

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ



Tímarit Ljósmeðrafélags Íslands 2. tbl. 84. árg. nóvember 2006
– Journal of the Icelandic Midwives Association –

Nálastungur
við grindarverkjum
á meðgöngu

Sitjandi fæðingar

Heimabjónusta
ljósmeðra í sængurlegu

Fæðingarsaga frá Malaví



Jafnvægi á líkama og sál





Ljósmaðrablaðið gefið út af
Ljósmaðrafélagi Íslands
Borgartúni 6 105 Reykjavík.
Sími: 564 6099 Fax: 588 9239
Netfang: lmfi@ljosmaedrafelag.is
Heimasíða: www.ljosmaedrafelag.is/felag

Ábyrgðarmaður
Guðlaug Einarssdóttir
formadur@ljosmaedrafelag.is
formaður LMFÍ

Ritnefnd
Valgerður Lísá Sigurðardóttir, ritstjóri
valgerdursig@simnet.is
sími: 695 6606 og 543 3049
Bergrún Svava Jónsdóttir
bergrunjons@hotmail.com
Hrafnhildur Ólafsdóttir
hrafno@internet.is

Ritstjórn fræðilegs efnis
Ólöf Ásta Ólafsdóttir
olofol@hi.is
Helga Gottfreðsdóttir
helgagot@hi.is
Sigfríður Inga Karlsdóttir
inga@unak.is

Myndir
Eva Laufey Stefánsdóttir
Kristín Ingibjörg Tómasdóttir
Stefanía Guðmundsdóttir
o.fl.

Auglýsingar
PSN-samskipti

Umbrot og prentvinnsla
Gutenberg

Ljósmaðrablaðið er opinbert tímarit Ljósmaðrafélags Íslands og er öllum ljósmaðrum heimilt að senda efni í blaðið. Greinar sem birtast í blaðinu eru alfarið á ábyrgð greinahöfunda og endurspeglar ekki endilega viðhorf ritstjóra, ritnefndar eða Ljósmaðrafélagsins. Það er stefna ritnefndar að a.m.k. ein ritrýnd grein sé í blaðinu hverju sinni og hún áskilur sér rétt til að hafna greinum sem eru málefnum ljósmaðra óviðkomandi. Gert er ráð fyrir að blaðið komi út í maí og nóvember ár hvert. Skilafrestur er í samráði við ritnefnd og skal efni berast á tölvutæku formi.

Forsíða
Eva Laufey Stefánsdóttir
ISSN nr. 1670-2670

Efnisyfirlit

Ritstjóraspjall	4
Ávarp formanns	6
Nálastungur við grindarverkjum á meðgöngu Stefanía Guðmundsdóttir og Helga Sigurðardóttir	8
Reynsla og íhugun ljósmóðurnema um sitjandi fæðingu María Haraldsdóttir	15
Hugleiðingar um sitjandi fæðingar Anna Sigríður Vernharðsdóttir	19
Fæðingsaga frá Malaví Eva Laufey Stefánsdóttir	23
Og þá komst þú... Katla Sigurðardóttir	27
Heimabjónusta ljósmaðra í sængurlegu Hildur Sigurðardóttir	28
Frá útskrift ljósmaðra vor 2006	34
Smábrot úr námi og starfi í LMSÍ 1954-1955 Kristín Ingibjörg Tómasdóttir	35
Við eigum okkur draum Oddrún, félag nema í ljósmóðurfræði	37
Hugmyndaregn ljósmaðra í október 2006 Stjórn LMFÍ	39
Meðganga og fæðing – reynsla ljósmóður Edda Guðrún Kristinsdóttir	41

Hvernig væri að máta sig í félagsstörf?

**Ljósmaðrafélagið hefur allrahandu verkefni,
bæði stór og smá fyrir þær sem vilja virkja orkuna
sem gengur af eftir amstur dagsins.**

**Áhugasamar hafið samband við
stjórnarmeðlimi.**

Ritstjóraspjall

Það er alltaf sérlega góð tilfinning þegar blaðið okkar er að fæðast og ánægjan er enn meiri þegar það inniheldur svo fjölbreytt efni eins og nú er. Í þessu 2. tölublaði 84. árgangs Ljósmaðrablaðsins birtast nefnilega greinar sem ná yfir allt barneignarferlið, þ.e. meðgöngu, fæðingu og sængurlegu.

Til viðbótar við fjölbreytt efnisval má nefna að höfundar koma úr ýmsum áttum; það eru ljósmaðranemar, ljósmaður með mislanga starfsreynslu að baki og síðast en ekki síst segja konur frá eigin reynslu.

Ljósmaður hafa í vaxandi mæli tekið óhefðbundnar aðferðir inn í meðferð og umönnun kvenna. Meðal þeirra er nálastungumeðferð en notkun hennar hefur aukist hratt síðustu árin hér á landi, sérstaklega eftir að Ljósmaðrafélagið hóf að standa fyrir námskeiðum fyrir félagsmenn. Í síðasta tölublaði mátti finna samantekt á rannsóknaniðurstöðum um nálastungumeðferð í fæðingu og er nú haldið áfram með nálastungurnar, en að þessu sinni er til umfjöllunar gagnsemi þeirra við grindarverkjum á meðgöngu. Eins og ljósmaður þekkja er það býsna algengur meðgöngukvilli og því fengur að því er tvær nýútskrifaðar ljósmaður, þær Helga Sigurðardóttir og Stefánía Guðmundsdóttir birta nú grein upp úr lokaverkefnum sínum síðastliðið vor. Þar eru birtar niðurstöður forprófunar á spurningalista ásamt viðtölum við konur um reynslu af nálastungumeðferð vegna grindarverkja á meðgöngu.

Fæðingsögur eiga ávallt sinn sess í umræðum, bæði meðal kvenna og hjá ljósmaðrum. Á því leikur enginn vafi að við getum dregið af þeim mikinn lærdóm til að bæta inn í reynsluþekkingu okkar ljósmaðra. Í þessu blaði eru þrjár fæðingsögur sagðar frá mismunandi sjónarhóli, frá mismunandi tímum og úr ólíkum menningarheimum! Um er að ræða upplifun Eddu Guðrúnar Kristinsdóttur ljósmóður af barneignarferlinu, upplifun Kötlu Sigurðardóttur af fæðingu dóttur sinnar fyrir tæpum þrjátíu árum og svo upplifun Evu Laufeyjar Stefánsdóttur ljósmóðurnema af fæðingu við gjörólíkar aðstæður miðað við það sem við eigum að venj-



Valgerður Lísu Sigurðardóttir,
ljósmóðir

ast í okkar samfélagi. Það er ekki laust við að það læðist að manni sú hugsun að munurinn sé hverfandi þrátt fyrir ólík menningarsamfélög og mismunandi tíma. Er það kannski svo, þegar allt kemur til alls, að menning og annar bakgrunnur hafi ekki svo mikið að segja þegar um er að ræða svo eðlilegan þátt í lífi hverrar manneskju eins og fæðing barns er? Á forsiðumyndinni má sjá kunnuglegt gleðibros nýbakaðrar móður eftir fæðingu. Hún fæddi í fæðingskylí í Malaví við ákaflega frumstæð skilyrði, en fæðingsögu hennar fáum við að líta á síðum blaðsins ásamt fleiri myndum þaðan. Myndirnar tala sínu máli en það fyrsta sem kom upp í huga mér var hve þetta er í raun og veru líkt, sama gleðin ríkir hvar sem barnsfæðing á sér stað; hvort sem það er í fæðingskylí Fanesu eða á hátæknisjúkrahúsi.

Ómetanlegar heimildir um sögu okkar er að finna í minningabrotum frá 6. áratugnum sem hér birtast en það eru Ljósnar sem eiga heiðurinn af því að safna þessum minningabrotum saman. Að þessu sinni er höfundurinn Kristín I. Tómasdóttir en í síðasta blaði voru minningabrot eftir Maríu Björnsdóttur. Vonandi verða þessi skrif til að hvetja fleiri ljósmaður til að taka sér penna í hönd og skrá sögur og minningabrot, því allar höfum við frá einhverju að

segja. Það er mjög mikilvægt fyrir ljósmaðrastéttina að sagan okkar glattist ekki. Vissulega hafa tímarnir breyst og nám í ljósmóðurfræði líka, en það má greina í skrifum Kristínar margt sem er í fullu gildi enn í dag. Hver kannast t.d. ekki við hvernig tilfinning það er að fá „fyrstu fæðinguna sína“?

Ljósmaðranemar dagsins í dag eru ekki síður mikilvægir fyrir ljósmaðrastéttina, heldur en þær sem lokið hafa starfsferlinum. Með ljósmaðranemum blása ferskir vindar. Þær hafa tækifæri til að horfa á barneignarþjónustuna frá öðrum sjónarhóli en þeir sem hafa starfað í henni um lengri eða skemmri tíma, kannski er hægt að líkja því við að þær sitji í stúkuseti! Í nafni Oddrúnar, félags ljósmaðranema nefnist grein þeirra „Glögg er gests augað“ og þar lýsa þær því sem þær sjá úr stúkusetinu, gagnrýna og koma með athyglisverðar tillögur um hvað mætti betur fara.

Við könnumst allar við það að umræður um ýmis málefni fara í hringi. Eitt dæmi um það eru sitjandi fæðingar og þarf ekki langan starfsaldur til að muna tímana tvenna í sambandi við stefnur og strauma um sitjandi fæðingar. Þegar undirrituð var ljósmóðurnemi fyrir 10 árum, var það kannski ekki daglegt brauð að sjá barn fæðast um fæðingarveg, í sitjandi stöðu, en það var þó alltaf öðru hvoru sitjandafæðing á fæðingardeildinni. Svo breyttist það og um árabíl var það svo að það þóttu stórtíðindi ef barn fæddist eðlilega í sitjandi stöðu. Í tveimur greinum hér eru þessar breytingar til umfjöllunar, þar sem rýnt er í orsakir þessarar þróunar og rannsóknir um sitjandi fæðingar. Önnur greinin er dagbókarverkefni Maríu Haraldsdóttur ljósmóðurnema, þar sem upplifun hennar af að vera viðstödd sitjandafæðingar kemur fram og hún rýnir síðan í hvað fræðin segja um fæðingarmáta barna í sitjandi stöðu. Þarna er í raun dæmi um hvernig nota má fæðingsögur til að draga af þeim lærdóm. Hin greinin er unnin af Önnu Sigríði Vernharðsdóttur ljósmóður og meistaranema, en til viðbótar við umfjöllun um sitjandafæðingar og rannsóknir setur hún fram hugleiðingar sínar

um hvernig hægt er að efla valkosti og setur skrif sín í samhengi við fimm skref Lesley Page um gagnreynda þekkingu í ljósmóðurfraði.

Það er umhugsunarefni hvernig nýjum rannsóknaniðurstöðum er tekið þegar þær koma fram. Svo virðist sem það taki misjafnlega langan tíma að breyta starfsháttum þegar nýjar rannsóknir birtast. Innan ljósmóðurfraðinnar má finna mörg dæmi þess að það virðist vera greiðari leiðin til að taka inngríp eða tækni í notkun heldur en að hætta eða draga úr þeim. Dæmi um það er einmitt um sitjandafæðingarnar en það virðist sem víða hafi þróast hratt þeir starfshættir að flest börn í sitjandi stöðu fæddust með keisaraskurði eftir birtingu aðeins einnar rannsóknar. Notkun moni-

tora til hlustunar hjartsláttar í fæðingu er hins vegar dæmi um breytingar sem virðast vera meiri hindranir í að breyta þrátt fyrir fjölda rannsókna sem styðja ekki gagnsemi þess að taka komurit af öllum konum sem koma inn í fæðingu. Um það var einmitt fjallað í nemaverkefni í Ljósmæðrablaðinu á síðasta ári

Miklar breytingar hafa átt sér stað í sængurleguþjónustu á liðnum áratug þar sem sængurlegan hefur færst að miklu leyti inn á heimilin aftur. Það má segja að þarna sé annað dæmi um það að stefnur og straumar fari í hringi en eins og við vitum fóru ljósmóðurstörfin að mestu leyti fram í heimahúsum, fyrir nokkrum áratugum síðan en fluttust svo nær alfarið inn á stofnanir. Með tilkomu heimaþjónustusamnings ljósmæðra við

TR hefur orðið gjörbreyting í þá átt að ljósmæður sinna nú stórum hluta fjölskyldna heima í sængurlegu fyrstu vikuna eftir fæðinguna. Heimaþjónustu ljósmæðra eru gerð skil í grein Hildar Sigurðardóttur, þar sem einnig er fjallað um árangur og gæðaeftirlit þjónustunnar. Hún hefur áður birt grein um ljósmæðraþjónustu fyrstu vikuna eftir fæðingu í Ljósmæðrablaðinu.

Á næsta leyti er aðventan með öllu því sem henni fylgir. Það er von ríknar nefndar að ljósmæður og aðrir lesendur geti átt notalega stund í skammtdeginu við lestur Ljósmæðrablaðsins, sér til fróðleiks og ánægju.

Kæru lesendur, bestu óskir um gleðileg jól og farsæld á nýju ári.

Jólaball Ljósmæðrafélags Íslands

Ljósmæðrafélagið slær upp jólaballi fyrir ljósmæður og fjölskyldur þeirra föstudaginn 29. desember kl. 15 í sal Kvenfélags Kópavogs í Hamraborg 10, 2. hæð. Við verðum á heimilislegu nótnum og sláum saman í jólaboð og því er hver fjölskylda beðin um að leggja til eitthvað góðgæti á kaffihlaðborðið. Söngur og dans í kringum jólatréð og jólasveinninn kemur í heimsókn með eitthvað í pokahorninu.

Aðgangur ókeypis.



SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS. Heiti lyfs, lyfjaform og pakkingastærðir: CYMBALTA 30 mg hörð sjrúpolin hylki eða CYMBALTA 60 mg hörð sjrúpolin hylki. CYMBALTA 30 mg fæst í 28 hylki pakkingum. CYMBALTA 60 mg fæst í 28 og 98 hylki pakkingum. **Virki innihaldsefni og styrkleikar:** Virki innihaldsefnið í CYMBALTA er duloxetin. Hvert hylki inniheldur 30 eða 60 mg af virki innihaldsefni. **Ábendingar:** Til meðferðar á alvarlegum þunglyndislotum (major depressive episodes). Til meðferðar á útlægum taugaverkjum vegna sýkurski hjá fullorðnum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Til inntöku. Fullorðnir. **Alvarlegar þunglyndislotar:** Ráðlagður upphafs- skammtur og viðhaldsskammtur er 60 mg einu sinni á dag án tillits til máltíða. Skammtar yfir 60 mg einu sinni á dag, upp að hámarksskammti 120 mg á dag gefið í jöfnum skömmtum hafa verið metnir með tilliti til öryggis í klínískum svörum sést venjulega eftir 2-4 vikna meðferð. Mælt er með að meðferð sé veitt í nokkra mánuði eftir að svörin hefur fengið til að forðast bakslag. **Útgættir taugaverkir vegna sýkurski:** Ráðlagður upphafsskammtur og viðhaldsskammtur er 60 mg einu sinni á dag án tillits til máltíða. Skammtar yfir 60 mg einu sinni á dag, upp að hámarksskammti 120 mg á dag gefið í jöfnum skömmtum hafa verið metnir með tilliti til öryggis í klínískum rannsóknum. Mikill einstaklingsmunur er á plasmabættni duloxetins. Því gætu sjúklingar með ófullnægjandi svörum á 60 mg haft gagn af hærri skammti. Meta skal svörin lyfsins eftir 2 mánaða meðferð. Þróari svörin eftir þann tíma er ólíkleg. Endumeta skal ávinnung meðferðarinnar reglulega (að minnsta kosti á þriggja mánaða fresti). **Aldraðir:** Alvarlegar þunglyndislotar. Ekki er mælt með skammtaöðlun hjá öldruðum sem eingöngu er byggð á aldri. Aldraðir skulu meðhöndlaðir með varúð eins og við á um önnur lyf, sérstaklega með CYMBALTA 60 mg/dag þar sem takmarkaðar upplýsingar eru til um notkun. **Útgættir taugaverkir vegna sýkurski:** Ekki er mælt með skammtaöðlun hjá öldruðum sem eingöngu er byggð á aldri. Aldraðir skulu meðhöndlaðir með varúð. **Börn og unglingar:** Rannsóknir á öryggi og virkni duloxetins hjá sjúklingum í þessum aldursþóp hafa ekki verið framkvæmdar. Því er ekki mælt með notkun CYMBALTA fyrir börn og unglinga. **Skert lifrarstarfsemi:** CYMBALTA ætti ekki að gefa sjúklingum með skertu lifrarstarfsemi. **Skert nýrnastarfsemi:** Ekki er þinnst á skammtaöðlun hjá sjúklingum með væga eða miðlungs skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínin úthreinsun 30 til 80 ml/min). **Meðferð hætt:** Þegar meðferð með CYMBALTA er stöðvuð eftir meira en 1 viku meðferð, er að öllu jöfnu ráðlegt að draga smám saman úr skammtinum á þinnst 2 vikum til að draga úr hættu á frávarfseinkennum. Almennt er ráðlegt að minnka skammtinn um helming eða gefa lyfið annan hvern dag. Við ákvörðun um skammtaminnkun skal hins vegar taka tillit til einstaklingsbundinna atviraðandi sjúkinga, svo sem lengd meðferðar, skammtastærð þegar ákveðið er að hætta o.s.frv. **Frábendingar:** Öflameiri fyrir virka efnið eða einhverju hjálparefnum. CYMBALTA er ekki notað samhliða óserðarþerfnum, óætturkæfnum Mوندامين Oxidasa hemlum (MAO hemlum). Lifrarsjúkdómur með skertu lifrarstarfsemi. Ekki ætti að nota CYMBALTA samhliða fluvoxamini, ciprofloxacin eða enoxacini (þ.e. virkum CYP1A2 hemlum) því það veldur hækkandi plasmabættni duloxetins. Mikil skert nýrnastarfsemi (kreatínin úthreinsun <30 ml/min). **Sérstök varnaraðir og varúðarreglur við notkun:** **Gæðhæð og krampar:** CYMBALTA skal notad með varúð hjá sjúklingum með sögu um gæðhæð eða sem hafa greinst með gæðvarfaslyki og/öðla krampa. **Ljósosstærðing:** Ljósosstærðing hefur verið lýst og tengd við duloxetin, því ætti að ávísar CYMBALTA með varúð hjá sjúklingum með hækkadan augnþrýsting eða með þekkta hættu á bráðri þrönghornsjúki. **Blóðþrýstingur:** Hjá sumum sjúklingum hefur duloxetin verið tengt hækkun á blóðþrýstingi. Ráðlagt er að fylgjast með blóðþrýstingi eftir því sem við á hjá sjúklingum með þekkta háþrýsting og/öðla aðra hjartasjúkdöma. **Skert nýrnastarfsemi:** Plasmabættni duloxetins hækkar hjá sjúklingum með miklu skerta nýrnastarfsemi sem krefst blóðskilunar (kreatínin úthreinsun <30 ml/min). Sjá nánari upplýsingar í kafla 4.3 um sjúklinga með miklu skerta nýrnastarfsemi. Sjá nánari upplýsingar í kafla 4.2 um sjúklinga með væga eða miðlungs skerta nýrnastarfsemi. **Notkun með þunglyndislyfjum:** Gæta skal varúðar sé CYMBALTA notað samhliða þunglyndislyfjum. Sérstaklega er ekki mælt með samhliða notkun sérstakra afurkrafra MAO-hemla. **Jóhannesarjurt:** Tíðni aukaverkana getur aukist ef CYMBALTA er notað samhliða jurtum sem innihalda Jóhannesarjurt (Hypericum perforatum). **Sjálfslyf:** Alvarlegar þunglyndislotar. Þunglyndi er tengt aukinni hættu á sjálfslyfshugsunum, sjálfskaða og sjálfsvígum. Þessi áætla er til staðar eins marktaukt bati fæst. Fylgjast skal náð með sjúklingum sem bati fæst, því ekki er víst að batamerki sjáist á fyrstu vikum meðferðar. Almennt klínískt reynta af öllum þunglyndismedferðum er að sjálfslyfshættan geti aukist á fyrstu bátagitum. Dæmi eru um sjálfslyfshugmyndir og sjálfslyfsatferir meðan á duloxetinmeðferð stendur eða skömmu eftir að meðferð var hætt. Fylgjast skal náð með sjúklingum sem eru í sérstakri áhættu (sjá kafla 4.8). **Aðvara skal sjúklinga** (og ástandendur þeirra) um þörf á að fylgjast með tilkomu sjálfslyfshugmynda/hegðunar eða hugsana um sjálfskaða og að leita læknisráðstoðar samstundis ef þessi einkenni koma fram. **Útgættir taugaverkir vegna sýkurski:** Eins og við á um önnur lyf með svipuð lyfjafæðing (þunglyndislyf), eru einstaka dæmi um sjálfslyfshugmyndir og sjálfslygstilburði meðan á duloxetinmeðferð stendur eða skömmu eftir að meðferð var hætt. Læknar hvetja sjúklinga til að tilkynna til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn. Ef samt sem áður er hegðanir (tiltæknir til sjálfslyfs og sjálfslyfshugsana) og fjandskapur (aðallega áráðsæðing, málþrói og reiði) komu eftir fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfseyn.

Ávarp formanns

Það er ljósmæðrum bæði ljúft og skylt að standa vörð um hagsmuni skjólstaðinga sinna. Við þekkjum það vandamál hversu máttlítil þrýstihópur barnshafandi fjölskyldur eru; barneignarferlið er parinu sjaldnast hugleikið í meira en ár að sinni og hefur það þá um margt annað að hugsa en samfélagslega hagsmunabaráttu. Þess vegna ber ljósmæðrum rík skylda til þess að beita sér fyrir hagsmunum barnshafandi fjölskyldna.

Nú eru Alþingiskosningar eftir hálf tveimur árum og því máttuleg tímasetning til þess að ljá þingflokkinum skrautfrjóðir fyrir kosningabaráttuna. Af mörgu er að taka, því barnafjölskyldum er nú ekki beinlínis hampað í okkar samfélagi. Mig langar þar fyrst að nefna skort á valmöguleikum í barneignarþjónustunni, bæði hvað varðar meðgönguvernd og fæðingarhjálp. Víða á landsbyggðinni er skortur á barneignarþjónustu yfirleitt. Fæðingarstöðum hefur fækkað og því þurfa barnshafandi konur af landsbyggðinni nú oft að sækja langan veg á næstu fæðingardeild með ærnum tilkostnaði og röskun á fjölskyldulífi.

Annað mál sem mikilvægt er að vekja athygli á, er ósanngjarn útreikningur greiðslna í fæðingarorlofi, en þær greiðslur geta einungis numið 80% af meðaltekjum síðustu tveggja ára. Þessi aðferð kemur námsfólki og þeim sem eignast börn með stuttu millibili, sérlega illa og er það efni í heila umræðu sem ekki verður farið út í hér.

Það mál sem ég ætla að gera að umræðuefni mínu hér er lengd fæðingarorlofs. Svigrúm til fæðingarorlofs fyrir konur er hvað minnst hér á landi af öllum Norðurlöndum. Auk þess er heildarlengd fæðingarorlofs hér, styst meðal Norðurlandabjóða og greiðslur sem hlutfall af launum, næstminnstar.

Við erum að vísu afar stolt af þeirri þróun sem varð í kjölfar nýrra áherslna í fæðingarorlofslöggjöf sem stuðla áttu að aukinni þátttöku karla í fæðingarorlofi og áhrifin létu ekki á sér standa. Á aðeins átta árum (1995 til 2003) fjölgaði þeim körlum sem tóku fæðingarorlof úr 0,1% í 85-90% og erum við þar fremst allra Norðurlandabjóða. Þessi þróun hefur mjög jákvæð áhrif á jafnréttisbar-



Guðlaug Einarsdóttir,
formaður LMFÍ

áttu en eftir sem áður, hefur fæðingarorlof íslenskra kvenna ekki lengst í 20 ár, eða síðan fæðingarorlof var lengt úr þremur í sex mánuði árið 1986. Á sama tíma hefur atvinnuþátttaka kvenna aukist talsvert og er hér ein sú mesta í heiminum.

Vegna þessara nýju áherslna í löggjöf um fæðingarorlof og árangurs af þeim með aukinni þátttöku karla í fæðingarorlofi, er alltaf viss hættu fólgin í því að nefna lengingu fæðingarorlofs fyrir konur. Hættan liggur í því að þá gæti konum á barneignaraldri orðið erfiðara um vik á vinnumarkaðnum vegna ótta atvinnurekanda við aukakostnað vegna fæðingarorlofa þeirra og því frekar séð hag sinn í að ráða karlmenn til starfa. Það er þó löngu orðið tímabært að tryggja fæðingarorlof í lok meðgöngu.

Ljósmæður muna eftir þeirri umræðu sem kom fram fyrir ári síðan, þegar barnshafandi konur voru tæpitungulaust sakaðar um að misnota veikindavottorð til þess að lengja fæðingarorlof fyrir fæðinguna. Það gefur auga leið að meðganga og fæðing eru eldri mannkyninu sjálfu og er því engin nýjung til að klekkja á framleiðni nútíma samfélags. Í stríðinu á móti sjúkdómsvæðingu meðgöngu og fæðingar síðastliðna áratugi, hafa ljósmæður og fleiri bent réttilega á að meðganga og fæðing

séu ekki sjúkdómur. Þessa staðreynd hefur samfélagið hins vegar tekið svo samhengislausu, að fyrst ekki er um sjúkdóm að ræða, þá sé engin þörf á sérmeðferð, hvorki varðandi atvinnu né daglegt líf. Barnshafandi konur þekkja viðhorf eldri kynslóðarinnar sem helst vill pakka konum inn í bómull alla meðgönguna. Þetta viðhorf heyrir nú að mestu sögunni til og ætlast er til þess af barnshafandi konum að þær vinni störf sín með jafnmiklum afköstum og áður, enda sé meðganga ekki sjúkdómur. Það er því hættu á að þessi lotningarfulla umhyggja eldri kynslóðarinnar, fyrir barnshafandi konum muni hverfa með þeirri kynslóð. Þó meðganga sé ekki sjúkdómur er eðlileg meðganga, hvað þá heldur óeðlileg, gríðarlegt álag á líkama konu. Því er ómögulegt að nota staðlaða mælistiku sjúkdóma og heilbrigðis á meðgöngu til þess að meta vinnugetu barnshafandi konu.

Síðastliðið vor voru birtar í Tidskrift for Jordemødre niðurstöður danskrar rannsóknar sem byggð var á mæðraskrár títú ára tímabils, frá árinu 1994 til ársins 2004. Rannsóknin sýndi þær sláandi niðurstöður að fyrirburafæðingum hafði fjölgað um 52% í þeim hópi kvenna sem annars hafði enga áður þekkta áhættuþætti fyrir fyrirburafæðingar. Allar skýringar sem reynt var að finna, gátu aðeins skýrt hluta þessarar miklu aukningar en eini þátturinn sem gat hafa breyst á svo stuttum tíma var streita.

Á Íslandi erum við með eindæmum vinnusöm og gerum þær kröfur á barnshafandi konur að þær vinni allt fram undir væntanlegan fæðingartíma og hvað hetjulegast þykir að vinna fram á sjálfan fæðingardaginn.

Samkvæmt núgildandi lögum er fæðingarorlof 39 vikur í heildina þar af eru 13 vikur bundnar móður, 13 föður og 13 vikum geta foreldrar skipt á milli sín. Lögin hvetja því konur til að vinna sem lengst á meðgöngu. Móðirin hefur vissulega rétt á því að byrja töku fæðingarorlofs mánuði fyrir áætlaðan fæðingardag, en fæðingarorlofið er svo stutt, að fæstar hafa tök á því að fórnar hluta þess fyrir fæðinguna, því með því móti skerðir móðirin þann tíma sem hún

getur verið í fæðingarorlofi með barninu eftir fæðinguna. Mikilvægt er að þessi möguleiki á töku fæðingarorlofs síðasta mánuð meðgöngunnar skerði ekki fæðingarorlof eftir fæðinguna. Annars staðar á Norðurlöndum hafa barnshafandi konur rétt á þriggja til níu vikna orlofi fyrir fæðinguna án þess að það skerði fæðingarorlofið að öðru leyti. Vegna mikillar atvinnuþátttöku íslenskra kvenna, er brýnt að lengja fæðingarorlof þannig að það samrýmist þeim dagvistarmöguleikum sem fyrir hendi eru í samfélaginu. Ef vel ætti að vera, þyrfti því sameiginlegt fæð-

ingarorlof foreldra að vera tvö ár eftir fæðingu barns.

Ljósmaður er sú stétt sem hvað best þekkir aðstæður barnshafandi fjölskyldna og afleiðingar streitu og vinnuálags á þær.

Það má því leiða rök að því að ljósmaður beri ábyrgð á því að gera löggjafarvaldinu ljóst hvaða áhrif vinnuhvetjandi löggjöf um fæðingarorlof getur haft á barnshafandi konur. Réttur til fæðingarorlofs síðasta mánuð meðgöngu sem félli niður ef hann væri ekki nýttur, myndi vega gegn vinnuálagi barnshafandi kvenna. Minna vinnuálag ætti

samkvæmt flestum náttúrulögmálum að stuðla að betra líkams- og sálarástandi kvenna þegar að fæðingu kæmi og ætti því einnig að hafa góð áhrif á framhaldið.

Ljósmaður standa þessum berskjaldaða þjóðfélagshópi næst og ættu að vera ófeimnar við að nýta sér þau tækifæri sem gefast til þess að beita sér fyrir hagsmunum hans. Í ljósi þess að Alþingiskosningar eru á næsta leyti, hvet ég allar ljósmaður til þess að virkja sinn stjórn málaflökk til að vinna að þeim hagsmunamálum sem brýnust eru skjólstæðingum okkar.



ÓMETANLEGUR STUÐNINGUR Á MEÐGÖNGUNNI!

Hafðu samband í síma **565 2885**
og kynntu þér kosti Rehband
meðgöngubeltisins.

REHBAND



Við styðjum þig

Trönuhrauni 8 • Hafnarfjörður • Sími 565 2885 • www.stod.is

Nálastungur við grindarverkjum á meðgöngu

Útdráttur

Bakgrunnur: Grindarverkir eru algengt vandamál á meðgöngu og fá úrræði eru í boði. Tilgangur þessarar rannsóknar var að meta áhrif nálastungumeðferðar sem verkjameðferðar við grindarverkjum á meðgöngu og að þróa leiðbeiningar fyrir meðferðina. Jafnframt að forþróa skráningarblað og spurningalista til að samræma skráningu og meta árangur meðferðar og að lokum að kanna reynslu kvenna af meðferðinni.

Aðferð: Þessi forþrófun studdist við framskyggt tilraunasnið (*prospective experimental design*). Úrtakið samanstóð af tuttugu konum sem fengu nálastungumeðferð við grindarverkjum á seinni hluta meðgöngu. Meðferðin var veitt af ljósmæðrum tvisvar í viku í fjórar vikur. Konurnar mátu verkina á VAS-verkjaskala og svöruðu þremur spurningalistum yfir rannsóknartímabilið til að meta líðan þeirra og áhrif meðferðarinnar. Tveimur til sex vikum eftir meðferðina var eigindlegum aðferðum beitt til að meta reynslu kvennanna af meðferðinni. Hálfstöðluð viðtöl voru tekin við átta þátttakendur.

Niðurstöður: Marktækt dró úr verkjum á VAS-verkjaskala þegar bornir voru saman verkir í síðustu meðferðinni miðað við þá fyrstu ($p=0,022$). Meðferðin dró úr grindarverkjum hjá 72% ($n=13$) kvennanna, 66% ($n=12$) sögðu hreyfigetu þeirra hafa batnað og 47% ($n=8$) þótti meðferðin bæta getu til daglegra athafna. Viðtölin styrkja þessar niðurstöður og konurnar voru jákvæðar í garð nálastungumeðferðarinnar.

Ályktun: Nálastungumeðferð virðist draga úr grindarverkjum og bæta hreyfigetu, svefn og getu til daglegra athafna hjá konum með grindarverki á meðgöngu. Meðferðin fellur vel að heildrænni nálgun ljósmóðurfræðinnar og samræmist hlutverki ljósmæðra í mæðravernd. Þessi rannsókn hvetur til áframhaldandi þróunar á nálastungumeðferð við grindarverkjum á meðgöngu.



Höfundar:

Stefanía Guðmundsdóttir,
ljósmóðir, fæðingadeild, LSH og
Helga Sigurðardóttir, ljósmóðir,
Hreiðri, LSH

Lykilorð: Nálastungumeðferð, grindarverkir, meðganga, forþrófun, reynsla. Þessi grein byggir á lokaverkefnum okkar til embættisprófs í ljósmóðurfræði. Viðfangsefni þeirra var rannsókn á nálastungumeðferð við grindarverkjum á meðgöngu. Ábyrgðarmaður rannsóknarinnar og leiðbeinandi okkar var Helga Gottfreðsdóttir, lektor í ljósmóðurfræði. Að undirbúningi rannsóknarinnar komu einnig Þóra Jenný Gunnarsdóttir, lektor í hjúkrunarfræði, Sigríður Sía Jónsdóttir, yfirljósmóðir á Miðstöðvar mæðraverndar, Áslaug

Hauksdóttir ljósmóðir og Guðrún Sveina Jónsdóttir ljósmóðir. Áslaug og Sveina veittu nálastungumeðferðina.

Inngangur

Grindar- og mjóbaksverkir eru algengt vandamál á meðgöngu. Tíðnin er mjög breytileg eftir rannsóknum en á milli 25-90% barnshafandi kvenna eru taldar finna fyrir verkjum frá mjaðmagrind og mjóbaki. Skilgreiningar á grindar- og mjóbaksverkjum og greiningaraðferðir eru mismunandi og útskýrir það hversu breytileg tíðnin er á milli rannsókna (Albert, Godskesen og Westergaard, 2002). Á Íslandi finna 42,2% - 63,9% þungaðra kvenna fyrir grindar- og mjóbaksverkjum sé tekið mið af þeim rannsóknum sem gerðar hafa verið á tíðni þeirra á síðustu árum (Anna Lilja Þórisdóttir, 2004; Eyjólfsdóttir, 2004; Líndal, Hauksson, Arnardóttir og Hallgrímsson, 2000). Algengast er að grindarverkir geri vart við sig á síðasta þriðjungi meðgöngu en ekki er óalgengt að einkennin byrji fyrr, eða á fyrsta og öðrum þriðjungi. Mjög margar tilgátur eru uppi um orsakir grindarverkja og er skemmst frá því að segja að orsökina er ekki að fullu þekkt (Forrester, 2003; Mogren og Pohjanen, 2005; Wedenberg, Moen og Norling, 2000). Rannsóknir hafa sýnt fram á tengsl grindarverkja við ýmsa bakgrunnsþætti svo sem aldur, starf, þyngd, fyrri sögu um grindar- og/eða mjóbaksverki, fjölda meðgangna og barna og reykinga (Elden, Ladfors, Fagevik Olsen, Ostgaard og Hagberg, 2005; Forrester, 2003; Larsen o.fl., 1999; Líndal o.fl., 2000; Mogren og Pohjanen, 2005; Perkins, Hammer og Loubert, 1998; Wedenberg o.fl., 2000). Verkirnir hafa oft víðtæk áhrif á líf kvennanna svo sem á hreyfigetu, daglegar athafnir, svefn og vinnu (Forrester, 2003; Hansen o.fl., 1999; Larsen o.fl., 1999; Wedenberg o.fl., 2000).

Fram til þessa hefur sjúkraþjálfun, þar á meðal sundleikfimi, ásamt leiðbeiningum um líkamsbeitingu, verið eitt

helsta úrræði fyrir konur með grindar- og mjóbaksverki á meðgöngu. Þessar meðferðir hafa talsvert verið rannsakaðar (Stuge, Hilde og Vollestad, 2003). Í þeim rannsóknum hefur verið sýnt fram á að sérhæfð fræðsla varðandi líkamsbeitingu og æfingar, til kvenna með grindar- og mjóbaksverki, getur dregið úr verkjum og fjarveru frá vinnu að einhverju leyti. Stuðningsbelti geta einnig haft jákvæð áhrif á líðan kvenna (Östgaard, Zetherström, Roos-Hansson og Svanberg, 1994). Samanburðarrannsóknir sem gerðar hafa verið á sjúkrahjálfun sem meðferð við grindar- og mjóbaksverkjum hafa aftur á móti ekki sýnt fram á að sú meðferð skili tilætluðum árangri. Þær hafa ekki sýnt mun á verkjaupplifun eða starfsgetu kvenna sem fengið hafa sjúkrahjálfun samanborið við enga meðferð (Stuge o.fl., 2003).

Nálastungur eru hluti af hefðbundinni kínverskri lækningalist þar sem áhersla er lögð á heildræna nálgun. Hugmyndafræðin byggir á því að sjúkdómar og veikindi stafi af orku-ójafnvægi líkamans og við meðhöndlun með nálastungum örvist lækningarmáttur hans og jafnvægi náist að nýju. Meðferðin er einstaklingsmiðuð og ætlað að mæta þörfum hvers og eins (Griffiths og Taylor, 2005; Gaffney og Smith, 2004). Oft er litið á „placebo“ áhrif meðferðar, eða það að verið sé að reyna að hjálpa einstaklingnum valdi því að honum líði betur, sem hluta af árangri meðferðar og því beri ekki að útiloka þau áhrif (Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2006). Nálastungur virðast gefa góða raun sem meðferð við grindar- og mjóbaksverkjum. Nokkrar rannsóknir hafa verið gerðar sem styðja notkun þeirra á meðgöngu í meðferð við þeim verkjum (Elden o.fl., 2005; Forrester, 2003; Kvorning, Holmberg, Grennert, Åberg og Åkeson, 2004; Lund, Lundberg, Lönnberg og Svensson, 2006; Ternov, Grennert, Åberg, Algotsson og Åkeson, 2001; Young og Jewell, 2006). Í rannsóknum sem gerðar hafa verið á nálastungumeðferð hafa konur tjáð betri líðan á meðgöngu eftir meðferð og minni fjarveru úr vinnu (Hope-Allan, Adams, Sibbritt og Tracy, 2004). Nálastungumeðferð getur dregið úr verkjum og verkjalyfjanotkun og aukið hreyfigetu og á þann hátt aukið líffsgæði kvenna á meðgöngu umtalsvert (da Silva, Nakamura, Cordeiro og Kulay, 2004). Fleiri rannsóknir hafa sýnt fram á að nálastungumeðferð við grindarverkj-

um á meðgöngu geti bætt hreyfigetu kvenna og getu þeirra til daglegra athafna (Kvorning o.fl., 2004; Wedenberg o.fl., 2000). Áhrif nálastungumeðferðar á grindarverki á meðgöngu hafa ekki verið rannsökuð hér á landi.

Reynsla meðferðarþega hefur ekki fengið mikla athygli rannsakenda og aðeins ein rannsókn hefur kannað reynslu fólks af nálastungumeðferð við ólíkum kvillum. Um var að ræða eiginlega rannsókn og í ljós kom að þátttakendur sóttust sjálfviljugir eftir nálastungumeðferð eftir að hafa heyrt af kostum hennar úr ýmsum áttum. Við meðferðina vöknudú margs konar tilfinningar og gefa niðurstöðurnar til kynna að reynslan af meðferðinni sé mjög persónubundin. Í rannsóknum á áhrifum nálastungumeðferðar á grindarverki á meðgöngu má einna helst finna upplýsingar um reynslu kvenna af meðferð en hún hefur ekki verið könnuð sérstaklega (Kvorning o.fl., 2004; Ternov o.fl., 2001; Wedenberg o.fl., 2000). Slíkar upplýsingar gætu nýst heilbrigðisstarfsfólki við fræðslu og frekari þróun meðferðar við grindarverkjum á meðgöngu.

Tilgangur rannsóknar okkar var að meta áhrif nálastungumeðferðar sem verkjameðferðar við grindarverkjum á meðgöngu og að þróa leiðbeiningar fyrir slíka meðferð. Jafnframt að forþróa skráningarblað og spurningalista sem nota má til að samræma skráningu og meta árangur meðferðarinnar. Rannsóknin hafði einnig þann tilgang að fá mynd af reynslu kvenna af nálastungumeðferð við grindarverkjum á meðgöngu og dýpka þannig niðurstöður rannsóknarinnar. Í þessari grein verður lögð áhersla á umfjöllun um árangur meðferðar og reynslu kvenna af slíkri meðferð.

Aðferðarfræði

Lýsing á aðferðafræði, leyfum og þátttakendum

Rannsóknin var samvinnuverkefni Miðstöðvar mæðraverndar og náms í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands. Tilskilin leyfi fengust frá Vísindasiðanefnd (VSNb2005090012/03-7), Heilsugæslunni í Reykjavík, Miðstöð mæðraverndar og Persónuvernd.

Rannsóknin fór fram á Miðstöð mæðraverndar á tímabilinu nóvember árið 2005 til maí árið 2006. Þýðið samanstóð af konum sem voru í meðgönguvernd á Miðstöð mæðraverndar og var úrtakið þægindaúrtak. Þar sem

um forprófun var að ræða var ákveðið að hafa tuttugu konur í meðferðarhóp og engan samanburðarhóp. Rannsóknin var tvíþætt, fyrri hluti hennar studdist við framskyggt tilraunasnið (prospective experimental design) þar sem tuttugu barnshafandi konur með grindarverki sem uppfylltu þátttökuskilyrði (tafla 1) fengu nálastungumeðferð við grindarverkjum. Síðari hlutinn studdist við eiginlega rannsóknaraðferð sem fólst í hálfstöðluðum viðtölum við átta konur sem lokið höfðu nálastungumeðferð. Þátttakendur fengu ítarlegar upplýsingar um rannsóknina, skrifuðu undir upplýst samþykki áður en meðferð hófst og var nafnleyndar við þátttakendur gætt.

Meðferð, mælitæki og gagnasöfnun

Sársaukaáreitispróf á bakhluta mjaðmagrindar (PPPP-próf) var notað til þess að greina hvort verkir sem konan fann fyrir komu frá mjaðmagrind eða mjóbaki. Þetta próf hefur reynst vel þar sem ónákvæm greining er ákveðið vandamál í meðferð grindar- og mjóbaksverkja á meðgöngu (Östgaard, Zetherström og Roos-Hansson, 1994; Östgaard, 1996). Áherslan var á meðferð við grindarverkjum í þessari rannsókn.

Meðferð hvers þátttakanda náði yfir fjögurra vikna tímabil þar sem hver þeirra fékk sex til átta nálastungumeðferðir, tvær meðferðir á viku. Hver meðferð varði í um hálfa til eina klukkustund og var veitt af tveimur ljósmæðrum sem lokið hafa námskeiði í nálastungumeðferð fyrir barnshafandi konur. Meðferð var einstaklingshæfð miðað við einkenni hverrar konu. Í flestum tilfellum voru notaðir 6-10 punktar í hverri meðferð. Eftirfarandi nálastungupunktar voru notaðir: Yintang (EX-2), EX-19, BL-20, BL-27, BL-28, BL-29, BL-30, BL-35, BL-54, BL-59, GB-20, GB-29, GB-30, CV-2 og KI-11.

Bakgrunnsupplýsingum var safnað úr mæðraskrá í upphafi meðferðar með samþykki þátttakenda. Nánar tiltekið var skráður aldur, starf, þyngd, fyrri saga um grindar- og/eða mjóbaksverki, fjöldi meðgangna og barna og reykingar.

Útbúið var matsblað fyrir rannsóknina til að samræma skráningu og til að auðvelda mat á árangri meðferðar. Á matsblaðið voru ýmsir þættir er tengjast meðferðinni skráðir, svo sem þeir nálastungupunktar sem notaðir voru í hverri meðferð, meðhöndlunartími, meðgöngulengd og athugasemdir. Konurnar

Tafla 1: Skilyrði fyrir þátttöku

Ábendingar:	Frábendingar:
- Grindarverkir sem mældust 6 eða meira á VAS skala - Jákvætt PPPP próf - Meðgöngulengd 20-32 vikur - Einburameðganga - Engin sjúkdómsgreining á þessari meðgöngu	- Sýking á húðsvæði - Saga um undirliggjandi sjúkdóma eins og geðraskanir, krónískan nýrnasjúkdóm, hjartalokuaðgerðir, gangráð, blæðingartruflanir, HIV eða Hepatitis smit - Saga um erfiðleika á fyrri meðgöngu eins og fylgjulos eða fyrirburafæðingu - Notkun á öðrum meðferðum við grindarverkjum meðan á rannsókn stóð svo sem sjúkrahjálfun, sundleikfimi, nuddi eða hnykkingum - Ef líkamsþyngd var > 35 BMI

mátu verki sína á VAS- verkjaskala fyrir og eftir hverja meðferð og merktu inn á mynd hvar verkurinn var staðsettur. VAS-verkjaskalinn er 10 cm löng lína þar sem 0 merkir „enginn verkur“ en 10 merkir „versti hugsanlegi verkur“. Hvert blað var ætlað fyrir eina meðferð. Blöðin reyndust einföld í notkun og þótti meðferðaraðilum „þægilegt að vinna með þau“. Fullt samræmi var í skráningu milli meðferðaraðilanna tveggja.

Einnig voru hannaðir spurningalistar sem ekki hafa verið notaðir áður. Tilgangur þeirra var að fá nánari upplýsingar um líðan þátttakenda í upphafi meðferðar og til að meta árangur nálastungumeðferðar á ýmsa þætti svo sem á verki, getu til hreyfingar, daglegra athafna, svefn og andlega líðan. Konurnar svöruðu listunum í upphafi rannsóknar, um miðbik hennar og í upphafi síðustu meðferðar. Spurningalistinn sem lagður var fyrir í upphafi rannsóknar innihélt átta spurningar sem mátu áhrif grindarverkja á líf konunnar síðastliðna viku en í tvö seinni skiptin sem spurningalisti var lagður fyrir bættust við fimm spurningar sem mátu árangur nálastungumeðferðar, samtals þrettán spurningar. Að mati meðferðaraðila áttu konurnar auðvelt með að svara listunum og engin þeirra þurfti að fá útskýringu á innihaldi hans eða hvernig bæri að svara honum.

Tveimur til sex vikum eftir að nálastungumeðferð lauk var tekið eitt viðtal við átta konur með það í huga að fá mynd af reynslu þeirra af nálastungumeðferðinni og dýpka þannig niðurstöður rannsóknarinnar. Úrtakið í þessum hluta var þægindaúrtak úr hópi þeirra kvenna sem lokið höfðu nálastungumeðferðinni og voru enn barnshafandi. Stuðst var við hálfstaðlaðan spurningaramma

sem hannaður var fyrir þessi viðtöl. Hvert viðtal tók 30 til 45 mínútur og fór viðtalið fram á þeim stað sem hentaði hverjum þátttakanda.

Úrvinnsla gagna

Gögn úr megindegum hluta rannsóknarinnar voru slegin inn í SPSS forritið og veitti Félagsvísindadeild Háskóla Íslands aðstoð við tölfraðilega úrvinnslu. Notuð var lýsandi tölfraði við framsetningu niðurstaða. Notast var við Wilcoxon raðpróf (Wilcoxon Signed Rank Test) til þess að kanna hvort marktæk breyting hefði orðið á líðan þátttakenda milli mælinga í upphafi og í lok meðferðar. Við úrvinnslu eigindlega hlutans voru viðtölin hljóðrituð og vélrituð orðrétt upp. Þau voru síðan greind með innihaldsgreiningu (content analysis) með viðtalsrammann til hliðsjónar, með það í huga að skoða reynslu þátttakenda af nálastungumeðferðinni.

Niðurstöður

Þátttakendur

Konurnar voru á aldrinum 22 til 38

ára og gengu sex þeirra (30%) með sitt fyrsta barn. Helmingur kvennanna (10) var á 20. til 25. viku meðgöngu þegar þær hófu þátttöku í rannsókninni. Sextán konur höfðu fyrri sögu um grindar- og mjóðbaksverki. Ekki var reiknuð út fylgni við bakgrunnsbreytur þar sem úrtakið var lítið.

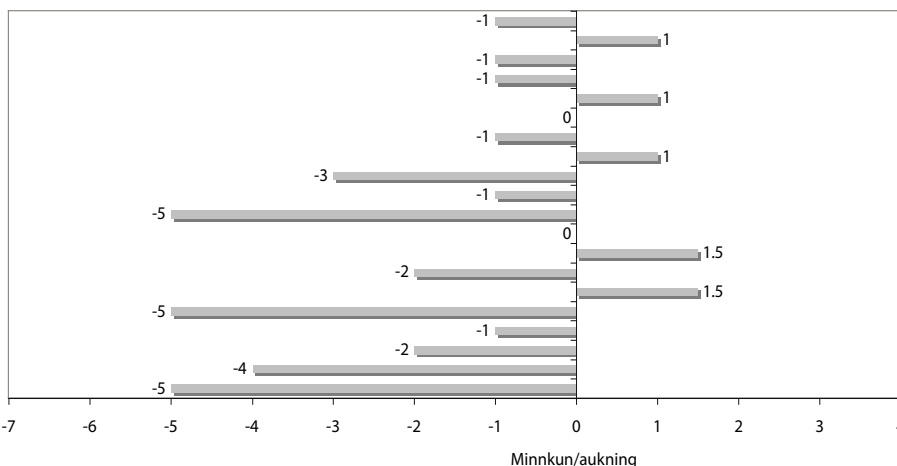
Allar konurnar mættu í að minnsta kosti sex meðferðir, sautján mættu í sjö meðferðir og ellefu konur mættu í allar átta meðferðirnar. Samkvæmt athugasemdum sem skráðar voru af meðferðaraðilum var algengasta ástæðan fyrir því að konur mættu ekki í allar meðferðir sú að þær höfðu ekki tæk á að mæta, svo sem vegna veikinda. Lítið svigrúm var til að bæta konum upp tíma sem þær misstu úr.

Við útreikninga á niðurstöðum var notast við gildi á VAS-verkjaskala úr síðustu meðferðinni sem konan mætti í, það er á bilinu sjöttu til áttundu meðferð. Þrettán konur (65%) mátu verki sína vægari í síðustu meðferð miðað við í fyrstu meðferð. Tvær konur (10%) voru með sömu verki og fimm konur (25%) mátu verki sína sem verri í síðustu meðferð miðað við þá fyrstu (mynd 1). Við útreikninga kom í ljós að um marktækan mun var að ræða ($p=0.022$).

Spurningalistar

Í upphafi rannsóknar svöruðu allir þátttakendur fyrsta spurningalistanum sem mat líðan þeirra vikuna áður en rannsókn hófst. Níu konur (45%) höfðu tekið verkjalyf vegna grindarverkja á þeim tíma. Af þeim sautján sem svöruðu höfðu tólf konur (71%) verið frá vinnu vegna grindarverkja. Spurt var um áhrif grindarverkja á félagslega virkni, andlega líðan, getu til daglegra athafna, hreyfigetu og svefn og er ljóst

Mynd 1: Munur á verk á VAS-verkjaskala fyrir fyrstu og síðustu meðferð



af svörum kvennanna að grindarverkir hafa heilmikil áhrif á þessa þætti (tölur 2-6).

Tafla 2: Hafa grindarverkir haft áhrif á félagslega virkni þína síðastliðna viku?		
	<i>Fjöldi</i>	<i>Gild %</i>
Já	13	65%
Nei	7	35%
Samtals	20	100%

Tafla 3: Hafa grindarverkir valdið þér andlegri vanlíðan síðastliðna viku?		
	<i>Fjöldi</i>	<i>Gild %</i>
Nei	5	26
Sjaldan (1-3 sinnum í viku)	5	26
Nokkrum sinnum í viku (4-6 sinnum)	4	21
Á hverjum degi	4	21
Oft á dag (oftar en þrisvar sinnum á dag)	1	5
Samtals	19*	100

* Svar vantar frá einni konu.

Tafla 4: Hafa grindarverkir haft áhrif á getu þína til að sinna daglegum athöfnum síðastliðna viku?		
	<i>Fjöldi</i>	<i>Gild %</i>
Nei	1	5%
Sjaldan (1-3 sinnum í viku)	1	5%
Nokkrum sinnum í viku (4-6 sinnum)	1	5%
Á hverjum degi	13	65%
Oft á dag (oftar en þrisvar sinnum á dag)	4	20%
Samtals	20	100

Tafla 5: Hafa grindarverkir haft áhrif á hreyfigetu þína síðastliðna viku?		
	<i>Fjöldi</i>	<i>Gild %</i>
Nei	1	6%
Sjaldan (1-3 sinnum í viku)	0	0%
Nokkrum sinnum í viku (4-6 sinnum)	2	11%
Á hverjum degi	10	55%
Oft á dag (oftar en þrisvar sinnum á dag)	5	28%
Samtals	18*	100

* Svar vantar frá tveimur konu.

Tafla 6: Hefur þú sofð illa vegna grindarverkja síðastliðna viku?		
	<i>Fjöldi</i>	<i>Gild %</i>
Nei	4	21%
Sjaldan (1-3 sinnum í viku)	1	5%
Nokkrum sinnum í viku (4-6 sinnum)	7	37%
Á hverri nóttu	7	37%
Samtals	19*	100

* Svar vantar frá einni konu.

Spurningalistar 2 og 3 voru eins uppbyggðir og mátu fimm síðustu spurningarnar á listanum árangur nálastungumeðferðarinnar. Spurningalisti tvö var lagður fyrir eftir fyrstu fjórar vikurnar. Meirihluti kvennanna fann fyrir breytingu í líðan eftir að hafa fengið nálastungumeðferð í fjórar vikur. Mest áhrif virtust nálastungurnar hafa til að draga úr verkjum (tafla 7).

Tafla 7: Hafa grindarverkir þínir breyst eftir að nálastungumeðferð hófst?		
	<i>Fjöldi</i>	<i>Gild %</i>
Nei	2	10%
Minnkað mikið	7	35%
Minnkað lítillega	8	40%
Aukist lítillega	1	5%
Aukist mikið	2	10%
Samtals	20	100%

Prettán konum (65%) fannst hreyfigetan hafa aukist lítillega eða mikið eftir fjögurra vikna meðferð og níu konum (45%) fannst geta til daglegra athafna hafa aukist lítillega eða mikið. Þrátt fyrir þessar breytingar í líðan fannst sextán konum (80%) á þessum tíma að grindarverkirnir hefðu áhrif á getu til daglegra athafna og hreyfigetu daglega eða oft á dag. Tíu konum (50%) fannst nálastungumeðferðin hafa bætt svefn lítillega eða mikið og átta konur (40%) fundu fyrir betri andlegri líðan.

Í lok meðferðar svöruðu átján konur þriðja spurningalistanum. Færri konum þóttu grindarverkirnir hafa áhrif á félagslega virkni þeirra í lok meðferðar en í upphafi, eða sjö konum (40%) í stað 13 (65%) áður. Ellefu konum fannst grindarverkir ekki hafa áhrif á andlega líðan eða 61% af þeim sem svöruðu. Svipuðum fjölda kvenna og um miðbik rannsóknarinnar fannst nálastungumeðferðin hafa dregið úr

grindarverkjum eða 13 þeirra sem svöruðu (72%). Eins var sá fjöldi kvenna sem fann fyrir aukinni hreyfigetu svipaður í lok rannsóknar og um miðbik hennar eða 12 konur (66%).

Geta til daglegra athafna virtist heldur hafa aukist í lok rannsóknar þar sem þrjár konur (18%) sögðu að grindarverkir hefðu ekki haft áhrif á getu þeirra til daglegra athafna síðastliðna viku á móti einni konu áður (5%). Ellefu konur (65%) töldu að grindarverkir hefðu áhrif á getu þeirra til daglegra athafna daglega eða oft á dag á móti sextán konum (80%) eftir fjórar meðferðir (tafla 8). Níu konum (47%) fannst geta til daglegra athafna hafa aukist við nálastungumeðferðina.

Viðtölin

Fjöldi frumbyrja og fjölbyrja var jafn í viðtölunum og því ætti að fást nokkuð góð mynd af reynslu beggja hópa.

Í viðtölunum voru konurnar beðnar um að horfa til baka og segja söguna af því af hverju þær ákváðu að reyna nálastungumeðferð við grindarverkjum á meðgöngu og segja frá reynslu sinni. Niðurstöðum var skipt niður í fimm kafla (tafla 9).

Það var sameiginleg reynsla allra kvennanna átta að vera með slæma grindarverki að þeirra mati, sem varð til þess að þeim var boðin þátttaka í rannsókninni. Þær voru allar jákvæðar og opnar fyrir því að prófa þessa meðferð. Upplifun kvennanna allra af meðferðinni var almennt góð, burtséð frá því hvort þeim fannst meðferðin skila árangri eða ekki. Þannig notuðu þær orð eða hugtök eins og; „fínt“, „gott að koma“, „öryggi“, „notalegt“, „bara allt í lagi sko“, „upplifunin er í rauninni jákvæð“, „ég upplifði hana bæði góða og slæma“, „bara ágætt“ og „rosa fínt“.

Þegar kom að því að meta hvort meðferðin hefði skilað árangri voru fimm kvennanna ekki í vafa um að hún hefði skilað góðum árangri. Ein þeirra fann að meðferðin breytti mjög miklu fyrir hana, hún sagði meðal annars;

„Já þetta bara bjargaði lífi mínu, án gríns“ og „Þetta virkar bara vel. Ég var einmitt [...] að segja frá því hvað mér liði miklu betur...“.

Önnur hafði sömu sögu að segja; „...en ég fann mjög mikinn mun. Ég þurfti einu sinni að sleppa tíma eða sem sagt fresta tíma og þá munaði alveg svakalega miklu, ég fann alveg rosalega fyrir því að ég hefði sleppt úr; þá var ég

Tafla 8: Breyting á áhrifum grindarverkja á getu til daglegra athafna á meðferðartímabili

Hafa grindarverkir haft áhrif á getu þína til að sinna daglegum athöfnum síðastliðna viku?

	<i>Upphaf Gild %</i>	<i>Miðvik Gild %</i>	<i>Lok Gild %</i>
Nei	5%	5%	18%
Sjaldan (1-3 í viku)	5%	10%	6%
Nokkrum sinnum í viku (4-6 sinnum)	5%	5%	12%
Á hverjum degi	65%	60%	41%
Oft á dag (oftar en þrisvar sinnum á dag)	20%	20%	23%
Samtals	100%	100%	100%

Tafla 9: Niðurstöður viðtala

1) Af hverju ekki að prófa?	Ástæður þess að konurnar ákváðu að prófa nálastungumeðferðina
2) Hafði áhrif á allt	Lýsing á áhrifum grindarverkja á líf kvennanna Lýsing á verkjaupplifun kvennanna
3) En hvernig upplifðir þú meðferðina?	Lýsing á upplifun meðferðar Jákvæðir / neikvæðir þættir
4) Það hefur eitthvað gerst	Lýsing á væntingum kvennanna Lýsing á árangri meðferðar Viðhorf til áframhaldandi meðferðar
5) Það væri rosalega gaman ef þetta væri aðgengilegt	Viðhorf kvennanna til þess hvort bjóða ætti upp á nálastungumeðferð við grindarverkjum á meðgöngu Hvernig þær sjá slíka þjónustu fyrir sér og hvort þær myndu mæla með henni

orðin mjög slæm tveimur dögum seinna, svo það er engin spurning”.

Meðferðin bar ekki jafngóðan árangur fyrir allar konurnar. Tvær þeirra voru ekki eins vissar um árangur meðferðarinnar en voru samt vissar um að hún hefði skilað einhverju eða „að eitthvað hefði gerst“. Ein sagði til dæmis;

„...jú ábyggilega hefur hún skilað einhverju, ég var skárri eitthvað aðeins á eftir þetta finnst mér“.

Seinna í viðtalinu sagði hún líka;

„Ég held að verkirnir hafi líka alveg, þeir hafi breyst. Mér fannst ég stundum sofa betur [...] en sumir verkirnir hafa skánað sko“.

Aðeins einni konu af þessum átta fannst nálastungurnar ekkert gera fyrir sig, hún sagði;

„...nálnar hjá mér; þær virkuðu ekki nógu vel [...] sko ég versnaði ekkert en þær voru ekki að gera neitt gott heldur“.

Hún sagði jafnframt þegar hún var spurð um það hvort henni hafi fundist eitthvað vera jákvætt við meðferðina;

„...það sem var kannski jákvætt við þessa meðferð er að mér fannst ég hafa

sofið vel nóttina eftir nálastungurnar og mér fannst ég stundum vera aðeins liprari í sko bakinu, en það var í rauninni ekki lengur en í sólarhring“.

Í frásögn kvennanna af meðferðinni kom í ljós að fimm þeirra fannst þær finna fyrir verri líðan í upphafi meðferðar. Þær fundu fyrir þreytu eða auknum verkjum til að byrja með, áður en þeim fannst meðferðin fara að skila árangri. Ein þeirra sagði til dæmis;

„...ég var búin að fara þrisvar sinnum, þá ætlaði ég að hætta, þá hafði ég aldrei verið svona, ég hafði aldrei verið svona slæm eins og ég var þá“.

Þegar spurt var út í meðferðarfyrirkomulagið og hvernig þær sæju svona meðferð fyrir sér kom í ljós að allar konurnar átta voru mjög jákvæðar varðandi þá hugmynd að gera nálastungumeðferð við grindarverkjum á meðgöngu aðgengilega fyrir konur. Ein þeirra sem hafði góða reynslu af meðferðinni sagði til dæmis;

„Mér finnst að þetta ætti bara að vera í boði, bara á heilsugæslum. Þetta ætti bara að vera í boði fyrir konur;

hvort sem þær myndu kjósa það eða ekki. Mér finnst það ekki spurning. Þú veist, ég hugsa að örugglega margar konur myndu nýta sér það ef þær hefðu kost á því“.

Konurnar voru allar sammála um að sjálfsagt væri að bjóða upp á nálastungumeðferð við grindarverkjum á meðgöngu og nefndu tvær þann möguleika að konur gætu pantað sér tíma og þannig sóst sjálfar eftir meðferð.

Þegar á heildina er litið verður árangur meðferðarinnar að teljast nokkuð góður þó svo að sumar hafi fundið betri árangur en aðrar og ein jafnvel ekki fundið fyrir neinum mun. Reynsla og upplifun kvenna af nálastungumeðferð við grindarverkjum á meðgöngu var mjög persónubundin. Grindarverkirnir höfðu ólíkt birtingarform hjá konunum þó að í flestum tilfellum hefðu þeir áhrif á svefn og hreyfigetu. Flestar konur fundu fyrir andlegum einkennum, þirringi og þreytu vegna þess að þær gátu ekki sinnt athöfnum daglegs lífs eins og áður. Upplifun af meðferðinni var almennt góð og ekki endilega í samhengi við það hvort hún skilaði árangri eða ekki.

Umræður

Margar ástæður geta verið fyrir því að leitað sé óhefðbundinna meðferða, meðal annars þær að fólk sé ekki ánægt með þær hefðbundnu leiðir sem í boði eru. Hugmyndafræðin að baki slíkum meðferðum er einnig talin aðlaðandi í sjálfu sér þar sem hún lítur heildrænt á skjólstaðinginn (Gaffney og Smith, 2004b). Þetta hefur ef til vill átt þátt í því að hvetja konurnar í þessari rannsókn til þess að prófa nálastungumeðferð við grindarverkjum á meðgöngu.

Ljóst er að meðferðin dró úr verkjum sem metnir voru á VAS-verkjaskala hjá meirihluta kvennanna og er það í samræmi við fyrri rannsóknir (da Silva o.fl., 2004; Elden o.fl., 2005; Kvorning o.fl., 2004; Lund o.fl., 2006; Ternov o.fl., 2001). Um marktækan mun var að ræða þar sem reiknaður var út munur á styrk verkja í fyrstu meðferð og í síðustu meðferð sem konan mætti í. Viðtölin studdu þessa niðurstöður. Þetta sýnir fram á árangur meðferðar, að minnsta kosti á meðan á henni stendur. Ekki er hægt að segja til um langtímaáhrif nálastungumeðferða út frá þessum niðurstöðum. Þrettán konur (65%) mátu verki sína vægari í lok meðferðar miðað við í upphafi fyrstu meðferðar. Fimm konur (25%) mátu verki sína verri á

sama tíma og hjá tveimur konum (10%) voru verkir óbreyttir. Þetta er í samræmi við niðurstöður Lund og félaga frá árinu 2006 þar sem 68-73% kvenna mátu minni verki í lok meðferðar, 20-27% mátu verki sína verri og 8% mátu verki óbreytta. Oft er erfitt að bera saman niðurstöður rannsókna en í þeirri rannsókn er aðferðafræði og inntökuskilyrði sambærileg okkar rannsókn.

Í upphafi rannsóknar taldi einungis ein kona (5%) að grindarverkir hefðu ekki áhrif á hreyfigetu hennar og getu hennar til daglegra athafna. Um 85% kvenna töldu að þeir hefðu áhrif á getu þeirra til þessara þátta daglega eða oft á dag. Þessi niðurstaða staðfestir það sem áður hefur komið fram að grindarverkir hafi mikil áhrif á líf barnshafandi kvenna (Hansen o.fl., 1999; Larsen o.fl., 1999). Við lok meðferðar töldu 47% kvenna að geta þeirra til daglegra athafna hefði aukist og 66% þeirra fannst hreyfigeta þeirra hafa aukist við nálastungumeðferðina. Þessar niðurstöður eru í samræmi við fyrri rannsóknir (da Silva o.fl., 2004; Kvorning o.fl., 2004; Wedenberg o.fl., 2000). Meirihluti kvennanna sem tók þátt í þessari rannsókn fann fyrir bættri líðan meðan á meðferð stóð og fyrstu vikurnar á eftir. Sú jákvæða reynsla er í samræmi við rannsóknarniðurstöður sem sýna fram á gagnsemi nálastungumeðferðar við meðhöndlun á grindarverkjum á meðgöngu (Forrester, 2003; Kvorning o.fl., 2004; Young og Jewell, 2006).

Nálastungumeðferð virðist árangursrík aðferð til þess að draga úr grindarverkjum hjá konum á meðgöngu. Af því má álykta að nálastungumeðferð við grindarverkjum sé áhrifarík leið til að bæta hreyfigetu kvenna á meðgöngu og einnig til að auka getu þeirra til að sinna daglegum athöfnum sínum. Nálastungumeðferð getur því bætt lífsgæði barnshafandi kvenna með grindarverki og bætt upplifun þeirra af meðgögunni. Vert er þó að hafa í huga að hugsanlegt er að sú hvíld sem konurnar fengu í meðferðinni geti á einhvern hátt útskýrt minni verki eftir meðferð. Hún er þó ekki líkleg til að útskýra minnkun verkja á milli meðferða. Hugsanleg „placebo“ áhrif einstaklingsmeðferðar geta skýrt hluta af þeirri breytingu sem sést á verkjum. Þá er átt við að það eitt að verið sé að reyna að hjálpa konunum og þær fái auka umhyggju út á það tryggi betri líðan. Oft er þó lítið á þetta sem órjúfanlegan hluta af árangri óhefðbundinna meðferða (Þóra Jenny

Gunnarsdóttir, 2006). Þegar niðurstöður viðtalanna eru skoðaðar í þessu samhengi sést að hjá meirihluta kvennanna kemur fram versnun á einkennum, verkjum eða þreyta í upphafi meðferðar. Það er ákveðin vísbending um að árangurinn sé af meðferðinni sjálfri en ekki tilkominn vegna hugsanlegra „placebo“ áhrifa.

Úrtak rannsóknarinnar var lítið og hátt hlutfall kvenna var með fyrri sögu um grindar- og mjóbaksverki. Því er ekki hægt að alhæfa neitt um niðurstöður hennar. Enginn samanburðarhópur var í rannsókninni og takmarkar það skiljanlega þessa rannsókn þar sem ekki er hægt að bera saman mun milli hópa. Einnig getur haft áhrif að sömu einstaklingar veittu meðferð og mátu árangur hennar að einhverju leyti. Ekki er víst að þessi rannsóknarhópur endurspegli þýðið og niðurstöður ber að túlka af varúð vegna lítils úrtaks en þessar niðurstöður gefa þó ákveðnar vísbendingar um árangur meðferðar.

Lokaorð

Ljóst er að grindarverkir á meðgöngu geta haft margvísleg áhrif á líðan hinnar verðandi móður. Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til að nálastungumeðferð, veitt í 6-8 skipti, geti dregið úr grindarverkjum og aukið getu kvenna til daglegra athafna, hreyfingar og einnig bætt andlega líðan þeirra og svefn. Þetta er í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna á þessu sviði. Niðurstöður rannsóknarinnar geta nýst ljósmæðrum vel til þess að kynna konum þetta meðferðarform sem valkost þar sem fá úrræði eru í boði sem gagnast konum með grindarverki. Það er von okkar að ljósmæður sem hlotið hafa þjálfun í nálastungumeðferð komi til með að nýta sér þetta úrræði fyrir barnshafandi konur.

Sambærileg rannsókn hefur ekki verið gerð hér á landi áður. Hún gefur því upplýsingar sem hægt er að nýta til að þróa frekar meðferð hér á landi og til að leggja grunn að frekari rannsóknum á áhrifum nálastungumeðferðar á grindarverki á meðgöngu. Mjög áhugavert væri að sjá útkomu úr rannsókn þar sem nálastungumeðferð væri veitt stærri og fjölbreyttari hópi kvenna þar sem hafður væri samanburðarhópur.

Í kjölfar þessarar rannsóknar var boðið upp á nálastungumeðferð, veitta af ljósmæðrum, á Miðstöð mæðraverndar fyrir barnshafandi konur. Konurnar þurfa að uppfylla þau skilyrði sem sett

voru fyrir þátttöku í þessari rannsókn. Í ljósi þeirra breytinga sem nú standa yfir á skipulagi mæðraverndar á höfuðborgarsvæðinu er ekki orðið ljóst hvernig staðið verður að meðferð, eða hvar hún verður veitt, en vonir eru bundnar við að hægt verði að veita áfram nálastungumeðferð við grindarverkjum. Vinna þarf að því að gera meðferðina aðgengilega þannig að fleiri konur geti nýtt sér þetta úrræði.

Konunum sem tóku þátt í rannsókninni eru færðar kærar þakkar fyrir þátttöku sína og öllum þeim sem komu að rannsókninni er þakkað fyrir gott samstarf.

Abstract

THE EFFECTS OF ACUPUNCTURE ON PELVIC PAIN DURING PREGNANCY AND WOMEN'S EXPERIENCE OF THE TREATMENT

Stefanía Guðmundsdóttir, BSc., R.N., Midwife

Helga Sigurðardóttir, BSc., R.N, Midwife, Landspítali University Hospital, Reykjavík, Iceland

Objectives: Pelvic pain is a common symptom among pregnant women and few effective treatments are available. This study was conducted to pilot test and assess the effect of acupuncture as a pain relief for pelvic pain during pregnancy; to develop an evaluation form and questionnaire to assess the effect of acupuncture and finally to explore women's experience of the treatment.

Methods: This pilot study was a prospective experimental design. The sample consisted of twenty women that received acupuncture for pelvic pain during the second half of pregnancy. The treatment was provided by midwives twice a week for four weeks. The women evaluated their pain on the VAS scale and answered three questionnaires over the research period to assess their well-being and the treatment's effect. Two to six weeks after the treatment a qualitative method was used to explore women's experience of acupuncture. Semi-structured interviews were conducted with eight of the participants.

Results: The results show that there was a significant reduction of pain using the VAS scale when comparing the last treatment with the first one ($p=0,022$). The treatment reduced the pelvic pain of 72% ($n=13$) of the women, 66% ($n=12$) stated that their mobility improved, and 47% ($n=8$) felt that their ability to perform daily activities improved. The interviews strengthen these findings and the women gave positive comments about the acupuncture.

Conclusion: Acupuncture appears to reduce pelvic pain and improve the mobility, sleep and ability to perform daily activities

of women with pelvic pain during pregnancy. The treatment is in accordance with the holistic approach of midwifery during antenatal care. This study encourages further implementation and supports ongoing development of acupuncture for pelvic pain during pregnancy.

Keywords: Acupuncture, pelvic pain, pregnancy, pilot study, lived experience.

Heimildaskrá

- Albert, H. B., Godskesen, M. og Westergaard, J. G. (2002). Incidence of four syndromes of pregnancy-related pelvic joint pain. *Spine*, 27, 2831-2834.
- Anna Lilja Þórisdóttir (2004). Grindarlos á meðgöngu. *Uppeldi, tímarit um börn og fleira fólk*, 5(17), 46-48.
- da Silva, J. B. G., Nakamura, M. U., Cordeiro, J. A. og Kulay, L. (2004). Acupuncture for low back pain in pregnancy – a prospective, quasi-randomised, controlled study. *Acupuncture in Medicine*, 22, 60-67.
- Elden, H., Ladfors, L., Fagevik Olsen, M. F., Ostgaard, H. C. og Hagberg, H. (2005). Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: Randomised single blind controlled trial. *British Medical Journal*, 330, 761-766.
- Eyjólfssdóttir, G. (2004). *Psychosocial aspects and functional analysis of symptom-giving pelvic girdle relaxation in Icelandic women*. Óbirt doktorsritgerð: Háskólinn í Austin, Texas.
- Forrester, M. (2003). Low back pain in pregnancy. *Acupuncture in Medicine*, 21, 36-41.
- Gaffney, L. og Smith, C. (2004). The views of pregnant women towards the use of complementary therapies and medicines. *Birth Issues*, 13, 43-50.

- Griffiths, V. og Taylor, B. (2005). Informing nurses of the lived experience of acupuncture treatment: A phenomenological account. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11, 111-120.
- Hansen, A., Jensen, D. V., Wormslev, M., Minck, H., Johansen, S., Larsen, E. C., Wilken-Jensen, C., Davidsen, M. og Hansen, T. M. (1999). Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy. II: Symptoms and clinical signs. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78, 111-115.
- Hope-Allan, N., Adams, J., Sibbritt, D. og Tracy, S. (2004). The use of acupuncture in maternity care: A pilot study evaluating the acupuncture service in an Australian hospital antenatal clinic. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 10, 229-232.
- Kvorning, N., Holmberg, C., Grennert, L., Åberg, A. og Åkeson, J. (2004). Acupuncture relieves pelvic and low-back pain in late pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83, 246-250.
- Larsen, E. C., Wilken-Jensen, C., Hansen, A., Jensen, D. V., Johansen, S., Minck, H., Wormslev, M., Davidsen, M. og Hansen, T. M. (1999). Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy, I: Prevalence and risk factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78, 105-110.
- Líndal, E., Hauksson, A., Arnardóttir, S. og Hallgrímsson, J. P. (2000). Low back pain, smoking and employment during pregnancy and after delivery - a 3-month follow-up study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 20, 263-266.
- Lund, I., Lundeborg, T., Lönnberg, L. og Svensson, E. (2006). Decrease of pregnant women's pelvic pain after acupuncture: A randomized controlled single-blind study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85, 12-19.

- Mogren, I. M. og Pohjanen, A. I. (2005). Low back pain and pelvic pain during pregnancy. *Spine*, 30, 983-991.
- Perkins, J., Hammer, R. L. og Loubert, P. V. (1998). Identification and management of pregnancy-related low back pain. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43, 331-340.
- Stuge, B., Hilde, G. og Vollestad, N. (2003). Physical therapy for pregnancy-related low back and pelvic pain: A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 983-990.
- Wedenberg, K., Moen, B. og Norling, Å. (2000). A prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for low-back and pelvic pain in pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79, 331-335.
- Young, G. og Jewell, D. (2006). Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Þóra Jenný Gunnarsdóttir (2006) Viðbótameðferðir í hjúkrun. Í Helga Jónsdóttir, Guðrún Kristjánsdóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Sóley S. Bender (ritstj.), *Frá innsæi til inngrípa. Þekkingarþróun í hjúkrunar- og ljósmóðurfræði*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Östgaard, H. C. (1996). Assessment and treatment of low back pain in working pregnant women. *Seminars in Perinatology*, 20(1), 61-69.
- Östgaard, H. C., Zetherström, G., Roos-Hansson, E. og Svanberg, B. (1994). Reduction of back and posterior pelvic pain in pregnancy. *Spine*, 19, 894-900.
- Östgaard, H. C., Zetherström, G. og Roos-Hansson, E. (1994). The posterior pelvic pain provocation test in pregnant women. *European Spine Journal*, 3, 258-260.



Vesturhlíð 2
Fossvogi
Sími 551 1266
www.utfor.is



Þegar andlát ber að höndum

Önnumst alla þætti útfararinnar.

Við Útfararstofu kirkjugarðanna starfa nú 14 manns með áratuga reynslu við útfararþjónustu. Stærsta útfararþjónusta landsins með þjónustu allan sólarhringinn.

Prestur
Kistulagning
Kirkja
Legstaður
Kistur og krossar
Sálmaskrá
Val á tónlistafólki
Kistuskreytingar
Dánarvottorð
Erfridrykja

**ÚTFARARSTOFA
KIRKJUGARÐANNA EHF.**

Reynsla og íhugun ljósmóðurnema um sitjandi fæðingar

Í þessu blaði er fjallað um sitjandafæðingar á tveimur stöðum, bæði frá sjónarhóli ljósmóður og hér á eftir í dagbókarverkefni ljósmóðurnema þar sem hann íhugar reynslu sína af sitjandi fæðingum í ljósmóðurnáminu. Verkefnið innifelur lýsingar á tveimur sitjandafæðingum þar sem sitjandistaða var greind fyrirfram í annarri þeirra en kom óvænt í ljós í hinni. Ljósmóðurneminn telur sig heppna að hafa fengið þetta náms-tækifæri og hafa séð tvær sitjandafæðingar enda hefur þeim fækkað mjög og margar ljósmæður og fæðingarlæknar hafa takmarkaða reynslu og kunnáttu í að taka á móti sitjanda.

Umhverfið sem ljósmóðurnemar læra í hefur óneitanlega áhrif á skoðanir þeirra og á hvaða hugmyndafræði þeir byggja í starfi. Eins og fram kemur í umfjöllun blaðsins hefur ein tímaritsgrein um rannsókn þeirra Hannah og félagar hefur haft ótrúlega mikil áhrif á starfshætti og skoðanir um hvaða fæðingarmáta eiga að velja í sitjandifæðingum. Hér á eftir er nákvæmlega fjallað um galla rannsóknaraðferðar þeirra og hvernig aðrar rannsóknarniðurstöður styðja að ekki eru fyrir hendi faglegar ástæður fyrir því að allar konur með barn í sitjandastöðu fari í keisaraskurð.

Í ljósi þess hve sitjandafæðingum hefur fækkað og að alltaf munu börn fæðast óvænt í sitjandastöðu hefur skipulag kennslu og klínísk þjálfun í sitjanda fæðingarhjálp aldrei verið mikilvægara. Ljósmæður dagsins í dag öðlast ekki þekkingu og reynslu til jafns við það sem áður gerðist. Þetta er ein afleiðing læknisfræðilegrar nálgunar og fylgifyrskur tæknivæðingar í fæðingarhjálp nútímans.

Öll lærum við af reynslunni og af okkur reyndara samstarfsfólki. Það er staðreynd að fyrst eftir útskrift byggja ljósmæður fyrst og fremst á þeirri þekkingu og færni sem þær hafa öðlast í



María Haraldsdóttir,
ljósmóðurnemi á 2. ári
við Háskóla Íslands

náminu og að samstarf ljósmæðra og fæðingarlækna er afar mikilvægt til að viðhalda og efla færni í sitjanda fæðingarhjálp. Konurnar okkar eiga rétt á að geta valið um að fæða börn sín í sitjandi stöðu í stað þess að fara í keisaraskurð og einnig að þær séu þá í öruggum og færum höndum fagfólks í fæðingarhjálp.

Ólöf Ásta Ólafsdóttir,
lektor í ljósmóðurfræði

Þegar við lærðum um sitjandi fæðingu síðastliðinn vetur og sáum myndband þar sem kona fæddi barn í sitjandi stöðu, var ég alveg ákveðin í að, ef ég sjálf væri í þessari aðstöðu, myndi ég óska eftir að fara í keisara. Það var eitt-hvað við þetta myndband sem fékk mig til þess að taka þessa afstöðu. En nú hef ég skipt um skoðun.

Það var eina næturvaktina mína sem kona kom inn í fæðingu með barn í sitjandi stöðu. Þetta var hennar fyrsta barn og hafði sitjandinn greinst dag-

inn áður er hún kom á fæðingargang vegna byrjandi samdráttaverkja. Konan sem ég ætla að kalla Lindu, ákvað strax að reyna að fæða barnið en vildi fara heim þar sem hún var ekki komin með mikla verki. Linda kom svo aftur inn um nóttina og var þá byrjuð í fæðingu. Ég og ljósmóðirin mín vorum með aðra konu í fæðingu en við vissum að Linda væri komin. Ég spurði fljótlega hvort að ég mætti vera viðstödd fæðinguna hjá Lindu ef mín kona væri búin að fæða. Það var ekkert mál og átti ég að koma inn þegar að útvíkkun væri lokið. Konan mín fæddi ljúflega og ég vissi að Linda væri að klára útvíkkun og var svolítið óröleg yfir að ég myndi kannski missa af þessu náms-tækifæri, en eins og allir vita, þá eru þau fá hvað varðar sitjandafæðingar.

Bjallan hringdi inni á stofu 3, ég mátti koma inn. Ég kynnti mig fyrir hjónunum en þau voru búin að gefa mér leyfi til að vera viðstödd. Inni á stofunni voru tveir fæðingarlæknar, einn aðstoðarlæknir, ein ljósmóðir og ljósmóðurneminn ég. Allt gekk eins og í sögu.

Sett hafði verið upp Syntocinon dreypi og það aukið smá saman í rembingnum. Linda var mjög dugleg, rembdist með hríðunum og slakaði á milli hríða. Hún var ekki með neina deyfingu. Fljótlega fór að sjást í eitthvað sem var lítill rass. Var ekki alveg að fatta hvernig allt snéri í fyrstu en áttaði mig fljótlega á því – síðan fór ekkert á milli mála þegar stelpa kúkaði og pissaði. Fylgdist mjög vel með hvernig handtök ljósmóðirin notaði á meðan að ég aðstoðaði við að hlusta hjartsláttinn og meta hríðarnar. Var farin að hvetja konuna áfram í hríðunum, en ljósmóðirin sem tók á móti bað mig um að leyfa sér að tala til hennar. Áttaði mig strax á því að hún hafði rétt fyrir sér. Það var spræk stúlka sem kom í heiminn eftir rúman klukkutíma í rembing. Hún fékk 8 í

apgar eftir eina mínútu og 9 eftir 5 mínútur. Mjög gaman að sjá hvernig hún lá á barnaborðinu með tásur við höfuð – í eins konar bananastellingu. Stúlkan var tæpar 13 merkur og sauma þurfti nokkur spor – ekkert meira en eftir venjulega fæðingu. Foreldrar voru í skýjunum, mjög ánægðir með allt og Linda hefði ekki geta hugsað sér að gera þetta öðruvísi. Geri aðrir betur, að fæða sitt fyrsta barn í sitjandi stöðu deyfingarlaust. Mér fannst þetta mögnuð fæðing og hún breytti viðhorfum mínum til sitjandi fæðinga.

En sögunni er ekki lokið. Á síðustu kvöldvaktinni minni á fæðingargangi fyrir sumarfrí átti önnur skemmtileg sitjandafæðing sér stað. Þá átti ég að taka á móti konu sem var með farið vatn og var að koma inn á fæðingargang. Konan hafði fætt stúlku fyrir sex árum síðan og var núna komin 38 vikur plús 6 daga. Vatnið hafði farið um klukkan fjögur um daginn, tært að lit og barnið var skorðað í síðustu skoðun. Konan var ekki komin með neina verki þegar hún hringdi. Klukkan fimm kom síðan konan sem ég kalla Hildi. Hún var nýbyrjuð að fá einhverja verki. Ég mat hriðarnar vera á 2-3ja mínútna fresti og stóðu þær yfir í um það bil 20 sekúndur. Þegar ég þreifa á henni kúluna þá finnst mér hún mjög skrítin í laginu, var einhvern vegin miklu stærri vinstra megin. Ég fann að það var fósturhluti skorðaður í grind. Ég setti konuna í monitor og fann strax hjartsláttinn og var hann á „eðlilegum“ stað, fór fram og ætlaði að fá einhverja ljósmóður til að skoða með mér kúluna en það var engin á vaktinni þannig að ég ákveð að skrá Hildi inn í tölvuna og ná svo í ljósmóður þegar því væri lokið. Þegar ég var hálfnuð við að skrifa hana inn hringdi bjallan inni á móttöku. Þá var klukkan korter yfir fimm eða 15 mínútur síðan að hún hafði komið inn. Datt í hug að hjartslátturinn hefði dottið út, en það vill stundum gerast og fólk er þá fljótt að hringja. Kom inn og sá að það var eitthvað ekki eins og það átti að vera. Hildur sagðist þurfa að rembast og ég sá og heyrði að það var kominn rembingur í hana. Bað hana um að reyna að halda aftur af sér, þar sem ég þyrfti að skoða hana til að vita hver staðan væri á leghálsinum, auk þess grunaði mig að barnið væri í sitjandi stöðu. Þegar ég skoðaði hana þá fann ég eitthvað sem ég hafði ekki fundið áður. Áttaði mig ekki alveg strax en svo helltist það yfir mig – ég fann litlar tásur, tíu tásur. Ég sagði Hildi að halda aftur að sér og mása

í gegnum hriðirnar og mamma hennar sem var með henni hvatti hana til þess. Sagðist þurfa að fá aðra ljósmóður til að meta hana. Ég náði í ljósmóður sem svo staðfesti að þarna væru tveir fætur, komnir niður á grindarbotn.

Eftir þetta var hringt strax í vakthafandi lækni og konan flutt inn á fæðingarstofu. Ákveðið var að hún myndi reyna við fæðingu og voru allir í viðbragðsstöðu. Sett var upp nál, blóðprufur teknar í flýti og Syntocinon sett upp þar sem hriðarnar voru enn mjög stuttar. Hildur var sett í stoðir, deyfing, ebbuskæri og tangir höfð tilbúin á borðinu. Ég hélt við hjartsláttarnemann og í hendina á Hildi. Mátti varla hreyfa mig en við minnstu hreyfingu greip hún fastar í mig og sagði að ég mætti ekki fara frá sér. Ég hvatti hana áfram og fylgdist með fæðingu barnsins. Fyrst komu fætur, svo mjaðmir og kom í ljós að þarna var drengur á ferð, axlir fæddust og höfuðið fæddist síðast. Þetta var magnað og gekk svo vel. Drengurinn var svolítið slappur en var fljótur að jafna sig og fékk 4 og 8 í apgar, var rúmlega 14 merkur. Hildur og móðir hennar voru í sælúvímu og ég sveif um á bleiku skýi – þetta var svo flott. Maðurinn hennar kom svo stuttu eftir að drengurinn var fæddur og var hann ekki síður ánægður.

Fræðileg umfjöllun

Þar sem viðhorf mitt til sitjandi fæðinga hafði breyst mikið þá ákvað ég að athuga frekar hvað rannsóknir hafa að segja um fæðingu barna í sitjandi stöðu um fæðingarveg og skrifa dagbókarverkefni. Í stuttu máli sagt þá komst ég að þeirri niðurstöðu að rannsóknarniðurstöður eru misvísandi og að á meðan Hannah o.fl. (2000) ályktuðu að keisaraskurður væri betri kostur fyrir barnið heldur en fæðing um fæðingarveg, þá hafa aðrar rannsóknir stutt að ekki sé fagleg ástæða til þess að allar konur fari í keisara ef þær hafa barn í sitjandi stöðu (Margrét Kristín Guðjónsdóttir og Þóra Steingrimsdóttir, 2002, Uotila og fl. 2005, Goffinet o.fl., 2006).

Í lok meðgöngu eru 3-4% barna í sitjandi stöðu. Mikið hefur verið deilt um hvaða fæðingarleið skuli valin í þessum tilfellum (Gilbert og Harmon, 2003). Alþjóðleg rannsókn Hannah o.fl. (2000) gjörbreytti viðhorfum um allan heim til sitjandi fæðinga um fæðingarveg á þann hátt að víðast hvar var valkeisari ráðlagður í stað fæðingar. Rannsóknaraðferð þeirra hefur verið gagnrýnd en hún náði til 121 stofn-

ana í 26 löndum og til 2088 kvenna. Mun lægri dánartíðni var hjá börnum sem fæðst höfðu með valkeisaraskurði heldur en um fæðingarveg, auk þess var lægri tíðni á alvarlegum vandamálum hjá nýburanum eftir fæðingu. Uotila o.fl. (2005) gerðu rannsókn í Finnlandi sem byggð var á aðferðum Hannah o.fl. Þetta var afturvirk rannsókn yfir 7 ára tímabil 1995-2002 sem samanstóð af 590 fullmeðgengnum (yfir 37 vikum) einburum sem fæddust í sitjandi stöðu, 396 sem fóru í valkeisaraskurð með sitjanda og samanburðarhóp 590 kvenna sem fæddu einbura um fæðingarveg í höfðustöðu. Niðurstöður þeirra sýndu fram á að apgar stig voru lægri hjá sitjandi fæðingarhópnum en engin annar munur fannst. Dánartíðni var engin. Höfundar komu með þrjár kenningar fyrir mismunandi niðurstöðum rannsókna sinnar og Hannah og félaga. Í fyrsta lagi þótti þeim athyglisvert að þrátt fyrir mikinn fjölda barna í sitjandi stöðu í rannsókn þeirra var meðaltalið fyrir hverja stofnun aðeins sex sitjandi fæðingar á þriggja ára tímabili. Af því má leiða að á einhverjum af þessum fæðingarstöðum starfi fólk sem hefur ekki reynslu af því að taka á móti sitjanda. Þar af leiðandi er möguleiki á að það hafi haft áhrif á niðurstöður rannsóknarinnar. Í öðru lagi var grindarmæling gerð í minna en 10% tilvika og ekki var ætlast til þess að konur væru í monitor á meðan á fæðingu stóð. Það er ekki spurning að hægt hefði verið að komast hjá fósturdaða í nokkrum tilvikum ef fylgst hefði verið með hjartslætti fósturs og hægt að framkvæma neyðarkeisaraskurð. Í þriðja og síðasta lagi bentu þeir á að til að taka á móti sitjanda þurfi að uppfylla lágmarkskröfur um þekkingu og að líklega hafi ekki verið næg færni til staðar þegar upp komu erfið tilfelli. Á finnska spítalanum voru þeir sem tóku á móti með mikla reynslu af að taka á móti börnum í sitjandi stöðu og voru með lágan þröskuld til inngrípa, sem er einnig tilfellið á Íslandi og í samræmi við niðurstöður íslenskrar afturvirkra rannsókna (Margrét Kristín Guðjónsdóttir og Þóra Steingrimsdóttir, 2002) þar sem sitjandi fæðingar á LSH á 5 ára tímabili, 1996-2000 voru skoðaðar. Þá voru 486 einbura fæðingar skráðar í sitjandi stöðu eða 3,3% af öllum fæðingum á því tímabili. Af þessum fæðingum voru 353 börn í rannsókninni, 40 fæddust um fæðingarveg en 207 með valkeisaraskurði og 106 með bráðakeisaraskurði. Börnin sem fæddust um fæðingarveg

fengu að meðaltali 7 í apgar eftir eina mínútu en 8 hjá keisurunum og var apgar gildið eftir fimm mínútur 9 í báðum hópunum. Út frá þessum upplýsingum mátti draga þá ályktun að sitjandafæðing um fæðingarveg yki ekki líkur á alvarlegri súrefnisþurrð hjá barni eftir fæðingu, miðað við keisara. Úrtakið var að vísu lítið og betra hefði verið að notast við ph-mælingar úr naflastreng. Ný rannsókn, sem birtist á þessu ári (Goffinet o.fl., 2006) og var gerð á 138 fæðingarstöðum í Frakklandi og 36 í Belgíu, sýndi sömu niðurtöður og sú finnska um að það væri í lagi að fæða börn í sitjandi stöðu. Höfundar tala einnig um mikilvægi þess að sá sem tekur á móti hafi færni í að taka á móti börnum í sitjandi stöðu. Stundum er keisaraskurður betri kostur en fæðing um fæðingarveg þar sem í nútímanum hafa margir læknar ekki færni í að taka á móti börnum í sitjandi stöðu (Robertson, 2004). Þetta á einnig við um ljósmæður.

Vangaveltur

Miðað við þessar rannsóknarniðurstöður og reynslu mína, eftir að hafa séð tvær sitjandi fæðingar, tel ég ekki fag-

legar ástæður vera fyrir því að allar konur með barn í sitjandastöðu fari í keisaraskurð. Þegar ákvörðun er tekin um fæðingarmáta barna í sitjandastöðu þarf hins vegar að athuga aðstæður hverju sinni t.d. áætlaða stærð barns, grindarmál konunar og hvort hún hefur fætt barn áður um fæðingarveg. Reynsla mín er ekki mikil en í ljósi þess hversu fáar sitjandi fæðingar eru, er hún þó nokkur. Þegar ég hugsa um reynslu, færni og þjálfun í því að taka á móti sitjanda þá er það athyglisvert að á þessari vakt var bara ein ljósmóðir með reynslu í því að taka á móti sitjanda og fór ég strax til hennar. Tvær voru nýútskrifaðar og ein hafði útskrifast árinu áður. Önnur af þeim sem var nýútskrifuð hafði ekki séð sitjandi fæðingu. Í fyrri fæðingunni var ljósmóðir með reynslu en hafði sjálf aldrei tekið á móti sitjanda en hún var með reyndan fæðingarlækni á bak við sig.

Mér finnst ég vera mjög heppin að hafa fengið tækifæri til þess að vera viðstödd tvær sitjandi fæðingar. Þar sem sitjandi fæðingum um fæðingarveg hefur fækkað þá er hætta á að konur hafi ekki val um að fæða þannig, ekki síst ef

færni ljósmæðra og lækna sem taka á móti er ekki og verður ekki til staðar.

Eins og áður hefur komið fram þá er ég nú mun jákvæðari í garð sitjandi fæðinga og ef ég gengi með barn í sitjandi stöðu, þá myndi ég vilja geta valið fæðingarmáta.

Heimildir

- Hannah, M.E., Hannah, W.J., Hewson, S.A., Hodnett, E.D., Saigal, S og Willian, A.R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: A randomised multicentre trial. *Lancet*, 356,1375-1383.
- Gilbert, E. S., og Harmon, J. S. (2003). *Manual of High Risk Pregnancy & Delivery* (3. útg.). St. Louis: Mosby.
- Goffinet, F., Carayol, M., Foidart, J., Alexander, S., Uzan, S., Sutil, D. og Bréart, G. (2006). Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still on option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194, 1002-1011.
- Robertson, A. (2004). *The midwife companion. The art of support during birth.* (2. útg.). Birth International.
- Uotila, J., Tumala, R. og Kirkinen, P. (2005). Good perinatal outcome in selective vaginal breech delivery at term. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84, 578-583.



LJÓSMÆÐUR KVADDAR

Jenný Þórkatla Magnúsdóttir, fædd í Reykjavík, 12. nóvember 1917. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1939. Lést 27. júní 2006.

Margrét Friðriksdóttir, fædd að Þorvaldsstöðum, Skriðdal, S-Múlasýslu 1. desember 1927. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1950. Lést 28. maí 2006.

Laufey Pálsdóttir, fædd að Fossi á Síðu, V-Skaftafellssýslu 7. júní 1914. Útskrifaðist frá LMSÍ 1. október 1937. Lést 3. maí 2006.

Þórhalla Gísladóttir, fædd í Skógargærði í Fellum, N-Múlasýslu 11. mars 1920. Útskrifaðist frá LMSÍ 30. september 1943. Lést 18. apríl 2006.

DROTTINN BLESSI MINNINGU ÞEIRRA



Gott veganesti fyrir lífið



Besta hráefnið. Í Nestlé barnamatskrúkkunum er enginn viðbættur sykur. Í matnum sem er ætlaður börnum undir eins árs aldri er ekkert viðbætt salt. Í barnamatinn okkar er heldur ekki bætt neinum rotvarnarefnum eða litarefnum. Þess í stað höfum við gætt ýtrustu nákvæmni við að velja allra besta hráefnið í hverja uppskrift.

Nestlé Barnamatur, sími 580 6633, www.barnamatur.is

Hugleiðingar um sitjandi fæðingar

Það bregður fáum við að heyra að barn hafi fæðst með valkeisaraskurði vegna sitjandi stöðu, því eins og kunnugt er, hefur verið mælt með að konur með fullburða einbura í sitjandi stöðu fari í valkeisaraskurð, frá því að niðurstöður rannsóknar Hannah, Hannah, Hewson, Hodnet, Saigai og Willan (2000) á sitjandi fæðingum (*The Term Breech Trial*) voru birtar. Niðurstöður þessarar rannsóknar urðu til þess að vinnulag við sitjandi fæðingar breyttist víða um heim og nú stöndum við t.d. frammi fyrir þeirri staðreynd að ljósmæður eru að tapa færninni í því að taka á móti börnum í sitjandi stöðu. Í þessari grein mun ég fjalla um þau áhrif sem rannsókn Hannah o.fl. (2000) hafði á vinnulag við sitjandi fæðingar og minnst á nokkuð af þeirri gagnrýni sem fram hefur komið á þá rannsókn. Ég mun einnig fjalla um rannsóknarniðurstöður nokkurra nýlegra rannsókna um sitjandi fæðingar. Ég mun reyna að svara því hvort það geti talist fagleg vinnubrögð að mæla með valkeisaraskurð fyrir konu með fullburða einbura í sitjandi stöðu.

Ljósmæður hafa verið duglegar að kynna sér óhefðbundnar aðferðir við umönnun kvenna á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu og því langar mig að nefna tvær óhefðbundnar aðferðir sem hvetja til snúnings barns úr sitjandi stöðu í höfuðstöðu. Ég mun fjalla um breytta stefnu varðandi sitjandi fæðingar á fæðingardeild LSH og að lokum mun ég setja hugleiðingar mínar um sitjandi fæðingar í samhengi við fimm skref Lesley Page (2000) um gagnreynda þekkingu í ljósmóðurfræði.

Nýlegar rannsóknir

Niðurstöður rannsóknar Hannah o.fl. (2000) þóttu það markverðar að þær breyttu vinnulagi víða um heim. Markmiðið með rannsókninni var að komast að því hvort betra væri að gera valkeisaraskurð eða reyna fæðingu um fæðingarveg hjá konum sem ganga með fullburða einbura í sitjandi stöðu.



Anna Sigríður Vernharðsdóttir, ljósmóðir á fæðingardeild LSH og meistaranemi við University of Sheffield.

Niðurstöðurnar voru þær að ekki reyndist marktækur munur á útkomu mæðra hvort sem þær fóru í valkeisaraskurð eða fæddu um fæðingarveg en það reyndist marktækt lélegri útkoma hjá börnunum í þeim hóp sem fæðing um fæðingarveg hafði verið reynd. Ég var ljósmæðranemi þegar ég las fyrst um niðurstöður þessarar rannsóknar og þá var ég sannfærð um að valkeisaraskurður væri besta lausnin fyrir konu sem væri með fullburða einbura í sitjandi stöðu, þ.e.a.s. ef vending væri ekki möguleg eða hefði ekki tekist. Mér fannst koma nokkuð skýrt fram í þessari grein að það fælist mun meiri áhætta í sitjandi fæðingu en valkeisaraskurð við þessar aðstæður og ég man að ég hugsaði með mér og sagði við skólasystur mínar í ljósmæðranáminu að ég væri ekki í vafa hvað ég myndi velja staði ég í þessum sporum. Ég gat ekki séð nokkra ástæðu til að rengja niðurstöðurnar á þessum tíma. King (2000) sá heldur ekki ástæðu til að efast og miðað við þær breytingar sem urðu á vinnulagi víða um heim þá voru ansi margir sem ekki sáu ástæðu til að rengja þessar niðurstöður. Þessar niðurstöður breyttu

vinnulagi okkar hér á landi og ég hef t.d. aldrei séð fullburða einbura fæðast í sitjandi stöðu. Núna, hins vegar, hef ég nokkrar efasemdir og athugasemdir við þessa rannsókn og niðurstöður hennar. Ég velti fyrir mér hvers vegna höfundar rannsóknarinnar greindu ekki niðurstöðurnar betur, þ.e. fyrir fleiri undirhópa, þar sem þeir höfðu allar upplýsingar til þess. Af hverju var ekki skoðuð útkoma úr sitjandi fæðingum þar sem reyndar ljósmæður tóku á móti? Þetta er kannski eitthvað sem ljósmæður þurfa að rannsaka í framtíðinni en ef til vill er það orðið of seint því æ færri ljósmæður hafa reynslu af sitjandi fæðingum. Síðan Hannah o.fl. (2000) birtu sínar niðurstöður hafa margar afturvirkar rannsóknir verið birtar. Niðurstöður Herbst og Thorngren-Jerneck's (2001) og Rietberg, Elferink-Stinkens, Brand, van Loon, Van Hemel og Visser, (2003) voru á sömu leið og niðurstöður Hannah o.fl. (2000), þ.e. að valkeisaraskurður minnkaði burðamálsdauða ef um sitjandi stöðu væri að ræða. Rietberg o.fl. (2003) hafa bent á að þessar niðurstöður þyrfti einnig að meta m.t.t. langtíma áhrifa á heilsu mæðra, m.a. vegna hækkunar á tíðni keisaraskurða. Giuliani (2002) bar saman útkomu 699 fæðinga fullburða barna í sitjandi stöðu eftir því hvort um fæðingu um fæðingarveg eða keisaraskurð var að ræða. Þetta voru allt fæðingar á sömu deildinni. Útkoman var góð í báðum hópum og niðurstaðan var sú að sitjandi fæðing um fæðingarveg ætti að vera valkostur í vissum tilfellum. Uotila, Tuimala, og Kirkinen, (2005) skoðuðu útkomu m.t.t. fæðingarmáta á 7 ára tímabili á háskólasjúkrahúsi þar sem hefð var fyrir sitjandi fæðingum. Niðurstöður þeirra sýndu fram á góða útkomu sitjandi fæðinga þar sem vandlega höfðu verið valdar konur til að fæða. Þau ályktuðu sem svo að sitjandi fæðingar um fæðingarveg væru öruggar ef konur væru vel valdar og fólk með góða reynslu tæki á móti. Í nýlegri grein gagnrýnir Glezerman (2006) rannsókn

Hannah o.fl. harðlega og óskar eftir því að rannsakendur dragi til baka þá ályktun að mæla með valkeisaraskurð sem fæðingarmáta fyrir fullburða börn í sitjandi stöðu. Hann heldur því fram að í flestum tilfellum hafi ekki verið hægt að rekja nýburadauða eða vanda-mál nýbura í rannsókninni til fæðing-armáta. Margrét Kristín Guðjónsdóttir og Þóra Steingrimsdóttir (2002) skoðuðu afdrif barna sem fæddust úr sitjandi stöðu á LSH á árunum 1996-2000. Þær ályktuðu út frá niðurstöðum sínum að fæðing um leggöng yki ekki hættuna á alvarlegri súrefnisþurrð miðað við þær tilteknu aðstæður sem ríktu á LSH á þeim tíma. Á þessum tíma var ekki mælt með fæðingu úr sitjandi stöðu um fæðingarveg nema þyngd barns væri áætluð < 4.000 g og samtala útgangsrindarmála væri ≥ 34.5 sm. Ef ómskoðun sýndi að kollur barnsins var reigður, var mælt með valkeisarskurði (Margrét Kristín Guðjónsdóttir og Þóra Steingrimsdóttir, 2002). Það virðist því vera staðreynd að þær rannsóknarniðurstöður sem við höfum í dag geti ekki sagt til um hvor fæðingarmátinn er betri og því hlýtur að vera þörf á enn frekari rannsóknum.

Úr sitjandi stöðu í höfuðstöðu

Það er auðvitað heppilegast fyrir móður og barn að barnið sé í höfuðstöðu þegar kemur að fæðingu og þess vegna er mikilvægt að greina sitjandi stöðu í tíma til að mögulegt sé að reyna vendingu. Vending er góður kostur og hefur sannað gildi sitt. En hvað með aðrar aðferðir? Ljósmaður hafa verið duglegar að kynna sér og nota óhefðbundnar meðferðir á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu. „Moxibustion“ er gömul kínversk aðferð sem ef til vill getur átt þátt í að fleiri fæðingar verði um fæðingarveg með því að stuðla að snúningi barns úr sitjandi stöðu í höfuðstöðu. Þegar „Moxibustion“ meðferðin er notuð er kveikt í nokkurs konar vindlum eða reykselum úr plöntunni *Artemisia vulgaris* (moxa). Vindlunum er síðan haldið nálægt ytri brún tánagla litlu táar, nánar tiltekið við nálastungupunktinn BL-67 (Cuttini, 2001). Með því að örva þennan punkt með hitanum sem myndast er verið að ýta undir hreyfingar barns í móðurkviði. Cardini og Weixin (1998), gerðu rannsókn í Kína og notuðu sam-anburðarrannsókn með slembiúrtaki og komust að því að „Moxibustion“ væri áhrifarík aðferð til að snúa barni úr sitjandi stöðu í höfuðstöðu. Cardini o.fl.

(2005) gerðu svo svipaða rannsókn á Ítalíu en í þeirri rannsókn voru engar kínverskar konur. Niðurstöður þeirra gáfu til kynna að „Moxibustion“ gagnaðist ekki við að snúa barni úr sitjandi stöðu í höfuðstöðu.

Það ætti reyndar ekki að vera áhyggjuefni eða tilefni til aðgerða þó barn sé í sitjandi stöðu á 32.-33. viku meðgöngu. Þess vegna finnst mér undarleg sú aðferð sem notuð var í tveimur fyrrgreindum rannsóknum, þ.e. að hefja meðferð með „Moxibustion“ við 32.-33. viku meðgöngu, þar sem talið er að um 57% barna í sitjandi stöðu við 32 vikur snúi sér sjálfkrafa í höfuðstöðu (Westgren, Edvall, Nordstrom og Svalenius, 1985, í Sweet, 1999). Ef til vill væri betra að reyna „Moxibustion“ meðferðina seinna á meðgöngu eða þegar sitjandi staða barns fer að verða áhyggjuefni eða tilefni til aðgerða. Ef ljósmaður ætla að vera leiðandi í notkun og rannsóknum á óhefðbundnum aðferðum í barneignarferlinu, þá er hér viðfangsefni sem gaman væri að skoða betur í framtíðinni.

Í bók Gaskin (1990) kemur fram að rannsókn ein hafi sýnt að 89% barna í sitjandi stöðu hafi snúið sér í höfuðstöðu við það að móðirin lá í ákveðinni stöðu í 10 mínútur, tvisvar á dag, eftir 8. mánuð meðgöngu. Þessi staða er þannig að móðirin liggur á bakinu, með hné beygð, iljar í gólfi og fullt af þúðum undir rassinum, þannig að móðirin liggur með höfuðið neðar en rassinn. Þetta er stelling sem við ættum að geta mælt með að konur með barn í sitjandi stöðu prófi.

Sitjandi fæðingar á fæðingardeild LSH

Samkvæmt upplýsingum frá fæðingarskráningu, fæddust 5 fullburða einbura í sitjandi stöðu á Íslandi árið 2005, allir á fæðingardeild LSH. Nokkrir fæðingarlæknar þar hafa verið tilbúnir til að styðja konur í að fæða sitjanda að ákveðnum skilyrðum uppfylltum, en almenna stefnan hefur verið sú, frá árinu 2000 og þangað til nú, að mæla með keisaraskurði ef kona er með fullburða einbura í sitjandi stöðu. Dæmi eru um að konur með fulla útvíkkun og fyrirfram ógreindan sitjanda hafi farið í keisaraskurð en það er ákvörðun fæðingarlæknis á vakt hvernig þessu er háttað. Þeir fæðingarlæknar sem styðja konur í því að fæða sitjanda um fæðingarveg hafa jafnvel verið tilbúnir að koma utan síns vinnutíma til að vera

til staðar. Þegar um fæðingar fullburða einbura í sitjandi stöðu er að ræða, er það samvinna ljósmóður og fæðingarlæknis að taka á móti barninu.

Að undanfögnu hefur verið unnið að nýjum verklagsreglum um sitjandi fæðingar á LSH og verkleg þjálfun ljósmæðra á fæðingardeild hefur einnig farið fram. Það er gleðilegt að vita til þess að fæðing fullburða einbura í sitjandi stöðu um fæðingarveg sé að verða raunverulegur valkostur á ný. Það er einnig gleðiefni að nú verða til staðar ljósmæður og læknar með betri þjálfun þegar kemur að sitjandi fæðingum, hvort sem það er fyrirfram vitað eða óvænt.

Ég velti því fyrir mér hvort það verði nægjanlega margar sitjandi fæðingar til að læknar og ljósmæður sem starfa við fæðingar nái að halda góðri færni í því að taka á móti börnum í sitjandi stöðu. Það er erfitt að halda góðri færni í einhverju sem maður gerir sjaldan því æfingin skapar jú meistarann. Ég tel að það væri gott að þjálfa lítinn hóp lækna og ljósmæðra sem munu sérhæfa sig í sitjandi fæðingum til að byrja með. Þessi hópur væri svo tilvalin í að sjá um að þjálfa aðra lækna og ljósmæður, því vissulega verða allir læknar og ljósmæður sem starfa við fæðingar að vera tilbúin að taka á móti barni í sitjandi stöðu. Þessi hópur þarf að vera nógu lítill til að meðlimir hans fái einhverja þjálfun en það stór að alltaf sé einhver á vaktinni sem hefur góða þjálfun. Það er erfitt að segja til um hversu stór þessi hópur á að vera, en tíminn mun vonandi leiða það í ljós. Það er erfitt að öðlast góða færni í að taka á móti börnum í sitjandi stöðu nema fá reglulega þjálfun. Besta þjálfunin er vissulega að taka á móti en þjálfun með brúðu kemur örugglega að gagni.

Fimm skref Page (2000) um gagnreynda þekkingu í ljósmóðurfræði

Mig langar að setja hugleiðingar mínar um sitjandi fæðingar í samhengi við fimm skref Page (2000) um gagnreynda þekkingu í ljósmóðurfræði.

Fyrsta skrefið er „að finna út hvað er konunni og fjölskyldu hennar mikilvægt“ (bls. 10). Hversu mikilvæg er eðlileg fæðing fyrir konuna? Þurfum við að spyrja um mikilvægi góðrar heilsu móður og barns? Hvaða afleiðingar getur keisaraskurður haft fyrir heilsufar móður í náninni framtíð og

þegar til lengri tíma er litið? Hvaða áhrif getur þetta haft á næstu meðgöngur og fæðingar? Þetta minnir okkur einnig á að gott getur verið að hafa fulltrúa kvenna á barneignaraldri með í ráðum þegar verið er að móta vinnuleiðbeiningar sem nota á við fæðingar.

Skref 2 er „að nota upplýsingar sem fást með klínískri skoðun“ (bls. 11). Hvaða upplýsingar skipta mestu máli þegar við veltum fyrir okkur þeim möguleikum sem eru í boði fyrir konu með fullburða einbura í sitjandi stöðu?

Niðurstöður Margrétar Kristínar Guðjónsdóttir og Þóru Steingrimsdóttur (2002) gefa til kynna að vel hafi verið valdar þær konur sem fæddu fullburða einbura í sitjandi stöðu á LSH 1996-2000 og því hlýtur að vera gott að styðjast við þau viðmið. Það er einnig vert að skoða val Hannah o.fl. (2000) á konum í rannsókn sína og gagnrýni Somerset (2002) þar á. Skilyrði fyrir þátttöku í rannsókn Hannah o.fl. (2000) var að konan væri með lifandi einbura í beinni (fætur beinir) eða fullkominni (fætur bognir) sitjandi stöðu, gengin 37 vikur eða meira. Konur voru útilokaðar frá rannsókninni ef það var grunur á misræmi milli barns og grindar, ef barnið var áttað meira en 4.000 g, ef höfuðið var of mikið reigt, ef grunur lék á vansköpun barns, eða ef einhver frábending var fyrir fæðingu um fæðingarveg (Hannah et al, 2000). Somerset (2002) hefur gagnrýnt hvernig valið var í rannsóknina. Hann bendir á að sjálfkrafa sótt, góður framgangur og stutt rembingssstig séu þættir sem hafa mikið um útkomu fæðingar að gera og bendir á að lélega útkomu í rannsókninni megi rekja til þeirra fæðinga sem annað hvort voru framkallaðar eða þurftu örvun. Hann bendir einnig á að lág fæðingarþyngd sé stór þáttur í slakri útkomu og vill meina að þættir s.s. vaxtarskerðing í móðurkviði og óeðlilegt legvatnsmagn séu þættir sem ættu að vera frábending fyrir sitjandi fæðingu um fæðingarveg. Mér finnst gagnrýni Somerset vera mjög rökrétt og sanngjörn og dálítið í anda ljósmóðurfræðinnar, þar sem hið eðlilega er undirstrikt. Þar sem mikilvægt er að meta vel stærð grindar, stöðu barns, beygingu höfuðs, stærð barns og legvatnsmagn tel ég að við ættum ekki að hika við að nýta okkur röntgen- og ómskoðunartæknina til viðbótar við reyndar ljósmæðra- og læknishendur til að meta hvort fæðing um fæðingarveg er heppileg eður ei.

Þriðja skrefið er „að sækja og meta

gagnreyndar upplýsingar sem nota má til upplýstrar ákvarðanatöku“ (bls. 11) og fjórða skrefið er „að ræða málin“ (bls. 35). Það er mikilvægt að við upplýsum skjólstaðinga okkar með áreiðanlegum upplýsingum svo þeir geti tekið upplýsta ákvörðun en í þessu sambandi þá höfum við því miður ekki allar þær upplýsingar sem við þyrftum að hafa. Hverju eigum við að svara konu sem spyr hvaða fæðingarmáti sé bestur þegar um fullburða einbura í sitjandi stöðu er að ræða? Það fer vissulega eftir aðstæðum en við verðum að segja að við höfum ekki nægar upplýsingar til að svara þessu með vissu. Okkur ber skylda til að upplýsa um þá auknu áhættu fyrir móður sem felst í því að fara í keisaraskurð til móts við það að fæða um fæðingarveg. Hall og Bewley (1999) hafa bent á að það séu sex sinnum meiri líkur á mæðradauða við keisaraskurð en fæðingu um fæðingarveg og að jafnvel við valkeisarskurð séu þrisvar sinnum meiri líkur á mæðradauða en við fæðingu um fæðingarveg. Ekki má heldur gleyma því að ör á leginu getur stofnað meðgöngum framtíðarinnar í hættu, þar sem aukin hætta er á fyrirsætri fylgju, fastri fylgju og legrofi.

Það er margt sem þarf að ræða og við þurfum að vera viss um að hafa tíma fyrir umræður og spurningar. Sem undirbúningur fyrir umræður af þessu tagi er hægt að notast við upplýsingabæklinga og upplýsingar á veraldarvefnum. Nú er í undirbúningi hjá Ljósmæðrafélagi Íslands að þýða nokkra bæklinga úr flokknum „Informed Choice“, þar á meðal bækling um þá valkosti sem í boði eru þegar barn er í sitjandi stöðu (MIDIRS, 2005).

Fimmta og síðasta skrefið er „að fara yfir tilfinningar, útkomu og afleiðingar“ (bls. 35). Það er mikilvægt að skoða reglulega útkomu þess sem við gerum til að sjá hvernig okkur gengur. Rannsókn Margrétar Kristínar Guðjónsdóttur og Þóru Steingrimsdóttur (2002) er dæmi um slíka skoðun. Það er þörf á að skoða áfram hvernig okkar aðferð við okkar aðstæður kemur út. Það er einnig mikilvægt að ræða við konur og maka þeirra um líðan og þeirra upplifun af sitjandi fæðingum, hvort sem um er að ræða valkeisaraskurð, bráðakeisaraskurð, fæðingu um fæðingarveg þar sem vitað var um sitjandi stöðu eða fæðingu um fæðingarveg þar sem ekki var vitað var um sitjandi stöðu.

Að lokum

Það er ekki hægt að segja til um hver sé besti fæðingarmátinn fyrir fullburða einbura í sitjandi stöðu, því það fer eftir aðstæðum. Í vissum tilfellum er betra að stefna að fæðingu um fæðingarveg en í öðrum tilfellum er betra að gera valkeisaraskurð. Ég trúi því að betra sé að leyfa náttúrunni að njóta vafans að eins miklu leyti og við getum. Við ættum a.m.k. að íhuga öll inngríp mjög alvarlega áður en við truflum framgang náttúrunnar. Við ættum þó að nýta okkur þá tækni sem ýtir undir eðlilega fæðingu s.s. með því að nýta okkur röntgen- og ómskoðunartækni til að meta hvort kona með fullburða einbura í sitjandi stöðu uppfylli þau skilyrði sem við setjum fyrir fæðingu um fæðingarveg. Einnig þykir sýnt að vending úr sitjandi stöðu sé örugg aðferð og hún ýtir vissulega undir eðlilegt ferli.

Okkur er ekki stætt á því að mæla með því að allar konur með fullburða einbura í sitjandi stöðu fari í valkeisarskurð. Það þarf að vega og meta hvert tilfelli fyrir sig. Það er því fagnaðarefni að fæðingardeild LSH bjóði konum nú raunverulega upp á þann valkost að fæða fullburða einbura í sitjandi stöðu um fæðingarveg.

Heimildir

- Cardini, F. og Weixin, H. (1998). Moxibustion for correction of breech presentation. *JAMA*, 280, 1580-1585.
- Cardini, F., Lombardo, P., Regalia, A.L., Regaldo, G., Zanini, A., Negri, M.G., Panepuccia, L. og Todros, T. (2005). A randomized controlled trial of moxibustion for breech presentation. *BJOG*, 112, 743-747.
- Cuttini, M. (2001) Moxibustion: a Chinese medicine treatment for breech position. *bmj.com*. Upplýsingar fengnar á veraldarvefnum 18. nóvember 2005: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/323/7307/244#15949>
- Gaskin, I.M. (1990). *Spiritual Midwifery*. Summertown: The Book Publishing Company.
- Giuliani, A., Schöll, W.M.J., Basver, A. og Tamussion, K.F. (2002). Mode of delivery and outcome of 699 term singleton breech deliveries at a single center. *Am J Obstet Gynecol*, 187(6), 1694-1698.
- Glezerman, M. (2006). Five years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 194, 20-25.
- Hall, M.H. og Bewley, S. (1999). Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet*, 354, 776.
- Hannah M.E., Hannah W.J., Hewson, S.A., Hodnet, E.D., Saigai, S. og Willan, A.R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multi-centre trial. *The Lancet*, 356 (9239), 1375-1383.

Herbst, A. og Thorngren-Jerneck, K. (2001). Mode of delivery in breech presentation at term: increased neonatal morbidity with vaginal delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(8), 731-737.

King, J. F. (2000). The Term Breech Trial. *Birth Issues*, 9 (4).

Margrét Kristín Guðjónsdóttir og Þóra Steingrímsdóttir (2002). *Sitjandafæðingar á Kvennadeild Landspítala Háskólasjúkrahúss 1996-2000*. Óbirt rannsóknarverkefni 4. árs

læknanema: Háskóli Íslands, Læknadeild.

MIDIRS (2005). *Informed choice leaflet: If your baby is in the breech position, what are your choices?* Bristol, MIDIRS.

Page, L.A. (2000). *The New Midwifery. Science and Sensitivity in Practice*. London, Harcourt Publishers Limited.

Rietberg C.C., Elferink-Stinkens, P.M., Brand, R., van Loon, A.J., Van Hemel, O.J.S. og Visser, G.H.A. (2003). Term breech presentation in The Netherlands from 1995-1999: mortality and morbidity in relation

to the mode of delivery. *BJOG*, 110(6), 604-609.

Somerset, D. (2002). Term breech trial does not provide unequivocal evidence. *BMJ*, 324 (49).

Sweet, B.R. (1999) Malpresentations. In: B.R. Sweet (ed). *Mayes' Midwifery*. North Yorkshire: Baillière Tindall., bls. 639-657.

Uotila, J., Tuimala, R., og Kirkinen, P. (2005). Good perinatal outcome in selective vaginal breech delivery at term. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84 (6), 578-583.

„Hollið 2003“ í heimafæðingu



Skólasystrur og afmælisbörn: Malla með Sigrúnu Margréti, Halla og Inga Vala með Loga.

Inga Vala fæddi dreng (Loga) þann 25. október 2006 heima hjá sér, Malla tók á móti honum og Halla var til aðstoðar. Það skemmtilega er að að hún Halla okkar á afmæli þennan dag (f. 25.10.1963) og Sigrún Margrét dóttir hennar Möllu varð 2ja ára sama dag en hún var fyrsta barnið sem Inga Vala tók á móti heima. Þannig hafa Inga Vala og Malla haldið daginn hennar Höllu hátíðlegan. Þessu til viðbótar á Logi afasystur (föðursystir Ingó) sem heitir Ágústa Jóhannsdóttir og er ljósmóðir og fædd þennan dag (1957 að mig minnir). Þannig að 25. október er afskaplega mikill lukkadagur hjá okkur ljósmæðrum – a.m.k. þeirra fyrir norðan!

Þökkum eftirtöldum aðilum stuðninginn

Reykjavík

Bormenn Íslands ehf, Esjuberg 2b
Efling stéttarfélag, Sætúni 1
Eignamiðlunin ehf, Síðumúla 21
Innheimtustofnun sveitarfélaga, Lágmúla 9
Íþrótt- og tómstundaráð Reykjavíkur, Fríkirkjuvegi 11
Rarik hf, Rauðarárstíg 10
Tryggingastofnun ríkisins, Laugavegi 114

Kópavogur

Lyfja hf, Bæjarlind 2

Garðabær

Garðabær, Garðatorgi 7
Novartis, Hörgatúni 2

Hafnarfjörður

Síld og Fiskur ehf, Dalshrauni 9b

Reykjanesbær

Heilbrigðisstofnun Suðurnesja, Skólavegi 8

Reykjanesbær, Tjarnargötu 12

Sparisjóðurinn í Keflavík, Tjarnargötu 12-14

Akranes

Sjúkrahúsið og heilsugæslustöðin á Akranesi, Merkigerði 9

Borgarnes

Borgarbyggð, Borgarbraut 14
Sparisjóður Mýrasýslu, Digranesgötu 2

Stykkishólmur

St. Franciskusspítali, Austurgötu 7
Ólafsvík
Heilsugæslustöðin Ólafsvík, Engihlíð 28

Ísafjörður

Heilbrigðisstofnunin Ísafjarðarbæ, Torfnesi

Hvammstangi

Heilbrigðisstofnunin Hvammstanga, Spítalastíg 1

Blönduós

Heilbrigðisstofnunin Blönduósi, Flúðabakka 2

Sauðárkrókur

Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki, Sauðárhæðum
Kaupfélag Skagfirðinga, Ártorgi 1
Sveitarfélagið Skagafjörður, Faxatorgi 1

Akureyri

Heilsugæslustöðin á Akureyri, Hafnarstræti 99

Húsavík

Heilbrigðisstofnun Þingeyinga, Auðbrekku 4

Höfn

Heilbrigðisstofnun Suðausturlands, Víkurbraut 31

Vestmannaeyjar

Heilbrigðisstofnun Vestmannaeyja, Sólhlíð 10

Fæðingarsaga frá Malaví

Ég var stödd í fallegu litlu þorpi við Malavívatn, í sunnanverðri Afríku. Ég var búin að dvelja í þorpinu í fimm daga, sjá tvær fæðingar og tala við fimm yfirsetukonur. Klukkan var tíu á niðdimmu föstudagskvöldi þegar túlkurinn minn hún Agnes bankaði hjá mér og sagði „það er fæðing hjá Fanesu“. Hjartað tók kipp, mér fannst ég alveg ótrúlega heppin að fá aðra fæðingu hjá þessari yfirsetukonu sem mér fannst svo æðisleg. Ég hafði meira að segja hugsað eftir síðustu fæðingu með henni að ég væri alveg til að fæða hjá henni. Ég undirbjó mig í hvelli, fór í síðar buxur og klæddi mig í flíspeysu auk þess sem að ég sprejjaði mig hátt og lágt í tilraun til að verjast moskítóflugunum. Það var pabbinn sem hafði hjólað bæinn á enda til þess að sækja okkur. Við kipptum honum og hjólinu með okkur til baka til Fanesu en þar lét hann sig hverfa, pabbar eiga ekkert erindi í fæðingar á þessum slóðum.

Við vorum komnar til Fanesu eftir 20 mínútur. Þetta voru kunnuglegar slóðir, þarna var ég búin að sitja og spjalla og fylgjast með Fanesu að störfum síðustu dagana. Heimili Fanesu stóð á afgirtri lóð. Þar var einnig lítið eldunarskýli, tveir kamrar, sturtuadstaða, hola fyrir fylgjurnar og fæðingarskýli. Fæðingarskýlinu var skipt niður í tvö herbergi, innra herbergið ætlað fæðingum og fremra fyrir konurnar að dvelja í fyrir og eftir fæðingu. Þessi herbergi voru ekki stærri en svo að ein til tvær manneskjur gátu legið á gólfinu og svo gátu svona tvær setið í enda herbergisins. Þarna voru þrír pínulitlir óvarðir gluggar. Það voru engin húsgögn inni í skýlinu, bara bastmottur sem að Fanesa átti. Konurnar komu sjálfar með plastdúk til að setja á mottuna, og klæði og klúta til þess að liggja á, til þess að þrifa blóð og aðra vökva og vessa sem fylgja fæðingum, til þess að búa til dömubindi og til þess að þurrka barninu og vefja utan um það eftir fæðinguna.

Andrúmsloftið var mjög ljúft og gott, þarna var hin 19 ára gamla Lamida, sem átti von á sínu öðru barni. Hún átti



Eva Laufey Stefánsdóttir,
ljósmóðir, Hreiðri, LSH

fyrir 4 ára stúlku sem hafði fæðst fyrir tímann í bænum Monkey Bay sem er skammt frá. Með henni voru frænka hennar, eldri systir og amma sem allar sátu fyrir utan fæðingarskýlið og spjölluðu. Það var tilhlökkun í loftinu.

Fanesa hafði beðið með að skoða Lamidu þar til ég var komin. Við fórum inn í skýlið og Fanesa skoðaði hana frá toppi til táar og hlustaði á fósturhjar-sláttinn með hlustprípu. Hún þvoði sér um hendur með sæpu, fór í hanska og gerði snögga innri skoðun og sýndi mér með fingrunum hversu mikil útvíkkunin var, hún var svona 4-5 cm. Fanesa fræddi hana um það að barnið yrði lagt í fang hennar um leið og það fæddist og að hún ætti fljótlega að setja það á brjóst.

Þetta voru ljúfar og notalegar aðstæður, afskaplega falleg nótt. Ég hlustaði á hitabeltishljóðin sem ómuðu um allt, á krybburnar, froskana og fleiri hljóð sem ég get ekki skilgreint. Svartur kvöldhiminninn lýstist annað slagíð upp af eldingum, það eina sem skyggði á rómantíkina var tónlist frá diskóteki í nágrenninu, en hún hætti upp úr miðnætti.

Við sátum þrjár inni hjá Lamidu og spjölluðum við birtu steinólulampans. Fjölskyldan sat fyrir utan, svona í eins metra fjarlægð, Lamida var einkar lífleg og talaði smá ensku sem að hjálpaði mér. Ég var búin að ákveða inn í mér

að þetta yrði hin fullkomna fæðing hjá stórkostlegri yfirsetukonu. Ég var dugleg að punkta hjá mér það sem gerðist af því að þetta átti að verða upphafssagan í lokaverkefninu mínu. Ég var sannfærð um að fæðingin yrði afstaðin fljótlega upp úr miðnætti. Mér fannst einhvern veginn að fæðingar í Afríku ættu að ganga vel fyrir sig. Þetta var heilbrigð fjölbyrja, sem var studd af fjölskyldu og yndislegri yfirsetukonu – þetta hlaut bara að fara vel, mikið var ég bjartsýn!!

Einu merki þess að Lamida væri í fæðingu, voru stöku andvörp (konum á þessum slóðum er kennt að láta á engu bera í fæðingum, það er ekki til siðs að vera með læti). Um klukkan hálf eitt fór hún á klósettið og þá fannst mér á henni að þetta væri nú að versna heilmikið og hugsaði „þetta fer að koma“. Hún kom til baka og settist aftur hjá okkur, ég kom við kúluna á henni og fann fyrir bylgjuhreyfingum og hugsaði „gott“. Nú leið annar klukkutími og Lamida fór aftur á klósettið og labbaði svo þaðan inn í innra herbergið, en Fanesa var búin að segja henni að hún ætti að fara þangað þegar hún færi að fæða. Túlkurinn minn var sofnaður og ég ákvað því bara að fylgjast með og beið eftir því að Fanesa færi að gera eitthvað, þær töluðu aðeins saman en ekkert var gert. Moskítóflugurnar voru nú farnar að gera sér dælt við mig og nú var það suð þeirra sem ómaði í eyrum mér, nóttin var orðin löng.

Um klukkan tvö réttu ættingjarnir inn graut (konum í fæðingu hérna er gefinn grautur á ca 4 klukkustunda fresti en mega almennt ekki fá vatn). Fanesa spurði Lamidu hvort að hún finndi fyrir hreyfingum barnsins, sem hún gerði.

Rétt fyrir fjögur opnaði Fanesa fæðingartólin sín og gerði innri skoðun, hún sagði: „ABUELA - barnið fer að koma en við skulum bíða aðeins, kollurinn stendur ennþá svo hátt“. Svo fór hún að undirbúa sig, opnaði rakvélablað (sem að Lamida hafði komið með til þess að skera á naflastrenginn) og skar niður þrjú bómullarbönd fyrir naflastrenginn, tók til bómul og bakka fyrir fylgjuna og



Fæðingarskýli Fanesu.



Fæðing í heimahúsi með Fanesu.

annan til að safna saman blóði.

Stuttu síðar byrjaði Lamida að rembast, ég horfði á kúluna og fannst eins og þetta barn væri í framhöfuðstöðu. Lamída fann ekki neinn rembingstakt, henni leið illa og kjökraði „ég held ég sé að deyja, held ég sé að deyja“. Fanesa og fjölskyldan töluðu ljúflega til hennar og reyndu að hughreysta hana, mér fannst samt einhvern veginn eins og það vantaði líka kraft í Fanesu. Síðast þegar ég var með henni í fæðingu sá ég hana leiðbeina konunni í rembingnum, nú gerði hún ekkert slíkt. Það leið því yfir klukkutími þar sem Lamida nýtti hriðarnar illa – stundum lagðist hún bara á hliðarnar og gerði ekkert. Eftir klukkustundar fremur óvirkan rembing, fór Fanesa að verða óróleg og sagði fólkinu hennar Lamidu að það þyrfti að ná í manninn hennar til þess að redda bíl til að flytja hana á sjúkrahús til Monkey Bay. Ég sagði henni að ég væri með bíl og gæti náttúrulega flutt hana en bað jafnframt um leyfi til þess að fá að skoða Lamidu. Ég hafði áhyggjur af þessu ferðalagi, vegurinn til Monkey Bay var alveg hræðilegur og þetta var um klukkustundar akstur og allir orðnir mjög þreyttir eftir langa nótt. Ég hafði líka áhyggjur af þessu barni. Ég stóð frammi fyrir því að þurfa að vega og meta kosti þess og galla fyrir móður og barn að fara eða vera, ef það yrði nú eitthvað að barninu yrði mér þá kennt um? Eftir smá umhugsun ákvað ég að það væri þess virði að prufa að aðstoða þær. Ég gerði innri skoðun sem að staðfesti að útvíkkun var búin, að barnið

væri í framhöfuðstöðu, að kollur stóð hátt og ég fann fyrir bungandi belgjum. Ég bað túlkinn minn að segja Lamidu að fara á fjórar fætur og var lengi að koma þeim í skilning um hvað ég vildi, þar sem að engin þeirra hafði séð neitt þessu líkt. Ég fór sjálf þrisvar sinnum á fjórar fætur til þess að skýra mál mitt.

Nú var steinolían á þrotum og Fanesa þurfti að halla lampanum til þess að við fengjum ljóstýru, það var að byrja að birta sem betur fer. Þegar Lamida fór loksins á fjórar fætur, fór henni allt í einu að líða betur, hún fann sig betur í rembingnum, líklega bæði fyrir tilstilli stuðnings frá mér og ekki síður vegna stellingarinnar, það var eins og fæðingin færi af stað á ný eftir langt stopp. Fljótlega fór vatnið með hveli og ég

íklædd minni flíspeysu fékk snöggt bað! Lamida rembdist áfram á fjórum en skellti sér svo yfir á bakið þegar að kollurinn var farinn að þrýsta vel á spöngina.

Klukkan sex um morguninn fæddist stór og flottur drengur, sem að fór í fang móður sinnar, kollhríðin gekk ljúflega fyrir sig. Fylgjan kom stuttu síðar og blæðing, eftir því sem að við best sáum, var óveruleg. Fanesa og fjölskylda Lamidu voru yfir sig glöð og þakklát yfir að hún hafði komist hjá því að fara til Monkey Bay. Drengurinn fór fljótlega á brjóst og systir hans kom og horfði stolt á litla bróðir. Þessi nótt sem að byrjaði svo fallega endaði á sama veg.

Hin rómantíska saga mín um hina fullkomnu fæðingu hjá yfirsetukonu



Lamída á 2. stigi, á erfitt með að finna taktinn.



gífurlega hár. ÞSSÍ hefur í nokkur ár aðstoðað við uppbyggingu spítala- og heilsugæsluþjónustu á svæðinu og styður við störf og hjálfun yfirsetukvenna ásamt ýmsu öðru. Ég var þarna í janúar til febrúar 2006, hitti 17 yfirsetukonur, tók viðtöl við 15 þeirra, var viðstödd 3 fæðingar með þeim, tók þátt í að flytja eina konu á spítala og fékk að vera með í einni spítalafæðingu.

Yfirsetukonur í Malaví hafa litla formlega menntun og hafa ekki mörg úrræði ef eitthvað kemur upp á, þeim er uppálagt að flytja konur á heilsugæslu eða spítala við fyrstu merki þess að eitthvað sé að og almennt að halda þeim ekki lengur en í 6 klukkustundir í fæðingu, þeim er sagt að senda allar frumbyrjur frá sér, líka fjölbyrjur með fleiri en 5 fæðingar að baki, sitjanda og aðrar óheppilegar legur, fjölbura og konur með sögu um erfiða fæðingu.

Þegar það liggur fyrir að flytja þarf fæðandi konu á heilsugæslu eða sjúkrahús, þarf fjölskyldan að finna fararkost (stundum er notast við hjól eða bara hjólbörur) og leggja út pening fyrir honum. Fjölskyldumeðlimur þarf að fara með og sjá til þess að móðirin fái að borða á spítalanum, sem þýðir að tveir fara út af heimilinu og þurfa að afla sér viðurværis fjarri heimilinu með tilheyrandi kostnaði. Kostnaði sem margar fjölskyldur hafa ekki efni á.

Í þessu tilfelli gerði Fanesa rétt með að fara að hugsa sér til hreyfings þegar hún gerði það, útvíkkunartímabilið var fulllangt en mér fannst bara eðlilegt að láta reyna á rembing. Það hlýtur að

Nýfæddur drengur – fluttur í fang móður sinnar.

varð ekki raunin, en hún varð kannski bara raunverulegri fyrir vikið.

Bakgrunnurinn

Aðdragandi þess að ég upplifði þessa skemmtilegu fæðingu var sá að ég var svo lánsöm að fá styrk frá Þróunarsamvinnustofnun Íslands (ÞSSÍ), til þess að fara til Malaví og fylgjast með störfum yfirsetukvenna (traditional birth attendants) á Monkey Bay svæðinu og gera lokaverkefni í ljósmóðurfræði þessu tengt. Malaví er eitt af fátækustu ríkjum heims, þar er skortur á menntuðu heilbrigðisstarfsfólki og þar er mæðra- og barnadauði

Við Fanesa, ansi stoltar af „drengnum okkar“.



vera erfitt að taka ákvörðun um að flytja konur, sem að kannski eru frá af verkjum, blæðandi og senda þær í langt og strangt ferðalag. Það er heldur ekki eins og að allar konur vilji fara, enda geta þær ekki endilega búist við góðri þjónustu þegar á spítalann er komið. Í Monkey Bay er ein ljósmóðir á næturvakt á öllum spítalanum ásamt skúringarkonu. Þær sinna öllum deildum spítalans og líka kólerusjúklingum ef þeir eru til staðar. Vaktin er mjög löng eða frá klukkan 17 - 07:30 og yfirseta eða þægilegheit tíðkast ekki. Konurnar liggja á fæðingastofu (í henni eru tveir bekkir) baðaðar ljósi. Þær mega ekki hafa ættingja hjá sér og eru því gjarnan aleinar, þær verða svo bara að kalla þegar að barnið er að fæðast og eru heppnar ef ljósmóðirin hefur tíma eða nennir að sinna þeim. Þegar ég var þarna var engin skurðstofa og ekki aðstaða til þess að leggja sogklukku eða tangir og því þarf oft að senda konur á héraðsspítalann í Mangochi. Þangað eru þær sendar á eina sjúkrabíl spítalans án fylgdar heilbrigðisstarfsmanns.

Að fá tækifæri til þess að kynnst lífi og störfum yfirsetukvenna var alveg ómetanleg reynsla, ég fékk betri skilning á þeim erfiðu aðstæðum sem að konur á afskekktum svæðum í Malaví búa við, bæði fæðandi konur og ekki síður yfirsetukonurnar. Þetta eru konur sem að oft veljast til starfsins vegna þess að þær búa yfir ákveðnum eiginleikum eða hafa lært listina af mæðrum sínum eða öðrum ættingjum. Þær njóta virðingar og trausts í samfélaginu og þurfa að koma til móts við þorpsbúana og heilbrigðiskerfið um að fá heilbrigða konu

Fjölskyldan saman komin.



og barn út úr fæðingunum og verða að leggja mat sitt á það hvaða konur þær eiga að senda frá sér og hvenær. Kröfur kvennanna fara oft ekki saman við kröfur heilbrigðiskerfisins – öryggi er skilgreint á ólíkan hátt á milli aðila. Það var athyglisvert að setja sig í spor kvennanna í Malaví varðandi öryggi í fæðingu og bera þær saman við aðstæður okkar hér heima. Barnshafandi konur á svæðinu virtust oft meta yfirsetuna og það að fá að fæða hjá konum sem að þær þekkja og treysta umvafðar sínum nánustu, ofar því að fæða á spítala.

Þó margt sé ólíkt er gildi yfirsetunnar í fæðingu það sama.

Fanesa að opna fæðingaráhöldin.

Og þá komst þú...

Einn fagran júlímorgun þegar ég mætti til vinnu á Fæðingagang, beið mín ung stúlka að fæða sitt fyrsta barn. Alveg eins og maður vill hafa það! Ég fer inn á stofuna í flýti, brosandi hringinn og heilsa upp á konuna sem er í hörkusótt og móður hennar, Kötlu, sem þarna var henni til halds og trausts! Eins og oftast við slíkar aðstæður, myndast gott samband milli okkar þriggja og samvinnan til fyrirmyndar. Þá kemur að því að Katla segir mér lauslega frá viðburðaríkri fæðingu dóttur sinnar á Vopnafirði í ársbyrjun 1980. Ég heilladist alveg af frásögninni, sem Katla hafði reyndar fest á blað nokkrum árum síðar. Ljós móðirin í þessari fæðingu var Margrét Leifsdóttir. Þær eru nágrannar í dag, Kötlu til mikillar ánægju og er hún nefnd „amma ljósa“ á heimilinu, enda mikill aufúsugestur þar.

Ég vildi náttúrulega ólm eignast þessa fæðingarsögu og Katla lofaði að senda mér hana og nú birtist hún ykkur til gleði, því hún er einstaklega skemmtileg og vel skrifuð, auk þess sem kringumstæðurnar voru helst til gamaldags miðað við nútímafæðingu!

Mér auðnaðist sá heiður að taka á móti yndislegum dreng áður en vaktinni lauk.

*Njótið vel
Þórdís Klara Ágústsdóttir*

Þennan vetur sem löngu er liðinn, er ég alein inni við og ekkert heyrist nema hvinurinn í veðrinu sem löðrungan bæinn og eyrmarlegt jarmið ofan úr fjárhúsunum. Alein inni, nema hvað Kola sem er gul á kviðinn og svört á trýnið er á vappinu frammi. Hún er hvolpafull og þung á sér og óróleg. Það er óróleiki í okkur báðum.

Ég er svo einkennileg um mig miðja þegar ég vakna og enginn til að segja það. Pabbi þinn í loðnunni eins og alltaf, og ég ein með stóran magann og þessi brjóst sem ég hef svo oft rennt fingurgómunum eftir, en eru mér samt á einhvern hátt svo ókunnug og framandi, eins og á annarri konu sem ég hitti síðar, en það er önnur saga.

Þyngslaleg og þarf að taka á öllu sem ég á til að komast fram úr rúminu, óstyrk í fótunum og verkirnir neðst í

bakinu eru sárir. Verð að komast í símann, þrjár langar hringingar niðrá símstöð og minnst þrettán bæir á línunni. Þennan daginn eru þessar þrjár lengri en áður, síminn hátt á veggnum og ég öll svo undarlega beygð og hokin. Langar aftur í rúmið, breiða sængina yfir höfuðið og gleyma þessu, gleyma öllu því sem er í mér miðri og geyma það til morguns. Kalt um mig alla og einsöm, ul, sársaukabylgja sem rís og hnígur og rís á ný, nenni ekki, og get ekki heldur þessum verkjum. En ég verð að finna hana þessa ljósmóður, framundan þorra-blót í þorpinu og hún í hárgreiðslu og kannski líka lagningu fyrir kvöldið.

Má vera að hún missi af því, hugsa ég og staulast í sturtuna og blávatnið sem er eini vinur minn, strýkur mér um háls og herðar og kannast við mig alla, líka stóran magann og þrútin brjóstin. Og þá erum við báðar í vatninu, ég í mínu – þú í þínu.

En það varir ekki lengi, blóðlitað vatnið streymir niður innanverð lærin og um leggina, leikur við tærnar og mynstrið í gólfduknun um stund, og hverfur síðan hlējandi í svelginn.

Svo nokkru síðar legg ég upp í þessa ferð til fundar við þig og enn er veturinn þarna úti, en það var þann dag sem ég taldi á þér tærnar og líka fingurna og horfði forviða á þig – þig sem komst þarna úr djúpinu, innan úr mér neðarlega þar sem þú hafðir stundum verið á hreyfingu og jafnvel sparkað upp undir rifbeinin á mér, eins og til að láta mig vita að þú kæmir einn daginn, sem þú og gerðir og ég vissi ekki hvaðan á mig stóð veðrið.

Þó man ég svo vel eftir kuldunum þennan vetur, hraglandanum og hryðjunum úr skörðunum fyrir ofan bæinn, frostinu og fjúkinu og flugslysínu í fjöllum, ferðinni út í þorpið og allt var svo hvítt og kyrrt alla leiðina nema innan í mér, og engan veg að sjá, en áin þar sem hún hafði alltaf verið og bráðum er það brúin. Oft farið um þennan veg áður með þig innan í mér, verslað í kaupfélaginu, fengið góðlátlegt klapp á kviðinn og óskir um velgengi í ofanálag, en þær fóru í ísskápin eins og annað það sem ég kom með úr kaupsstað. Allt var

svo hvítt og kalt og hljótt og varla pláss fyrir okkur báðar undir stýrinu. Svo er ég í fæðingarrúminu, og þú komin og klukkan ekki orðin fimm, ljósan svo fín um hárið og pabbi þinn í loðnugallanum og þú ekki í neinu, nema þessari stórkoslegu undrun.

En þannig komstu..., svo algjörlega á óvart og mest hissa sjálf, og ja hérna, hugsaði ég, hvað það er til lítið fólk! Horfði opinmynt á þig allsbera og þú svona glæný og yndisleg og allur heimurinn í djúpum augunum. Ég vissi ekki almennilega um hvað þú varst, en ég vissi að þú varst komin til að vera. Komst þarna innan úr mér ásamt með blóðinu og sársaukanum sem nísti mig alla en var þó ekki í mér, mér sem hafði aldrei verið til fyrir neðan mitti, var einhvern veginn ekkert um það, en þó var ég þar – af því þú varst.

Og þannig átti ég þig og fór með þig heim, ókunnuga manneskjuna í þessari tösku og blúndur við höfðalagið og dökkur kollurinn á koddanum og þú með höndina undir kinn. Þannig var ég beðin fyrir þig sem ég þekkti ekki neitt og steinhissa á þessu trausti. Efins um að þetta ætti að vera svona og leið eins og ég hefði tekið þig í óleyfi, eða jafnvel ógáti frá einhverjum öðrum. En maginn á mér var aftur orðinn minn og bláleitur vökvinn í brjóstunum...

Pabbi þinn var slíkur bóndi að honum þótti ekki meira til fæðingarinnar koma en hvers annars sauðburðar að vori, nema hvað konan hans var helst til snemmbær þetta árið. „Rétt eins og að sjá hverja aðra kind bera“ sagði hann.

En hann fékk þó vel undan, bóndinn. Og víst varstu sett á...

Ég nefni það nú aðeins vegna þess að ég man það svo vel, kannski af því að ég er minni bóndi en ég hefði viljað vera, en kannski líka vegna þess að það var eitthvað vont við það og inni í orðunum einhver niðurlægning sem ég kunni ekki skil á. En ég var víst ekki neinn sérstakur bóndi í mér og vissi ekki hvort eitthvað eitt var lífvænlegra í búskapnum en annað.

En þú varst það sannarlega og ég elskaði þig alla.

Katla Sigurðardóttir

Heimaþjónusta ljósmæðra í sængurlegu Árangur og gæðaeftirlit

Inngangur

Heimaþjónusta ljósmæðra í kjölfar snemmútskrifta af sjúkrahúsi eftir fæðingu barns er nú orðin stór þáttur af heilbrigðisþjónustu við foreldra hérlandis. Í þeim tilgangi að stuðla að frekari þróun og gæðastjórnun á þjónustunni verður í þessari grein leitast við að skoða faglegar forsendur og árangur þjónustunnar. Þegar rýnt er í erlendar og innlendar rannsóknir kemur í ljós að það sem helst hefur verið deilt um varðandi snemmútskrift og heimaþjónustu eftir fæðingu tengist eftirliti með nýburanum s.s. þróun gulu auk þess sem tíðrætt er um fræðslu og stuðning við mæður vegna brjóstagjafa og næringar nýburans. Fjallað verður um þessa þætti sérstaklega og rætt um hlutverk ljósmæðra, símenntun, þróun þjónustunnar og mikilvægi gæðaeftirlits.

Viðhorf kvenna og árangur heimaþjónustu ljósmæðra

Margar rannsóknir hafa gefið til kynna ótvíræða kosti þess að konur útskrifist snemma heim með börn sín og má þar meðal annars nefna jákvæð áhrif á tengslamyndum foreldra við börnin, bætt samskipti í fjölskyldum, aukinn möguleiki fjölskyldunnar til að taka þátt í umönnun nýja barnsins, jákvæð áhrif á gang brjóstagjafa og á líðan mæðra, og síðast en ekki síst jákvæð áhrif á viðhorf mæðra til þjónustunnar almennt (Britton, Britton og Gronwaldt, 1999; Gagnon, Edgar og Kramer, Papageorgiou, Waghorn og Klein, 1997; Hodnett, 1998; Quinn, Koepsall og Halker, 1997; Svedulf, Bergbom, Berthold og Hodlund, 1998; Winterburn og Fraser, 2000, Wessley, 1998;).

Með samningi Ljósmæðrafélags Íslands og Tryggingarstofnunar Ríkisins árið 1993 hófst hérlendis svokölluð



Hildur Sigurðardóttir,
ljósmóðir og hjúkrunarfræðingur
MS, lektor og
forstöðumaður fræðasviðs
umönnunar í sængurlegu í
ljósmóðurfræði við
Háskóla Íslands

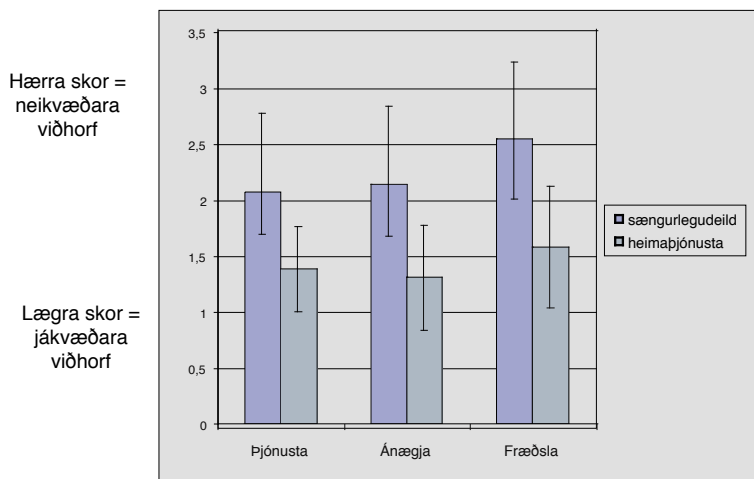
heimaþjónusta ljósmæðra til mæðra og fjölskyldna þeirra í kjölfar snemmútskrifta eftir fæðingar. Samningurinn hljóðaði upphaflega upp á hámark ellefu heimsóknir til fjölskyldna, en í endurnýjuðum samningi 2002 og 2006 er miðað við átta skipti að hámarki (Samningar Tryggingarstofnunar Ríkisins og Ljósmæðrafélags Íslands, 2002 og 2006). Ári eftir að byrjað var að bjóða upp á heimaþjónustuna gerðu ljósmæðurnar Guðbjörg Davíðsdóttir og Hildur Nilsen úttekt á viðhorfum kvenna til þjónustunnar og kom þá fram almenn ánægja kvennanna (Sóley Kristinsdóttir, 1996). Á þessum tíma voru eingöngu 2,5% kvenna er fæddu á Landspítalanum sem nýttu sér

þessa þjónustu en samkvæmt upplýsingum fengnum á vefsíðu Landspítala – Háskólasjúkrahúss fóru 64,1% allra kvenna sem fæddu árið 2004 heim innan sólarhrings frá fæðingu ([http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/HtmlPages/faedingarskraningarskyrsla_2004/\\$file/faedingarskraningarskyrsla_2004.pdf](http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/HtmlPages/faedingarskraningarskyrsla_2004/$file/faedingarskraningarskyrsla_2004.pdf)).

Rannsóknarniðurstöður mínar (Hildur Sigurðardóttir, 2004) á viðhorfum mæðra til ljósmæðraþjónustu benda til þess að íslenskar konur eru almennt séð mjög ánægðar með heimaþjónustu ljósmæðra. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna viðhorf mæðra til sængurleguþjónustu fyrstu vikuna eftir fæðingu og bera saman niðurstöður eftir mismunandi þjónustuförum: heimaþjónustu ljósmæðra eftir snemmútskrift og þjónustu sængurlegudeilda LSH þar sem sjúkrahúsdvöl er lengri. Rannsóknarsniðið var meginlegt og voru 400 konur, er fætt höfðu börn sín á Landspítala-Háskólasjúkrahúsi á tímabilinu september til desember 2002 valdar með kerfisbundnu tilviljunarkenndu úrtaksvali. Tvöhundruð konum úr hvoru þjónustuförmi var póstsendar spurningalisti og eftir að tvisvar höfðu verið send út ítrekunarbréf var svörunin 67% úr hópi kvenna í heimaþjónustu (n=134) og úr hópi sængurlegukvenna 62% (n=124). Spurningalistarnir innihéldu m.a. þrjá viðhorfakvarða er mældu á líkert kvarða, viðhorf til veittrar fræðslu, ánægju/óánægju með þjónustuþætti og viðhorf til innihalds þjónustunnar.

Rannsóknarhóparnir tveir voru samþæflegir með tilliti til aldurs ($P > 0,05$), hjúskaparstöðu ($X^2=2,6$, $P > 0,05$) og menntunar ($X^2=5,2$, $P > 0,05$) en í ljós kom að í hópi sængurlegukvenna voru hlutfallslega fleiri frumbyrjur ($X^2=5,7$, $P < 0,05$). Ef á heildina var litið kom

Mynd 1: Meðalskor viðhorfskvarðanna þriggja: samanburður á milli sængurlegudeildar og heimaþjónustu



í ljós að meirihluti kvenna gaf til kynna jákvætt viðhorf til þjónustu ljósmæðra fyrstu vikuna eftir fæðingu. Samanburður á niðurstöðum úr öllum kvörðunum þremur sýndi þó marktækan mun á viðhorfum kvennanna eftir rannsóknarhópum þar sem konur er þiggja heimaþjónustu ljósmæðra eru almennt jákvæðari til þjónustunnar ($P < 0,01$) (sjá mynd 1). Þrátt fyrir að hlutfallslega fleiri frumbyrjur hafi verið í hópi kvenna af sængurlegudeild og að frumbyrjur hafi mælst hlutfallslega óánægðari með þjónustuna kom í ljós með fjölbreytugreiningu að sá þáttur hefur ekki ráðandi áhrif hvað varðar marktækan mun á milli hópa (Hildur Sigurðardóttir, 2004).

Almennt lýstu konurnar mjög jákvæðum viðhorfum til heimaþjónustunnar í opinni spurningu sem eru styðjandi við þær niðurstöður sem kvarðarnir þrír sýndu. Í samanburði við sjúkrahúspjónustu þá er nokkuð tryggt að í heimaþjónustunni er um samræmda og einstaklingshæfða fræðslu að ræða. Þar sem móðurinni er sinnt af einni ljósmóður hverju sinni er væntanlega meiri stöðugleiki í þeim ráðleggingum sem konurnar fá sem síðan ýtir undir sjálfsöryggi foreldra við umönnun barns (McCourt, Page, Hewison og Vail, 1998). Þá hafa rannsóknir bent á fleiri kosti heimaþjónustunnar sem í ljósi athugasemda kvennanna gætu skýrt að hluta jákvæðari viðhorf kvenna í þessari rannsókn til heimaþjónustunnar í samanburði við sjúkrahúspjónustu. Konurnar ná að hvílast betur í eigin umhverfi í samanburði

við erilsamt umhverfi sængurlegudeilda, auk þess sem þeim finnst kostur að vera í stuðningsríku umhverfi fjölskyldunnar. Þátttaka föður við umönnun barnsins verður almennt meiri og tengslamyndun fjölskyldumeðlima við barnið betri (Brown og Johnson, 2002). Enn fremur hefur verið bent á að heimili fjölskyldunnar geri foreldra oft mótækilegri fyrir fræðslunni þar sem þeir hafa sjálfir fengið tækifæri til að axla ábyrgð á barninu auk þess sem fleiri meðlimir fjölskyldunnar fá tækifæri til að meðtaka fræðsluna (Harrison, 1990, Mendler, Scallen, Kovtun, Balesky og Lewis, 1996). Þetta samræmist einmitt niðurstöðum í rannsókn minni sem að ofan er getið þar sem þættir eins og samvera með maka/fjölskyldu og vellíðan í eigin umhverfi réði mestu um ákvörðun kvennanna um snemmútskrift og heimaþjónustu.

Einnig kom fram að viðhorf kvenna til fyrirkomulags heimaþjónustunnar voru mjög jákvæð og þó svo að fram kæmi einstaklingsbundið mat á því hve margar heimsóknir konurnar þurfa, þá voru þær almennt ánægðar með fjölda og tímalengd vitjana í heimaþjónustunni. Í ljósi þessara niðurstaðna ætti áfram að bjóða upp á heimaþjónustu ljósmæðra í þeirri mynd sem nú er. Þar sem fjöldi vitjana til hverrar konu spannar frá 5 upp í 14 vitjanir og er að meðaltali 7,4 má hins vegar álykta að sá hámarksfjöldi vitjana sem samningur við Tryggingarstofnun gerir ráð fyrir megi ekki vera minni (Hildur Sigurðardóttir, 2004).

Nýburinn: þróun gulu og mikilvægi faglegs eftirlits ljósmæðra

Á síðastliðnum áratug hafa verið aukin skrif um hugsanleg neikvæð áhrif snemmútskrifta og er þar helst áberandi umræða um að nýburar sem útskrifast snemma heim séu útsettari fyrir ýmis læknisfræðileg vandamál svo sem vanæringu eða þurrk og óeðlilega nýburagulu eða að gulan greinist of seint. Einkum hefur verið bent á að tíminn á sjúkrahúsinu sem gefst til að undirbúa og fræða móðurina fyrir heimferð sé ekki nægilegur t.d. er varðar brjóstagjöf, foreldrahlutverkið og umönnun barnsins (Britton, Britton og Gronwaldt, 1999).

Það sem gerir erfitt fyrir með samanburð á þessum rannsóknum er m.a. ósamræmi í skilgreiningum á því hvað snemmútskrift er og einnig virðist mjög mismunandi hvernig þjónustunni er háttað svo sem hversu mikil eftirfylgni er í boði eftir að heim er komið. Þegar skoðað er hvað einkennir helst þær rannsóknir sem gefa til kynna jákvæð áhrif snemmútskrifta, kemur í ljós að það að boðið sé upp á heimaþjónustu í kjölfar snemmútskrifta virðist ráða mestu. Einnig kemur í ljós að máli skiptir að þjónustan sé samfelld en sérstaklega virðist þó mikilvægt að þjónustan sé markviss og að gætt sé samræmis í stuðningi og fræðslu (Renfrew, 1993; Winterburn og Fraser, 2000; Porteus, Kaufman og Rush, 2000; Valdés, Pugin, Schooley, Catalán og Aravena, 2000; Keppler og Judith, 1999). Þó svo að rannsóknum beri ekki saman um að snemmútskriftir tengist aukinni tíðni endurinnlagna nýbura þá er mikilvægt að nýta sér niðurstöður þessara rannsókna sem ákveðin skilaboð um nauðsyn þess að vel sé haldið utan um þjónustuna. Að öryggi nýburans, móðurinnar og fjölskyldunnar sé tryggt með góðri þjónustu sem felur í sér markvisst og samræmt eftirlit. Það getur því verið hjálplegt að skoða helstu ástæður fyrir endurinnlögnum barna eftir útskrift af fæðingarstofnun, hver vandamálin hafa verið, hverjir helstu áhættuhóparnir eru og út frá því að meta hvernig við viljum skipuleggja þjónustuna. Þjónustu sem tryggir vellíðan og ánægju skjólstaðinga okkar en felur jafnframt í sér öruggt eftirlit.

Ef til staðar eru hjá nýburanum við fæðingu einhver lífeðlisfræðileg eða læknisfræðileg vandamál koma þau yfirleitt fram fyrstu klukkustundirnar

eftir fæðingu og í langflestum tilfellum innan við sólarhring. Vandamál vegna hjarta- og lungnastarfsemi er tengjast aðlögun nýburans að lífi utan móðurlífs koma í ljós fyrstu klukkustundirnar eftir fæðingu. Hins vegar geta önnur vandamál eins og gula, hjartagallar tengdir fósturslagæðinni og hindranir á meltingarvegi komið fram seinna. Einkenni blóðsýkinga og meðfæddra sjúkdóma geta einnig komið fram eftir að nýburinn útskrifast (American Academy of Pediatrics, 1997; Malkin, Garber, Broder og Keeler, 2000). Af þessu má vera ljóst að mikilvægt er að haldið sé vel utan um faglegt eftirlit með nýburanum fyrstu vikuna eftir snemmútskrift og að komið sé í veg fyrir að frávik og læknisfræðileg vandamál greinist of seint. Ljósmaður í heimaþjónustu þurfa að þekkja helstu einkenni þessara vandamála og vera færar um að skoða nýburann og meta hvort hjá honum þróast einhver einkenni um óeðlileg frávik.

Flestar endurinnlagnir barna eftir fæðingar virðast vera innan við fyrstu vikuna frá fæðingu og eru gula og þurrkur/vannæring helstu ástæður endurinnlagnanna. Samkvæmt rannsóknum virðast endurinnlagnir barna einkum tengjast eftirfarandi: börnin eru líklegri til að vera á brjósti, vera frumburðir, fæddir fyrir tímann, og að við heimferð af sjúkrahúsinu hafi gula verið til staðar og þyngdin verið undir 3 kg. Börnin eru einnig líklegri til að eiga frekar mæður sem eru með styttri menntun og eru frekar ungar og ógiftar (Edmonson, Stoddard og Owens, 1997; Solsskolne, Schumacher, Fyock, Young og Schork, 1996; Liu, Clemens, Shay, Davis og Novack, 1997). Einnig kemur í ljós að niðurstöður rannsókna á útkomu snemmútskrifta tengjast mjög heilsufarslegu ástandi móður og barns við útskrift. Þær kríteríur eða skilyrði sem sett hafa verið upp varðandi ákvörðun um það hverjir útskrifast snemma heim eru mjög mismunandi og einnig ekki alltaf sem þessum skilyrðum er alveg fylgt eftir.

Ef lífeðlisfræðileg gula þróast yfir á alvarlegt stig svokallað *kernicterus* getur hún valdið varanlegum taugaskaða s.s. andlegum vanþroska, athyglisbresti, ofvirkni, hreyfihömlun og hegðunarvandamálum. Einnig tengist þessu heyrnarleysi, lömum og óeðlilegur tannglerungur (Birna Málmfríður Guðmundsdóttir, Sonja Guðbjörg Guðjónsdóttir og Unnur Ósk Björnsdóttir, 2003; Kenner

og Lott, 2003; Wong, Hockenberry-Eaton, Wilson, Winkelstein, Ahmann, og Divito-thomas, 1999). Það er því sannarlega mikilvægt að vera vakandi fyrir því að fyrirbyggja að gula greinist of seint og nauðsynlegt að ljósmaður er sinna heimaþjónustu séu vel að sér hvað þetta varðar.

Eins og niðurstöður rannsókna og lífeðlisfræðileg þekking okkar varpa ljósi á, þá er ljóst að ákveðin börn eru við útskrift líklegri en önnur til að þróa með sér vandamál eins og gula. Mikilvægt er að gera sér grein fyrir þessum áhættuþáttum við ákvörðun um útskrift barnsins og ef barnið er útskrifað snemma er nauðsynlegt að sú ljósmóðir sem tekur að sér áframhaldandi eftirlit í heimahúsi, geri sér grein fyrir áhættuþáttunum, sé faglega fær um að meta ástand og hegðun barnsins og vinni með foreldrunum að því að fyrirbyggja þróun gulunnar.

Ef orsakir gulunnar eru meinafræðilegar t.d. tengdar Rhesus eða blóðflokkamisræmi, erfða- eða efna-skiptasjúkdómum er líklegast að gulan komi fram innan 24 klukkustunda frá fæðingu. Lífeðlisfræðileg gula hjá fullburða barni birtist oftast á 2.-3. degi, nær hámarki á 3.-4. degi og fer svo yfirleitt minnkandi á 5.-6. degi. Þessi tegund gulu er algengust og orsakast af stuttum líftíma rauðra blóðkorna og því verður hratt niðurbrot á þeim er veldur aukinni myndun bilirúbins í blóði. Lífvarstarfsemi nýburans sér um að umbreyta fituleysanlegu bilirúbíni í vatnsleysanlegt sem síðan sameinast gallinu. Fyrir tilstilli baktería í þörmunum breytist síðan vatnsleysanlegt bilirúbín í svokallað urobilíogen, litarefnið sem gefur hægðunum lit. Þannig útskilst megnið af bilirúbíninu með hægðum þó eitthvað útskiljast með þvagi. Ef þarmahreyfingar eru hægar frásogast bilirúbínið aftur og verður þá aukning á bilirúbíni í blóði þannig að ef nýburinn fær takmarkaða fæðugjöf minnkar örvun þarmahreyfinga og frásog bilirúbins eykst (Birna Málmfríður Guðmundsdóttir, Sonja Guðbjörg Guðjónsdóttir og Unnur Ósk Björnsdóttir, 2003; Kenner og Lott, 2003; Wong o.fl., 1999).

Af ofangreindu má ætla að ýmislegt geti haft áhrif á þróun lífeðlisfræðilegrar gulu og magn bilirúbins í blóði s.s. eftirfarandi:

– *lífvarstarfsemin* – ef starfsemi lífrar er skert t.d. sökum vanþroska eins og ef um fyrirbura er að ræða eru auknar

líkur á uppsöfnun bilirúbins í blóði/óeðlilegri gulu.

– *fæðugjöf/næring nýburans* – örvur þarmahreyfingar og veldur hraðari útskilnaði fósturhægða og þar með útskilnaði bilirúbins auk þess sem dregur úr frásogi bilirúbins í þörmum.

– *útskilnaður hægða og þvags* – endurspeglast af þeirri næringu sem barnið fær og hefur áhrif á útskilnað bilirúbins. Ef nýburinn fær takmarkaða næringu verða þarmahreyfingar hægari, útskilnaður bilirúbins minni og auknin hætta er á uppsöfnun bilirúbins í blóði.

Aðrir þættir skipta einnig máli varðandi þróun gulunnar:

– mikilvægi þess að halda á barninu hita. Við *kólnun* barnsins getur bilirúbín bundist fitusýrum í blóði og þannig safnast fyrir og valdið óeðlilegri gulu. Einföld leið til þess að fyrirbyggja hitatap hjá barninu gæti t.d. falist í því að klæða það í húfu. Víða erlendis er þetta einmitt notað sem fyrirbyggjandi meðferð við gulu og ekki óalgengt að þar fái börnin strax við fæðingu þunna bómullarhúfu að gjöf frá fæðingardeildinni.

– *áverkar á barni s.s. mar* eða *cephalohematoma* geta valdið auknu niðurbroti á rauðum blóðkornum og þannig ýtt undir líkur á þróun óeðlilegrar gulu.

Undanfarin ár hafa verið nokkur skrif um hugsanlega aukna tíðni alvarlegrar nýburagulu og sumir sem vilja halda því fram að helstu ástæðurnar liggi í aukinni tíðni snemmútskrifta og aukinni áherslu á brjóstagið án ábótajafa (Seidman, Stevenson, Ergaz og Gale, 1995; Ebbsen, 2000; Maisels, Baltz, Bhutani og Newman, 2001). Eins og fram hefur komið er hér nokkur skortur á að þessir þættir séu skoðaðir í ljósi þeirrar þjónustu sem veitt er og einnig ekki alltaf ljóst hvaða aðrir þættir geti haft áhrif svo sem meðgöngulengd. Gera má ráð fyrir að með tímanum hafi læknisfræðin náð bættum árangri í meðferð fyrirbura þar sem m.a. er aukinn möguleiki á því að bjarga börnum eftir styttri meðgöngutíma og fleiri fyrirburar lifa af. Einnig er mikilvægt að hafa í huga þegar tíðnitölur eru skoðaðar í tengslum við snemmútskriftir að jafnvel fyrirburar eru í auknum mæli meðhöndlaðir í heimahúsum, sérstaklega erlendis. Í ljósi þess að fyrirburar eru líklegri til að þróa með sér gula er ekki ólíklegt að þetta hafi einhver áhrif á aukna tíðni alvarlegrar gulu hjá nýburum almennt. Æskilegt væri í framtíðarrannsóknum að allir þeir þættir

ir sem hugsanlega hafa áhrif á tíðni nýburagulu séu skoðaðir í samhengi, þeir einangraðir frá áhrifum hvers annars og þannig reynt að varpa skýrari mynd á orsakasamhengið svo bregðast megi við á réttum grundvelli.

Hérlandis var nýlega gerð rannsókn á áhættuþáttum alvarlegrar gulu á Landspítala Háskólasjúkrahúsi þar sem unnið var úr upplýsingum úr sjúkraskrá og mæðraskrá nýbura sem mældust með bilirúbín meira en eða jafnt og 350 micromole/l á árunum 1996-2002. Í ljós kom að meðgöngulengd barnanna með alvarlega gulu var marktækt styttri en viðmið-unarhópsins og marktækt fleiri börn sem fengu alvarlega gulu fóru heim innan þriggja sólarhringa frá fæðingu (Gígja Guðbrandsdóttir, 2003). Ekki kom fram hvort að börnin höfðu fengið heimaþjónustu ljósmæðra en ef barn útskrifast eftir 36 tíma á fjölskyldan ekki möguleika á heimaþjónustu ljósmæðra. Þessar niðurstöður gefa sannarlega tilefni til frekari skoðunar en ekki er samt raunhæft að draga ályktun út frá þeim varðandi gæði og árangur heimaþjónustunnar hvað eftirlit varðar. Í ljósi þessa niðurstaðna er hins vegar sérstaklega mikilvægt að tryggja örugga og markvissa eftirfylgni barnanna eftir að heim er komið og mikilvægt að skoða árangur heimaþjónustunnar sérstaklega með tilliti til endurinnlagna nýburanna.

Brjóstagjöf- mikilvægi einstaklingshæðar heimaþjónustu og samræmdrar fræðslu og stuðnings

Hvað varðar brjóstagjöf er fyrsta vikan óneitanlega viðkvæmur tími og mikilvægt að hver móðir fái þann stuðning og þá ráðgjöf sem hún þarf á að halda til þess að brjóstagjöfin fari vel af stað og að nýburinn fái þá næringu sem honum er nauðsynleg, m.a. til að fyrirbyggja gulu.

Við ráðgjöf um brjóstagjöf ættu ljósmæður í heimaþjónustu sem og aðrir heilbrigðisstarfsmenn að tileinka sér nýjustu þekkingu hverju sinni, nýta sér gagnreynd vinnubrögð og stuðla að markvissri en einstaklingshæðri þjónustu. Þó nokkrar rannsóknir hafa sýnt fram á að snemmútskriftir hafi ekki neikvæð áhrif á brjóstagjöf (Gagnon, Edgar og Kramer, 1997; Berthold og Holdlund, 1998; Winterburn og Fraser, 2000). Það er einnig athyglisvert að þegar skoðuð eru tengsl við árangur og tímalengd brjóstagjafa virðist vera

sem markviss og samfelld eftirfylgni ljósmóður eða hjúkrunarfræðings eftir útskrift skipti meira máli en lengd sjúkrahúsvalar eftir fæðingu (Renfrew, 1993; Winterburn og Fraser, 2000). Það hefur sýnt sig að vel skipulögð þjónusta og ráðgjöf um brjóstagjöf skilar verulegum árangri hvað varðar áhrif á tíðni og tímalengd brjóstagjafa almennt (Valdés, Pugin, Schooley, Catalán og Aravena, 2000). Þjónustan þarf að bjóða upp á einstaklingsmiðaða og markvissa fræðslu og stuðning þar sem komið er í veg fyrir misvísandi upplýsingar (Porteous, Kaufman og Rush, 2000).

Æskilegast er að byrjað sé strax á meðgöngutímanum að undirbúa mæður fyrir brjóstagjöf (Biancuzzo, 1999; Dennis, 1999). Þá getur m.a. verið hjálplegt að skoða viðhorf þeirra til brjóstagjafa, hugsanlega fyrri reynslu, leiðréttu misskilning og ranghugmyndir ef til staðar eru um brjóstagjöf og áhrif hennar á móður og barn. Enn fremur er æskilegt að fræða mæðurnar um kosti brjóstagjafa og styrkja þær í trú sinni á því að þær geti haft börn sín á brjósti. Þegar liður á meðgönguna og áhugi foreldranna á barninu kemur meira upp á yfirborðið er viðeigandi að hjálpa þeim til þess að þróa með sér raunsæjar væntingar um hegðun og þarfir nýbura og ungabarna m.a. í tengslum við brjóstagjöf (Biancuzzo, 1999). Þá er einnig gott að ræða möguleika á mismunandi valkostum í þjónustu eftir fæðingu svo sem snemmútskrift, heimaþjónustu og mikilvægi aðstoðar og stuðnings heima fyrir fyrst eftir heimkomuna.

Strax eftir fæðingu barnsins tekur við mikilvægur tími stuðnings og fræðslu til mæðra og nánustu stuðningsaðila þeirra til þess að stuðla að árangursríkri brjóstagjöf og byggja upp sjálfsöryggi við brjóstagjöfina. Ljósmæður með góða þekkingu á brjóstagjöf ættu að vera til staðar til að fylgjast vel með fyrstu brjóstagjöfinni, leiðbeina mæðrum vel strax í upphafi þannig að hugsanlegir erfiðleikar hafi ekki neikvæð áhrif á sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöfina (Dennis, 1999). Stachowicz (2001) mælir með að mat sé ávallt lagt á færni mæðra við brjóstagjöf og gang brjóstagjafa áður en þær útskrifast, sérstaklega ef um snemmútskriftir er að ræða. Gert er ráð fyrir eftirfarandi föst-um fyrirmælum varðandi stuðning og eftirlit fyrir heimferð af sjúkrastofnun:

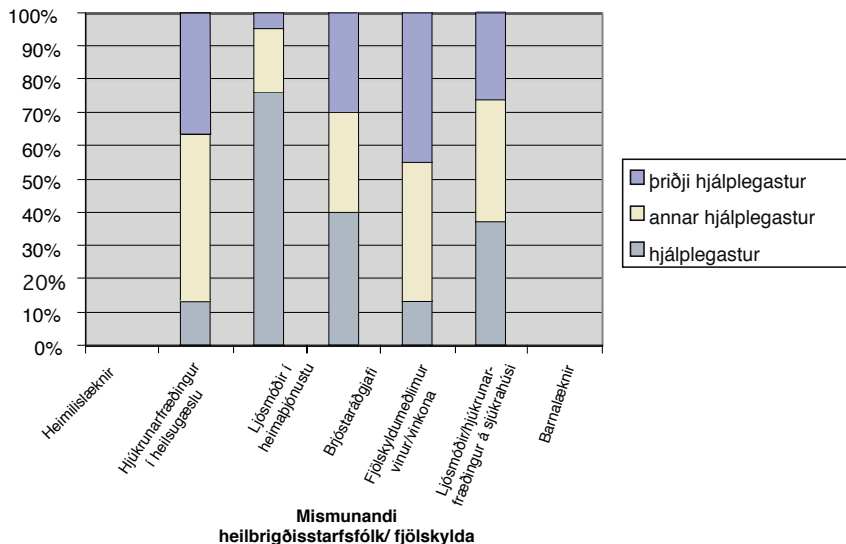
- að fylgst hafi verið með a.m.k. tveimur brjóstagjöfum

- að barnið nái að drekka a.m.k. í 10-20 mín á brjósti í hverri gjöf
 - að greinileg einkenni séu um að barnið kyngi í a.m.k. þriðja til fimmta hverju lagi
 - að barnið væti bleiur (1-2 á fyrsta degi, 2-3 á öðrum degi og 3-4 á þriðja degi)
 - þyngdartap sé minna en 9% af fæðingartap
 - barn sé metið heilbriggt
- (Stachowicz, 2001).

Þegar áhrifaþættir á tímalengd brjóstagjafa voru skoðaðir (Hildur Sigurðardóttir, 2004) kom m.a. fram að sterk jákvæð fylgni var á milli þátta eins og sjálfsöryggis mæðra og tímalengdar þeirrar sem mæður hafa börn sín á brjósti ($P<0,01$), auk þess sem jákvætt viðhorf mæðra til brjóstagjafa virtist einnig hafa mikið að segja ($P<0,01$). Þættir sem höfðu neikvæða fylgni við tímalengd brjóstagjafa voru þættir eins og erfiðleikar við brjóstagjöf/vandamál ($P<0,05$), ónóg mjólkurmyndun ($P<0,05$) og ábót við brjóstamjólk/aldur barns þegar byrjað að gefa því aðra fæðu/næringu með brjóstamjólk ($P<0,05$). Þessar niðurstöður samræmast vel fyrri rannsóknum og renna stoð undir mikilvægi þess að vel sé haldið utan um stuðning og fræðslu til mæðra varðandi brjóstagjöf bæði á meðgöngu og strax eftir fæðingu (Dennis, 1999, Biancuzzo, 1999).

Í samanburði við fyrri íslenskar rannsóknir og í ljósi þess að rannsókn mín kom til framkvæmda eftir að manneldisráð og miðstöð heilsuverndar barna gaf út nýjan bækling um næringu ungabarna var athyglisvert að sjá að niðurstöður varðandi tíðnitölur um að börn væru eingöngu höfð á brjósti hliðruðust til í samræmi við breyttar leiðbeiningar. Í nýja bæklingnum er mælt með að barnið sé eingöngu haft á brjósti í 6 mánuði eins og tilmæli Alþjóðaheilbrigðismálastofnunar gera ráð fyrir, en áður hafði verið miðað við 4-6 mánuði. Í rannsókn Ingu Þórsdóttur, Hildar Atladóttur og Gests Pálssonar (2000) voru 46% barna eingöngu með börn sín á brjósti við 4 mánaða aldur en í rannsókn minni (Hildur Sigurðardóttir, 2004) hliðraðist þetta hlutfall til í samræmi við breyttar leiðbeiningar eða til 6 mánaða aldurs barna. Af þessu má sjá hve áhrifamikið það er að lögð sé áhersla á skriflegar leiðbeiningar eða vel unna fræðslubæklinga mæðrum/fjölskyldum til stuðnings sem um leið

Mynd 2: Aðilar sem reyndust konunum hjálplegastir varðandi brjóstgjöfina



gerir þjónustuna samræmdari, markvissari og árangursmeiri.

Önnur áhugaverð niðurstaða kom fram í rannsókn minni sem tengdist spurningunni um stuðning við mæður vegna vandamála eða erfiðleika við brjóstgjöf en þar kom styrkur heimaþjónustunnar greinilega fram. Í ljós kom að mæðurnar leituðu oftast til ljósmæðra í heimaþjónustu vegna vandamála er upp komu við brjóstgjöf, auk þess sem ljósmæður í heimaþjónustu voru oftast nefndar sem hjálplegasti aðilinn varðandi erfiðleika/vandamál við brjóstgjöf (sjá mynd 2).

Eins og áður er minnst á gegna ljósmæður í heimaþjónustu veigamiklu hlutverki varðandi stuðning og fræðslu til mæðra varðandi brjóstgjöfina. Mikilvægt er að reyna að fremsta megni að samræma þær leiðbeiningar og þau ráð sem gefin eru til að fyrirbyggja og meðhöndla ýmis vandamál er upp geta komið við brjóstgjöf. Þar sem þekkingarþróunin varðandi brjóstgjöf hefur verið mjög ör væri æskilegt að að reglulega væru í boði símenntunarnám-skeið fyrir ljósmæður og þannig reynt að tryggja samræmda og markvissa fræðslu.

Lokaorð

Af ofangreindu má álykta að heimaþjónusta ljósmæðra í kjölfar snemmuútskrifta eftir fæðingu hafi gefið góða raun hérlandis sem erlendis og virðist sem viðhorf mæðra til þjónustunnar hér á landi séu almennt mjög jákvæð. Það er því ályktun höfundar að heimaþjón-

usta ljósmæðra hér á landi sé komin til að vera og fyrirkomulag hennar sé gott í þeirri mynd sem nú er. Það er samt sem áður mikilvægt að þróa þjónustuna frekar og tryggja ákveðið gæðaeftirlit. Frekari rannsókn er m.a. þörf varðandi árangur heimaþjónustunnar í sambandi við eftirlit með nýburanum í ljósi endurinnlagna og þróun vandamála s.s. gulu. Mikilvægt er að styrkja þekkingargrunn ljósmæðra hvað þetta varðar. Í sambandi við ráðgjöf og fræðslu um brjóstgjöf væri einnig æskilegt að stuðla að samræmdri og markvissri fræðslu. Með nýjum samningi við Tryggingarstofnun Ríkisins er gert ráð fyrir að boðið verði reglulega upp á símenntunarnám-skeið fyrir ljósmæður er annast heimaþjónustu. Æskilegt er að þar verði m.a. farið í efni er tengist nýburanum, brjóstgjöf og aðlögun foreldra og fjölskyldu að breyttum aðstæðum og nýjum hlutverkum. Einnig í þeim tilgangi að auka á og tryggja áfram markvissa fræðslu og þjónustu þá gæti verið æskilegt að unnið verði að tilmælum að þjónustubáttum heimaþjónustunnar eins og Landlæknisembættið hefur reyndar lagt til. Nýútgefnar leiðbeiningar NICE er varða umönnun í sængurlegu er góður grunnur til að byggja á og samræma þjónustu til kvenna og nýbura í sængurlegu hvort sem er á sjúkrahöfnun eða í heimahúsi (<http://nice.org.uk/page.aspx?o=CG37>). Þannig verður stuðlað að ákveðnu samræmi hvað varðar fræðslu og umönnun mæðra og fjölskyldna þeirra og fagrýni heimaþjónustu ljósmæðra í sængurlegu.

Heimildir

- American Academy of Pediatrics, (1997). Breastfeeding and the use of human milk (RE9729). *Pediatrics*, 100, 1035-1039.
- Birna Málfríður Guðmundsdóttir, Sonja Guðbjörg Guðjónsdóttir og Unnur Ósk Björnsdóttir, (2003). *Viðhorf kvenna til heimaþjónustu ljósmæðra*, óbirt lokaverkefni, ábyrgðarmaður: Hildur Sigurðardóttir, hjúkrunarfræðideild, Háskóla Íslands.
- Britton JR, Britton HL, Gronwaldt V. (1999). Early perinatal hospital discharge and parenting during infancy. [Journal Article] *Pediatrics*. 104(5 Pt 1):1070-6
- Brown, S.G. og Johnson, B.T. (1998). Enhancing early discharge with home follow-up: A pilot project. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 27 (1), 33-38.
- Edmonson M.B., Stoddard J.J. og Owens L.M., (1997). Hospital readmission with feeding-related problems after early discharge of normal newborns. *Jama* 278 (4), 299-303.
- Ebbesen F., (2000). Recurrence of kernicterus in term and near-term infants in Denmark. *Acta Paediatrica*, 89 (10), 1213-1217.
- Gagnon, A.J., Edgar, L., Kramer, M.S., Papageorgiou, A., Waghorn, K. Og Klein, M. (1997). A randomized trial of a program of early postpartum discharge with nurse visitation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176 (1), 205-211.
- Gígja Guðbrandsdóttir, (2003). *Rannsókn á áhættuþáttum alvarlegrar gulu og nákvæmni húðmælingar á bílirúbini hjá nýbrum*. Leiðbeinendur Atli Dagbjartsson, Hörður Bergsteinnsson og Þórður Þorkelsson.
- Harrison, L.L., (1990). Patient education in early postpartum discharge programs. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 15 (1), 39.
- Hildur Sigurðardóttir, (2004). Ljósmæðraþjónusta fyrstu vikuna eftir fæðingu, *Ljósmæðrablaðið*, 2(82), 19-27.
- Hildur Sigurðardóttir, (2004). *Með barn á brjósti. Áhrifaþættir á gang brjóstgjafa og þá tímalengd sem börn eru höfð á brjósti*, útdráttur vegna veggspjalds á ráðstefnu í Óskju 4-5janúar 2005. Læknablaðið/Fylgirit 50,bls. 92 <http://nice.org.uk/page.aspx?o=CG37> upplýsingar sóttar á vef 9. okt. 2006 Klínískar leiðbeiningar fyrir umönnun í sængurlegu.
- [http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/HtmlPages/faedingarskraningarskyrsla_2004/\\$file/faedingarskraningarskyrsla_2004.pdf](http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/HtmlPages/faedingarskraningarskyrsla_2004/$file/faedingarskraningarskyrsla_2004.pdf). Upplýsingar sóttar á vef 3. nóvember 2006.
- Kenner, C. og Lott, J.W. (2003). *Comprehensive neonatal nursing aphysiologic perspective*, (3. útg.). Philadelphia: Saunders.
- Malkin, J.D., Garber, S., Broder, M.S. og Keeler, E. (2000). *Infant mortality and early postpartum discharge*. *Obstetrics & Gynecology* 96, (2), 183-188.
- Mendler, V.M., Scallen, D.J., Kovtun, L.A., Balesky, J. Og og Lewis, C. (1996). The conceptio, birth and infancy of an early discharge program. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 21 (5), 241-246.

- Keppler og Judith, (1999). Postpartum follow-up in a Hospital based Clinic: An update on an Expanded Program, *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 13 (1), 1-14.
- Liu, L.L., Clemens, C.J., Shay, D.K., Davis, R. L. og Novack, A.H. (1997). The safety of newborn early discharge: The Washington state experience. *Jama*, 278 (4), 293-298.
- Maisels, M.J., Baltz, R.D., Bhutani, V.K. og Newman, T.B. (2001). Neonatal jaundice and kernicterus. *Pediatrics*, 108 (3), 763-765.
- Mc Court, C., Page, L., Hewison, J. og Vail, A., (1998). Evaluation of one-to one midwifery: Women's response to care. *Birth* 25 (2), 73-80.
- Padkolinski, J., (1998). í Clement S. og Page, L., *Psychological Perspectives on Pregnancy & Childbirth* bls. 205-226.
- Porteus, R., Kaufman, K., og Rush, J., (2000). The effect of individual professional support on duration of breastfeeding. A randomized trial, *J. Hum. Lact.*, 16(4).
- Oddný Eva Böðvarsdóttir og Ragna Lilja Garðarsdóttir, *Viðhorf til þjónustu á sængurlegudeild, óbirt lokaverkefni í hjúkrunarfræði, ábyrgðaraðili: Hildur Sigurðardóttir, lektor, hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.*
- Quinn, A.O., Koepsall, D. & Halker, S., (1997). Breast-feeding incidence after early discharge and factors influencing breast-feeding cessation. *Journal of Obstetrics, Gynecological and Neonatal Nursing*, 26, 289-294.
- Renfrew, M.J., (1993). Postnatal support for breast-feeding mothers. In *Pregnancy and Childbirth Module* (Enkin MW, Keinge M.J.N.C., Renfrew, M.J. & Neilson J.P. ritstj.) *Conchrane Database of Systemic reviews, reviews n 04173*, 14. April Cochrane Updates on Disc, Update Software, Oxford.
- Samningur Tryggingarstofnunar Ríkisins og Ljósmeðrafélags Íslands, (2002, 2006) Reykjavík
- Seidman, D., Stevenson, D.K., Ergaz, Z. og Gale, R. (1995). Hospital readmission due to neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics*, 96 (4), 727-729.
- Solskolne, E.I., Schumacher, R., Fyock, C., Young, M.L. og Schork, A. (1996). The effect of early discharge and other factors on readmission rates of newborns. *Pediatrics*, 150 (4), 373-379.
- Stachowicz T.L., (2001), Breastfeeding basics, *Nursing* 31 (7),
- Sóley Kristinsdóttir, (1996). Heimaþjónusta ljósmeðra. *Ljósmeðrablaðið*, 74, (1-2). Bls. 13-15.
- Svedulf, C., Bergbom, I., Berthold, H. og Hodlund, (1998). A comparison of the incidence of breast-feeding two and four months after delivery in mothers discharged within 72 hours and after 72 hours postpartum. *Midwifery*, 14, 37-47.
- Valdés, V., Pugin, E., Schooley, J., Catalán, S., og Aravena, R., (2000). Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women. *Journal of Tropical Pediatrics*, 46, 149-154.
- Wessley, S., (1998). Commentary: Reducing Distress after Normal Childbirth, *Birth* 25(4) 220-221.
- Winterburn, S., og Fraser, R., (2000). Does the duration of postnatal stay influence breastfeeding rates at one month in women giving birth for the first time? A randomized control trial. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1152-1157.
- Wong, D.L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., Ahmann, E., og Divito-thomas, P.A. (1999) *Whaley & Wong's nursing care of infants and children* (6. útg.). St. Louis: Mosby.



Jólin þín byrja í IKEA

ISIG jólaskraut
2 stk. marglitað
550,-

© Ikea IKEA Systems B.V. 2006

Opíð 10:00 - 20:00 virka daga | Laugardaga kl. 10:00 - 18:00 | Sunnudaga kl. 12:00 - 18:00 | www.IKEA.is

Frá útskrift ljósmæðra vor 2006



Ljósmæður útskrifaðar vorið 2006: Helga Ólöf Eiríksdóttir, Bára Hildur Jóhannsdóttir, Ásdís Pétursdóttir Ólafs með soninn Pétur Val (fæddur 26. apríl), Guðrún Pálsdóttir, Eva Laufey Stefánsdóttir, Þóra Guðný Ægisdóttir, Stefanía Guðmundsdóttir, Elva Rut Helgadóttir, Helga Sigurðardóttir og Anna Margrét Pálsdóttir.



Eva Laufey Stefánsdóttir.



Áfanga lokið – gleðin leynir sér ekki.



Guðrún Pálsdóttir og Helga Ólöf Eiríksdóttir.

Lokaverkefnalisti vor 2006

Nemandi	Heiti	Leiðbeinandi
Eva Laufey Stefánsdóttir	Hlutverk yfirsetukvenna á Monkey Bay svæðinu í Malaví	Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Geir Gunnlaugsson og Jónína Einarsdóttir
Bára Hildur Jóhannsdóttir	Þungun eftir tæknifrjövgun – áherslur í meðgönguvernd	Helga Gottfreðsdóttir
Guðrún Pálsdóttir og Helga Ólöf Eiríksdóttir	Eðlileg meðganga og fæðing – væntingar og viðhorf verðandi foreldra	Helga Gottfreðsdóttir
Helga Sigurðardóttir	Upplifun og reynsla kvenna af nálarstungumeðferð við grindarverkjum á meðgöngu	Helga Gottfreðsdóttir
Stefanía Guðmundsdóttir	Árangur nálarstungumeðferðar við grindarverkjum á meðgöngu: Þróun meðferðar og forprófun mælitækis	Helga Gottfreðsdóttir
Anna Margrét Pálsdóttir	Ofbeldi gegn þunguðum konum – Þekking og viðhorf ljósmæðra	Sigríður Sía Jónsdóttir
Ásdís Pétursdóttir Ólafs	Reynsla feðra af yfirsetu ljósmæðra í fæðingu: Forrannsókn	Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Elva Rut Helgadóttir	Reynsla kvenna af yfirsetu ljósmæðra í fæðingu: Forrannsókn	Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Þóra Guðný Ægisdóttir	Tvíburameðgöngur: Áherslur í mæðravernd	Ingibjörg Eiríksdóttir

Smábrot úr námi og starfi í LMSÍ 1954 – 1955

Mætti í skólann 1. október. Var vísað í herbergi númer 3 í heimavist – gott herbergi fyrir tvo. Skömmu seinna kom herbergissystir mín ásamt móður sinni, sem var ljósmóðir. Mér leist vel á þær mæðgur og vinátta hefur haldist síðan. Næst var kallað í allan hópinn, 12 ungur stúlkur, hér og hvar af landinu, stillt upp í röð og skömmu seinna kom yfirljósmóðirin Sigurbjörg Jónsdóttir ásamt yfirlækni Péttri H. J. Jakobssyni. Þau heilsuðu upp á hópinn og buðu okkur velkomnar. Pétur þeraði okkur og þar með urðum við að læra þéringar, sem var nám út af fyrir sig. En þrjár manneskjur á deildinni þéruðu alltaf bæði nemendur, ljósmæður og fleiri. Ein ljósmóðir þeraði sængurkonurnar nema ef hún þekkti þær. Það var talin kurteisi, en sú kurteisi komst nú ekki inn í okkar höfuð, enda nóg annað til að troða í það.

Aðalkennarar skólans voru Pétur og Sigurbjörg. Hann var líka skólastjóri og kenndi sex daga vikunnar frá klukkun 08 til 09, alltaf fullan klukkutíma. Hún var sú, sem sá um skipulagið að mestu, kenndi tvo tíma á viku bóklegt

og hafði eftirlit með verklegri kennslu og heimavistinni, enda bjó hún í tveimur herbergjum fremst á gangi heimavistarinnar. Hún var ekki afskiptasöm við okkur að öðru leyti en því, að við áttum að vera komnar inn kl. 24 og þá var heimavist læst. Við máttum fá heimsóknir hvenær sem var nema ekki frá klukkan 24 til 07.

Frítt fæði og húsnæði, sem kom sér vel. Vinnutími var langur og mikið að gera. Einn frídagur á viku, en þá var talið æskilegt að við færum ekki langt, því ef eitthvað mjög lærdómsríkt kom upp, var reynt að kalla á okkur svo við gætum lært sem



Greinarhöfundur tilbúin að mæta á vakt.

mest og flest. Mér líkaði mjög vel við þessa yfirmenn mína og kennara. Þau miðluðu af reynslu sinni og kunnáttu til okkar, sem vorum að stíga fyrstu sporin á vit þessa starfs, sem við höfðum valið okkur.

Fyrstu fæðingar var beðið með mikill eftirvæntingu. Ég var sú síðasta úr hópnum, sem fékk að taka á móti og var orðin langeygð eftir því. Svo kom dagurinn seint í febrúar 1955, kvöldvakt, búið að gefa mér miða á árs hátíð á Hótel Borg. Vaktljósmóðirin Ásta sagði, að hún skyldi leyfa mér að fara klukkan 23, þá kæmist ég inn. En allt varð vitlaust að gera og allstaðar konur að fæða og líka eitthvert basl, yfirljósmóðir kölluð til eins og alltaf ef mikið var að gerast (enda fannst mér hún aldrei eiga frí). Svo kom inn fjölbyrja og nú tilkynnti Sigurbjörg að ég skyldi taka á móti ef konan fæddi fyrir miðnætti. Ég varð bæði glöð og svekkt, að allt skyldi bera upp á sama dag. Maður var svo auralítill að árs hátíðarmiði var eins og himnasending en svo kom móttakan. Jæja bara að



Lesið undir próf.



Ljósmaðranemarnir 1954-1955:

*Fremri röð: Unnur E., Ólöf, Kristín, Björg, Vilborg og Unnur J.
Aftari röð: Arndís, Guðfinna, Elín, Helga, Guðrún og Jóna.*



Brugðið á leik: mæðraskoðun í próflestri.

vonu það besta. Eina plássið var ambúlsans inni á baði og þar vorum við svo, ég og konan. Ég sat þarna og spurði öðru hvoru um líðan og hvort hún héldi ekki, að barnið færi að koma. Fékk alltaf einhver svör. Ásta átti að vera með mér við fæðinguna en var mjög upptekin við annað. Allt í einu segir konan: „Barnið er að koma“. Ég kíkí undir sængina og það sá í koll. Ég hringi bjöllunni og það stóð á endum, ég tók á móti barninu, rauðhærðri stúlku um leið og Ásta kom í dyrnar. Hún sagði þá: „Þú getur bara lokið þessu og svo máttu láta þig hverfa klukkan 23, ég skal sjá um, að allt verði í lagi.“ Svo þetta varð allt saman frábært, fyrsta „barnið mitt“ og svo ball á eftir. En ég hef oft hugsað til þessarar blessaðrar konu, að hafa þennan viðvaning hjá sér, þó allt færi vel. En rúmum 20 árum síðar hitti ég þær mæðgur aftur og tók þá á móti hjá

ljósubarninu mínu. Ég þekkti mömmuna þegar ég sá hana aftur, en hún ekki mig, en hún hafði gaman af og mundi ekki eftir öðru en að allt hefði gengið vel. Ég varð mjög fegin.

Skemmtileg atvik urðu oft í tímum. Eitt sinn var ein skólasystir mín „tekin upp“ í tvíburafæðingu. Fyrri tvíburi fæddist mjög fljótlega en svo kom þögn. Pétur sagði ekkert og nemandinn ekki heldur. Tímanum lauk – það var laugardagur, svo kom mánudagstími. Sú sama var tekin upp og nú spurt: „Jæja, er seinni tvíburinn fæddur?“ Það voru a.m.k. 11 nemar sem brostu innra með sér, en hlógu vel seinna. Okkur fannst þetta svo fyndið.

Eitt sinn var rætt um kúabólusetningu, en það var eitt af verkum ljósmaðra. Pétur spurði hvort við værum ekki bólusettar. Nei sagði ég (hafði reyndar verið bólusett 5 eða 6 ára en bóluefnið var ónýtt). „Nú Kristín, eru

þér ekki fermdar?“ Jú, ég er það. En þannig var á þessum tíma, að prestur átti að ganga úr skugga um að börn væru bólusett áður en þau væru fermd, en það hafði gleymst með mig.

Svo var allt í einu komið að prófum og útskrift. Í munnlegu prófunum sátum við 6 inni í einu ásamt tveimur kennurum og tveimur prófdómendum. Minn hópur fór niður í bæ að morgni prófdags og inn í hljóðfæraverslun eina og báðum um að spilað yrði fyrir okkur af plötu „Hraustir menn“, sungið af Guðmundi Jónssyni, töldum það geta haft góð áhrif á okkur í prófinu. Tvær spurningar voru á hverjum miða og drógum við um verkefni. Allt fór að óskum og allar útskrifuðumst við 27. september 1955. Kaffiveisla var fyrir okkur í skólastofunni og við fengum okkar prófskírteini, sem gaf okkur leyfi til að starfa sem ljósmaður á Íslandi.

Kristín Ingibjörg Tómasdóttir



Við eigum okkur draum...

... sem okkur langar að deila með þér, lesandi góður. Oddrún, félag nema í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands, hefur fengið sinn fasta sess í haustblaði Ljósmaðrablaðsins og er það vel.

„Glöggt er gests augað” og í ár vill Oddrún taka alvarlega hlutverk sitt sem gesturinn í málshættinum góða. Við ljósmóðurnemar erum drýgstan hluta vernaþámsins gestir á Landspítala-háskóla-sjúkrahúsi en fáum einnig að kynnst störfum í heilsugæslu og við heilbrigðisstofnanir á landsbyggðinni. Að fenginni þessari reynslu langar okkur að setja niður á blað þau atriði sem við teljum að megi færa til betri vegar í þjónustu við fjölskyldur í barneignarferli, hvort sem er í smáu eða stóru.

Skjólstæðingar okkar hafa ákveðinna hagsmuna að gæta í stuttan tíma í senn. Á sama tíma þurfa þeir að forgangsraða kröftum sínum í þágu hinnar vaxandi fjölskyldu. Því er erfiðleikum bundið fyrir þessa einstaklinga að vera sterkur þrýstihópur sem gæti veitt þjónustuaðilum aðhald í starfi. Segja má að ljósmæðrum sé skylt að vera helsti málsvari fjölskyldna í barneignarferli. Þær gegna því lykilhlutverki að standa vörð um og berjast fyrir bættri aðstöðu fyrir þennan hóp. Ljósmæður eru jafnframt þeir aðilar sem veita þjónustuna og ber því rík skylda til að vera gagnrýnar á eigin störf.

Það er von ljósmóðurnema að með því að viðra hugmyndir okkar um þessi málefni á opinberum vettvangi séu minni líkur á að þær falli í gleymsku í hugum okkar þegar hugsjónabál námsáranna brennur út og við verðum samdauna



Ljósmaðranemar á 1. ári. Fyrir aftan: Gréta Hrund Grétarsdóttir, Hildur Brynja Sigurðardóttir, Áslaug Birna Jónsdóttir, Birna Málfríður Guðmundsdóttir, Guðrún Svava Pálsdóttir, Árdís Kjartansdóttir.

Fyrir framan: Embla Ýr Guðmundsdóttir, María Jónsdóttir.

starfsumhverfinu. Stjórnmalaflokkar eiga sumir hverjir til að birta gamlar stefnuskrár fyrir komandi kosningar. Við sem nú stundum nám í ljósmóðurfræðum getum að sama skapi litið til baka eftir nokkur ár í starfi, séð hvað þegar hefur áunnist og jafnframt hverju við eigum enn eftir að koma í framkvæmd.

Við viljum sjá...

Meðganga

Hlúa þarf vel að konum sem af einhverjum ástæðum þurfa að leggjast inn á sjúkrahús á meðgöngutímanum. Að okkar mati er aðstaðan á meðgöngudeild LSH ásættanleg ef frá er talinn skortur á einbýlum með salernisaðstöðu.

Því ber að fagna að nýlega komst í gagnid aðgangur að nettengingu á hverri stofu. Næsta skref sem við myndum vilja sjá í þeirri þróun er að hverju rúmi

fylgi sér nettenging. Í nútíma þjóðfélagi er það aðbúnaður sem öllum sem dvelja á sjúkrahúsi ætti að standa til boða.

Á meðgöngudeildinni sjáum við helst þörf fyrir endurbætur á skoðunarherbergi. Sauma þarf ný tjöld og fá góða skoðunarbekki. Ánægjulegt væri að sjá eflingu göngudeildar (dagannar) við meðgöngudeild með aukinni mönnun og bættri aðstöðu.

Við lítum á meðgöngu sem heild og þykir eðlilegt að konum á fyrsta þriðjungi meðgöngu sé sinnt af ljósmæðrum meðgöngudeildar frekar en hjúkrunarfræðingum kvenlækningadeildar þegar upp koma meðgöngutengd vandamál. Meðganga er náttúrulegt ferli en ekki kvensjúkdómur, þó ekki endi allar meðgöngur með fæðingu fullburða barns. Í því samhengi þykir okkur einnig sjálf-sagt að ljósmóðir sé fyrsti heilbrigðisstarfsmaður sem kona leitar til vegna þungunar.



1. ár, Akureyri (fjarnemar): Leanne Carol Leggett og Rakel Káradóttir.



2. árs nemar: Efri röð frá vinstri: María Haraldsdóttir, Berglind Hálfhánsdóttir, Auðbjörg Brynja Bjarnadóttir, Jenný Arnadóttir, Arndís Mogensen og Nína Björg Magnúsdóttir. Neðri röð frá vinstri: Hafdís Ólafsdóttir, Salný Guðmundsdóttir, Guðfinna Sveinbjörnsdóttir og Erna Valentínusdóttir

Fæðing

Draumur okkar er að allar fæðingarstofur landsins séu búnar einkasalerni, sturtu og góðri fæðingarlaug. Mjög mikilvægt er að fæðingarstofur séu hljóðeinangraðar og vel búnar hjálpartækjum fyrir hina fæðandi konu, s.s. fæðingarstólum, rólum, boltum, dýnum o.fl.

Í Hreiðri væri gott að sjá vinnutæki fyrir ljósmæður til að nota við saumaskap, s.s. lága vinnukolla og færanlegar stoðir, svo ekki þurfi að flytja konu milli deilda fyrir saumaskap.

Við viljum sjá að kona geti tekið upplýsta ákvörðun um fæðingu í vatni. Slík ákvörðun sé á valdi hinnar fæðandi konu en ekki stofnunar. Okkur þykir einnig sjálfsagt að mönnun á fæðingardeildum sé næg til að tryggja að ljósmóðir sinni aðeins einni fæðandi konu í senn.

Sængurlega

Undanfarin ár hefur verið lögð aukin áhersla á samveru fjölskyldunnar í kringum fæðingu barns. Að okkar mati bjóðum við upp á mjög góða þjónustu fyrir fjölskyldur sem liggja sængurlegu í Hreiðrinu og njóta heimaþjónustu ljósmóður í framhaldinu, en betur má ef duga skal.

Í raun má segja að þjónustunni í sængurlegu sé misskipt m.t.t. aðstöðu, einkum innan LSH. Við teljum að þær konur sem þurfa af heilsufarslegum ástæðum að liggja sængurlegu á sjúkrahúsi þurfi ekki síður á maka sínum að halda en þær konur sem hafa kost

á að liggja í Hreiðrinu eða á sængurlegudeildum á landsbyggðinni. Við nemarnir erum þeirrar skoðunar að öll legurými á sængurlegudeildum eigi að vera einbýli með salerni og sturtu, með svefnaðstöðu fyrir föður, svo fjölskyldan geti notið sólarhringssamveru óháð fæðingarmáta eða veikindum. Það sé aðstaða sem ÖLLUM sængurkonum eigi að standa til boða.

Við sjáum fyrir okkur víðtækari viðfangsefni sængurkvennadeilda, jafnvel að ein deild sinni bæði nýburagjörgæslu og umönnun veikra sængurkvenna. Lágmarkskrafan er sú að foreldrar nýbura í gjörgæslu hafi aðstöðu til sólarhringssamvista við börn sín.

Starfsvettvangur ljósmæðra

Við viljum sjá...

- Að laun ljósmæðra séu í takt við nám og ábyrgð í starfi.
- Að laun ljósmæðra séu nægjanleg til að fyrirbyggja flóttu úr stéttinni og almenna óánægju í starfi.
- Karlmenn í stéttinni.
- Að ljósmæður geti veitt alhliða kynheilbrigðisþjónustu og ávísað getnaðarvörnum.
- Að ljósmæður starfi sjálfstætt að meðgönguvernd og samið verði um greiðslur frá Tryggingastofnun.
- Ljósmóðurreknar einingar sem bjóða meðgönguvernd, fæðingarhjálp á fæðingarstað að vali konu og heimaþjónustu í sængurlegu. Greiðslur séu samkvæmt samningi við Tryggingastofnun.

- Ljósmóðurrekin fæðingarheimili utan sjúkrastofnana, rekin fyrir opinbert fé.
- Að ljósmæður geti fylgt konum úr mæðravernd í fæðingu á sjúkrastofnunum.
- Að samfelld þjónusta sé í boði fyrir konur í áhættumeðgöngu og fæðingu.
- Að hugmyndafræði ljósmæðra og lækna sé virt til jafns við stefnumótun á sjúkrahúsum.
- Að ljósmæður kynni samfélaginu með virkum hætti þá hugmyndafræði að barneign sé náttúrulegt og styrkjandi ferli.
- Að fjöldi ljósmóðurnema sé nægjanlegur til viðhalds og fjölgunar í ljósmæðrastétt.
- Að starfandi ljósmæður sameinist í einu stéttarfélagi og auki þannig slagkraft sinn.
- Að rödd ljósmæðra hljómi hærra í samfélaginu og þær séu tákn fyrir styrk og sérstöðu kvenna.
- Að kjarasamningar séu sveigjanlegir og geri ráð fyrir mismunandi skipulagi sjálfstætt starfandi ljósmæðra.
- Að gerðar séu rannsóknir á viðhorfum landsmanna til þjónustu í barneignarferli og tekið tillit til niðurstaðna þeirra við skipulag þjónustunnar.
- Eflingu fæðingarþjónustu á landsbyggðinni, hvort sem er í stærri eða smærri byggðarlögum.
- Að landsbyggðarkonur hafi upplýst val um fæðingarstað, þar með talin heimahús.
- Aukna fræðslu og vitundarvakningu um kosti fæðinga í heimahúsum.

Flestar þessara hugmynda hafa þegar skotið upp kollinum innan stéttarinnar og eru því ekki nýjar fréttir. Einhverjar þeirra verða jafnvel að raunveruleika innan skamms. Margar eru óþægilega augljósar, aðrar frumlegri.

Miklu máli skiptir að aðstaða fæðandi kvenna á Íslandi verði færð til nútímalegra horfs. Aðrir þættir eru þó ekki síður mikilvægir, s.s. að tryggja samfellda þjónustu og hlúa að þeim mannauði sem við búum að í þjónustu við fjölskyldur í barneignarferli.

Við skorum á ljósmæður að skoða hug sinn og draga fram í dagsljósið hugmyndir sínar um breytta og bætta þjónustu sem stéttin getur veitt. Ef við stöndum saman eru engin takmörk fyrir því sem við fáum áorkað!

Oddrún, félag nema í ljósmóðurfraðum við Háskóla Íslands.

Hugmyndaregn ljósmæðra í október 2006

Í október stóð Ljósmæðrafélagið fyrir tveimur svo kölluðum „brainstorming“ fundum meðal ljósmæðra, á Akureyri og í Reykjavík. Fundunum var ætlað að gefa öllum ljósmæðrum kost á að hafa bein áhrif á áherslur í starfi félagsins og færa þannig félagið nær hinum einstaka félagsmanni. Hér verður gerð stutt grein fyrir báðum fundunum og Akureyrarferð stjórnar LMFÍ.

Akureyrarferð stjórnar

Öll stjórn Ljósmæðrafélagsins lagði land undir fót til að sækja Norðurlandsljósmæður heim og funda með þeim og er það líklega í fyrsta sinn sem slíkt gerist. Það er ekkert launungarmál að ekki hafa margir fundir verið haldnir af hálfu stjórnar LMFÍ á Akureyri og langsótt fyrir ljósmæður þaðan að sækja fundi félagsins. En fyrir vikið er Norðurlandsdeild LMFÍ virkasta landshlutadeild félagsins.

Akureyrarferðin var í alla staði mjög vel heppnuð og móttökur hlýjar. Við lögðum af stað úr Reykjavík á hádegi á mánudegi, í sléttfullum 7 manna bíl Unnar og komum síðdegis til Akureyrar. Fyrir fundinn borðuðum við á La Vita Bella með Sigfríði Ingu Karlsdóttur, lektor við HA og Lilju Guðnadóttur, formanni Norðurlandsdeilda LMFÍ. Eftir vel sóttan og uppbyggilegan fund undir stjórn Sigfríðar Ingu, gistum við í húsi Starfsmannafélags LSH. Morguninn eftir skoðuðum við Fæðingardeild FSA og Háskólann á Akureyri, fengum okkur síðan göngutúr í Kjarnaskógi sem skartaði sínum fegurstu haustlitum í logninu. Eftir heimsókn í Jóláhúsið með viðkomu við Óskabrunn hinna ófæddu barna, fengum við okkur hressingu á kaffihúsinu Bláu könnunni, áður en við lögðum af stað suður aftur. Þessum rúmlega 30 tíma stjórnarfundum lauk svo ekki fyrr en seint á þriðjudagskvöldi við heimkomu til Reykjavíkur og hafði þá stjórnin krufið öll mál sem vert var að

kryfja og tekið skal fram að henni var ekkert mannlegt óviðkomandi.

Fundirnir

Lögð var áhersla á að fá ljósmæður af öllu landinu á fundina og komu fulltrúar frá Vestfjörðum og Austfjörðum á Reykjavíkurfundinn. Fundirnir voru í formi SVÓT greiningar (sem stendur fyrir: styrkleikar, veikleikar, ógnanir og tækifæri) þar sem fundargestir ræddu styrkleika og veikleika Ljósmæðrafélagsins, hvað stæði því mögulega fyrir þrifum og hvaða tækifæri það hefði. Upp úr þessari greiningu



Stjórn LMFÍ í Kjarnaskógi: Guðrún Guðmundsdóttir, Kristbjörg Magnúsdóttir, Unnur B. Friðriksdóttir, Steinunn Blöndal, Helga Harðardóttir, Sigrún Kristjánsdóttir og Guðlaug Einarsdóttir.

spannst svo mikil umræða um félagið. Það er skemmst frá því að segja að félagsmönnum þykir afskaplega vænt um Ljósmæðrafélagið sem að mörgu leyti virkar eins og grasrótarsamtök, þar sem margir vinna sjálfböðavinnu af einlægri hugsjón fyrir málstað stéttarinnar og skjólstaðinga hennar, barnshafandi fjölskyldna. Smæð félagsins getur bæði talist sem styrkur og veikleiki, t.d. líkar ljósmæðrum vel hversu boðleiðir eru stuttar innan félagsins þó svo félagið hafi ekki marga starfsmenn á launaskrá. Var það einnig mál fundarmanna að BHM væri traustur barhjarl fyrir lítið félag og aldrei sýnilegri en nú þegar

Ljósmæðrafélagið er komið undir sama þak og BHM.

Fundarmenn voru sammála um að Ljósmæðrafélagið væri stækkandi félag og við það væru bundnar miklar væntingar. Það er ljóst að næg verkefni liggja fyrir til að styrkja félagið í að styrkja ljósmæður. Áhersla var lögð á að styrkja fræðimennsku innan félagsins, fræða hver aðra og konur almennt og hafa ljósmæður þar greiðan aðgang með vefsvæði sínu www.ljosmodir.is sem flestar barnshafandi konur skoða. Miklar vonir eru bundnar við innra net vefsvæðisins sem enn er í smíðum. Það gæti m.a. hjálpað til við að setja á fót áhugahópa meðal ljósmæðra um hin ýmsu sérsvið ljósmóðurstarfsins sem sækja má þekkingu til. Slíkir hópar gætu líka stuðlað að því að gera ljósmæður sýnilegri í fjölmiðlum, t.d. með greinaskrifum um einstök málefni. Skortur á aðgangi að fjarfundabúnaði hefur komið í veg fyrir að hægt væri að sinna landsbyggðarljósmæðrum að sama gagni og ljósmæðrum á Suðvesturhorni landsins og var það skýr niðurstaða Akureyrarfundarins. Þar gæti innra net vefsvæðisins bætt eitt-hvað úr og minnkað fjarlægðir á milli ljósmæðra sem margar hverjar eru einyrkjar á sínum vinnustað og þætti fengur að því að geta sótt faglegan styrk til starfsystra sinna víðsvegar um landið.

Rætt var um núning innan stéttarinnar og könnuðust flestar við núning af einhverju tagi; milli vinnustaða, milli deilda á sama vinnustað, milli fag- og kjarafélaga félagsins eða milli „landsbyggðar“ og „borgarljósmæðra.“ Fundarmenn voru sammála um að slíkur núningur minnkaði samstöðu ljósmæðra og trúverðugleika út á við og mikill áhugi var fyrir að minnka þennan núning. Sem leið til þess var helst nefnt að auka skilning milli þessara hópa. Það mætti t.d. gera með skipulögðum heimsóknum milli vinnustaða/deilda, þar sem á annað borð væri ekki hægt að koma við „rotation“ á

starfsfólki. Auk þess væri mikilvægt að ljósmæður hittast sem mest og oftast utan vinnu, enda var það mál fundarmanna að ljósmæður hefðu þá sérstöðu að hafa starf sitt ekki einungis að atvinnu, heldur oft einnig sem sitt helsta áhugamál. Þó ljósmæðrastörfin séu okkur einnig lífsviðurværi, gleymist oft sú áhersla í eldmóðnum og kjaramálin sitja því löngum á hakanum þar sem fáar hafa það áhugamál að ströгла í kjarabaráttu. Þar er því mikið starf fyrir höndum og

m.a. voru þau orð látin falla að það væri ágætis markmið að verða fyrsta hálaunastétt kvenna. Góður rómur var gerður að mánaðarlegum Hringborðsumræðum Ljósmæðrafélagsins sem er heppilegur vettvangur fyrir ljósmæður að hittast til að ræða öll ljósmæðramál.

Fundirnir voru gagnlegir og skemmtilegir og ekki leynir sér að það er hugur í ljósmæðrum að styrkja stéttina bæði fræðilega og ekki síður með virðingu fyrir starfi okkar og hverri annari sem

ljósmæðrum. Við sköpum orðræðuna um starf okkar, ljósmæður og Ljósmæðrafélagið og það er því mikið undir okkur komið hvaða stefnu sú orðræða tekur. Aðeins er hér nefndur hluti þeirra ábendinga og málefna sem fram komu á fundunum en ljóst er að þetta veganesti nægir stjórn félagsins næstu misserin til þess að vinna að. Stjórn Ljósmæðrafélagsins finnur góðan byr í félaginu og hyggst nýta sér hann.

Stjórnin



Þórdís Símonardóttir ljósmóðir
fædd 1853- dáiñ 1933

Þórdís var ljósmóðir í 53 ár og tók á móti á þriðja þúsund börnum. Hún lét sig miklu varða ef skjólstaðingar hennar áttu um sárt að binda og var baráttukona fyrir réttindum kvenna. Þórdís var í hópi fyrstu ljósmæðranna sem Alþingi veitti eftirlaun árið 1926.

Saga Þórdísar er hetjusaga ljósmóður og baráttukonu fyrir betra samfélagi.

En við
urfum einnig sjálfar að hafa opin augun og reyna að láta ekki
þjóða okkur sömu kjör og verið hefir, þar sem í laganna nafni
eru lagðar á okkur miklar skyldur, en mjög takmörkuð rjettindi.
Við megum ekki búast við að aðrir hjálpi okkur ef við gerum
ekkert sjálfar. Þessi kjör, sem okkur eru boðin, þjóða þeir eng-
um karlmanni; þeir tækju ekki við eliku starfi upp á þessi kjör.

Bréf Þórdísar til embættissystra sinna.
Ljósmæðrablaðið 4/1923.



Adventukvöld ljósmæðra

Þriðjudagskvöldið 12. desember kl. 20 verður adventukvöld fyrir ljósmæður í Borgartúni 6.

Stjórn Sambands sunnlenskra kvenna mun þá afhenda Ljósmæðrafélaginu fullbúna ljósmæðratösku sem Sambandið hefur gefið félaginu.

Eyrún Ingadóttir, sagnfræðingur og rithöfundur, verður gestur fundarins, en hún er að skrifa skáldsögu um líf Þórdísar Símonardóttur ljósmóður á Eyrarbakka.

Ljósmóðurtaska Þórdísar verður til sýnis á fundinum.

Veitingar verða í boði Ljósmæðrafélags Íslands.



Meðganga og fæðing – reynsla ljósmóður

Það er sko alls ekki sjaldan sem ég hef fengið spurninguna „hvernig er svo að vera ljósmóðir og eiga engin börn sjálf?“ eða „er ekki skrítið að taka á móti og vita ekkert hvernig þetta er sjálf?“ Þessari spurningu hef ég svarað með jafnaðargeði á þann hátt að ég hafi nú heldur aldrei fengið hjartaáfall eða lungnabólgu en hafi engu að síður verið ágæt í þeirri hjúkrun áður en ég varð ljósmóðir. Alls ekki fækkaði þessum spurningum þegar ég varð svo barnshafandi, þá bara bættust við spurningar eins og „er þetta ekki skrítið... að vera allt í einu ólétt sjálf?“ eða „ertu ekki stressuð fyrir fæðingunni?“ Mörgum þótti það jafnframt óskaplega fyndið að hafa ólétt ljósmóður, eins og ljósmæður væru einhver hópur kvenna sem ekki yrðu þungaðar eða að minnsta kosti væru ekki þungaðar í vinnunni sinni. Nú er ég ekki lengur ljósmóðir sem ekki á barn eða hefur ekki verið ólétt. Hér er mín saga:

Í upphafi meðgöngunnar gekk ég í gegnum rúmlega 2 mánaða tímabil mikillar þreytu, ógleði og uppkasta. Það var alls ekki skemmtilegt en mér fannst það eðlilegast í heimi, beið bara eftir því að mér færi að líða betur. Alla meðgönguna beið ég eftir háum blóðþrýstingi, eggjahvítu í þvagi, grindargliðnun eða einhverju þaðan af verra.... en það kom aldrei! Ég naut hinsvegar meðgöngunnar alveg í botn, mætti reglulega í ræktina, svamlaði í sundi síðustu vikurnar og varð sólbrún í fyrsta sinn á ævinni. Mér fannst þetta allt svo spennandi, ég kveið aldrei fyrir fæðingunni og fannst mjög skemmtilegt að upplifa allar þessar breytingar í líkamanum.

Ég man hvað mér fannst gaman þegar ég sá litla hjartsláttinn tikka á skjánum, þegar ég hætti að komast í buxurnar mínar og þegar ég fann fyrsta sparkið. Ég man hvað mér fannst skemmtilegt þegar ég fann í fyrsta sinn fyrir hiksta hjá barninu, þegar ég grét vegna þess að ég vorkenndi póstburðarkonunni vegna kuldans úti, þegar mig fór að svima í hvert sinn sem ég stóð upp og þegar



Edda Guðrún Kristinsdóttir,
ljósmóðir á fæðingadeild FSA

blæddi úr tannholdinu í fyrsta sinn.... Mér fannst þetta allt saman svo frábært og yndislegt. Ég leit aldrei á neinn af þessum þáttum sem einhvern leiðinlegan eða þreytandi fylgisk meðgöngunnar heldur sem eðlilegan hluta af ferlinu sem ég var jú stödd í.

Dagurinn sem litla stelpa mín valdi sér til þess að koma í heiminn var mánudagur, fyrsti dagurinn án þess að eiga að mæta í vinnuna, síðasta vaktin var morgunvakt á föstudeginum áður. Ég vaknaði um tvöleytið um nótt með einhverja stingi en var nú svo sem ekkert að velta mér upp úr þeim, enda BARA komin 38 vikur. Ég sofnaði eitthvað aftur og fór svo að brasast með hitapoka og svoleiðis og beið eiginlega eftir því að þetta myndi allt saman hætta. Maðurinn minn vaknaði við bröltið í mér í kringum fimmleytið. Þá sagði ég brandarann „þú verður kannski bara pabbi á morgun“ og hló svo alveg helling því mér fannst ég svo hrikalega fyndin og hugmyndin um að barnið kæmi strax alveg fráleit. Ég var sko ekkert að vekja hann neitt þar sem að ég var bara að bíða eftir að þetta myndi allt saman hætta, enda bjóst ég sko ekki við því að barnið myndi fæðast fyrir en seinnipartinn í ágúst.

Svo ágerðust stingirnir eitthvað þegar

leið á morguninn og rétt fyrir klukkan 11 ákvað ég að fara í bað, alveg viss um að þá myndi þetta allt saman hætta. Þetta væri sko alls ekki það vont eða kröftugt að um alvöru hríðar gæti verið að ræða. Ég entist ekkert í baðinu, enda er ekki mjög gott að standa í baði.... Svo klukkan 12 þá drifum við okkur af stað á sjúkrahúsið, enda aðeins um það bil 2 mínútur á milli samdráttar. Í bílnum á leiðinni minnti ég manninn minn á það hvað frumbyrjufæðingar taka óskaplega langan tíma og að barnið kæmi í fyrsta lagi seint í kvöld eða nótt. Útvíkkunin væri sennilega svona ca 3 cm.

Það voru góðar móttökur sem við fengum á sjúkrahúsinu, enda fannst öllum eiginlega jafn fyndið og mér að ég væri mætt á svæðið til þess að eiga barnið. Útvíkkun var orðin 7 cm. Ég trúði þessu varla.

Klukkan 15:30 ruddist svo litla stelpa okkar í heiminn. Hún var í framhóf-uðstöðu og var greinilega búin að vera svona lengi litla skinnið, því að kollurinn hennar var mjög skríttinn í laginu og nefið rammskakkt út á kinn. Alveg gullfalleg með galopin augun og bara horfði í kringum sig, líkt og hún væri að heilsa. Brandarinn sem ég hafði sagt um nóttina var orðinn að veruleika. Þetta var alveg hreint yndisleg stund og hún var ekki nema nokkurra mínútna gömul þegar ég sagði manninn minn „svo verður þetta helmingi auðveldara næst“!

Nú er ég ekki lengur ljósmóðir sem ekki á barn eða hefur ekki verið barnshafandi. Áður en ég sjálf varð þunguð og eignaðist dóttur mína taldi ég, að mér tækist ágætlega að setja mig í spor þungaðra kvenna og kvenna í fæðingu. Í ljósmóðurnáminu var ég heppin, umsjónarljósmæðurnar mínar lögðu mikla áherslu á hlustun, nærveru og snertingu. Þannig og aðeins þannig tækist manni að skynja líðan, upplifun og tilfinningar þeirra sem maður annast. Þetta snýst að miklu leyti um að þroska innsæi sitt og lesa í líðan skjólstaðinga sinna. Þegar það tekst þá er maður

heppin og getur á auðveldari hátt veitt þeim góðan stuðning og þjónustu. Þetta hef ég reynt að tileinka mér.

Meðganga og fæðing dóttur minnar var yndisleg og lærdómsrík ferð í alla staði og ég held að ég hafi lært heilmikið um mig sjálfa. Ég komst líka að því að upplifunin af fæðingunni var mjög lík því sem ég hafði ímyndað mér og lært með því að vera hjá og hlusta á þær konur sem ég hef verið svo lánsöm að vera með í fæðingum. Kannski mun einhverjum þykja það miður, en ég held að ég verði sama ljósmóðirin þegar ég kem tilbaka í vinnu eins og áður en ég fór í fæðingarorlofið. Vissulega reynslunni ríkari og það er jú góður kostur, en það getur líka verið kostur að hafa ekki upplifað það sama og skjólstæðingar sínir. Þá er að minnsta kosti engin hætta á því að maður yfirfæri sína upplifun og tilfinningar yfir á skjólstæðinginn.

Ég er hamingjusöm og þakklát, meðgangan og fæðingin gengu vel og ég eignaðist yndislega og heilbrigða dóttur sem ég veit á eftir að kenna mér marga. Næsta árið ætla ég að njóta þess að vera heima með henni. Að því loknu ætla ég stundum að skreppa í vinnuna...já vinnuna, sem oftast er besta vinna í heimi.



Kolfinna fædd 31.07.2006

Ljósmæður

Lausar eru til umsóknar stöður ljósmæðra á kvennadeild Fjórðungs-sjúkrahússins á Akureyri. Um er að ræða 100% stöður í vaktavinnu. Möguleiki á hlutastarfi.

Hæfniskröfur eru próf frá viðurkenndri stofnun hjúkrunar- og ljósmóðurmenntunar. Lögð er áhersla á frumkvæði, sjálfstæð vinnubrögð og hæfileika í samskiptum og samvinnu.

Næsti yfirmaður er hjúkrunardeildarstjóri.

Laun eru samkvæmt kjarasamningi Ljósmæðrafélags Íslands eða Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og fjármálaráðherra. Stöðurnar eru lausar nú þegar eða eftir nánara samkomulagi.

Nánari upplýsingar gefur Ingibjörg Jónsdóttir, hjúkrunardeildarstjóri í síma 4630135 eða netfang inda@fsa.is og Þóra Ákadóttir, starfsmannastjóri hjúkrunar í síma 4630273 og eða netfang: thora@fsa.is

Umsóknir með upplýsingum um menntun og fyrri störf skulu sendar til Þóru Ákadóttir, starfsmannastjóri hjúkrunar í síma 4630273 og eða netfang: thora@fsa.is Öllum umsóknum verður svarað.

Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri

Ný lína

fyrir nýbakaðar mæður



DÖMUBINDI

Vönduð og einstaklega rakadræg dömubindi til notkunar eftir barnsburð.

Án ilmefna • án plastefna • sérstaklega mjúk
• umhverfisvæn • **ekki klórbleikt** • unnin úr náttúrulegum efnum

BRJÓSTAPÚÐAR

Einstaklega mjúkir brjóstapúðar fyrir mæður með börn á brjósti.

Unnir úr náttúrulegum efnum • góð öndun
• **án plastefna • án klórs • umhverfisvænir**

Pevaryl®

(ekónazól)



Áhrifarík meðferð við sveppasýkingum í leggöngum!

Kannast þú við einkennin?

Kláði í og umhverfis leggöng

Hvítleit, kornótt útferð

Rauðir og þrútnir barmar



Fæst án lyfseðils í apótekum

Pevaryl®, Pevaryl Depot® (ekónazól) krem (skeiðarkrem) 1%, skeiðarstílar 150 mg og skeiðarstílar með forðaverkun 150 mg. Lyfið er notað við sveppasýkingu í leggöngum og á ytri kynfærum af völdum sveppsins candida albicans. Lyfið er ekki ætlað börnum. Þeir sem hafa snertiofnæmi fyrir einhverjum af innihaldsefnum lyfsins eiga ekki að nota lyfið. Pevaryl skeiðarstílar og krem innihalda efni sem geta eyðilagt hettur og verjur sem innihalda latex og þar með minnkað öryggi þeirra. Því skal ekki nota Pevaryl skeiðarstíla og krem með þessum getnaðarvörnum. Nákvæmar leiðbeiningar um skömmtun fylgja lyfinu. **Lesið vandlega leiðarvísi sem fylgir hverri pakkningu lyfsins. Geymið þar sem börn hvorki ná til né sjá.**



JANSSEN-CILAG