börn, eru í dag skilgreindar í áhættuhópi eftir þrjár fæðingar. Hér hefur ekkert breyst nema fæðingartíðnin.

Danski hjúkrunarfræðingurinn Karin Holler (2005) telur ástæðu þess að menn einblíni svo á tæknina sem raun ber vitni, í keisarafæðingum til dæmis, megi meðal annars rekja til breytinga á viðhorfum í samfélaginu þar sem vaxandi einstaklingshyggja hefur gert einstaklinginn ábyrgari fyrir eigin heilsu. Maðurinn grípur í vaxandi mæli inn í gang náttúrunnar og það hefur áhrif á verðmætamat okkar og hvernig við skilgreinum hugtök á borð við líf, dauða og fæðingu. Við þetta bætist að markaðssamfélagið hefur gert okkur öll að neytendum og það sjónarhorn breiðist út yfir fleiri svið tilverunnar. Holler (2005) bendir á að meðgangan verði æ tæknivæddari og því skjóti skökku við að þegar kemur að sjálfri fæðingunni eigi að láta náttúruna eina um hana. Með ofuráherslu á tæknina og það sem úrskeiðis getur farið, hefur fæðingin verið sjúkdómsgerð og konur gerðar ósjálfbjarga og háðar faglegri og tæknilegri aðstoð. Ljósmaður í doktorsrannsókn Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2006) tala um að konur leggi það oft í hendur heilbrigðisstarfsfólkinu að vita hvað er best fyrir þær. Niðurstöður rannsókna á konum sýna svipaðar niðurstöður.¹¹

Þekking, vald og val

Mannfræðingurinn Wenda Trevathan (1997) segir það áunna sjálfsbjargarviðleitni kvenna að þær sæki í öryggi annarra kvenna eða þeirra sem reynsluna og/eða þekkinguna hafi þegar þær fæða börn sín. Á Vesturlöndum er lítt þekkt að konur fæði einar, heldur þykir fæðingaraðstoð nauðsynleg og eðlileg þróun í fæðingum. Mannfræðingurinn Jónína Einarsdóttir (2004; 2007) segir að það þekkist þó í

In that sense, all of us are at some risk for developing virtually any disease and even dying of it in the next year. But what if you went for an annual check-up, and instead of being told you were healthy, you were told that you were at low risk of dying of leukemia, lung cancer, or heart disease this year? Virtually any house can be struck by lightning: Do you care to think of where you live as being “low risk” fore lightning? (2007: 30).

¹¹ Niðurstaða rannsóknar Berglindar Hálfhánsdóttur Ljósmodur (2007) á *Frumbyrjum framtíðar* er að þær líta á barneignarferli sem eðlilegt, jákvætt og náttúrulegt en þora ekki að treysta því að fæðingin gangi áfallalaust og slá því varnagla og fæða á sjúkrahúsi.

Biombo í Guinea-Bissau og virðist helst vera viðhaft af konum sem „vita að þeim lætur vel að fæða börn“ (2004: 75).

Vald lækna liggur oft í opinberum reglum og lögum sem hafa gefið þekkingu þeirra stöðu sem opinber þekking (Danzinger, 1979; Freund og McGuire, 1995). Ástralska ljósmóðirin og fræðikonan Kathleen Fahy (2002) segir yfirvöld ákveða hvaða hópur skuli vera handhafi valdsins umfram aðra, líkt og fæðingarlæknar hafa sterkari stöðu en ljósmæður innan heilbrigðisgeirans. Þetta byggir á trú stjórnvalda á tæknina og að besta leiðin til farsælla lausna í fæðingum sé með aðstoð hennar. Það má þó ekki gleymast, segir Fahy (2002), að ljósmæður búa yfir valdi sem þær geta beitt í þágu skjólstæðinga sinna eða sjúkrahússins.

Vegna reynslu og þekkingar heilbrigðisstarfsfólks gerir það tilkall til forræðis í heilbrigðismálum (Baker o.fl, 2005; Danzinger, 1979; Fisher, 1998). Hinn almenni borgari fer að vilja þeirra af því að þau eru handhafar þekkingarinnar og þeir hafa trú á því að þau beri hag þeirra sér fyrir brjósti. Og þar sem sjúklingar vita almennt lítið um læknisfræði eru þeir settir í hlutverk hlutlauss viðtakanda heilbrigðisþjónustu með litla möguleika á því að hafa áhrif á ákvarðanatöku. Baker og félagar (2005) segja valdahlutföll kvenna og heilbrigðisstarfsfólks vera ójöfn. Þá segja þau konur sjaldan kvarta yfir meðferð í fæðingu, ef til vill vegna þess að þær eru of þreyttar eða þær efist um sjálfar sig og dómgreind sína af því að þær eru á ókunnugum slóðum. Heilbrigðisstarfsfólkið er aftur á móti á heimavelli, ekki einvörðungu af því að það hefur þekkinguna, heldur skilur það skipulag sjúkrahússins og skrifinnskuna.

Félagsfræðingurinn Sandra Klein Danzinger (1979) komst að því að ef efast var um aðgerðir fagfólksins voru svör þeirra alltaf með tilvísanir í sérfræðiþekkingu þeirra og höfðuðu til samvisku kvenna með því að segja að það væri barninu fyrir bestu. Samkvæmt Foucault (1991) er þetta líkt „valdi normsins“ sem er innan heilbrigðisgeirans og setur línurnar fyrir hvernig sjúklingar eiga að skilja og upplifa líkama sína. Þetta vald er yfirleitt falið og ósýnilegt en verður sýnilegt þegar efast er um það, til að mynda þegar kona efast um meðferðaraðferð og beitir lagalegum rétti sínum, sjálfsákvörðunarrétti, til að styrkja stöðu sína. Þessu er oft svarað með hótunum um refsingu; barnið deyr, konan deyr, fæðingin verður

mjög sársaukafull. Einnig er því stundum svarað með loforði um umbun; barn og móðir verða heil heilsu og fæðingin verður sársaukalaus, jafnvel þó að líkur séu á öðru (Fahy, 2002). Fahy segir einnig hlutverk ljósmæðra og hjúkrunarfólks innan sjúkrahúsa yfirleitt vera að styðja við vald stofnunarinnar með því að taka afstöðu með henni. Hún segir að sé að auki auðveldasta leiðin að mati Foucault (1980) til að losa sig undan ábyrgð og láta aðra um að taka erfiðar ákvarðanir. Ef ljósmæður vilja aftur á móti efla konur í fæðingu krefst það að mati Fay mikils undirbúnings og fræðslu fyrir skjólstæðinga þeirra. Samkvæmt Foucault (1980) eru þekking og vald af sama meiði og samtvinnuð; þekking þýðir aukið vald.

Davis-Floyd hefur fjallað mikið um vald þeirra sem þekkinguna hafa, hvernig hún gegnsýrir alla umgjörð fæðingarinnar á Vesturlöndum og hefur ýtt hefðbundinni kvennaþekkingu út af borðinu. Í þessu tilliti segja Davis-Floyd og Sargent (1997) ljósmæður eiga í vök að verjast gagnvart fæðingarlæknum sem hafa tæknivæðinguna sín megin og meint öryggi hennar. Þær segja ljósmæðurnar sjálfar vera andsvar við þessari tæknivæðingu fæðingarinnar enda hafi þær þekkingu til að veita örugga, skilvirka og ódýra fæðingaraðstoð. Davis-Floyd og Benoit (2004) telja ljósmæður sem hafa fengið húmaníska þjálfun betur í stakk búnar til að veita kvenmiðlæga þjónustu í fæðingu en ljósmæður sem hafa fengið klíníska þjálfun á sjúkrahúsi.

Rannsóknir sem gerðar hafa verið á því hvað öðru fremur skiptir máli í fæðingu sýna að það er öryggi sem skiptir mestu máli og það öryggi sækja konur umfram annað; í örugga og umhyggjusama ljósmóður sem er með þeim allan tímann og styður þær sama hver fæðingarstaðurinn er (Brown, 1994; Fraser, 1999; Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 1995; Redshaw, 2006; Sigríður Halldórsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir, 1996; Walsh, 2006; 2003). Rannsóknir ljósmæðranna og fræðikvennanna Helgu Gottfreðsdóttur (2001) og Hildar Kristjánsdóttur (2004) benda til þess að konur sækja aðallega líkamlegt og faglegt öryggi til ljósmæðranna og vitneskju um að barnið sé heilbriggt. Breska ljósmóðirin og prófessorinn Lesley Page (2006) leggur áherslu á að ljósmæður eigi að hjálpa konum við að finna út hvað henti þeim í fæðingu og byggja það á konunni sjálfri. Ólöf Ásta Ólafsdóttir segir að það felist í ljósmóðurhlutverkinu sjálfu „að vera hjá konu og taka þátt í

hinni miklu vinnu og verkjum sem geta fylgt fæðingunni: Jafnframt því að taka þátt í hinni miklu gleði og ánægju sem á sér stað við fæðingu barns“ (1995: 16). Ljós móðirin Sally Pairman (2006) segir ljósmæður æ meðvitaðari um mikilvægi þess að eiga gott samband við konurnar sem þær aðstoða í fæðingu, á því velti að miklu leyti hvaða framgang fæðingin hefur og hvaða upplifun konurnar hafa af henni. Ólöf Ásta talar um sterkar ljósmæður sem eiga að geta aðstoðað konur við að fæða án utanaðkomandi inngripa og veikar ljósmæður þar sem hætta er fyrir hendi að „yfirráðin séu tekin af líkama konunnar og gripið sé inn í meðgönguna og fæðinguna, oft til skaða fyrir konuna og fjölskyldu hennar“ (1995: 17). Í þessu tilliti talar Fahy (2002) um „eftirlitsvald“ (*gaze*) og vitnar þar í Foucault,¹² þar sem yfirmaður fylgist með störfum undirmanna sinna. Undir slíku „alsjáandi auga“ reynir sá sem fylgst er með að haga sér á þann hátt sem hann telur yfirboðaranum þóknanlegt.

Hvert er þá eiginlegt val kvenna þegar þekking og vald heilbrigðisstéttanna er annars vegar? Kitzinger (2006) bendir á að upplýst val hafi komið sem andsvar við stjórn lækna í fæðingum (*active management in labour*) á sjötta áratug tuttugustu aldar. Í Bretlandi til að mynda er upplýst val kvenna um fæðingarstað fest í lög, engu að síður virðist það val stjórnast mjög af vilja og vali heilbrigðisstarfsmanna sem kynna hefðbundnar leiðir í fæðingum fyrir skjólstaðingum sínum, meðal annars af hræðslu við málsókn og vegna tækniforræðishyggju. Það segja ljósmæðurnar Helen Stapleton, Mavis Kirkham og Gwenan Thomas (2002). Davis-Floyd og Sargent (1997) taka í sama streng og Stapleton og félagar og segja fjölda fæðinga á fæðingarstöðum sanna hvert valið er en í Norður-Ameríku fæðir þorri kvenna á sjúkrahúsum og fær mænurótardeyfingu. Þær segja þetta óyggjandi sannindi læknisfræðilegrar forræðishyggju sem endurspeglir vald kapítalísks feðraveldis og hræðslu almennings við náttúruna og traust hans á tæknilegum afurðum menningarinnar (Davis-Floyd, 1992; Davis-Floyd og Sargent, 1997).

¹² Í bók sinni *Discipline and Punish: The Birth of the Prison* (1991) lýsir Foucault tilurð fangelsis þar sem fangarnir eru undir stöðugu eftirliti og hvaða áhrif það hefur á þá.

Að mati Baker og féлага (2005) er til lítils að tala um val tilliti til fæðinga. Það horfir framhjá tengslum og menningarlegum hindrunum sem felast í forræði fæðingarlæknanna sem starfa í menningu sem stendur traustum fótum í feðraveldinu.

Af þessari umræðu má vera ljóst að manneskjan virðist vera bundin í báða skó þegar kemur að vali þrátt fyrir ákvæði um upplýst val. Fróðlegt er að sjá hvaða augum konurnar í rannsókninni líta valfrelsi sitt.

II Aðferðafræði

Kaflí 4. Aðferðafræði

Ég byggi rannsóknina mína upp með ákveðna hugmyndafræði, kenningarlega- og aðferðafræðilega nálgun og aðferðir í huga. Ég hef nú þegar fjallað um kenningarlega nálgun sem sótt er í femínisma, Foucault og Bourdieu, en öðrum aðferðafræðilegum þáttum geri ég skil hér.

Eigindlegar rannsóknir eru samheiti yfir margar rannsóknaraðferðir sem notaðar eru til að rannsaka lífsreynslu fólks, tilfinningar og upplifanir (Gubrium og Holstein, 1997: vii; Kvale, 1996). Grunnur eigindlegra rannsókna liggur í þekkingarfræðinni sem liggur að baki aðferðinni og fræðunum. Rapport og Overing (2000) vitna í Max Weber er þeir tala um að menn lifi í „sannleikavef“ sem er skapaður af þeim sjálfum og þeir halda áfram að skapa. Þessi „sannleiksvefur“ er það sem almennt er talað um sem menningu.

Eigindlegar rannsóknir standa á gömlum merg sem rekja má til mannfræðinnar á síðari hluta 19. aldar. Mannfræðingurinn Borislav Malinowski var fyrstur til að skilgreina hvað fælist í vettvangsrannsókn í bók sinni *Argonauts of the Western Pasific*, (1984). Aðferðafræðin og vettvangurinn hefur tekið töluverðum breytingum frá hans tímum en enn stendur grunnurinn sem er rannsakandinn sjálfur sem rannsóknartækið (Bogdan og Bilken, 2003; Gupta og Ferguson, 1997). Malinowski lagði áherslu á að rannsakendur nýttu sé ýmsar aðferðir við innsöfnun gagna og vera vel að sér í fræðunum. Ennfremur lagði hann ríka áherslu á að skoða gögnin vel og sjá hvað uppá vantaði til að fá heildarmynd rannsóknarinnar. Þessi aðferðafræði býður upp á að setja fram tilgátu sem sprettur af rannsóknargögnunum snemma á ferlinu. Tilgátan er síðan styrkt með markvissri gagnaöflun. Þátttakendur eru valdir samkvæmt fræðilegu úrtaki, það er eftir að hafa skoðað rannsóknargögnin og séð hvað vantar inn í þau til að styrkja þá tilgátu sem er í mótun. Gagnaöflun og greining eru ekki aðskilin heldur fer rannsakandinn fram

og til baka í gagnaöflun og greiningu eftir því hvað þjónar rannsókninni best þangað til metnun er náð (Creswell, 1998; Malinowski, 1984).

Vettvangurinn minn er tvöfaldur heimavettvangur, það er hann er mitt eigið samfélag þar sem ég rannsaka hóp sem ég tilheyri sjálf (Martin, 1992; Sigríður Dúna Kristmundsdóttir, 1997; Weston, 1997). Weston (1997) segir vandamálið við að rannsaka eigin hóp felst í því að áræðanleiki rannsóknarinnar er dreginn í efa af fræðasamfélaginu, vegna skorts á fjarlægð frá rannsóknarefninu. Sigríður Dúna Kristmundsdóttir orðar það þannig að engu sé líkara en „norn skrifi um galdra“ (1997: 19).¹³

Einn af veikleikum mannfræðinnar í gegnum tíðina hefur verið túlkun eða þýðing á menningu annarra menningahópa. Þannig hefur hún oftsinnis verið gagnrýnd fyrir að mistúlka og afbaka vegna fákunnáttu á högum manna úr öðrum menningarsamfélögum. Þessi veikleiki mannfræðinnar er styrkleiki heimamannfræðinnar. Mannfræðingar sem starfa á heimavettvangi kanna eigið samfélag sem þeir þekkja, tungumálið er heldur sjaldnast hindrun. Sigríður Dúna Kristmundsdóttir (1997) segir heimamannfræðinga átta sig á nauðsyn þess að þekkja menningu samtímis innan frá og að utan. Ytri þekkingu nálgast þeir í mannfræðilandinu, kennimannlegum bakgrunni sínum og sýn á vettvang, sem er staðsetning þeirra meðan á rannsókn stendur á heimavettvanginum. Mannfræðilandið gerir mannfræðingnum kleift að geta séð kunnuglegt umhverfi frá sjónarhorni rannsakandans og þannig til að mynda, talað um sjálfan sig í þriðju persónu (Hastrup, 1987; Sigríður Dúna Kristmundsdóttir, 1997).

Innsöfnun gagna

Rannsóknin hófst í nóvember 2005 með rannsóknaráætlun. Innsöfnun gagna hófst í febrúar 2006 með þátttökuathugunum og viðtölum og lauk í janúar 2007. Framkvæmdir voru þrjár þátttökuathuganir; á hringborðsumræðum ljósmæðra um „Eðlilega fæðingu,“ á hringborðsumræðum ljósmæðra um „Óskrifðar reglur, boð og bönn,“ og á fundi á Landspítala Háskólasjúkrahúsi um „Keisara að ósk móður.“

¹³ Þetta er þekkt vandamál innan fræðasamfélagsins og hafa fræðimenn komið með skemmtilegar líkingar til að skýra vandamálið: “As a fish in water” – Marx. “Trying to push a bus in wich you are riding” - Berger og Luckman (sjá Martin (1992) bls. 10-11).

Þá fór ég einnig í vettvangsathuganir á Fæðingadeild LSH, Sængurkvennadeild LSH, Hreiðrið og á Fæðingadeild Heilbrigðisstofnunarinnar á Selfossi til að „stemma af gögnin.“ Þátttökuathuganir tóku frá hálfri og upp í þrjár klukkustundir. Þátttökuathuganir eru ein elsta leið eigindlegra rannsókna til að öðlast skilning á mannlegum veruleika með því að taka þátt í samfélagi manna eða vera áhorfandi. Í þátttökuathugun er rannsakandinn sjálfur rannsóknartækið og fær tækifæri til að kynnast lífi heimildamanna sinna, viðhorfum þeirra og skoðunum (Kvale, 1996; Malinowski, 1984). Þátttökuathuganir voru punktaðar niður á staðnum og skráðar strax að þeim loknum. Ég nota þátttökuathuganirnar sem bakgrunnsupplýsingar í rannsókninni og reyni þannig að fá fyllri mynd af því sem konurnar lýsa.

Önnur megináferð eigindlegra rannsókna eru opin djúpvíðtöl við þátttakendur, en með þeim reynir rannsakandinn að sjá heiminn með augum viðmælenda sinna og átta sig á hvaða skilning þeir leggja í líf sitt, athafnir og ákvarðanatöku (Creswell, 1998; Kvale, 1996; Taylor og Bogdan, 1998). Víðtölin voru opin og hálf skipulögð þar sem stuðst var við viðtalspunkta sem þróuðust á meðan á innsöfnun gagna stóð, í samræmi við upplýsingar sem fengust frá viðmælendum. Konurnar voru meðvitaðar um að þær þurftu ekki að svara öllum spurningunum auk þess sem þær gátu hætt þátttöku þegar þær vildu.

Notast var við fræðilegt úrtak við val á þátttakendum í rannsóknina, með því er átt við að val á þátttakendum réðist af því hvaða upplýsingar lágu fyrir úr fyrri víðtölum, þannig sást hvað uppá vantaði og leitað var á þau mið sem hentuðu rannsókninni (Becker, 1998; Bernard, 2006; Creswell, 1998). Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar og munnlegt samþykki var fengið hjá konunum fyrir þátttöku í rannsókninni. Talað var við tuttugu konur sem höfðu reynslu af því að fæða á mismunandi fæðingarstöðum á 28 ára tímabili (1979-2007). Konurnar voru á aldrinum 21 árs til fimmtugs og komu úr hinum ýmsu þjóðfélagshópum. Konurnar áttu að baki eina til sex fæðingar og sama konan hafði fætt á mismunandi fæðingarstöðum: rætt var við konur sem fætt höfðu á sjúkrahúsi á landsbyggðinni fjarri Reykjavík, á sjúkrahúsi á landsbyggðinni nærri Reykjavík, á Fæðingardeild Landspítala Háskólasjúkrahúss (LSH), í Hreiðrinu, á Fæðingaheimili Reykjavíkur,

heima, í vatni og með keisara. Aðgengi að þátttakendum var í gegnum ljósmæður og persónuleg tengsl þar sem maður þekkir mann (Karp, 1996).

Viðtölin stóðu í fjörutíu mínútur og upp í eina og hálf klukkustund, algengast var þó að þau stæðu í um klukkustund. Viðtölin fóru fram á heimilum þátttakanda utan tvö sem fóru fram á heimili rannsakanda. Viðtölin voru hljóðrituð og afrituð nákvæmlega og athugasemdum rannsakanda aukið við þau (Bogdan og Biklen, 2003). Umfang gagnanna er um 1300 bls. Á meðan á innsöfnun gagna stóð voru vettvangsnótur lesnar oft, athugasemdir rannsakanda (AR) skrifaðar og gögnin frumgreind með opinni kóðun, það er með því að finna þemu sem síðar var notuð öxulkóðun á og undir- og yfirþemu og tengingar milli þema fundin (Bernard, 2006; Emerson, Fretz og Shaw, 1995; Strauss og Corbin, 1998). Endapunkturinn var settur með afmarkaðri kóðun sem skerpti afmörkun efnisins (Strauss og Corbin, 1998).

Greining gagna

Aðferðafræði eigindlegra rannsókna býður upp á fleiri en eina aðferð til greiningar og túlkunar á rannsóknargögnunum (Bernard, 2006; Creswell, 1998; Crotty, 1998; Gill, 2000; Kvale, 1996). Bandaríski mannfræðingurinn H. Russel Bernard (2006) segir grundaða kenningu vera greiningartæki sem hafi verið þróað í félagsfræði og auðveldi rannsakandanum að koma auga á þemu og hugmyndir sem spretta af gögnunum. Í greiningu grundaðrar kenningar hefst greining gagnanna mjög snemma á rannsóknarferlinu með opinni kóðun. Þar eru meginþemu rannsóknarinnar fundin og flokkuð niður í yfir- og undirþemu og gildi þeirra í rannsókninni metið. Öxulkóðun tekur við seinna á ferlinu, með henni eru tengingar milli þema og orsakasamhengi fundið. Afmörkuð kóðun kallast enn ein kóðunin sem hjálpar til við að forma kenningu sem þegar er í burðaliðnum, skerpa sjónarhornið og sjá hvort metun er náð (Bernard, 2006; Strauss og Corbin, 1998). Þegar metun rannsóknargagna er náð hefur rannsakandi fengið þau gögn sem hann þarf til að styrkja kenningu sína með og þar með lýkur rannsókninni.

Auk grundaðrar kenningar var stuðst við túlkunarfræðilega greiningu og orðræðugreiningu til að fá sem heildstæðasta mynd á það flókna fyrirbæri sem val á fæðingarstað er. Sænski fræðimaðurinn Anders Gustavsson (1996) hefur sett fram

Þríþætt ferli til túlkunarfræðilegrar nálgunar á rannsóknargögn. Fyrsta skref er að safna viðeigandi gögnum, næst er að setja fram skynsamlegar túlkanir á upplifunum þátttakenda. Að lokum þarf að máta tilgátunar við kóðanir gagnanna og gögnin sjálf. Að þessu loknu gefst tækifæri til að skilgreina nýjar rannsóknarspurningar og þrengja eða vinna með ákveðin þemu alla leið. Við greiningu á hvaða eiginleikum góð ljósmóðir byggja yfir notaði ég túlkunarfræðilega greiningu.

Sálfræðingurinn Margaret Wetherell (2001) bendir á gagnsemi orðræðugreiningar í rannsóknum á því hvernig merking er sköpuð, og kannski ekki síst til túlkunar, því að margt getur leynst í orðanna hljóðan. Þessa greiningu nýtti ég mér í greiningu á valdi sem leynist víða í orðræðunni, ekki síst í því sem ekki er sagt. Að sjálfsögðu nýtti ég mér einnig orðræðugreiningu er ég greindi fæðingaorðræðurnar í samfélaginu út frá rannsóknargögnunum. Með orðræðugreiningu er mögulegt að finna hvaða orðræður í samfélaginu stjórna vali kvenna á fæðingarstað. Ingólfur Ásgeir Jóhannesson (2006a; 2006b; 2006c; 2005; 2004) segir orðræðugreiningu í fyrstu byggjast á því að finna þrástef í umræðunni, það er hvaða stef koma fyrir aftur og aftur. Þegar þrástef eru fundin er að leita eftir áttakpunktum í orðræðunni og að lokum að skoða samverkan aðstæðna, atvika og hugmynda sem getur af sér orðræðuna í gögnunum.¹⁴

Með því að vinna gögnin á þennan hátt, fram og til baka og með ýmsum greiningaraðferðum, var auðveldara að skerpa þá mynd sem rannsóknin tók á sig og smám saman urðu til tilgátur um hvað það er sem stjórna vali kvenna á fæðingarstað. Umfjöllun og kenningar fræðimanna innan femínískra fræða, svo og hugmyndir Foucault um vald og kenning Bordieu um habitus, styrkja þessar tilgátur mínar.

Síðferðileg álitamál

Ég er töluvert tengd efni rannsóknarinnar þar sem ég á sjálf að baki þrjár fæðingar á mismunandi fæðingarstöðum. Þrátt fyrir áhuga minn á vali á fæðingarstað legg ég ekki upp með fyrirfram ákveðna tilgátu heldur er ég trú bæði gögnum mínum og

¹⁴ Sjá einnig Gill (2000), Kristín Björnsdóttir (2002), Kvale (1996), Magnusson (1996), Reinikainen (2006), (2004), Wetherell (2001) og Zeeman, Poggenpoel, Myburgh og van der Linde (2002).

fræðum. Trú fræðunum held ég mig í mannfræðilandinu og er spennt yfir því hvert gögnin muni bera mig.

Ég tók viðtöl við allnokkrar konur á landsbyggðinni þar sem auðvelt væri að þekkja þær þó svo ég reyndi að gefa þeim gervinöfn. Vegna þessa hef ég ákveðið að gefa konunum ekki gervinöfn heldur tala um þær óbeint og gef þar með til kynna bakgrunn reynslu þeirra: kona á fertugsaldri; frumbyrja á landsbyggðinni; fjölbyrja sem fæddi heima og svo framvegis. Með þessu tel ég friðhelgi einkalífs þátttakenda rannsóknarinnar framfylgt.

III Niðurstöður

Kafli 5. Undirrót vals

Hvert er eiginlegt val kvenna á fæðingarstað? Upplifa konur að þær hafi val þegar kemur að fæðingarstað? Í kaflanum mun ég leitast við að svara þessum spurningum. Hver er undirrótin að því að konur velja ákveðinn fæðingarstað? Ég byrja á því að skoða hvort konur hafi eitthvert val og hvers vegna sumum konum finnst þær hafa val á fæðingarstað en öðrum ekki. Þá fjalla ég um reynslu kvenna því að hún skiptir töluverðu máli í vali á fæðingarstað. Þar skoða ég viðhorf frumbyrja og fjölbyrja til fæðingarinnar sem oft á tíðum eru ólík.

Flestum konunum í rannsókninni finnst þær hafa val á fæðingarstað en þó ekki öllum og val margra þeirra breyttist með reynslu.

Val eða ekki

Konur sem hafa val á fæðingarstað

Ungri frumbyrju fannst val á fæðingarstað vera algjörlega í hennar höndum: „Ég hafði þetta VAL og þá var bara að ganga í það sjálf að bara, að fá ljósmóður og pott hingað heim og það sem ég vildi sko.“ Annarri frumbyrju fannst liggja í augum uppi að hún „mætti“ velja sér stað til að fæða á:

Þetta er bara mín ákvörðun. Þetta er ALGJÖRLEGA, þú veist, bara ÉG sem tek ákvörðun um. Það er enginn sem hefur áhrif á mig. Ég held að þetta sé bara innbyggt í hverja konu. Eins og kona tekur ákvörðun um að fæða heima þá tek ég ákvörðun um að fæða [í þéttbýliskjarna nærri Reykjavík]. Þetta er bara konan, hún veit hvað hún ætlar að gera, hvar hún vill vera og hvernig þetta á að vera. Maður hefur einhverja stefnu.

Til að skýra þetta enn frekar segir hún að konan taki ákvörðun út frá því sem er í kringum hana og því sem hún er vön líkt og Bourdieu talar um í kenningu sinni um

habitus. Margar kvennanna eru sammála henni og nefna hina ýmsu fæðingarstaði sem möguleika. Konur sem aldar eru upp á landsbyggðinni nefna gömlu heimabyggð sína jafnvel sem kost og þær konur sem vilja fæða í vatni nefna fæðingarstaði utan Reykjavíkur þar sem hægt er að fæða í vatni. Margar kvennanna nefna heimafæðingu sem möguleika en flestar þeirra geta ekki hugsað sér hana sem fyrstu fæðingu, vilja vera nærri tækninni í fyrsta skipti. Þessar konur eru aftur margar hverjar á því að þær muni fæða næsta barn heima eða í það minnsta íhuga það gaumgæfilega.

Allar konurnar í rannsókninni sem aldar eru upp á stöðum sem búa ekki við fæðingaraðstöðu, geta hugsað sér að fæða utan hátækninnar. Þetta styrkir það að konur taki ákvörðun út frá því sem þær þekkja og því sem er í kringum þær eins og nefnt var hér að framan.

Val á fæðingaraðferð þýðir líka ákveðna staðsetningu. Til dæmis er ekki hægt að fæða í vatni alls staðar og keisarafæðingar fara aðeins fram þar sem hátækninnar nýtur við. Fyrir aðrar konur er þetta ekki spurning um val heldur er fæðingarstaðurinn svo eðlilegur að ekki kemur til greina að ræða um hann: „...við höfum aldrei látið okkur detta í hug að tala um þetta“, segir frumbyrja sem býr á landsbyggðinni. „Mér finnst þetta bara eðlilegt, mér finnst bara eðlilegt að eiga börnin mín hér [í þéttbýliskjarna á landsbyggðinni].“ Enn fremur segir hún:

Ég er svolítið búin að vera að hugsa um þetta síðan ég var beðin um að taka þátt í rannsókn á vali á fæðingarstað. Ég hugsaði bara: „Vali á fæðingarstað! Velur maður það?“ Þá hef ég verið svona að spá í ef ég þyrfti, ég get... þú veist, komið með fullt af rökum fyrir að fæða frekar hér, heldur en annars staðar. En ég get ekki alveg með sanngirni sagt að ég hafi eitthvað verið að hugsa um þau rök, skilurðu, þetta er bara eitthvað sem kemur upp eftir á.

Þetta segir allt sem segja þarf um hversu eðlilegur og sjálfsagður fæðingarstaðurinn getur verið; konan fæðir eðlilega á þeim stað sem hún býr á, það er hluti af því að tilheyra ákveðnum stað.

Þónokkrar kvennanna fundu fyrir því að valmöguleikar þeirra jukust með reynslu af fæðingum. Hér eru það þær sjálfar sem opna fyrir möguleika sem þeim

fannst ekki koma til greina áður. Algengt er að reginmunur sé á fyrstu og annarri fæðingu hvað ákveðni og val móðurinnar varðar. Fjölbýrja veit hvað hún er að fara út í og veit hvað hún vill og vill ekki. Þetta er þó ekki algilt frekar en annað. Helmingur kvennanna í rannsókninni er sammála um að möguleikarnir hafi orðið fleiri með hverju barninu, einnig frumbyrjanna.

Þess eru einnig dæmi að valmöguleikar minnki með reynslu kvenna af fæðingum. Þannig var um þrjár frumbyrjur sem allar höfðu litið á fæðingu sem eðlilegt ferli sem þyrfti ekki sérstaks viðbúnaðar við. Fæðingar þeirra enduðu í sogklukkufæðingum og bráðakeisara og þær sáu fyrir sér að þær og börn þeirra hefðu ekki lifað af við minna tæknivæddari aðstæður en fæðingardeild LSH. Eftir þessa reynslu kemur ekki annað til greina en að fæða inni á sjúkrahúsi þar sem hægt er að grípa inn í ef eitthvað kemur uppá, og ein þeirra getur helst ekki hugsað sér annað en fyrirfram ákveðinn keisara. Tvær þessara kvenna hafa síðar átt „eðlilegar“ og „góðar“ fæðingar í Hreiðrinu.

Konur sem hafa ekki val á fæðingarstað

Aðeins fáar kvennanna sem tóku þátt í rannsókninni töldu sig ekki hafa haft val um fæðingarstað og þá eingöngu sem frumbyrjur, það er með fyrsta barn. Þannig talar ung kona um að fyrsti fæðingarstaðurinn hafi ekki verið meðvitað valinn, heldur hafi ekki neitt annað verið í boði. Fleiri segjast hafa vitað af einhverjum fæðingarstöðum sem ekki komu til greina fyrir þær og því hafi þær fengið þá upplifun að ekkert annað væri í boði. Sem dæmi um þetta er kona sem vildi vera nærri hátækninni og því kom Fæðingarheimili Reykjavíkur ekki til greina þótt vissulega færu fram fæðingar þar á þeim tíma.

Almenn viðurkenning heilbrigðisstarfsfólks á fæðingarstað virðist vera nokkuð stór þáttur í því hvaða fæðingarstaðir konum finnst vera í boði. Frumbyrja orðar það þannig:

Það einhvern veginn bara LÁ beint við [að fæða á LSH] vegna þess að það var enginn annar staður. Nema náttúrulega heima. Og ég man ekki til að við höfum nokkurn tíma rætt um að fæða heima. En samt...voru það fæðingar og ýmislegt í gangi. (*Þá á spítölum?*) Nei, ekkert endilega. Ég hafði heyrt um það og lesið um

Það og mér fannst það áhugavert og allt það. En kerfið líka er ekkert að ýta svona hlutum að manni.

Heimafæðingar og vatnsfæðingar hafa ekki verið viðurkenndir fæðingarstaðir eða - máti fyrir en um síðustu aldamót. Ef kerfið stingur ekki upp á fæðingarstöðum virðist það jafngilda því að þeir séu ekki í boði. Ung frumbyrja segist ekki hafa vitað af því að það *maetti* fæða fyrsta barn heima. Að sama skapi vissi fjölbyrja ekki að hún *gæti* valið sér fæðingarstað úti á landi ef hún bara vildi. Svo virðist sem konurnar séu nokkuð bundnar af því hvað má og hvað má ekki og hver er það þá sem gefur leyfið?

Viðhorf til fæðinga

Töluverður munur er á frumbyrjum og fjölbyrjum hvað varðar tilfinningu þeirra fyrir fæðingunni og þar af leiðandi hvaða fæðingarstaði þær velja. Áhugavert er að sjá hvernig flestum konunum vex ásmegin með hverri fæðingunni. Sumar konur eru reyndar alltaf kvíðnar og aðrar fullar tilhlökkunar og fæðingarreynsla enn annarra veldur þeim kvíða þó að þær hafi ekki verið kvíðnar fyrir fæðinguna og öfugt. Eins og í lífinu sjálfu er hér ekki um neina reglu að ræða heldur er upplifun hverrar konu einstaklingsbundin og einstök og minnir á að veruleikinn er flóknari en svo að hægt sé að setja mælistiku á hann, í besta falli tekst að lýsa mismunandi aðstæðum.

Frumbyrjur

Flestum konunum í rannsókninni fannst þær ekki vita hvað þær væru að fara út í þegar kom að fyrstu fæðingunni. Þónokkrum konum fannst þær þó hafa einhverja hugmynd um það sem í vændum var og hlökkuðu til fæðingarinnar á meðan hinar fyrirnefndu voru oft á tíðum hræddar við óvissuna, þótt það væri ekki algilt.

Þegar ég átti [Brand], ég er að spá í hvort maður hafi verið svona ofboðslega óharðnaður og óþroskaður. Að ég til dæmis gekk þarna viku fram yfir og þegar ég fékk hríðirnar var ég viss um að þetta væru bara einhverjir aðrir verkir. Þetta var svona næstum því afneitun, ég hugsa að ég hafi bara verið svona hrædd. Ég ætlaði ekki upp á spítala og Kjartan [maður hennar] þurfti eiginlega að draga mig út til

að fara með mig uppeftir. Ég tók ekkert með mér... ekki einu sinni sloppinn, ég ætlaði ekki að fara að leggjast inn.

Ung kona veltir fyrir sér eftir á hvort hún hafi verið „óhörðnuð og óþroskuð“ þegar kom að fæðingu frumburðar hennar. Hún hafði velt fæðingunni og meðgöngunni mikið fyrir sér og lesið sig til og var örugg í höndum læknis sem hún þekkti en einnig hrædd við hið óþekkta.

Var ekkert mikið að þæla í þessu [fæðingarstaðnum] þá, þældi samt mjög mikið í öllu sko, þó að ég væri ekki eins áhyggjufull eins og seinna. Af því að þá vissi maður ekkert... þú veist, náttúrulega ekkert fyrst. Þetta er náttúrulega algjörlega óskrifað blað.

Margar kvennanna eru sammála henni og furða sig á hversu afslappaðar þær hafi verið fyrir fyrstu fæðinguna. Engu er líkara en þeim finnst þær hafa verið of afslappaðar miðað við aðstæður. Skýring þeirra á þessu er oftast en ekki ungur aldur og reynsluleysi. Fjölbýrja á fimmtugsaldri útskýrir áhyggjuleysi sitt fyrir fæðingu fyrsta og annars barnsins, með því að vitna í að hún hafi aðeins verið nítján og tuttugu og þriggja ára „og ekkert svo mikið að þæla í þessu“. Hún talar um að þegar hún hafi eignast þriðja barnið hafi hún verið orðin þrjátíu og tveggja ára og „var orðin áhyggjufyllri yfir gangi mála“. Fleiri konur taka undir með henni og segjast ekki hafa hugsað út í að neitt gæti komið upp á fyrr en með síðustu börnin, þá komnar á fertugs- og fimmtugsaldurinn.

Barnalegt útlit og ungur aldur virðist minnka líkurnar á því að konur fái að upplifa fæðingu barna sinna eins og þær vilja. Það er að minnsta kosti skýring tveggja ungra frumbyrja sem fannst þær mæta ákveðnum fordómum heilbrigðisstarfsfólks í fæðingum sínum. Önnur þeirra segir að hún hafi oft þurft að líða fyrir barnalegt útlit sitt því fólk haldi iðulega að hún sé yngri en hún er. Jafnframt segist hún ekki hafa náð almennilega tengslum við aðra ljósmóðurina sem aðstoðaði hana í fæðingunni og fannst viðmót hennar óþægilegt; „hún hefur kannski haldið, fannst ég vera svolítið ung...“ Hin segist hafa fundið fyrir því hjá ljósmæðrunum að hún hafi verið ung frumbyrja. Henni fannst þetta óþægileg

reynsla þar sem henni sjálfri fannst hún fullorðin og dugleg, ekki síst þar sem hún og maki hennar höfðu keypt sér íbúð og báru fulla ábyrgð á sér sjálf þótt ung væru.

Frumbyrja um þrítugt finnur fyrir hvoru tveggja að fólki finnist hún reynslulaus af því að hún er frumbyrja en einnig að því finnist að hún eigi að vera reynslumeiri og vita meira þar sem hún er orðin tuttugu og átta ára. Hún benti þeim á að hún hefði ekki átt barn fyrr þó að hún væri orðin þetta gömul, þetta væri nýtt fyrir henni: „Bíddu hvaða máli skiptir það [aldurinn]? Það hefði ekki munað hvort ég var sextán ára eða tuttugu og átta, þú veist, ég hefði ekkert vitað þetta frekar.“ Konan finnur fyrir ákveðnum þrýstingi í báðar áttir, bæði að hún eigi að vita fátt og vera reynslulítill en einnig sökum aldurs eigi hún þrátt fyrir reynsluleysið að hafa meiri vitneskju en yngri frumbyrjur. Auk þess upplifir hún í sónar að heilbrigðisstarfsmaður neitar henni um þær upplýsingar sem hún biður um á þeim forsendum að hann vilji ekki hræða hana að óþörfu. Konan hafði þó hvort tveggja menntun og fjölskyldusögu til að skilja hvað um var að vera og vegna þessa var henni mikið í mun að fá meiri upplýsingar.

Svo virðist sem reynsla og þroski séu lögð nokkuð að jöfnu hér og ætlast til þess að þroski konunnar bæti henni upp reynsluleysið. Orð annarrar eldri frumbyrju styðja þetta: „Þegar maður er orðinn svona gamall [fertugur] að þá er maður bara raunsærri, maður hugsar öðruvísi heldur en tvítugar stelpur, það er bara: „Fæðing, bara *peace of cake*“. Hún ímyndar sér að ungar stelpur séu ekkert að velta sér upp úr hlutunum og að fæðingarfélið sé að minnsta kosti öðruvísi upplifun eftir því á hvað aldri konan er.

Konurnar tala hér um að með reynslu og þroska hafi þær öðlast vitneskju um að fæðing getur verið mjög erfið og sársaukafull, auk þess sem sumar þeirra verða áhyggjufyllri út af því að ýmislegt geti farið úrskeiðis í fæðingu, en það virðist frekar koma með aldrinum hjá sumum þeirra. Svo virðist einnig sem þetta viðhorf sé að einhverju leyti algeng hugsun meðal ljósmæðra þar sem nokkrar kvennanna fengu athugasemdir frá ljósmæðrum sínum varðandi reynslu eða reynsluleysi vegna aldurs. Einnig urðu nokkrar kvennanna varar við fordóma ljósmæðra í sinn garð vegna barnalegs útlits og ungs aldurs í fyrstu, annarri og jafnvel þriðju fæðingu. Engu að síður á þetta viðhorf ekki við um allar konur, allstór

hluti kvennanna í rannsókninni öðlaðist aukið öryggi og styrk með hverri fæðingu eins og síðar verður rætt.

Í þessu tilliti má segja að reynsluleysi valdi jákvæðu viðhorfi frumbyrja til fæðinga, það er að þær kvíða þeim ekki og bíði jafnvel eftirvæntingarfullar eftir þeim. Samt sem áður virðist merkingin snúast við, verða neikvæð og tengjast jafnvel ábyrgðarleysi. Það má spyrja sig hvort áhyggjur og kvíði séu eðlilegra eða ákjósanlegra hugarástand fyrir fæðingar en afslappaða „ungmæðrahugarástandið“ sem sumar konurnar tala um að þær hafi upplifað fyrir fyrstu fæðinguna sína? Ef til vill gæti þetta þýtt að reynsluleysi sé jákvætt eða vísar áhyggjuleysið til ábyrgðarleysis þess sem ungur er og ekkert veit? Að minnsta kosti örlar hér á fordómum í garð ungra mæðra.

Í hugum sumra kvenna er reynsluleysi jákvætt. Fjölbyrja telur að ekki sé hægt að endurupplifa fyrstu fæðinguna: „Það verður aldrei eins... magnað“, segir hún. Hún telur reynsluleysi frumbyrja gera það að verkum að fæðingin verður svona einstök, síðar viti konur hvað þær eru að fara út í og séu ekkert stressaðar fyrir fæðingunni eða brjóstagjöfinni. Hún upplifði mjög kröftuga fyrstu fæðingu þar sem hún var við stjórn allan tímann og finnst síðari fæðingar „jákvætt hversdagslegar“ í samanburði við hana.

Þótt svo að flestar kvennanna hafi rennt nokkuð blint í sjóinn með fyrstu fæðingu töldu sumar þeirra sig vita nokkurn veginn hvað þær væru að fara út í. Þær voru búnar að lesa sig mikið til um og undirbúa fæðinguna vel. Þessar konur eru fyrirfram á sama stigi og konur sem öðlast öryggi og fullvissu eftir fyrstu eða aðra fæðinguna. Þær hafa hana frá upphafi og ganga öruggar og fullar eftirvæntingar til fyrstu fæðingar sinnar. En þrátt fyrir þessa fullvissu kom fæðingin þeim flestum á óvart að einhverju leyti.

Fjölbyrjur

Líkt og með annað stjórnast væntingar til fæðinga og val á fæðingarstað af fyrri reynslu. Velflestar konurnar í rannsókninni lýstu því hvernig þær urðu öruggari og ákveðnari með hverri fæðingu. Þær vissu hvað þær voru að fara út í og voru því síður kvíðnar og hræddar, heldur hlakkaði til fæðingarinnar og völdu jafnvel fæðingarstaðinn af kostgæfni. Konurnar sögðu miklu skipta að þær vissu hvað þær

væru að fara út í og sögðust jafnvel ekki líkja fyrstu og annari fæðingunni saman, svo ólíkar hafi þær verið. Fjölbyrja sem fæddi bæði börn sín á sjúkrahúsi nærri Reykjavík lýsir vel breytingunni milli frumbyrju og fjölbyrju:

Með fyrsta barn þá leitarðu í öryggi. Þú vilt hafa einhvern sem þér finnst geta haldið í höndina á þér og þú leitar eftir, ákveðinni svona „ístöðu“. Það er haldið á þér alla leið. Og þú vilt hafa það þannig. Seinna, maður þarf kannski ekki eins mikið á því að halda þá, með seinna barn. Þú veist nokkurn veginn hvað þú ert að fara að ganga í gegnum. Og þú þarft ekki svo mikið [á því að halda] að fólk sé svona alveg við hliðina á þér. Það er breyting, rosaleg breyting. Og þá er þetta orðið svona, bara sjálfstæðari, miklu sjálfstæðari hlutur. ... Við vorum bara tvö ein inni í herbergi [hún og makinn] hún [ljósmóðirin] kom bara inn annað slagið. Aftur á móti með fyrsta barn þá var fólk yfir mér allan tímann.

Eftir fyrstu fæðingu hafa konur fengið reynslu af því hvernig það er að fæða barn, þær vita hvernig fæðing gengur fyrir sig í stórum dráttum og hverju þær geta búist við næst. Hafa ber í huga að engar tvær fæðingar eru eins, ekki einu sinni hjá sömu konunni. Engu að síður er fæðingarferlið oftast hið sama og konunum finnst töluvert öryggi í því að átta sig á því. Reynsla af fæðingum hefur þó aðra og neikvæðari merkingu fyrir hluta viðmælanda eins og áður er nefnt.

Kaflí 6. Undibúningur og viðhorf

Fræðsla og undirbúningur fæðingar

Val á fæðingarstað fer ekki síst eftir því hvort fólk er meðvitað um hvaða fæðingarstaðir eru í boði og rétt sinn til að velja þann fæðingarstað sem því hugnast best. Til þess að geta framkvæmt þetta val telja margar konur nauðsynlegt að afla sér upplýsinga með því að fara á fæðingarnámskeið. Öðrum konum finnst þær ekki þurfa á þessari þjónustu að halda þar sem formæður þeirra komust í gegnum fæðingar án hennar og enn aðrar eru útlærðar eftir reynslu af fæðingum, enda undantekning meðal kvennanna í rannsókninni að fjölbyrjur fari á fæðingarnámskeið. Hér mun ég skoða hvaða fræðslu viðmælendur mínir sóttu sér og hvernig þær undirbjuggu sig fyrir fæðingu barna sinna.

Konur sem fóru á námskeið á meðgöngu

Flest allar konurnar í rannsókninni eru á því að fræðsla um fæðingar sé af hinu góða og sóttu fæðingarnámskeið á meðgöngu. Aðeins fáar þeirra voru óánægðar með námskeiðið og fannst það ekki nýtast þeim sem skyldi. Óánægja kvennanna stafaði aðallega af því að þeim fannst þær ekki fá næga fræðslu um það sem miður gæti farið í fæðingum. Þegar þær lentu síðan í því sjálfar að þurfa í keisarafæðingu vissu þær ekkert um hana.

Aðrar konur í rannsókninni töldu fæðingarnámskeiðin góða undirstöðu fyrir fæðinguna og í raun nauðsynleg. Flestar kvennanna fóru á hefðbundin námskeið á vegum mæðraverndar og heilbrigðisstofnana, en nokkrar sóttu óhefðbundin námskeið, svo sem *Active Birth* námskeið hjá Magna Mater, meðgöngujóga og námskeið í öndun. Sumar þeirra tóku líka hefðbundin námskeið. Auk þess lásu allar konurnar sig til, sumar hverjar mjög mikið en aðrar minna. Þær konur sem fæddu síðastliðinn hálfu áratuginn leituðu sér einnig upplýsinga á netinu, til dæmis á www.barnaland.is, www.ljosmodir.is og www.femin.is, auk þess að leita að greinum tengdum fæðingum. Þá ræddu þær við mæður sínar og vinkonur

um meðgönguna og fæðinguna. Það má því segja að engin kvennanna hafi verið algjörlega óundirbúin þegar kom að fæðingu þótt svo að þær telji sig hafa verið misvel undirbúnar.

Margar kvennanna segja að byrja mætti fyrr að upplýsa unglinga og ungt fólk um fæðingar og barneignir. „Af hverju má ekki bara byrja að dæla þessu [fræðslu um fæðingar] í börn bara í menntaskóla?“ spyr ein konan. Hún er á því að „lestur og skrift og stærðfræði [séu] ekki allt í lífinu“. Hún segir það vissulega mikilvæg atriði en að „miklu mikilvægara [sé að] þú lærir á lífið“. Hún vill að börn læri sem fyrst um lífið og tilveruna og finnst upplýsingum um fæðingar ekki sinnt sem skyldi og að nauðsynlegt sé að auka þá fræðslu. Margar kvennanna eru sammála henni.

Nær öllum konunum í rannsókninni fannst eðlilegt að hinir ýmsu fæðingarstaðir væru kynntir á fæðingarnámskeiðum. Ung frumbyrja, sem var í fæðingarfræðslu úti á landi og mæðravernd í Reykjavík, segir hvorn staðinn um sig hafa lagt áherslu á fæðingar á þeim stað.

Áður hefur komið fram að óhefðbundnum fæðingum sé ekki endilega haldið að ófrískum konum frá hendi heilbrigðisstétta eða –yfirvalda en þetta virðist þó vera að breytast. Reykvísk fjölbyrja talar um að þegar hún átti annað barn sitt um árið 2000 hafi heimafræðingaráherslan verið komin inn í myndina en á henni hafi ekki örlað þegar hún átti fyrsta barn sitt um miðjan níunda áratug síðustu aldar. Þessi áhersla á óhefðbundna fæðingarstaði er ekki almenn meðal heilbrigðisstarfsfólks að sögn kvennanna og virðist vera frekar nýtilkomin. Konur sem fæddu fyrir tæpum áratug síðan kannast ekki við að ýmsir fæðingarstaðir hafi verið kynntir fyrir þeim á námskeiðum eða í viðtölum við heilbrigðisstarfsfólk. Konur sem fætt hafa í þéttbýliskjarna nærri Reykjavík (1995-2006) hafa sjálfar þurft að afla sér upplýsinga um þá staði. Það gæti þó skekkt myndina að engar þeirra voru á fæðingarnámskeiði fyrir þær fæðingar, heldur höfðu þær sótt þau með fyrri börn. Engu að síður voru þessar konur í viðtölum við ljósmæður og lækna í mæðraskoðun.

Athygli vekur að þær konur sem höfðu verið í jóga og öðrum slökunar-námskeiðum á meðgöngu voru allar jákvæðar fyrir fæðingunni og margefldust við

hana. Ljós móðir í mæðravernd lét eina þessara kvenna, unga frumbyrju, hafa upplýsingar um góða hreyfingu á meðgöngu og athugaði hún alla möguleika, meðal annars, magadans, sund og jóga og fann út að jógað hentaði henni best út frá þeim tíma og peningum sem hún hafði úr að spila. Hún segir að jógað hafi „opnað einhvern veginn allt aðra vídd á mér sko. Nú er ég næstum því farin út í öfgarnar með taubleiur og þú veist, komin í spjallgrúbbu á netinu og eitthvað – Taubleijufólkið!“ Unga konan segir jógað hafa ýtt duglega við sér og fengið hana til að skoða nýja möguleika sem hún hafði ekki hugsað út í fyrr.

„Konur með einn í útvíkkun fá enga samúð“

Árið 2002 kom út bókin „Konur með einn í útvíkkun fá enga samúð,“ undir ritstjórn Eyrúnar Ingadóttur, Margrétar Jónsdóttur, Sóleyjar Tómasdóttur og Svandísar Svavarsdóttur. Um helmingur kvennanna í rannsókninni hafði lesið bókina og voru allar ánægðar með hana. Ungri frumbyrju fannst gott að hafa einhverja hugmynd um hvað hún var að fara út í áður en hún fór í fæðingu. Hún segist hafa fengið forsmekkin af því með því að lesa bókina. Önnur frumbyrja var einnig hrifin af bókinni: „Mér fannst þetta rosa gaman, rosa spennandi að lesa svona fæðingarsögur.“ Hún segir að bókin hafi styrkt hana í því að standa með sjálfri sér, ekki síst þar sem hún var frumbyrja og „svo rosalega mikið að vaða út í eitthvað sem maður veit ekki hvað er með fyrsta barn. Mér fannst mjög gott að hafa lesið þessa bók“.

Eftir að maður einnar heima fæðingarkonunnar las bókina sannfærðist hann um að fæðingargangur LSH væri ekkert fyrir hann og konu hans. Hann kom henni verulega á óvart með þessu því að hún var áður búin að setta sig við að „þurfa að ganga í gegnum“ sjúkrahúsfæðingu með fyrsta barn til að sannfæra mann sinn um heima fæðingu. Þau hjón komu bæði úr fjölskyldum sem studdu fæðingu í hátækni umhverfi.

Ung frumbyrja segir frá því hvernig viðbrögð fólks við sömu bók voru mjög mismunandi á fæðingarnámskeiði sem hún sótti:

Sum[ar] sögðu að þ[æ]r hefðu lesið þetta [„Konur með einn...“] og það hefði bara gert þær stressaðar og hræddar að lesa um hvað sumar fæðingar fóru mikið

úrskaiðis og svona sko. Ég upplifði það ekki þannig, mér finnst bara öll svona upplýsing, eitthvað sem er annað hvort talað um í samfélaginu eða skrifað um þannig að maður hafi einhvern aðgang að upplýsingum, mér finnst það alltaf jákvætt. Þá getur maður alltaf metið sína stöðu betur og tekið sjálfstæða ákvörðun um hvernig maður vill hafa sína hluti sko. Ekki bara gera ráð fyrir að maður sé settur inn í einhvern svona farveg sko, bara um leið og maður sé orðinn óléttur að þá sé þetta bara einhver svona kerfisbundinn farvegur þar sem allir verða að gera eins. Við höfum miklu meiri valmöguleika heldur en margir halda sko.

Henni finnst nauðsynlegt að fólk sé upplýst svo að það hafi val. Að hennar mati hefur maður ekki val ef maður veit ekki hver réttur manns er og hvað er í boði.

Konur sem fóru ekki á námskeið á meðgöngu

Fjórdungur kvennanna í rannsókninni fór ekki á fæðingarnámskeið fyrir fæðingu vegna þess að þær vildu ekki eyðileggja eigin fæðingarreynslu með því að vera búnar að mynda sér einhverjar skoðanir um þær. Þessar konur forðuðust einnig að lesa fæðingarsögur af sömu ástæðu. Ung frumbyrja, sem fór meðvitað ekki í fæðingarfræðslu af því að hún vildi ekki vita of mikið fyrir fyrstu fæðinguna, segir:

Ég held það sé rosalega gott að vita ákveðna hluti með fyrsta barn, en samt ekki of mikið. Ég held að það sé bara betra vegna þess að þá fari maður með jákvæðu hugarfari í fæðinguna og vinnur bara út því sem þú upplifir þá þar. Ég til dæmis horfði ekki á fæðingarmyndbönd og fór ekki í fæðingarfræðslu af því að ég vildi fá að upplifa þetta fyrir mig. Og sem var síðan bara ofboðslega góð lífsreynsla og bara ekkert slæm. Ég segi það að of mikil fræðsla geti líka verið neikvæð sko.

Skiptar skoðanir eru um þetta meðal kvennanna en gegnumgangandi telja þær mikilvægt að vera jákvæðar gagnvart fæðingunni. Sumar telja þó að til þess sé best að vita sem minnst um hana en aðrar sem mest.

„Ég leit svo á að ef formæður mínar gátu eignast börn án þess að fara í öndunaræfingar þá gæti ég það líka“ er svar frumbyrju á fertugsaldri við spurningunni um hvort hún hafi farið á fæðingarnámskeið? Hún upplifði sig aftur á móti að einhverju leyti illa upplýsta að hafa ekki farið á námskeið þegar að

fæðingunni kom. Hún hafði þó lesið sig til og fylgst með hvernig barnið stækkaði. Hún var ósátt við það að í bókinni sem hún las stóð að fæðingarstærð barns miðaðist við stærð móður. Sú varð hins vegar ekki raunin og þar sem maki hennar er mjög hávaxinn en hún lágvaxin upplifði hún afar erfiða fæðingu sautján marka höfuðstórs drengs, lifandi eftirmyndar föður síns.

Frumbyrja á þrítugsaldri fór ekki í neina fræðslu á meðgöngu: „Ég er svona hyper woman, sko. Mér fannst algjör óþarfi að vera eitthvað að leita eftir einhverjum, námskeiðum eða upplýsingum um það hvernig ég ætlaði að fæða mitt barn, sjáðu, ég ætlaði bara að gera það frá náttúrunnar hendi.“ Hún sér mjög eftir því að hafa ekki farið á fæðingarnámskeið og telur að það hafi verið mistök. Hún leggur mikla áherslu á að fólk sækir sér fræðslu um hver réttur þeirra sé og hvað þau geti beðið um, enn fremur segir hún:

Ég hvet konur til að fara í fræðslu. Ég bara hvet þær. ...hugsaðu þetta aðeins! Þú veist, vertu svolítið með í því sem er að gerast í þínu lífi. Þetta er stór stund og þegar þú sem kona tekur fullan þátt í því sem er að gerast þá virkilega upplifirðu það sem er að gerast. Það er bara þannig.

Af þessum orðum má ráða að fæðingin skipti þessa konu miklu máli og að hana beri að undirbúa. Henni finnst fæðingin „stór stund“ og vill vera fullur þáttakandi í henni. Hér talar hún af reynslu, hún hefur reynslu af hvoru tveggja, að vera meðvituð og ómeðvituð og hún „...hvet[ur] ...ungar konur til að hugsa,“ aðeins þannig verða þær meðvitaðar um hvað stendur þeim til boða og hvaða rétt þær hafa og gera þannig allt sem í þeirra valdi stendur til að fá þá fæðingu sem þær helst kjósa sér. Fyrir svo mikilvægan atburð í lífinu er nauðsynlegt að vera vel upplýstur.

Væntingar

Væntingar kvenna til fæðinga eru misjafnar og hafa bein áhrif á val á fæðingarstað. Sumum þeirra finnst fæðingin ekki skipta neinu máli. Aðrar vilja ljúka henni af sem fyrst, kvíða henni og vilja slá alla varnagla. Enn aðrar líta á fæðinguna sem stóran og jákvæðan atburð í lífi sínu og vilja gera sem mest úr henni og hlakka til hennar. Margar kvennanna tala um hversu nauðsynlegt það er að vera jákvæður

fyrir fæðingunni og þekkja líkama sinn vel eða eins og ein konan orðar það; „að vera í góðum tengslum við þíkuna á sér.“

Ég hefði til dæmis orðið alveg ótrúlega svekkt ef ég hefði verið tekin með keisara. Ég fékk að fæða börnin mín og ég er rosalega þakklát fyrir það. Það er það sem ég vildi og ég hafði þær væntingar að fá að upplifa að fæða barn. Ég hlakkaði rosalega mikið til að fá barnið í hendurnar og ég vildi lifa mig inn í það. Ég vildi fá að taka þátt í því og vera bara. Ég var að fæða af mér líf og mér fannst það eitthvað alveg æðislegt. Væntingarnar mínar voru bara þessar. Það var bara eitthvað sem mér fannst vera bara æðislegt.

Þetta er svar fjölbyrju við spurningunni um hvort hún hafi gert sér einhverjar væntingar til fæðinganna sinna? Allflestar konurnar í rannsókninni gerðu sér væntingar til fæðinga sinna, að minnsta kosti höfðu þær einhverja mynd af því hvernig fæðingin ætti að vera og hvernig hún ætti ekki að vera. Flestar konurnar töluðu um að væntingar þeirra til fæðinga sinna séu að geta fætt með sem fæstum inngrípum. Ung fjölbyrja sem átti öll sín börn á fæðingadeild LSH segist ekki vilja tangir, sogklukku eða vera klippt; hún vill reyna allt annað fyrst „nema það væri spurning um líf og dauða“. Flestar konurnar eru sammála henni um inngrípin, þær segjast skilja að stundum þurfi að grípa inn í fæðingu en vilja helst vera lausar við það.

Kona sem fæddi annað barn sitt heima segist vera sorgmædd yfir því hversu margar konur haldi að fæðing sé eitthvað „hræðilegt, ja, maður verður bara að láta sig hafa það og maður gleymir þessu þegar þetta er búið“. Og þess vegna er „best að tala sem minnst um það.“ Hún segir konur hvattar til að fara ekki í fæðingu með neinar væntingar því að þá verði þær bara svekktar. Þetta er engu að síður viðhorf tæps helmings kvennanna í rannsókninni um fæðingar. Margar kvennanna kvíða fæðingum sínum og vilja þess vegna ekki hugsa mikið út í þær fyrirfram. Hjá öðrum verður kvíðinn til þess að þær skipuleggja fæðingarnar út frá honum líkt og tvær konur í rannsókninni gerðu, önnur með því að skrifa óskalista og hin með því að velja annan fæðingarstað en hún hafði gert áður.

Blendnar tilfinningar eru um deyfingar meðal kvennanna og algengt er að þær hafi væntingar til deyfingarlausra fæðinga. Sumar þeirra segja að þær hefðu orðið svekktar ef þær hefðu þurft á deyfingu að halda í fæðingu. Engu er líkara en að hér sé um einhverja „mann dómsvíglu“ að ræða þar sem fæðing án deyfinga er toppurinn en mænudeyfing og keisarafæðing eru á botninum. Kona, sem annars veltir sér ekkert upp úr fæðingum, segir:

Ég ætlaði nú helst ekki að nota einhver verkjalyf. Ég ætlaði nú helst að gera þetta sjálf, ég gæti þetta nú örugglega. Ég man bara að besta vinkona mín átti strák í maí og þetta gekk allt svo vel hjá henni, hún notaði sko engin verkjalyf. Hún hefur alltaf verið svo lítil og fíngerð og ég hef verið svona íþróttastelpa og hún meira svona, spila á píanó. Fyrst hún gat þetta þá hlyti ég nú að geta þetta líka.

Það gekk líka eftir hjá henni og fæðingin gekk mjög hratt og ágætlega fyrir sig. Konurnar bera sig saman við það sem þær þekkja og ætla að gera jafn vel, ef ekki betur. Svo virðist sem margar kvennanna hafi einhverja hugsun um „réttan“ fæðingarmáta sem eins konar viðmið og að hann sé helst án inngrípa og með sem minnstum deyfingum. Það er aftur á móti spurning hvað þær gera sjálfar í fæðingu og hvort þær höndla þær á þann máta sem þær sáu fyrir sér fyrir fæðinguna. Konurnar voru þó á því að þær tækju því sem að höndum bæri en gerðu ýmislegt til að fá það út úr fæðingunni sem þær vildu frekast sjálfar.

Eins og áður sagði gerðu flestar kvennanna sér væntingar til fæðingar barna sinna, meðvitað og ómeðvitað. Aftur á móti voru ekki allar þeirrar gæfu aðnjótandi að fá þessar væntingar uppfylltar. Frumbyrja á þrítugsaldri hlakkaði til fæðingarinnar sinnar og fannst hún „bara svona einhver æðisleg áskorun“. Hún taldi sig hafa háan sársaukaþröskuld og ætlaði að nota nálastungu til að deyfa sársaukann. Þetta viðhorf hennar breyttist í fyrstu fæðingunni sem var mjög erfíð og hún rifnaði mikið. Þegar ég talaði við hana átti hún von á öðru barni sínu og fór sú fæðing fram í Hreiðrinu og gekk mjög vel.

Og núna, þá hlakka ég til að vera búin með fæðinguna. Og ég finn ekki fyrir neinum sérstökum kvíða gagnvart fæðingunni en... mér finnst ég ekkert örugg um

Það að ég ráði við þetta. Núna er miklu ofar í mínum huga valmöguleikar um mænudeyfingu eða eitthvað svoleiðis, heldur en þá sko.

Fyrir fyrstu fæðingu hennar hafði móðir hennar sagt: „Konurnar í okkar ætt nota ekki verkjalyf í fæðingu, þær þurfa það ekki.“ Unga konan var alveg sammála henni. Það var því algjört stílbrot að hún þurfti á deyfingu að halda og bæði um hana. „Það er einhver ósigur í því að fá mænudeyfingu“ að hennar mati. Hún átti í miklum erfiðleikum eftir fæðinguna að setta sig við að hafa beðið um deyfingu, þótt svo að hún fengi hana ekki vegna þess að of langt var liðið á fæðinguna til að hægt væri að koma því við.

Það má segja að væntingar tveggja barna reykvískrar móður til fæðinga hafi staðist í hvorugt skiptið. Í fyrra skiptið var hún sett af stað vegna þess að hún var komin á 42. viku í meðgöngu. Vegna gangsetningarinnar varð hún að fæða á sjúkrahúsi en hafði ætlað að fæða heima. Seinni fæðingin gekk hins vegar næstum of vel: Hún var búin að undirbúa sig fyrir heimafæðingu og tilbúin að leyfa fæðingunni að ganga sinn gang með öllu því sem það tæki. Fæðingin gekk aftur á móti hratt og auðveldlega fyrir sig og var eiginlega búin áður en hún byrjaði. Engu að síður naut hún fæðingarinnar og þess að vera heima allan tímann. Önnur heimafæðingarkona hefur svipaða sögu að segja af síðari fæðingunum sínum tveimur, en þær finnast henni ekkert í samanburði við þá fyrstu sem tók verulega á og var afrek í sjálfu sér.

Kafli 7. Orðræða um fæðingar

Með orðræðugreiningu er mögulegt að finna hvaða orðræða í samfélaginu hefur áhrif á val kvenna á fæðingarstað. Í fyrstu fjalla ég um orðræðu fæðingar eins og hún birtist í viðtölunum, því næst tengi ég orðræðu umfjöllunina saman. Að lokum greini ég sögulega samverkan orðræðunnar, eða eins og Ingólfur Ásgeir Jóhannesson (2006) orðar það: Set orðræðuna í sögulegt samhengi og reyni þannig að skýra hvers vegna hún er sem hún er. Undirliggjandi í greiningunni er valdastaða konunnar og hvernig hún upplifir stöðu sína í orðræðunni (Kristín Björnsdóttir, 2003; Kristín Loftsdóttir og Helga Björnsdóttir, 2005).

Greining

Í gögnunum er að finna sex viðverandi orðræður um fæðingar

1. Fæðingin er eðlilegur atburður – sjónarhorn kvenna
2. Fæðingin er eðlilegur atburður – sjónarhorn heilbrigðisstétta og norms¹⁵
3. Sjúkdómsvæðing fæðingarinnar – sjónarhorn kvenna
4. Sjúkdómsvæðing fæðingarinnar – norm
5. Forræðishyggi
6. Þögn um sjálfræði¹⁶

Eðlilegur atburður - sjónarhorn kvenna

Fæðing er eðlilegur atburður að mati helmings kvennanna sem tóku þátt í rannsókninni. Á orðum þeirra má ráða að ríkjandi orðræða um fæðingar er önnur en

¹⁵ Norm er notað um orðræðu almennings eins og hún birtist í gögnunum í gegnum konurnar. Um viðhorf heilbrigðisstarfsfólk hér er um það sama að ræða.

¹⁶ Í orðanna hljóðan hljómar hálf undarlega að tala um að þögn sé orðræða. Engu að síður hafa Eva Magnusson (1996) og Ingólfur Ásgeir Jóhannesson (2006) bent á að hægt sé að tala um orðræðu í þessu sambandi þar sem það sem ekki er rætt um getur verið það augljósa sem vantar inn í myndina, í þessu samhengi þögnina um sjálfræði kvenna og rétt þeirra til að ráða yfir líkómum sínum. Hér mætti með góðu móti horfa framhjá því að eitthvað sem er ekki sagt sé tekið sem orðræða samanber orðatiltækið „þögn er sama og samþykki“. Í þessu sambandi minnst ég þess einnig að hafa verið í áskrift í bókaklúbbi og ef ég lét ekki sérstaklega vita að ég vildi ekki „bók mánaðarins“ fékk ég hana senda í pósti. Hér gildir gamla orðatiltækið.

sú sem þær standa fyrir. Það má til dæmis sjá á því hvernig konurnar bera afstöðu sína saman við orðræðu sem felur í sér af sjúkdómsvæðingu fæðingarinnar. Ung kona, sem fæddi frumburð sinn heima, skýrir afstöðu sína til fæðinga og segir:

Ég veit ekki af hverju fólk hefur svona rosalega mikla trú á því að allt gangi vel inn á spítölum, sko. En eins og líka fyrir mér sko, FÆÐING, mér finnst þetta svo eðlilegur atburður og ég tengi sko frekar saman spítala, lækna og öll tækin og tólin sem eru þarna inni, við að vera lasin. ... Ég held þetta hefði frekar bara stressað mig heldur en að vera hérna heima bara með þægilega tónlist og kerti út um allt og eitthvað að maula smá súkkulaði eða eitthvað.

Önnur heima fæðingarkona er sammála henni. „Ég svo sem hefði aldrei farið niður á spítala og fannst nú svona spítalar fyrst og fremst vera fyrir sjúkt fólk, sjúklinga. En mér finnst meðgangan náttúrulega ekki vera sjúklegt ástand, í flestum tilvikum.“ Hún ímyndar sér að „ef fólk byggir sér þær hugmyndir, þá er stundum búið að búa til svolítið sjúklegt ástand úr meðgöngunni“. Hugmyndir sumra kvennanna um fæðingar mótast af því að þær eru aldar upp í sveit og eru vanar að vera í sauðburði og vera viðstaddar er kýr bera. Frumbyrja á fertugsaldri lýsir sjónarmiði sínu til fæðinga þannig:

Ég er náttúrulega alin upp í sveit og er búin að sjá ótal fæðingar á lömbum og kálfum og svona og það má eiginlega segja að þetta er bara eins, þetta minnir á að menn eru líka dýr, að við erum allar lífverur og fæðing barna er ekkert öðruvísi en fæðing annarra afkvæma eins og þessara spendýra. Og þegar maður sér sko hvernig þetta gengur fyrir sig á allan mögulegan máta finnst mér fæðingar kvenna mjög svipaðar. Sumar kindur eða kýr þjást mikið, aðrar, bara rennur þetta í gegn og svo er þetta misjafnt eftir fæðingum. Þannig að maður getur aldrei sko, það er aldrei neitt gefið þó að einhver fæðing gangi vel, að næsta gangi líka vel.

„Það dettur engum bónda í hug að leggja kindurnar sínar á bakið jafnvel þó að þær séu í erfiðri fæðingu, sko. Eða standi til að hérna hjálpa þeim eitthvað, en sjónarhornið [er] hentugra fyrir lækna“, segir heima fæðingarkona sem er uppalin

í sveit. Eldri frumbyrja er sammála henni og segir að fæðingarferlið sé „eðlilegt ferli og ef allt er eðlilegt þá á maður ekki að þurfa að vera inn á hátæknisjúkrahúsi“. Hún segist stundum hafa það á tilfinningunni að verið sé að sjúkdómsgera fæðingarferlið og finnst það ekki rétt. Margar kvennanna eru sammála henni en flestar slá þær varnagla; „ef allt er eðlilegt“. Konunum er ofarlega í huga að í þessum efnum er „aldrei neitt gefið“ eins og talað var um hér að framan. Kona sem fæddi úti á landi talar um það sama og bendir á að mæðraverndin gangi út á að fylgjast með því að allt sé eðlilegt og ef það er, sé ekkert því til fyrirstöðu að „gera þetta sjálf“. Mæðraverndin, eftirlitið, sem er afleiðing sjúkdómsvæðingarinnar, er nauðsynlegt hér til að skera úr um hvort fæðing eigi heima á hátæknisjúkrahúsi eða ekki. Hér er lífvald (*biopower*) Foucault (1991) í sinni hreinustu mynd þar sem yfirvöld hafa hemil á einstaklingunum í gegnum líkama þeirra, en Foucault taldi félagsmótun samfélagsins fara þá leið.

Eðlilegt ferli – sjónarhorn heilbrigðisstétta og norms

Hér er um að ræða upplifun kvennanna af því hvaða viðhorf heilbrigðisstarfsfólk og norm ber(a) til fæðinga. Tvær kvennanna í rannsókninni fengu stuðning við heimafæðingu hjá þeim ljósmæðrum sem þær voru í mæðraskoðun hjá og fannst það mikill styrkur. Ljósmóðir reykvískrar fjölbyrju spurði hana hvar hún ætlaði að fæða og studdi hana í því að fæða í á sjúkrahúsi nærri Reykjavík og var hún mjög ánægð með þetta.

Viðbrögð sem heimafæðingarkonur fengu við ákvörðun sinni um að fæða heima voru bæði jákvæð og neikvæð. Um neikvæðu hliðina verður fjallað síðar en sú jákvæða á heima hér. Fólk sem konurnar treystu til að segja frá áætlunum sínum um heimafæðingar var oft mjög jákvætt og fannst það spennandi kostur. Heimafæðing kvennanna hafði stundum þau áhrif að fleiri ákváðu að fara þá leið og voru mjög ánægðar með það.

Það kemur fyrir að heilbrigðisstarfsmenn eru óhefðbundnari í hugsun en góðu hófi gegnir að mati sumra kvennanna í rannsókninni. Þannig upplifði ung fjölbyrja að hún þyrfti að verja þá ákvörðun sína að fæða á fæðingargangi LSH, fyrir ljósmæðrum og öðru fagfólki sem hún þekkti. Þær hvöttu hana til að fæða heima eða í Hreiðrinu: „[N]ei, er það, ætlið þið ekki að vera með eitthvað svona

heima, eða hafa eitthvað svona kósí?“ [var spurt] „...og svo skildi alls ekki fólk af hverju ég vildi ekki fæða í Hreiðrinu! Ekki það að ég hafi neitt á móti því, mér fannst bara hitt einhvern veginn henta mér betur.“ Hér eru merki um efasemdaraddir fagfólks við sjúkdómsvæðingu fæðingarinnar. Svo virðist sem einhver hreyfing sé að vakna í átt til kven- og fjölskyldumiðaðri fæðinga, meira en verið hefur um allnokkurt skeið.

Sjúkdómsvæðing fæðingarinnar - sjónarhorn kvenna

Þrátt fyrir að um helmingur kvennanna líti á meðgöngu og fæðingar sem eðlilegt ferli sem þarfnist ekki sérstakrar hátekni við, eru flestar þeirra á því að öruggast sé að hún fari fram inni á sjúkrahúsi. „Hvað ef eitthvað kemur upp á?“ „Er þetta öruggt?“ „Hvað *má* og hvað *má* ekki í fæðingum?“ Þessi áhersla á að setja spurningarmerki við er ættuð úr áhættuhugsun og sjúkdómsvæðingu fæðingarinnar og þar með forræðishyggju þeirra sem þekkinguna hafa, það er heilbrigðisstéttanna. Foucault verður tíðrætt um tengsl valds og þekkingar sem í sameiningu skapa þann sannleika sem við búum við hverju sinni. Foucault segir sannleikann félagslega skapaðan og að hvert og eitt samfélag hafi sína sannleiksstjórnun, það er þá orðræðu sem talin er sönn.

„Það er svo stutt í allan þennan sektarkenndarpakka sko og mikið sko, alið á því að konur verði að eiga á spítölum“, segir kona sem fæddi heima. „Þú veist, ef eitthvað kemur fyrir, hvað þá?“ Eftir að hafa tekið ákvörðun um heimafæðingu velti hún því fyrir sér í fyrstu „[h]vað ef? Þá sit ég uppi með það að hafa tekið þessa ákvörðun.“ Þegar nær leið fæðingunni bjó fullvissan um að allt gengi vel, um sig í huga hennar, þar var hún komin með svarið við spurningunni „hvað ef?“ Allar konurnar í rannsókninni spyrja sig þessarar spurningar og svar flestra er í andstöðu við svar þessarar konu þótt svo að þær öðlist meira sjálfsöryggi með reynslunni. Tvær kvennanna segjast ekki hafa þorað að taka neina „sjensa“ varðandi fæðinguna og hafi þess vegna farið á sjúkrahús. Sektakenndarpakki heimafæðingarkonunnar og spurningar kvennanna eru sprottin úr sjúkdómsvæðingarjarðveginum þar sem það telst áhætta að fæða annars staðar en á sjúkrahúsi (Davis-Floyd, 2003; Holmqvist, 2000; Keller og Longino, 1999). Sumar kvennanna í rannsókninni tala

um að á sjúkrahúsi sé búið að gera ráð fyrir öllu og að þar séu „öll tæki og tól og þekking til staðar ef eitthvað kemur upp á.“

Sjúkdómsvæðing – norm

Töluverður munur er á viðbrögðunum sem konur fá við ákvörðun sinni um fæðingarstað eftir því hvort þær fara hefðbundnar leiðir eða ekki. „Það er eins og það sé einhvers konar norm að fæða á Landspítlanum“, segir ein kvennanna. Það er líkt og aðrar konur reki sig á það þegar þær fara gegn hefðinni og fæða heima eða á þéttbýlisstöðum nær eða fjær Reykjavík. Ung kona talar um að margir hafi hneykslast á henni fyrir að fara út á land að fæða en það voru þó sérstaklega kynsystur hennar. Körlum þótti það yfirleitt „flott hjá [henni] að fara til mömmu og klára þetta“. Fólkinu úti á landi fannst þetta „bara alveg æðislegt, ótrúlegt að koma að sunnan og eiga [úti á landi]“. Aðrar konur fá svipuð viðbrögð og unga konan þegar þær segja frá væntanlegum fæðingarstað sínum í þéttbýliskjarna nærri Reykjavík. Hjá þeim er það fjölskylda þeirra og fólk á stöðunum sem styður þær, en Reykvíkingar sem finnst þeir ekki nægjanlegt öryggi fjarri hátækninni á LSH. Hér örlar á því að aðstæður búi til orðræðu þar sem landsbyggðarfólki finnst í lagi að fæða fjarri hátækninni en þeim sem búa nærri hátækninni finnst það ekki, að minnsta kosti ekki að fara sérstaklega frá hátækninni. Athygli vekur þó að einhver munur virðist vera hér á kynjunum þar sem karlmönnum finnst í lagi að fara frá hátækninni en konum finnst það ekki.

Fjölskyldur kvennanna standa yfirleitt með þeim í ákvörðun sinni og sú var raunin hjá konunum sem ákváðu fyrirfram að fara í keisara. Fjölskyldan þekkir vel til kvennanna og veit um ástæður þeirra fyrir að fæða á óhefðbundnum fæðingarstöðum. Þess vegna mæta þær yfirleitt ekki fordómum úr þeirri áttinni. Ef ekki er um stuðning fjölskyldu við væntanlegan fæðingarstað að ræða, passa konurnar upp á að segja ekki af ákvörðun sinni, líkt og tvær kvennanna gerðu þegar heimafæðing stóð fyrir dyrum hjá þeim. Annað parið sagði það einungis þeim sem þau vissu að tækju því jákvætt. Konan útskýrir þetta: „Ég *nenni* bara ekki að þurfa eitthvað að réttlæta þessa ákvörðun af því ég vissi að þetta yrði umdeilt, sko.“ Hún er þó á því að hún og maki hennar hafi öðlast nokkuð vald til að velja sjálf þar sem

Þetta var þriðja barn þeirra og þess vegna hefði fólki ekki átt að vera stætt á því að efast um ákvörðun þeirra.

Þriðja heima-fæðingarkonan var hissa á viðbrögðunum sem hún fékk við ákvörðun sinni um að fæða heima. Henni fannst hún heyra það á flestum að þeir myndu ekki gera það sama og „að það væri ekki hægt að gera svona bara heima í stofu hjá sér, að þetta væri mjög *varhugavert*.“ Frændi hennar spurði hana hvort hún vildi ekki fæða í „sprungunni þarna á Þingvöllum?“ Því að þá gæti hún upplifað „alveg rosalega náttúru“. Konan varð mjög hissa á þessu: „Bíddu, þykir fólki þetta svona skrýtið? Fólki finnst þetta sko alls ekki vera eitthvað sem er sjálfgefið. Langt frá því, fyrir mér hefur þetta alltaf verið eðlilegasti hlutur í heimi.“ Hér mætast tveir heimur: Heimur sem álítur að fæðing sé eðlilegt ferli og heimur sjúkdómsvæðingar fæðingarinnar, hvor um sig er gáttaður á hinum.

Nær allar konurnar sem völdu fæðingarstað samkvæmt hefðinni fengu góð viðbrögð við ákvörðun sinni: „fólki fannst það eðlilegt“ segir ein kvennanna, samkvæmt þessu er „eðlilegt“ að fæða á sjúkrahúsi. Konur sem fæddu á sjúkrahúsi þurftu almennt ekki að gera grein fyrir ákvörðun sinni, nema ein sem rætt hefur verið um áður.

Forræðishyggja

Nátengd sjúkdómsvæðingunni og í raun angi af henni er orðræðan um forræðishyggju heilbrigðisstétta gagnvart fæðandi konum. Forræðishyggja kristallast í ábyrgð heilbrigðisstétta og ábyrgðarleysi kvenna í fæðingarferlinu. Ein kvennanna í rannsókninni hafði hugsað sér að fæða í vatni af því að hún hafði mikla trú á vatni sem verkjameðferð. Hún komst að því að:

Fæðingarlæknirinn tekur ekki ábyrgð á fæðingum í vatni. Ber hann ábyrgð á því? Ábyrgðin er sú að öll börn fæðist lifandi ef því ber að skipta. Hann telur alla vegana, ég veit ekki, að það sé meiri hætta á að börn deyi ef það er vatnsfæðing, einhverjar rannsóknir hlýtur hann að hafa fyrir því og hann vill fría sig þeirri ábyrgð með því að segja að hann taki ekki á móti börnum í vatni.

Konan var mjög svekkt yfir þessu og fannst þetta „svólítið skrýtið svona fyrst, en svo þegar ég þældi svólítið í þessu, náttúrulega, ef hann er ábyrgur fyrir þessu, og hann treystir sér ekki til þess að taka ábyrgðina að þá verð ég náttúrulega að virða þá ákvörðun hans.“ Hér leggur hún áherslu á að ákvörðunin hafi verið hans. Það er læknisins vegna sem hún fæðir ekki vatni eins og hún hafði gert ráð fyrir. Það er útbreidd skoðun að ábyrgðin liggi hjá læknum, en ekki hjá verðandi foreldrum eða ljósmóður. Fjögurra barna móðir segir frá svipuðum aðstæðum þegar hún útskýrir að ekki sé í boði að fæða heima í heimabæ hennar: „Ég held það sé enginn læknir sem treystir sér til þess að taka slíka ábyrgð.“ Í framhaldinu segir hún skoðun sína á heima-fæðingum og þeirri ábyrgð sem þeim fylgir fyrir móðurina:

Þetta [er] þá eitthvað sem þú tækir þá mikla áhættu á. Ég er ekki viss um að ég gæti fyrirgefið sjálfri mér ef eitthvað kæmi fyrir sko, í fæðingu. ... Ég held að það sé það versta sem móðir getur komist [í, að] vera örugg með sjálfa sig, ætla svo að eiga heima til dæmis, svo kemur eitthvað fyrir. Þá náttúrulega geturðu ekki ásakast við neinn nema þig sjálfa. Því það ert þú sem tókst ákvörðunina. Þannig, þú ætlaðir að gera þetta. Ég myndi ekki vilja taka svoleiðis ákvörðun. En ef ég væri kannski í fæðingu og þeir segðu: „Heyrðu, OK það er allt í lagi fyrir þig að fara heim og eiga.“ (*stórkallalega*) Þá myndi ég kannski gera það. Maður sæi, þú veist alveg hjart!

Ábyrgð konunnar í þessu tilfelli er að framselja ábyrgð. Sumar kvennanna í rannsókninni virðast álíta sem svo að ef þær fari inn á sjúkrahús til að fæða börn sín beri þær sjálfar ekki lengur ábyrgð á því sem gerist. Vald heilbrigðisstéttanna, í krafti þekkingar sinnar, er ótvírætt og almenningur viðheldur því með því að spyrja engra spurninga og hlýða því sem honum er sagt. Hér má með sönnu tala um lært hjálparleysi, það er að margar kvennanna hafa ekki trú á því að þær geti fætt sjálfar þar sem þær búa ekki yfir sömu þekkingu og heilbrigðisstarfsfólkið.

Forræðishyggja gerir lítið úr ábyrgð og ákvarðanatöku kvenna. Það fékk ein kvennanna að reyna í samskiptum sínum við lækni á LSH þegar hún þurfti í skoðun þar eftir heima-fæðingu: „Það er svona að vera að vesenast þetta út í bæ... svo komið þið hingað og viljið að við björgum öllu.“

Þögn um sjálfræði

Eitt af því sem kom á óvart í greiningunni var *þögnin*, en það tók mig heilan ellefu stunda vinnudag að koma auga á hana. Alls staðar voru merki um forræðishyggjuna og ábyrgðina sem hvílir á heilbrigðisstarfsfólkinu. Konur töluðu um að þær „mættu“ og „fengju leyfi fyrir“ hinu og þessu. Svo virðist sem orðræðan um fæðingar sé almennt á þessum nótum, aðeins í einstaka tilvikum, eins og þegar ein konan talar um að „þá loksins mátti ég vera að því að leyfa henni [ljósmóðurinni] að skoða mig“. Í heimafræðingu örlar á annarri orðræðu sem byggir á ábyrgð og sjálfsforræði konunnar. Annarri heimafræðingarkonu finnst fólk ekki nægjanlega upplýst og að lítil umræða sé í samfélaginu um fæðingarstaði: „„Nú, er það hægt?“ [segir fólk] Fólk veit ekki að maður getur haft þetta eins og maður vill.“ Þriðja heimafræðingarkonan rekur sig á hið sama þegar systir hennar spyr hana hvort konur *megi* fæða fyrsta barn heima.

Sjálfsákvörðunarréttur einstaklinga yfir sér og líkama sínum er festur í lög og stjórnarskrá landsins (Stjórnarskrá íslenska lýðveldisins nr. 33/1944; Alþjóðasamningur um borgaraleg og stjórnámálaleg réttindi nr. 10/1979) en heldur lítið fer fyrir honum í fæðingarorðræðunni. Í lögum um réttindi sjúklinga frá 1997 er skýrt kveðið á um rétt sjúklinga til að ráða sér sjálfir svo framalega sem þeir eru með meðvitund.¹⁷ Leiðbeiningar um val á fæðingarstað sem eru væntanlegar frá Landlæknisembættinu (sept./okt.) greina einnig skýrt frá því að kona ræður hvar hún fæðir ef allt er eðlilegt, annars er henni leiðbeint á ákveðna staði (Landlæknisembættið, 2007).

Orðræða sjúkdómsvæðingar fæðingarinnar hefur yfirhöndina svo að erfitt er að koma auga á það sem ætti að liggja í augum uppi, nefnilega rétt fólks til að ráða yfir sjálfu sér og takast á við ábyrgðina sem því fylgir. Oft er þögnin ein til vitnis um hann.

Umfjöllun um orðræður

Orðræður eitt, tvö og sex heyra saman – fæðing er eðlilegur atburður

Orðræður þrjú, fjögur og fimm heyra saman – sjúkdómsvæðing fæðingarinnar

¹⁷ Þetta á við um fæðandi konur, sem hér líkt og aðrir skjólstaðingar sjúkrahúsanna, eru skilgreindar sem sjúklingar.

Orðræður eitt, tvö og sex heyra ekki saman við orðræður þrjú, fjögur og fimm – fæðing er eðlilegur atburður / sjúkdómsvæðing fæðingarinnar (Magnusson, 1996).

Það vekur nokkra athygli að helmingi kvennanna finnst fæðing vera eðlilegur atburður sem þurfi ekki hátækninnar við en kjósa samt sem áður að hún fari fram innan veggja sjúkrahúsa. Út frá fræðilegu sjónarhorni (Magnusson, 1996) virðist hér vera um mótsögn að ræða. En þegar betur er að gáð er spurning hvort það þyki ekki „eðlilegt“ að fæða inn á sjúkrahúsi, eins og áður er nefnt. Því heyrir orðræður eitt og þrjú í raun saman en séu ekki í andstöðu hvor við aðra eins og ég hef áður sagt. Það væri þá merki um djúpar rætur sjúkdómsvæðingarinnar í hugum kvenna. Sú hugmynd að fæðing sé „eðlilegt ferli“ passar við „eðlilegan fæðingarstað“ sem virðist í þessu tilviki vera sjúkrahús. Það sem kann að vera erfitt að skilja hér er að eitthvað sé „eðlilegt ferli“ og fari fram á sjúkrahúsi, stofnun sem maður tengir ósjálfrátt við veikindi. En það er auðvitað raunin, að „eðlilegur fæðingarstaður“ er sjúkrahús en oft mýkri leið en áður þekktist, til dæmis Hreiðrið sem nýtur mikilla vinsælda. Það hefur líka sýnt sig að þegar konurnar nefna óskafæðingarstað er mjög algengt að þær tali um eitthvert millibil milli hátæknisjúkrahúss og heimafæðingar: Heimilislegt en „öruggt“ – fæðingarheimili.

Er sjúkdómsvæðingin að verki hér eða er það kannski almenn skynsemi (*common sense*) að „taka ekki sénsinn“ (er það séns?), eins og sumar kvennanna orða það, heldur fæða þar sem allt er til alls „ef?“ Ég hallast að því að sjúkdómsvæðingin sé undirrótin að ákvörðun kvenna um að fæða á sjúkrahúsum og styð það með því að í yfir hálfra öld hafa sjúkrahúsafæðingar verið viðtekin venja í hinum vestræna heimi og sú orðræða sem konur, sem eru á barnseignaraldri nú, hafa alist upp við (Kitzinger, 2005). Sem ýkt dæmi um þetta eru „leigubíla- og sjúkrahúströppufæðingar“, en þar er lögð svo mikil áhersla á að fæða á sjúkrahúsi að betra þykir að fæða á leiðinni þangað en á óhefðbundnum fæðingarstað eins og heima.

Söguleg samverkan

Þá er komið að því að greina sögulega samverkan orðræðunnar eins og Ingólfur Ásgeir Jóhannesson (2006) orðar það, það er hvernig samverkan aðstæðna, atvika

og hugmynda gat af sér þá orðræðu sem finna má í gögnunum. Hér á undan hef ég nú þegar varpað nokkru ljósi á þá þróun er leiddi til sjúkdómsvæðingar fæðingarinnar: Framfarir í læknávísindum, mikill mæðra- og barnadauði, aukin afskipti ríkisins af fæðingum í kjölfar upplýsingar og sterk staða læknastéttarinnar um miðja síðustu öld. Þróun í kjölfar iðnbyltingarinnar er kallaði á aukna þéttbýlismyndun og varð til þess að kjarnafjölskyldan varð til. Sú þróun varð aftur til þess að bændageimilið sem hafði einkennst af stórfjölskyldunni og vinnufólki sem lifði saman og dó, leystist upp í minni einginar og stofnanir tóku við ýmsum hlutverkum þess svo sem barnaupveldi, fæðingum og að sinna sjúkum.

Femínistar leggja áherslu á að frá því að karlmenn tóku við fæðingum hafi verið lögð áhersla á afköst og konan hafi næstum verið vélgerð í anda iðnbyltingarinnar og að horft hafi verið framhjá reynslu hennar af fæðingunni (Martin, 1992). Kitzinger (2005) og Jones (1993) eru sammála þessu og segja konur hafa orðið að viðfangi vísindanna og að þeirra eigin upplifun hafi nánast verið þurrkuð út; það varð til þess að þær treystu sér og líkama sínum ekki lengur heldur gáfu sig á vald vísindanna. Afleiðing þessa varð sú að flestar konur fæða á sjúkrahúsum vegna þess að það er talinn eini öruggi staðurinn til að fæða á. „Færibaldið“ á LSH, sem konurnar í rannsókninni tala um, styður „vélgervingu“ kvenlíkamans með sjúkdómsvæðingu fæðingarinnar, en þar óttast konur það að verða að „viðföngum“ og missa af upplifun af fæðingu barna sinna.¹⁸ Orðræðugreining varpar ljósi á að orðræða um fæðingar er að mestu sjúkdómsvædd og styðja fæðingartölur það þar sem meginþorri íslenskra kvenna fæða börn sín á sjúkrahúsum. Nýlega má þó merkja einhverjar breytingar í átt til óhefðbundnari fæðingastaða. Það kom á óvart hversu margar kvennanna sem ekki höfðu fætt heima¹⁹ voru hlynntar heimafæðingum og finnst mér greinilegt að umræðan í samfélaginu sé að breytast. Konurnar í rannsókninni segja „valið“ yfir höfuð komið inn í umræðuna að einhverju marki.

¹⁸ Ljósmaður í doktorsrannsókn Ólafar Ástu Ólafsdóttur, *“With Woman” and Connective Ways of Knowing*, (2006) tala einnig um færibaldið.

¹⁹ Hér er um að ræða konur sem fæddu á öllum fæðingarstöðunum sem komu við sögu í rannsókninni.

Nokkuð hefur borið á því að vegur hinna „réttu fæðinga“ sér vandrataður og að þar leyfist eitt en ekki annað. Sumar konurnar tala um að stutt sé í allan fasisma þegar fæðingar eru annars vegar. Af viðtölum mínum við konurnar finnst mér nokkuð ljóst að „eðlileg“ fæðing fer nú fram á sjúkrahúsi með sem fæstum inngrípum, að meðtöldum deyfingum. Þetta viðhorf svífur yfir og allt um kring um umræðuna en almennt finnst mér konur á þeirri skoðun að það sé mjög mismunandi hvað hentar hverri og einni og þess vegna séu ekki til neinar „óeðlilegar“ fæðingar, heldur séu þær allar „eðlilegar“. Konurnar í rannsókninni leggja áherslu á að þeirra fæðingaraðferð og -staður hafi verið góð fyrir þær en aðrar aðferðir og staðir henti ef til vill öðrum konum. Undantekningin frá þessu er fyrirfram ákveðinn keisari sem er ekki framkvæmdur vegna læknisfræðilegra ástæðna.

Kafli 8. Hvað stjórnar vali kvenna á fæðingarstað?

Fæðing er oftast það mikilvægur atburður í lífi kvenna og fjölskyldna þeirra að þær vilja stjórna því hvernig sú upplifun er eins og framast er unnt. Það gera þær með því að takmarka áhættuþætti. Þær velja sér stað til að fæða á, þær velja áfram og með fræðslu og reynslu vita þær hvað þær vilja og hvað þær vilja ekki. Sumar gera það með því að fæða á sjúkrahúsi þar sem þær finna til öryggis og fullvissu um að þær séu í góðum höndum ef eitthvað kemur upp á; aðrar með því að fæða heima, vera á heimavelli til að forðast það að völdin séu tekin af þeim með forræði stofnunarinnar; og enn aðrar með því að fæða þar sem þær geta fengið ákveðnar deyfingar; vatnsfæðingar; og sængurlegu, svo að fátt eitt sé nefnt. Hér mun ég taka fyrir þá þætti sem aðallega stýra vali kvenna á fæðingarstað.

Framboð

Í fyrsta lagi fæða konur á þeim stöðum sem eru í boði og virðist það framboð ekki endilega miðast við eftirspurn kvenna. Í þessu tilliti er vert að athuga að mjög margar kvennanna í rannsókninni hefðu viljað fæða á fæðingarstað sem væri millistig heimafæðinga og sjúkrahúsfæðinga líkt og Fæðingarheimili Reykjavíkur var á sínum tíma: Ljós móðurrekið fæðingarheimili þar sem hugmyndafræði ljósmæðra ræður ríkjum og sjúkdómsvæðing fæðingarinnar er víðsfjarri. Konurnar töluðu um að slíkt millistig veitti þeim nægjanlegt öryggi en væri einnig heimilislegt og tæki af, að álit margra þeirra, „öfgarnar“ í sitt hvora áttina. Enginn slíkur valkostur er í boði fyrir barnshafandi konur. Ástæða þessa er ekki ljós en ein kvennanna talaði um að hér réði stýring yfirvalda og læknápolitík á LSH og önnur sagði með ákveðinni kaldhæðni að Fæðingarheimilinu hefði verið lokað vegna þess að það hefði verið of hagkvæmt.

Að þekkja til

Margar kvennanna töluðu um hversu nauðsynlegt það væri fyrir þær að þekkja til fæðingarstaðarins og/eða ljósmóðurinnar. Þær sögðu að það veitti þeim öryggi að

vita að hverju þær gengu. Í rannsókninni kom líka fram að flestar kvennanna sem áttu fleiri en eitt barn höfðu fætt börnin sín á sama stað og myndu gera það aftur. Frumbyrjur voru líka á því að fæða aftur á sama stað, undantekning frá þessu voru þær konur sem hugðust fæða heima eftir góða reynslu af fyrstu fæðingu. Þær konur sem ekki höfðu fætt börn sín á sama stað höfðu flutt á barnseignartímabilinu og því fætt á þeim stað sem þær áttu heima á hverju sinni. Ein kona fæddi heima vegna þess að MFS-kerfi á LSH hafði verið lagt niður, en þar hafði hún fætt áður vegna þess að hún vildi samfella í meðgöngu, fæðingu og sængurlegu. Ástæða heima fæðingarinnar var auk þessa sem hún vildi forðast að fæða á fæðingadeild LSH.

Nokkuð algengt er að konurnar hugsi sér að vera í sem mestu öryggi með fyrsta barn. Þær eru ánægðar með fæðingarstaðinn og finna auk þess til vellíðunar að fara á stað sem þær þekkja til að fæða börn sín og velja því sama stað aftur. Ung þriggja barna móðir segir að hún og maður hennar hafi rætt mismunandi fæðingarstaði fyrir fæðingar annarar og þriðju dótturinnar en fyrir fæðingu fyrstu dótturinnar kom ekkert annað til greina en fæðingaradeild LSH. Eftir það ákváðu þau að halda sig við það sem þau þekktu:

Alltaf voða gott [að fæða á fæðingaradeild LSH], og líka af því ég er mjög vanaföst þá finnst mér bara gott að fara alltaf á sama staðinn. Þá þekki ég umhverfið, ég veit hverju ég geng að. Ég held að það sé nú kannski aðalástæðan. Kannski hræðsla við að prófa eitthvað nýtt!

Konur fæða þar sem þær eiga heima og finnst eðlilegt að vera nærri heimili sínu og fjölskyldu á þessu mikilvæga tímabili í lífi þeirra og fjölskyldunnar allrar. Hér eru það augljós þægindi að geta verið heima hjá sér og geta haft allt eftir sínu höfði á meðan beðið er eftir fæðingunni.

Sumar kvennanna í rannsókninni völdu sérstaklega að fæða á fæðingarstað þar sem þær höfðu alist upp. Þessar konur fóru bæði frá hátækninni út á land og í hátæknina í Reykjavík. Kona á fertugsaldri, sem alist hafði upp á landsbyggðinni,

segist hafa haft val á fæðingarstað og kannaði nokkra staði. Hún valdi fæðingarstað nærri Reykjavík vegna þess að þar fannst henni hún vera heima:

Einhvern veginn eðlilegt [að] sækja svolítið heim til þess að fæða mitt barn. Þú þekkir til aðstæðna og það er svona eiginlega svolítið það líka, öryggið, að vita svona hvert þú ert að fara. [Þetta] er náttúrulega sjúkrahúsið sem ég elst upp með og allar konur sem að voru búnar að eiga börn í kringum mig alveg frá því ég var lítil, þær náttúrulega áttu sín börn þarna. Og mamma náttúrulega eignaðist sín tvö börn þarna og þú veist þetta er nú svona svolítið fjölskylduvænt. Þannig að ég leita í þetta svolítið mikið út af því - örygginu.

Hér felst öryggið í því að þekkja til fæðingarstaðarins.

Konur sem fæða heima setja nýja merkingu í það að „eiga heima á staðnum“. Fyrir þær er mjög mikilvægt að vera í því umhverfi sem þær og barnið þekkja og koma til með að vera í eftir fæðinguna líka. Enn fremur sækjast þær eftir því að vera ótruflaðar í fæðingarferlinu. Ein kvennanna segir að heimafæðingin hafi verið „alveg æðisleg“ og sér eftir því að hafa ekki alltaf verið heima í fæðingu. Hún nefnir sérstaklega hversu gott það var að þurfa ekki að leggjast í ferðalag á „krítískum tíma“. Heimafæðingarkonurnar segja heimilið vera þann stað sem þær þekkja best og því séu þær öruggastar þar, þar ráði þeirra „tempó“, ekki annarra.

Konur sem fæða á þeim stað sem þær eiga heima gera það líka sumar vegna þess að þær vilja veg heimabyggðar sinnar sem mestan. Helmingur kvennanna sem fæddi á fæðingarstað fjarri Reykjavík talaði um að það skipti máli að fæða á þessum tiltekna stað vegna þess að þær bæru hag staðarins fyrir brjósti og óskuðu þess að fæðingum þar fjölgaði. Konunum fannst einnig skipta máli að börn þeirra væru fædd á staðnum því að rætur þeirra lögju þar. Rúmlega þrítug fjölbyrja segir að valið hafi ekki verið meðvitað heldur sjálfsagt og eðlilegt auk þess fannst henni skipta máli að fæða í heimabyggð sinni:

Náttúrulega, er þetta að fæða í þinni heimabyggð, börnin þín eru [Sóleyringar], þó að þau séu náttúrulega jafnmiklir [Sóleyringar] þó að þau fæðist í Reykjavík, ég er ekki að tala um það. Þá er þetta bara eitthvað svona, ættjarðarást eða

heimahaga eitthvað, ég veit ekki hvernig ég á að útskýra það. Maðurinn minn er fæddur hér og uppalinn og á stóra fjölskyldu hér. Börnin okkar eru fædd [á Sóleyri] og það stendur í fæðingarvottorðinu. Þetta er eitthvað sem skiptir mann máli þó að það eigi ekki að skipta máli, þetta er hégómlegt og allt það. Þau eru fædd hér og eru [Sóleyringar], þetta eru þeirra rætur, þau eiga heima hér.

Að fæða í heimabyggð skiptir töluverðu máli, einnig í Reykjavík, en það þykir þá eðlilegra val þar sem hátæknin er svo nærri. Að fara frá hátækninni til hins minna tæknivædda telst aftur á móti ekki alltaf eðlilegt eða sjálfsagt nema hjá þeim sem búa á minna tæknivæddu stöðunum og treysta heilbrigðisstarfsmönnum „150% þrátt fyrir að þeir beri ekki titilinn barnalæknir og fæðingarlæknir og allt það, þá veit ég að þeir bjarga þessu árið um kring og þeir hljóta að bjarga mér líka“, segir þriggja barna móðir sem átt hefur öll börnin sín á sjúkrahúsi fjarri Reykjavík. Hún er á því að hún væri ekki eins örugg að fæða neins staðar annars staðar þar sem hún þekkti ekki vel til þrátt fyrir að það væri á hátæknisjúkrahúsi.

Fjölskylda hefur töluvert um það að segja hvar konur fæða. Augljóslega vilja flestar þeirra vera nærri fjölskyldu sinni og geta fengið hana í heimsókn á sjúkrahúsið eða farið beint heim til hennar að fæðingu lokinni. Fyrir utan hið augljósa er það einnig stórfjölskyldan sem skiptir máli og þá ekki hvað síst móðir konunnar sem er að fara að eiga barn, amman. Í þónokkrum tilfellum voru mæður mæðranna viðstaddar fæðingu ömmubarna sinna. Þetta var að ósk hinnar fæðandi móður því að hún vildi hafa hana til aðstoðar í fæðingunni. Í öllum tilfellum var um frumbyrjur að ræða og ein þeirra var einstæð móðir en barnsfaðir hennar var einnig viðstaddur fæðinguna. Konurnar voru ánægðar með að mæður þeirra hefðu verið viðstaddar en fannst jafnvel að um það yrði ekki að ræða næst. Hér má gera því skóna að óreyndar mæður finni styrk í því að hafa reynda konu sem þær þekkja með í ferlinu. Þetta undirstrikar nauðsyn þess að þekkja og að fæðing er kvennaþekking þar sem konur sækja í reynslu þeirra sem á undan þeim hafa farið sér til aðstoðar (Martin, 1992).

Fyrir unga konu sem fór frá Reykjavík til fyrrum heimabyggðar sinnar úti á landi að fæða skipti máli að stórfjölskylda hennar og mannsins hennar átti heima á staðnum. Það var einkum tvennt sem lá að baki þeirri ákvörðun; vegna þess að erfitt

yrði fyrir alla fjölskylduna að koma að skoða barnið syðra en ungu hjónin bjuggu í lítilli íbúð og gátu ekki hýst marga. En einnig vegna þess að móðurinni fannst góð tilhugsun að vera með nýfætt barn sitt nærri móður sinni fyrst eftir fæðinguna og geta legið sængurlegu á sjúkrahúsinu þar sem hún fengi alla þá aðstoð og upplýsingar sem hún þyrfti á að halda.

Konur sem ekki búa við fæðingaraðstöðu í heimabyggð

Konur sem ekki búa við fæðingarstað í heimahéraði leita eftir sömu þáttum og aðrar konur. Það er hvaða aðstöðu þær vilja hafa á fæðingarstaðnum og hvar best er búið að þeim fyrir og eftir fæðingu ef fæðing barnsins fer fram yfir áætlaðan fæðingartíma, eða þær þurfa að vera viðloðandi sjúkrahúsið eitthvað eftir fæðingu. Þessar konur eru þær sem „flakka“ hvað mest því að þær virðast ekki bundnar neinum einum stað.

Aðstaða fyrir og eftir fæðingar er höfuðverkur fyrir konur sem koma utan af landi. Bið fjarri heimili inni á ættingjum og vinum á svo viðkvæmum tíma getur reynt mjög á konurnar og fjölskyldur þeirra. Ungri konu utan af landi fannst:

Óeðlilegt og voðalega, voðalega slæmt að vera ekki í sínu umhverfi. Vera inni á öðru fólki. Að vera komin að fæðingu og vera jafnvel komin í fæðingu og vera jafnvel með eitthvað ókunnugt fólk í kringum sig. Ég meina, það koma gestir inn á þetta heimili. Þetta er ekki mitt heimili ...það er í raun alveg ömurlegt.

Henni fannst alltaf mjög erfitt að bíða inni á öðrum eftir fæðingunni og val hennar á fæðingarstað stjórnaðist mjög af því að gera biðina sem bærilegasta. Bið eftir fæðingu fjarri heimili tekur líka duglega í pyngjuna, það mátti önnur landsbyggðarkona reyna er hún hélt úti tveimur heimilum í rúman í mánuð á meðan hún var syðra að fæða síðasta barn sitt. Landsbyggðakonur sem ekki búa við fæðingarstað í heimabyggð kvarta yfir því að ekki sé betri þjónusta við þær hvað þetta varðar, til dæmis myndi húsnæði sem væri sérstaklega miðað við fjölskyldur í þessu ástandi leysa mikinn vanda.

Þjónusta og meðferð

Margar kvennanna voru meðvitaðar um að fæða á sjúkrahúsi þar sem tækni væri til staðar ef eitthvað kæmi upp á. Konurnar voru þó misjafnar í afstöðu sinni til tækni og úrræða: Á meðan ein gat hugsað sér að fæða á sjúkrahúsi á landsbyggðinni með þeirri tækni sem þar var til staðar, fóru aðrar gagnert í hátæknina í Reykjavík til að hafa alla möguleika á því að fá aðstoð ef eitthvað amaði að. Sumar kvennanna úti á landi settu það fyrir sig að þurfa í sjúkraflug ef aðstæður yrðu þær að þær gætu ekki átt í heimabyggð sinni. Aðrar töldu sjúkraflug ekki hindrun, auk þess sem þær töldu sjúkrahús í heimabyggð búa yfir það mikilli tækni að litlar líkur væru á því að til þessa úrræðis kæmi. Enn aðrar fóru gagnert frá hátækninni í minni tækni til að fæða börn sín og treystu fagfólki staðarins.

Tæpur fjórðungur kvennanna í rannsókninni fæddu á fæðingardeild LSH vegna þess að þar voru deyfingar (mænurótardeyfing) í boði sem þær gátu ekki nálgast í heimabyggð sinni. Tilhugsunin um að komast „létt“ í gegnum fæðingu varð jafnvel yfirsterkari því að geta verið nærri heimili sínu í fæðingu ef konurnar höfðu tekið mikið út í fyrri fæðingum og kviðu væntanlegum fæðingum. Mænurótardeyfing er sjaldan í boði á smærri fæðingastöðum úti á landi og finnst sumum konum á þessum stöðum það vera slæmt. Skiptar skoðanir eru meðal kvennanna á mænurótardeyfingum og má segja að þær skiptist nokkuð jafnt með og á móti. Sama konan hefur bæði góða og slæma reynslu af mænurótardeyfingu og sumar kvennanna tala um að mænurótardeyfingin hafi verið mikill léttir fyrir þær. Ein konan segist hafa verið orðin uppgefin í fæðingu og telur tvímælalaust að hún hafið náð mikið betri slökun með deyfingunni. Aðrar urðu nær máttlausar af henni og gátu ekki gengið eftir fæðinguna. Hjá enn öðrum var mænurótardeyfingu ekki komið við vegna þess hversu langt á veg fæðingin var komin og sumar upplifðu að mænurótardeyfingin byrjaði ekki að virka fyrr en rétt í blálökin á fæðingunni. Sumum konunum í rannsókninni finnst miður að mænurótardeyfingu sé haldið að konum, jafnvel þó að þær biðji ekki um hana af fyrra bragði. Þær tala um að þegar konur séu óléttar eigi þær ekki að byrja á því að athuga hvað er á „matseðlinum“, *menu*, eins og ljósmæður nefndu verkjameðferðirnar á fundi um Eðlilega fæðingu, heldur eigi þær að reyna að komast í gegnum þetta sjálfar fyrst.

Vinsældir vatnsfæðinga hafa farið sívaxandi og eru konunar í rannsókninni almennt mjög hlynntar vatni og margar þeirra notuðu það að einhverju marki í fæðingum sínum, bæði heimavið og á sjúkrahúsi. Mörgum þeirra finnst „út í hött“ að ekki sé hægt að fæða í vatni á fæðingardeild LSH og sumar hafa snúið frá því að fæða á þeim fæðingarstað sem þær höfðu hugsað sér vegna þess að vatnsfæðing var ekki í boði. Þær konur sem fætt hafa í vatni eða hafa notað það í deyfingarskyni meðan á útvíkkun stóð eru sammála um gildi þess sem deyfimeðferðar og aukins hreyfanleika í fæðingunni sjálfri: Þær segja að þær nái að slappa af og einbeita sér betur og að þær séu í sínum eigin heimi í vatninu. Þá talar ein kvennanna um að í vatnsfæðingu sé ljósmóðirin ekki eins mikið ofan í henni og annars væri og finnst gott að fá aukið rými fyrir sjálfa sig. Fjölbyrja á fertugsaldri segir að henni hafi ekki dottið í hug að fæða í vatni en henni fannst mjög gott að vera í vatninu meðan á útvíkkun stóð. Henni fannst þó að baðkarið á Fæðingadeild LSH mætti vera dýpra vegna þess að vatnið náði ekki yfir kúluna. Konurnar telja almennt nauðsynlegt að bæta þessa aðstöðu með því að hafa baðkór og handsturtu inná öllum fæðingarstofunum.

Sumar kvennanna völdu sérstaklega að fæða á fæðingarstað þar sem þær gætu legið sængurlegu. Þetta á jafnt við um konur sem fæddu 1989 og 2003 þó að það fari minnkandi með árunum. Með sængurlegu voru þær að sækjast eftir því að fá aðstoð við að annast barn sitt og tilsögn um brjóstagjöf og umönnun. Einnig gerðu þær það til að hafa möguleika á því að hvílast eftir fæðingu. Sumar kvennanna taka sængurlegu jafnvel fram yfir að maki geti verið með þeim allan tíman þrátt fyrir að um það sé nú orðin sterk krafa. Meginþorri kvennanna í rannsókninni sem lágu sængurlegu á sængurkvennagangi LSH eru óánægðar með dvölinu þar. Þeim fannst þær fá mjög litla hvíld meðal annars vegna þess að þær voru með allt að fimm öðrum konum á stofu. Móðir á fertugsaldri sem hafði gengið í gegnum mjög erfiða fæðingu (1996) lýsir þessu ágætlega:

Mér fannst alveg ótrúlega kuldalegt að vera á stofu [á sængurkvennadeild] eftir fæðingu á Landspítalanum. Þetta [fæðing] er svo mikil upplifun og það er svo margt að breytast í lífi manns, bara kominn þarna nýr einstaklingur. Þetta er svo

mikil upplifun að fæða í fyrsta sinn að mér finnst að maður þurfi einhvern veginn að fá frið á eftir. Og maður fær hann ekki með þremur öðrum konum og mörgum börnum inn á stofu og svo eru aðstandendur að fara og koma og það er hjúkrunarfólk og það er öll þessi rútína að taka blóðþrýstinginn klukkan þetta á morgnanna, morgunmatur klukkan þetta, hádegismatur og kaffi klukkan tvö, það var einhvern veginn alltaf eitthvað í gangi þannig að maður fékk aldrei að hvíla sig eða vinna úr einhvern veginn svona í næði. Þegar ég horfi til baka þá hefði ég viljað breyta því og fara heim strax eftir fæðingu.

Konurnar segjast verða áþreifanlega varar við að vera á stofnun þar sem hlutirnir ganga ekki upp nema á þeim sé skipulag. Þeim finnst erfitt að vera vaktar snemma á morgnanna til að taka blóðþrýsting af þeim og borða morgunmat, eitt skal yfir alla ganga. Þær hefðu viljað hafa hlutina meira eftir sínu höfði, eftir sinni klukku og því sem hentaði þeim en ekki eftir klukku stofnunarinnar. Konurnar taka fram að starfsfólk á sængurkvennadeild sé yfirleitt afbragðsgott en að það hafi minni tíma en starfsfólk á minni sjúkrahúsum því að meira annríki sé þar. Slæm reynsla af sængurlegu getur orðið til þess að konur velji að liggja ekki sængurlegu aftur á sama stað eða fara heim fljótlega að fæðingu lokinni og var hið síðarnefnda val velflestra kvenna í rannsókninni sem líkaði ekki sængurlegan. Konur sem liggja sængurlegu úti á landi og eru ánægðar með það kjósa að liggja aftur sængurlegu á sama stað. Val flestra kvenanna síðar var að fara heim skömmu eftir fæðingu. Margar kvenanna sækjast einungis eftir sængurlegu sem frumbyrjur en segjast síðar hafa öðlast þá reynslu og öryggi sem þær þurfa til að annast um ungabörn. Þær konur sem kjósa að fara fljótlega heim eftir fæðingu og fá þjónustu ljósmóður heim eru allar ánægðar með þá þjónustu. Þessar konur eru oftast einar á stofu þangað til þær fara heim og maki þeirra getur verið með þeim allan tímann. Þessi þjónusta hefur eflst á síðari árum.

Konurnar í rannsókninni sem fætt hafa úti á landi eru flestar sammála um að sængurlega á minni sjúkrahúsum sé mun persónulegri og notalegri en það sem best gerist í Reykjavík (Fæðingarheimili Reykjavíkur). Þær taka jafnvel svo djúpt í árinna að segjast ekki geta líkt þessu tvennu saman og segja það vera „eins og svart og hvítt“. Konurnar fá nægan tíma til að hvíla sig og stjánað er við þær. Börnin eru

tekin á nóttunni ef mæðurnar vilja, til að þær fái endurnýjað krafta sína eftir fæðinguna. Konurnar geta fengið sér að borða þegar þær vilja og geta tekið með sér mat inn á sjúkrahúsið. Persónulegt andrúmsloft ríkir þar sem konurnar þekkja oftast en ekki fagaðilana sem aðstoða þær. Í litlu samfélagi skapast oft notaleg stemning þar sem þarfir og vilji kvennanna geta oftast en ekki gengið fyrir öðru ólíkt því sem vera þarf oft á tíðum á stærri stofnunum. Minna er meira hér eins og svo oft áður, hér skiptir hver og einn máli og einstaklingurinn fær að njóta sín.

Orðstír

„...en orðstír deyr aldregi hveim er sér góðan getur.“ (úr 76. erindi Hávamála). Nokkrar konur í rannsókninni nefna að gott orð fari af ákveðnum fæðingarstað, lækni eða ljósmóður. Góður orðstír virðist hafa jákvæð áhrif á þann sem þiggur þjónustu af viðkomandi manneskju eða stofnun. Ein kvennanna í rannsókninni bendir á að fæðingarstaðurinn hennar, sem er sjúkrahús nærri Reykjavík, hafi getið sér góðan orðstír; „Það var alltaf talað um að það sé eins og á „Hótel mömmu“ að fæða [á sjúkrahúsi nærri Reykjavík]; það sé góður matur og svona þægilegt að vera þarna og að hjúkrunarkonurnar séu góðar.“ Ein kvennanna fæddi á sjúkrahúsi nærri Reykjavík vegna þess að hún þekkti til ljósmóðurinnar auk þess sem hún lagði mikla áherslu á að liggja sængurlegu á sjúkrahúsi eftir fæðingu.

Að sama skapi hafa hræðslusögur fælingarmátt eins og heyra má á konunum er þær tala um „færibandið“ á LSH. Konunum finnst mikill erill á fæðingadeild LSH og vilja síður eiga á hættu að lenda á „færibandinu“. Að lenda á færibandinu þýðir að konum finnst þær ekki vera einstakar eða sérstakar heldur séu þær aðeins „númer“ eða „viðfangsefni“ sem þurfi að vinna með. Þónokkrar kvennanna töluðu um „færibandið“ á LSH og að þær vildu alls ekki lenda á því en færast þeirra höfðu þó upplifað „færibandið“ sjálfar. Konur sem lenda á „færibandinu“ hafa oft slæma fæðingarupplifun og eru óöruggar.

Konan sjálf

Þegar allt kemur til alls fer valið eftir persónu konunnar og sýn hennar á lífið. Einstaka konu í rannsókninni fannst fæðingin ekki skipta máli á meðan öðrum fannst hún skipta öllu máli. Hugmyndafræði og heimsmynd konunnar hefur hér allt

að segja og hvaða viðhorf hún ber til fæðinga. Val kvenna á fæðingarstað stjórnast af væntingum þeirra til fæðingarinnar. Þannig er munur á því hvar konur velja að fæða. Sumar líta á fæðinguna sem eitthvað sem þær þurfa að ganga í gegnum til að eignast barn og best sé að ljúka því af sem fyrst með sem minnstum áhættuþáttum og sársauka. Aðrar vilja hafa allt undir öruggri stjórn fæðingarlækna í keisarafæðingu. Enn aðrar kjósa að gera sem mest úr fæðingunni og hafa hana sem náttúrulegasta og með sem allra fæstum inn gripum. Reynsla hefur mikil áhrif á val kvenna á fæðingarstað eins og áður hefur verið nefnt. Þannig getur reynsla af góðri eða slæmri fæðingu orðið til þess að konur kjósa nýjan fæðingarstað eða halda sig við þann gamla.

Margar kvennanna í rannsókninni tala um að mjög nauðsynlegt sé fyrir þær að vera á fæðingarstað þar sem þær eru vissar um að þær stjórni og að fullt mark sé á þeim tekið. Þær vilja fá að vera með í ákvarðanatöku í fæðingunni og hafa fullt vald yfir því sem er að gerast. Mismunandi er hversu mikla stjórn konur vilja hafa. Sumar gera ráð fyrir því að þær séu ekki í stakk búnar til þess að taka ákvarðanir í miðri fæðingu og eru því sumar búnar að skrifa niður „óskalista“ þar sem stendur hvað þær leggja áherslu á í fæðingunni og hvað þær vilja og hvað ekki.

Ég spurði konurnar að því hver væri óskafæðingarstaður þeirra. Svör þeirra endurspegluðu margbreytilegar væntingar þeirra og þarfir. Sumar kvennanna höfðu kynnst fæðingarstaðnum í Hreiðrinu eða heima á meðan aðrar höfðu hugmyndir um aðra fæðingarstaði en þær höfðu upplifað. Mér fannst merkilegt er að heyra að meirihluti þeirra nefndu heimili sitt sem óskafæðingarstað. Ég velti fyrir mér hvort auðveldara sé að sjá fyrir sér eitthvað sem er hugsanlegt í fjarlægri framtíð en að framkvæma það þegar staðið er frammi fyrir því?

Sumar kvennanna töluðu um eins konar fæðingarheimili eða heildarstað þar sem allt væri í boði er tengdist óléttu, fæðingu og eftir fæðingu; þetta væri huggulegur staður og þar myndi aðeins fagfólk í fæðingum vinna. Aðrar vildu fæðingarstað líkan fæðingardeild LSH þar sem tekið væri á móti öllum fæðingum hvort sem þær væru eðlilegar eða áhættufæðingar. Lítil sjúkrahús úti á landi heilluðu enn aðrar en þær vildu gjarnan fá að vera á einbýli með manni sínum í sængurlegu og sumar vildu hafa fæðingalækni á vakt. Að lokum voru þær sem

gengu skrefi lengra og hefðu alveg getað hugsað sér að fæða úti í garði í haustblíðunni síðastliðið haust og spænskir fæðingarkofar uppi í sveit heilluðu unga reykvíska frumbyrju.

Óskirnar eru margar og margbreytilegar og gefa hugmynd um hversu ólíkar konurnar eru. Þær sýna líka að konurnar hafa virkilega skoðanir á hvernig fæðingarstaðurinn þeirra eigi að vera og hverju megi bæta við gamla staðinn svo hann uppfylli kröfur þeirra um óskafæðingarstað. Það er aftur á móti gott að vita að nokkrar kvennanna höfðu nú þegar upplifað óskafæðingarstað sinn sem uppfyllti allar væntingar þeirra og þarfir.

Öryggi er yfir og allt um kring í fæðingarumræðunni og kom upp á öllum hugsanlegum stöðum. Konurnar í rannsókninni leggja mjög mismunandi merkingu í „öryggi í fæðingu“. Þessari umræðu verður haldið áfram í næsta kafla.

Kafli 9. Öryggi

Öryggi er ekki eitthvað eitt heldur er það margbrotið hugtak og sem hefur mismunandi þýðingu eftir því í hvaða samhengi það er notað og af hverjum. En jafnvel þótt það sé notað af fæðandi konum hefur það ekki einsleita merkingu, heldur það margbrotna að hún spannar allt frá öryggi keisarafæðingarinnar, þar sem allt er fyrirfram ákveðið, yfir í það öryggi að fæðingin fái að hafa sinn gang með þeim uppákomum sem þar geta orðið. Öryggi er því eins margbrotið og konurnar sem þarfnast þess á mikilvægri stundu í lífi sínu.

Í viðtölunum var misjafnt hversu snemma eða hvort öryggisumræðan kom upp. Sumar kvennanna töluðu um öryggi af fyrri bragði snemma í viðtalinu á meðan ég spurði aðrar um merkingu hugtaksins fyrir þær í lok viðtalsins. Áberandi var að þær konur sem töluðu um öryggi að fyrri bragði lögðu svipaða merkingu í orðið, það er þær bundu það við sjúkdómsvæðingu fæðingarinnar, hátækni, inngrip og faglegheit. Hinar konurnar töluðu um að öryggi í þeirra huga fælist í því að fá þá fæðingu sem þær vildu, til dæmis að ráða sjálfar framgangi fæðingarinnar og að vera við stjórn. Þessa flokkun sér Holmquist einnig í doktorsritgerð sinni (2000). Hér má því strax sjá tvenns konar flokkun öryggis og virðist hún halda sér nokkuð. Við frekari greiningu gagnanna kom í ljós að flokka má öryggi kvenna í fæðingu í fjóra undirflokka; *sjúkrahús*, *á heimavelli*, *konan sjálf* og *starfsfólk*. Ég mun gera þessum mismunandi flokkum skil í kaflanum og ítarleg umfjöllun verður í lok kaflans um hina góðu ljósmóður sem skiptir svo miklu máli fyrir konur í fæðingu.

Sjúkrahús

Í hugum velflestra kvenna á Íslandi er öryggi í fæðingu að finna á sjúkrahúsum: Aukin tækni og trú á vísindi hefur valdið því að fæðingarferlið er orðið sjúkdómsvætt eins og fyrr er nefnt og telur margt fagfólk að fæðing sé ekki örugg nema hún eigi sér stað innan veggja sjúkrahúsa. Margar kvennanna voru sammála þessu og fundu til öryggis inni á sjúkrahúsi: „Ef einhvað fer úrskeiðis þá er tæknin

til staðar.“ Kitzinger (2005) segir öryggi vera helstu ástæðuna sem konur gefa upp fyrir því að fæða á sjúkrahúsum og innan fræðanna er það viðurkennt sem helsta ástæða þess að konur velji sjúkrahús (sjá einnig Zander og Chamberlain, 1999). Bresk skýrsla um fæðingar kemst að hinu sama (Redshaw, Rowe, Hockley og Brocklehurst, 2007). (Redshaw, Rowe, Hockley, & Brocklehurst, 2007)Tvær fjölbyrjur um og yfir fertugt ákváðu að fæða á sjúkrahúsi vegna aldurs. Þetta kemur heim og saman við umræðu um aukna áhættu í fæðingum því eldri sem móðirin er (Kitzinger, 2006).²⁰

En sjúkrahús eru ekki bara sjúkrahús. Þau eru misvel búin tækjabúnaði og fagfólki, samanber sjúkrahús á landsbyggðinni fjarri Reykjavík og LSH. Hægt er að segja að stigsmunur sé á að fæða á þessum sjúkrahúsum hvað þetta varðar (Walsh, 2006). Konum sem finna til öryggis að fæða á sjúkrahúsum úti á landi tala um að fagfólk sé þar til staðar og hægt sé að grípa inn í ef eitthvað kemur upp á. Þetta styðja erlendar rannsóknir sem gerðar hafa verið um fæðingar (Martin, 1992).

Valkostur flestra íslenskra kvenna er að fæða á LSH. Fjölbyrja á fertugsaldri hefur reynslu af að fæða á sjúkrahúsi á landsbyggðinni fjarri Reykjavík og á LSH og talar um að á LSH „var allt öryggið, þar var barnalæknir, þar var fæðingarlæknir, þar var svæfingarlæknir, það var allur pakkinn“. Auk þessu þarf „ekki að fljúga [með] konur suður“ ef eitthvað bjátar á í fæðingu, á LSH hafa þau öll úrræðin. Margar konur eru sammála henni og tala um að á LSH sé tekið á móti öllum konum, hvort heldur þær eru að koma í eðlilega fæðingu eða áhættufæðingu og finnst það kostur. Öryggi í huga reykvískrar fjölbyrju á þrítugsaldri „er þá læknar og ljósmæðurnar og þessi áhöld öll sem eru til staðar ef þarf að grípa inn og deyfingar og þetta. Ef maður vill“. Í huga konu sem á mjög erfiða fæðingu að baki felst öryggið í því að fara í fyrirfram ákveðinn keisara, fullvissan um að þurfa ekki að ganga í gegnum hræðilega fæðingu aftur veitir henni öryggi.

Heimilislegt

Konur sem velja að fæða heima leggja annan skilning í hugtakið öryggi en hinar sem vilja vera nærri hátækninni (Balaskas, 1992; Davis-Floyd og Sargent, 1997;

²⁰ Sjá einnig á Heimasíðu Ljósmæðrafélagsins, 2007.

Gaskin, 2003; Kitzinger, 2006; 2005; Martin, 1992). Í viðtölum við þessar konur kom öryggishugtakið ekki endilega upp, eða það þýddi allt annað en hjá konum sem völdu að fæða á sjúkrahúsum. Erlendar rannsóknir sýna að öryggi í hugum sumra kvenna tengist afslöppuðum fæðingarstað (Kitzinger, 2006; 2005; Martin, 1992; Walsh, 2006). Heimafæðingarkonurnar í rannsókninni tala allar um að það sé „mikið meira öryggi heima“ vegna þess að þar þekkir konan sig og er á sínum eigin forsendum en ekki á forsendum stofnunarinnar. Heima er ljósmóðirin gestur og konan er á heimavelli. Margar kvennanna í rannsókininni eru sammála þeim um að heima fæðist barnið inn í þá bakteríuflóru sem það kemur til með að búa við í framtíðinni og finnst það jákvætt en myndu ekki fæða heima sjálfar. Í umfjöllun um heimafæðingar er lögð áhersla á þetta og bent á að börn sem fæðast heima veikjast síður sem ungabörn en þau sem fæðast utan heimilisins (Balaskas, 1992; Davis-Floyd, 2003; Kitzinger, 2005). Konurnar í rannsókninni virðast flestar kannast við þessa umræðu og eru sammála henni.

Eldri frumbyrja sem lá sængurlegu á Fæðingarheimili Reykjavíkur, finnast „stór mistök að loka Fæðingarheimilinu aftur, það hefði frekar átt að efla það“. Hún gæti vel hugsað sér að fæða á Fæðingarheimilinu af því það var svo heimilisleg lítil eining og „svo stutt yfir í hátækisjúkrahúsið“. Þrjár kvennanna fæddu á sjúkrahúsi nærri Reykjavík. Öryggið sem þær sóttu þangað var svipað því og konan talar um hér að framan, heimilislegt og lítið, auk þess sem vatnsfæðing var í boði á öðrum staðnum.

Konan

Ung frumbyrja segir öryggið ekki felast í staðsetningunni heldur hugarástandi konunnar sjálftrar. Um helmingur kvennanna fundu til innra öryggis fyrir og í fæðingu og þær sem ekki höfðu þessa tilfinningu strax öðluðust hana oft með reynslunni. Tæpur helmingur kvennanna talar um að þær hafi fundið það innra með sér að allt yrði í lagi. Fjölbyrja á fertugsaldri tekur í sama streng og talar um að hún hafi haft „tilfinningu fyrir að allt yrði í lagi [og] óttaðist ekki að einhvað færi

úrskaiðis“. Þessa fullvissu hafði hún öðlast með reynslu og með því að treysta á almættið.²¹

„Mér finnst alveg jafn mikið öryggi í því að vita að ég geti fengið að gera þetta bara sjálf án þess að vera með óteljandi slöngur og fingur í mér allan tímann ...undir svona vökulu auga“, segir fjölbyrja á landsbyggðinni. Ung frumbyrja í Reykjavík tekur í sama streng og segist finna öryggi í fullvissunni um að vera við stjórnvölinn. Þetta kemur heim og saman við rannsókn Holmquist (2000) og öðrum rannsóknum (Zander & Chamberlain, 1999). Í huga heimafæðingarkonu er öryggi í því að hún viti að ekki sé gripið inn í fæðingu að ástæðulausu, að fæðingin fái að ganga eðlilega fyrir sig, en sé ekki eyðilögð með óþarfa inngrípi. Kitzinger (2004; 2000) segir lykिलinn að því að konur eigi góða fæðingarupplifun vera þá að þeim finnist þær vera við stjórn í fæðingum sínum og að allt fari fram að óskum þeirra: Andrúmsloftið sé rólegt og að fæðingin fái að ganga sinn eðlilega gang án óþarfa inngrípa.

Ljósmaður

Ljósmaður er lykilmanneskja í fæðingu. Ákvörðun um fæðingarstað er því órjúfanlega tengt hugmyndinni um góða ljósmaður og hvar hana er að finna (Davis-Floyd og Benoit, 2004). En hver er þessi góða ljósmaður og yfir hvaða eiginleikum þarf ljósmaður að búa til að teljast til þessa hóps?

Ljósmaður og læknar skipuðu yfirleitt stóran sess í öryggistilfinningu kvennanna í rannsókninni. Frumbyrja um þrítugt segir: „Öryggi finnst mér meira vera einhver ljósmaður sem ég treysti ...fólk sem ég get talað við.“ Walsh (2006) talar um hversu nauðsynlegt það er fyrir konu í fæðingu að hafa ljósmaðurina hjá sér og tala við hana. Nærvera er það sem skiptir konu mestu máli í fæðingu (Sigríður Halldórsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir, 1996). Ljósmaður eru á sama máli og leggja áherslu á að geta verið hjá konu í fæðingu, myndað tengsl og samband við hana til að geta mætt óskum hennar (Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2006). Konurnar sem fæddu heima treystu allar ljósmaður sinni mjög vel í fæðingunni. Ein

²¹ Pamela E. Klassen fjallar í bók sinni, *Blessed Events: Religion and Home Birth in America* (2001), meðal annars um hversu stóran þátt trúin eigi í að veita trúuðum konum öryggistilfinningu í fæðingu.

þeirra segir að hún hafi sérstaklega tekið eftir höndum hennar og hugsað: „Já, þetta eru svona ljósmóðurhendur. Þær eru svona ...sko, stórar svona einhvern veginn, en samt svona mjúkar, svona kjötmiklar einhvern veginn.“

Um helmingur kvennanna talar um mikilvægi þess að mynda gott samband við ljósmóður. Ung frumbyrja nefnir kosti þess að þekkja ljósmóðurina í MFS-kerfi. Heimafæðingarkona tekur undir þetta og segir nauðsynlegt að báðar, konan og ljósmóðirin, tali sama tungumál. Í þessu sambandi segir hún vera ákaflega æskilegt að ljósmóðirin geti lesið konuna vel því að konur eru margbreytilegar og hafa því mismunandi þarfir. Fjölbyrju á fimmtugsaldri, sem á von á fimmta barninu, finnst leiðilegt að ljósmóðirin sem hefur hugsað um hana allar hinar meðgöngurnar, sjái ekki um þessa meðgöngu líka, milli þeirra hefur skapast öryggi og vinátta.

Flest allar konurnar í rannsókninni mátu gott viðmót og umhyggjusemi mest í fari ljósmæðra sinna. Þetta styðja erlendar rannsóknir um gæði þjónustu ljósmæðra (Walsh, 2006; sjá einnig: Fox, 1999; Coyle, Hauck, Percival og Kristjanson 2001). Konurnar notuðu hugtök eins og; *hlý, umhyggjusöm, blíð, góð, traustvekjandi, þægileg, indæll, almennileg, með útgeislun, falleg, jákvæð og skilningsrík* um ljósmæður sem þeim líkaði vel við. Sumar kvennanna tala um að það hafi skipt máli að ljósmóðirin var hress og kát og „peppaði [þær] upp“ í fæðingunni. Erlendar rannsóknir sýna einnig fram á mikilvægi húmors í fæðingu (Walsh, 2006). Margar kvennanna tala um að það sé gott þegar ljósmóðirin lætur þeim finnast þær vera einstakar og barnið þeirra líka:

Hún [ljósmóðirin] hefur alltaf sýnt okkur rosalega mikinn áhuga. Og hún náttúrulega sá um okkur og tók á móti honum, og „hann var svo yndislegur og hann var svo flottur og hann var svo sætur“ og hann var knúsaður og allt þetta. Og bara það ennþá, hann er bara þvífík stjarna hjá henni. Þetta er bara meiriháttar! Svo upplifir maður kannski einhverjar aðrar sem að kannski voru að koma, skilurðu og litu kannski ekki endilega [á barnið], „er ekki allt í góðu?“ „Jú, jú.“ Voru ekkert endilega að líta ofan í vögguna... „Ohhh hvað hann er sætur!“ Skilurðu, ég meina, huh... auðvitað eiga þær ekkert að þurfa að segja, „æ hvað hann er mikið krútt“ og svo eitthvað svona aðeins að kíkja á hann, það er kannski ekkert þeirra hlutverk, en það skiptir samt rosalega miklu máli, bara þetta ...sýna

áhuga. Mér finnst það! Og svo auðvitað að þær séu faglegar og viti hvað þær eru að gera, auðvitað skiptir það rosalega miklu máli.

Gleði móðurinnar yfir að finna hvað hún og sonur hennar skipta máli er augljós. Það eru persónulegu þættirnir og umhyggjan sem kemur á undan því að vera fagleg þó svo að það skipti einnig miklu máli. Margar kvennanna voru sammála henni og fræðimenn segja þessa nálgun felast í ljósmóðurhlutverkinu sjálfu og að ljósmæður verði sífellt meðvitaðari um mikilvægi hlutverks síns fyrir góða fæðingu (Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 1995; 2006; Pairman, 2006).

Konum finnst mikilvægt að hlustað sé á þær og að þær ráði framgangi fæðingar. Sumar kvennanna töluðu um að þeim þætti gott að ljósmóðirin segði þeim frá gangi fæðingarinnar og upplýsti þær. Fleissing (1993) og McKay og Yager Smith (1993) komast að hinu sama og segja það auka á jákvæða upplifun konunnar af fæðingunni og valdeflingu. Aðrar voru mjög ánægðar með að ljósmæður þeirra í mæðraverndinni spurðu þær hvar þær ætluðu að fæða og studdu þær í ákvörðunum sínum. Nokkrar konur töluðu um að þær vildu ljósmæður sem tækju afstöðu og voru þakklátar fyrir að þær tóku afstöðu með ákvörðun þeirra um fæðingarstað. Enn fremur segja þær að stuðningur ljósmæðranna hafi haft úrslitabýðingu í ákvörðun þeirra um val á fæðingarstað.

Stór hluti kvennanna eru ánægðar með að hafa stjórnað í fæðingum sínum og að ljósmæðurnar hafi ekki gripið inn í að óþörfu eða án þess að spyrja þær. Hér tala þær um að ljósmæðurnar hafi virkað sem stuðningur við fæðingarferlið og telja að þar sé ljósmóðirin í réttu hlutverki. Þetta styðja aðrar rannsóknir (Sigríður Halldórsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir, 1996). Mörgum kvennanna í rannsókninni finnst mikilvægt að vera við stjórn í fæðingum sínum og velja gjarnan fæðingarstað með tilliti til þess.

Um þriðjungur kvennanna nefnir öryggi og faglegheit sem eiginleika sem ljósmæður þurfa að búa yfir og tala um að öruggar ljósmæður styrki konur og veiti þeim öryggistilfinningu í fæðingu. Ein heimafæðingarkvennanna talar um „reynslubolta“ af þessu tilefni og önnur segir að gott orðspor fari af ljósmóðurinni hennar og að hún hafi átt farsælan ljósmóðurferil. Fyrir fjölbyrju á landsbyggðinni

skiptir miklu máli að ljósmæður séu þagmælskar þar sem hún býr á litlum stað úti á landi og vill síður að fréttist af óléttu hennar. Konurnar eru sammála um að þær séu öruggar með hæfu heilbrigðisstarfsfólki sem veit hvað það er að gera. Þetta kemur heima og saman við niðurstöðu ljósmæðra af fundi þeirra um „Eðlilega fæðingu.“ Fjölbyrja af suðvesturhorninu talar um að öryggið sé þar sem lækarnir eru og „fagmanneskjur“; þar er hægt að grípa inn í ef eitthvað kemur upp á. Öryggi og faglegheit virðast því tilheyra hugmyndinni um hina góðu ljósmóður.

Af þessari umfjöllun má vera ljóst að það eru mannlegu þættirnir umfram annað sem skipta máli í fari ljósmæðra. *Umhyggja, gott viðmót, góð tenging og næmi* eru hugtök sem koma fyrst upp í huga flestra kvennanna þegar þær velta fyrir sér hvað það er sem þær meta mest í fari ljósmæðra. Ljósmóðir sem er starfi sínu vaxin er til staðar fyrir konuna, talar við hana, hlustar á hana, sýnir henni hlýju og lætur henni líða eins og hún og fæðingin sem hún gengur í gegnum, séu einstök. Ljósmæður hafa góða útgeislun og verða jafnvel þær lykilmanneskjur í lífi fjölskyldunnar að konuna langar að eiga mynd af henni eða skíra jafnvel barnið í höfuðið á henni. Öryggi og fagmennska koma næst í röðinni. Konum finnst skipta miklu máli að þær séu öruggar í fæðingu. Þetta öryggi veitir fagleg og/eða reynslumikil ljósmóðir þeim hvort heldur þær fæða inni á spítala eða heima. Fyrirfram hafði ég ímyndað mér að þessi þáttur spilaði stærra hlutverk í mati kvenna á ágæti ljósmóður. Mögulegt er að fagleg atriði sem stuðla að öryggi séu álitin svo sjálfsögð að ekki er minnst á þau. Í öðrum rannsóknum koma konur meira inn á líkamlegt öryggi (Helga Gottfreðsdóttir, 2001; Hildur Kristjánsdóttir, 2004). Það getur líka verið að það hafi áhrif á konurnar í rannsókninni að ég er mannfræðingur en ekki heilbrigðisstarfsmanneskja og því fái ég annarskonar frásagnir, með öðrum áherslum en þær myndu segja heilbrigðisstarfsmanneskju.

IV Umræður

Kaflí 10. Valdið

Markmið rannsóknarinnar var að komast að því hvað stjórnari vali kvenna á fæðingarstað og hvort eitthvað sé þar undirliggjandi sem hafi áhrif á valið? Snemma á rannsóknarferlinu varð mér ljóst að vald það er Michel Foucault talar um sem net í samfélaginu hefur mikil áhrif á val kvenna á fæðingarstað. Þetta er vald sem allir nota og verða fyrir. Hér hefur valdið ýmsar birtingarmyndir; Formlegt og óformlegt vald stofnana; tilfinning konunnar fyrir að búa yfir valdi eða ekki; og að sjálfs-ákvörðunarréttur hennar sé virtur, svo að fátt eitt sé nefnt. Valdið má flokka gróflega í líkamlegt og andlegt vald en hið síðarnefnda er notað eða birtist í öllum tegundum valdsins sem ég hef greint. Andlegt vald kemur inn í flesta „valdaflokkana“ en líkamlegt vald beinist aðallega gegn konunni. Hér kemur ef til vill inn ákveðin stéttaskipting inni á fæðingarstofunni þar sem hin fæðandi kona er jafnvel neðst í goggunarröðinni (Jordan, 1997).

Foucault leyfir sér að efast um valfrelsi einstaklinga og segir manneskjuna ekki hafa neitt val heldur stjórnist hún af tilbúnum sannleika eða normi sem er í gildi hverju sinni (1980). Bourdieu (1990; 2007) tekur undir efasemdir Foucault um frelsi einstaklingsins til að velja. Hann segir manneskjuna vera mikið mótaða af því samfélagi sem hún vex upp í og samsamar sig. Sýn hennar á heiminn er út frá þeim gildum sem einkenna hópinn sem hún tilheyrir.

Vald og valdaleysi konunnar

„Sauðdrukkinn...“

Valdaleysi viðmælanda minna birtist oft í reynsluleysi þeirra og hræðslu við það sem er í vændum. Þannig upplifði kona um tvítugt að hún yrði fyrir líkamlegu ofbeldi þegar ljósmæður í fyrstu og annarri fæðingu hennar (1995 og 1997) gáfu henni deyfilyf sem slævðu hana: „...að þær bara leyfi sér það að slæva þig og þú

veist ekki einu sinni hvað þú ert að fá og áður en þú veist af þá ertu bara drukkin. Þetta er náttúrulega bara ekki rétt!“ Hún upplifði álíka mikið valdaleysi þegar hún fékk ekki „leyfi“ til að vera í þeirri stellingu sem hún vildi heldur varð að liggja útaf. „Mér fannst ég ekki ráða neinu. Mér fannst hún taka af mér allt sem ég var að gera, mér fannst ég ekki ráða neinum sköpuðum hlut.“ Henni fannst hún upplifa stöðu sína lægri en annarra á fæðingarstofunni. Hér kemur valdið yfir líkamanum inn og konunni líður eins og hún sé á „færibaldi“ þar sem ekki er tekið tillit til upplifana hennar, heldur verður hún að viðfangi vísindanna sem hafa afköst og heilbriggt barn að markmiði (Jordan, 1997; Kitzinger, 2006; 2005; Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2006). Samkvæmt Sigríði Halldórsdóttur og Sigríði Ingu Karlsdóttur (1996) getur þrennt eyðilagt upplifun kvenna af fæðingunni: Verkir, lyf og óhæf aðstoðarmanneskja. Svo virðist sem þessi unga kona hafa fengið allan pakkann. Í bók sinni *The Politics of Birth*, 2005, talar Kitzinger um „nauðgunartungumál“ og á þar við lýsingar kvenna af „valdalausum“ fæðingum sínum þar sem þær fá litlu ráðið um framgang fæðinganna en eru undir valdi heilbrigðisstarfsfólksins. Þetta kemur heim og saman við lýsingar sumra kvennanna í rannsókninni og orðalag eins og lýst er hér að ofan.

Eldri frumbyrja (2006) var þjökuð af verkjum og fékk lyf við þeim. Aðstoðarmanneskja í fæðingunni hafði aftur á móti sínar skoðanir á því hversu mikil lyf hún þyrfti og varð þetta til þess að þær „slógust“ um glaðloftið. Konan sem var í fæðingu tók það til sín og aðstoðarkonan tók það jafnharðan af henni og lét vel valin orð falla um að hún hefði nú þegar fengið nóg af lyfjum. Þetta endaði með því að konan reif glaðloftið af aðstoðarkonunni og öskraði á hana. Um leið skarst ljósmóðirin í leikinn og konan fékk glaðloftið sitt. Upplifunin af fæðingunni féll verulega í skuggann af verkjunum og aðstoðarkonunni, sem konan er enn reið.

Sumar kvennanna töluðu um að ekki hefði verið tekið mark á þeim er þær komu á sjúkrahúsið og þær jafnvel verið sendar heima aftur af því þær væru komnar svo stutt í fæðingu. Það átti ekki alltaf við rök að styðjast. Tilfinning kvennanna við að vera sendar heim var að þær hefðu ekki staðið sig, að þekking þeirra á eigin líkama væri hunsuð, svo og að ekki væri rými fyrir þær því að mikið væri að gera. Ungar konur upplifðu þess háttar frekar en aðrar, hvort sem þær voru frumbyrjur

eða ekki. Tina Lavender og Carol Kingdon (2006) leggja áherslu á að ýmsar ástæður geti legið að baki því að konur komi snemma inn í fæðingu og að ljósmæðrum beri að taka tillit til þessara kvenna og þarfa þeirra þannig að þær hafi góða upplifun af fæðingunni og samskiptum sínum við heilbrigðisstarfsfólkið.

Ungar konur og konur sem eru barnalega útlítandi upplifa gjarnan að þeim finnst þær ekki fá að stjórna í fæðingum sínum og finna að ljósmæðurnar gera ráð fyrir því að þær séu óreyndar og taka af þeim völdin, jafnvel þó að þær séu að fæða þriðja barn. Sumar kvennanna í rannsókninni höfðu þá skoðun að ungar konur hugsuðu ekki út í fæðinguna og fyndist hún ekkert mál. Jafnvel mátti greina að saman færi áhyggjuleysi ungu kvennanna og ábyrgðarleysi. Ungu og barnalega útlítandi konurnar tala aftur á móti um að hér sé um forræðishyggju þeirra sem „betur vita“ að ræða og fannst lítið úr þeim gert.

Konur sem upplifa að þær séu ekki við stjórn í fæðingum sínum lýsa sér sem; þöglum í kvölinni, hlýðnum, seigum, sterkum en líka veikum, rólegum en líka sem stressuðum, kvíðnum, óöruggum, afslöppuðum, heimakærum, félagslyndum, öryggisfíklum en flippuðum inn á milli, feimnum, óframfærnum, stjórnsömum, reglusömum, jákvæðum og vinum vina sinna. Hér er það oft fæðingin sjálf sem tekur völdin og konurnar fá ekki rönd við reist, eða þá ljósmæður, lækna og aðstoðarfólk sem mistekst að vera sú stoð og stytta sem konurnar þurfa á að halda. Nokkrar konur í rannsókninni fundu til hjálparleysis og upplifðu fæðinguna sérlega neikvæða vegna þess að þeirra mati var ljósmóðirin ekki starfi sínu vaxin. Fræðin styðja það hvernig neikvæð upplifun af fæðingu getur virkað niðurbjótandi á konur (Martin, 1992; Davis-Floyd, 2003; 1997; 1994; Kitzinger, 2006; 2005; 2000; 1999; 1991; Sigríður Halldórsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir, 1996).

Konur sem upplifa sig ekki við stjórn í fæðingum sínum og hefur jafnvel fundist á þeim brotið, kvíða gjarnan næstu fæðingu vegna þeirrar upplifunar og vilja sem minnst hugsa út í hana. Fjölbyrja á fertugsaldri lýsti því hvernig hún var „sauðdrukin“ af verkjalyfjum þegar hún fæddi eitt barna sinna. Konur í rannsókninni kvarta yfir því að hafa ekki verið nægjanlega upplýstar um rétt sinn og framgang fæðingarinnar fyrir fæðinguna og þess vegna ekki getað beitt sér eins og þær hefðu viljað eftir á að hyggja.

Samkvæmt Kitzinger (2006; 2005; 2000) skiptir miklu máli hvaða fæðingarstað konur velja vegna þess að í fæðingu er ekki einungis um fæðingarstaðinn sjálfan að ræða heldur er upplifun konunnar af fæðingunni afar mikilvæg til langs tíma lítið og lítar upphaf móðurhlutverksins. „Góð“ fæðing getur þannig eflt konur og hvatt til dáða í framtíðinni á meðan „slæm“ fæðing getur haft þveröfug áhrif.

Valdefling

Fræðakonan Hanna Björg Sigurjónsdóttir hefur fjallað mikið um valdeflingu í tengslum við fatlaða foreldra. Hún segir að valdefling innan félagsvísinda snúist í grundvallaratriðum:

um þá hugmynd að fólk öðlist meiri stjórn á eigin lífi. Hugtakið tengist lífsgæðum og mannréttindum og skírskotar því til réttisýni, framfara, uppfyllingu væntinga og sigra og að hægt sé að ná jöfnuði þrátt fyrir erfiðar aðstæður (2006: 68).

Reynsla og fræðsla spila stórt hlutverk hjá konum sem hafa valdið og þær átta sig á rétti sínum til að halda um stjórnartaumana. Hægt er að segja um þessar konur að þær hafi valdeflst með reynslu, mótbyr og/eða fræðslu auk þess sem sumar konur hafa alltaf verið valdamiklar. Þessar konur hafa tekið afstöðu til þess að þær vilji sjálfar ráða því hvernig fæðingin fer fram. Oftast er það töluverð áskorun og konur þurfa að standa með sjálfum sér en það getur tekið á, líkt og heima-fæðingarljósmóðirin Guðrún Ólöf Jónsdóttir (2004) greinir frá í umfjöllun sinni um „Heima-fæðingar á Íslandi“. Þar segir hún að hluti þeirra kvenna er ráðgera heima-fæðingar hafi hætt við vegna utanaðkomandi þrýstings annarra og tekur fram að það finnst henni sorglegt.

Þær konur í rannsókninni sem í fyrstu fæðingu/m voru of óreyndar, óvissar um stöðu sína og réttindi, kurteisar og/eða óframfærnar, upplifðu valdeflingu í fyllingu tímans. Þær tóku meðvitaða ákvörðun um að halda um stjórnartaumana og fá þá fæðingu sem þær vildu: Skráðu niður „óskalista“ fyrir fæðinguna, fæddu á sjúkrahúsi sem leyfði vatnsfæðingar, fæddu heima, fengu fyrirfram ákveðinn keisara og fóru heim strax eftir fæðingu, svo að fátt eitt sé nefnt. Þessar konur náðu

að nýta valdið sér í vil líkt og Foucault (1980) talar um, með því að breyta valdalítilli stöðu sinni í valdastöðu þess sem ræður yfir sjálfum sér. Í þessu samhengi töluðu konurnar um mannréttindi og nauðsyn þess að vera meðvituð um réttindi sín. Lesley Page (2006) talar um hversu nauðsynlegt það sé að konur séu með í ákvarðanatöku varðandi fæðingu og að ljósmæður hjálpi þeim við það með því að upplýsa þær. Konurnar í rannsókninni voru mjög ánægðar með ef ljósmæður þeirra bentu þeim á leiðir fyrir þær og styrktust í því að fæða á óhefðbundnum fæðingarstöðum ef ljósmæðurnar voru jákvæðar gagnvart því. Sumar þeirra sögðu einnig að þær vildu ljósmæður sem hefðu skoðun á málunum og þyrðu að láta hana í ljósi.

Það sem er forvitnilegt hér er hvað sumar konur eru öruggar með sig og aðrar ekki. Hver er munurinn á þessum konum? Er þetta persónumunur eða hefur þetta með reynslu og/eða heimssýn að gera? Ég hallast að því að allt þetta geti átt við. Engin kvennanna í rannsókninni er valdalaus *alltaf*. Þær fundu sér allar leið til að ná sínu fram; ef ekki strax þá með reynslu og tíma um leið og þeim óx kjarkur til að standa með sjálfum sér.

„Eins og sjö hundruð manns“

Konunni finnst hún búa yfir valdi þegar hún upplifir að sjálfsákvörðunarréttur hennar sé virtur, tekið sé mark á henni og hún hafi stjórn á eigin líkama. Þetta vald getur verið hvort tveggja andlegt og líkamlegt. Hér er það konan sem er í brennidepli, vilji hennar, ákvarðanir og vellíðan í fæðingu og í kringum fæðingu. Konan ræður því hvernig fæðingu hennar ber að garði, eins og unnt er, og hún er við stjórnvölinn. Hún getur neitað meðferð og til dæmis farið fram á að fá aðra ljósmóður ef henni líkar ekki sú sem hún hefur (Lög um réttindi sjúklinga 1997 nr. 74, 28. maí, 8 grein: Meðferð hafnað; 20. grein: Val á heilbrigðisstarfsmanni; sjá einnig Fahy, 2002).

Þessar valdamiklu konur eru öruggar með sig og lýsa sér oft sem þær viti hvað þær vilji, séu ákveðnar, duglegar, upplýstar, harðjaxlar, rólegar, yfirvegaðar, þrjóskar, sérvitrar, jákvæðar, frekar, hressar, forvitnar, skipulagðar, sjálfstæðar, stjórnssamar, rökhyggjumanneskjur, og heimsborgarar og sveitamanneskjur í senn.

Jafnframt tala þær um að þær hafi ríka réttlætiskennd og séu tilbúnar að biðjast fyrirgefningar ef þær hafa gert á hlut annarra.

Ung kona í Reykjavík var ákveðin í því frá unga aldri að fæða heima og studdi þá skoðun sína með því að fæðing væri eðlilegt ferli. Sumar kvennanna í rannsókninni hafa alltaf búið yfir þessu valdi og aldrei efast um það sama hver fæðingarstaður þeirra er. Þær eiga það sameiginlegt að bera jákvæðan hug til fæðinga sinna og hlakka til þeirra. Margar þeirra upplifðu mjög góða fæðingu þar sem þær héldu um stjórnartaumana allan tímann. Slík upplifun getur fengið konu til að líða „eins og sjöhundruð manns“, líkt og ein konan í rannsókninni lýsti því. Aðrar konur upplifðu erfiðar fæðingar og horfa um öxl fullvissar þess að þær hafi höndlað fæðinguna eins vel og hægt var. Konurnar í rannsókninni sem höfðu góða upplifun af fæðingum sínum voru við stjórn og réðu eftir fremsta megni gangi hennar. Þetta styðja rannsóknir um fæðingar (Baker o.fl., 2005; Sigríður Halldórsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir, 1996). Green, Kitzinger og Coupland (1986) segja jákvæða fæðingarreynslu efla konur og minnka líkurnar á þunglyndi.²²

Rannsóknin sýnir fram á að ljósmæður geta geta haft heilmikið að segja um hvernig konum líður í fæðingu. Undir þetta taka innlendar og erlendar rannsóknir (Kitzinger, 2005; Page, 2006; Sigríður Halldórsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir, 1996; Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2006). Þá segir Christine McCourt (2006) ljósmæður vera lykilmanneskjur í valdeflingu foreldra í fæðingu.

„Ofurvald“ kvenna

Vald konunnar getur orðið svo mikið að það gangi á rétt annarra, það er heilbrigðisstarfsfólks og ófædds barns. Keisari að ósk móður er ekki framkvæmdur vegna læknisfræðilegra ástæðna, heldur vegna ýmissa ástæðna konunnar, svo sem; kvíða, fyrri áfalla og fagurfræðilegra sjónarmiða. Tvö fyrrnefndu atriðin eru oft fullgildar ástæður þess að konur fari í keisara því að um sjúklegt andlegt ástand

²² Sjá einnig: Sigríður Halldórsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (1996), Baker o.fl. (2005). Þetta styður einnig grein í *Bláinu* 24. febrúar 2007 þar sem þriggja barna móðir sem fæddi þriðja barnið heima segir að hún hafi ekki fundið fyrir fæðingapunglyndi eftir þá fæðingu en hafi aftur á móti barist við hana í fyrri skiptin.

getur verið að ræða þar sem besti kosturinn er keisarafæðing. Þá er það spurning um þriðja þáttinn og hvar mörkin eru sett?

Ákvörðun konunnar getur gengið þvert á það sem margir fæðingarlæknar telja best fyrir barnið og konuna segir Þóra Steingrímisdóttir fæðingarlæknir á LSH. Fyrirfram ákveðinn keisari vegna fagurfræðilegra ástæðna er enn sem komið er undantekning á Íslandi en er orðinn þekktur meðal fræga fólksins í hinum stóra heimi og er Victoria Beckham, fyrrum kryddpía, fyrirmynd annarra í þeim efnum. Víða um heim er keisarafæðing merki um félagslega stöðu og efnahag viðkomandi því að aðgerðin er dýr (Kitzinger, 2005). Foucault hefur bent á það vald sem ráðandi menning hefur yfir líkómum fólks og nefnir tísku á Viktoríutímanum sem dæmi um það (Morris, 1998). Vestræn áhersla á kvenlíkamann sem kyntákn er hér að verki, þar sem konur gangast undir keisaraskurð til þess að halda líkama sínum sem stinnustum og „fallegustum,” og með „*honeymoon fresh vagina*“! Hér er um að ræða hreint og klárt vald yfir líkómum kvenna, sem er inngróið í normið (Al-Mufti, McCarthy og Fisk, 1996; Davis-Floyd, 2003; Martin, 1992).

Ósk móður um keisaraskurð getur orðið til þess að heilbrigðisstarfsfólk þarf að gera hluti sem ganga gegn lífsskoðunum þeirra til að fullnægja vilja konunnar. Hérna verður úrræði heilbrigðisstarfsfólksins jafnvel það að velta vandamálinu áfram til samstarfsaðila, rétt eins og gert er í fóstureyðingum, að sögn Þóru. „Konan fær sinn keisara, það er alltaf einhver tilbúinn til þess”, segir hún. Þetta er dæmi um tvöfalt siðgæði en virðist vera eina lausnin sem er fagfólki fær í þessum siðferðilegu hremmingum. Hér eru það konan og réttur hennar í fyrirrúmi og aðrir beygja sig undir það.

Kitzinger (2006) bendir á hættuna við það að nefna hlutina ekki sínum réttu nöfnum og segir það geta leitt til þess „að koma ekki auga á hræðslu og „fóbíu“ og nefna það „kröfu“ og „rétt“ kvenna sem getur orðið til þess að auka keisarafæðingar og hefta umfjöllun um þær“.

„Eign ... spítalanna“ - vald stofnunarinnar

Ung frumbyrja segir það kaldhæðnislegt að konur og börn þeirra sem eru á sjúkrahúsi séu klædd í föt sem merkt eru „Eign þvottahúsa spítalanna“. Upplifun hennar er að þetta eigi alltof oft við um einstaklingana sem fötunum klæðast. Svo

virðist vera í yfirgnæfandi tilvikum að um leið og kona kemur inn á stofnun (sjúkrahús) til að fæða sé hún komin undir vald hennar og lúti því þar til hún er útskrifuð þaðan. Hér er um opinbert eða formlegt vald stofnunarinnar að ræða. Fjögurra barna frumbyrja lýsir skoðun sinni á þessu:

Mér finnst að þú, persónan þú, eigir að velja hvað þú notar, vegna þess að kerfið er fyrir þig en ekki þú fyrir kerfið. Þú átt að velja: „Ég vil þetta og svo vil ég þetta.“ En ekki bara um leið og þú kemur inn að þá bara á kerfið þig allt í einu. Þú bara ræður engu, það er náttúrulega ekki rétt hugsun.

Mörg dæmi eru um vald stofnunarinnar, til að mynda hvernig konan verður að „viljalausu verkfæri“ sem falla verður að tíma og takti stofnunarinnar (Kitzinger, 2006; 2005; Martin, 1992). „Ætlarðu ekki að fara að láta hana fæða?“ „Á ekki að fara að gerast neitt hjá þér?“ Þetta eru ummæli sem ljósmæður hafa fengið frá samstarfsfólki varðandi framgang fæðinga. Einnig kemur fram að fara verður út fyrir hátæknisþítala til að fá eðlilega fæðingu. Þetta eru dæmi um áhrif stofnunarinnar á annars eðlilegar fæðingar sem virðast algeng að sögn ljósmæðra. Inngrip í eðlilegar fæðingar eru það algeng að ljósmæður kunna jafnvel ekki að aðstoða konu í fæðingu án þess að örva hana og eðlileg fæðing á þriðja stigi fæðingar, það er fylgjufæðing, er óalgeng og lítið er fjallað um hana í ljósmóðurnáminu sjálfu. Ljósmæður fjölluðu um þetta á fundi um „Eðlilega fæðingu“. Þær segja að nábylið við hátæknina standi eðlilegum fæðingum fyrir þrifum og séu þær því næsta fátíðar og að jafnvel þurfi að laumast með þær.

Kitzinger (2006; 2005) verður tíðrætt um klukku stofnunarinnar sem allt annað miðast við. Hún segir henni gjarnan vera stillt upp gegnt rúminu, sem hún telur eitt af því sem mætti missa sín í fæðingarstofnunni. Klukkan er svo eðlileg viðmiðun í fæðingu að fólk tekur ekki eftir henni. Ung frumbyrja varð áþreifanlega vör við það að hún féll ekki að klukku stofnunarinnar þegar hún vaknaði „of snemma“ eftir keisarafæðingu (1995). „Þær eru í kaffi núna“, var svarið sem hún fékk og þurfti að bíða eftir því að sjá barnið sitt þangað til þær höfðu tíma til að sinna henni. Á tíunda áratug síðustu aldar varð töluverð breyting í átt að kvenmiðlægar fæðingum (Holmquist, 2000). Enn virðist þó langt í land að klukkan

missi stöðu sína sem mælikvarði á framvindu fæðinga, ekki hvað síst inni á stofnunum. Klukkan og tímastýrð fæðing eru taldar svo eðlilegir þættir að ekki er litið á þær sem inngríp í annars eðlilega fæðingu (Kitzinger, 2005). Konurnar í rannsókninni urðu áþreifanlegast varar við klukku stofnunarinnar á sængurkvenna-deild LSH þegar það sama varð yfir allar að ganga á sama tíma.

Framkoma heilbrigðisstarfsmanna í garð fæðandi kvenna og fjölskyldna þeirra er yfirleitt jákvæð en getur breyst í andhverfu sína. Ung frumbyrja mætti mjög neikvæðu viðhorfi læknis til heimafæðinga þegar hún þurfti í skoðun á LSH eftir heimafæðingu. Framkoma læknisins gefur í skyn að hann efist um ákvörðun konunnar auk þess sem þau styðja sjúkdómsvæðingu fæðingarinnar þar sem ekki er talið tryggt að fæða utan sjúkrahúsa (Davis-Floyd, 2003; Holmquist, 2000; Keller og Longino, 1999). Enn fremur fela þessi ummæli í sér ákveðna hótun eða afleiðingu af því að „breyta ekki rétt“ líkt og Fahy (2002) og Foucault tala um og segja tilheyra valdi normsins, eða „hegðunarvaldsins“ (*disciplinary power*) sem segir fólki hvernig það eigi að haga sér við ákveðnar aðstæður. Þetta styðja rannsóknir innan fræðanna (Baker o.fl., 2005; Danzinger, 1979; Fisher, 1998). Um svipað dæmi er að ræða þegar læknir spyr sig: „Hvurslags helvítis fífl eru að fæða heima?“ og faðirinn er áheyrandi.

Á fundi um „Óskrifaðar reglur, hefðir, boð og bönn innan heilbrigðisgeirans,“ fjölluðu ljósmæður m.a. um „*petidin*, hrikalega ógeðslegt lyf“ og áttu við það lyf sem sumum kvennanna í rannsókninni var gefið og gerði þær „drukknar“. Ljósmæðurnar spyrja sig hvers vegna sé enn verið að gefa þetta lyf. Þess spyrja einnig mæður sem finnast þær hafa verið „rændar“ upplifun sinni af fæðingu barna sinna af því þær voru í annarlegu ástandi. Ólöf Ásta Ólafsdóttir talar um að:

...gagnrýnislaust hafi verið tekið við tækninni og hún notuð við umönnun og eftirlit barnshafandi kvenna án þess að hafa rannsóknarniðurstöður til að styðja sig við. Ennfremur án þess að vita í raun hvaða áhrif inngríp tækninnar geta haft á eðlilegt ferli barneigna (1995: 16).

Á fundi um „Eðlilega fæðingu“ varð ljósmæðrum einnig tíðrætt um tæknina og eru sammála Ólöfu Ástu. Það segir sína sögu að „mannréttindi“ séu konum ofarlega í huga þegar þær endurskoða fæðingar sínar. Þeim finnst vera brotið á sér og sínum og fá ekki rönd við reist. Síðari ákvarðanartaka um fæðingar og val á fæðingarstað er meðal annars tekin með tilliti til fyrri reynslu konunnar af fæðingum og fæðingarstöðum.

Fagfólk sín á milli

Valdamismunar gætir meðal fagfólks og virðist vera um lækna­slagsíðu að ræða. Kitzinger (2006) segir að þessi valdamismunur eigi jafn djúpar rætur í samfélaginu og sjúkdómsvæðingin þar sem læk­nar tóku yfir þekkingu kvenna á fæðingum. Sterk staða karla í samfélaginu hefur sitt að segja en ætti að taka einhverjum breytingum í dag þar sem æ fleiri konur eru fæðingar- og barnalæk­nar. Hér virðast mismunandi svið ljósmæðra og lækna líka vera að flækjast fyrir: Ljósmæður líta svo á að þær séu sérfræðingar í eðlilegum fæðingum en að fæðingar- og barnalæk­nar séu sérfræðingar í áhættufæðingum. Þrátt fyrir það virðist valdamismunurinn vera greyp­tur í kerfið. Má í þessu tilliti til dæmis nefna tölvukerfi á LSH þar sem fylla verður út í reitinn „ábyrgur læk­nir“ til að komast inn til að skrifa skýrslu um fæðingu.

Á fundi um „Eðlilega fæðingu“ töluðu ljósmæður um að „ef kona er ekki búin að fæða eftir ákveðinn tíma þá fá ljósmæður ef til vill tiltal frá lækni sem aðhyllist virka stjórnun (*active management*) í fæðingum, varðandi hvers vegna konan sé ekki „stimuleruð“?“. Hér eru skýr merki um „eftirlits-“ eða „alsjáandi“ vald yfirboðara til undirsáta líkt og Foucault (1980) og Fahy (2002) tala um. Yfir fæðingum er einhver sem lítur eftir því að hlutirnir fari fram á þann hátt sem stofnunin gerir ráð fyrir. Ef ekki, fá ljósmæður tiltal frá læknum sem greinilega virðast vera yfirboðarar þeirra í þessu tilliti. Ljósmæður hafa fundið ýmsar lausnir til að komast framhjá þessu, meðal annars að fylla „partógrammið“ ekki of snemma út.

Í verstu tilfellum hefur rígur milli deilda og valdabarátta innan þeirra þau áhrif að skjólstaðingar stofnunarinnar koma í öðru sæti eins og kom fram á fundi ljósmæðra um „Óskrifaðar reglur, boð og bönn“. Valdamismunur meðal fagfólks

getur skipt fæðandi konur máli í þessu tilliti, einnig þegar horft er til þeirrar staðreyndar að „laumast verði með eðlilegar fæðingar“ og að „*Rauðhettu-syndrome*“²³ gildi um vatnsfæðingar“ á LSH líkt og fram kom á fundi ljósmæðra um „Eðlilega fæðingu“. Valdamisræmi meðal fagfólks virðist hafa smitast út í samfélagið því áberandi var að konurnar í rannsókninni ætluðust til einhvers af læknum sem voru viðstaddir fæðingar þeirra, furðuðu sig á aðgerðaleysi þeirra eða töluðu um þá eins og þeir hefðu bjargað öllu, þegar það voru í raun fyrst og fremst þær sjálfar og ljósmóðirin.

Ljósmæður kenna opinberu valdi um þessa þróun að hluta til þar sem lög og reglugerðir heimila læknum aðgang að fæðandi konum umfram ljósmæður. En einnig telja þær að um óskráðar reglur og hefðir sé að ræða sem „erfitt er að synda gegn“ og fólk verður samdauna með tímanum. Auk þess segja ljósmæður ýmislegt leyfast í „praxis“ sem sé bannað í skólanum. Walsh (2006) talar um að algengt sé að fagfólk læri slæma siði á stórum fæðingarveildum. Ljósmæðrum virðist þó hafa vaxið fiskur um hrygg á síðari árum og segja að þessi „valdastrúktúr“ sé allur að breytast; það kristallist í framtíðarsýn þeirra sem er „yfirljósmóðir Landlæknis-embættisins“, sem kom fram á fundi ljósmæðra um „Eðlilega fæðingu.“

Ríkið og hið opinbera

Ríkið og hið opinbera hafa áhrif á val á fæðingarstað, það er hið opinbera vald. Hér er ekki síst um að ræða þá opinberu stofnun sem sjúkrahúsin eru og til dæmis ákvarðanartöku varðandi breytingar sem hafa nýlega (haust 2006) átt sér stað innan LSH er MFS-kerfi var lagt niður og hafa áhrif á það hvað er í boði fyrir fæðandi konur.²⁴

Ákvörðun yfirvalda um að ekki eigi að vera starfandi ljósmóðir á sunnanverðum Vestfjörðum, svo dæmi sé nefnt, hefur áhrif á val kvenna á svæðinu

²³ Þýðir „að laumast með“.

²⁴ Rósa Erlingsdóttir og Edda Jónsdóttir ræða valkosti kvenna á fæðingarstað í grein í Morgunblaðinu 7. mars 2006, sem ber yfirskriftina „Skortur á valkostum í fæðingarþjónustu.“ Þar nefna þær lokun MFS-kerfis og þá staðreynd að aðeins í heima-fæðingu og á minni stöðum á landsbyggðinni gefist konum kostur á samfelli í meðgöngu, fæðingu og sængurlegu. Rósa og Edda kalla eftir breytingum í fæðingarþjónustu á höfuðborgarsvæðinu og benda þar til dæmis á Fæðingaheimili „...konur vilja eiga val, þær eru ekki allar eins og þurfa ekki allar að fæða börn sín á spítala.“

á fæðingarstað. Þetta á sér stað víða um land og gerir landsbyggðarkonum erfiðara fyrir en kynsystur þeirra í þéttbýlinu. Lög og reglugerðir er viðkoma fæðingum hafa vissulega mikil áhrif á fæðandi konur, einnig hafa þau áhrif á valdahlutfall meðal fagfólks. Til dæmis töluðu ljósmæður á fundi um „Óskrifaðar reglur, boð og bönn“ um það að lækni er ekki ljósmóðir skuli skoða börn og verðandi mæður, þrátt fyrir að hann sé aðeins heimilislækni og hafi ekki þá sérþekkingu sem ljósmæður hafa. Hér er það ákvörðun yfirvalda og traust þeirra á tækninni líkt og Fahy (2002) talar um sem ákveður að vald læknisins skuli vera meira en ljósmóðurinnar.

Leiðbeiningar um val á fæðingarstað sem væntanlegar eru frá Landlæknisembættinu (sept./okt. 2007) stuðla að því að konur fái upplýsingar um val á fæðingarstað. Það gera einnig reglur um upplýsingaskyldu heilbrigðisstétta sem bundin eru í lög en þar ber heilbrigðisstarfsmönnum að upplýsa skjólstæðinga sína um réttindi þeirra. Þeim ber einnig skylda til að upplýsa um hinar mismunandi meðferðir þannig að skjólstæðingur þeirra geti tekið upplýsta ákvörðun um meðferð (Lög um réttindi sjúklinga, 1997 nr. 74, 28. maí, 7. og 8. grein). Erlendar rannsóknir sýna að brunið hafi við að heilbrigðisstarfsfólk styðji normið (Davis-Floyd og Sargent, 1997; Stapleton, Kirkham og Thomas, 2002). Þetta kemur einnig fram í rannsókninni þar sem sumar kvennanna minnst á að óhefðbundnum fæðingarstöðum sé ekki haldið að skjólstæðingum heilbrigðisstéttanna.

Helsta gagnrýni kvennanna í rannsókninni er í raun á umgjörð fæðinganna en ekki á fagfólkið sem sinnir þeim. Þetta styður rannsókn Baker og féлага (2005). Fæðingastaðir, aðstaða, mannaflí og laun er allt á könnu yfirvalda og þarfnast endurskoðunar af þeirra hálfu ef ekki á að koma til vandræða eins og í sumar (2007) er undirmönnun varð á fæðingarsteild LSH og nýútskrifaðir ljósmóðurnemar neituðu að taka að sér störf þar vegna þess hversu lág launin voru og vinnuástaðan erfið. Hér er það „færíbandið“ og „klukkan“ sem fá verstu umsögnina líkt og í öðrum rannsóknum (Baker o.fl., 2005; Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2006).

Normið

Í valdaneti samfélagsins eru allir þátttakendur, vald normsins er óformlegt vald og oft hulið vegna þess hversu sjálfsagt það er. Hvað finnst fólki um ákvörðun mæðra

um fæðingarstað, ekki síst heimafæðingar eða keisara að ósk móður, eitthvað sem fer gegn hefðinni? Heimafæðingarkonur fengu yfirleitt mikil viðbrögð við ákvörðun sinni um að fæða heima og þær urðu að verja hana. Lausn tveggja þeirra var að segja aðeins þeim frá ákvörðun sinni sem þær vissu að myndu taka því vel, en þetta er þekkt meðal kvenna sem fara gegn hefðinni (Björg Viggósdóttir, Halla Hrund Birgisdóttir og Hildur Sólveig Sigurðardóttir, 2000; Davis-Floyd, 2003; Kitzinger, 2005; 1991). Fjölskylda og barnsfaðir geta haft mikil áhrif á val konu á fæðingarstað og hvort konan telur sig halda um stjórnartaumana í fæðingarferlinu. Þær konur sem ég ræddi við höfðu allar fengið stuðning barnsföður við fæðingar sínar og val á fæðingarstað. Tæpur fjórðungur þeirra sagði föðurinn hafa átt þátt í ákvörðuninni um val á fæðingarstað en mikill meirihluti taldi valið vera kvennanna sjálfra og að hlutverk maka þeirra væri að styðja þær í ákvörðun sinni.

Áhersla á kvenlíkamann sem kyntákn er hluti af vestrænni menningu og verður að teljast til normsins. Konur leggja mikið á sig og ófædd börn sín til að haldast innan tilbúins „fegurðarskala“ Vesturlanda sem, eftir að getnaðarvarnapíllan var fundin upp, snýst meira og meira um „sexualiseringu“ kvenlíkamans (Morris, 1998).

Ríkjandi orðræða verður að teljast til normsins. Eins og áður hefur verið rætt um er orðræða um fæðingar sjúkdómsvædd og það þykir svo eðlilegt að hún er nær ósýnileg. Sjúkdómsvæðing fæðingarinnar er svo rík meðal okkar að við efumst ekki um hana og finnst hún eðlileg (Martin, 1992). Eins og áður hefur verið greint frá litu flestar konurnar í rannsókninni á fæðingar sem eðlilegt eða náttúrulegt ferli sem færi að sjálfsögðu fram á sjúkrahúsi. Foucault (1980) segir lífvald miða að því að hafa stjórn á líkómum fólks í því augnamiði að hafa hemil á fólki. Að mati Foucault (1991) fer félagsleg mótun manneskjunnar í gegnum líkamann, eins og áður er nefnt. Sannleikurinn hverju sinni er til orðinn vegna samspils þekkingar og valds og má því til sanns vegar færa að öryggi fæðinga á stofnun sé sá sannleikur sem haldið hefur verið á lofti um allnokkurt skeið á Vesturlöndum á kostnað eðlilegra fæðinga.²⁵ Frá sjötta og sjöunda áratug tuttugustu aldar hafa sjúkrahús-fæðingar verið í miklum meirihluta fæðinga. Undir það síðasta hafa

²⁵ Samanber skilgreiningu í inngangi.

Óhefðbundnir fæðingarstaðir komið inn í umræðuna og frá því að vera algjör undantekning voru til að mynda heima fæðingar orðnar eitt prósent fæðinga í landinu 2005 (Skýrsla frá Fæðingarskráningunni fyrir árið 2005, 2006).²⁶ Þetta hefur ekki hvað síst gerst vegna þess að sumir heilbrigðisstarfsmenn hafa gefið grænt ljós á óhefðbundna fæðingarstaði.

Sjúkdómsvæðing fæðingunnar

Ljósmaður veltu fyrir sér á fundi um „Eðlilegar fæðingar“ hvers vegna konur kæmu fljótt inn í fæðingar og að erfitt væri að fá þær aftur heim. Þær sáu mun frá því sem áður var. Þær spurðu sig að því hvers vegna konurnar upplifðu svo mikla verki og þyrftu svo miklar verkjameðferðir. Hér töluðu þær sérstaklega um „þanódílkynslóð“ og „slímtappaæði“. Þær svöruðu sér sjálfar með því að benda á að alla meðgönguna, í mæðravernd, væri verið að reyna að finna eitthvað að og þegar kæmi að fæðingunni sjálfri treystu konurnar á fagaðilana til að sjá um fæðingu barnsins, líkt og þær höfðu treyst á þá á meðgöngunni. Þetta kemur heim og saman við það sem Holler (2005) segir um tæknivæðingu fæðingarinnar. Konurnar hafa lært að heilbrigðisstarfsfólkið er fagfólk í fæðingum og treysta þeim jafnvel til að vita betur en þær sjálfar hvernig best er að fæða.²⁷ Ljósmaðurnar voru á því að það þyrfti meiri fræðslu og meiri áherlsu á að konurnar taki þátt, séu með og geri hlutina á sinn hátt. Þessu voru konurnar í rannsókninni að hluta til sammála og fannst þær eflast við það að fræðast.

Einni konunni í rannsókninni varð tíðrætt um viðhorf til fæðinga og hún var mjög sorgmædd yfir því hversu neikvætt það væri. Hægt er að spyrja sig hvort þetta viðhorf sé afleiðing sjúkdómsvæðingarinnar sem hefur lagt litla áherslu á konuna og upplifun hennar af fæðingunni, en hefur miðað allt út frá fóstrinu. Skýrir hún ef til vill „þanódílkynslóðina“ og „slímtappaæðið“ sem ljósmaðurnar töluðu um?

Sjúkdómsvæðing er hættuleg af því leyti að hún lætur konur finnast þær vera vanmáttugar og gerir þær óvirkar í fæðingunni (Davis-Floyd, 2003; Kitinger,

²⁶ Árið 1992 voru heima fæðingar tvær í landinu en 2005 voru þær 43, þar af 38 áformaðar heima fæðingar (Guðrún Ólöf Jónsdóttir, 2004; Skýrsla frá Fæðingarskráningunni fyrir árið 2005, 2006).

²⁷ Ljósmaður í doktorsrannsókn Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2006) töluðu um það sama.

2006; 2005; Martin, 1992). Sjúkdómsvæðing elur á stéttskiptingu, ekki minnst innan heilbrigðisstéttanna, enda líta konurnar á lækinn sem aðalmanninn en ekki ljósmóðurina; því sérhæfðari því betra. Áður fyrr var um kynjamisrétti að ræða þar sem lækna voru yfirleitt karlar en ljósmæður konur. Konur viðhalda kerfinu með því að trúá á áhættuna og þora ekki að treysta á sjálfar sig. Sjúkdómsvæðingarkerfið er svo innbyggt í okkur að við gerum okkur ekki grein fyrir því, við erum samdauna því (Kaufman, 2004; Keller og Longino, 1999).

Kaflí 11. Niðurstöður rannsóknar

Flest allar konurnar í rannsókninni telja fæðingu skipta miklu máli og vilja hafa mikið um það að segja hvernig hún fer fram. Meirihluti þeirra taldi sig hafa val á fæðingarstað frá fyrstu tíð en allar eftir fyrstu fæðingu. Þannig jókst valið með þekkingu og reynslu og opnaði jafnvel fyrir möguleika sem konurnar höfðu ekki séð fyrir sér áður. Rannsóknin bendir þó á valdamisræmi innan samfélagsins og að konur þurfa að vera vel lesnar og meðvitaðar um rétt sinn til að vera vissar um, svo framalega sem hægt er, að þær fái þá þjónustu sem þeim ber og þær vilja. Hér skiptir máli hver hefur valdið til að skilgreina hvað teljast beri ásættanlegt öryggi, það er vald þekkingar.

Búseta og fjölskylda skipta miklu máli í vali á fæðingarstað. Konurnar í rannsókninni fæddu flestar á þeim stöðum þar sem þær áttu heima og gátu verið nærri fjölskyldu sinni og lögðu áherslu á að hafa maka sinn með sér bæði í fæðingu og sængurlegu. Á þessu eru undantekningar: Sumar konur fóru sérstaklega frá hátækninni í heimabyggð sinni til að fæða á minna sjúkrahúsi svo þær gætu verið í vatni eða fengið persónulegri þjónustu. Konur sem búa ekki við fæðingarstað í heimabyggð velja einna mest því að þær eru ekki bundnar einum stað umfram annan. Það má þó spyrja sig hvort þær hafi ekki minnsta valið þar sem þær geta ekki fætt í heimabyggð, sem virðist vera fyrsti kostur kvenna. Rannsóknin veitir innsýn í hversu mikil áhrif aðgerðir stjórnvalda geta haft til dæmis á litlar byggðir á landsbyggðinni svo og í þéttbýlinu með lokun Fæðingarheimilis Reykjavíkur og MFS-einingar á LSH, svo fátt eitt sé nefnt.

Áberandi var að ef konurnar voru ákveðnar í að fæða á áveðnum fæðingarstað gerðu þær allt sem þær gátu til þess að svo gæti orðið og gerðu lítið úr annmörkum þess. Ef þær höfðu aftur á móti einhverjar efasemdir um staðinn fundu þær honum flest til foráttu og gerðu mikið úr vanköntunum sem gjarnan voru þeir sömu og aðrar konur höfðu gert lítið úr. Sem dæmi má nefna hversu vegalengdin og

tíminn sem það tekur að komast á sjúkrahús nærri Reykjavík getur verið mismunandi eftir því hvort konur ætla sér að fæða þar eða ekki.

Bourdieu líkt og landi hans Foucault efast um valfrelsi einstaklinga og segir val þeirra vera bundið hefðum og siðum í því samfélagi sem þeir vaxa upp í. Samkvæmt þessu mætti gera ráð fyrir að konurnar í rannsókninni myndu velja sér fæðingarstað eftir þeim reglum sem giltu í samfélagi þeirra. Einnig gætu þær leitað lengra aftur og miðað sig við formæður sínar. Þetta á við rök að styðjast. Konurnar í rannsókninni völdu margar hverjar að fæða á sjúkrahúsum. Ástæða þessa var í flestum tilvikum sú að nú er algengast að fæða á sjúkrahúsi. Hér kemur orðræðan og sjúkdómsvæðing inn í ákvörðunina. Konurnar í rannsókninni líta flestar á fæðingu sem náttúrulegt ferli sem fari fram á sjúkrahúsi, þetta er merki um hversu djúpar rætur sjúkdómsvæðingin á í samfélaginu. Konur á barnseignaraldri ólust upp við að sjúkrahús væri eðlilegur fæðingarstaður og því velja þær hann. Einhverjar kvennanna nefndu að mæður þeirra hefðu einnig fætt á sjúkrahúsi. Þrjár kvennanna völdu sérstaklega fæðingarstaði sem mæður þeirra höfðu fætt á en það voru í öllum tilvikum sjúkrahús utan Reykjavíkur. Hér virðist skipta mestu máli að þekkja til. Ein heimafæðingarkonan sagði ákvörðun sinni til stuðnings að móðir hennar og amma og í raun allar formæður hennar hefðu fætt heima og því ætti hún þá ekki að geta það líka. Af þessu má álykta að flestar konurnar í rannsókninni fæddu á þeim stöðum sem eru viðurkenndir af samfélaginu sem þær búa í.

Fólk sem elst upp í sama samfélagi er ekki endilega með sama *habitus* heldur er hann svipaður (Bourdieu, 1990). Þær konur sem fæddu á óhefðbundnum fæðingarstöðum gerðu það til að forðast hátæknisjúkrahúsumhverfið, til að geta fætt í vatni og fá að vera í friði með fæðinguna sína. Ein þessara kvenna studdi ákvörðun sína með fordæmi formæðra sinna. Tvær kvennanna sem fæddu heima styrktust í þeirri ákvörðun sinni við að ræða það við ljósmóður sem leist vel á fæðingarstaðinn. Þetta styrkir það að ef sérfræðingarnir gefa leyfa þá veitir það konum aukið frelsi innan ákveðins ramma. Þetta kemur heim og saman við rannsókn Hulst o.fl. (1997), en þar kom fram að aukin eftirspurn var eftir heimafæðingum þegar yfirvöld buðu upp á raunverulegan ótæknivæddan valkost fjarri tæknivæddum sjúkrahúsum. Á Íslandi er ekki siður að konur fæði einar og án aðstoðar, það þykir of áhættusamt.

Trewathan (1997) segir konur sækja í öryggi þeirra sem reynsluna og sérþekkinguna hafa en þó er mismunandi hversu mikillar sérþekkingar þær krefjast.

Undirliggjandi þættir í vali kenna á fæðingarstað eru samspil þekkingar og valds og hugmyndir um öryggi og hvar það er að finna. Þekking spilar stórt hlutverk í skilgreiningunni á öryggi og heilbrigðisstéttir hafa í krafti þekkingar sinnar og aðgerða stjórnvalda, fengið það vald í hendur að skilgreina hvar öryggið sé að finna. Þannig hafa þær skapað þann „sannleika“ sem viðhafður er um öryggi fæðinga hverju sinni. Þetta er þó ekki algilt því að konurnar í rannsókninni búa yfir valdi sem þær beita á jákvæðan hátt til að breyta oft valdalítilli stöðu sinni í stöðu þess sem valdið hefur líkt og Foucault (1991) talar um. Þær upplifa sig þannig valdefldar. Valdastaða heilbrigðisstéttanna er þó sú að hún er endanleg viðmiðun um öryggi líkt og íslenskur *habitus* segir til um.

Er ástæða til að rómantísera hið náttúrulega og það sem var og var í raun og veru alls ekki svo gott því að úrræðin skorti oft þegar mest þurfti á að halda? Það finnst konunum ekki heldur segja þær þetta spurningu um að hafa val um til að gera hlutina eins og þær vilja. Er þá í langi að fæða án allrar aðstoðar eða „panta“ keisara? Konurnar telja flestar að allt sé best í hófi og því sé farsælast að miða við að enginn beri skaða af ákvörðuninni og að hún stofni ekki lífi neins í hættu.

Femínistar hafa gagnrýnt sjúkdómsvæðingu fæðingarinnar og afleiðingu hennar sem er sú að einblína á líkamlega þátt fæðingarinnar. Þetta hefur verið á kostnað upplifunar konunnar af fæðingunni og að andlegum- og tilfinningalegum þáttum fæðingarinnar hefur ekki verið sinnt sem skyldi. Þetta hefur valdið slæmri fæðingarupplifun sumra kvenna þar sem þeim hefur fundist þær vera „fæðingavélar“ eða á „færibandi“. Að lenda á færibandinu þýðir að konum finnist þær ekki vera einstakar eða sérstakar heldur séu þær aðeins „númer“ eða „viðfangsefni“ sem þarf að vinna með; eða vél sem þarf að skila ákveðnum afköstum á tíma. Konur sem lenda á „færibandinu“ hafa oft slæma fæðingarupplifun, eru óöruggar og eiga erfitt með að vinna úr fæðingunni. Þegar er skoðað aftur á móti hvað það er sem einkennir „hina góðu ljósmóður“ í hugum kvennanna í rannsókninni, kemur í ljós að það er andstæða „færibandsins“, mannlegu þættirnir sem einkenna hana umfram annað.

Flestar konurnar í rannsókninni velja „hina góðu ljósmóður“ og hafna „færibandinu“. Þetta þýðir að þær sækjast eftir því að tekið sé tillit til þeirra sem heildar en ekki einblínt á líkamlega þáttinn. Hlutirnir kunna að vera tæknilega öryggir á „færibandinu“ þó að það sé ekki víst, en öllu virðist skipta að hafa manneskju sér við hlið sem hefur tíma, hlustar og lætur konunum finnast þær sérstakar. Í því felst ekki minna öryggi. Eiginleikar hinnar góðu ljósmóður njóta sín á litlu sjúkrahúsi þar sem ekki er of mikill erill.

Hér má segja að þeir þættir sem einkenna annars vegar læknisfræðilega hugmyndfræði (*medical model*), ásamt sjúkdómsvæðingu fæðingarinnar, og hins vegar hugmyndafræði ljósmæðra (*social model*) og áhersla á upplifun konunnar af fæðingunni, birtist sem andstæðir pólar. Á sama tíma virðast vera stigin skref þar sem kvenmiðlægni fæðinga er viðurkennd, það er að sjónarhorn og val kvenna er haft til hliðsjónar í fæðingarþjónustunni.

Lokaorð

Í upphafi rannsóknar um *Val á fæðingarstað* var lagt upp með það markmið að grennslast fyrir um hvað réði vali kvenna á fæðingarstað og hvort þar væri eitthvað undirliggjandi sem hefði áhrif. Að leiðarlokum sýnist mér einsýnt að íslenskum konum virðist nokkuð þröngur stakkur skorinn í vali á fæðingarstað, en að þær velji engu að síður áfram innan ákveðins ramma sem stjórnvöld setja fæðingum.

Enn fremur stjórnast val og framboð á fæðingarstöðum af ríkjandi orðræðu, *habitus* og valdi sem er ráðandi í samfélaginu. Femínistar leggja áherslu á valdamisræmi innan samfélagsins þar sem konur eru í verri stöðu en karlar. Bourdieu tekur undir þetta og segir samfélagið allt með karlaformerkjum sem geri þeim auðveldara fyrir en konum sökum þess að þeir hafa stöðu normsins og er því valdamisræmi karla og kvenna oft á tíðum ósýnilegt. Samþykki og hlýðni við reglur samfélagsins viðhalda valdamisræminu. Samkvæmt Foucault myndar samband valds og þekkingar þann sannleika sem viðhafður er hverju sinni. Þetta kemur allt heim og saman við að sjúkrahús eru hefðbundnir fæðingarstaðir á Íslandi í dag og það heyrir til undantekninga ef annar fæðingarstaður er valinn.

Í þessu tilliti vekur athygli að í rannsókninni örlar á nýrri og frjálslýndari orðræðu sem gerir óhefðbundnum fæðingarstöðum eins og heima fæðingum hærra undir höfði en verið hefur. Þessu til stuðnings eru *Leiðbeiningar um val á fæðingarstað* sem væntanlegar eru frá Landlæknisembættinu um þessar mundir. Einnig kemur á óvart hversu stór hluti kvennanna í rannsókninni telur að konur eigi að hafa val á fæðingarstað sem er millistig sjúkrahúsa og heima fæðinga, það er ljósmóðurrekins fæðingarheimilis. Hér er komin áhersla á upplifun konunnar af fæðingunni og að hagsmunir móður og barns fari saman ólíkt áherslunni á barnið og fæðinguna sem einungis líkamlegan atburð.

Í framhaldinu væri áhugavert að rannsaka frekar konur sem verða að velja fæðingarstað fjarri heimabyggð; konur sem velja fyrirfram ákveðinn keisara; valdeflingu kvenna í fæðingu; konur sem velja sig sérstaklega frá eða til ákveðins fæðingarstaðar; konur sem fæða heima. Ennfremur að kanna áhrif *Leiðbeininga um val á fæðingarstað* á val á fæðingarstað og að lokum hvernig breytt og frjálslýndari orðræðu um fæðinga þróast í íslensku samfélagi.

Heimildir

- Ackermann-Lieblich, U., Voegeli, T., Gunter-Witt, K., Kunz, I., Zulling, M., Schindler, C., o.fl. (1996). Home Versus Hospital Deliveries: Follow up Study of Matched pairs for Procedures and Outcome. Zurich Study Team. *BMJ*, 313, 1313-1318.
- Al-Mufti, R., McCarthy, A., og Fisk, N. (1996). Obstetrician's Personal Choice and Mode of Delivery. *Lancet*, 347, 544.
- Alþjóðasamningur um borgaraleg og stjórn málaaleg réttindi nr. 10/1979.*
- Andermahr, S., Lovell, T., og Wolkowitz, C. (1997). *A Concise Glossary of Feminist Theory*. London: Arnold.
- Ariés, P. (1981). *The Hour of our Death*. Hamondsworth: Pinguin Ltd.
- Ársskýrsla Landspítala-Háskólasjúkrahúss 2000, (2001). Reykjavík.
- Ársskýrsla Landspítala - Háskólasjúkrahúss 2004. (2005). Reykjavík.
- Ársskýrsla Landlæknisembættisins 2003. (2004). Sótt 4. júlí 2007 á slóðina:
http://www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Utgafa/2003_arsskyrslan_06.07.04_rt.pdf
- Áslaug Hauksdóttir. (2005). Öryggi í heima fæðingum. *Ljósmaðrablaðið: Tímarit Ljósmaðrafélags Íslands*, 83(2), 36.
- Baker, S. R., Choi, P. Y. L., Henshaw, C. A., og Tree, J. (2005). 'I Felt as though I'd been in Jail': Women's Experiences of Maternity Care during Labour, Delivery and the Immediate postpartum. *Feminism & Psychology*. Sage Publications. Sótt 7. febrúar 2007, á slóðina:
<http://fap.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/3/315>
- Balaskas, J. (1992). *Active Birth: The New Approach to Giving Birth Naturally*. Harvard, Boston, Massachusetts: The Harvard Common Press.
- Barnard, A. (2004). *History and Theory in Anthropology*. Cape Town, Madrid og Cambridge: Cambridge University Press.
- Barnard, A., & Spencer, J. (1996). *Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*. London: Routledge.
- Bastian, H., Marc, J. N. C., Lancaster, K. og Lancaster, A. L. (1998). Perinatal Death Associated with Planned Home Birth in Australia: Population Based

- Study. *BMJ*, 317, 384-388.
- Becker, H. S. (1998). *Tricks of the Trade: How to Think About your Research While You're Doing it*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Berglind Hálfhánsdóttir. (2007). *Frumbyrjur framtíðar: Viðhorf og væntingar til barneigna og þjónustu*. Óbirt kandiðatsprófsritgerð: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Bernard, H. R. (2006). *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches* (4. útg.). Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Béhague, D., P., Victora, C., G. og Barros, F., C. (2002). Consumer Demand for Caesarean Section in Brazil: Informed Decision Making, Patient Choice, or Social Inequality? A Population Based Birth Cohort Study Linking Ethnographic and Epidemiological Methods. *BMJ*, 324.
- Biblían: Heilög ritning*. (1981). Reykjavík: Hið íslenska Biblíufélag.
- Björg Vigfúsdóttir, Halla Hrunð Birgisdóttir og Hildur Sólveig Sigurðardóttir. (2000). *Konur sem fara gegn hefðinni: Að fæða barn heima*. Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Bogdan, R. C. og Biklen, S. K. (2003). *Qualitative Research for Education: An Introduction to Theory and Methods* (fjórða útg.). Singapore, Hong Kong og Munic: A and B.
- Bourdieu, P. (1987). *Choses dites*. París: Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*. Stanford: Stanford University Press.
- Bourdieu, P. (2001). *Masculine Domination*. Cambridge og Oxford: Polity Press.
- Bourdieu, P. (2007). *Almenningsálitid er ekki til* (Björn Þorsteinsson, Davíð Kristjánsson, Egill Arnarson og Gunnar Harðarson þýddu). Reykjavík: Reykjavíkur Akademían.
- Brown, S., Lumley, J., Small, R. og Astbury, J. (1994). *Missing Voices: The Experience of Motherhood*. New York. Oxford University Press.
- Browner, C. H. og Sargent, C. F. (1996). Anthropology and Studies of Human Reproduction. Í Sargent, C. F. og Johnson, T. M. (Ritstj.), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method* (bls. 219-234). London:

- Praeger.
- Camberlain, G., Wraight, A. og Crowley, P. (1997). *Home Births: The report of the 1994 Confidential Enquiry by the National Birthday trust Fund*. London: The Parthenon Publishing Group.
- Campbell, R. og Macfarlane, A. (1986). Place of Delivery: A Review. *British Journal of Midwifery*, 93, 675-683.
- Cohen, N. W. og Estner, I. J. (1983). *Silent Knife: Cesarean Prevention and Vaginal Birth after Cesarean (VBAC)*. South Hadley: Bergin og Garvey.
- Corbin, J. og Strauss, A. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techinques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, London og New Delhi: Sage Publications.
- Coyle, K., Hauck, Y., Percival, P. og Kristjansson, L. (2001). Ongoing Relationships with a Personal Focus: Mother´s perceptions of Birth Centre Versus Hospital Care. *Midwifery*, 17, 171-181.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks, London og New Delhi.: Sage Publications.
- Crotty, M. (1998). *The Foundations of Social Research: Meaning and Perspective in the Research Process*. London: Sage Publications.
- Danzinger, S. K. (1979). On Doctor watching: Fieldwork in medical settings. *Urban Life* 7, 513-532.
- Davis-Floyd, R. E. (1994). The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1125-1140.
- Davis-Floyd, R. E. (2003). *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley, Los Angeles og London: University of California Press.
- Davis-Floyd, R. E. og Benoid, C. (2004). Becoming a Midwife in Canada: Models of Midwifery Education. Í Bourgeault, I. L., Benoit, C. og Davis-Floyd, R. E. (Ritstj.), *Reconceiving Midwifery*. Montreal: McGill-Queen´s University Press.
- Davis-Floyd, R. E. og Sargent, C. F. (Ritstj.). (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley, Los Angeles:

- University of California Press.
- Denmark, M. (2006). "The Governor's Full Support": Legalizing Direct-Entry Midwifery in Florida. Í Davis-Floyd, R. E. og Johnson, C. B. (Ritstj.), *Mainstreaming Midwives: The Politics of Change* (bls. 211-260). New York: Routledge.
- Emerson, R. M., Fretz, R. I. og Shaw, L. L. (1995). Processing Fieldnotes: Coding and Memoing. Í Emerson, R. M., Fretz, R. I. og Shaw, L. L. (Ritstj.), *Writing Ethnographic Fieldnotes* (bls. 142-168). Chicago: Chicago University Press.
- Evans-Pritchard, E. E. ([1940] 1969). *The Nuer: A Description of the Modes of Livelihood and Political Institutions of a Nilotic People*. Oxford: Oxford University Press.
- Eyrún Ingadóttir, Margrét Jónsdóttir, Sóley Tómasdóttir og Svandís Svavarsdóttir. (Ritstj.). (2002). *Konur með einn í útvíkkun fá enga samúð. Fæðingarsögur íslenskra kvenna*. Reykjavík: Forlagið.
- Fahy, K. (2002). Reflectings on Practice to Theorise Empowerment for Women: Using Foucault's Concepts. *Australian College of Midwives Incorporated*, 15(1), 5-13.
- Fisher, S. (1998). *In the Patient's Best Interest: Women and the Politics of Medical Decisions*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Fleissing, A. (1993). Are Women Given Enough Information by staff During Labour and Delivery? *Midwifery*, 9, 70-75.
- Foucault, M. (1972). *The Archeology of knowledge*. Bristol: Travistock Publications.
- Foucault, M. (1980). Selected Interviews and Other Writings. Í Gordon, C. (Ritstj.), *Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. Sussex: The Harvester Press.
- Foucault, M. (1991). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. London: Penguin Books.
- Foucault, M. (2005). *Michel Foucault: Alsæi, vald og þekking*. (Björn Þorsteinsson, Garðar Baldvinsson og Sigurður Ingólfsson þýddu).

- Reykjavík: Bókmenntafræðistofnun Háskóla Íslands.
- Fox, N. (1999). *Beyond Health: Postmodernism and Embodiment*. London: Free Association Books.
- Franey, L. E. (2003). *Victorian Travel Writing and Imperial Violence: British Writing on Africa, 1855 - 1902*. New York: Palgrave MacMillan.
- Fraser, D., M. (1999). Women's Perceptions of Midwifery Care: A Longitudinal Study to Shape Curriculum Development. *Birth*, 17, 99-107.
- Freund, P. E. S. og McGuire, M. B. (1995). *Health, Illness and the Social Body: A Critical Sociology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Garðar Árnason. (2003). Vísindi, gagnrýni, sannleikur: hugleiðingar um Michel Foucault og vísindaheimspeki. *Hugur: tímarit um heimspeki*, 15, 197-215.
- Garðar Baldvinsson. (2005). Alsætt líkamsvald: Um Michel Foucault. Í Foucault, M., *Michel Foucault: Alsæi, vald og þekking* (bls. 13-50). Reykjavík: Bókmenntafræðistofnun Háskóla Íslands.
- Gaskin, I. M. (2003). *Ina May's Guide to Childbirth*. New York: Bantam Book.
- Georges, E. (1997). Fetal Ultrasound Imaging and the Production of Authoritative Knowledge in Greece. Í Davis-Floyd, R. E. og Sargent, C. F. (Ritstj.), *Childbirth as an Authoritative Knowledge* (bls. 91-112). London: University of California Press.
- Gilbert, R., E. og Tookey, P., A. (1999). Perinatal Mortality and Morbidity among Babies Delivered in Water: Surveillance Study and Postal Survey. *BMJ*, 319, 483-487.
- Gill, R. (2000). Discourse Analysis. Í Bauer, M. W. og Gaskell, G. (Ritstj.), *Qualitative Researching with Text, Image and Sound* (bls.172-190). London: Sage Publications.
- Green, Kitzinger og Coupland. (1986). *The Division of Labour: Implications of Medical Staffing Structures for Doctors and Midwives on the Labour Ward*. Cambridge: University of Cambridge.
- Group, N. R. P. M. S. C. (1996). Collaborative Survey of Perinatal Loss in planned and Unplanned Home Births. *BMJ*, 313, 1306-1309.
- Gubrium, J. F. og Holstein, J. A. (1997). *The New Language of Qualitative*

- Method*. Oxford: Oxford University Press.
- Guðrún Ólöf Jónsdóttir. (2004). Heimafæðingar á Íslandi: Úttekt á heimafæðingum síðastliðinna 10 ára. *Ljósmaðrablaðið: Tímarit Ljósmaðrafélags Íslands*, 82(1), 32-35.
- Gupta, A. og Ferguson, J. (1997). *Anthropological Locations: Boundaries and Grounds of a Field Science*. London: University of California Press.
- Gustavsson, A. (1996). *Att förstå människor: Tillämpning av den formella datastrukturanalysen*. Stockholm: Pedagogiska institutionen Stokholms Universitet.
- Hanna Björg Sigurjónsdóttir. (1999). Valdefling: Glíma við margrætt hugtak. Í Rannveig Traustadóttir, (Ritstj.), *Fötlun: Hugmyndir og aðferðir á nýju fræðasviði* (bls. 66-80). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Hastrup, K. (1987). *Studying a Remote Island; Inside and Outside Icelandic Culture*. Paper presented at the The Anthropology of Iceland, Iowa.
- Hávamál*. (2001). Reykjavík: Íslensku bókaklúbbarnir.
- Hindess, B. (1996). *Discourses of Power: From Hobbes to Foucault*. Cambridge: Blackwell Publishers.
- Helga Gottfreðsdóttir. (2001). Hvað felst í mæðravernd? Viðhorf kvenna og ljósmaðra. *Ljósmaðrablaðið: Tímarit Ljósmaðrafélags Íslands*, 79(2), 5-15.
- Heimasíða Heilbrigðisstofnunar Suðurlands. Sótt 27. apríl, 2007 á slóðina: <http://www.hsu.is/?a=452&p=>
- Heimasíða Ljósmaðrafélags Íslands. Sótt 14. júlí á slóðina: <http://www.ljosmodir.is/?Page=NotePad&ID=46>
- Heimasíða LSH sótt 12. apríl 2007 á slóðina: http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/htmlpages/index.html
- Heimasíða ráðherra Ingibjargar Pálmadóttur. Sótt 24. apríl 2007 á slóðina: http://www.althingi.is/altext/120/10/r111343_57.sgml
- Hildur Kristjánsdóttir. (2004). *Upplifun og reynsla þungaðra kvenna af fyrstu skoðun*. Kennaraháskóli Íslands, Reykjavík.
- Holler, K. (2005). Eiga konur skilyrðislausan rétt á keisaraskurði? [Rafræn

- útgáfa]. *Læknablaðið* 91(10). Sótt 2. nóvember, 2005, af <http://www.laekna.bladid.is/2005/10/nr/2117>
- Holmquist, T. (2000). *"The Hospital is a Uterus": Western Discourses of Childbirth in late Modernity - a Case Study from Northern Italy*. Stockholm: Department of Social Anthropology, Stockholm University.
- Hunts, S. og Symonds, A. (1996). *The Midwife and the Society: Perspectives, Policies and Practice*. London: Macmillan Press Ltd.
- Ingibjörg B. Sveinsdóttir. (2007). Þriðjungur kvenna fær mænurótardeyfingu. *Blaðið*.
- Ingólfur Ásgeir Jóhannesson. (2004). *Karlmennska og jafnréttisuppeldi*. Reykjavík: Rannsóknarstofa í kvenna- og kynjafræðum við Háskóla Íslands.
- Ingólfur Ásgeir Jóhannesson. (2005). Hvað er höfundur? Í Foucault, M., *Michel Foucault: Alsæi, vald og þekking: Úrval greina og bókarkafla* (bls. 69-94). Reykjavík: Bókmenntafræðistofnun Háskóla Íslands.
- Ingólfur Ásgeir Jóhannesson. (2006a). Leitað að mótsögnum: Um verklag við orðræðugreiningu. Í Rannveig Traustadóttir (Ritstj.), *Fötlun: Hugmyndir og aðferðir á nýju fræðasviði* (bls. 178-195). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Ingólfur Ásgeir Jóhannesson. (2006b, 20.-21. október). *Fjölmennning og sjálfbær þróun í menntastefnu ríkis og sveitarfélaga*. Erindi á 10. málþingi Kennaraháskóla Íslands, Reykjavík. Sótt 27. febrúar 2007 á slóðina: <http://www.ismennt.is/not/ingo/fjolskjalfkhi.htm>
- Ingólfur Ásgeir Jóhannesson. (2006c, 29.-30. september). *Menntun og samfélag á tímum fjölmenningar og sjálfbærrar þróunar*. Erindi flutt á ráðstefnunni „Það er leikur að læra.“ Samræða allra skólastiga Akureyri. Sótt 27. febrúar 2007 á slóðina: <http://www.ismennt.is/not/ingo/fjolskjalfak.htm>
- Jackson, M. (1995). *At Home in the World*. Durham og London: Duke University Press.
- Janessen, P. A., Lee, S. K., Ryan, E. M., Etches, D. J., Farquharson, D. F., Peacock, D., o.fl. (2002). Outcomes of Planned Home Births versus Planned Hospital Births after Regulation of Midwifery in British Columbia. *CMAJ* 166(3), 315-323.

- Johnson, T. M. og Daviss, B. A. (2005). Outcomes of Planned Home Births with Certified Professional Midwives: Large prospective Study in North America, *BMJ* (Vol. 330).
- Jordan, B. (1993). *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Prospect Heights: Waveland Press, Inc.
- Jordan, B. (1997). Authoritative Knowledge and It's Construction. Í Davis-Floyd, R. E. og Sargent, C. F. (Ritstj.), *Childbirth and Authoritative Knowledge* (bls. 55-79). London: University of California Press.
- Jónína Einarsdóttir. (2004). *Tired of Weeping: Mother Love, Child Death, and Poverty in Guinea-Bissau*. Madison, Wisconsin og London: The University of Wisconsin Press.
- Jónína Einarsdóttir. (í prentun). *Hetjudáð eða heigulsháttur: Barnsfæðingar í Biombo, Gíneu-Bissá*. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Karen D. Kristjánsdóttir. (2007, 28. ágúst). Deyfingar fyrir aumingja [Rafræn útgáfa]. *Blaðið*. Sótt 8. sept. 2007, af <http://www.visir.is/article/20070828/SKODANIR06/108280038>. Umræða varandi greinina sótt 8. sept. 2007, á slóðina: <http://eyjamargret.blogspot.com/2007/08/me-raut-skaltu.html>
- Karp, D. A. (1996). Appendix: Thinking about Sampling. Í Karp, D. A. (Ritstj.), *Speaking of Sadness, Depression, Disconnection and the Meanings of Illness* (bls. 197-202). New York: Oxford University Press.
- Kassim, Z., Sellars, M. og Greenough, A. (2005). Underwater Birth and Neonatal Respiratory Distress. *BMJ*, 330, 1071-1072.
- Kaufman, T. (2004). Introducing Feminism. Í Stewart, M. (Ritstj.), *Pregnancy, Birth and Maternity Care* (bls. 1-10). Edinburg, London, Oxford: BfM, Books for Midwives.
- Kay, M., A. (1982). Writing an Ethnography of Birth. Í Kay, M. A. (Ritstj.), *Anthropology of Birth* (bls: 1-24). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Keller, E. F. og Longino, H. E. (1999). Introduction. Í Keller, E. F. og Longino, H. E. (Ritstj.), *Feminism and Science* (bls. 1-16). Oxford: Oxford University Press.

- Kingsley Kent, S. (1999). *Gender and Power in Britain, 1604 - 1990*. New York: Routledge.
- Kitzinger, S. (1983). *Women's Experience of Sex*. London: Dorling Kindersley.
- Kitzinger, S. (1991). *Homebirth: The Essential Guide to Giving Birth outside of the Hospital*. London: Dorling Kindersley, Inc.
- Kitzinger, S. (1999). *The Complete Book of Pregnancy and Childbirth*. New York: Alfred A. Knopf, Inc.
- Kitzinger, S. (2000). *Rediscovering Birth*. Boston, New York og London: Little, Brown.
- Kitzinger, S. (2004). *The New Experience of Childbirth*. London: Orion.
- Kitzinger, S. (2005). *The Politics of Birth*. Edinburg: Elsevier.
- Kitzinger, S. (2006). *Birth Crisis*. London: Routledge.
- Klassen, P. E. (2001). *Blessed Events: Religion and Home Birth in America*. Princeton og Oxford Princeton University Press.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*. London: University of California Press.
- Kristín Björnsdóttir. (2003). Orðræðugreining. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (Ritstj.) *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 237-248). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Kristín Loftsdóttir. (2004). Líkamar framandi kvenna. Í Irma Erlingsdóttir (Ritstj.), *Fléttur II: Kynjafræði – kortlagning* (bls. 363-382). Reykjavík: Rannsóknarstofa í kvenna- og kynjafræðum.
- Kristín Loftsdóttir og Helga Björnsdóttir. (2005). Í fréttum er þetta helst: Myndræn og kynjuð orðræða í fjölmiðlum. Í Úlfar Hauksson (Ritstj.), *Rannsóknir í félagsvísindum VI: Erindi flutt á ráðstefnu í október 2005* (bls. 367-376). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, London og New Delhi: Sage Publications.
- Landlæknisembættið. (2007). *Leiðbeiningum um val á fæðingarstað*. (óútgefin drög). Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Laqueur, T. W. (1990). *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*.

- Cambridge: Harvard University Press.
- Lavender, T. og Kingdon, C. (2006). Keeping Birth Normal. Í Page, L. og McCandlish, R. (Ritstj.), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice* (bls. 333-358). Philadelphia: Churchill, Livingstone og Elsevier.
- Lloyd, G. (1999). Reasons, Science and the Domination of Matter. Í Keller, E. F. og Longino, H. E. (Ritstj.), *Feminism and Science* (bls. 91-102). Oxford: Oxford University Press.
- Lög um réttindi sjúklinga 1997 nr. 74, 28. maí, 8 grein: Meðferð hafnað.
- Lög um réttindi sjúklinga 1997 nr. 74, 28. maí, 20. grein: Val á heilbrigðisstarfsmanni.
- Lög um réttindi sjúklinga 1997 nr. 74, 28. maí, 7. og 8. grein: Um upplýsingarhlutverk heilbrigðisstétta.
- Macdonald, M. (2006). Gender Expectations: Natural Bodies and natural Births in the New Midwifery in Canada. *Medical Anthropology Quarterly*, 20(2), 235-256.
- Magnusson, E. (1996, 21.-24. nóvember 1996). *Hela individer eller hela diskurser?* Erindi flutt á ráðstefnunni: Frø og frukter, Oslo.
- Malinowski, B. ([1922] (1984)). *Argonauts of the Western Pacific*. Illinois: Waveland Press.
- Margrét I. Hallgrímsson og Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2004). Útkoma spangar í eðlilegri fæðingu, áhrif meðferðar og stellingar á útkomu spangar. *Ljósmaðrablaðið*, 82(1), 12-19.
- Martin, E. (1992). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Milton Keynes: Open University Press.
- McCourt, C. (2006). Becoming a Parent. Í Page, L. og McCandlish, R. (Ritstj.), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice* (bls. 49-72). Philadelphia: Churchill, Livingstone og Elsevier.
- McKay, S. og Yager Smith, S. (1993). 'What are they talking about? Is something wrong?' Information sharing during the second stage of Labour. *Birth*, 20(3), 142-147.
- Moland, K. M. (2002). *Giving Birth in Kilimanjaro: The Politics of Knowledge in*

- Moral Contexts*. University of Bergen, Bergen.
- Moore, H. L. (1993). *The Differences within and the Differences Between*. Í Del Valle, T. (Ritstj.), *Gender Anthropology*. London: Routledge.
- Moore, S. (1997). *Understanding Pain and its Relief in Labour*. Melbourne: Churchill Livingstone.
- Moore, S. og Holden, M. (1997). *Complementary Medicine for Pain control in Labour*. London: Churchill Livingstone.
- Morris, D. B. (1998). *Illness and Culture in the Postmodern Age*. Berkeley: University of California Press.
- Murphy, P. A. og Fullerton, J. (1998). Outcomes of Intended Home Births in Nurse-Midwifery practice: a Prospective Descriptive Study. *Obstet Gynecol*, 92, 461-470.
- Nayak, S. (2005). Are we not becoming over Dependent on Doctors? *BMJ*, 330.
- Newburn, M. (2006). What Women Want from Care Around the Time of Birth. Í Page, L. og McCandlish, R. (Ritstj.), *The New Midwifery: Science and sensitivity in Practice* (bls. 3-20). Philadelphia: Churchill, Livingston og Elsevier.
- Noble, D. (1984). *The Forces of Production*. New York: Knopf.
- Northern region Perinatal mortality Survey Coordinating Group. (1996). Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. *British Medical Journal* 313, 1306-1309.
- Oakley, A. (1993). *Essays on Women, Medicine and Health*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Olsen, O. (1997). Meta-analysis of the Safety of Home Birth. *Birth*, 24(1), 4-13.
- Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (1995). Breytingar og þróun á námi í ljósmóðurfræði. *Ljósmaðrablaðið: Tímarit Ljósmaðrafélags Íslands*, 73(2), 14-29.
- Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2006 óútgefin doktorsritgerð). *An Icelandic Midwifery Saga - Coming to Light: "With Woman" and Connective Ways of Knowing*. Thames Valley University
- Page, L. og McCandlish, R. (2006). Introduction: The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice. Page, L. og McCandlish, R. (Ritstj.), *The New*

- Midwifery: Science and Sensitivity in Practice* (bls. xii-xv). Philadelphia: Churchill, Livingstone og Elsevier.
- Page, L. (2006). Being with Jane in Childbirth: Putting Science and Sensitivity into Practice. Page, L. og McCandlish, R. (Ritstj.), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice* (bls. 359-376). Philadelphia: Churchill, Livingstone og Elsevier.
- Pairman, S. (2006). Midwifery Partnership: Working With Women. Í Page, L. og McCandlish, R. (Ritstj.), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice* (bls. 73-97). Philadelphia: Churchill, Livingstone og Elsevier.
- Pang, J., W., Heffelfinger, J., D., Huang, G., J., Benedetti, t., J. og Weiss, N., S. (2002). Outcomes of Planned Home Births in Washington State: 1989-1995. *Obstet Gynecol*, 100, 253-259.
- Parezo, N. J. (1993). Anthropology: The Welcoming Science. Í Parezo, N. J. (Ritstj.), *Hidden Scholars: Women Anthropologists and the Native American Southwest* (bls. 3-37). Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Pratt, M. L. (2005). *Imperial Eyes: Travel Writing and Transculturation*. London: Routledge.
- Rapport, N. og Overing, J. (2000). *Social and Cultural Anthropology: The Key Concepts*. New York: Routledge.
- Rannveig Traustadóttir. (2003). Femínískar rannsóknir. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (Ritstj.), *Handbók í aðferðarfræði og rannsóknum í heimbrigðisvísindum* (bls. 267-279). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Redshaw, M. (2006). First Relationships and the Growth of Love and Commitment. Í Page, L. og McCandlish, R. (Ritstj.), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice* (bls. 49-72). Philadelphia: Churchill, Livingstone og Elsevier.
- Redshaw, M., Rowe, R., Hockley, C. og Brocklehurst, P. (2007). *Recorded Delivery: a National Survey of Women's Experience of Maternity Care 2006*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- Reinikainen, M. R. (2004). Gender Subject Positions for the Disabled Woman and Man. Í Kristjansen, K. og Rannveig Traustadóttir, (Ritstj.), *Gender and*

- Disability Research in the Nordic Countries* (bls. 257-275). Lund: Studentlitteratur.
- Reinikainen, M. R. (2006). Everyday Discourses on Disability: A Barrier to Successful Disability Policy? *Nordisk Sosialt Arbeid*, 26(3), 194-206.
- Rothman, B. K. (1989). *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in Patriarchal Society*. New York: W. W. Norton.
- Rósa Erlingsdóttir og Edda Jónsdóttir. (2006, 7. mars). Skortur á valkostum í fæðingarþjónustu. *Morgunblaðið*, bls 32.
- Shilling, C. (1996). *The Body and Social Theory*. Newburn Park: Sage Publications.
- Sibley, D. (2003). *Geographies of Exclusion*. London: Routledge.
- Sigríður Halldórsdóttir, og Sigfríður Inga Karlsdóttir. (1996). Journeying through Labour and Delivery: Perceptions of Women who have given Birth. *Midwifery*, 12, 48-61.
- Sigríður Dúna Kristmundsdóttir. (1997). *Doing & Becoming: Women's Movements and Women's Personhood in Iceland 1870-1990*. Reykjavík: Social Science Research Institute: University Press, University of Iceland.
- Sigríður Matthíasdóttir. (2003). Þjóðerni og karlmennska á Íslandi við upphaf 20. aldar. Í Jón Yngvi Jóhannesson, Kolbeinn Óttar Proppé og Sverrir Jakobsson. (Ritstj.), *Þjóðerni í þúsund ár* (bls. 119-132). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Skýrsla frá Fæðingaskráningunni fyrir árið 2005*. (2006). Reykjavík: Landspítali háskólasjúkrahús: Kvennadeild og vökudeild Barnaspítala Hringins.
- Stapleton, H., Kirkham, M. og Thomas, G. (2002). Qualitative Study of Evidence Based Leaflets in Maternity Care. *BMJ*, 324, 639-643.
- Stjórnarskrá íslenska lýðveldisins nr.33/1944*.
- Strauss, A. og Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Surtess, R. (2004). Midwifery Partnership with Women in Aotearoa / New Zealand: A Post-Structuralist Feminist Perspective on the Use of Epidurals

- in Normal Birth. Í Stewart, M. (Ritstj.), *Pregnancy, birth and Maternity Care: Feminist Perspective* (bls. 169-183). Edinburgh: BfM: Books for Midwives.
- Taylor, S. og Bogdan, R. (1998). *Introduction: Go to the People*. New York: John Wiley & Sons.
- Tew, M. (1995). *Safer Childbirth?: A Critical History of Maternity Care*. London: Free Association Books.
- Tracy, S. (2006). Risk: Theoretical or Actual? Í Page, L. og McCandlish, R. (Ritstj.), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice* (bls. 227-250). Philadelphia: Churcill, Livingstone og Elsevier.
- Trevathan, W., R. (1997). An Evolutionary Perspective on Authoritative Knowledge about Birth. Í Davis-Floyd, R. E. og Sargent, C. F. (Ritstj.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspective* (bls. 80-90). Berkeley: University of California Press.
- Van der Hulst, L., A., M., Van Teijlingen, E., R., Bonsel, G., J., Eskes, M. og Beleker, O., P. (2004). Does a Pregnant Woman's Intended Place of Birth Influence Her Attitudes Toward and Occurrence of Obstetric Interventions? *Birth*, 31(1), 28-33.
- Walsh, D. (2003). The Risk Discourse and its Effects on Maternity Care. *Health Care Risk Report*, 9(10), 11-13.
- Walsh, D. (2006). *Supporting Normal Birth: Learning from a Birth Centres: a Seminar for Midwives*. Reykjavík: Birth Matters: Midwifery Consultancy.
- Walsh, D., El-Nemer, A. og Downe, S. (2005). Risk, Safety and the Study of Psychological Birth. Í Downe, S. (Ritstj.), *Normal Childbirth, Evidence and Debate* (bls. 103-121). Edinburgh: Churchill, Livingstone.
- Walsh, D. og Newburn, M. (2002). Towards a Social Model of Childbirth Parts 1. *British Journal of Midwifery*, 10(8), 476-481.
- Welsh, A. (2007). *Second Consultation on Chapter 3: Planning a Place of Birth, Intrapartum Care*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Weston, K. (1997). The Virtual Anthropologist. Í Gupta, A. og Ferguson, J.

- (Ritstj.), *Anthropological Locations* (bls. 163-184). London: University of California Press.
- Wetherell, M. (2001). Themes in Discourse Research: The Case of Diana. Í Weterell, M., Taylor, S. og Yates, S. J. (Ritstj.), *Discourse, Theory and Practice* (bls. 14-28). London: Sage Publications.
- WHO. (1996). *Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a Practical Guide: World Health Organisation*.
- Wiegers, T. A., Keirse, M. J., van der Zee, J. og Berghs, G., A., H. (1996). Outcome of Planned Home and Planned Hospital Births in Low Risk Pregnancies: Prospective Study in Midwifery Practice in the Netherlands. *BMJ*, 313, 1309-1313.
- Wolcott, H. F. (1999). *Ethnography: a Way of Seeing*. Walnut Creek, Lanham og New York: Altamira Press.
- Zander, L. og Chamberlain, G. (1999). ABC of Labour Care: Place of Birth. *BMJ*, 318 (721-723).

Fylgiskjal 1. Minnispunktar í viðtölum

1. viðtal.

Punktur sem ég ætla að hafa í huga í viðtalinu.

(Aldur, menntun, starf, fyrri störf, hjúskaparstaða, fæðingar)

Hvað áttu mörg börn, hvenær fædd og hvar? Hvernig fæðingar voru þetta? Hvað var það sem réði því að þú fæddir á þessum stöðum?

(Umhverfið, fyrri fæðingar, áhættufæðing, öryggið, búseta, vil ráða ferðinni, fræðsla, aðrir, vinir, fjölskylda, netið, bækur, blöð, o.fl.)

Var þetta meðvituð ákvörðun, - eða bara það sem var í boði, *hefðir annars valið annað?*

Kom faðirinn nálægt ákvarðanartökunni? Rædduð þið það?

Hvernig upplifðir þú þig í fæðingunni – unum, e.t.v. mismunandi eftir fæðingum!

Polandi vs gerandi, eitthvað þar á milli!

Hver var líðan móður/föður í fæðingu?

Hverjar eru væntingar móður/föður til fæðingarinnar?

Standast þessar væntingar í fæðingu?

Hvaða áhrif hafði fæðingin á þig?

Eitthvað sem varir alltaf? (áhrifin)

Hvernig sérðu þig eftirá í fæðingunni

Finnst þér að þú hafir valið réttan fæðingarstað?

Myndirðu gera allt eins ef þú fæddir aftur?

Hverju myndir þú breyta?

Valdið:

Hver réði í fæðingunni?

Hvernig sástu það fyrir þér fyrirfram?

Fannst þér þú hafa stjórn á aðstæðum – alltaf?

Vald yfir eigin líkama?

Fékkstu að gera það sem þú vildir í fæðingunni, fæðingastellingar, ganga um, vatn, o.f

Inngrip:

Var um inngrip að ræða í þinni fæðingu?

Hverskonar inngrip?

Varst þú höfð með í ráðum?

Fékkstu e-ð deyfingu?

Var þér sagt af aukaverkunum sem þær kynnu að hafa?

Tengslamyndun:

Finnst þér val á fæðingarstað skipta máli varðandi tengslamyndun innan fjölskyldunnar - við barn/fjölskyldu/föður/móðir + faðir + barn, önnur börn við nýtt barn, o.fl.

Fræðsla:

Finnst þér að eigi að kynna varðandi foreldrum hina ýmsu kosti á fæðingarstað?

Upplýst val?

Hvernig færi slík kynning fram?

Finnst þér þú hafa (haft) val á fæðingarstað? – geta valið um hvar þú fæðir barnið þitt?

Merkirðu mun á ákvarðanatöku varðandi fæðingarstað með aukinni reynslu af fæðingum?

Hver/hvernig væri þinn óska fæðingarstaður? – *Má vera óraunhæft miðað við aðstæður.*

Hvað er eðlileg fæðing?

Ákveð að byrja ekki efst og fara svo niður – heldur koma svona við hér og þar.

5. viðtal

Minnispunktur í viðtali

(Aldur, menntun, starf, fyrri störf, hjúskaparstaða, fæðingar).

Hvað áttu mörg börn, hvenær fædd og hvar?

Hvað réði því að þú valdir þennan fæðingarstað umfram aðra? (Umhverfið, fyrri fæðingar, áhættuflæðing, öryggið, búseta, vil ráða ferðinni, fræðsla, aðrir, vinir, fjölskylda, netið bækur, blöð...)

Hvað skiptir mestu varðandi val á fæðingarstað í þínu tilviki?

Áhrifavaldar?

Var þetta meðvituð ákvörðun – eða bara það sem var í boði, hefðir annars valið annað?

Finnst þér þú hafa val á fæðingarstað? - geta valið um hvar þú fæðir barnið þitt?

Merkirðu mun á ákvarðanartöku varðandi fæðingarstað hjá þér, með aukinni reynslu af fæðingum?

Konan og væntingar:

Hvernig upplifðir þú þig í fæðingunni – mismunandi eftir fæðingum?

Polandi vs gerandi, eitthvað þar á milli?

Hvernig var líðan móður í fæðingu?

Hverjar voru væntingar móður til fæðingarinnar – stóðust þær í fæðingunni.

Finnst þér að þú hafir valið réttan fæðingarstað?

Myndir þú gera allt eins ef þú fæddir aftur?

Hverju breyta?

Faðirinn:

Kom faðirinn að ákvörðunartökunni? Rædduð þið það?

Væntingar föður til fæðingar?

Líðan föður í fæðingu?

Empowerment - Efling:

Ertu ánægð með fæðinguna þína? Hv.v.?

Hvaða áhrif hafði fæðingin á þig - maka þinn?

Eru áhrifin eitthvað sem varir alltaf? Upplifun sem mun endast allt lífið – breyta einhverju jafnvel um framhaldið eða hvernig þú lítur á sjálfa þig?

Breytti þetta sambandinu eða því hvernig maki þinn lítur á þig?

Sjálfsmynd – hefur fæðing breytt henni?

Vald:

Réðir þú framgangi fæðingarinnar?

Fannst þér þú hafa stjórn á aðstæðum – alltaf?

Vald yfir eigin líkama?

Fékkstu að gera það sem þú vildir í fæðingunni – fæðingarstellingar, ganga um, vatn o.fl.

Öryggi:

Hvað er öryggi í fæðingu í þínum huga?

Hvar ertu öruggust í fæðingu?

Er öryggið meira á einum stað en öðrum?

Sjúkdómsvæðing fæðingarinnar!!!

Landfræðilegt:

Bið fjarri heimili – hefur hún áhrif á val á fæðingarstað?

Inngrip:

Var um inngrip að ræða í þinni fæðingu?

Hverskonar inngrip?

Varst þú höfð með í ráðum?

Hvað finnst þér um inngrip í fæðingar?

Hvað finnst þér um mónitor?

Deyfingar:

Fékkstu einhverja deyfingu?

Var þér sagt af aukaverkunum sem þær kynnu að hafa?

Heilbrigðisstarfsfólk:

Viðhorf til ljósmæðra, lækna...?

Hvað er mikilvægt í fari ljósmóður - /heilbrigðisstarfsfólks í fæðingu?

Skiptir samfella í meðgöngu og fæðingu máli fyrir þig? Hefur það áhrif á val á fæðingarstað?

Sængurlega:

Aðstaða á spítölum – skiptir hún máli fyrir þig í fæðingu?

Hvað með sængurlegu? Aðstoð heima, sængurlega á spítala -/ skiptir það máli?

Sængurlega + og -?

Tengslamyndun:

Finnst þér val á fæðingarstað skipta máli varðandi tengslamyndun innan fjölskyldunnar? – við barn/fjölskyldu / föður / móður o.fl.

Hverra stund er fæðingin?

Fræðsla:

Mátuleg, of eða van í þínu tilfelli? Hvað með varðandi mismunandi fæðingarstaði?

Finnst þér að eigi að kynna varðandi foreldrum hina ýmsu kosti á fæðingarstað?

Hvernig færi slík kynning fram? Hvar?

Hafðir þú kynnt þér e-ð um fæðingarstað fyrir fæðingu? Hvar?

„*Konur með einn í útvíkkun fá enga samúð!*”

Að lokum:

Hver/hvernig væri þinn óskafæðingarstaður? *Má vera óraunhlaeft miðað við aðstæður.*

Hvaða merkingu leggurðu í eðlilega fæðingu?

Mynd af fæðingunni – hverju myndurðu líkja henni við – sérðu hana myndrænt?

20. viðtal:

Minnispunktur í viðtali

Hvað réði því að þú valdir þennan fæðingarstað umfram aðra?

Finnst þér þú hafa val á fæðingarstað?

Var þetta meðvituð ákvörðun – eða bara það sem var í boði, hefðir annars valið annað?

Áhrifavaldar?

Merkirðu mun á ákvarðanartöku varðandi fæðingarstað hjá þér, með aukinni reynslu af fæðingum?

Norm:

Hvaða viðbrögð fékkstu við ákvörðun þinni?

Konan og væntingar:

Hverjar voru væntingar móður til ?

Myndir þú gera allt eins ef þú fæddir aftur?

Hverju breyta?

Fannst þér þú vita hvað þú værir að fara út í í fyrstu fæðingunni?

Faðirinn:

Kom faðirinn að ákvörðunartökunni? Rædduð þið það?

Empowerment - Efling:

Hvaða áhrif hafði fæðingin á þig - maka þinn?

Eru áhrifin eitthvað sem varir alltaf? Upplifun sem mun endast allt lífið – breyta einhverju jafnvel um framhaldið eða hvernig þú lítur á sjálfa þig?

Sjálfsmynd – hefur fæðing breytt henni?

Vald:

Hvernig upplifðir þú þig í fæðingunni – mismunandi eftir fæðingum?

Polandi vs gerandi, eitthvað þar á milli?

Hvernig var líðan móður í fæðingu?

Fannst þér þú hafa stjórn á aðstæðum – alltaf?

Vald yfir eigin líkama?

Öryggi:

Hvað er öryggi í fæðingu í þínum huga?

Hvar ertu öruggust í fæðingu?

Er öryggið meira á einum stað en öðrum?

Inngrip:

Var um inngrip að ræða í þinni fæðingu? Varst þú höfð með í ráðum?

Hvað finnst þér um inngrip í fæðingar?

Deyfingar:

Viðhorf

Heilbrigðisstarfsfólk:

Hvað er mikilvægt í fari ljósmóður - /heilbrigðisstarfsfólks í fæðingu?

Skiptir samfella í meðgöngu og fæðingu máli fyrir þig? Hefur það áhrif á val á fæðingarstað?

Sængurlega:

Aðstaða á spítölum – skiptir hún máli fyrir þig í fæðingu?

Sængurlega + og -?

Tengslamyndun:

Finnst þér val á fæðingarstað skipta máli varðandi tengslamyndun innan fjölskyldunnar?

Fræðsla:

Hvað með varðandi mismunandi fæðingarstaði?

Hafðir þú kynnt þér e-ð um fæðingarstað fyrir fæðingu? Hvar?

„*Konur með einn í útvíkkun fá enga samúð!*”

Að lokum:

Hvernig myndirðu lýsa sjálfri þér?

Hver/hvernig væri þinn óskafæðingarstaður? *Má vera óraunhlæft miðað við aðstæður.*

Hvaða merkingu leggurðu í eðlilega fæðingu?

Mynd af fæðingunni – hverju myndurðu líkja henni við – sérðu hana myndrænt?

Líkamsvitund á meðgöngu?

Fylgiskjal 2. Staða mála: Fæðingarstaðir á Íslandi í dag

Hér mun ég fjalla um hvaða fæðingastaðir eru í boði í dag á Íslandi. Samkvæmt tölum í Ársskýrslu LSH 2004, fara lang flestar fæðingar fram á Landspítala Háskólasjúkrahúsi, eða 71% fæðinga, 10% fæðinga fara fram á Akureyri, 5,4% á Akranesi, 4,2% í Keflavík, 3,6% á Selfossi, 1,2% á Ísafirði, 1,5% á Neskaupstað, 0,8% í Vestmannaeyjum og 1,7% á öðrum stöðum: Sjúkrahúsi Sauðárkróks 0,7%, Sjúkrahúsi Húsavíkur 0,02%, á Höfn í Hornafirði 0,2%, Sjúkrahúsi Siglufjarðar 0,04%. Heimafæðingar eru 1% fæðinga á Íslandi, 43 talsins (Skýrsla frá Fæðingarskráningu árið 2005, 2006). Hlutfall fæðinga á Landspítala af heildarfjölda fæðinga á Íslandi hefur vaxið jafnt og þétt eða frá 68% 1998, 70% 2000 og 71% 2004 (Ársskýrsla LSH 2000, 2001; Ársskýrsla LSH 2004, 2005).

Landspítali-Háskólasjúkrahús

Á Landspítala-Háskólasjúkrahúsi (LSH) fara flestar fæðingar á Íslandi fram og þar geta konur nú valið um að fæða á fæðingadeild, 23A eða í Hreiðrinu, 23B, en keisaraskurðir farið fram á fæðingagangi LSH. Fæðinga- og kvenlækningadeild hefur verið hluti Landspítalans frá upphafi eða frá árinu 1931. Vegna mikilla þrengsla í gamla Landspítalanum var hafist handa við að undirbúa byggingu nýrrar fæðingardeildar á lóð Landspítalans og hóf hún starfsemi sína árið 1949 og hét þá „fæðingadeild Landspítalans.“ Nýbygging Kvennadeildar (A-álma) var tekin í gagnið í áföngum á árunum 1974 til 1976 (Ársskýrsla LSH 2004, 2005; Heimasíða LSH, 2007). Á fæðingadeild er þjónusta við konur í eðlilegum fæðingum og konur í fæðingum sem þurfa sérstakt eftirlit eða inngrip. Þar eru sjö fæðingarstofur og þrjú baðkör. Guðrún Eggertsdóttir, deildarstjóri á fæðingagadeild LSH, segir að breytingar standi yfir (apríl 2007) og klósett verði inn á öllum fæðingarstofum eftir að þeim er lokið.

Árið 2003 voru fæðingar á kvennasviði alls 2.865. Hlutfall keisaraskurða var 19,12 % og hefur það farið hækkandi (Ársskýrsla LSH 2004, 2005; heimasíða LSH sótt 12. apríl 2007 á slóðina: http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/htmlpages/index.html).

Sængurkvinnadeild 22A er eina sængurkvinnadeildin á höfuðborgarsvæðinu. Þar liggja því allar konur sem þurfa á sængurlegu á sjúkrahúsi að halda, þar á meðal eru konur sem hafa tekist á við erfiðar fæðingar eða átt fyrirbura. Auk þess liggja þar konur eftir keisaraskurði svo og konur sem átt hafa eðlilegar fæðingar en vilja liggja sængurlegu á sjúkrahúsi. Hinum síðastnefndu fer sí fækkandi og þannig er nú komið að 59% kvenna kjósa að fara heim innan við sólahring eftir fæðingu (Ársskýrsla LSH 2004, 2005; Heimasíða LSH, 2007). Á deildinni eru átján rúm og allt að fjórar konur eru á hverri stofu en það er fátítt nú til dags og einungis gert ef forða þarf konum frá því að liggja á ganginum segir Rannveig Rúnarsdóttir, deildarstjóri. Reynt er að hafa aðeins tvær, mest þrjár konur á stofu. Margar sængurkonur þurfa samt sem áður að sameinast um sömu klósettaðstöðuna og dæmi eru um að fjórar tveggja manna stofur þurfi að samnýta eitt lítið og þröngt klósett með sturtuáðstöðu.

MFS-eining og Hreiður

MFS-kerfi, meðganga, fæðing, sængurlega, hóf starfsemi sína 1994. MFS-kerfið lagði áherslu á samfellu í meðgöngu, fæðingu og sængurlegu og þær konur sem voru innan þess kerfis áttu að njóta þjónustu sömu ljósmóður í svo til öllu ferlinu. Þó var erfitt að koma því í framkvæmd að fæðingin væri á höndum sömu ljósmóður og annast hafði konuna á meðgöngunni, konan fékk þá aðstoð einhverrar þeirrar ljósmóður sem starfaði innan MFS-kerfisins. Framan af hafði MFS-kerfið aðeins á að skipa einni til tveimur fæðingarstofum og því komust mjög fáar konur að til að fæða þar. MFS-kerfið var ætlað konum sem voru heilbrigðar á meðgöngu og stefndu að fæðingu í Hreiðrinu, stuttri sængurlegu á Landspítala – Háskólasjúkrahúsi og heimaþjónustu frá ljósmóður (Heimasíða LSH, 2007).

Hreiðrið 23B, var opnað árið 2000 þar geta konur sem átt hafa eðlilega meðgöngu og eru í eðlilegu fæðingarferli fætt og dvalið í allt að sólahring. Í Hreiðrinu er lögð áhersla á að skapa heimilislegt andrúmsloft og hlýlegt umhverfi. Þar eru sex fjölskylduherbergi og tvær fæðingarstofur með vatnspotti og sturtu. Heimaþjónusta ljósmæðra sér um vitjanir heim fyrstu vikuna. Þetta þjónustuform hefur mælst mjög vel fyrir og þykir góður kostur fyrir nýorðna foreldra. Konur hafa

í auknum mæli þegið heimaþjónustu ljósmæðra frá því byrjað var að bjóða upp á hana 1993. (Heimasíða LSH, 2007). Nýlega (haust 2006) var MFS-eining á LSH lögð niður til að mæta þörfum þeirra mörgu sem vilja nýta sér þá þjónustu að fæða í Hreiðrinu. Að sama skapi mun sú samfella í meðgöngu og fæðingu sem verið hefur í boði í MFS falla niður og meðgöngueftirlit færast alhliða til HR. Meðgönguvernd kvenna í áhættuhópum er þó á höndum LSH.

Í Hreiðrinu, 23B, er skammtíma fæðingar- og sængurlegudeild fyrir konur í eðlilegum fæðingum.²⁸ Þessi eining eykur val í barnseignarferlinu með áherslu á samveru barns og foreldra allan sólahringinn. Konur hafa í auknum mæli þegið heimaþjónustu ljósmæðra síðustu 10-11 árin, tvær af þremur konum sem fæddu á LSH árið 2004 fóru heim innan sólahrings frá fæðingu (Ársskýrsla LSH 2004, 2005).

Sjúkrahús á landsbyggðinni nærri Reykjavík

Akranes, Selfoss og Keflavík eru fæðingarstaðir nærri Reykjavík og þangað sækja helst konur sem eiga heima í nágrenninu. Á öllum þessum stöðum er skurðstofa en misjafnt er hvort þar eru starfandi fæðinga-, svæfinga- og barnalæknar, hefur sú þjónusta minnkað undanfarin ár sums staðar. Selfoss var fyrsti fæðingarstaðurinn sem bauð upp á að konur fæddu í vatni árið 1994 (Heimasíða Heilbrigðisstofnunar Suðurlands, 2007). Síðan þá hafa fleiri staðir boðið upp á vatnsfæðingar og er nú hægt að fæða í vatni í Keflavík og í heima-fæðingu. Fæðingar í vatni voru leyfðar á Akranesi um árabíl en hefur nú verið hætt.

Sjúkrahús á landsbyggðinni fjarri Reykjavík

Fæðingarstöðum á landsbyggðinni fer sífellt fækkandi. Á nokkrum minni sjúkrahúsum úti á landi er skilyrði að meðgangan sé eðlileg og því hefur heilsufar móður og barns á meðgöngu áhrif á valmöguleika. Þeir fæðingarstaðir á landsbyggðinni sem í boði eru eru; Heilbrigðisstofnun Suðurnesja, Keflavík; Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Selfossi; Sjúkrahús Vestmanneyja; Heilbrigðis-

²⁸ Hér er átt við skilgreiningu WHO (2006) á eðlilegri fæðingu eins og lýst er í inngangi ritgerðarinnar.

stofnun Suðausturlands, Höfn í Hornafirði; Heilbrigðisstofnun Austurlands, Neskaupstað; Fjórðungssjúkrahúsið Akureyri; Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki; Heilbrigðisstofnunin Ísafjarðarbæ og Heilbrigðisstofnunin Akranesi (Heimasíða Ljósmeðrafélagsins, 2007).

Fæðingarheimili Reykjavíkur

Fæðingarheimili Reykjavíkur var ljósmóðurrekið fæðingarheimili sem var starfrækt á árunum 1960 til 1995, undir lokin með hléum. Fæðingaheimili Reykjavíkur var heimilislegur valkostur fyrir konur í fæðingu. Konur sem fæddu á Fæðingaheimili Reykjavíkur urðu að eiga að baki eðlilega meðgöngu og vera ekki í áhættuhópi í fæðingu (Heimasíða ráðherra Ingibjargar Pálmadóttur, 2007).

Heimafæðing

Á lista hjá Ljósmeðrafélagi Íslands eru sex ljósmæður sem taka á móti heima, fjórar í Reykjavík og tvær á Akureyri (Heimasíða Ljósmeðrafélagsins, 2007). Árið 2005 fæddust 30 börn heima á höfuðborgarsvæðinu og aðeins ein fæðingin var ekki skipulögð heimafæðing. Á Akureyri og Höfn í Hornafirði voru þrjár heimafæðingar á hvorum stað og ein í Reykjanesbæ, Þórshöfn og Laugardalshreppi (Skýrsla frá Fæðingarskráningunni fyrir árið 2005, 2006). Undanfarin ár hefur heimafæðingum farið fjölgandi og eru nú orðnar eitt prósent allra fæðinga í landinu. Konur sem fæða heima verða að eiga eðlilega meðgöngu að baki og fyrirsjáanlega eðlilega fæðingu. Það fá því ekki allar konur að fæða heima en það er hlutverk mæðraverndar að fylgjast með og athuga hvernig meðgangan er og hugsanleg fæðing komi til með að ganga.