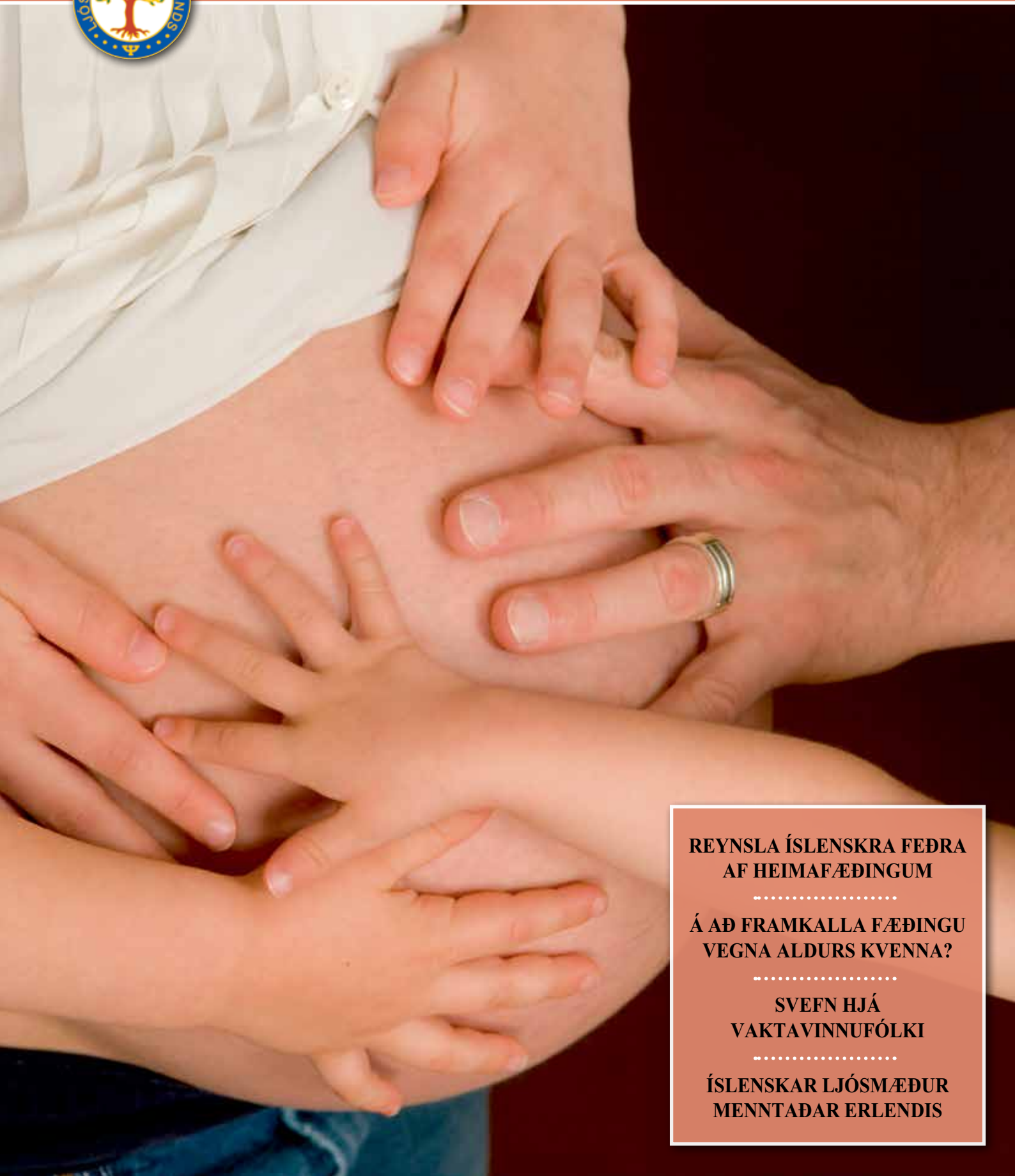


LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ

TÍMARIT LJÓSMÆÐRAFÉLAGS ÍSLANDS 1. TBL. - 94. ÁRGANGUR - JÚNÍ 2016
- JOURNAL OF THE ICELANDIC MIDWIVES ASSOCIATION -



**REYNSLA ÍSLENSKRA FEÐRA
AF HEIMAFÆÐINGUM**

.....

**Á AÐ FRAMKALLA FÆÐINGU
VEGNA ALDURS KVENNA?**

.....

**SVEFN HJÁ
VAKTAVINNUFÓLKI**

.....

**ÍSLENSKAR LJÓSMÆÐUR
MENNTAÐAR ERLENDIS**

Fylgstu með á facebook-Lindex Iceland
#lindexiceland



LINDEX

we make fashion feel good



Ljósmaedrablaðið gefið út af
Ljósmaedrafélagi Íslands
Borgartúni 6, 105 Reykjavík
Sími: 595 5155 Fax: 588 9239
Netfang: formadur@ljosmodir.is
skrifstofa@ljosmodir.is
Heimasíða: www.ljosmaedrafelag.is

Ábyrgðarmaður
Áslaug Valsdóttir, formaður LMFÍ
formadur@ljosmaedrafelag.is

Ritnefnd
Hrafnhildur Ólafsdóttir, ritstjóri
S. 846 1576 hrafna@internet.is
Sigrún Ingvarsdóttir
sigrun81@gmail.com
Rut Guðmundsdóttir
srutgudmunds@gmail.com

Ritstjórn fræðilegs efnis
Ólöf Ásta Ólafsdóttir
olofol@hi.is
Berglind Hálfðánsdóttir
bugsy@internet.is
Embla Ýr Guðmundsdóttir
emblayrg@gmail.com
Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir
ingbjorghre@simnet.is

Myndir
Harpa Ósk Valgeirsdóttir
Vala Guðmundsdóttir
Gréta Rún Árnadóttir
Emma Swift
Anna Rut Sverrisdóttir

Prófarkalestur
Arna Jónsdóttir
arnakj@gmail.com

Auglýsingar
Dóra Stephensen
dorabs@simnet.is

Umbrot og prentvinnsla
Prentun.is

Ljósmaedrablaðið er opinbert tímarit
Ljósmaedrafélags Íslands og er öllum ljós-
maedrum heimilt að senda efni í blaðið.
Greinar sem birtast í blaðinu eru alfarið
á ábyrgð greinahöfunda og endurspegla
ekki endilega viðhorf ritstjóra, ritnefndar
eða Ljósmaedrafélagsins. 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
ljósmaedra óviðkomandi. Gert er ráð fyrir
að gefa út tvö tölublað á ári. Skilafrestur er
í samráði við ritnefnd og skal efni berast
á tölvutæku formi.

Forsíða
Mynd: Shutterstock

ISSN nr. 1670-2670

Efnisyfirlit

- 4 Ritstjórapistill
- 6 Ávarp Formanns
- 7 Reynolds íslenskra feðra af heimaefæðingu
Ásrún Ösp Jónsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir
- 15 Á að framkalla fæðingu vegna aldurs kvenna?
Helga Valgerður Skúladóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Birna Gerður Jónsdóttir
- 20 Velliðan í vinnu, hvað getum við gert til að efla hana?
Stefanía Guðmundsdóttir
- 23 Fæðingarsaga - nemaverkefni
Arna Ingimundardóttir
- 25 Óeðlilegar og ónáttúrulegar fæðingar
Rut Guðmundsdóttir
- 27 Svefn hjá vaktavinnufólki
Erla Björnsdóttir
- 29 Notkun morfínskyldra lyfja í fæðingu og áhrif þeirra á nýburann
Elín Árnadóttir, Íris Elva Jónsdóttir og Sveinbjörn Gizurarson
- 31 Ljós móðir í Betlehem
Anna Rut Sverrisdóttir
- 33 Draumur verður að veruleika
Arney Þórarinsdóttir og Hrafnhildur Halldórsdóttir
- 35 Íslenskar ljósmaedrarannsóknir
- 36 Ljósmaedur fá styrk
- 37 Íslenskar ljósmaedur menntaðar erlendis
Vala Guðmundsdóttir, Gréta Rún Árnadóttir og Emma Swift
- 42 Skýrsla stjórnar LMFÍ 2015-2016
- 44 Málstofa í ljósmóðurfræði
- 46 Ljósmaedranámið og tækifæri framtíðarinnar
Rut Guðmundsdóttir
- 47 Hugleiðingar ljósmóður
Embla Ýr Guðmundsdóttir

Aðkoma feðra að barneignarferlinu af hinu góða



Hrafnhildur Ólafsdóttir,
ritstjóri Ljósmaðrablaðsins

Þegar ég fæddist þá fór mamma mín til Reykjavíkur nokkrum dögum fyrir áætlaðan fæðingardag. Það var heilmikið ferðalag að fara frá Borgarnesi til Reykjavíkur, þá var engin Borgarfjarðarbrú eða Hvalfjarðargöng og malarvegur alla leiðina. Hún naut góðs af því að eiga systur sem var ljósmóðir, hún fékk að gista hjá henni fyrir fæðingu og svo tók hún frænka mín á móti mér á Fæðingarheimili Reykjavíkur. Pabbi var ekki viðstaddur, það tíðkaðist ekki þá. Hann var heima með þrjú systkinin mín. Á þessum tíma voru þau ekki með síma, frænka mín hringdi til nágretta foreldra minna og kom skilaðum til pabba um að það væri fædd stúlka. Í dag eru allir með síma með sér og fréttir komnar af fæðingu barns, jafnvel áður en skilið er á milli, á veraldarvefinn. Ég velti því stundum fyrir mér hvað þessi tækni getur verið truflandi, allt snýst um að koma fréttunum sem fyrst í loftið og fylgjast svo með hamingjuóskum rigna inn á Facebook. En auðvitað á maður að vera þakklátur fyrir tækna, hún hefur fleiri kosti en ókosti, hraðinn er bara orðinn svo mikill í samfélaginu. Sem betur fer eru feður meira þátttakendur í öllu barneignarferlinu í dag, koma með í mæðraskoðun og rannsóknir eins og sónar, koma að ákvörðun um fæðingarstað, fara í fræðslu tengdri meðgöngu, fæðingu og brjóstagið og taka sér fæðingarorlof. Í blaðinu er ritrýnd grein sem fjallar um feður og heimafeðingar og er gaman að sjá hvað þeir upplifa sig sem meiri þátttakendur í ferlinu á sínum heimavelli, þ.e. á heimili þeirra.

Íslenskar ljósmæður koma víða við, sumar hafa lært ljósmóðurfræði erlendis, í blaðinu fáum við frásagnir frá þremur ljósmæðrum sem lærðu ljósmóðurfræði í Danmörku, Hollandi og Bandaríkjunum. Anna Rut Sverrisdóttir ljósmóðir hefur verið að starfa í Betlehem, hún er með ótrúlega hrífandi frásögn í blaðinu þar sem hún lýsir vel starfinu á fæðingardeild í þessu stríðshrjáða landi.

Það er alltaf gaman þegar einstaklingar úr öðrum stéttum sækjast eftir að skrifa í blaðið. Í þessu blaði er grein um áhrif vaktavinnu á heilsuna sem Erla Björnsdóttir sálfræðingur skrifar. Einnig er grein frá lyfjafræðingum um notkun morfínskyldra lyfja í fæðingu.

Ég hef verið aðeins hugsi yfir umræðu sem átti sér stað um daginn um félagsgjöld okkar til Ljósmaðrafélagsins, kannski er þetta ekki rétti vettvangurinn til að tjá sig um þau. Ég hef reynt að sækja aðalfund félagsins á hverju ári því mér finnst mikilvægt og skemmtilegt að mæta til að sýna mig og sjá aðra. Á aðalfundi eru teknar ákvarðanir um ýmis mál, ef maður vill hafa áhrif þá er betra að mæta. Dagskrá aðalfundar liggur fyrir með fyrirvara á vefsíðu félagsins. Það þýðir því lítið að koma löngu eftir aðalfund og vilja fá annan af því maður er ekki sammála því sem fór fram á fundinum. Það er mín skoðun að standa verði við þær ákvarðanir sem voru teknar á aðalfundi þó að hann hafi verið fámennur. Á næsta aðalfundi má svo taka upp þráðinn aftur og þá er hægt að endurskoða félagsgjaldið. Þá er um að gera að mæta og hafa áhrif á þau mál sem eru tekin fyrir og hitta um leið aðrar ljósmæður, sem er alltaf skemmtilegt. Hluti af félagsgjöldunum fer í að gefa út Ljósmaðrablaðið, það er metnaður í ljósmæðrum sem skrifa í blaðið og er ég alltaf stolt af blaðinu þegar ég sé útkomuna, vonandi er ég ekki ein um það. Það hefur stundum gengið erfiðlega að fá ljósmæður til trúnaðarstarfa fyrir félagið, komið hefur fram hörð gagnrýni á sumar ljósmæður sem hafa verið að vinna fyrir félagið í stjórn og nefndum svo kannski er skiljanlegt að ljósmæður treysti sér ekki til að ganga í þessi störf, til dæmis tókst ekki að fullmanna kjaranefnd á síðasta aðalfundi.

Ljósmæðrum og öðrum lesendum sendi ég sumarkveðju.



Gleðilegt sumar

NÝTT ÚTLIT

NÝTT



YES. lífrænt sleipiefni fyrir elskendur

Konur sem eru komnar á breytingaskeiðið, hafa nýlega eignast barn, verið í meðferð við krabbameini eða vegna langtíma veikinda eiga oft við þurrk í leggöngum að stríða.

- Yes línan er sérstaklega hönnuð fyrir konur sem eiga við þurrk að stríða í leggöngum og slímhúð
- Yes sleipiefnin eru unnin úr lífrænum innihaldsefnum og hefur hlotið lífræna vottun frá The Soil Association, Bristol UK
- Yes sleipiefnin innihalda engin aukaefni eða skaðleg efni sem geta verið ertandi fyrir slímhúðina
- Yes sleipiefnin innihalda bæði olíubasa (oil based) og vatnsbasa (water based) sem er hægt að nota með gúmmíverjum
- Yes sleipiefnin klístrast ekki og eru rakagefandi fyrir slímhúðina

FRUM - www.frum.is

Bio-Kult®

Candéa®



■ Bio-Kult Candéa Öruggt og hentar vel fyrir alla.

■ Öflug fyrirbyggjandi vörn gegn óþægindum í meltingavegi.

■ Fæst í næsta apóteki, heilsuverslunum og heilsuhillum stórmarkaðanna.

Ég mæli með Bio Kult Candéa fyrir skjólstæðinga mína.



Sigríður Jónsóttir, ADHA markþjálfari og Fíkninráðgjafi (ICADC)

IceCare
þín heilsa

Kíktu á síðuna okkar www.icecare.is eða á facebook [icecare.is](https://www.facebook.com/icecare.is) þín heilsa



Er blómatími ljósmæðra runninn upp?

Hver kannast ekki við tilfinninguna þegar manni finnst ekkert gerast sama hvað maður hamast og bróltir. Samt er það svo að þegar lítið er yfir lengra tímabil þá hefur ýmislegt gerst þrátt fyrir allt. Þannig er tilfinning mín hér í formanns-stólum núna. Ég áttaði mig nefnilega nýlega á því að þegar við skoðum málið, þá er mjög mikið að gerast í ljósmæðralífi okkar.

Á þessu ári erum við nú þegar búnar að eignast nýjan doktor og trúlega bætist annar við síðar á árinu. Við fengum fyrsta prófessorinn og eigum einnig tvo dósentu. Þetta er mjög jákvætt fyrir stéttina í heild þar sem það styrkir fagið óumdeilanlega að eiga okkar eigin rannsakendur sem gera rannsóknir í okkar heimalandi við okkar aðstæður.

Við erum búnar að halda okkar eigin ljósmæðradaga sem heppnuðust með ágætum. Að minnsta kosti átta ljósmæður héðan voru með erindi á NJF ráðstefnunni í Gautaborg nýverið og tvær íslenskar ljósmæður voru með veggspjaldakynningar. Þetta eru tæp fjögur prósent íslenskra ljósmæðra og það þykir mér góður árangur og bera vott um mikla grósku í menntunarmálum ljósmæðra hér á landi.

Undirbúningur er hafinn fyrir 100 ára afmæli félagsins 2019 og NJF ráðstefnu sem verður haldin hér á Íslandi á sama tíma. Það er ekki sjálfgefið að svo lítið félag sem okkar nái 100 ára aldri. Til að halda þessu gangandi hefur þurft hugsjóna- og baráttukonur þessa öld sem liðin er, konur sem pössuðu það að við söguðumst ekki ósjálfrátt inn í stærri félög og yrðum þar að kæfðri rödd. Ég fyrir mína parta er þeim þakklát.

Við erum einnig nú í fyrsta sinn orðnar meðlimir í EMA, The European Midwives Association og munum sækja fyrsta fund þeirra á haustmánuðum.

Hugsanlega hyllir nú loks undir það að stéttin fái leyfi til að



Áslaug Valsdóttir
formaður Ljósmæðrafélags Íslands

ávísar tilteknum lyfjum. Mikil vinna hefur verið lögð í það mál af og til á undanförunum árum, án árangurs, en nú hefur landlæknir í fyrsta sinn gefið það út á vefsíðu sinni að eðlilegt sé að ljósmæður fái þetta leyfi. Kannski er nú réttur farvegur kominn til að málið nái í höfn. Talandi um að ná í höfn, þá er annað mál sem er einnig að komast þangað en það er að sjálf-sögðu opnun fæðingarstofu utan spítala. Mikið hefur verið reynt og rætt í mörg ár um að opna fæðingarheimili en nú er það í alvörunni að gerast. Tvær skeleggjar ljósmæður gengu í verkið og umhverfið og farvegurinn var réttur að þessu sinni til að fæðingarstofan varð að veruleika. Ég hef trú á því að þetta framtak og verkefni muni ekki gera neitt nema að vaxa og dafna því að þörfin er svo sannarlega fyrir hendi.

Einnig má minnst á málaferli sem félagsmenn standa í nú um stundir þar sem tekist er á um hvort greiða eigi laun fyrir unna vinnu.

Þrátt fyrir að tapa málinu í félagsdómi létum við ekki deigan síga og höldum áfram með málið, nú fyrir héraðsdómi, og ég hef fulla trú á að við vinnum að þessu sinni.

Ég held að þrátt fyrir allt sem við höfum sett fyrir okkur undanfarið og fundist við vera að missa eins og Hreiðrið, fækkun fæðingarstaða á landsbyggðinni, MFS, Fæðingarheimilið og svo má lengi telja, þá sé árið 2016 samt gott ár fyrir ljósmæður. Ég held að sóknarfærin séu allnokkur og með framsækni og eftirfylgni eigum við eftir að vinna litla sigra sem þegar horft er yfir lengri veg verða að stórum sigrum þegar allt er lagt saman.

Ljósmæður geta horft björtum augum til framtíðarinnar og í stað þess að harma það sem við höfum ekki skulum við styrkja það sem við höfum, sem er hreint ekki svo lítið.

Ég óska öllum ljósmæðrum og fjölskyldum þeirra gleðilegs sumars, góðra stunda og farsældar í leik og starfi.



Reynsla íslenskra feðra af heimafæðingu

„Frábær upplifun, algjörlega rétt ákvörðun fyrir okkur“



Ásrún Ösp Jónsdóttir, ljósmóðir
M.Sc á Heilbrigðisstofnun
Norðurlands - Akureyri



Ólöf Ásta Ólafsdóttir, ljósmóðir PhD.
Dósent við námsbraut í ljósmóður-
fræði við Hjúkrunarfræðideild HÍ

ÁGRIP

Bakgrunnur: Feður vilja taka virkan þátt í barneignarferlinu og eru nánast undantekningarlaust viðstaddir fæðingu barna sinna. Þeir upplifa oft að þeir séu utanveltu í kerfi sem er sniðið að mæðrum, þar sem upplýsingar til þeirra eru ófullnægjandi. Tíðni heima-fæðinga hefur farið vaxandi án þess að reynsla feðra af þeim hafi verið mikið skoðuð. Tilgangur þessarar rannsóknar var að dýpka skilning á reynslu feðra af heimafæðingu með rannsóknarspurn-ingunni: Hver er reynsla feðra af heimafæðingu?

Aðferð: Innihaldsgreining var notuð til þess að greina svör 65 feðra, sem svöruðu opinni spurningu, í samnorrænni spurningalista-könnun, um reynslu af heimafæðingum. Að auki voru tekin djúpvíð-töl við tvo feður um reynslu þeirra. Þar var notast við ferli Vancou-ver skólans í fyrirbærafræði við gagnasöfnun og greiningu.

Niðurstöður: Meginþemað í gögnunum er að heimafæðing er vel ígrunduð ákvörðun verðandi foreldra sem leiðir til jákvæðrar upplif-unar föður af fæðingarferlinu. Feður lýsa fæðingunni sem frábærri upplifun. Þeir lýsa persónulegum tengslum og trausti til ljósmóður og að þeir séu virkir þátttakendur í fæðingarferlinu þar sem óskir þeirra og fjölskyldunnar séu virtar. Ákvörðunin um heimafæðingu var stór þáttur í reynslu þeirra, þar sem viðhorf og fordómar samfél-lagsins um heimafæðingar, fyrri reynsla, vilji til að vera við stjórn og öryggissjónarmið komu sterkt fram.

Ályktanir: Frekari rannsóknir á þörf á reynslu feðra af barn-eignarferlinu eftir fæðingarstað. Mikilvægt er að efla upplýsingagjöf og umræðu um heimafæðingar í samfélaginu og skoða hvaða þættir hafa áhrif á val á fæðingarstað.

Lykilorð: Feður, heimafæðing, reynsla, fæðingarstaður.

ABSTRACT

Introduction: Fathers have a desire to actively participate in the child-bearing process and are almost invariably present at their babies' births. They experience not belonging in the maternity care system and getting inadequate information. The number of homebirths has been increasing without much study of fathers' experience. The aim of this study is to get a better understanding of fathers' experience of homebirth. The research question is: What is the experience of fathers during homebirth?

Methods: Content analysis was used to analyze the responses of 65 Icelandic fathers who responded to an open question in a survey about experience of homebirth in the Nordic countries. To get a deeper understanding two fathers were interviewed about their experience using the Vancouver School of doing phenomenology to gather and analyze data.

Results: The main theme throughout the data was that homebirth is a well-considered choice of expectant parents that leads to a positive experience of the birth for the father. Fathers describe the homebirth as a great experience. They describe a personal relationship and trust towards the midwife and that they are active participants in the birth process, where their own and their family's preferences are respected. The decision to have a homebirth was a big part of their journey where former experience, prejudices of society, desire to be in control and safety issues were important factors.

Conclusions: More research of fathers' experiences of birth in different birthplaces and the factors that influence decision making, is needed. It is important to provide more information and to promote discussion in society about homebirth.

Keywords: Fathers, homebirth, experience, birthplace.

INNGANGUR

Á síðustu öld urðu miklar breytingar á barneignarþjónustu, ýmis tækni varð til og læknar fóru að sérhæfa sig í fæðingarfræðum (Odent, 2009). Í kjölfar þess færðist fæðingarstaður í hinum vest-ræna heimi að miklu leyti frá heimili á sjúkrahús. Á Íslandi fækkaði heima-fæðingum smátt og smátt frá miðri öldinni og voru varla til staðar um 1990 en fór þá fjölgandi á ný og hefur tíðni þeirra verið um 2% allra fæðinga á Íslandi síðustu ár (Landlæknisembættið, 2014).

Önnur stór breyting sem varð um allan heim er þátttaka feðra sem var sjaldséð fram á síðari hluta tuttugustu aldar. Þegar feður fóru að vera viðstaddir fæðingu barna sinna varð það fljótt að nánast undantekningarlausri venju (Odent, 2009). Þrátt fyrir að feður taki virkan þátt sýna rannsóknir að meðgönguvernd og önnur þjónusta í kringum barneignarferlið er fyrst og fremst sniðin að mæðrum (Steen, Downe, Bamford og Edozien, 2012).

Reynslu feðra af barneignarferlinu, sem hefur mest verið skoðuð með eigindlegum viðtölum, er lýst sem hlutverkatogstreitu á milli þess að vera maki og foreldri, að styðja konu sína en taka tillit til eigin skoðana, bæði er kemur að upplifun af fæðingunni og vali á fæðingarstað (Bedwell, Houghton, Richens og Lavender, 2011; Lindgren og Erlandsson, 2011; Longworth og Kingdon, 2011; Steen o.fl., 2012). Í heilbrigðiskerfi þar sem meðgönguvernd og þjónusta í fæðingu og sængurlegu er sniðin að mæðrum upplifa feður sig utanveltu (Helga Gottfredsdóttir, 2005; Steen o.fl., 2012). Í kerfisbundnum samantektum rannsókna á reynslu feðra kemur fram að feður vilja taka fullan þátt í ferlinu og styðja maka sinn (Johansson, Fenwick og Premberg, 2015; Steen o.fl., 2012). Þeir upplifa að þeir eigi hvergi heima í þjónustunni í barneignarferlinu og séu á óræðum stað bæði tilfinninga- og líkamlega með þeim afleiðingum að margir upplifa óvissu, útilokun og ótta (Steen o.fl., 2012). Þrátt fyrir að flestir feður vilji vera viðstaddir fæðingu barna sinna eru sumir hikandi og eru við fæðinguna vegna væntinga annarra (Johansson o.fl., 2015).

Í fyrirbærafræðilegri rannsókn Longworth og Kingdon (2011) þar sem viðtöl voru tekin við 11 feður, fyrir og eftir fæðingu, kom fram að feðurnir treystu heilbrigðisstarfsfólki betur fyrir fæðinguna en eftir fæðinguna. Þeir voru á hliðarlínunni, fylgdust vel með öllu án þess að vera virkir þátttakendur. Fleiri rannsóknir hafa sýnt að algengt er að feður fari í hlutverk áhorfanda eða hlutverk málsvara við fæðingu. Fyrir fæðingu bera þeir traust til eigin getu og maka síns til þess að takast á við fæðinguna og treysta á stuðning heil-

brigðisstarfsmanna en þegar líður á fæðingu finnst körlum erfiðara að styðja konu sína en þeir áttu von á (Johansson o.fl., 2015).

Í íslenskri rannsókn þar sem viðtöl voru tekin við 15 verðandi feður með rýnihópum lýstu þeir kvíða og áhyggjum á meðgöngunni, þeir upplifðu sig á hliðarlínunni og að þeir hefðu ekki stjórn á aðstæðum. Þeir töldu bæði hlutverk sitt óljóst og hvers væri vænst af þeim og sáu hlutverk sitt fyrst og fremst sem stuðningsaðila við móðurina (Helga Gottfredsdóttir, 2005). Fæðing er tilfinningahlaðinn atburður fyrir feður, margir upplifa kvíða en jákvæðar tilfinningar eru yfirleitt sterkari þar sem margir lýsa fæðingunni sem bestu stund lífs síns (Johansson o.fl., 2015).

Ljósmaðraþjónusta hefur áhrif á upplifun feðra. Í sænskri rannsókn skoðuðu Hildingsson, Cederlöf og Widén (2011) þá þætti ljósmaðraþjónustu sem tengdust jákvæðri fæðingarupplifun feðra með spurningalista sem 595 feður svöruðu. Í ljós kom að mikill meirihluti feðranna (82%) tjáði jákvæða fæðingarupplifun. Þeir þættir í ljósmaðraþjónustu sem höfðu sterkust tengsl við jákvæða upplifun voru stuðningur, viðvera og upplýsingar um gang fæðingar. Í annarri spurningalistakönnun þar sem borin var saman reynsla mæðra (n=200) og feðra (n=200) gáfu niðurstöður til kynna að foreldrarnir upplifi flest atriði fæðingar með svipuðum hætti. Feður tjáðu þó minni ánægju með stuðning og umönnun í fæðingunni en mæður (Bélangier-Lévesque, Pasquier, Roy-Matton, Blouin og Pasquier, 2014).

Feður þurfa stuðning og undirbúning til þess að geta stutt maka sinn og öðlast jákvæða reynslu af barneignarferlinu og föðurhlutverkinu (Johansson o.fl., 2015; Steen o.fl., 2012). Þegar feður upplifa að samband við ljósmaður einkennist af samvinnu, þá upplifa þeir meiri getu til að styðja maka sinn og gera gagn í fæðingunni. Það að upplifa að vera virkir þátttakendur í fæðingunni og ná að veita konu sinni stuðning eru lykilþættir í jákvæðri upplifun feðra (Hildingsson o.fl., 2011; Johansson o.fl., 2015). Þetta er í samræmi við líkan um ljósmóðurþjónustu í fæðingu sem hefur verið þróað í Svíþjóð og á Íslandi. Áhersla er á að ljósmóðir myndi gagnkvæmt samband við konu og maka hennar þar sem hún skilur og virðir óskir þeirra og samvinna ríkir. Ljósmóðir á sjúkrahúsi þarf að leggja sig meira fram til þess að ná að skapa fæðingarumhverfi sem einkennist af ró, trausti og öryggi en heima. Þegar heimilið er valið sem fæðingarstaður er umhverfið styðjandi og samfella í þjónustu ljósmóður auðveldar henni að veita foreldrum stuðning á árangursríkan hátt (Berg, Ólafsdóttir og Lundgren, 2012).

Þegar fæðingarstaður er ákveðinn vilja verðandi feður vernda



konu sína, flestir hafa mikla trú á læknisfræðilegu umhverfi og skortur virðist vera á umræðu við þá um mögulega fæðingarstaði, en í breskri viðtalsrannsókn þar sem 19 feður tóku þátt stefndu allir feðurnir að sjúkrahúsfaðingu, án þess að það hefði verið rætt sérstaklega, og virtist það vera sjálfsögð ákvörðun. Viðhorf þeirra virtist vera að sjúkrahús fæli í sér öryggi og að það væri auðveldara fyrir þá að vera á sjúkrahúsi þar sem þeir nytu verndar starfsfólks (Bedwell o.fl., 2011). Þegar heimilið er valið sem fæðingarstaður er það gjarnan gert til að auðvelda fæðingafærlíð. Þar er umhverfið kunnuglegt, verðandi foreldrar við stjórn og minni hætta á truflunum sem styður við lífæðlisfræðilegt ferli fæðingarinnar (Hadjigeorgiou, Kouta, Papastavrou, Papadopoulos og Mártensson, 2012; Jouhki, Suominen og Åstedt-Kurki, 2015; Lindgren og Erlandsson, 2011). Sjúkrahús er sá staður sem samfélagið gefur skilaboð um að sé hinn eðlilegi fæðingarstaður (Bedwell o.fl., 2011; Berg o.fl., 2012; Hadjigeorgiou o.fl., 2012; Lindgren og Erlandsson, 2011) og stundum veit fólk ekki af öðrum möguleikum eða á ekki annan raunhæfan möguleika en sjúkrahúsfaðingu (Berg o.fl., 2012).

Reynslu feðra af heima-fæðingum hefur verið lýst í nokkrum rannsóknum. Notaðar hafa verið eigindlegar aðferðir þar sem viðtöl hafa verið tekin við feður og þemagreind (Jouhki o.fl., 2015; Lindgren og Erlandsson, 2011; Sweeney og O'Connell, 2015). Lindgren og Erlandsson (2011) lýsa reynslu átta sænskra feðra sem ferli þar sem þeir fylgja konu sinni eftir frá ákvörðun um heima-fæðingu. Lögð er áhersla á að þeir treysti konu sinni og vilji vera til staðar fyrir hana og geri það sem þarf til að hún upplifi öryggi og velliðan. Jouhki og félagar (2015) lýsa reynslu finnskra feðra (n=11) þar sem meginþemað er að feðurnir deili ábyrgð og styðji konu sína. Áhersla Sweeney og O'Connell (2015) sem lýsa reynslu írskra feðra (n=8) er á ákvarðanatökum um heima-fæðinguna og hvernig feðurnir upplifa sig sem hluta af heild í fæðingunni sem þeir upplifa að breyti sér til framtíðar. Í öllum rannsóknunum voru dregnar fram vangaveltur um ákvörðunina um heima-fæðingu sem var sumum feðrunum erfið. Upp komu meðal annars vangaveltur um öryggi, náttúrulegan gang fæðingar og viðhorf samfélagsins.

Á Íslandi tók Guðlaug H. Björgvinsdóttir (2010) hálfstöðluð viðtöl við sex pör sem höfðu reynslu af heima-fæðingu á Íslandi tengt forprófun á spurningalista rannsóknarinnar Heima-fæðingar á Norðurlöndum (Blix o.fl., 2016; Hildingsson o.fl., 2015). Öll pörin höfðu fyrri reynslu af sjúkrahúsfaðingu. Foreldrarir tjáðu allir ánægju með fæðinguna og að þeir myndu velja heimilið aftur sem fæðingarstað ef til frekari barneigna kæmi. Frumkvæði að heima-fæðingunni áttu mæðurnar og studdu feðurnir þá ákvörðun eftir að hafa kynnt sér málið.

Í hugmyndafræði íslenskra ljósmæðra og stefnu Ljósmæðrafélags Íslands (2000) er litið á barneignarferlið sem ferli sem nær til fjölskyldunnar allrar og breyti lífi allra innan hennar. Það að veita upplýsingar og að styðja konur og fjölskyldur þeirra í að taka virkan þátt í allri ákvarðanatöku í barneignarferli er meðal megin hlutverka ljósmæðra samkvæmt Alþjóðasiðareglum ljósmæðra (International Confederation of Midwives (ICM), 2008). Því er mikilvægt að upplýsingar og umræða eigi sér stað við bæði mæður og feður á þeirra forsendum til þess að hægt sé að styðja við upplýstar ákvarðanir. Í dag er nánast gengið út frá því að feður séu viðstaddir fæðingu barna sinna og séu þátttakendur í barneignarferlinu öllu. Til þess að geta komið til móts við þarfir þeirra er mikilvægt að bæta við þekkingu um reynslu feðra af barneignarferlinu og fæðingarstað. Tilgangur þessarar rannsóknar er að skoða og dýpka skilning á reynslu feðra af heima-fæðingu.

Rannsóknarspurningin er: Hver er reynsla feðra af heima-fæðingu?

AÐFERÐIR

Þessi rannsókn er hluti rannsóknarinnar *Heima-fæðingar á Norðurlöndum* sem er samnorræn rannsókn þar sem horft er til ýmsa þátta er lúta að útkomu heima-fæðinga og reynslu af þeim. Sú rannsókn var með lýsandi sniði þar sem spurningalistum var svarað á veraldarvefnum. Leitað var eftir þátttöku allra sem höfðu skipulagt

heima-fæðingu á ákveðnu tímabili á Íslandi, Svíþjóð, Danmörku og Noregi. Fyrir íslenska hluta rannsóknarinnar var tímabilið fjögur ár eða allar skipulagðar heima-fæðingar árin 2010–2013 (Blix o.fl., 2016; Hildingsson, o.fl. 2015). Notaðir voru spurningalistar sem voru þróaðir á sænsku og þýddir yfir á íslensku (Guðrún Huld Kristinsdóttir, 2010) og síðan forprófaðir (Guðlaug H. Björgvinsdóttir, 2010). Upplýsingar og spurningalistar eru aðgengilegir á heimasíðu rannsóknarinnar (<http://www.nordichomebirth.com>).

Í þessari rannsókn var notuð eigindleg aðferð eins og jafnan er gert til þess að rannsaka félagsleg fyrirbæri og gjarnan reynslu í eigin umhverfi (Sigurlína Davíðsdóttir, 2013). Innihaldsgreining (e: content analysis) var notuð til þess að greina svör 65 íslenskra feðra við opinni spurningu á spurningalista rannsóknarinnar Heima-fæðingar á Norðurlöndum, spurningunni: Viltu lýsa reynslu þinni af heima-fæðingunni með eigin orðum? Gögnin voru lesin yfir, kóðuð og flokkuð í þemu (Elo og Kyngäs, 2007). Til þess að fá meiri dýpt í niðurstöðurnar voru, með tilgangsrúttaki, einnig tekin djúpvíðtöl við tvo feður með reynslu af heima-fæðingu frá því fyrir 6 mánuðum til tveggja ára, þar sem fyrirbærafræðilegri aðferð, sem kennd er við Vancouver, var beitt (Sigríður Halldórsdóttir, 2013).

Öllum foreldrum sem skipulögðu heima-fæðingu á Íslandi á árunum 2010–2013, að báðum árum meðtöldum, bauðst að taka þátt í samnorrænu rannsókninni. Úrtak í samnorrænu rannsókninni var allt þýðið eða allir feður sem tóku þátt í skipulagðri heima-fæðingu á tímabilinu 2010–2013. Þar sem heima-fæðingar á Íslandi eru skráðar eftir því hvar fæðing á sér stað en ekki eftir vali á fæðingarstað, þá er ekki hægt að segja nákvæmlega til um hve margir eru í þýði en á þessum fjórum árum eru skráðar heima-fæðingar á Íslandi 360 (Landlækniseimbættið, 2014). Leitast var við að ná til sem flestra með því að fá ljósmæður sem sinna heima-fæðingum á Íslandi til samstarfs, og upplýsingar um alla sem þær sinntu voru fengnar frá þeim. Upplýsingar fengust um 372 fæðingar þar sem 344 konur og makar fengu upplýsingar um rannsókn, í þeim tilfellum sem maki var til staðar. Kynningarbréf var sent til þeirra sem höfðu hafið fæðingu heima árið 2010 og fyrri hluta árs 2011, eftir á. Frá síðari hluta 2011 voru flestar ljósmæður sem sinna heima-fæðingum með kynningarbréf og afhentu foreldrum í kringum fæðingartímann. Þeir sem ekki voru íslenskumælandi voru útilokaðir auk þess sem nokkur pör höfðu flust búferlum og upplýsingar fengust ekki um nýtt heimilisfang. 94 makar tóku þátt í rannsókninni með því að svara spurningalistanum.

Réttmæti og áreiðanleiki

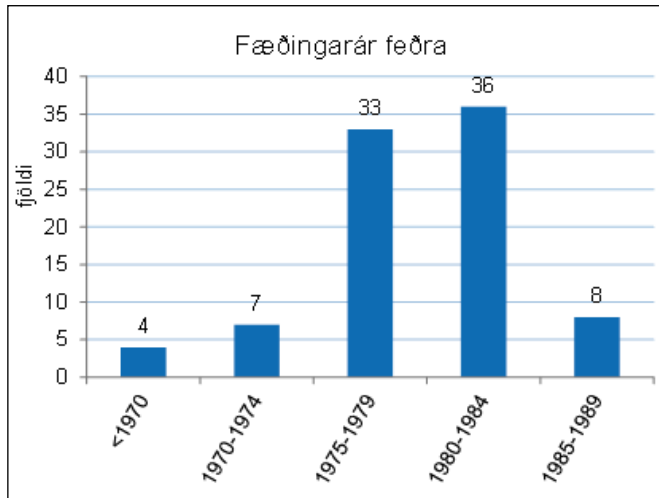
Í fyrirbærafræðilega hlutanum var horft til þess að feðurnir hefðu ekki verið með sömu heima-fæðingaljósmóður sem var viðleitni til að hafa breiddina í reynslunni meiri. Annar rannsakandinn (Ásrún) tók viðtölin og vann að fyrstu greiningu í fyrirbærafræðilega hlutanum. Greiningarlíkön voru borin undir viðmælendur. Viðmælendur samþykktu greininguna með minniháttar athugasemdum um orðalag. Rannsakendur unnu sitt í hvoru lagi að innihaldsgreiningu texta og báru saman og síðan við greiningarlíkön úr fyrirbærafræðilegum hluta. Niðurstöður beggja aðferða voru samsvarandi sem eykur jafnframt réttmæti og áreiðanleika rannsóknarinnar.

Rannsóknarsíðfræði

Rannsóknin fékk leyfi vísindasiðanefndar (leyfi nr. 11–031) og var tilkynnt til Persónuverndar. Haft var samband við feður sem höfðu gefið leyfi til þess að leitað yrði til þeirra vegna viðtala þegar þeir samþykktu þátttöku í samnorrænu rannsókninni. Rannsóknin var kynnt fyrir viðmælendum fyrirfram, tilgangur hennar, framkvæmd og hvernig niðurstöður yrðu kynntar og hverjir hefðu aðgang að þeim. Þátttakendur veittu upplýst samþykki. Metið var að líkamleg áhætta væri ekki til staðar en þátttakan gæti mögulega valdið tilfinningarótti vegna slæmrar fæðingarreynslu. Ef svo væri var bent á þjónustu Landspítala sem kallast *Ljáuð mér eyra* auk þess sem rannsakendur buðust til að aðstoða einstaklinga við að leita sér aðstoðar hjá viðurkenndum aðilum.

NIÐURSTÖÐUR

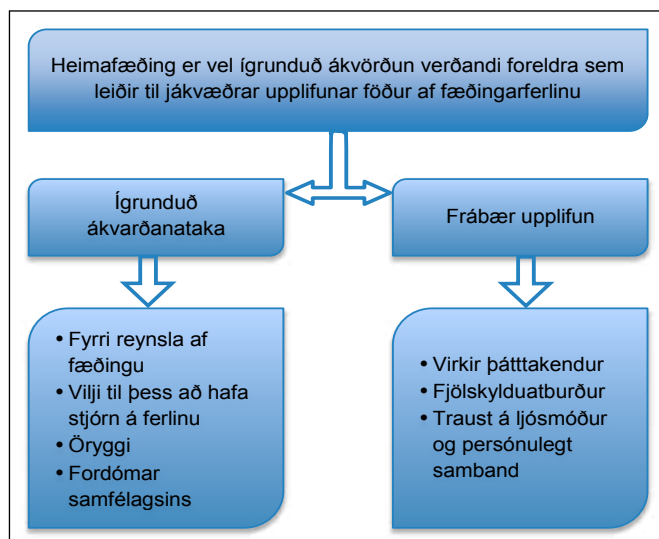
Íslenskum spurningalistum samnorrænu könnunarinnar svöruðu 94 feður. 29 þeirra voru að eignast sitt fyrsta barn en 65 þeirra áttu börn fyrir. Af þeim sem áttu börn fyrir hafði mikill meirihluti feðranna reynslu af sjúkrahúsfæðingu með fyrra barn eða börn, eða um 70% þeirra. 97,8% voru í sambúð (ýmist kvæntir eða ekki), 60,7% höfðu einhverja háskólamenntun og 88 gáfu upp fæðingarár og skiptist það eins og sjá má á mynd 1.



Mynd 1. Fjöldi feðra sem tók þátt í samnorrænu könnuninni eftir fæðingarárum.

Af þeim 94 sem taka þátt eru 65 sem svara opnu spurningunni um reynslu af fæðingunni sem er hér greind í þemu. Sumir nota örfá orð til að svara en aðrir koma með smásögur. Feðurnir tveir sem tekin voru viðtöl við með fyrirbærafræðilegu aðferðinni áttu báðir barn/börn fyrir og höfðu reynslu af sjúkrahúsfæðingu með þau. Þeir voru báðir á aldrinum 30–40 ára þegar heimaæðingin átti sér stað og höfðu einhverja háskólamenntun. Bakgrunnsupplýsingar voru ekki þekktar þegar haft var samband við þá, einungis að fæðingin hefði átti sér stað á síðustu 6–24 mánuðum og hvaða ljósmóðir var viðstödd. Í viðtölunum kom fram að annar þeirra hafði svarað spurningalistanum en hinn hafði ekki gert það.

Meginþemað sem greint var er eftirfarandi: *Heimaæðing er vel ígrunduð ákvörðun verðandi foreldra sem leiðir til jákvæðrar upplifunar föður af fæðingarferlinu*. Það skiptist í tvö yfirþemu sem eru *ígrunduð ákvarðanataka* og *frábær upplifun* sem hafa hvort um sig nokkur undirþemu (sjá mynd 2). Vísað er til þátttakenda með númeri spurningalista (1–65). Feðurnir sem lýsa reynslu sinni í djúpvíðtölunum fá hér nöfnin Ari og Baldur sem eru ekki þeirra réttu nöfn.



Mynd 2. Yfirlit yfir þemu.

Ígrunduð ákvarðanataka

Þegar feður eru beðnir um að lýsa reynslu sinni af heimaæðingu í spurningalistanum virðast þeir horfa á það sem ferlið frá ákvörðun og þar til fæðingin er afstaðin. Margir minnst á ákvörðunina, annaðhvort ákvarðanatökuna eða að þetta hafi verið rétt ákvörðun (1, 8, 12, 13, 14, 22, 24, 28, 45). Sumir lýsa því hvernig þeir lásu bækur eða vísindagreinar um fæðingarferlið og/eða öryggi heimaæðinga (1, 12, 28). Ákvörðunin um heimaæðingu virðist hafa verið vel ígrunduð sameiginleg ákvörðun beggja foreldra (1, 8, 12, 13, 14, 20, 28). Í upphafi voru þó ekki allir feður hrifnir af hugmyndinni um heimaæðingu en aðrir höfðu frumkvæði að heimaæðingu. Einu neikvæðu tilfinningarnar sem feður lýsa í skrifum sínum er að finna hjá þeim sem voru smeykir við heimaæðingu til að byrja með en þeir lýsa samt góðri upplifun af fæðingunni að henni afstaðinni. Einn lýsir því að hann hafi verið neikvæður gagnvart heimaæðingu og segist ávallt hafa verið stressaður við fæðingu barna sinna en heima hafi hann verið rólegur og líðið vel (23).

Í viðtölunum lýstu Ari og Baldur því hvernig þeir hafi farið yfir kosti og galla ásamt konu sinni. Ákvörðunin er tekin af yfirvegun og er talin hluti af reynslunni af fæðingunni. Fjölmargir þættir koma inn í ákvarðanatökuna en þeir horfa meðal annars til fræða um fæðingar og leita sér upplýsinga hjá heilbrigðisstarfsmönnum og vinum auk þess sem þeir byggja á fyrri reynslu. „Þegar farið var að vega og meta kosti og galla þess að vera á sjúkrahúsi eða heima og eftir að hafa þekkt sjúkrahúsið aðeins þá kom heimaæðingin sterkari inn“ (Baldur).

Fyrri reynsla af fæðingu

Margir feðurnir horfa til fyrri reynslu af fæðingum. Algenzt er að bera heimaæðinguna saman við fyrri sjúkrahúsfæðingar þegar þeir lýsa reynslu sinni af heimaæðingunni en margir hafa fyrri reynslu af sjúkrahúsfæðingu. Í samanburðinum leggja þeir áherslu á kosti heimaæðingarinnar. Helst nefna þeir það að þekkja ljósmóðurina og fá samfellda þjónustu í gegnum barneignarferlið, auk þess sem þeir nefna kosti þess að vera í eigin umhverfi og þurfa ekki að ferðast neitt í eða eftir fæðinguna (1, 3, 10, 11, 17, 21, 30, 36, 43, 53, 56, 60). Þrátt fyrir að það komi ekki oft fram í textunum með beinum hætti að fyrri reynsla hafi áhrif á ákvarðanatökuna er oft ýjað að því (5, 10, 11, 12, 17, 21, 30, 32, 36, 43, 46, 60). Aðeins einn nefnir galla við heimaæðinguna í samanburði við sjúkrahúsfæðingu þar sem hann nefnir að þríf eftir fæðingu lendi ekki á foreldrum á sjúkrahúsi (51).

Í viðtölunum kom fram að fyrri reynsla hefur mikil áhrif þegar heimaæðing er ákveðin. Að hafa verið við fæðingu sem gengur vel gerir það að verkum að þeir hafa trú á því að fæðingin geti gengið vel og finnst þeir vita út í hvað þeir eru að fara. Slæm reynsla af fæðingu á sjúkrahúsi, sérstaklega af vaktaskiptum, samskiptum og regluverki innan stofnunar ýtir líka undir að heimaæðing sé valin.

Vilji til þess að hafa stjórn á ferlinu

Það að ráða því hver er viðstaddur fæðinguna og fá ekki einhvern óvænt inn skiptir máli. Það að geta lýst óskum sínum varðandi fæðinguna fyrirfram og treysta því að þær séu virtar án þess að þurfa að rökræða þær í fæðingunni eru þættir sem feður hafa í huga við ákvarðanatökuna (Ari og Baldur). Í innihaldsgreiningunni er þetta ekki eins áberandi og í viðtölunum og fáir nota orðin að vera við stjórn (22, 43) en margir lýsa þessu þó með öðrum orðum. Þeir nefna endurtekið að hafa hlutina eftir eigin höfði og ráða hverjir eru viðstaddir (1, 2, 4, 10, 12, 21, 22, 24, 32, 36, 43, 47, 56, 64).

Og eftir svona „discussionir“ með móðurinni um hvaða aðstæður gætu skapast á sjúkrahúsinu. Hvað gæti haft neikvæð áhrif á hennar líðan og svona. Fólk rápandi inn og út og þess háttar. Heima yrði mun auðveldara að stjórna því öllu saman (Baldur).

Öryggi

Í textunum má endurtekið finna umræðu um öryggi í fæðingunni með setningum eins og „ég var öruggur“, „mér leið vel“ eða „á öruggum stað“. Feðurnir lýsa því hvernig þjóðfélagið horfir til sjúkrahúsa

sem öruggs fæðingarstaðar á meðan þeir upplifa að öryggið felist í því að vera heima. Það að heima fæðingu er ekki haldið til streitu heima ef einhverjir áhættuþættir koma upp gaf þeim öryggis tilfinningu auk þess sem þeir lýsa því hvernig ljósmæðurnar voru „öryggið uppmálað“ og hvernig þeir treystu á fagþekkingu þeirra sem studdi þá við ákvarðanatökuna um heima fæðingu (2, 3, 5, 14, 15, 21, 24, 30, 33, 45, 49). Einn faðirinn lýsti þessu þannig:

Við eigum þrjú börn, tvö þeirra eru fædd á spítala og eitt heima og heima fæðingin er klárlega sú fæðing sem stendur upp úr hvað varðar öryggis tilfinningu gagnvart öllu sem að fæðingarferlinu lítur og dögnum og vikunum á eftir (21).

Jafnframt komu þeir inn á mikilvægi þess að konan upplifi sig örugga til þess að fæðingin gangi vel og horfa til þess að styðja við lífeðlisfræðilegt ferli fæðingar.

Tveir feður taka fram að flutningur hafi orðið frá heimili á sjúkrahús í fæðingunni en báðir mæla þeir með heima fæðingu (45, 56).

Fordómar samfélagsins

Margir feður taka fram að þeir mæli með því að fólk kynni sér heima fæðingar. Þeir lýsa því hvernig viðhorf samfélagsins séu þau að fæðingar eigi sér stað innan sjúkrahúsa og að þar sé bæði öryggið og hvíldin sem konan þurfi á að halda. Þegar ákvörðun um heima fæðingu liggur fyrir forðast sumir foreldrarinnar að segja frá og forðast umræðu um ákvörðun sína þar sem það sé streituvaldandi að þurfa að verja hana (5, 8, 11, 17, 25, 28, Ari, Baldur). Sumir eru í vörn og segja t.d.: „Það er ekkert að heima fæðingu,“ þegar þeir eru að lýsa fæðingunni og aðrir koma inn á hvernig þeir hafi fundið fyrir fordómum í samfélaginu og að heima fæðingar virðist vera utan kerfisins. Einn orðar það svona: „Fordómar sem að skapast við heima fæðingar virðast að miklu leyti byggðir á vanþekkingu og fordómum og jafnvel virðist sem heilbrigðiskerfið standi ekki nógu þétt við bakið á slíkum fæðingum og efasemdarraddir þeirra skemmi fyrir vaxandi fylgi slíkra fæðinga“ (8).

Frábær upplifun

Allir feðurnir lýsa reynslu sinni af heima fæðingunni á jákvæðan hátt. Þeir nota orð eins og *æðisleg*, *yndisleg*, *þægileg*, *falleg*, *örugg*, *framúrskarandi* og *frábær upplifun* til að lýsa heima fæðingunni, auk þess sem þeir taka margir fram að andrúmsloftið hafi verið rólegt og yfirvegað. Ákvörðunin um heima fæðingu var rétt og þeir vilja mæla með henni við aðra. Þeir lýsa því hvernig þeir upplifðu að vera virkir þátttakendur þar sem þeir höfðu ljósmóður sem þeir treystu og veitti þeim stuðning en hélt sig til hlés og greip inn í ef ástæða var til.

Virkir þátttakendur

Feðurnir lýsa því hvernig þeir eru virkir þátttakendur í fæðingunni og hvernig þeir taka þátt í að móta fæðingarumhverfið með maka sínum og fjölskyldu. Þeir hafa skýrara hlutverk heima og eru hluti af heildinni (1, 3, 14, 22, 32, 43, 45, 46, 60, 64). Þeir nota endurtekið orðin „við“ og „okkar“ þegar þeir lýsa reynslu sinni (1, 2, 10, 12, 13, 14, 21, 28, 45, 46). Tveir taka fram að heima séu þeir ekki „gestur“ (5) eða „aðskotahlutur“ (43) eins og þeir virðast hafa upplifað áður við fæðingu.

Í djúpvíðtölunum lýstu feðurnir því hvernig það að hafa hlutverk við undirbúning heima í aðdraganda fæðingar og eftir að hún var komin af stað hafi verið jákvæð upplifun sem gerði það að verkum að þeir gátu látið tímann líða á meðan þeir sinntu ákveðnum verkum í stað þess að bíða á meðan hriðar ágerðust. Í víðtölunum voru praktískar þælingar um hvernig heimilið er undirbúið þegar það er valið sem fæðingarstaður rauður þráður en kemur ekki eins sterkt fram í innihaldsgreiningu. En bæði Ari og Baldur lýsa undirbúningi á heimilinu sem sínu hlutverki og lýsa því hvernig þeir höfðu hugsað um það fyrirfram hvernig allt ætti að vera og jafnvel æft sig í að blása upp sundlaug og tengja við vatn.

Annar upplifði að hafa meira hlutverk heima í sjálfri fæðingunni heldur en áður á sjúkrahúsi þar sem honum fannst hann „hálf kjána-

legur“ og að „honum væri væri ýtt til hliðar“ á meðan hinn upplifði hlutverk sitt í sjálfri fæðingunni svipað en þó meiri nánd við konu sína heima.

Fjölskylduatburður

Feðurnir líta á fæðinguna sem fjölskylduatburð og margir (1, 2, 8, 11, 21, 22, 24, 36, 46, 63, 64, Ari) koma inn á þá nánd sem myndast á milli fjölskyldumeðlima þegar allir standa saman að fæðingunni. Margir nefna kosti þess að hafa eldri systkini nálæg eða aðra fjölskyldumeðlimi. Þeir telja það hafa jákvæð áhrif á tengslamyndun milli fjölskyldumeðlima að fá að taka þátt og nefna sérstaklega tengsl á milli systkina og hvernig það geti aukið tengslin og dregið úr afbrýðisemi að eldri systkini fái að vera nálægt við fæðingu nýs einstaklings í fjölskylduna. Eins og sjá má í eftirfarandi tilvitnunum:

Ég tel að heima fæðingin hafi einnig verið góður kostur fyrir systkinin tvö sem fyrir voru en þau komu beint upp í rúm til pabba og mömmu fljótlega eftir fæðinguna. Sú athöfn hefði sennilega ekki verið eins heimilisleg á stofnun og börnin sennilega ekki upplifað sig eins örugg. En elsti sonur okkar upplifði ákveðið óöryggi þegar systir hans fæddist á spítala (21).

Traust á ljósmóður og persónulegt samband

Feðurnir lýsa persónulegum tengslum við ljósmóður sem veitti þeim upplýsingar og stuðning. Þeir vissu fyrirfram hver kæmi og höfðu myndað tengsl og traust við ljósmóðurina fyrir fæðingu. Þeir treystu fagþekkingu ljósmóðurinnar sem veitti þeim öryggi. Jafnframt upplifðu þeir að fá þjónustu sem væri sniðin að þeirra þörfum og samfelld frá meðgöngu, í gegnum fæðingu og sængurlegu. Þeir voru afslappaðir með þá sem þeir höfðu valið í kringum sig. Feðurnir upplifa að þeir ásamt maka sínum séu við stjórn í eigin umhverfi en sækja styrk og öryggi til ljósmóðranna sem þeir mynda gott samband við (1, 2, 5, 8, 14, 21, 22, 24, 28, 45, 61, 65, Ari, Baldur) eins og sést vel í eftirfarandi tilvitnunum:

Stærstu kostirnir við heima fæðingu fannst mér að við vissum hvaða ljósmóðir yrði viðstödd, við vorum búin að hitta hana nokkrum sinnum og hún búin að byggja upp traust (2).

Einn faðir sem upplifði fæðingu sem byrjaði heima en lauk eftir flutning á sjúkrahús tekur fram að hann myndi „hiklaust velja heima fæðingu aftur, því samband ljósmóður og foreldra er svo gott.“ (45).

UMRÆÐA

Heima fæðing er vel ígrunduð ákvörðun verðandi foreldra sem leiðir til jákvæðrar upplifunar föður af fæðingarferlinu. Niðurstöður í þessari rannsókn um jákvæða reynslu af heima fæðingu eru í takt við niðurstöður fyrri rannsókna um reynslu fedra af heima fæðingu (Jouhki o.fl., 2015; Lindgren og Erlandsson, 2011 Sweeney og O'Connell, 2015). Í þeim rannsóknum kom fram að feður fylgdu konu sinni eftir þegar kom að ákvörðun um heima fæðingu. Við ákvörðunina komu upp vangaveltur um öryggi, náttúrulegan gang fæðingar og viðhorf samfélagsins. Feðurnir lýstu því að það hefði yfirleitt verið ósk konunnar að fæða heima sem faðirinn hefði síðan fallist á og fyrir suma þeirra hefði það verið erfitt. Í rannsókn Guðlaugar H. Björgvinsdóttur (2010) taka íslenskir feður í sama streng varðandi ákvörðun um heima fæðingu sem konur þeirra áttu frumkvæði að. Í þessari rannsókn lýsa feðurnir sér og maka sínum hins vegar sem einni heild. Þeir lýsa reynslu sinni sem samofinni við konu sína þar sem þau fóru saman í gegnum ferlið frá ákvörðun á meðgöngunni, í fæðingu og sængurlegu og þau hafi tekið sameiginlega ákvörðun um fæðingarstað. Samanber líkan fyrir ljósmóðurþjónustu í fæðingu (Berg o.fl., 2012) lýsa feðurnir í þessari rannsókn hvernig þeir taki ákvörðun með því að kynna sér heima fæðingar, ræði við og myndi samband við ljósmóður og horfi á endanum til þess að öryggið sé heima þar sem þeir taki virkan þátt og lífeðlisfræðileg fæðing fær að hafa sinn gang. Þeir treysta faglegri þekkingu ljósmóðurinnar til þess að gripa inn í ef eitthvað ber út af. Fyrri reynsla fedra af fæðingum hjálpar þeim einnig við ákvörðunina sem er í samræmi við niðurstöður Sweeney og O'Connell (2015) og um hvernig konur

velja fæðingarstað, eftir öflun upplýsinga, vegna fyrri reynslu af og hvar þær upplifa öryggi (Elva Björg Einarasdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009).

Í þessari rannsókn koma fram viðhorf feðra um að vanþekking á heima fæðingum valdi fordómum. Þeir lýsa því að samfélagið horfi til sjúkrahúss sem hins viðurkennda fæðingarstaðar þar sem öryggið sé að finna. Þetta er í samræmi við aðrar rannsóknir sem hafa sýnt að fólk finnur fyrir öryggi á sjúkrahúsum sem lýsir sér í trausti á heilbrigðisstarfsmönnum og jafnvel tæknihyggju (Bedwell o.fl., 2011; Hadjigeorgiou o.fl., 2012; Jouhki o.fl., 2015; Lindgren og Erlandsson, 2011; Sweeney og O'Connell, 2015). Trú feðra á öryggi í heima fæðingum er í samræmi við niðurstöður rannsókna á öryggi skipulagðra heima fæðinga fyrir ákveðna hópa. Útkoma heima fæðinga er þar jafngóð og sjúkrahús fæðinga auk þess sem minni hætta er á inngripum í lífeðlisfræðilegt ferli fæðingar heima (Cheyney o.fl., 2014; de Jonge o.fl., 2013; Halldansdóttir, Smarason, Ólafsdóttir, Hildingsson og Sveinsdóttir, 2015; Olsen og Clausen, 2012).

Í ljósi þess að boðið er upp á heima fæðingar innan íslenska heilbrigðiskerfisins kemur það á óvart að sumir íslensku feðurnir upplifðu heima fæðingar utan þess og að þeir hafi ekki fengið upplýsingar um þær óumbeðið frá heilbrigðisstarfsfólki. Þjónusta ljósmóður við heima fæðingu er greidd af Sjúkratryggingum Íslands sé ljósmóðirin aðili að rannsókninni (Sjúkratryggingar Íslands, 2013) og heimili er skilgreindur fæðingarstaður í leiðbeiningum landlæknis (Landlæknisembættið, 2007). Þeir lýstu sömu reynslu og sænskir feður gerðu í rannsókn Lindgren og Erlandsson (2011) þrátt fyrir að heima fæðingar séu ekki hluti af heilbrigðiskerfinu í Svíþjóð nema á einstaka svæðum og mun sjaldgæfari þar en á Íslandi. Feðurnir í þessari rannsókn lýstu reynslu sinni af heima fæðingunni sem frábærri upplifun þar sem þeir voru virkir þátttakendur í fæðingunni og við stjórnvölinn. Það að fæðingin væri fjölskylduatburður var þeim ofarlega í huga sérstaklega að eldri systkini gátu fengið að taka þátt sem þeim fannst hafa góð áhrif á tengsl milli systkina sem er í samræmi við fyrri rannsóknir á upplifun feðra af heima fæðingum (Jouhki o.fl., 2015; Lindgren og Erlandsson, 2011; Sweeney og O'Connell, 2015).

Feðurnir í þessari rannsókn töluðu um sig og maka sem eitt og notuðu endurtekið „við“ og „okkar“ og tala um fjölskylduna frá því að barnið er komið í heiminn ólíkt því sem Longworth og Kingdon (2011) lýsa, þar sem feður tala ekki um sig, konu sína og barn sem fjölskylda fyrr en heim er komið, þrátt fyrir að þeir telji föðurhlutverkið byrja við fæðingu barns. Heimilið hefur því mögulega þau áhrif á tengslamyndun föður við barn sitt að tengslin myndast fyrr.

Í sjúkrahús fæðingum hafa feður lýst þeirri reynslu að vera á hliðarlínunni án þess að vera virkir þátttakendur (Longworth og Kingdon, 2011). Það er í samræmi við það hvernig feðurnir hér og í rannsóknnum Jouhki og félaga (2015) og Sweeney og O'Connell (2015) lýsa fyrri reynslu sinni af sjúkrahús fæðingum um leið og þeir lýsa því hvernig heima fæðingin var ólík þar sem þeir höfðu meira hlutverk og voru virkari þátttakendur. Það má mögulega skýra með því persónulega sambandi sem þeir áttu við ljósmóðurina sem þeir segja að hafi veitt þeim öryggi og því að þeir voru í eigin umhverfi þar sem völdin voru í þeirra höndum. En rannsóknir hafa sýnt að feður fá ekki alltaf þann stuðning frá heilbrigðisstarfsmönnum sem þeir þurfa til þess að geta tekið virkan þátt í fæðingunni og stutt konu sína (Longworth og Kingdon, 2011; Steen o.fl., 2012).

Persónulegt samband við ljósmóður, stuðningur og samfelld þjónusta í gegnum ferlið var feðrunum mjög hugleikið. Það var bæði mikilvægt við ákvarðanatökuna og stór þáttur í frábærri upplifun af fæðingunni. Það er í samræmi við fyrri rannsóknir um áhrif stuðnings ljósmóður á fæðingarupplifun feðra sem tengdur er jákvæðri upplifun (Hildingsson, o.fl., 2011).

Niðurstöður þessarar rannsóknar eru í samræmi við hugmyndafræði og stefnu Ljósmæðrafélags Íslands (2000) og ICM (2008) og hvetja til þess að ljósmæður leitist við að starfa samkvæmt þeim. Reynsla feðranna ítrekar mikilvægi trausts sambands við ljósmæður og persónulegrar samfelldrar þjónustu þar sem þarfir verð-

andi foreldra og barns eru í fyrirrúmi. Niðurstöðurnar minna okkur jafnframt á mikilvægi umræðu um alla valkosti við feður jafnt sem mæður, til þess að tryggja að einstaklingar geti tekið ákvörðun í samræmi við eigin hagsmuni og þannig fengið þjónustu við hæfi. Rannsóknir um þetta efni eru fáar og þessi bætir við þekkingu sem nýta má í ljósmóðurstarfi til að efla þjónustu við feður í barn-eignarferlinu.

Styrkleikar þessarar rannsóknar eru að mikill samhljómur er milli greiningar á texta í opnum spurningum og djúpvíðtölum og upplýsingar nást frá 66 feðrum með ólíkum eiginlegum aðferðum. Ítarlegri upplýsingar komu fram í djúpvíðtölunum þar sem feðurnir lýstu því hvernig þeir undirbyggja heimilið fyrir fæðinguna og lýstu betur með hvaða hætti þeir tóku virkan þátt en fram kom í textasvörum við spurningalista.

Takmarkanirnar felast í úrtakinu en æskilegt hefði verið að taka fleiri víðtöl við feður. Mögulegt er að þeir sem völdu að svara spurningalistanum endurspegli ekki þýðið. Niðurstöðurnar er ekki hægt að yfirfæra á reynslu annarra feðra af heima fæðingum.

Frekari rannsókna er þörf á reynslu feðra af barneignarferlinu heima og heiman. Áhugavert væri að skoða nánar og bera saman upplifun feðra af fæðingum eftir fæðingarstað til dæmis með spurningalista sem þegar hefur verið prófaður í rannsókn Bélanger-Lévesque og félaga (2014) og fá um leið samanburð milli landa.

Mikilvægt er að skoða hvaða þættir hafa áhrif á val á fæðingarstað og hvað betur megir fara til að bæta upplýsingagjöf í meðgönguvernd og raunverulegt val á fæðingarstað. Það væri gott að gera það með þátttökurannsókn sem getur verið góð leið til að bæta starfshætti með jákvæðum hætti.

LOKAORÐ

Feður sem velja heima fæðingu horfa á heimilið sem öruggan stað og upplifa heima fæðingu sem innilega lífsreynslu sem hefur styrkjandi áhrif á samband fjölskyldumeðlima þar sem þeir eru hluti af heildinni með ljósmóður til halds og trausts.

Þrátt fyrir leiðbeiningar um upplýsingagjöf um val á fæðingarstað í meðgönguvernd virðist slíkt ekki skila sér til feðra. Mikilvægt er að efla upplýsingagjöf og umræðu um heima fæðingar í samfélaginu og þörf er á kynningu á heima fæðingum til jafns við aðra fæðingarstaði í meðgönguvernd til beggja foreldra.

HEIMILDASKRÁ

- Bedwell, C., Houghton, G., Richens, Y. og Lavender, T. (2011). 'She can choose, as long as I'm happy with it': A qualitative study of expectant fathers' views of birth place. *Sexual and Reproductive Healthcare* 2(2), 71–75. doi:10.1016/j.srhc.2010.12.001
- Berg, M., Ólafsdóttir, Ó. A. og Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3, 79–87. doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001
- Bélanger-Lévesque, M.-N., Pasquier, M., Roy-Matton, N., Blouin, S. og Pasquier, J.-C. (2014). Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open*, 4, e004013. doi:10.1136/bmjopen-2013-004013
- Blix, E., Kumle, M. H., Ingversen, K., Huitfeldt, A. S., Hegaard, H. K., Ólafsdóttir, Ó. Á. o.fl. (2016). Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries – a prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 95(4), 420–428. doi: 10.1111/aogs.12858
- Cheyney, M., Bovbjerg, M., Everson, C., Gordon, W., Hannibal, D. og Vedam, S. (2014). Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(1), 17–27. doi:10.1111/jmwh.12172
- de Jonge, A., Mesman, J., Manniën, J., Zwart, J. J., van Dillen, J., og van Roosmalen, J. (2013). Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *BMJ*, 346, [Rafræn frumtúgáfa]. doi:10.1136/bmj.f3263
- Elo, S. og Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Elva Björg Einarasdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2009). Vald og val á fæðingarstað: Sjónarhorn kvenna og ljósmæðra. Í Helga Gottfredsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (Ritstj.), *Lausnarsteinar: Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag og Ljósmæðrafélag Íslands.
- Guðlaug H. Björgvinsdóttir. (2010). *Heima fæðingar á Norðurlöndum – Ísland: áhrifaþættir og reynsla foreldra af heima fæðingum, forrannsókn*. Óbirt Cand.Obst.-ritgerð: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild. Sótt 17. mars 2014 af hdl.handle.net/1946/5448

- Guðrún Huld Kristinsdóttir. (2010). *Heimafæðingar á Norðurlöndum – Ísland: Þýðing spurningalista og rannsóknaráætlun*. Óbirt Cand.Obst.-ritgerð: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild. Sótt 17. mars 2014 af <http://hdl.handle.net/1946/5326>
- Hadjigeorgiou, E., Kouta, C., Papastavrou, E., Papadopoulos, I. og Mártensson, L. B. (2012). Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: An integrative review. *Midwifery*, 28, 380–390. doi:10.1016/j.midw.2011.05.006
- Halfðansdóttir, B., Smarason, A. K., Olafsdóttir, O. A., Hildingsson, I. og Sveinsdóttir, H. (2015). Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005–2009: a retrospective cohort study. *Birth*, 42(1), 16–26. doi: 10.1111/birt.12150
- Helga Gottfredsdóttir. (2005). Prospective first-time fathers and their views on fatherhood in the context of the new policy on parental leave in Iceland. *Birth Issues*, 14(4), 128–134.
- Hildingsson, I., Cederlöf, L. og Widén, S. (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women and Birth*, 24, 129–136. doi:10.1016/j.wombi.2010.12.003
- Hildingsson, I., Blix, E., Hegaard, H., Huitfeldt, A., Ingversen, K., Ólafsdóttir, Ó. Á. o.fl. (2015). How long is a normal labor? Contemporary patterns of labor and birth in a low-risk sample of 1,612 women from four nordic countries. *Birth*, 42(4), 346–353. doi: 10.1111/birt.12191
- International Confederation of Midwives (ICM). (2008). *International code of ethics for midwives*. Sótt 28. mars 2014 af http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20ENG%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
- Johansson, M., Fenwick, J. og Premberg, Å. (2015). A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery*, 31(1), 9–18. doi: 10.1016/j.midw.2014.05.005
- Jouhki, M. R., Suominen, T. og Åstedt-Kurki, P. (2015). Supporting and sharing - home birth: Fathers' perspective. *American Journal of Men's Health*, 9(5), 421–429. doi: 10.1177/1557988314549413
- Landlæknisembættið. (2014, 11. júlí). Heilbrigðistöflfræði: Fæðingar – tölur: *Hlutfall heimafæðinga af öllum fæðingum á Íslandi 1980–2013*. Sótt 1. ágúst 2014 af <http://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/tolfraedi/faedingar/>
- Landlæknisembættið. (2007). *Leiðbeiningar um val á fæðingarstað*. Sótt 30. janúar 2014 af <http://www.landlaeknir.is/utgefing-efni/skjal/item2818/Leiðbeiningar-um-val-a-faedingarstad>
- Lindgren, H. og Erlandsson, K. (2011). She leads, he follows – fathers' experiences of a planned home birth. A Swedish interview study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 2(2), 65–70. doi:10.1016/j.srhc.2010.12.002
- Ljósmaðrafélag Íslands. (2000). *Hugmyndafræði og stefna*. Sótt 1. maí 2011 af <http://ljosmaedrafelag.webmaster.is/Assets/Utgafa/Imfistefnumotun.pdf>
- Longworth, H. L. og Kingdon, C. K. (2011). Fathers in the birth room: What are they expecting and experiencing? A phenomenological study. *Midwifery*, 27, 588–594. doi:10.1016/j.midw.2010.06.013
- Odent, M. (2009). The masculinisation of the birth environment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 23(3), 185–191.
- Olsen, O. og Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD000352.pub2
- Sigríður Halldórsdóttir. (2013). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 281–297). Akureyri: Áspret Still ehf.
- Sigurlína Davíðsdóttir. (2013). Eigindlegar eða meginlegar rannsóknaraðferðir? Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 229–237). Akureyri: Áspret Still ehf.
- Sjúkratryggingar Íslands. (2103). *Rammasamningur*. Sótt 8. febrúar 2014 af <http://www.sjukra.is/heilbrigdisstarfsfolk/samningar-um-heilbrigdisthjonustu/>
- Steen, M., Downe, S., Bamford, N. og Edozien, L. (2012). Not-patient and not-visitor: A metasynthesis of fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28, 422–432. doi:10.1016/j.midw.2011.06.009
- Sweeney, S. og O'Connell, R. (2015). Puts the magic back into life: Fathers' experience of planned home birth. *Women and Birth*, 28, 148–153. doi:10.1016/j.wombi.2014.12.001



Tilkynning frá Námsbraut í ljósmóðurfræði við Hjúkrunarfræðideild

Breytingar á námsskrá í ljósmóðurfræði

Í desember 2015 var á deildarfundi Hjúkrunarfræðideildar við Háskóla Íslands samþykkt tillaga um breytingar á námi í ljósmóðurfræði. Breytt námsskrá felur í sér 120 eininga meistaranám í ljósmóðurfræði til starfsréttinda. Inntökuskilyrði verða áfram BS nám í hjúkrunarfræði og hjúkrunarleyfi á Íslandi (240 einingar). Alls verða 30 einingar úr BS námi í hjúkrun metnar inn í meistaranám við Hjúkrunarfræðideild.

Námsskrá í breyttu námi byggist á endurskoðaðri námsskrá í hjúkrunarfræði sem byrjað var að kenna eftir haustið 2015. Forkrafa fyrir umsókn í ljósmóðurnám er að hafa lokið tveimur valnámskeiðum á 4. ári sem hafa vinnuheitið Kyn- og frjósemisheilbrigði (6 einingar) og Konur, heilsa og samfélag (10

einingar). Enn fremur að klínískt lokaverkefni í hjúkrunarfræði (10 einingar) sé á sviðum sem nýtast sem grunnur í ljósmóðurnámi eins og innan heilsugæslu (t.d. ung- og smábarnavernd), barnahjúkrunar (t.d. nýburagjörgæsla), heilbrigði kvenna, stjórnun, og bráða- og gjörgæsluhjúkrun.

Tekið er inn í ljósmóðurnám samkvæmt núverandi kerfi þrisvar sinnum enn, þ.e. haustið 2016, 2017 og 2018. Inntaka og kennsla samkvæmt nýrri námsskrá í ljósmóðurfræði hefst haustið 2019.

*F.h. námsbrautar í ljósmóðurfræði
Óláf Ásta Ólafsdóttir*



Á að framkalla fæðingu vegna aldurs kvenna?



Helga Valgerður Skúladóttir, ljósmóðir við meðgöngu- og sængurlegudeild 22A.



Ólöf Ásta Ólafsdóttir, ljósmóðir PhD. Dósent við námsbraut í ljósmóðurfræði við Hjúkrunarfræðideild HÍ.



Birna Gerður Jónsdóttir, M.Sc., aðstoðaryfirljósmóðir fæðingarvaktar 23B og klínískur lektor.

ÚTDRÁTTUR

Barneignaraldur hefur farið hækkandi í þróuðum löndum síðustu áratugi. Hækkadur aldur kvenna á meðgöngu hefur verið tengdur við aukna tíðni meðgöngukvilla, sjúkdóma og verri útkomu fæðingar. Viða hafa verið settar fram vinnureglur um framköllun fæðingar til þess að bæta útkomu fæðingar meðal eldri kvenna. Framköllun fæðingar er mikið inngrip í eðlilegt fæðingarferli og hefur verið tengt við ýmsa fylgikvilla, því er mikilvægt að skoða ávinning hennar vel.

Eldri konur á meðgöngu eru konur 35 ára og eldri en áhrif aldurs á meðgöngu og fæðingu er mest hjá 40 ára og eldri. Aukin meðgöngulengd hjá þeim er talin tengjast hlutfallslega fleiri andvana fæðingum. Framköllun fæðingar virðist réttlæt看legt við 39–40 vikna meðgöngu hjá konum 40 ára og eldri. Niðurstöður eru byggðar á fræðilegri samantekt á rannsóknum um efnið en þó skal árétta að þörf er á frekari rannsóknum. Ávallt gildir einstaklingsbundið og upplýst val kvenna um framköllun fæðingar vegna aldurs.

Þörf er á almennri umræðu í samfélaginu um barneignaraldur. Mikilvægt er að ljósmæður og annað heilbrigðisfagfólk veiti ungu fólki fræðslu vegna ákvörðunar um barneignir, og áhrif þess að seinka barneignum.

Á að framkalla fæðingu vegna aldurs kvenna?

Framköllun fæðingar er mikið inngrip í eðlilegt fæðingarferli og því mikilvægt að vega og meta hvort og hvernig ávinningurinn er af henni. Framköllun fæðingar vegna aldurs kvenna hefur aukist á undanförunum árum og víða í löndum í kringum okkur eru verklagsreglur um gangsetningar eingöngu vegna aldurs. Í verklagsreglum Landspítalans um framköllun fæðingar er aldur kvenna ekki

skýr ábending en sagt að ræða eigi framköllun fæðingar við konur sem eru eldri en 40 ára við 40 til 41 viku meðgöngu (Gæðahandbók Kvenna- og barnasviðs, 2015). Þar sem þessi verklagsregla er frekar ný og við höfum skynjað að ljósmæður undrast þetta inngrip í eðlilega meðgöngu þessara kvenna er mikilvægt að ræða og skoða hvaða þekking liggur hér að baki.

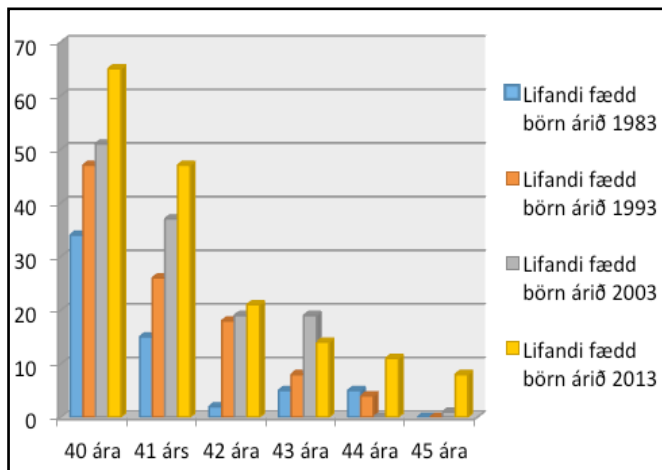
Þessi grein byggir á fræðilegri samantekt sem Helga Valgerður gerði til kandidatsprófs í ljósmóðurfræði vorið 2015. Gagnasöfnun fór fram á veraldarvefnum og leitað var eftir rannsóknum í gagnagrunnum eins og PubMed, UpToDate, Scopus, Chinal og Proquest (helstu leitarorð voru Advanced maternal age, Maternal age, Induction of labour, Pregnancy and Outcome of birth). Lögð var áhersla á tímabilið 2005–2015. Við lestur fundust fleiri rannsóknir með snjóboltaaðferðinni og var í lokin einnig stuðst við nokkrar eldri rannsóknir. Mikið fannst af rannsóknum um áhrif hækkandi aldurs á meðgöngu og útkomu fæðingar en vöntun er á rannsóknum um ávinning af framköllun fæðingar meðal eldri kvenna.

Tilgangurinn er að rýna í fræðin og reyna að svara spurningunni: Á að framkalla fæðingu vegna aldurs kvenna? Mikilvægt er að fagfólk og konur séu vel upplýstar um áhrif aldurs á útkomu fæðingar og að ljósmæður hafi þekkingu og skilning til að geta veitt eldri konum bestu mögulegu umönnun við upphaf fæðingar. Þrátt fyrir verklagsreglur skiptir einstaklingsbundið og upplýst val kvenna ávallt máli þegar framköllun fæðingar er ákveðin. Ljósmæður vilja gefa konum sem þess óska kost á sjálfkrafa fæðingu og að eiga eðlilega fæðingu óháð aldri þeirra.

Hækkandi barneignaraldur

Barneignaraldur hefur farið hækkandi víðs vegar í heiminum og

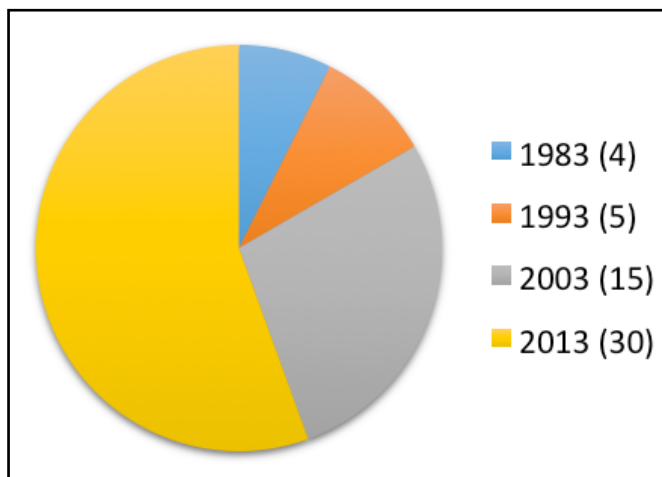
fyrir því liggja mismunandi ástæður (Cooke, Mills og Lavender, 2010). Fleiri eldri konur verða þungaðar í dag og eru konur einnig eldri þegar þær eignast sitt fyrsta barn. Þrátt fyrir að frjósemi fari minnkandi eftir aldri fresta margar konur barneignum sínum til að gefa menntun og starfi sínu forgang, finna fjárhagslegt öryggi og réttan lífsförunaut (Schytt, Nilsen, Bernhardt, 2014). Konur sem eiga í erfiðleikum með að verða þungaðar geta sótt sér aðstoðar við þungun með tæknifrjövgun. Líklegt er að fleiri eldri konur verði þungaðar með utanaðkomandi aðstoð eins og tæknifrjövgun sem er bæði tæknisæðing (IUI) og glasafrjövgun (IVF) (Artmedica, 2015). Í dag eru barnshafandi konur á aldrinum 35 ára og eldri líklegar til að vera vel menntaðar (Carolan, 2003) hafa góða félagslega stöðu (Hammarberg og Clarke, 2005) og eiga færri börn (Carolan og Frankowska, 2010).



Mynd 1. Samanburður á fjölda lifandi fæddra barna yfir 40 ára tímabil hjá konum á Íslandi við 40-45 ára aldur (Hagstofa Íslands, 2015).

Hækkandi aldur kvenna á meðgöngu er tengdur við aukna tíðni burðarmálsaða og andvana fæðingu þrátt fyrir tilheyrandi meðhöndlun undirliggjandi sjúkdóma meðal barnshafandi kvenna (Fretts o.fl., 1995; Pasupathy, Wood, Pell, Fleming og Smith, 2011). Eldri konur fá sömu meðgöngukvilla og yngri konur en tíðni þeirra eykst með hækkunum aldri kvenna. Algengustu vandamál á meðgöngu eru háþrýstingur og sykursýki sem bæði getur tengst meðgöngu eða verið undirliggjandi sjúkdómur hjá móður. Tíðni háþrýstings og sykursýki eykst með hækkandi aldri, sér í lagi hjá konum sem eru einnig í yfirþyngd (Fretts, 2015).

Á Íslandi hefur þróunin verið á þann veg að árin 1986–1990 var meðalaldur kvenna 27,6 ár en 20 árum síðar var hann 29,6 ár. Þá hefur meðalaldur frumbyrja einnig farið hækkandi en meðal-



Mynd 2. Fjöldi frumbyrja á aldrinum 40-45 ára yfir 40 ára tímabil (Hagstofa Íslands, 2015).

aldur var 23,7 ár á tímabilinu 1986–1990 en var kominn í 26,7 ár 20 árum síðar (Hagstofa Íslands, 2015). Þegar rýnt er í gögn frá Hagstofu Íslands sem ná yfir 40 ára tímabil má sjá fjölgun fæðinga hjá 40–45 ára konum. Í aldurshópnum 40–45 ára fæddu konur 61 barn árið 1983, 103 börn árið 1993, 127 börn árið 2003 og árið 2013 fæddust 166 börn innan aldurshópsins, sjá mynd 1. Á sama tíma og fæðingum fer fjölgandi hjá þessum hópi kvenna má sjá mikla aukningu á frumbyrjum í hópnum, sjá mynd 2. Þessar tölur lýsa glöggst hvernig íslenskar konur hafa seinkað barneignum sínum (Hagstofa Íslands, 2015).

Áhrif hækkandi aldurs kvenna á útkomu fæðingar

Aukin tíðni inngripa er í fæðingum eldri kvenna (Carolan og Frankowska, 2011) og einnig eru áhaldafæðingar og keisaraskurðir algengari hjá þessum hópi kvenna (Carolan o.fl., 2011; Wang o.fl., 2011; Gilbert o.fl., 1999; Patel o.fl. 2005; Ecker o.fl., 2001; Smith o.fl., 2008; Treacy o.fl., 2006; Hsieh o.fl., 2010). Rannsóknunum ber ekki saman um orsök aukinnar tíðni keisaraskurðar og áhaldafæðingar meðal eldri kvenna en talið er að virkni legvöðvans skerðist með hækkunum aldri kvenna (RCOG, 2013).

Tíðni andvana fæðingar meðal eldri kvenna eykst með aukinni meðgöngulengd.

Með hækkunum aldri kvenna og aukinni meðgöngulengd er aukin hætta á óútskýrðum andvana fæðingum (Flenady o.fl., 2011b; Haavaldsen o.fl., 2010; Hilder o.fl., 1998; Nybo o.fl., 2000). Hækkandi aldur kvenna við meðgöngu er tengdur hærri tíðni burðarmálsaða og andvana fæðingar þrátt fyrir tilheyrandi meðhöndlun undirliggjandi sjúkdóma (Fretts o.fl., 1995; Pasupathy, Wood, Pell, Fleming og Smith, 2011). Svipuð tíðni andvana fæðingar er hjá konum 40 ára og eldri við 39 vikna meðgöngu samanborið við 25–29 ára við 41 viku meðgöngu (Reddy o.fl., 2006; Wyatt o.fl., 2005). Hætta á andvana fæðingu hjá konum 35 ára og yngri við 41. viku meðgöngu er 0,75 af hverjum 1000 konum samanborið við 2,5 af hverjum 1000 konum 40 ára eða eldri (Reddy o.fl., 2006).

Tengsl hækkandi aldurs kvenna og andvana fæðingar

Huang o.fl. (2008) framkvæmdu yfirlitsrannsókn með það að markmiði að skoða tengsl hækkandi aldurs kvenna á meðgöngu við aukna hætta á andvana fæðingu. Rannsóknin náði yfir 37 rannsóknargreinar sem allar voru með háan gæðastuðul, samkvæmt gæðastigun Newcastle-Ottawa. Af þessum 37 rannsóknum voru meira en 80% sem sýndu tölfræðilega marktæka hækkun á tíðni andvana fæðingar meðal kvenna með hækkandi aldri þeirra. Hlutfallslega aukin hætta meðal eldri kvenna ≥ 35 ára er 4,53 af hverjum 1000 fæðingum samanborið við 1,20 hjá yngri konum, 20–34 ára. Rannsakendur ályktuðu einnig að orsök andvana fæðingar væri óljós og þörf væri á framtíðarrannsóknum (Huang, Sauve, Birkett, Fergusson og Walraven, 2008).

Reddy o.fl. (2006) gerðu afturskyggða rannsókn í Ameríku og skoðuðu tengsl aldurs kvenna á meðgöngu við andvana fæðingar og tóku þar einnig mið af meðgöngulengd. Rannsóknin náði til yfir fimm milljón kvenna á tímabilinu 2001 til 2002, sem gengu með einbura og voru ekki með skráða þekkta galla hjá föstri. Í rannsókninni var andvana fæðing (e. stillbirth) skilgreind sem dáið föstur við 20 vikna meðgöngu eða meira. Flokkað var eftir aldri kvenna, yngri en 20 ára, 20–24 ára, 25–29 ára, 30–34 ára, 35–39 ára og 40 ára og eldri. Niðurstöður sýndu að meðal kvenna á aldrinum 35–39 ára við 37.–41. viku meðgöngu var hætta á andvana fæðingu 1 af hverjum 382 meðgöngum. Það er 1,32 sinnum hærri tíðni samanborið við konur yngri en 35 ára. Meðal

kvenna á aldrinum 40 ára og eldri við 37.–41. viku meðgöngu var hætt á andvana fæðingu 1 af hverjum 267 meðgöngum. En það eru 1,88 sinnum hærri tíðni samanborið við konur 35 ára og yngri. Hlutfallsleg hætt á þrisvar sinnum hærri meðal kvenna á aldrinum 40 ára og eldri samanborið við konur 35 ára og yngri miðað við 41. viku meðgöngu. Þegar leiðrétt hafði verið fyrir sjúkdómum meðal þýðis höfðu konur á aldrinum 35–39 ára við 37.–41. viku meðgöngu 1,28 sinnum hærri tíðni andvana fæðingar, konur á aldrinum 40 ára og eldri höfðu 1,79 sinnum hærri tíðni andvana fæðingar samanborið við konur 35 ára og yngri. Miðað við allt þýðið voru 73% kvenna 40 ára og eldri sem fæddu andvana barn án þekktra sjúkdóma. Aukin tíðni andvana fæðingar var bæði hjá frumbyrjum og fjölbyrjum en þó höfðu frumbyrjur aukna tíðni andvana fæðingar samanborið við fjölbyrjur. Frumbyrjur 40 ára og eldri höfðu þannig 2,63 sinnum aukna tíðni á andvana fæðingu samanborið við fjölbyrjur á sama aldri við 37. viku meðgöngu eða lengur. Rannsakendur skoðuðu einnig hvort kynstofn hefði áhrif á tíðni andvana fæðingar og sýndu niðurstöður að svartar konur voru í aukinni hættu. Svartar konur 40 ára og eldri voru í 1,26 sinnum aukinni hættu á andvana fæðingu samanborið við hvítar konur á sama aldri við 37–41 viku meðgöngu. Rannsakendur ályktuðu að konur 35 ára og eldri eru í aukinni hættu á andvana fæðingu allan meðgöngutímann miðað við konur 35 ára og yngri. Hættan er mest við 37.–41. viku meðgöngu (Reddy o.fl., 2006) sjá nánar í töflu 1.

Tafla 1 Hætta á andvana fæðingu með hækkandi aldri kvenna við 37 til 41 viku meðgöngu í Ameríku. Utan sviga eru tölur að undanskildum fósturgöllum. Innan svigans eru tölur sem einnig útiloka sjúkdóma (Reddy o.fl., 2006).

Barneignaraldur	37 til 38 vikur	39 til 40 vikur	41 vika
< 35 ára	1/1639 (1/1887)	1/1020 (1/1149)	1/1333 (1/1449)
35–39 ára	1/1220 (1/1493)	1/735 (1/806)	1/775 (1/952)
≥ 40 ára	1/893 (1/1064)	1/503 (1/667)	1/403 (1/463)

Árið 2009 voru konur í Bretlandi, 40 ára og eldri, 1,7 sinnum líklegri til að fæða andvana barn samanborið við konur á aldrinum 25–29 ára. Nýburadauði var einnig 1,3 sinnum líklegri meðal barna eldri mæðra, sjá nánar töflu 2 (CMACE, 2011) sjá nánar í töflu 2.

Tafla 2 Hætta á andvana fæðingu og nýburadauða miðað við barneignaraldur í Bretlandi árið 2009 (CMACE, 2011).

Barneignaraldur	Andvana fæðing (e. stillbirth)	Nýburadauði
25–29 ára	1/217	1/345
30–34 ára	1/213	1/385
35–39 ára	1/182	1/345
≥ 40	1/132	1/263

Síðustu tvo áratugi hefur tíðni andvana fæðinga í þróuðum ríkjum haldist óbreytt. Markmið rannsóknar Flenady o.fl., (2011b) var að bera kennsl á þá þætti sem geta dregið úr tíðni andvana fæðinga. Rannsóknin er afturskyggn yfirlitsrannsókn þar sem áhættuþættir andvana fæðingar voru greind með gagnasöfnun. Skoðaðar voru 96 rannsóknir sem taldar voru hágæða rannsóknir. Niðurstöður voru þær að hægt er að rekja stórt hlutfall andvana fæðingar í þróuðum löndum til áhættuþátta sem að mestu leyti eða einhverju leyti er hægt að koma í veg fyrir. Helstu áhættuþættir voru fyrir utan hækkandi aldur 35 ára og eldri (7–11%), ofþyngd og offita móður, 8–18%, og reykingar á meðgöngu, 4–7%. Ályktun rannsakenda var að með aukinni vitund og ihlutunum gagnvart þessum áhættuþáttum mætti minnka tíðni andvana fæðingar í þróuðum löndum.

Afturskyggn hóprannsókn Pasupathy o.fl. (2011) hafði það

markmið að skoða tengsl aldurs kvenna og andvana fæðingar vegna súrefnisþurrðar sem á sér stað í fæðingu við settan tíma. Niðurstöður rannsóknar voru að konur 40 ára og eldri eru í tvöföldri hættu á andvana fæðingu sem hægt er að rekja til útkomu fæðingar samanborið við konur 20–34 ára (Pasupathy, Wood, Pell, Fleming og Smith, 2011). Með þessar upplýsingar til grundvallar má íhuga hvort gangsetning fæðingar meðal eldri kvenna fyrir settan dag eigi rétt á sér.

Við hvaða aldur er aukin hætt?

Rannsóknun ber ekki saman um nákvæmlega við hvaða aldur kvenna aukin hætt er á óhagstæðri útkomu fæðingar. Sumar rannsóknir sýna að tengsl við aldur verða aðeins marktæk eftir 40 ára aldur (Nybo, Wolhlfahrt, Christens, Olsen og Melbye, 2000) meðan aðrir rannsakendur sýna fram á aukna hættu við 35 ára aldur (Delbaere o.fl., 2007).

Yfirlitsrannsókn var gerð með það að markmiði að skoða tengsl við hækkandi aldur kvenna á meðgöngu. Þar var lögð áhersla á konur á aldrinum 35–39 ára þar sem niðurstöður rannsókna á þessum hópi kvenna hafa ekki verið eins afgerandi og hjá konum 40 ára og eldri. Skoðaðar voru rannsóknir í Englandi á tímabilinu 2000 til 2010 um tengsl við útkomu fæðingar við aldur kvenna 35–39 ára. Gögn frá rannsóknunum bentu til vægrar aukningar á andvana fæðingum hjá konum á þessum aldri. Rannsakendur ályktuðu að þrátt fyrir aukna tíðni óhagstæðra atvika við fæðingar hjá þessum hópi kvenna mætti ekki gleyma að almennt séð væri útkoma fæðingar hagstæð hjá konum á aldrinum 35–39 ára (Carolan og Frankowska, 2011).

Ávinningur af framköllun fæðingar meðal eldri kvenna

Niðurstöður yfirlitsrannsóknar sýndu að framköllun fæðingar hjá öllum aldurshópum vegna meðgöngulengdar við 41. viku meðgöngu bætir útkomu fæðingar með færri tíðni andvana fæðingum án þess þó að auka tíðni keisara (Gülmezoglu, Crowther, Middleton og Heatley, 2012). Í rannsóknunum má sjá að fæðing er oftast framkölluð vegna meðgöngulengdar og fyrirmálsrífnum himna (Guerra o.fl., 2009). Í leiðbeiningum National Institute for Health and Care Excellence (NICE) í Bretlandi er tekið fram að bjóða ætti öllum konum gangsetningu fæðingar við 41.–42. viku meðgöngu til að fyrirbyggja lengda meðgöngu. Þannig er leitast við að bæta útkomu fæðingar þar sem lengd meðgöngu eykur líkur á andvana fæðingu (NICE, 2008).

Rannsókn Walker, Bugg, Macpherson og Thornton (2012) kannaði álit breskra kvenna og fæðingarlækna á framköllun fæðingar meðal kvenna 35 ára og eldri við settan tíma. Þátttakendur voru 128 starfandi fæðingarlæknar og 663 konur sem voru barnshafandi eða voru nýlega búnar að eiga. Niðurstöður sýndu að 43% kvenna myndu skoða framköllun fæðingar vegna aldurs, 29% myndu íhuga að taka þátt í rannsókn um framköllun fæðingar þar sem fæðing væri framkölluð hjá einum hópi og hjá hinum hópnum væri beðið eftir sjálfkrafa sótt. 3% fæðingarlækna bjóða konum á aldrinum 35–39 ára framköllun fæðingar, 37% bjóða framköllun fæðingar við 40–44 ára aldur og í 55% tilfella er boðið upp á gangsetningu hjá konum eldri en 45 ára. 48% kvenna hafa áhuga á að taka þátt í rannsókn sem mótaði stefnu um framköllun fæðingar hjá frumbyrjum eldri en 35 ára. Rannsakendur ályktuðu að víða væri eldri konum boðin framköllun fæðingar og marktækt hlutfall kvenna telur það raunhæfan kost (Walker o.fl., 2012).

Um þessar mundir fer fram samanburðarrannsókn á eldri frumbyrjum í Englandi. Í öðrum hópnum er framkölluð fæðing við 39–40 vikna meðgöngu en í hinum hópnum er beðið eftir sjálfkrafa sótt nema aðstæður krefjist inngrípa eins og framköllun fæðingar eða keisara. Tilgangur rannsóknar er að sýna hvaða áhrif vinnureglur um framköllun fæðingar hjá eldri frumbyrjum við 39 vikna meðgöngu hefur á tíðni keisara. Annar tilgangur rannsóknarinnar er að svara spurningunni hvort framköllun fæðingar hjá þessum hópi kvenna bæti útkomu fæðingar (Walker, Bugg, Macpherson, McCormick, Wildsmith, Smith og Thornton, 2012).

Framköllun fæðingar hjá eldri frumbyrjum er líklegri til að enda með fæðingu um fæðingarveg en bráðakeisara. Í rannsókn Carolan

o.fl. (2011) jókst tíðni bráðakeisara með hækkandi aldri frumbyrja. Hjá aldurshópnum 24–29 ára var tíðni keisara eftir að hriðar hófust 21,6%, við 35–39 ára 32,9% og hjá konum 40–44 ára 40,6%. Tíðni gangsetningar var 40,1% hjá frumbyrjum á aldrinum 40–44 ára og 37,7% hjá konum 35–39 ára (Carolan, Davey, Biro og Kealy, 2011).

Í stórrí slembivalsrannsókn var skoðuð útkoma fæðingar hjá konum með meðgöngueitrun eða væga meðgöngueitrun, annars vegar var um að ræða konur sem fengu sjálfkrafa sótt og hins vegar framköllun fæðingar. Miðað var við framköllun fæðingar við 36.–41. viku meðgöngu, en niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að tíðni keisara væri sú sama hjá báðum hópum. Rannsakendur ályktuðu að framköllun fæðingar bætir útkomu fæðingar og ætti að bjóða konum með vægt hækkaðan blóðþrýsting við 37 vikna meðgöngu (Koopmans, Biljenga og Groen, 2009).

Framköllun fæðingar er ekki að öllu leyti áhættulaus og mikilvægt að meta vel kosti og galla þess þar sem um mikið inngríp í eðlilegt fæðingarferli er að ræða. Tíðni inngrípa þegar fæðing er framkölluð er aukin. Til dæmis eru auknar líkur á notkun bláæðaleggja, eftirliti með síríta, aukinni þörf á mænurótardeyfingu, áhaldafæðingu og keisaraskurði (Gilbert, 2011). Rannsóknunum ber þó ekki saman um hvort tíðni keisaraskurðar sé aukin við framköllun fæðingar. Í yfirlitsrannsókn Gülmazoglú o.fl., (2012) var skoðaður ávinningur af framköllun fæðingar hjá konum við eða eftir áætlaðan fæðingardag og borin saman við sjálfkrafa sótt við lengda meðgöngu. Rannsakendur ályktuðu að ávinningur gangsetninga væri minni tíðni burðarmálsdauða og færri keisarafæðingar. Einnig kom í ljós minni tíðni sjúkdóma hjá nýburum eins og meconium aspirations þar sem verklag um gangsetningar við lengda meðgöngu er til staðar. Ekki sást marktækur munur á tíðni innlagnar á vökudeild á milli þessa hópa.

Rannsóknir um framköllun fæðingar við aðrar áhættusamar þunganir gefa til kynna að þær bæti útkomu fæðingar með minni tíðni burðarmálsdauða án þess að auka tíðni keisarafæðinga (Walker o.fl., 2012). Áhrif undirliggjandi sjúkdóma, svo sem háþrýstings, offitu og sykursýki eru mikil á meðgöngu og geta haft áhrif á fóstrið. Þegar við bætist hækkandi aldur kvenna aukast líkur enn frekar á neikvæðum áhrifum á útkomu meðgöngu. Þrátt fyrir að þessum undirliggjandi sjúkdómum sé haldið í jafnvægi með lyfjum og mataræði er hækkaður aldur kvenna á meðgöngu sjálfstæður áhættuþáttur fyrir aukna tíðni andvana fæðingar (Fretts, Schmitt-diel, McLean, Usher og Goldman, 1995; Pasupathy, Wood, Pell, Fleming og Smith, 2011).

Umræður og samantekt

Svo virðist sem framköllun fæðingar bæti útkomu fæðingar við áhættusama þungun og lengda meðgöngu. Mikilvægt er að fá frekari rannsóknir um ávinning af framköllun fæðingar vegna aldurs kvenna. Þær rannsóknir sem til eru og hér hafa verið kynntar gefa þó upplýsingar sem styðja það að réttlæt看legt sé að bjóða konum 40 ára og eldri framköllun á fæðingu. Þannig er verið að leitast við að bæta útkomu fæðingar og draga úr líkum á andvana fæðingu meðal eldri kvenna. Rannsóknir um framköllun fæðingar við aðra áhættusamar þunganir gefa til kynna að þær bæti útkomu fæðingar með minni tíðni burðarmálsdauða án þess að auka tíðni keisarafæðinga (Walker o.fl., 2012).

Rannsóknunum ber þó ekki saman um hvaða aldursviðmið eigi að nota við framköllun fæðingar til að ná sem bestum árangri meðal eldri kvenna. Væg aukning er á tíðni andvana fæðingar hjá konum á aldrinum 35–40 ára (Carolan og Frankowska, 2011) samanborið við marktækt aukna tíðni við 40 ára aldur og eldri (Carolan og Frankowska, 2011; Reddy o.fl., 2006).

Þörf er á frekari rannsóknunum um hver ávinningur gangsetningar er samanborið við sjálfkrafa sótt. Einnig er mikilvægt að kanna nánar hvort tíðni keisara sé aukin við framköllun fæðingar samanborið við sjálfkrafa sótt hjá þessum hópi kvenna. Mikilvægt er að kanna stöðu þekkingar meðal kvenna um áhrif hækkandi aldurs við barneignir ekki sist þeirra yngri þegar staðið er frammi fyrir ákvörðun um barn-eign, hvort og hvenær æskilegt sé að ráðgera þungun.

LOKAORD

Ljóst er að hækkandi aldur kvenna á meðgöngu getur haft marg-visleg neikvæð áhrif bæði á meðgöngu og útkomu fæðingar. Aukin tíðni andvana fæðingar meðal eldri kvenna eykst með aukinni meðgöngulengd.

Miðað við þær rannsóknir sem fyrir liggja virðist vera réttlæt看legt að bjóða framköllun á fæðingu hjá konum 40 ára og eldri við 39–40 vikna meðgöngu og þannig leitast við að bæta útkomu fæðingar. Til að styðja við upplýst val kvenna er þó þörf á frekari rannsóknunum um ávinning af framköllun fæðingar meðal eldri kvenna.

Rannsakendur hafa ályktað að eldri konur á meðgöngu geri sér að jafnaði grein fyrir því að aldur þeirra sé áhættuþáttur fyrir ófædda barnið. En hvernig er staðan meðal yngri kvenna sem eru að huga að barneignum?

Miðað við þær rannsóknir sem fyrir liggja virðist vera réttlæt看legt að bjóða framköllun fæðingar hjá konum 40 ára og eldri við 39–40 vikna meðgöngu og þannig leitast við að bæta útkomu fæðingar. Til að styðja við upplýst val kvenna er þörf á frekari rannsóknunum um ávinning af framköllun fæðinga meðal eldri kvenna.

Ljósmaður gegna afar mikilvægu hlutverki í að upplýsa konur á barneignaraldri og fjölskyldur þeirra um þætti sem tengjast kven- og kynheilbrigði, meðgöngu, fæðingu og sængurlegu. Einn af þeim þáttum sem mikilvægt er að huga að er þróun fræðsluefnis og hlutverk ljósmæðra og annars heilbrigðisfólks í fræðslu um ákvörðun kvenna um barneignir. Slíka kven- og kynheilbrigðisþjónustu er mikilvægt að efla og þróa innan heilsugæslunnar, ásamt meðgöngu-verndinni, bjóða t.d. viðtöl og fræðslu um hvernig konur og fjölskyldur þeirra geta undirbúið sig fyrir eða ráðgert þungun. Ungt fólk á barneignaraldri ætti að vera upplýst um áhrif aldurs á barneignir og þá áhættuþætti sem geta fylgt því að fresta barneignum.

HEIMILDASKRÁ

- Art Medica. (2015). Sótt 12. maí 2015 af <http://artmedica.is/doc/131/Barnlaus.pdf>
- Carolan, M. og Frankowska, D. (2011). Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: a review of the evidence. *Midwifery*, 27, 793–801.
- Carolan, M., Davey, M.A., Biro, M.A. og Kealy, M. (2011). Older maternal age and intervention in labour: A population-based study comparing older and younger first-time mothers in Victoria, Australia. *Birth*, 38, 24–29.
- Carlan, M.C. (2003). The graying of the obstetric population: implications for older mother. *Journal of Obstetrics, Gynecology, and Neonatal Nursing*, 32, 19–27.
- Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). (2011). *Perinatal Mortality 2009*. United Kingdom: London.
- Cooke, A., Mills, T.A. og Lavender, T. (2010). Informed and uninformed decision making -Women's reasoning, experiences and perceptions with regard to advanced maternal age and delays in childbearing: a meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10): 1317–1329.
- Delbaere, I., Verstraeten, H., Goetgheulx S., Martens G., De Backer G., et al. (2007). Pregnancy outcome in primiparae of advanced maternal age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 135: 41–46.
- Ecker, J.L. Chen, K.T. Cohen, A.P., Riley, L.E., Lieberman, E.S. (2001). Increased risk of cesarean delivery with advancing maternal age: Indications and association factors in nulliparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 185, 883–887.
- Flenady, V., Middleton, P., Smith, G.C. o.fl. (2011a). The Lancet's Stillbirths series steering committee. Stillbirths: the way forward in high-income countries. *The Lancet*, 377, 1703–1717.
- Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Froen, J. F., Smith G. C., Gibbons, K., o.fl. (2011b). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 377, 1331–1340.

- Fretts, R.C. (2015). Effect of advanced age on fertility and pregnancy in women. Í Wilkins-Haug, L. og Eckler, K. (ritstjórar), UpToDate. Sótt 28. apríl 2015 af <http://www.uptodate.com>
- Fretts, R.C., Schmittiel, J., McLean, F.H., Usher, R.H. og Goldman, M.B. (1995). Increase maternal age and fetal death. *The New England Journal of Medicine*, 333, 953–957.
- Gilbert, E. S. (2011). *Manual of high risk pregnancy & delivery*. (S. útgáfa). St. Louis: Mosby Elsevier
- Gilbert, W.M., Nesbitt, T.S. og Danielsen, B. (1999). Childbirth beyond 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. *Obstetrics & Gynecology*, 93(1), 9–14.
- Guerra, G.V., Cecatti, J.G., Souza, J.P., Faúndes, A., Morais, S.S., Gulmezoglu, A.M., Parpinelli, M.A., Passini Jr, R. og Carroli, G. (2009). Factors and outcomes associated with the induction of labor in Latin America. (BJOG) *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116, 1762–1772.
- Gulmezoglu, A. M., Crowther, C. A., Middleton, P. og Heatley, E. (2012). Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term (Review). *The Cochrane Library*, 6:1–91.
- Gæðahandbók Kvenna- og barnasviðs (2015). Sótt 2. nóvember 2015 a <http://heitur.landspitali.is/focal/gaedahandbaekur/gnhljism.nsf/0/454EA81AF8AD0AEE002568C5004B812E?OpenDocument>
- Haavaldsen, C., Sarfraz, A., A., Samuelsen, S., O. og Eskild, A. (2010). The impact of maternal age on fetal death: does length of gestation matter? *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 203(554), 1–8.
- Hagstofa Íslands. (2015). *Fæddir*. Sótt 27. apríl 2015 af <http://hagstofa.is/Hagtalur/Mannfoldi/Faaddir-og-danir>
- Hammarberg, K. og Clarke, V.E. (2005). Reasons for delaying childbearing – a survey of women aged over 35 years seeking assisted reproductive technology. *Australian Family Physician*, 34, 187–189.
- Hilder, L., Costeloe, K. og Thilaganathan, B. (1998). Prolonged pregnancy: evaluating gestation – specific risks of fetal and infant mortality. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105, 169–173.
- Hsieh, T., Liou, J., Hsu, J., Lo, L., Chen, A. og Hung, T. (2010). Advanced maternal age and adverse perinatal outcomes in an Asian population. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 148, 21–26.
- Huang, L., Sauve, R., Birkett, N., Ferguson, D., og Walraven, C. (2008). Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. *Canadian Medical Association or its Licensors*, 178(2), 165–172.
- Koopmans, C.M., Bijlenga, D., Groen, H., o.fl. (2009). The HYPITAT study group. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multi-centre, open-label randomised controlled trial. *Lancet*, 374, 979–988.
- NICE clinical guidelines no. 70. (2008). *Induction of labour: National collaborating centre for women's and children's health (UK)*. Sótt 16. apríl af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0009736/>
- Nybo, A.M., Wohlfahrt, J., Christens, P., Olsen, J., Melbye, M. (2000). Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *British Medical Journal* 320: 1708–1712.
- Pasupathy, D., Wood, A.M., Pell J.P., Flemming, M., Smith, G.C. (2011). Advanced maternal age and risk of perinatal death due to intrapartum anoxia at term. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65, 241–245.
- Patel, R.R., Peters, T.J. og Murphy, D.J. (2005). Prenatal risk factor of Caesarean section. Analyses of the ALSPAC cohort of 12944 women in England. *International Journal of Epidemiology*, 34, 353–367.
- Reddy, U.M., Ko, C.W. og Willinger, M. (2006). Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 195, 764–770.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, (RCOG). (2013). Induction of Labour at Term in Older Mothers. Sótt 16. nóvember 2014 af <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/1.2.13-sip34-iol.pdf>
- Schytt, E., Nilsen, A. og Bernhardt, E. (2014). Still childless at the age of 28 to 40 years: a cross-sectional study of Swedish women's and men's reproductive intentions. *Sex Reprod Healthc*, 5(1), 23–29.
- Smith, G.C., Cordeaux, Y., White, I.R., Pasupathy, D., Missfelder-Lobos, H., Pell, J.P., o.fl. (2008). The effect of delaying childbirth on primary cesarean section rates. *PLoS Medicine*, 5, e144. doi:10.1371/journal.pmed.0050144
- Treacy, A., Robson, M. og O'Herlihy, C. (2006). Dystocia increase with advancing maternal age. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 195, 760–763.
- Walker, K.F., Bugg, G.J., Macpherson, M., McCormick, C., Wildsmith, C., Smith, G. og Thornton, J. (2012). Induction of labour versus expectant management for nulliparous women over 35 years of age: a multi-centre prospective, randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and childbirth*, 12, 1–7.
- Walker, K.F., Bugg, G.J., Macpherson, M., Thornton, J. (2012). Induction of labour at term for women over 35 years old: a survey of the views of women and obstetricians. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 162(2), 144–148.
- Wang, T., Tanbo, T., Abyholm, T. og Henriksen, T. (2011). The impact of advance maternal age and parity on obstetric and perinatal outcomes in singleton gestations. *Arch Gynecol Obstet* 284, 31–37.
- Wyatt, P.R., Owolabi, T., Meier, C. og Huang, T. (2005). Age-specific of fetal loss observed in a second trimester serum screening population. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 192, 240–260.



Velliðan í vinnu, hvað getum við gert til að efla hana?



Stefanía Guðmundsdóttir
Ljós móðir á Landspítala

Tilgangur þessarar greinar er að kynna fyrir ljósmæðrum grunnhugtök innan jákvæðar sálfræði og fjalla aðeins um þætti sem geta hjálpað okkur að efla velliðan í vinnu og í lífinu almennt.

Jákvæð sálfræði

Jákvæð sálfræði er nálgun innan sálfræðinnar sem kom fram skömmu fyrir síðustu aldamót þegar Martin Seligman var formaður ameríska sálfræðingafélagsins. Hann lagði til að áhersla yrði lögð á að rannsaka með vísindalegum hætti það sem gengur vel hjá fólki í lífinu og eykur velliðan. Áherslan innan sálfræðinnar hafði frá stríðslokum og fram að þeim tíma verið meiri á að skoða þá kvilla sem hrjáðu manninn og hvernig hægt væri að lækna þá á kostnað þess sem vel gekk. Markmiðið með jákvæðri sálfræði er ekki að velta úr sessi eða koma í staðinn fyrir þá athygli sem sjúkdómafræði hefur fengið heldur að vikka sviðið og skoða einnig hvað einkenni og leiði til heilbrigðs, vel starfandi einstaklings (Peterson, 2006).

Rannsóknarefni jákvæðrar sálfræði eru fjölbreytt og má þar nefna velliðan, hamingju, bjartsýni og persónulegan þroska. Velliðan er yfirhugtak innan jákvæðu sálfræðinnar og er skilgreint sem það að liða vel og vera virkur í leik og starfi. Til að auka velliðan er t.d. unnið út frá eflingu styrkleika, þakklæti, hamingju, flæði og hugarfari og almennri vitund um hvernig hægt er að hámarka lífsgæði sín með eigin hegðun, áreynslu, viðhorfum og með jákvæðum inngrípum (Heffron og Boniwell, 2011).

Hamingja og velliðan

Hamingja er hugtak sem er mikið rannsakað og er óumdeilt að hamingja skiptir fólki miklu máli. Hamingjan er einstaklingsbundin og því ekki til nein uppskrift að hamingju sem gildir fyrir alla. Árið 1984 skilgreindi Ruut Veenhoven hamingju sem upplifun okkar af því hvernig við metum líf okkar þegar á heildina er litið og er sú skil-

greining oft notuð (Veenhoven, 2012). Velliðan á við um það þegar lífið gengur vel. Það er sambland af því að liða vel og að vera vel starfhæfur. Velliðan felur ekki endilega í sér að einstaklingur sé alltaf glaður heldur líka að sársaukafull upplifun og tilfinningar, svo sem vonbrigði, mistök og sorg, séu eðlilegur hluti lífsins. Að vera fær um að takast á við slíkar tilfinningar er mikilvægt fyrir velliðan til lengri tíma og til að þroskast og dafna. Að liða vel felur í sér að upplifa tilfinningar eins og ánægju, áhuga, skuldbindingu, sjálfstraust og væntumþykju. Að vera starfhæfur eða virkur felur í sér að þroska hæfileika sína, að hafa stjórn á lífi sínu, að finna lífi sínu tilgang og að eiga í jákvæðum samskiptum (Huppert, 2009).

Það er er gott fyrir einstaklingana og samfélagið að þar sé almennt mikil velliðan. Velliðan einstaklingsins tengist öðrum jákvæðum þáttum, svo sem getu til náms, framleiðni og sköpun, félagsfærni, góðum samböndum, hjálpssemi, góðri heilsu og lífslíkum (Huppert og So, 2013).

Velliðan í vinnu

Áhersla á velliðan í vinnu er mikilvæg, ekki síst þar sem flestir eyða stórum hluta fullorðinsáranna á vinnustaðnum og jákvætt vinnuumhverfi er mikilvægt fyrir heilsu og hamingju fólks. Það að upplifa velliðan á vinnustað hefur mikið um það að segja hvort einstaklingur nái að sinna starfi sínu eins vel og mögulegt er. Rannsóknir hafa leitt í ljós að þeir sem starfa innan heilbrigðisþjónustunnar og upplifa streitu í starfi eiga á hættu að þróa með sér einkenni kulnunar, enda eru tilfinningatengsl við skjólstaðinga oft mikil (Leinweber og Rowe, 2010, Steinunn Hrafnisdóttir og Anna Rós Jóhannesdóttir, 2006). Að annast einstaklinga sem hafa orðið fyrir áföllum, sársauka eða áverkum getur leitt til áfallastreituviðbragða hjá starfsfólki. Það getur haft áhrif á getu þeirra til að sinna starfinu eins og best væri. Mikilvægt er að gera sér grein fyrir möguleikanum á afleiddri

áfallaröskun meðal ljósmæðra og með því að vera meðvituð um sálfræðileg áhrif vinnunnar eru auknar líkur á að það geti hjálpað til við að efla og vernda andlega velliðan (Leinweber og Rowe, 2010). Umhyggja yfirmanns gagnvart starfsmanni, hvetjandi, styðjandi og þægilegur starfsandi ásamt hvatningu fyrir vel unnin störf eru þættir sem taldir eru auka starfsánægju (Steinunn Hrafnadóttir, 2004). Þeir sem hafa menntað sig til þeirra starfa sem þeir sinna og hafa valið starf vegna köllunar eru líklegri til að blómstra í starfi en þeir sem sinna störfum sínum á öðrum forsendum. Það að starfa við öryggi, áskorun, jákvæðni, fjölbreytni og ábyrgð í starfi er einnig mikilvægt ásamt því að eignast vini og kunningja í vinnu (Peterson, Park, Hall og Seligman, 2009).

Hamingja á vinnustað eykur lífsgæði fólks, jafnt í einkalífi þess og í samfélagi við annað fólk. Það er mikilvægt að einstaklingar hafi ánægju af vinnunni sinni, finnist starfið hæfilega ögrandi og að starfið nýti og ýti undir notkun styrkleika einstaklingsins (Steger, Dik og Shim, 2009). Velliðan í vinnu er líkleg til að hafa áhrif á það hvort einstaklingur helst í starfi (Fisher, 2010).

Vertu upp á þitt besta

Styrkleikar eru eftirsóknarverðir eiginleikar sem einstaklingar hafa og er einn af þeim þáttum sem jákvæð sálfræði leggur mikla áherslu á. Peterson og Seligman (2004) gerðu stóra rannsókn á sammanlegum styrkleikum í heiminum og nýttu þær niðurstöður við gerð VIA-styrkleikagreiningar sem er ein mest notaða aðferðin til að greina styrkleika í dag (Peterson, 2006). Ástæða er til þess að hvetja lesendur til þess að fara á heimasíðuna www.viacharacter.org og greina þar styrkleika sína án endurgjalds. Þar er einnig mikið af rannsóknum sem tengjast þessu efni.

Samkvæmt Clifton og Anderson árið 2001 getum við aukið innsæi í eigið líf, eftir sjálfstraust og aukið hjartarsýni með því að þekkja og nýta styrkleika okkar (í Hefferon og Boniwell, 2011). Rannsókn sem gerð var árið 2011 á tengslum velliðanar og notkunar styrkleika leiddi í ljós að þeir sem sögðust nota styrkleika sína meðvitað þróuðu með sér aukna velliðan. Í þriggja og sex mánaða eftirfylgd var auðin notkun styrkleika tengd betri sjálfsmynd, lífsorku, jákvæðum áhrifum og minni upplifun á streitu, sem er í samræmi við kenningar Peterson og Seligman (2004). Þeir sem nota styrkleika sína meðvitað og ekki síst á annan hátt en vanalega hafa meira sjálfsálit og búa yfir meiri orku og lífsneista. Einnig hafa þeir almennt jákvæðari upplifun af lífinu miðað við þá sem ekki nýta styrkleika sína meðvitað (Seligman, Steen, Park og Peterson, 2005). Talað er um að það að nota styrkleikana gefi fólki aukna orku fremur en taka frá því orku (Peterson, 2006).

Þessar niðurstöður sýna fram á að ástæða er til að leggja áherslu á að byggja upp styrkleika, því ef notkun styrkleika leiðir til aukinnar velliðanar til lengri tíma getur það byggt upp langtíma seiglu hjá einstaklingum og hjálpað fólki að vera upp á sitt besta (Wood, Linley, Kashdan og Hurling, 2011). Rannsóknir hafa sýnt að það að nýta styrkleika sína í vinnu hefur mikil áhrif í þá átt að efla starfsánægju, skuldbindingu og að finna tilgang með vinnunni sinni (Berg og Karlsen, 2012). Með því að þekkja styrkleika okkar og nýta þá getum við haft áhrif á það hvernig okkur líður í vinnunni sem hefur áhrif á daglegt líf.

Jákvæðar tilfinningar og hugarfar

Hugarfar er það viðhorf sem einstaklingurinn tileinkar sér og hefur áhrif á það hvernig hann lifir lífinu. Þeir sem trúa því að við fæðumst með ákveðna, óbreytanlega hæfileika og eiginleika eru með festuhugarfar. Fólk sem býr yfir gróskuhugarfari trúir því að með reynslu, fyrirhöfn og þátttöku geti fólk vaxið og þroskast. Lítið er svo á að þó við séum fædd með mismunandi hæfileika þá geti þeir þróast í gegnum lífið. Þeir sem búa yfir gróskuhugarfari eiga auðveldara með að takast á við krefjandi aðstæður. Þeir eru ekki hræddir við mistök og eru því opnir fyrir því að fara nýjar leiðir til árangurs. Í gróskuhugarfari felst að það að leggja hart að sér sé ómissandi hluti af því að ná árangri og því er ekki lítið á bakslag sem mistök heldur hluta

af ferlinu (Hefferon og Boniwell, 2011). Mikilvægt er að hafa í huga að einstaklingur þarf ekki að vera annaðhvort með festu- eða gróskuhugarfar, hann getur notað festuhugarfar í ákveðnum aðstæðum en gróskuhugarfar á öðrum tímum eða í öðrum aðstæðum. Því geta flestir þróað með sér gróskuhugarfar.

Jákvæðar tilfinningar hafa góð áhrif á líf okkar. Rannsóknir Fredrickson síðustu áratugi á jákvæðum tilfinningum hafa leitt í ljós að jákvæðar tilfinningar víkka hugsun okkar, geta unnið gegn neikvæðum tilfinningum og byggja upp seiglu. Að víkka hugsanasviðið felur í sér að við erum reiðubúnari að „huga út fyrir boxið“, þ.e. sjá fleiri möguleika en ef við erum neikvæð. Á þann hátt verðum við meira skapandi í hugsun og máli og þannig lausnamiðaðri. Þegar við finnum fyrir jákvæðum tilfinningum tengjumst við öðrum frekar og leyfum okkur að finna til samkenndar með öðru fólki. Með jákvæðari tilfinningum sjáum við hlutina í viðara samhengi, sjáum frekar sjónarhorn annarra, myndum sterkari sambönd við aðra og metum sjálf okkur og aðra á jákvæðari máta (í Hefferon og Boniwell, 2011).

Við getum aukið jákvæðar tilfinningar með því að gefa þeim aukið vægi í daglegu lífi og gefa þeim meiri gaum. Það er fullt af jákvæðum hlutum í kringum okkur ef við bara horfum eftir þeim og veitum þeim athygli. Hér er það spurningin um það sem við getum sjálf gert til að hafa áhrif á líf okkar og velliðan.

Með því að þekkja styrkleika okkar og nýta þá getum við haft áhrif á hvernig okkur líður í vinnunni.

Góðvild í eigin garð

Að sýna sjálfum sér góðvild (e. self-compassion) snýst einfaldlega um það að beina velvild sinni inn á við. Að sýna sjálfum sér góðvild felur í sér að sýna sjálfum sér hlýju og skilning, t.d. þegar við finnum til, mistekst eitthvað eða þegar við tökumst á við erfiðar aðstæður í lífinu sem við höfum ekki stjórn á. Góðvild í eigin garð tengist styrkleikum eins og hjartarsýni, visku og forvitni. Með góðvild í eigin garð róm við okkur og sýnum okkur elsku þegar við tökumst á við sársauka okkar í staðinn fyrir að finna fyrir reiði þegar lífið er ekki alveg eins og við viljum hafa það. Við fáum ekki alltaf það sem við viljum og erum ekki alltaf nákvæmlega eins og við viljum vera en þetta er bara hluti af því að vera manneskja. Við gleymum því gjarnan að það að mistakast og að vera ófullkomin er eðlilegt (Germer og Neff, 2013).

Mikilvægt er að sýna sjálfum sér góðvild í þeim krefjandi aðstæðum sem ljósmóðurstarfinu fylgja oft. Við erum að gera okkar besta og þurfum að setta okkur við það að stundum dugir okkar besta ekki til að bæta eða breyta líðan skjólstæðinga okkar. Við þurfum líka að huga að okkur sjálfum.

Hvað getum við gert?

Jákvæð inngrip hafa það markmið að auka hamingju og velliðan. Þau eru hugsuð fyrir alla þá sem vilja láta sér líða betur, óháð líðan þeirra í upphafi (Seligman o.fl., 2005). Jákvæðum inngripum er lýst sem meðferðum eða athöfnum sem miða að því að ýta undir jákvæðar tilfinningar, hegðun eða hugsanir en ekki að því að laga eða að koma í veg fyrir veikindi (Sin og Lyubomirsky, 2009).

Inngripin fela í sér mismunandi áherslur t.d. á hreyfingu, samveru, hegðun og/eða líðan. Þau hafa áhrif á hugarfar einstaklinga og með þeim er hægt að þjálfra og tileinka sér gróskuhugarfar. Talað er um að notkun á jákvæðum inngripum auki meðvitund einstaklingsins þannig að hann áttar sig á að hann geti haft áhrif á líðan sína og niðurstöður með því að leggja sig fram (Morris, 2012). Aukinn fjöldi rannsókna síðustu ára sýnir að hægt er að auka hamingju og velliðan

meðvitað og sífellt bætir í skilning á hvaða athafnir eru líklegar til að skila árangri og hvaða þættir hafa áhrif þar á (Layous og Lyubomirsky, 2014).

Dæmi um jákvæð inngrip er æfingin *Þrír góðir hlutir* sem er ætlað að efla jákvæðar tilfinningar. Þar er einstaklingurinn beðinn að rifja upp daginn að kvöldi og skrifa niður þrjá góða hluti sem gerðust í lífi hans þann dag, ásamt því að velja því fyrir sér hvaða þátt hann átti í þessum atburðum. Hér er lögd áhersla á það að fólk átti sig á því hvaða áhrif það getur sjálft haft til að gera líf sitt jákvæðara. Önnur æfing er að *nota styrkleika á nýjan hátt*. Það krefst þess að einstaklingurinn sé búinn að greina styrkleika sína og noti einn af kjarna styrkleikum sínum á nýjan hátt, þ.e. ekki eins og þeir eru notaðir dagsdaglega. Rannsóknir hafa sýnt að báðar þessar æfingar auka hamingju og draga úr þunglyndiseinkennum og er árangurinn enn til staðar við mælingar eftir sex mánuði (Seligman o.fl., 2005).

Heffron og Mutrie (2012) hafa skoðað *hreyfingu sem jákvætt inngrip*. Áhrif líkamsræktar eru meðal annars jákvæðar tilfinningar, aukið sjálfssálit og aukinn tilgangur með lífinu. Best er að líta á hreyfingu sem leik eða gleði en ekki sem skyldu. Það er mikilvægt að finna hreyfingu sem hentar hverjum og einum því þannig eru meiri líkur á að við höfum ánægju af því að stunda hreyfingu sem eykur vellíðan okkar enn frekar. Góð líkamsvitund eykur líkur á að einstaklingur fari vel með líkama sinn. Því vænna sem okkur þykir um líkamann, því meiri líkur eru á að við förum vel með hann (Heffron, 2013). Hreyfing ein og sér er það inngrip sem talið er hafa mest áhrif til að efla vellíðan.

Núvitund hefur verið mikið notuð sem inngrip í jákvæðri sálfræði og er eitt form hugleiðslu. Skilgreining Jon Kabat-Zinn á núvitund er athygli með sérstökum hætti: Af ásettu ráði, á þessu andartaki og án þess að dæma (Tan, 2012). Núvitund snýst um að skerpa athyglina á meðvitaðan hátt án þess að skilgreina eða dæma. Að festast ekki í truflandi, síendurteknum hugsunum og reyna að bregðast ekki ósjálfrátt við þeim heldur gefa sér í staðinn tíma til að velja viðbragð (Ivtzan, 2015).

Ástæða er til þess að hvetja lesendur að fara á heimasíðunna www.viacharacter.org og greina þar styrkleika sína án endugjalds.

Rannsóknir hafa sýnt fram á að núvitundarhugleiðsla hefur jákvæð áhrif á líkamsstarfsemi, svo sem á hjarta- og æðakerfi með því að hægja á hjartslætti og lækka blóðþrýsting og hún getur einnig dregið úr verkjum. Í tengslum við hugræna starfsemi hefur verið sýnt fram á að hugleiðsla eykur einbeitingu og athygli, bætir minni, dregur úr kvíða og stressi, bætir svefn og hjálpar fólki að bregðast við atburðum og áreiti á meðvitaðan hátt (Grossman, Nieman, Schmidt og Walach, 2004). Núvitundarþjálfun hefur mikil áhrif til að efla vellíðan. Hún tengist þáttum eins og sjálföryggi, sjálfræði, lífsánægju og jákvæðum áhrifum ásamt því að auka jákvæðar tilfinningar (Ivtzan, 2015). Hannað hefur verið núvitundarnámskeið sem leggur áherslu á góðvild í eigin garð og sýndi rannsókn sem gerð var á árangri þess námskeiðs að góðvild í eigin garð, velvild og lífsánægja jókst marktækt og á móti dró úr þunglyndi, streitu, kvíða og tilfinningalegri forðun hjá þeim sem fóru á námskeiðið samanborið við viðmiðunarhóp. Ávinningurinn hélst í 6 og 12 mánuði eftir námskeiðið. Lífsánægja hafði aukist eftir árið sem leiðir líkum að því að þeir sem halda áfram að sýna sér velvild auki lífsgæði sín varanlega (Neff og Germer, 2013). Einfaldasta form núvitundar er að beina athygli sinni að önduninni. Ef vilji er til að tileinka sér núvitund er fjöldi mismunandi aðferða til, til að mynda námskeið og ýmis snjallforrit auk þess sem mikið er til af leiddri hugleiðslu á netinu.

Tökum málin í okkar hendur og tökum ábyrgð á okkur sjálfum

Af framansögðu er ljóst að við getum sjálf haft mikil áhrif á það hvernig okkur líður í einkalífi og starfi. Það er mikilvægt að finna tilgang með því sem maður gerir og að finna hamingju og vellíðan í því starfi sem maður sinnir og ver stórum hluta lífsins í. Verum vakandi fyrir því að finna jákvæða hluti og gefum jákvæðum tilfinningum meiri gaum, því þær efla hjá okkur vellíðan. Nýtum styrkleika okkar og eflum þá því þar erum við upp á okkar besta. Hrósnum hvert öðru og finnum okkur nýjar leiðir að markmiðum okkar ef gömlu aðferðirnar hafa ekki virkað. Leikum okkur og gefum okkur tíma til að njóta augnabliksins. Því eins og Bangsímón sagði, þá er lífið ferðalag sem maður þarf að upplifa en ekki verkefni sem maður þarf að leysa.

HEIMILDASKRÁ

- Britt, T. W., Adler, A. B., & Bartone, P. T. (2001). Deriving benefits from stressful events: The role of engagement in meaningful work and hardiness. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 53–63.
- Fisher, C. D. (2010). Happiness at work. *International Journal of Management Reviews*, 12(4) 384–412.
- Gander, F., Proyer, R.T., Ruch, W. og Wyss, T. (2012). Strength-Based Positive Interventions: Further Evidence for Their Potential in Enhancing Well-Being and Alleviating Depression. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1241–1259.
- Germer, C. K. og Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856–867.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. og Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35–43.
- Harzer, C. og Ruch, W. The application of signature character strengths and positive experiences at work. *Journal of Happiness Studies*, 6, 25–41.
- Heffron, K. (2013). *Positive psychology and the body. The somatopsychic side to flourishing*. Maidenhead: Open University Press.
- Heffron, K. og Boniwell, I. (2011). *Positive Psychology: Theory, Research and Applications*. McGraw-Hill Education (UK).
- Huppert, F. A. (2009). Psychological Wellbeing: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and wellbeing*, 1(2), 137–164.
- Huppert, F. A. og So, T. T. C. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research* 110(3), 837–861.
- Ivtzan, I. (2015). *Awareness is freedom. The adventure of psychology and spirituality*. Winchester: Change Makers Books.
- Layous, K., & Lyubomirsky, S. (2014). The how, why, what, when, and who of happiness: Mechanisms underlying the success of positive interventions. Í J. Gruber & J. Moskowitz (ritstj.), *Positive emotion: Integrating the light sides and dark sides* (pp. 473–495). New York: Oxford University Press.
- Leinweber, J., og Rowe, H.J. (2010). The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*. 2010;26: 76–87.
- Peterson, C. (2006). *A primer in Positive Psychology*. Oxford University Press.
- Peterson, C. og Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York: Oxford University Press and Washington, DC: American Psychological Association.
- Peterson, C., Park, N., Hall, N. og Seligman, M.E.P. (2009). Zest and work. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 161–172.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. og Peterson, C. (2005). Positive psychology progress - Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410–421. doi:10.1037/0003-066X.60.5.410
- Sin, N. L. og Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467–487.
- Steger, M. F., Dik, B. J., & Shim, Y. (2009). Assessing meaning and satisfaction at work. Í S. J. Lopez (Ritstj.), *The Oxford handbook of positive psychology assessment* (2. útg.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Steinunn Hrafnadóttir. (2004). *The mosaic of gender: The working environment of Icelandic social service managers*. Reykjavík: University of Iceland Press.
- Steinunn Hrafnadóttir og Anna Rós Jóhannesdóttir. (2006). Handleiðsla og stuðningur á vinnustað. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson, (ritstjórar) *Heilbrigði og heildarsýn, félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 285–295). Reykjavík: Háskólaútgáfan og Rannsóknasetur í barna- og fjölskylduvernd.
- Tan, C.M. (2014.) *Núvitund – leitaðu inn á við* (Guðni Kolbeinnsson þýddi). Reykjavík: Forlagið. (Upphaflega útféið 2012).
- Veenhoven, R. (2012). Cross-national differences in happiness: Cultural measurement bias or effect of culture? *International Journal of Wellbeing*, 2(4), 333–353.
- Wood, A. M., Linley, P. A., Maltby, J., Kashdan, T. B. og Hurling, R. (2011). Using personal and psychological strengths leads to increases in well-being over time: A longitudinal study and the development of the strengths use questionnaire. *Personality and Individual Differences* 50, 15–19.

Heimafæðing

„Já ég get þetta“



Arna Ingimundardóttir
Nýútskrifuð ljósmóðir

Í fjölda ára hafa nemendur í ljósmóðurfræði verið hvattir til að fá að vera viðstaddir heimafæðingu. Með aukinni tíðni heimafæðinga hefur reynst auðveldara að öðlast slíkt námstækifæri og frá og með skólatímabilinu 2014–2016 hefur það verið skylda að aðstoða við eina heimafæðingu með leyfi foreldra og skila verkefni.

Áhersla er lögð á samfellda þjónustu og að fylgst sé með konu á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu heima. Fæðingarsagan sem er skráð byggð á viðtali við konuna eða einhvern fjölskyldumeðlim sem tók þátt í fæðingunni. Hér á eftir er verkefni Örnú Ingimundardóttur, sem útskrifaðist sem ljósmóðir vorið 2016, birt með leyfi og eftir yfirllestur foreldranna. Hún lýsir aðstæðum, tilfinningum og hugsunum og tengir við fræðilegt efni um heimafæðingar. Í lokin koma fram vangaveltur hennar og lærdómur af verkefninu sem í raun hófst við upphaf náms í ljósmóðurfræði.

*Óluf Ásta Ólafsdóttir,
dósent í ljósmóðurfræði*

Í námi mínu í ljósmóðurfræði var ég viðstödd eina heimafæðingu með heimafæðingaljósmóðurinni Kristbjörgu Magnúsdóttur. Vala og Ásgeir, sem eru á þrítugsaldri, voru að eignast sitt fyrsta barn og ég náði að hitta parið einu sinni fyrir fæðinguna. Aðspurð sagði Vala mér að hún hafði fyrst byrjað að hugsa um heimafæðingu þegar vinur Ásgeirs ræddi við þau um kosti hennar og eigin upplifun. Vala byrjaði að skoða þennan möguleika og leist mun betur á heimafæðingu heldur en að fara á sjúkrahús. Parið útbjó eitt herbergi sérstaklega fyrir fæðinguna. Þar inni var dýna á gólfinu með fallegum rúmfötum, fallegar myndir á veggjum, orkumiklar andlegar myndir tengdar fæðingu, ilmoliulampi o.fl. Vala var búin að lesa töluvert um eðlilegar fæðingar og þá sérstaklega „hypnobirthing“ og var full sjálfstrausts gagnvart fæðingunni. Á meðgöngunni hafði allt gengið eðlilega fyrir sig og Vala var hraust en kveidd fyrir fæðingunni. Ég náði góðu sambandi við parið þegar ég hitti þau fyrst.

Aðeins einum degi eftir að ég hitti parið byrjaði Vala í fæðingu.

Þegar ég kom til þeirra var Vala mjög einbeitt, með rólega tónlist á og ilmoliulampa og andrúmsloftið var þægilegt. Vala andaði sig í gegnum verkina, breytti reglulega um stellingar og Ásgeir var henni mjög góður stuðningur. Vala fór í baðið og var þar í dágóða stund. Við studdum við og aðstoðuðum hana með nuddi, þrýstingi á mjaðma-grind o.fl. eftir þörfum. Hún sagði lítið en ég man eftir einu skipti þar sem hún sagði: „Ég get þetta ekki, ég get þetta í alvöru ekki.“ Ljósmóðirin svaraði: „Jú þú getur þetta alveg,“ og þá sagði Vala: „Já ég get þetta.“ Þetta fannst mér lýsa svo vel sambandinu milli konunnar og ljósmóðurinnar, Vala treysti ljósmóðurinni og trúði því sem hún sagði. Loks var útvíkkun lokið og Vala byrjaði að rembast. Fæddist að lokum spræk stúlka sem fór beint í fang móður sinnar. Við ljósmóðirin fullvissuðum okkur um að ekki væri að blæða verulega hjá Völu, síðan gaf ljósmóðirin mér merki um að bakka til að leyfa foreldrunum að vera einum með barninu. Það var dásamlegt að fylgjast með nýju fjölskyldunni, hvernig foreldrarnir einbeittu sér einungis að stúlkunni og engin læti. Ljósmóðirin fylgdist með hvort blæddi og var ekki að hugsa of mikið um fylgjuna, hún sagði hana koma þegar hún kæmi. Foreldrarnir voru ánægðir og mér fannst dásamlegt hversu rólegt og notalegt andrúmsloftið var eftir fæðinguna, enginn að flýta sér.

Ég hitti Völu aftur þegar þó nokkur tími var liðinn frá fæðingunni til að ræða um upplifun hennar. Ásgeir gat því miður ekki verið með okkur þegar við hittumst. Vala var mjög ánægð með ákvörðun sína að fæða heima og sagði Ásgeir vera það líka. Hún sagði mér að ákvörðun hennar um að fæða heima hafi mikið tengst kviða hennar fyrir fæðingunni. Hún fann alltaf fyrir kviða ef hún hugsaði um fæðinguna og þá sérstaklega að þurfa að fara á sjúkrahús. Hún kveidd því að þurfa mögulega að segja nei við einhverjum inngripum, að lækarnir myndu vilja gera eitthvað sem hún vildi ekki. Í doktorsrannsókn Berglindar Háldánsdóttur (2016) kom í ljós að marktækt hærri tíðni er á mænurótardeyfingum, hriðaörvun og blæðingu eftir fæðingu í fyrirfram ákveðnum sjúkrahúsfæðingum en heimafæðingum hjá hraustum konum. Það virðast vera meiri líkur á inngripum í sjúkrahúsfæðingum

en heimaefæðingum sem styður ákvörðun Völu að fæða heima. Í rannsókn Berglindar kom einnig fram að konur sem höfðu jákvætt viðhorf til heimaefæðinga voru marktækt neikvæðari yfir inngripum og voru jákvæðari gagnvart fæðingunni sjálfri (Berglind Hálfðánsdóttir, 2016). Þetta á vel við um viðhorf Völu þar sem hún vildi forðast inngrip en var í lok meðgöngu full sjálfstrausts um að geta fætt eðlilega heima.

Þegar Vala hafði ákveðið að fæða heima minnkaði kvíði hennar smám saman. Eftir að hafa lesið sér til og eftir að hafa hitt heimaefæðingaljósmóðurina hafði sjálfstraustið aukist hratt og kvíðinn minnkað til muna. Fyrir Völu var mikilvægt að þekkja ljósmóðurina, hafa sömu ljósmóður í gegnum ferlið og vita hvaða ljósmóðir yrði með henni í fæðingunni. Henni fannst mikill kostur að geta hringt í ljósmóðurina ef hún þurfti og fann fyrir miklu öryggi í því. Það sem skipti hana máli í ferlinu var jákvæðni og traust sem fólst í því að treysta ljósmóðurinni og sjálfri sér. Hún treysti ljósmóðurinni til að meta hvort hún þyrfti á einhverjum tímamarki í fæðingunni að fara á sjúkrahús og hún treysti sjálfri sér til að takast á við verkina og líkama sínum til að fæða eðlilega. Þannig skipti samband hennar og ljósmóðurinnar hana miklu máli.

Vala vildi ekki fara á sjúkrahús, vera með ókunnuga ljósmóður í fæðingunni og þurfa jafnvel að hitta nýja þegar það kæmu vaktaskipti og þannig hitta jafnvel 3–4 ljósmæður í fæðingunni og eftir hana. Þetta er í samræmi við upplifun kvenna sem gagnrýna umhverfið á sjúkrahúsum frekar en ljósmóðurina sjálfa og upplifa ákveðna færibandavinnu sem leiðir til neikvæðari fæðingarupplifunar (Elva Björg Einarsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009).

Rannsóknir hafa einnig sýnt að nærvera og samfelldur stuðningur ljósmóður í fæðingu eða yfirsetan, hefur jákvæð áhrif á konur, upplifun þeirra af fæðingunni og á útkomu fæðinga þar sem það dregur úr tíðni inngripa (Hodnett og félagar, 2013).

Í námi mínu í ljósmóðurfræði hef ég lært að það skiptir miklu máli fyrir konuna að hafa stjórn. Rannsóknir hafa einnig sýnt að það skiptir miklu máli fyrir upplifun konunnar af fæðingu, að finnst hún vera við stjórn. Konan vill hafa bæði innri og ytri stjórn, þ.e. að hafa stjórn á umhverfinu og aðstæðum og stjórn á sjálfri sér, bæði á hegðun sinni, hugsun og í gegnum hriðar. Þarna skiptir máli að ljósmæður sýni konum umhyggju, hlýju, hjálpi þeim og vinni með þeim (Elva Björg Einarsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009; Green og Baston, 2003). Þessu var Vala sammála og henni fannst hún hafa stjórn á aðstæðum, henni fannst hún geta stjórnað andrúmsloftinu, umhverfinu, fæðingunni og jafnvel lýsingunni í herberginu. Að vera við stjórn og að þekkja og treysta ljósmóðurinni og sjálfri sér fannst henni skipta hvað mestu máli. Ég ræddi við Völu um þá ákvörðun að leyfa ljósmóðurnema að vera með í fæðingunni. Hún sagði það hafa verið erfiða ákvörðun til að byrja með. Hún ákvað þó fljótt að slá til því það væri mikilvægt að ljósmóðurnemar gætu verið í fæðingum á öðrum stöðum en innan veggja sjúkrahúsa. Hún sagðist ekki sjá eftir þeirri ákvörðun.

Eftir að hafa verið viðstödd þessa heimaefæðingu fannst mér sambandið milli ljósmóðurinnar og parsins og andrúmsloftið standa upp úr. Ég fann að það var öðruvísi tenging og samband milli ljósmóður í heimaefæðingu heldur en í sjúkrahúsfæðingu. Ljósmæður á sjúkrahúsi geta að sjálfsögðu myndað gott og traust samband við konuna en mér fannst vera hægt að ná skrefinu lengra í heimaefæðingunni. Ljósmóðirin þekkti konuna vel eftir að hafa sinnt henni á meðgöngunni og gat þannig veitt henni ennþá betri stuðning í fæðingunni. Mér fannst ljósmóðirin jafnvel vera öruggari vegna þess að hún þekkti konuna og gat lesið óskir hennar betur. Samræður um fæðinguna höfðu átt sér stað og ljósmóðirin vissi hvað konan vildi og vildi ekki. Andrúmsloftið var einnig öðruvísi og spilar umhverfið þar inn í. Það var jákvætt, styrkjandi og rólegt. Það getur líka verið það á sjúkrahúsi en það er samt öðruvísi, það er alltaf stutt í einhver tæki og skápa með sprautum, lyfjum og tóngum. Heima getur konan skapað algjörlega það umhverfi sem hún vill fæða í, á sjúkrahúsi nær hún því einungis upp að vissu marki. Ég einbeitti mér að því að fylgjast með hvernig ljósmóðirin vann, hvernig hún studdi við parið og passaði mig að trufla ekki það samband og ferlið sem var þarna í gangi.

Áður en ég byrjaði nám mitt í ljósmóðurfræði skildi ég ekki af hverju konur völdu sér það að fæða heima. Mér fannst öryggið vera á sjúkrahúsi þar sem er menntað starfsfólk með öll tæki og tól, viðbúið að grípa inn í ef einhver vandkvæði yrðu. Ég gerði mér þó ávallt grein fyrir því að þessi skoðun mín væri vegna fáfræði því engin ljósmóðir eða móðir tæki áhættu varðandi heilsu og líf móður og barns. Mjög fljótlega í náminu skildi ég þessa ákvörðun kvenna mun betur. Sú umræða um hvað er öryggi og að konur finni öryggi á mismunandi stöðum fékk mig til að breyta um skoðun og skilja ákvörðun kvenna að fæða heima. Ég skildi hvernig Vala fann meira öryggi í að fæða heima en á sjúkrahúsi sem er jafn öruggt fyrir heilbrigðar konur í eðlilegri meðgöngu (Berglind Hálfðánsdóttir, 2016). Mikilvægt er að ræða heimaefæðingar og fæðingar utan sjúkrahúss í samfélaginu og í meðgönguvernd er nauðsynlegt að upplýsa konur og maka þeirra um þennan valkost fyrir fæðinguna.

HEIMILDASKRÁ

Berglind Hálfðánsdóttir (2016). *Planned home births in Iceland: Premise, outcome and influential factors* (óútgefið lokaverkefni til doktorsgráðu í ljósmóðurfræði). Háskóla Íslands: Reykjavík. <http://hdl.handle.net/1946/24673>

Elva Björg Einarsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir (2009). Vald og val á fæðingarstað: Sjónarhorn kvenna og ljósmæðra. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstjórar), *Lausnarsteinar: Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 171–192). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.

Green, J. M. og Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30(4), 235–247. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00253.x

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. og Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 1–114. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub5



Óeðlilegar og ónáttúrulegar fæðingar

Skipta orðin sem við notum máli?



Rut Guðmundsdóttir
Ljós móðir á Landspítala

Mikil áhersla hefur verið lögð á að skilgreina hugtök um eðlilegar og náttúrulegar fæðingar í ljósmæðraheiminum síðastliðna áratugi. Það hefur reynst stéttinni erfitt þar sem hugtökin eru bæði gildishlaðin og auðvelt að túlka þau á mismunandi vegu. Stofnanir og samtök hafa komið fram með ólíkar skilgreiningar og leiðbeiningar verið gefnar út um það hvernig stuðla megi í auknum mæli að eðlilegum fæðingum til að sporna gegn sjúkdóms- og tæknivæðingu barneignaþjónustunnar. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) skilgreinir til dæmis eðlilega fæðingu sem sjálfkrafa fæðingu barns í höfuðstöðu á 37.–42. viku meðgöngu þar sem sótt hefst sjálfkrafa og áhætta er lítil, einnig er tekið fram að móður og barni heilsist vel eftir fæðingu (WHO, 1996). Í skýrslu Fæðingarskráningar Landspítalans eru fæðingar aftur á móti einungis flokkaðar í þrjá flokka; eðlilegar fæðingar, áhalda-fæðingar og keisarafæðingar (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smárason og Gestur I. Pálsson, 2014). Í þeirri skilgreiningu má því leiða líkum að því að með eðlilegum fæðingum sé átt við allar fæðingar sem ekki enda með keisaraskurði eða áhaldafæðingu óháð því hvort önnur inngrip hafi komið við sögu.

Hugtakið náttúruleg fæðing tengist baráttu kvenna og femínistahreyfinga fyrir stjórn yfir eigin fæðingum, mannúðlegri umönnun og lausn undan karlægri stjórn lækisfræðinnar. Það er þó ekki síður gildishlaðið og hefur mismunandi skilningur verið lagður í það; allt frá fæðingu án verkjalyfja á sjúkrahúsi til fæðingar án allra lækisfræðilegra inngripa. Í skýrslu Fæðingarskráningar fyrir árið 2010 má til dæmis finna skilgreiningu á náttúrulegri fæðingu sem fæðingu án eftirfarandi inngripa: framköllun á fæðingu, örvunar með oxytosíni, mænurótardeyfingar, spangar-

skurðs, áhalda og keisaraskurðs (Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl., 2011). Umfjöllun um náttúrulegar fæðingar byggist oft á því að innsæi konunnar ráði för því líkaminn viti hvernig eigi að fæða barn en margir hafa gagnrýnt þá eðlishyggju sem hugtakið felur í sér, að hinn náttúrulegi kvenlíkami verði ekki fyrir áhrifum af samfélagi og menningu (Darra, 2009).

Í stefnuyfirlýsingu Ljósmæðrafélags Íslands segir: *Barn-eignarferlið er lífeðlislegt ferli sem ekki á að trufla með inngripum og tækni nema nauðsyn beri til. ... Áhætta af inngripinu verður að vera minni en áhættan af því að grípa ekki inn í ferlið. Rannsóknir hafa sýnt að öryggi við barnsburð er, þrátt fyrir allt, mest þegar um fæst inngrip er að ræða af hendi fagfólks í heilbrigðisþjónustunni* (Ljósmæðrafélag Íslands, 2000). Þessi yfirlýsing hefur verið mér hugleikin frá því ég hóf nám í ljósmóðurfræði. Ég velti því fyrir mér hvers vegna hugtök tengd lífeðlislegu og óhindruðu flæði fæðingarinnar hafi ekki verið meira notuð. Hugtakið *lífeðlisleg fæðing* hefur lítið verið rannsakað eða skilgreint en árið 2012 sendu samtök Ljósmæðra í Bandaríkjunum frá sér sameiginlega yfirlýsingu með það fyrir augum að skilgreina hugtakið. Þar segir að lífeðlisleg fæðing sé í umhverfi sem stuðli að farsælli fæðingu, fari sjálfkrafa af stað og framgangur sé einnig sjálfkrafa. Barn og fylgja fæðist um fæðingarveg og lífeðlislegt blóðtap eigi sér stað. Stuðlað sé að kjöraðlögun nýburans eftir fæðingu með ótruflaðri samveru móður og barns og húð við húð snertingu þeirra eins fljótt eftir fæðingu og hægt sé. Ef þörf er á lækisfræðilegri meðferð eða inngripi er lífeðlislegri nálgun áfram beitt og stutt við lífeðlislegt ferli fæðingarinnar á faglegan hátt og þannig stuðlað að bestu mögulegu útkomu fyrir móður og barn (ACNM, MANA og NACPM, 2012).

Í daglegu starfi okkar ljósmæðra skipta þessi hugtök kannski ekki sköpum um það hvernig við nálgumst vinnu okkar, við berum alltaf hag skjólstæðinga okkar fyrir brjósti sama hvað það er kallað. En í stærra samhengi hlýtur orðræðan að vera mikilvæg og móta hugmyndir fólks að einhverju leyti. Ég velti því fyrir mér hvort heppilegt sé að ljósmæður noti hugtök á borð við eðlilegar og náttúrulegar fæðingar í tengslum við hugmyndafræði sína. Þegar þessi hugtök eru notuð fela þau ósjálfrátt í sér hinn kostinn eða andstæðurnar, það er óeðlilegar og ónáttúrulegar fæðingar. Konur standa frammi fyrir því að hafa fætt ónáttúrulega vegna þess að gripið var inn í fæðinguna af einhverjum orsökum og það getur valdið togstreitu, vonbrigðum og jafnvel tilfinningu um að hafa brugðist. Einnig er það staðreynd að skjólstæðingahópur ljósmæðra samanstendur ekki bara af konum sem fæða einbura á settum tíma í höfuðstöðu, við sinnum líka konum sem glíma við veikindi eða alvarlega áhættuþætti sem njóta góðs af tæknilegum inngrípum og þurfa ekki síður á umönnun ljósmæðra að halda. Mikilvægt er að ljósmæður geri stóran hóp kvenna ekki fráhverfan hugmyndafræði sinni með þröngum skilgreiningum, sem gætu í ofanálág haft neikvæð áhrif á upplifun þeirra af eigin fæðingu. Ef til vill er hugmyndafræði og orðanotkun um lífeðlislega nálgun heildrænni og meira viðeigandi heldur en skilgreiningar á eðlilegum og/eða náttúrulegum fæðingum. Ávinningur lífeðlislegrar nálgunar er ekki annaðhvort til staðar eða ekki heldur er hann hámarkaður fyrir hverja og eina konu. Þannig hættir nálgunin aldrei að eiga við og konur falla ekki út fyrir ramma skilgreiningarinnar í miðri fæðingu

eða þegar hún er yfirstaðin. Þetta þýðir þó ekki að það skipti ekki máli hvort gripið sé inn í fæðingu eða ekki því það er ávallt haft að leiðarljósi að öryggi og ávinningur sé mestur þegar truflun er sem minnst.

Ef til vill er kominn tími til að snúa vörn í sókn og leggja aukna áherslu á óhindrað ferli fæðingar og ávinning í stað þess að einblína á afleiðingar þess að gripa inn í ferlið. Áhersla á ávinning lífeðlislegrar nálgunar, frekar en fjölgun eðlilegra fæðinga, gæti verið lykillinn í baráttunni gegn sjúkdóms- og tæknivæðingu fæðingarinnar.

HEIMILDIR

American College of Nurse-Midwives (ACNM), Midwives Alliance of North America (MANA), and the National Association of Certified Professional Midwives (NACPM). (2012). *Supporting health and normal physiologic childbirth: a consensus statement*. Sótt 12. apríl 2015 af <http://nacpm.org/wp-content/uploads/2014/07/Physiological-Birth-Consensus-Statement.pdf>

Darra, S. (2009). 'Normal', 'natural', 'good' or 'good-enough' birth: examining the concepts. *Nursing Inquiry*, 16(4), 297–305.

Ljósmæðrafélag Íslands. (2000). *Hugmyndafræði og stefna*. Sótt 15. apríl 2015 af <http://www.ljsomaedrafelag.is/Assets/%C3%A9Ath%C3%A1fa/lmfistefnumotun.pdf>

Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur Pálsson (ritstjórar). (2011). *Skýrsla frá Fæðingarskráningunni fyrir árið 2010*. Reykjavík: Kvenna- og barnasvið Landspítala Háskólasjúkrahúss.

Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur Pálsson (ritstjórar). (2014). *Skýrsla frá Fæðingarskráningunni fyrir árið 2013*. Reykjavík: Kvenna- og barnasvið Landspítala Háskólasjúkrahúss.

World Health Organization (WHO). (1996). *Care in normal birth: Practical guide*. Sótt 11. desember 2014 af http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf



Verndar og nærir dýrmæta húð







GAMLA APÓTEKID / BARNID

Barnalínan frá Gamla apótekinu inniheldur engin viðbætt ilm- og litarefni. Vörurnar í Barnalínunni eru íslenskar vörur þróaðar í samstarfi við lækna og lyfjafræðinga.



Fylgstu með okkur á Facebook / www.gamlaapotekid.is

Fást í öllum helstu apótekum um land allt

VELJUM ÍSLENSKT

Svefn hjá vaktavinnufólki



Erla Björnsdóttir
Sálfræðingur, PhD

Stór hluti fólks vinnur utan hefðbundins dagvinnutíma og vaktavinna getur haft margvísleg áhrif á svefn, liðan og heilsu. Það er þó nokkuð einstaklingsbundið hversu vel fólk nær að aðlagast breytilegum vinnutíma og sumir þola vaktavinnu mun betur en aðrir.

Hvernig er svefn vaktafólks öðruvísi?

Svefnvandamál eru algeng hjá þeim sem stunda vaktavinnu og rannsóknir hafa sýnt að vaktavinnufólk fær allt að 7 klst. styttri svefn á viku en aðrir. Að sama skapi kvarta um 20% vaktavinnufólks um slæman svefn, dagssýfju og einbeitingarskort¹.

Í líkamanum er svokölluð líkamsklukkan sem hefur áhrif á svefn- og vökumynstur okkar. Þessi klukka stjórnað að verulegu leyti af birtubreytingum sem stýra framleiðslu á hormóninu melatónín. Styrkur melatóníns í blóðinu eykst þegar dimmir og á stóran þátt í að stilla líkamsklukkuna og stuðla að því að okkur syfjar á kvöldin. Dagsbirta temprar hins vegar framleiðslu melatóníns þar sem styrkur þess minnkar um leið og sólarljós berst til augnanna og þetta ferli hjálpar okkur að vakna og eykur árvekni okkar. Að auki er dægursveifla í flestri líkamsstarfsemi okkar og árvekni, athygli og einbeiting er mismunandi eftir tíma sólarhrings. Á nóttunni þegar líkamshiti okkar er lægstur og öll starfsemi líkamans er í lágmarki eigum við gjarnan erfiðara með að bregðast hratt við áreitum og líkur á mistökum og slysum aukast². Þegar við reynum að vaka og vinna þegar líkamsklukkan segir að við eigum að vera sofandi og sofum þegar líkamsklukkan segir að við eigum að vaka geta skapast ákveðin vandamál. Dæmi um slíkt sem margir kannast við er svokölluð þotupreyta (e. jet lag) þar sem erfitt er að koma jafnvægi á svefn- og vökumynstur eftir að ferðast er yfir tímabelti.

Tegund vakta getur því skipt máli fyrir afleiðingar á svefn og næturvaktirnar hafa oft mikil áhrif á svefnmynstur.³ Það er þó nokkur munur milli einstaklinga á því hvernig þeir haga svefnvenjum sínum í kringum næturvaktir en algengt er að þegar komið er heim af vaktinni liði um klukkustund þar til farið er að sofa og flestir sofa styttra en þeir eru vanir að gera á nóttunni. Svo

er gjarnan bætt upp fyrir þennan stutta svefn með því að leggja sig seinni part dags eða snemma kvölds¹. Með þessu er viðkomandi oftast að rugla sinn eðlilega sólarhringstakt sem getur haft þær afleiðingar að svefninn raskast í nokkra daga á eftir. Það er algengt að finna fyrir mikilli dagssýfju þegar næturvaktir eru unnar og nokkuð margir sem vinna á næturvöktum kannast við það að sofna ósjálfrátt í vinunni, oftast undir morgun⁴.

Morgunvaktir virðast líka hafa þó nokkur áhrif á svefninn og rannsóknir sýna að svefn er gjarnan styttri en venjulega fyrir morgunvaktir. Það er nokkuð algengt að vakna upp á nóttunni fyrir morgunvaktir og sumir eru varir um sig og eiga erfitt með að komast í djúpan svefn⁵. Ástæðan gæti verið sú að fólk hræðist það að sofa yfir sig og mæta of seint á vaktina. Það eru til mun færri rannsóknir á áhrif kvöldvakta á svefninn en ljóst er að svefngæði skerðast verulega ef farið er beint af kvöldvakt yfir á næturvakt þar sem ekki gefst nægilegur tími milli vakta til þess að ná fullum svefni.

Þegar mikil óregla er á fyrirkomulagi vakta aukast líkur á svefnvandamálum, svefnskorti og dagssýfju⁶. Samfara þessu upplifir fólk gjarnan einbeitingarskort, minnstruflanir og svo mikla syfju að hætta skapast á að sofna óafvitandi við daglegar athafnir⁷. Hætta á mistökum og slysum aukast eftir því sem unnið er lengur í einu en vinnuskilyrði, svo sem birta, tegund vinnu, möguleiki á hvíldarpásam o.s.frv. geta skipt miklu máli⁸.

Það er þó nokkur einstaklingsmunur á því hversu vel við þolum óreglulegan svefn- og vökutíma. Rannsóknir hafa til að mynda sýnt að þeir sem eru svokallaðir „morgunhanar“, þ.e. vilja fara snemma að sofa og vakna snemma, eigi erfiðara með að aðlagast breytilegum vinnutíma. Einnig verður aðlögun erfiðari eftir því sem við eldumst og að sama skapi virðast konur eiga erfiðara með að aðlagast þessu mynstri. Eftir því sem einstaklingur hefur unnið lengur við vaktavinnu, þeim mun erfiðara gengur að aðlagast breytilegan vinnutíma að lífnaðarháttum, þetta er því ekki eitt-hvað sem venst með tímanum⁹. Aðrir þættir eins og fjölskylduhagir, almenn heilsa og lífsstíll skipta líka máli þar sem heilsu- og lífsstíll einstaklingar sem stunda heilbrigðan lífsstíl eiga oft

auðveldara með að aðlagast vaktavinnu. Þegar fólk er með stóra fjölskyldu og börn á skóla- og leikskólaaldri getur verið erfitt að samhæfa vaktavinnu við rútínu fjölskyldunnar og rými til að hvíla sig milli vakta er gjarnan takmarkað.

Þegar mikil óregla er á fyrirkomulagi vakta aukast líkur á svefnvandamálum, svefnskorti og dagssyfu. Samfara þessu upplifir fólk gjarnan einbeitingarskort og minnstruflanir.

Góð ráð fyrir vaktavinnufólk

Þar sem það er töluverður einstaklingsmunur á þeim áhrifum sem vaktavinna hefur á svefninn okkar er ekki til nein ein töfra-lausn til þess að bæta svefn sem hentar öllum vel. Því er mikilvægt fyrir hvern og einn að prófa sig áfram og finna út hvað af eftirfarandi ráðum henta viðkomandi:

Almennt vaktaskipulag

- Því færri næturvaktir sem unnar eru í röð, því betra. Ef unnar eru fleiri en fjórar næturvaktir í röð eykst verulega hættan á slysum og mistökum í vinnu.
- Það er best að vaktaskipting fylgi klukku sólarhringsins. Þannig er best að farið sé af morgunvakt yfir í kvöldvakt og þaðan á næturvakt.
- Æskilegt er að ávallt líði a.m.k. 11 klukkustundir milli vakta svo tækifæri gefist á nægilegri hvíld.

Mataræði, koffein og nikótín

- Á næturvöktum er mælt með því að borða aðalmáltíð vaktarinnar milli kl. 00:00 – 01:00 og fá sér svo létt snarl undir morgun. Mikilvægt er að forðast fituríkan og brasaðan mat á nóttunni en mælt er með að borða holla og próteinríka fæðu. Forðast skal þungar máltíðir seint á vaktinni þar sem slíkt hefur slæm áhrif á svefninn eftir vaktina.
- Koffein á fyrri hluta næturvaktar getur hjálpað til við að halda einbeitingu. Mikilvægt er þó að forðast koffein á seinni hluta vaktarinnar til þess að auka líkur á góðum svefni þegar heim er komið.
- Forðast skal að nota nikótín nokkrum klukkustundum fyrir svefninn. Nikótín er örvandi efni sem lengir tímann sem það tekur að sofna.

Svefntímar – næturvaktir

- Ef unnin er einungis ein næturvakt er ráðlagt að fara að sofa eins fljótt og kostur er þegar vaktin klárast og sofa einungis í fjórar klukkustundir. Með þessu móti ætti viðkomandi að vera orðinn mjög þreyttur þegar kemur að hefðbundnum háttátíma um kvöldið og eiga auðvelt með að sofna og stilla sig aftur inn á eðlilegan takt. Ef sofið er lengur en fjórar klukkustundir mun það að öllum líkindum koma niður á nætursvefninum næstu nótt.
- Ef unnar eru fáar næturvaktir í einu hefur sumum reynst vel að skipta svefninum upp í tvær lotur, sofa fjórar klukkustundir fyrir vaktina og fjórar beint eftir vaktina. Með þessu móti næst að halda einbeitingu á vaktinni og svefnþörf líkamans er uppfyllt án þess að snúa líkamsklukkunni algjörlega við. Þetta hentar þó alls ekki öllum.
- Ef unnar eru eingöngu næturvaktir getur verið góð hugmynd að hluti af svefntímanum sé alltaf á sama tíma sólarhrings hvort sem viðkomandi er í vinnu eða fríi. Til dæmis ef sofið er frá kl. 08:00 – 16:00 þá daga sem unnið er, þá gæti svefntíminn frá kl. 04:00 – 12:00 virkað vel á þeim dögum

sem viðkomandi er í fríi. Með þessu móti eru fjórar klukkustundir svefns alltaf á sama tíma sólarhringsins (08:00 – 12:00) og því verður breytingin fyrir líkamsklukkuna ekki eins mikil.

- Áður en byrjað er á næturvöktum getur verið gott að fara seint að sofa kvöldið áður og sofa eins lengi og mögulegt er um morguninn fyrir vaktina.
- Stuttur blundur (30 – 60 mín.) fyrir næturvakt hefur gjarnan góð áhrif á einbeitingu og frammistöðu á vaktinni.

Birta

- Að vera innandyrá um morguninn fyrir fyrstu næturvakt eða nota sólgleraugu ef farið er út í dagsbirtu getur verið gott ráð. Þetta er gert til þess að seinka dægursveiflunni og auðvelda líkamanum að venjast næturvinnunni.
- Á næturvöktum er mikilvægt að vinna í björtu umhverfi og hafa skær ljós. Þetta minnkar magn melantóníns í blóðinu og eykur árvekni á vaktinni. Til eru sérstakir dagljósalampar sem lýsa mjög skæru ljósi og geta verið hentugir í notkun á fyrri hluta næturvaktar.
- Mikilvægt er að nota sólgleraugu á leið heim úr vinnu eftir næturvakt og forðast að vera úti í dagsbirtu áður en farið er að sofa. Þetta er gert til þess að hindra minnkun á melantóníni í líkamanum en styrkur þess minnkar þegar dagsbirta berst til augnanna og þá er erfiðara að sofna.

Svefnumhverfið

- Passa skal upp á að gera svefnumhverfið eins svefnvænt og mögulegt er þegar sofið er á daginn.
- Passa þarf upp á að hafa svefnherbergið algjörlega myrkvað – hafa hitastig í herberginu þægilegt (ekki of heitt) og reyna að koma í veg fyrir allar truflanir frá umhverfinu.
- Slökva skal á farsínum og taka heimasíma úr sambandi og biðja fjölskyldumeðlimi um aðstoð við að lágmarka truflun á svefntímanum.
- Ef þú ert mjög viðkvæm/ur fyrir hljóðum úr umhverfi gæti verið góð hugmynd að sofa með eyrnatappa.

Þegar svefnvandamál eru til staðar er reglubundinn svefn oftast það svefnráð sem mikilvægast er að fylgja til þess að komast út úr vítahring svefnleysis. Þeir sem stunda vaktavinnu hafa sjaldan þann kost að fara alltaf á sama tíma að sofa og á sama tíma á fætur. En það sem þá er mikilvægt er að reyna að skapa sér einhverja reglu í þessu óreglulega mynstri. Auðveldast er að gera það ef að vaktaplanið er nokkuð reglulegt og ef hægt er að fá upplýsingar um vaktaplan langt fram í tímann.

HEIMILDIR

1. Åkerstedt, T. (2003). Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Occupational Medicine*, 53(2), 89–94.
2. Cagnacci, A., Elliott, J. A. & Yen, S. S. (1992). Melatonin: a major regulator of the circadian rhythm of core temperature in humans. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 75(2), 447–452.
3. Costa, G. (1996). The impact of shift and night work on health. *Applied ergonomics*, 27(1), 9–16.
4. Torsvall, L., Åkerstedt, T., Gillander, K. & Knutsson, A. (1989). Sleep on the night shift: 24-hour EEG monitoring of spontaneous sleep/wake behavior. *Psychophysiology*, 26(3), 352–358.
5. Åkerstedt, T., Kecklund, G. & Knutsson, A. (1991). Spectral analysis of sleep electroencephalography in rotating three-shift work. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 330–336.
6. Sallinen, M., Härmä, M., Mutanen, P., Ranta, R., Virkkala, J. & Müller, K. (2003). Sleep–wake rhythm in an irregular shift system. *Journal of Sleep Research*, 12(2), 103–112.
7. Åkerstedt, T. (1995). Work hours, sleepiness and the underlying mechanisms. *Journal of sleep research*, 4(s2), 15–22.
8. Dinges, D. F. (1995). An overview of sleepiness and accidents. *Journal of sleep research*, 4(s2), 4–14.
9. Saksvik, I. B., Bjorvatn, B., Hetland, H., Sandal, G. M. & Pallesen, S. (2011). Individual differences in tolerance to shift work – a systematic review. *Sleep medicine reviews*, 15(4), 221–235.

Notkun morfínskyldra lyfja í fæðingu og áhrif þeirra á nýburann



Elín Árnadóttir,
BSc í lyfjafræði



Íris Elva Jónsdóttir,
BSc í lyfjafræði



Sveinbjörn Gizurarson,
prófessor

INNGANGUR

Notkun ópíóíða í fæðingu hefur verið umdeild í áratugi vegna mögulegra óæskilegra áhrifa þeirra á nýburann í og eftir fæðingu. Þessi áhrif eru m.a. öndunarbæling, minnkað innöndunarrúmmál, lækkuð súrefnismettun og blóðsýring sem rekja má til vanstarfsemi öndunarfaranna. Einnig hafa komið fram hættulegar hjartsláttartruflanir í föstri, á meðan fæðingu stendur, hafi móðir fengið ópíóíða, en einnig skert taugaviðbrögð hjá nýburanum [1].

Ef verkir eru það miklir að þörf sé á ópíóíðum ætti að reyna að lágmarka þessi óæskilegu áhrif á nýburann, og aðeins að nota þá á meðan útvíkkun á sér stað. Síðan þarf að fylgjast vel með móðurinni og nýburanum eftir fæðingu og hafa súrefni og mótetni (naloxone) tiltækt [2].

NOTKUN ÓPÍÓÍÐA Í FÆÐINGUM

Ópíóíðarnir eru annaðhvort gefnir í æð eða í vöðva, þó er algengara að gefa lyfið í vöðva til að minnka líkur á því að föstrið fái háan blóðstyrk af lyfinu. Notkun ópíóíða til verkjastillingar hefur verið umdeild og finna sumar konur fyrir óþægilegum áhrifum þeirra eins og sljóleika og syfju, en hins vegar getur notkun þeirra hjálpað ef útvíkkunin hefur staðið lengi yfir eða ef konan hefur haft mikla verki og er orðin þreytt [3]. Æskilegast væri að nota þá ópíóíða sem hafa skjóta virkni, og með sem fæstar aukaverkanir á móður og föstur [2]. Algengasta lyfið í þessum flokki er petidín, en önnur lyf sem einnig eru notuð eru morfín (morphine, Contalgin), nalbúfín (ekki í boði á Íslandi), fentanýl (Leptanal, Instanyl) og remifentanýl [4]. Hér á landi var notast við petidín þegar þess þarf til verkjastillingar í fæðingu [3]. Fyrir um tveimur árum var farið að nota morfín í stað petidíns. Mikilvægt er að bæði móðir og föstur/nýburi séu undir eftirliti eftir að ópíóíðar hafa

verið notaðir, enda einungis notaðir í fæðingar á sjúkrahúsum. Til að takmarka áhrif á nýburann eru ópíóíðar helst bara notaðir á virku stigi útvíkkunar, þ.e.a.s þegar útvíkkun er um 4–8 cm [2, 5].

LYFHRIF ÓPÍÓÍÐA

Ópíóíðar eru lyf með sterk verkjastillandi áhrif sem koma fram þegar þau bindast sérstökum viðtökum sem kallast ópíóíðviðtakar, en þá má finna í miðtaugakerfinu og í útlægum vefjum. Ópíóíðar bindast við svokallaða *mu*, *kappa* og *delta* ópíóíðviðtaka, en bindingin er afturkræf og því er hægt að stöðva verkunina snögglega með mótetfinu naloxone. Lengd verkunarinnar er hins vegar háð því hvaða viðtaka ópíóíðinn binst við. Flestir ópíóíðar bindast *mu* viðtakanum en hann gefur sterkari og lengri verkun en ef bindingin er við *kappa* viðtakann [2, 6].

Óæskileg áhrif á móður eru rugl, svimi og öndunarslæving en einnig munþurrkur, ógleði og hægðatregða vegna áhrifa þeirra á meltingarveginn. Til viðbótar þessu má sjá hjartsláttarköst, hægan hjartslátt og lághrýsting vegna áhrifa á hjarta- og æðakerfið [6–8].

Af þeim ópíóíðum sem eru í boði hefur petidín verið það sem mælt er með fyrir barnshafandi konur sem eru að fæða. Þetta er smíðaður (e. synthetic) ópíóíði sem binst m.a. *mu* viðtakanum og hefur öflug verkjastillandi áhrif. Kosturinn við petidín er að verkunartíminn er styttri og bælandi áhrif á öndun er einnig styttri en eftir notkun morfíns [9].

LYFJAHVÖRF ÓPÍÓÍÐA

Verulegur munur er á lyfjahvörfum ópíóíða í fullorðnum og nýburum. Til að mynda er dreifirúmmál í nýburum nærri tvöfalt meira en hjá fullorðnum og helmingunartíminn í nýburum er frá

11–22 klst. á meðan helmingunartími fullorðinna er einungis 3–4 klst. Þannig að útskilnaður lyfsins úr plasma hjá nýburum er um þriðjungi hægari en hjá fullorðnum [10]. Próteinbinding lyfsins er um 52% í nýburum en 60–80% í fullorðnum, svo mun meira magn er af virku (fríu) lyfi í blóði nýbura. Þetta þýðir að sami blóðstyrkur hefur mun meiri áhrif í nýburum en í fullorðnum og því má búast við meiri virkni í heila, meiri öndunarbælingu o.fl. hjá nýburum. Petidín kemst greiðlega yfir fylgju eða um 70–90% [8, 10].

Umbrot ópíóíða fer að mestu fram í lifur þar sem sum niðurbrotsefni eru virk þegar önnur hafa enga virkni. Sem dæmi myndast morfín-6-glúkúroníð þegar morfín brotnar niður en það er mun virkara en morfíníð sjálft, en þegar petidín brotnar niður myndast óvirkt norpetidín [2, 8, 11].

ÁVINNINGUR OG AUKAVERKANIR HJÁ MÓÐUR

Sársaukinn sem móðir upplifir þegar hún fæðir barn er óumdeildur, en það er afar persónubundið hvernig þær skynja þennan sársauka [4]. Margar konur kjósa að fá einhvers konar verkjastillingu á meðan fæðingu stendur eins og mænudeyfingu eða jafnvel kröftuga verkjadeyfingu með ópíóíðum. Helsti ávinningurinn við að nota ópíóíða er að þeir slá fljótt og vel á sársaukann án þess skerða meðvitund konunnar [2]. Samkvæmt samantekt sem Ullman og félagar unnu árið 2011 á mörgum rannsóknum kemur fram að einungis minni hluti kvenna töldu verkjastillingu góða eða fullkomna með ópíóíðum. Helstu aukaverkanir voru ógleði, uppköst og sljóleiki, en marktækt fleiri konur í þeim hópi sem fékk petidín létu vita að þær finndu fyrir sljóleika [4].

ÁHRIF Á NÝBURA

Eins og áður hefur komið fram flytjast ópíóíðar yfir fylgju og má áætla að það taki nýburann allt að 3–6 sólarhringa að losa sig við petidín og niðurbrotsefni þess úr líkama sínum [12]. Mikilvægt er að mæður sem fá petidín séu tengdar við hjartsláttarrita sem fylgist með hjartslætti barnsins, þar sem að hann á það til að detta niður eða verða óreglulegur vegna lyfsins [13].

Önnur áhrif sem nýburar geta orðið fyrir eru öndunarbæling og lægri APGAR einkunn [3, 14, 15]. Þó magn af ópíóíðum sé aðeins minna í blóði nýbura en móður, þá er mun meira magn af virku (fríu) lyfi í blóði nýburans vegna próteinbindingar og því geta áhrif lyfsins verið meiri en hjá móður. Síðan virkar lyfið mun lengur í nýburanum en móður og þeir því líklegri til að verða fyrir óæskilegum áhrifum sökum lyfjagjafarinnar [16].

ÁHRIF Á BRJÓSTAGJÖF

Fáar rannsóknir hafa tekið fyrir áhrif ópíóíða sem notaðir voru við fæðingu, á brjóstagjöf. Í einni rannsókn sem gerð var í Svíþjóð 1997 voru áhrif petidíns á brjóstagjöf skoðuð og sýndi hún að það voru tengsl á milli verkjastillingar móður með peditíni og tíma að fæðingu [14, 17]. Einnig hefur verið sýnt fram á að ópíóíðar hafa áhrif á sogþörf og hve fljótt nýburinn sækir í brjóstið. Þeir nýburar sem höfðu hæstu blóðgildin (sýni tekin úr naflastreng) voru með minni sogþörf og voru lengur að taka brjóst [14]. Tíminn skipti

einnig máli en því lengri tími sem leið frá síðustu lyfjagjöf uns barnið fæddist því fljótari virtust þau taka brjóst. Ein af ástæðunum er að petidín er mjög fituleysanlegt og á því greiða leið beint inn í miðtaugakerfið og hefur slævandi áhrif á mikið af þeirri starfsemi sem þar fer fram [14].

LOKAORÐ

Eins og fram hefur komið er notkun ópíóíða í fæðingu umdeild og ekki að ástæðulausu. En ef rétt er farið að gjöf ópíóíða og eftirfylgni er góð, þá er hægt að lágmarka áhættuna fyrir nýburann ásamt því að ná sem mestum ávinningi fyrir móðurina. Almenna reglan ætti samt að vera að mæla frekar með notkun annarrar verkjastillingar, ef hægt er, og nota ópíóíða einungis í brýnustu nauðsyn. Passa þarf að lyfjagjöf sé í lágmarki til að minnka óæskileg áhrif á litla krilið.

HEIMILDIR

1. Wang, K., Cao, L., Deng, Q., Sun, L. Q., Gu, T. Y., Song, J., & Qi, D. Y. (2014). The effects of epidural/spinal opioids in labour analgesia on neonatal outcomes: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Anaesth*, 61(8), 695–709.
2. Anderson, D. (2011). A review of systemic opioids commonly used for labor pain relief. *J Midwifery Womens Health*, 56(3), 222–239.
3. Hilmarsdóttir, L. Ó. (2010). Verkjameðferðir í fæðingu með lyfjum. *Ljósmodir.is: Ljósmeðrafélag Íslands*.
4. Ullman, R., Smith, L. A., Burns, E., Mori, R., & Dowswell, T. (2010). Parenteral opioids for maternal pain relief in labour. *Cochrane Database Syst Rev* (9), CD007396.
5. Lowe, N. K. (1991). Critical predictors of sensory and affective pain during four phases of labor. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 12(13), 193–208.
6. Terrie, Y. C. (2011). An Overview of Opioids. *Pharmacy Times*.
7. eMC. (2014). Pethidine Injection BP 50mg/ml. from eMC https://www.medicines.org.uk/emc/medicine/22031#PHARMACODYNAMIC_PROPS
8. Sérlyfjaskrá. Pethidine BP. <http://serlyfjaskra.is/FileRepos/cf3b00e4-c6fe-df11-a1f6-0016e6045f8e%5CSPC-Pethidine%2520BP.doc.pdf>
9. WHO. (1989). WHO Model Prescribing Information: Drugs Used in Anaesthesia. from <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2929e/7.2.html>
10. Olkkola, K. T., Hamunen, K., & Maunukela, E. L. (2012). Clinical Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Opioid Analgesics in Infants and Children. *Clinical Pharmacokinetics*, 28(5), 385–404.
11. Smith, H. S. (2009). Opioid Metabolism. *Mayo Clinic Proceedings*, 84(7), 613–624.
12. Hogg, M. I., Wiener, P. C., Rosen, M., & Mapleson, W. W. (1977). Urinary excretion and metabolism of pethidine and norpethidine in the newborn. *Br J Anaesth*, 49(9), 891–899.
13. Sekhavat, L., & Behdad, S. (2009). The Effects of Meperidine Analgesia during Labor on Fetal Heart Rate. *Int J Biomed Sci*, 5(1), 59–62.
14. Nissen, E., Widstrom, A. M., Lilja, G., Matthesen, A. S., Uvnas-Moberg, K., Jacobsson, G., & Boreus, L. O. (1997). Effects of routinely given pethidine during labour on infants' developing breastfeeding behaviour. Effects of dose-delivery time interval and various concentrations of pethidine/norpethidine in cord plasma. *Acta Paediatr*, 86(2), 201–208.
15. Volikas, I., Butwick, A., Wilkinson, C., Pleming, A., & Nicholson, G. (2005). Maternal and neonatal side-effects of remifentanyl patient-controlled analgesia in labour. *Br J Anaesth*, 95(4), 504–509.
16. Olkkola, K. T., Hamunen, K., & Maunukela, E. L. (1995). Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of opioid analgesics in infants and children. *Clin Pharmacokinet*, 28(5), 385–404.
17. Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., . . . Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD009234.



Ljósmóðir í Betlehem

Það er árla morguns og leið mín liggur frá Jerúsalem til Betlehem sem er um 25 mínútna akstur. Sólarupprisan er einstök hér í landinu helga, við mér blasir eldrauður Jórdaníufjallgarðurinn í fjarska og græn ólífutrén í vegkantinum þegar ég nálgast varðstöð Ísraelshers inn í Betlehem. Gráir fyrir járnum hleypa ungir hermenn mér í gegn. Ég sé fjölda Palestínumanna fara fótgangandi í gegnum varðstöðina undir smjásjá hersins, á leið til vinnu í Jerúsalem. Palestínumönnum búsettum í Betlehem er óheimilt að aka bíl til Jerúsalem og þurfa því að taka sérstakar rútur til vinnu. Betlehem tilheyrir Vesturbakkanum og Palestínu, borgin er umkringd múrum og kemst enginn til og frá henni nema að fara í gegnum varðstöðvar hersins. Hér í Palestínu hefur fólk búið við hernám Ísraels frá 1967. Um aldamótin síðustu fóru mýrar að rísa í kringum hverja palestínsku borgina á fætur annarri með tilheyrandi skerðingu á ferðafrelsi og lífskjörum fólks almennt.

Ég held ferð minni áfram, við götuna skammt fyrir innan varðstöðina stendur palestínskur kaffisölumaður. Ég stöðva bílinn og fæ mér rjúkandi heitt arabískt kaffi. „Friður sé með þér,“ segir hann á arabísku og brosir um leið og hann kveður. Brátt er ég komin á spítalann Holy Family Hospital. Spítalinn stendur á fallegum stað skammt frá fæðingarstað Jesú. Kapólsku góðgerðasamtökin Order of Malta sjá um reksturinn, starfsfólkið er palestínskt en framkvæmdastjórinn franskur. Spítalinn, sem samanstendur af fæðingardeild, vökudeild, skurðstofu og sængurkvennadeild, þjónustar palestínskar konur og er þjónustan talin sú besta sem þær eiga völ á. Konurnar koma víða að úr Palestínu til að fæða og fæðingar síðasta árs voru 3.568 talsins og fer þeim fjölgandi ár frá ári. Spítalinn sinnir flóttamönnum en í Betlehem eru til



Anna Rut með ljósubarnið sitt.

að mynda tvær flóttamannabúðir. Palestínskir flóttamenn eru um 793 þúsund á Vesturbakkanum. Spítalinn sinnir auk þess bedúinakonum en þær eru hirðingjar sem lifa við mjög frumstæð skilyrði í eyðimörkinni. Líf kvennanna er oft á tíðum erfitt, sérstaklega hirðingjanna og þeirra sem búa í flóttamannabúðunum. Bedúinakonur eiga að meðaltali 8–12 börn hver. Fæðingartíðni meðal annarra palestínskra kvenna er 4,1 og hefur dregist saman undanfarin ár og notar 57% þeirra getnaðarvarnir. Meðalaldur kvenna við giftingu er 20 ár en fimmtungur þeirra giftast hins vegar fyrir 18 ára aldur. Rúm 4% búa við fjölkvæni. Rúmlega þriðjungur kvenna býr við heimilisofsbeldi og fer það síst minnkandi. Samkvæmt lögum er heimilisofsbeldi ekki bannað en rætur þess má m.a. rekja til feðraveldisins sem þær búa við ásamt hernáminu og skertra tækifæra sem því fylgja, einkum atvinnuleysis. Menntunarstig palestínskra kvenna er hátt miðað við önnur Mið-Austurlönd en engu að síður eru 38% þeirra án atvinnu. Múslimskar konur hylja hár sitt og ganga gjarnan í kápum þótt hásumar sé og hitinn óbærilegur. Fáar eru hins vegar í búrkum eða hylja sig algerlega. Í Betlehem eru um 20% íbúanna kristnir Palestínumenn en kristnar konur hylja ekki hár sitt.

Ljósmóðir hér í fullu starfi er með um 130 þúsund ISK á mánuði í byrjunarlaun. Vinnuvikan er 40 klst. Mönnun hljóðar upp á 4 ljósmæður, að deildarstjóra meðtöldum, á morgunvakt og kvöldvakt og 3–4 á næturvakt, álagið er því oft á tíðum mikið á hverja ljósmóður. Vaktaskýrslan er skrifuð 2 vikur í senn og lögð fram 2–4 dögum áður en hún tekur gildi svo lítið ráðrúm gefst til að skipuleggja frítíma. Fæðingarorlof hjá ljósmóðum er ekki nema 70 dagar eða 10 vikur.

Lífið á fæðingardeildinni er um margt ólíkt því sem ég á að venjast. Menningarmunurinn er talsverður og er hinn arabíski heimur almennt hávaðasamur, lítið fer fyrir næði og tillitsemi. Það tók mig langan tíma að venjast þessu. Fæðingarstofurnar eru t.d. ávallt opnar og hljóð berast auðveldlega á milli herbergja. Starfsfólkið er svo á ferðinni út og inn af stofunni. „Þín kona“ er ekki látin í friði af öðru starfsfólki, sem stundum gerist forvitið og vill til dæmis vita hver útvíkkunin sé og skellir sér því í innri skoðun að öllum forspurðum. Þegar líður að fæðingunni sjálfri er samvinnuhugsjónin við völd og allir sem vettlingi geta valdið taka þátt. Sannkolluð Hollywood-stemning skapast með víðeigandi hvatningarhrópum sem heyrast um alla deildina. Foreldrarnir fagna sérstaklega ef drengur fæðist en síður ef um stúlku-barn er að ræða.

Þó svo spítalinn sé yfirhöfuð snyrtilegur er hreinlætisstuðullinn ekki eins hár og ég á að venjast. Konurnar þurfa að koma með sína eigin sápu því það er ekki sjálfgefið að sápa sé inni á baðherbergi konunnar. Þetta er einkar bagalegt þar sem allar konur fá til dæmis hægðalosandi í byrjun fæðingar. Við ljósumarnar höfum einn vask á deildinni til að þvo okkur. Sá vaskur er frammi á gangi, fyrir framan skurðstofuna, svo það eru oft ansi mörg skref í vaskinn til að þvo sér. Ég ákvað því að koma með mína eigin sápu og þvæ mér á baðherbergi konunnar. Handspritt eru fyrir utan stofurnar en ekki inni á þeim, ætluð aðstandendum. Ég laumast oft til að taka sprittbrúsann til mín inn á stofuna. Ræstingarstarfsfólki er aðeins ætlað að þrifa gólfín, annað sjá ljósmæðurnar um.

Konum er ekki gefinn langur tími til að fæða og fæðingarnar eru keyrðar áfram. Belgjarof er gert hjá öllum konum í upphafi fæðingar. Hvað varðar hinar ýmsu tíðnitölur þá eru um 30% fæðinga gangsetningar og keisaratiðnin er 25%. Tiðni episiotomia hjá frumbyrjum er

58% en þó ekki nema 3% hjá fjölbyrjum. Hvað varðar börnin, þá er nýburadaði (dái á fyrsta mánuði) 2.72/1000. Í samanburði er þessi tala 1.4/1000 á Íslandi 2014.

Óskalisti hinnar fæðandi konu er óþekkt fyrirbæri hér. Þær liggja fyrir að mestu og hreyfa sig lítið. Reglur kveða á um að óheimilt sé að fara úr rúmi eftir mænurótardeygingu. Heimilt er að taka einn aðstandanda með sér í fæðinguna og yfirleitt er það móðir konunnar eða tengdamóðir. Eiginmaðurinn skýst meira inn af og til en er sjaldan hennar aðal stuðningsaðili. Það eru ekki allar konur svo lánsamar að hafa með sér aðstandanda og eitthvað er um að þær kærri sig ekki um það. Aðstandendurnir eru oftast ekki hlédrægir. Þeir eru duglegir að biðja til Allah í fæðingunni og á það jafnframt við um konurnar sjálfar. Mér finnst það virkilega notalegt að heyra þær biðja og skapar það róandi stemningu mitt í öllum hamaganginum sem oft er á stofunum. Að öðru leyti fer að öllu jöfnu lítið fyrir aðstandendum.



Nýbökud móðir áamt aðstandanda og Önnu Rut.

Það sem stingur mig einna mest í hjartað hér er skortur á umhyggju. Við ljósmæður tölum gjarnan um það að listin við ljósmóðurstarfið sé einmitt að veita konunni og aðstandendum hennar umhyggju á ólíkan hátt; með nærveru, uppörvandi samskiptum, nuddi og öðru þar sem markmiðið er að auka vellíðan hennar og stuðla að aukinni stjórn konunnar á aðstæðum. Tungumálaörðugleikar gera mér örðugt fyrir að fylgjast með samskiptum almennt en hér er töluð arabíska. Mín upplifun er þó sú að ljósmæðurnar tali oft til kvennanna í skipunartón. Þær koma lítið sem ekkert við konurnar nema á tæknilegan hátt, eins og t.d. þegar sett er upp nál. Ekkert er um faðmlög né kossa eftir fæðinguna. Aldrei hef ég orðið vitni að því að ljósmóðir nuddi konu eða veiti henni aðrar verkjastíllandi meðferðir nema þær læknisfræðilegu, eins og glaðloft, lyf og deyfingar. Ljósmæðranemar koma reglulega á deildina. Með nemum fylgja oft nýir og ferskir vindar og er síður líklegt að þær séu útbrunnar í vinnu. Ekki get ég hins vegar séð að þær vinni neitt öðruvísi og að umhyggja sé eitthvað sem þeim sé uppálagt

að sýna. Vinna þeirra gengur út á verklega þætti og observation.

Ég hef mikið velt þessu fyrir mér enda er umhyggja, eins og áður segir, einn af lykilþáttum ljósmóðurstarfsins. Menningin er á margan hátt öðruvísi hér en heima. Barnsfæðing er fremur hversdagslegur viðburður og ekkert til að gera stórmál úr að áliti fólks. Þú færð ekki einhverja sérmeðferð þótt þú sért að fæða barn, þetta er bara hlutverk þitt sem kona og daglegt brauð í hinum palestínska heimi. Ein af þeim skýringum sem ég hef einnig fengið er sú, að fólk hefur búið við harðræði og misrétti vegna hernáms Ísraelsmanna í tug á ára. Daglega eru mannréttind fólks fótum troðin og þetta umhyggjuleysi gæti verið ein af birtingarmyndum þess ástands. Palestínskt þjóðfélag er einnig mjög stéttskipt. Ljósmæður eru menntaðar og það gefur þeim ákveðið vald til að vera við stjórn og skipa fyrir. Ég hef hins vegar komist að því að snerting er langt í frá tabú hér um slóðir. Þær konur sem ég hef sinnt hafa verið yfir sig ánægðar þegar ég hef kysst þær og knúsað, nuddað og haldið í höndina á þeim.

Eins og áður segir þá er gerð episíotomía hjá meiri en helmingi frumbyrja. Spöng þeirra er deyfð áður en episíotomían er gerð en það læðist að mér sá grunur að ekki sé bætt mikið á þá deyfingu þegar sauma á svæðið saman. Ekki er vaninn að deyfja urethral-svæðið og labiur ef þar kemur rífa. Ég tala fyrir daufum eyrum um xylocain sprej og staðbundna deyfingu. Svo mikið fékk þetta á mig að ég fékk sent Xylocain sprej að heiman og hélt að það myndi vekja lukku. Því er skemmt frá að segja að gjöfin frá Íslandi fékk fremur lítinn hljómgrunn meðal ljósmæðranna. Annað sem kom mér á óvart hér er að ljósmæðurnar virðast hafa takmarkaðan áhuga á að skiptast á hugmyndum við mig um fæðingahjónustuna og ræða mismunandi aðferðir. Að sjálf-sögðu skýra tungumálaörðugleikar þetta að hluta en alls ekki að öllu leyti, því flestar ljósmæðurnar eru ágætlega talandi á ensku.

Til gamans má geta þess að samveran í morgunmatnum er heilmikil upplifun og þar kemur glöggt fram hin arabíska gestrisni sem er einstök. Ljósmæðurnar koma með brauð, hummus og ýmislegt grænmeti að heiman sem borið er fram sameiginlega. Borðað er með höndunum og ekkert tiltökumál að hafa fingurna í matnum. Þessu er síðan skolað niður með vel sætu tei og líflegar umræður eru við borðhaldið, á arabísku.

Starf mitt á The Holy Family Hospital síðastliðna 5 mánuði hefur verið einkar áhugavert og lærdómsríkt, einkum og sér í lagi að upplifa þennan menningarmun sem ég hef lýst hér að framan. Því er ekki að neita, að ég mun meta íslenska fæðingahjónustu enn betur en áður eftir þessa vist

Að taka á móti börnum hér í Betlehem gefur ljósmóðurstarfinu ákveðna upplifun sem seint gleymist.

Anna Rut Sverrisdóttir
ljósmóðir

HEIMILDIR:

Fæðingaskrá The Holy Family Hospital, 2015.

"Palestinian Women"; Palestinian academic society for the study of international affairs (PASSIA), Jerusalem, 2015.



Á kaffistofu starfsfólks.

Draumur verður að veruleika

Við erum tvær vinkonur, Arney og Hrafnhildur. Við smullum saman í hjúkrunarnáminu á sínum tíma. Við erum jafn gamlar og eigum ótal margt sameiginlegt. Mæður okkar eru báðar hjúkrunarfræðingar og voru óléttar af okkur á sama tíma í hjúkrunarnáminu sínu. Við eigum maka sem við kynntumst sama ár með mánaðar millibili og giftumst þeim sama ár með mánaðar millibili. Eigum báðar þrjú börn á svipuðum aldri, tvo drengi og eina stúlku, og stúlkurnar eru í miðjunni. Báðar fæddum við yngstu börnin okkar heima og auðvitað fórum við saman í ljósmóðurnámið því það hafði verið langþráður draumur okkar beggja.

Eftir útskrift okkar úr náminu árið 2009 var efnahagshrunið í algleymingi og atvinnuhorfur ljósmæðra slæmar. Í fyrsta sinn í sögunni voru ljósmæður atvinnulausar. Okkur þyrsti í að nýta krafta okkar að námi loknu, ljósmæðrahjörtun slógu af miklum krafti og Björkin ljósmæður, litla fyrirtækið okkar, varð til. Björkina stofnuðum við í upphafi með ljósusystur okkar. Til að byrja með fengum við aðstöðu hjá Nýsköpunarmiðstöð Íslands, í frumkvöðlasetrinu KÍM, þar sem fyrstu skrefin voru tekin. Fæðingarundirbúningsnámskeiðin okkar urðu strax vinsæl og við buðum einnig upp á ýmis önnur námskeið í samvinnu við fleiri aðila eins og við gerum enn í dag. Smám saman sneru ljósusystur okkar til annarra verka og urðum við eftir tvær sem rekum og eigum Björkina.

Frá því Áslaug Hauksdóttir tók á móti yngri sonum okkar í febrúar 2006 hafði okkur langað til að verða heima-fæðingarljósmæður. Í apríl 2010 tókum við á móti fyrsta barninu okkar í heima-fæðingu og um haustið vorum við komnar á fullt í heima-fæðingunum og við höfum haft nóg að gera síðan þá.

Þær voru tólf fjölskyldurnar sem við sinntum fyrsta árið en fljótlega varð mun meira að gera og nú sinnum við á bilinu fjörutíu til sextíu konum á ári. Við náðum þeim áfanga í febrúar 2015 að taka á móti hundraðasta barninu heima og nú eru börnin orðin hundrað og sjöttíu þannig að það hefur verið nóg að gera. Á þessum tíma sem er liðinn frá fyrstu fæðingunni hafa yfir tvö hundruð konur stefnt á heima-fæðingu með okkur og þetta ár lofar mjög góðu.

Björkin ljósmæður er nú til húsa í Síðumúla 10 og hefur verið frá september 2013. Björkin er hluti af Lygnu fjölskyldumiðstöð og erum við í samstarfi við góðar konur sem eru þar með fyrirtækin sín. Starfsemin í Lygnu er sífellt að þróa. Þar starfar nú öflugur hópur kvenna sem býður upp á fjölbreytta þjónustu sem flest miðar að því að styðja við barnafjölskyldur.

Það hefur lengi verið draumur okkar, eins og svo margra ljósmæðra, að stofna fæðingarheimili og varð sá draumur til í ljósmæðranáminu. Fyrir nokkrum árum reyndum við tvisvar sinnum að láta drauminn um fæðingarheimili verða að veruleika en höfðum ekki árangur sem erfiði. Draumurinn var lagður til hliðar tímabundið enda höfðum við nóg að gera í heima-fæðingunum. Á síðasta ári urðum við vinkonurnar báðar 40 ára sem voru ákveðin tímamót í lífinu. Við litum yfir farinn veg, veltum fyrir okkur hvar við værum staddir á lífinu og hvert við vildum stefna. Við vorum báðar í draumastarfinu, vel giftar, börnin okkar orðin svolítið stór og lífið brosti við okkur. Okkur fannst við ekki geta gefið drauminn okkar um fæðingarheimili upp á bátinn svo við hugsuðum að það væri annaðhvort núna eða aldrei. Ákváðum að taka bara skrefið, hætta að spyrja: Megum við? Og segja frekar: Við ætlum. Eftir nokkra

umhugsun og fyrirgrennslan ákváðum við að einfaldast væri að byrja þar sem við erum nú með aðsetur í Síðumúlanum. Byrja bara smátt og sjá hvað yrði. Við fengum strax leyfi hjá eigendum hússins, fórum á fund Sjúkratrygginga Íslands sem lofuðu okkur því að greiða fyrir þjónustuna og fengum byggingarleyfi fyrir framkvæmdunum svo eitt-hvað sé nefnt.

Ýmislegt hefur komið upp á í undirbúningnum sem við vissum ekki fyrir, eins og að þurfa að sækja um byggingarleyfi vegna breytinganna á húsnæðinu. Okkur þóttu þetta bara vera smávægilegar breytingar, tveir til þrír veggir, sturta, skol og eitt-hvað smávægis fleira og áttum ekki von á að þurfa byggingarleyfi til þess að framkvæma þetta smott-eri. Það að sækja um byggingarleyfi er eitt af mörgu í þessu ferli sem við höfum ekki gert áður og höfðum ekki hugmynd um hvernig gengi fyrir sig. Í stuttu máli er óhætt að segja, að það er mun flóknara en maður heldur, það gekk á endanum en tók marga mánuði. Það var ýmislegt þar sem þurfti að leysa, hver hefur t.d. ekki heyrt um lagna-hönnuð? Byggingarleyfið er loks í höfn og nú eru smiðirnir, píparinn og málariinn á fullu að vinna sína vinnu og við sjáum nú fyrir endann á breytingunum. Auðvitað kostar þetta sitt og höfum við leitað ýmissa leiða til að að fjármagna þetta. Við ákváðum að taka lán fyrir framkvæmdunum hjá Svanna-lánatryggingasjóði kvenna. Til þess þurftum við að skila ítarlegri viðskiptaáætlun, vorum boðaðar í viðtal og spurðar spjörunum úr og eftir það samþykktu þau að lána okkur. Lánið nær bara yfir hluta kostnaðarins og eftir að hafa lagt höfuðin í bleyti ákváðum við að fjármagna það sem eftir var með hóp-fjármögnun á



Arney og Hrafnhildur að mála nýju fæðingarstofuna



Fjölskyldumeðlimir hjálpa til að gera fæðingastofuna klára.

Karolina Fund. Söfnunin gekk vonum frammar og viðbrögðin voru eiginlega alveg ótrúleg. Þegar farið er af stað með söfnun hjá Karolina Fund fylgir því að maður þarf að vera duglegur að kynna verkefnið sitt sem við gerðum. Við förum í viðtöl hingað og þangað og gerðum allt sem okkur datt í hug til að vekja á verkefninu athygli. Kastljósið, Ísland í dag, flest öll dagblöð, fréttamiðlar á netinu og útvarpsþættir voru nánast daglegt brauð um tíma. Þægindarammi var hugtak sem við vorum alveg hætta að nota, enda löngu komnar út fyrir hann.

Fram að þessu höfum við ekki fengið annað en jákvæð viðbrögð hvar sem við höfum komið, ótrúlegasta fólk hefur sýnt þessu mikinn

áhuga. Einstaklingar og fyrirtæki hafa sett sig í samband við okkur og viljað leggja verkefninu lið og fyrir það erum við eilíflega þakklátar.

Það er mikið búið en það er líka töluvert eftir. Um leið og húsnæðið er tilbúið sækjum við um starfsleyfi heilbrigðiseftirlits. Í kjölfarið tilkynnum við reksturinn til landlæknis og verið er að vinna í samningum við Sjúkratryggingar Íslands. Fyrsta barnið fæðist vonandi í sumar á litla fæðingarheimilinu okkar, ef allt gengur að óskum. Við vitum að fæðingar taka mislangan tíma og það þarf þolinmæði í yfirsetu. Það sama virðist eiga við um fæðingu fæðingarstofu. Konur hafa haft samband við okkur og lýst yfir áhuga á að fæða hjá okkur á fæðingarstofunni en við höfum hingað til ekki viljað lofa þeim neinu. Allt er samt að verða tilbúið og það er þegar verið að þrjóna heimferðarsett á fyrsta barnið sem fæðist í fæðingarstofunni okkar. Það er mikil vinna að setja á fót fæðingarstofu. Í tveggja manna hópinn okkar hafa nú bæst við fleiri ljósmæður sem eru okkur mikill liðstyrkur. Það eru Harpa Ósk Valgeirsdóttir, ljósusystir okkar, Greta Matthíasdóttir, Jenný Árnadóttir og Emma Swift. Þær Harpa og Emma ætla að vinna með okkur í tengslum við námskeið og ýmsar nýjungar sem við erum farnar að bjóða upp á í Björkinni og hægt er að finna upplýsingar um á nýju heimasíðunni okkar sem við vorum að opna í byrjun árs. Harpa hefur hjálpað okkur að halda utan um verkefnið og er vefstjórninn okkar. Gréta og Jenný eru að vinna með okkur og Hörpu að mótn þjónustunnar sem verður veitt á fæðingarstofunni og þær munu mynda með okkur fyrsta ljósmæðrahópinn sem býður upp á samfellda þjónustu og fæðingu í fæðingarstofunni. Okkur innan handar er líka góður hópur af ráðgefandi ljósmæðrum sem er líka mikill styrkur fyrir okkur og við erum þeim mjög þakklátar. Fæðingarstofan verður til að byrja með aðallega ætluð konum sem koma utan af landi til að fæða börnin sín og hafa ekki kost á að fæða barnið sitt á heimaslóðum. Konur af höfuðborgarsvæðinu verða líka boðnar velkomnar. Allar þurfa konurnar að vera hraustar og verður meðgangan þeirra að vera eðlileg. Stuðst verður við leiðbeiningar landlæknis um val á fæðingarstað. Draumur okkar er að fæðingarstofan í Lygnu verði upphaf að einhverju stærra og meira. Fæðingarheimili með nokkrum fæðingarstofum og fleiri ljósmæðrahópum. Það er von okkar að með opnun fæðingarstofu Bjarkarinnar munum við skapa nýjan starfsvettvang fyrir ljósmæður, fjölga valkostum og bæta þjónustu við verðandi foreldra.

*Arney Þórarinsdóttir
Hrafnhildur Halldórsdóttir*



Íslenskar ljósmæðrarannsóknir

Íslenskar ljósmæður vinna um þessar mundir blómlegt starf við rannsóknir á margvíslegum þáttum barneignarferlisins. Afrakstur rannsókna þeirra fer fyrst að bera ávöxt þegar ný þekking breiðist út meðal ljósmæðra og annarra heilbrigðisstarfsmanna, og því ekki úr vegi að kynna í Ljósmæðrablaðinu þau rannsóknarverkefni sem unnin eru af íslenskum ljósmæðrum og þær greinar sem birst hafa í öðrum ritrýndum tímaritum.

Í dag stunda fimm íslenskar ljósmæður rannsóknarnám á doktorsstigi. Sigfríður Inga Karlsdóttir, Ingibjörg Eiríksdóttir, Sigfríður Sía Jónsdóttir og Valgerður Lís Sigurðardóttir halda áfram sínu doktorsnámi, en við hópinn hefur bæst Emma Swift sem stundar doktorsnám í ljósmóðurfræði og lýðheilsuvísindum við Háskóla Íslands (HÍ) og rannsakar meðgönguvernd, undirbúning fæðingar, fæðingaróttá, sjálfsöryggi og fæðingarinnigrip. Berglind Hálfðánsdóttir lauk doktorsnámi í ljósmóðurfræði við HÍ 2. maí síðastliðinn þar sem hún rannsakaði forsendur, útkomu og áhrifaþætti fyrirfram ákveðinna heimafæðinga á Íslandi.

Þátttaka íslenskra ljósmæðra í stórum samstarfsverkefnum um innlendar sem erlendar rannsóknir heldur áfram að vaxa. Þau verkefni sem þær taka þátt í um þessar mundir eru:

- Barneign og Heilsa: Hildur Kristjánsdóttir og Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir.
- BIDENS rannsóknasamstarfið (Belgium, Iceland, Denmark, Estonia, Norway and Sweden): Hildur Kristjánsdóttir.
- COST verkefnið Childbirth Cultures, Concerns and Consequences: Dr. Helga Gottfreðsdóttir.
- COST verkefnið BIRTH, Building Intrapartum Research Through Health: Sigfríður Inga Karlsdóttir og Sigfríður Sía Jónsdóttir.
- MiMo módelið: Sænsk-íslensk rannsókn um innleiðingu og mat á ljósmóðurfræðilegu umönnunarmódeli. Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir.
- The Nordic Homebirth Study: Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Ásrún Ösp Jónsdóttir og Dr. Berglind Hálfðánsdóttir.
- Við fyrri samstarfsverkefni hefur bæst þátttaka Emmu Swift í rannsóknasamstarfi í Kanadí, Bandaríkjunum, Þýskalandi, Bretlandi, Ástralíu, Nýja-Sjálandi, Chile og Íslandi undir leiðsögn Dr. Kathrin Stoll þar sem þróaður var nýr mælikvarði til að meta fæðingaróttá, viðhorf kvenna til notkunar tækni í fæðingum og hvað hefur áhrif á þau viðhorf hjá næstu kynslóð barnshafandi kvenna.

Frá síðasta vori hafa birst tvær ritrýndar greinar íslenskra ljósmæðra í Ljósmæðrablaðinu. Á sama tíma hafa birst í öðrum tímaritum í það minnsta átta ritrýndar greinar um rannsóknir sem íslenskar ljósmæður hafa gert á efni sem snertir ljósmæðraþjónustu á Íslandi (greinar sem eru hluti af doktorsverkefni eru stjórnumerktar):

Hildur Kristjánsdóttir og samstarfsaðilar hennar í BIDENS rannsóknasamstarfinu birtu í tímaritinu *BMC Pregnancy and Childbirth* í maí 2015 greinina **Pregnancy intendedness and the association with physical, sexual and emotional abuse – a European multi-country cross-sectional study**:

<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0558-4>

Helga Gottfreðsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Midwifery* í september 2015 greinina **Taxonomy for complexity theory in the context of maternity care**:

[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(15\)00157-6/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(15)00157-6/abstract)

Helga Gottfreðsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *The European Journal of Human Genetics* (rafræn birting í nóvember 2015) greinina **Preferences for prenatal tests for Down syndrome: An international comparison of the views of pregnant women and health professionals**:

<http://www.nature.com/ejhg/journal/vaop/ncurrent/pdf/ejhg2015249a.pdf>

Ólöf Ásta Ólafsdóttir og samstarfsaðilar hennar í The Nordic Homebirth Study birtu á árunum 2015–16 tvær rannsóknargreinar í tímaritunum *Birth* og *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* um **lengd eðlilegrar fæðingar og flutning í heimafæðingum**:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12191/abstract>

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12858/full>

Berglind Hálfðánsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Midwifery* í mars 2016 greinina **Maternal attitudes towards home birth and their effect on birth outcomes in Iceland: A prospective cohort study***:

[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(16\)00002-4/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(16)00002-4/abstract)

Helga Gottfreðsdóttir, Embla Ýr Guðmundsdóttir, Hildur Kristjánsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Midwifery* (rafræn birting í maí 2016) greinina **Content of antenatal care: Does it prepare women for birth?**:

[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(16\)30044-4/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(16)30044-4/abstract)

Emma Swift og samstarfsaðilar hennar í rannsóknasamstarfi um fæðingaróttá birtu í tímaritinu *Sexual & Reproductive Healthcare* í júní 2016 greinina **Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy**:

[http://www.srhjournal.org/article/S1877-5756\(16\)00022-7/abstract](http://www.srhjournal.org/article/S1877-5756(16)00022-7/abstract)

Að auki má til gamans geta þess að fjölmargar íslenskar ljósmæður kynntu rannsóknir sínar á Norðurlandaráðstefnu ljósmæðra í Gautaborg í maí síðastliðnum. Ljósmæðrablaðið hvetur íslenskar ljósmæður til að kynna sér efni þessara rannsókna sem geta haft þýðingu fyrir störf okkar í þjónustu við íslenskar fjölskyldur í barneignarferli.

Dr. Berglind Hálfðánsdóttir ljósmóðir tók saman

Ljósmæður fá styrk

Tveir styrkir hafa verið veittir til rannsókna á sviði ljósmóðurfræða úr Minningarsjóði Bjargar Magnúsdóttur ljósmóður og Magnúsar Jónassonar bónda. Emma Marie Swift hlýtur styrk fyrir rannsókn sína sem miðar að því að efla eðlilegar fæðingar á Íslandi og Valgerður Lísu Sigurðardóttir hlýtur styrk til doktorsrannsóknar þar sem ætlunin er að rannsaka neikvæða fæðingarreynslu kvenna á Íslandi. Heildarupphæð styrkja nemur 680 þúsund krónum.

Meginmarkmið doktorsrannsóknar Emmu Marie Swift, sem ber heitið „Að efla eðlilegar fæðingar á Íslandi – rannsókn um fæðingaróttta og viðhorf til notkunar tækni í fæðingum“, er að aðlaga og þróa íhlutun í mæðravernd sem byggist m.a. á hópumönnun með aukinni fræðslu og stuðningi við verðandi foreldra. Rannsóknin miðar að því að athuga hvort slík nálgun geti haft jákvæð áhrif á líkamlega og andlega heilsu kvenna og eftir trú konunnar á eigin getu til að fæða án inngripa. Íhlutunin verður prófuð á hópi barnshafandi kvenna og viðhorf þeirra til inngripa, fæðingaróttta og meðgönguverndar borin saman við hóp barnshafandi kvenna í hefðbundinni meðgönguvernd. Verkefnið er nýsköpun í meðgönguvernd hér á landi og miðar að því að efla eðlilegar fæðingar á Íslandi, auka fræðslu og sjálfsörýggi kvenna sem og stuðning við verðandi foreldra. Að auki hyggst Emma skoða samband fæðingaróttta og viðhorfa til notkunar tækni í fæðingum meðal ungra íslenskra kvenna og skrá notkun inngripa í fæðingum á Íslandi undanfarnir 25 ár.

Emma Marie Swift lærði ljósmóðurfræði í Bandaríkjunum og starfaði sem ljósmóðir í Madison í Wisconsin-riki á árunum 2010–2013. Vorið 2015 lauk hún meistaranámi í ljósmóðurfræði frá Hannover Medical School í Þýskalandi og hóf doktorsnám í ljósmóðurfræði með áherslu á lýðheilsuvísindi við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands undir leiðsögn Helgu Gottfreðsdóttur, dósents við Hjúkrunarfræðideild, og Helgu Zoéga, dósents við Læknadeild. Aðrir í doktorsnefnd eru Melissa Avery, prófessor við Minnesota-háskóla í Minneapolis, Kathrin Stoll, nýdoktor við British Columbia háskóla í Vancouver, og Rúnar Vilhjálmsson, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Megintilgangur doktorsrannsóknar Valgerðar Lísu Sigurðardóttur, sem ber heitið „Neikvæð fæðingarreynsla á Íslandi: Algengi, áhættuþættir og þróun ljósmóðurmeðferðar“, er að skoða hversu algengt það er að íslenskar konur upplifi fæðingu á neikvæðan hátt og þróa íhlutun fyrir þann hóp sem hefur upplifað slíkt. Fyrri rannsóknar-



niðurstöður benda til þess að neikvæð upplifun á fæðingu geti haft margvíslegar neikvæðar afleiðingar fyrir konu og barn. Því er fyrsti hluti verkefnisins fölginn í að skoða tíðni neikvæðrar fæðingarupplifunar hér á landi ásamt því að kanna hvaða þættir hafa áhrif á slíka upplifun hjá konum. Í því sambandi verða m.a. skoðuð áhrif félagslegs stuðnings, mat kvenna á eigin heilsu og hvort tímalengd frá fæðingu hefur áhrif á upplifun konunnar. Þessi hluti rannsóknarinnar byggist á gögnum úr rannsókninni Barneign og heilsa og fór gagnasöfnun fram víða um land. Í öðrum hluta verkefnisins verður kannað hvernig þjónusta konur, sem eiga neikvæða fæðingarreynslu að baki, kjósa. Þar verður byggt á gögnum úr rannsókn á viðtalsþjónustunni Ljáðu mér eyra á Landspítala. Að lokum er stefnt að því að þróa íhlutun sem ljósmæður myndu veita og byggist hún á niðurstöðum úr fyrri hluta rannsóknarinnar. Rannsókninni er ætlað að bæta við þekkingu í ljósmóðurfræði, efla ljósmóðurmeðferð og stuðla að velferð móður og barns.

Valgerður Lísu er sérfræðiljósmóðir og klínískur lektor á kvennadeild Landspítala. Jafnframt hefur hún um alllangt skeið verið stundakennari við námsbraut í ljósmóðurfræði við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Sérvið Valgerðar Lísu er andleg liðan kvenna í barneignarferlinu og veitir hún ráðgjöf og umönnun til kvenna með geðrænan vanda, vímuefnavanda eða önnur vandamál sem tengjast andlegri liðan í barneignarferlinu. Hún hefur frá árinu 2008 starfað með viðtalsþjónustunni Ljáðu mér eyra á Landspítala, en þangað geta konur leitað ef þær hafa þörf fyrir að ræða fæðingarreynslu sína. Leiðbeinandi er Helga Gottfreðsdóttir, dósent við Hjúkrunarfræðideild, og meðleiðbeinandi Herdis Sveinsdóttir, prófessor við sömu deild. Aðrir í doktorsnefndinni eru Berglind Guðmundsdóttir, dósent við Læknadeild, og Jenny Gamble, prófessor við Griffith University í Ástralíu. Valgerður Lísu hlaut styrk úr Minningarsjóði Bjargar Magnúsdóttur ljósmóður og Magnúsar Jónassonar bónda árið 2014 og er styrkurinn í ár veittur til að vinna að öðrum hluta verkefnisins þar sem undirbúningur við þróun ljósmóðurmeðferðar hefst.



Ljósmæðranám í Hollandi

Fyrir tveimur árum útskrifaðist ég sem ljósmóðir frá Ljósmæðraháskólanum í Amsterdam/Groningen í Hollandi með gráðuna Bachelor of Midwifery. Það er fjögurra ára fullt nám. Árið 2012 lauk ég við eins árs sórnám í kvensjúkdóma- og fæðingarfræði frá Háskólanum í Haarlem, einnig í Hollandi.

Eftir Versló ákvað ég að halda utan til að kynnast heiminum og læra tungumál. Lengi hafði blundað í mér að fara í háskólanám erlendis. Mig langaði að verða fæðingarlæknir eða geðlæknir, síðan komst ég að því að ég vissi ekki hver munurinn á ljósmóður og fæðingarlækni væri. Eftir að hafa kynnt mér það vissi ég að ljósmóðurfræðin hentaði mínu áhugasviði betur. Árið 2006 var ég stödd í Hollandi vegna þess að systir mín, mágur og börn voru nýflutt þangað vegna náms. Ég byrjaði að læra hollensku og fór að kynna mér hvernig ljósmóðurnáminu væri háttað í landinu. Ekki vissi ég á þeim tíma sérstöðu hollenskra ljósmæðra á heimsvísu. En fegin var ég að þurfa ekki að fara í fjögurra ára hjúkrunarfræðinám fyrst, ég hafði engan áhuga á því. Ég hafði samband við Ólöfu Ástu hjá Háskóla Íslands til að vera viss um að námið í Hollandi væri tekið gilt á Íslandi.

Þegar ég komst að því að það væru um 1000 umsækjendur ár hvert í háskólanámið í Hollandi og að aðeins 190 kæmust inn, dreift í fjóra skóla, féllust mér næstum hendur. Ég tók nokkur opinber hollensku-próf sem er forkrafa fyrir háskólanámi í landinu. Fyrsta skref í inntökuprófsferlinu í Ljósmæðraháskólann var próf í félagslegri greind (e. social intelligence test) og skriflegt próf um sjálfa mig (t.d. hvers vegna ég vildi verða ljósmóðir, af hverju skólinn ætti að velja mig, hverjir væru veikleikar og styrkleikar mínir og fleira). Næsta skref var 20 mínútna viðtal. Í mínum skóla (Amsterdam) fengu 170 viðtal og 52 máttu hefja nám um haustið. Ég var alveg gríðarlega heppin að hafa komist inn í fyrstu tilraun og var ein af tveimur nemendum af erlendum uppruna. Lágmarksaldur til að hefja námið var 17 ára. Meðalaldur samnemenda minna var 21–22 ára.



Vala með systurson sinn nýfæddan í Hollandi, fyrsta fæðingin sem Vala sá.

Námið er þannig uppsett að fyrstu tvö árin er meiri áhersla lögð á bóklegt nám og seinni tvö á verklegt nám. Samt er þessum tveimur hlutum blandað saman öll árin, en bóklegi og verklegi hlutinn er jafnstór í lok náms. Fyrsta árið snerist bóklegi hlutinn aðallega um að kynnast hollenska ljósmæðrakerfinu og læra um undirbúning fyrir meðgöngu (e. preconception counseling), eðlilegar meðgöngur, fæðingar og sængurkvennatímenn. Einnig byrjaði verknámið strax á fyrsta mánuði, einu sinni í viku og jókst á fyrsta árinu. Þá vorum við á ljósmæðrareknum einkastofum þar sem eðlilegt ferli meðgöngu, fæðingar og heimaþjónusta sængurkvenna fer fram. Það var nokkuð brottfall á fyrsta hálfu árinu eða um 7 stelpur og eftir fyrsta árið voru þær orðnar 13. Það er talið tengjast því að verknámið var ekki eins og búist var við vegna rómantískrar ímyndar af því að vinna sem ljósmóðir.

Á öðru ári var kennslan aðallega um óeðlilegar (e. pathology) meðgöngur, fæðingar og fyrstu 2 vikurnar eftir fæðingu. Þá byrjaði líka verknám á sjúkrahúsi. Fyrstu tvö árin var mikið um hópvinnu og kennsluáðferðin var tilviksnám (e. case study) og lausnarleitar-nám (e. problem-based learning). Þá var nemendum skipt í 10–13 manna hópa, farið var í saumana á raunverulegu máli og saman átti hópurinn að finna aðalefnin og skipta niður í minni hópa til að fjalla um afmörkuð svið, eins og til dæmis hemoglóbín, meðgöngueitrun eða andlegu hliðina eftir fæðingu. Eftir tvær vikur átti þessi 10–13 manna hópur síðan að skila inn skýrslu. Svona var þetta fyrstu tvö árin á tveggja vikna fresti, sem og kennslutímar. Þessar kennsluáðferðir örva nemendur til að leita upplýsinga sjálfir, t.d. í kennslubókum, gæðahandbókum og nýjustu rannsóknum. Einnig þjálfar þetta upp færni í samskiptum og teymisvinnu og í að takast á við alls kyns árekstra sem kunna að koma upp á milli samstarfsfólks.

Í náminu var lögð mikil áhersla á samvinnu, mörkin milli eðlilegs og óeðlilegs ferlis meðgöngu og sjálfsskoðun. Á hálfárs fresti skilaði hver og einn sérstakri vinnuskýrslu sem kallast portfolio, og fjallaði um upplifun námsmannsins, reynslu, sjálfsskoðun, verklegt mat, einkunnir og markmið fyrir næstu önn/annir. Portfolio var mikilvægur liður í náminu og hægt var að falla í því fagi. Þessi vinnuskýrsla og ég vorum ekkert sérstaklega góðar vinkonur! Það er inngróið í hollenska menningu að vega og meta, endurmeta og bæta aðstæður og atvik og tjá skoðanir og hlusta á álit annarra (í mjög miklu magni). Að mínu mati er íslenskt samfélag ekki svona opið fyrir umræður. Vinnuskýrslan, kennslutímarnir og verknámið voru því mikil áskorun. Síðustu tvö ár námsins voru mestmegnis verknám og stór verkefni á hverri önn og mátti þá velja úr nokkrum efnum, eins og t.d. almenn heilsa (e. public health), offita, frjósemi og getnaðarvarnir. Rannsókn var gerð á lokaönninni, sumir gerðu sína eigin rannsókn eða unnu hluta úr annarri stórrí og viðameiri rannsókn. Við fengum mikla þjálfun í að lesa rannsóknir og gagnrýna þær, líka að leita upplýsinga á aðalrannsóknarvefunum.

Kannski að ég útskýri aðeins þetta einstaka hollenska ljósmæðrakerfi. Ljósmæður reka sínar eigin stofur, það getur verið frá einni ljósmóður og allt upp í sex saman með eina stofu. Á svona stofum sjá eingöngu ljósmæður um umönnun kvenna (og fjölskyldu) sem flokkast undir eðlilegt ferli meðgöngu og því sem henni fylgir. Ein

Ljós móðir er alltaf á vakt sem skjólstaðingar geta hringt í allan sólarhringinn fyrir uppkomur á meðgöngu, fyrir fæðingar og heimaþjónustu fyrstu 2 vikurnar eftir fæðingu. Þessar vaktir geta verið frá 24–48 klst. Svo sér önnur ljós móðir um meðgöngueftirlitið á stofunni. Þær skiptast á vöktunum og meðgöngueftirlitinu, og vinna því mikið einar síns liðs. Skjólstaðingurinn hittir allar ljósmæðurnar að minnsta kosti einu sinni á meðgöngu, en það kemur síðan í ljós hver er á vakt og mun taka á móti barninu. Kona í eðlilegri meðgöngu hittir ekki heimilislækni, nema að þess þurfi eins og fyrir sýklalyf. Ef ræða þarf við fæðingarlækni um tiltekna konu gerir ljós móðirin það oftast sjálf. Í sérstökum tilfellum fær konan viðtal við fæðingarlækni. Meðgöngueftirlit eftir fyrri keisara er til 36 vikna meðgöngu á stofu og síðan flyst það á spítalann. Konur í eftirliti á stofu mega velja hvort þær vilji fæða heima hjá sér eða á sjúkrahúsi. Ef þær kjósa að fæða á sjúkrahúsi, þá fer ljós móðirin frá stofunni með á spítalann og sér um fæðinguna. Ef eitthvað kemur upp á í fæðingunni, t.d. ósk eftir mænurótardeygingu, þá tekur klínísk ljós móðir (ljós móðir sem vinnur við áhættufæðingar á sjúkrahúsinu) og hjúkrunarfræðingur með sérhæfingu í fæðingum við umönnun og ábyrgðinni. Fæðingarlæknir er alltaf á vakt á spítalanum.

Verknámið var strembið, þá aðallega vegna þess að maður þurfti oft að flakka á milli vinnustaða; vera á spítala eða ljósmæðrastofu úti á landi í nokkrar vikur og jafnvel nokkra mánuði. Vaktirnar gátu verið mjög langar og ekki bætti úr auka áreynsla vegna tungumálaerfiðleika. Álagið í náminu var oft gríðarlegt og kröfurnar miklar, á hverju ári hættu nemendur námi vegna þessa. Stór kostur og eflaust það sem ég græddi mest á, var að ég fékk svo fjölbreytta þjálfun, bæði hjá mörgum ljósmæðrum og læknum. Ég var í verknámi á sjö ljósmæðrastofum og sex misstórum sjúkrahúsum. Þá kynntist ég svo mismunandi heilbrigðisstarfsfólki sem kenndi mér hvað er gagnlegt og einnig hvernig ég vil alls ekki vera.

Ég tók tveggja ára hlé frá náminu vegna skyndilegs andláts móður minnar. Í þessu hlé fór ég meðal annars í eins árs sórnám í kven-sjúkdóma- og fæðingarfræði, sem var heldur minna umfangs en ljósmóðurnámið. Alveg síðan ég var barn hef ég verið heilluð af ómun og litlu krílnum inni í bumbunni og vissi því að þetta fag ætti vel við mig. Eftir það nám var ég með réttindi til allra meðgöngutengdra



Útskrifast sem sonartæknir í júní 2012.



Vala og Itske leiðbeinandi hennar.

ómskoðana (og almennra skoðana á legi og eggjastokkum), þá sérstaklega 20 vikna skimunar og hnakkapýkktarmælingar. Þegar ég hóf ljósmæðranámið aftur vann ég við ómskoðanir í hlutavinnu til að halda færninni við. Svo loksins varð ég ljós móðir í maí 2014.

Sumarið eftir útskrift fékk ég vinnu við afleysingar á göngudeild mæðraverndar og fösturgreiningar á Landspítalanum. Mikil eftirvænting var að fá tækifæri til að vinna sem ljós móðir á Íslandi og kynnast íslenska kerfinu. Margt þurfti ég að læra því ekki hef ég hjúkrunarfræðigrunn, eins og að blanda lyf. Eftirminnilegast við að koma heim er hvað spítalinn er litill og í rauninni krúttlegt hvað deildirnar eru litlar. Svo er hægt að leggja bílnum rétt fyrir utan spítalann og enginn tími fer í að ganga frá risastóru bílastæði í korter til að komast að aðalinngangi spítalans. Það var alveg nýtt fyrir mér að vinna með öðrum ljósmæðrum því ég var von að vinna ein og sjálfstætt og lítið um samstarfsfélaga á vinnutíma. Það hjálpaði að geta spurt ráða og unnið með öðrum reyndum ljósmæðrum og læknum. Að geta verið eingöngu í dagvinnu sem ljós móðir er frábært, sá möguleiki er ekki fyrir hendi í Hollandi.

Það er margt ólíkt á milli Íslands og Hollands. Eins og til dæmis að á Íslandi getur ljós móðir hvorki pantað blóðrannsókn á sínu nafni né skrifað upp á lyfseðil fyrir meðgöngutengdum lyfjum. Þá er ljós móðir meira háð læknum og ákvörðunum þeirra hérlandis og vaktaskipti lækna og ljósmæðra eru ekki sameiginleg (mér fannst ég oft læra svo mikið á þeim og eru þá meiri samskipti á milli þessara stétta). Eitt af því sem mér fannst erfiðast að venjast var þessi tvíverknaður þegar kona hittir ljósmóður og lækni í sömu heimsókn; að konan þyrfti oft að endurtaka sömu söguna hjá læknum. Þetta fannst mér skritin vinnubrögð og skildi ég ekki hvers vegna ljós móðir þurfti fyrst að hitta konuna. Í Hollandi hittir nefnilega kona í áhættumæðravernd annaðhvort bara ljósmóður eða lækni. Svo þekkti ég ekki að ljós móðir mældi blóðþrýsting og stíxaði þvagið fyrir fæðingarlækni, sumum virtist finnast það frekar hlutverk ljósmóður en lækis.

Ég er glöð að vera flutt heim til Íslands og geta unnið hér. Á Íslandi er mjög góð þjónusta fyrir konur á meðgöngu og öllu því sem henni viðkemur. Tölfræðin sýnir flottar niðurstöður sem við megum vera mjög stolt af. Þetta er lítið land og samfélag og því auðvelt fyrir almenning að ná í fagfólk, sem er mikill kostur.

Eftir minn stutta starfsferil sem ljós móðir á göngudeild mæðraverndar og fösturgreiningar, sumarafleysingar á Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, og á Fösturgreiningardeildinni, þar sem ég vinn í dag, sé ég hve frábært tækifæri ég fékk til að stunda námið í Hollandi þar sem sautján milljónir manns búa. Það var því ótrúlega fjölbreyttur hópur skjólstaðinga sem ég kynntist frá mismunandi menningarheimum og ólík trúarbrögð, tungumál, skoðanir og erfiðleikar (t.d. umskurn kvenna). Ég veit núna að námið í Hollandi var virði blóðs, svita og tára og er flott nám.

Vala Guðmundsdóttir
Ljós móðir á Landspítala

Ljósmaeranám í Danmerku

Það hafði alltaf verið draumur minn að læra að verða ljósmóðir, en mér fannst þetta svo langt nám, langaði ekki í hjúkrunarfræðina og gerði því ekkert í þessu. Ég lærði snyrtifræði og starfaði við hana um tíma, en svo stóð til hjá fjölskyldunni að flytja til útlanda, okkur langaði að prufa eitthvað nýtt. Bróðir minn ætlaði í nám í Álaborg í Danmörku og fannst okkur tilvalið að fylgja honum. Ég var helst að spá í að fara að læra fóttaðgerðafræði, en þegar við fengum í hendurnar bækling um nám í Álaborg kemst ég að því að hægt er að læra að vera ljósmóðir án þess að vera hjúkrunarfræðingur. Hófst nú mikil vinna við að skoða það hvort þetta nám fengist metið hér heima, þar sem hvar sem ég spurðist fyrir virtust allir vissir á því að svo væri ekki. En í mennta- og menningarmálaráðuneytinu, Ljósmaðrafélaginu og á Landspítala sögðu allir að auðvitað fengi ég þetta nám metið hér heima og ég ætti bara að drífa í þessu, sem ég og gerði.

Í einfeldni minni hélt ég að það að komast inn í námið væri bara svipað og með verkfræðina sem bróðir minn ætlaði í, að maður sækti um og ef grunnurinn væri í lagi þá kæmist maður inn. Ég komst svo að því að umsækjendur í ljósmóðurfraði í Danmörku allri væru rúmlega 900 og tæplega 100 kæmust inn á ári hverju, skipt í inntöku á haustönn og vorönn í tveim skólum. Þetta frétti ég eftir að við vorum búin að pakka allri búslóðinni okkar í gám og búin að selja húsið ofan af okkur. Gleðin var því mikil þegar ég fékk svar frá skólunum um að ég hefði komist inn.

Námi í ljósmóðurfraði í Danmörku lýkur með Profession Bachelor prófi, það eru 210 einingar, skiptist bæði í bóklegt og verklegt nám, tekur 7 annir og lýkur með skrifum á bachelor ritgerð. Ég veit að uppbygging námsins hefur eitthvað breyst síðan ég lauk námi, en þegar ég hóf nám á vorönn 2004 byrjuðum við fyrstu önnina í bóklegu námi, þar sem áherslan var á allt um eðlilega meðgöngu, fæðingu og sængurlegutíma. Næsta önn var verkleg og var tímanum skipt á fæðingardeild og sængurlegudeild ásamt því að einn dag

í viku vorum við í mæðraverndinni. Á 3. önn og hálfri 4. var svo bóklegt nám, og svo seinni hluti 4. annar, 5. og 6. önn verknám. Þetta langa verknámstímabil skiptist í tvö löng tímabil á fæðingardeild, með einn dag í viku í mæðravernd. Tvö tímabil á meðgöngudeild, nokkrar vikur á sængurkvennadeild og á vökudeild og nokkrar á kvenlækningardeild. Á 7. og síðustu önninni vorum við fyrstu fjórar vikurnar í svokölluðum valfrjálsum tíma þar sem við gátum valið hvað við vildum skoða/gera, svo tóku við nokkrar vikur í bóknámi og að lokum var skrifuð bachelor ritgerð.

Á þessum tíma voru tveir skólar í Danmörku sem kenndu ljósmóðurfraði, einn í Kaupmannahöfn og annar í Álaborg. Verknámsstöðunum var svo dreift, þær í Kaupmannahafnarskólanum voru í verknámi á Sjálandi en við í Álaborgarskólanum á Jótlandi og Fjóni. Sem þýddi það að þó ég hafi fengið pláss í skólanum í Álaborg þá gæti ég lent í því að vera í verknámi t.d. í Svendborg sem er á suður Fjóni. Þetta olli mikilli spennu og umsóknarferlið um þessa verknámsstaði var mikið stress og margar stelpur lentu í því að þurfa að flytja oft og ferðast mikið þennan tíma sem við vorum í náminu. Ég var svo heppin að eiga barn og fékk því að sleppa við flutninga og komst að í verknáminu í Álaborg á Aalborg Universitet Sygehus Nord (ASN).

Námstíminn var skemmtilegur en mjög krefjandi fyrir litla Íslendinginn sem var lítið talandi á dönsku til að byrja með. En með mikilli vinnu hafðist þetta allt og gekk bara glimrandi vel. Ég eignaðist góðar vinkonur í náminu og unnum við mikið saman bæði í verklegu og bóklegu námi. Í valfrjálsa hluta námsins kom ég ásamt einni vinkonunni hingað til Íslands þar sem við kynntum okkur starfsemi MFS sem þá var starfandi með Hreiðrið sem höfuðstöðvar. Við vorum svo fjórar sem skrifuðum bachelor verkefnið okkar saman þar sem við skoðuðum þýðingu þess að taka naflastrengs pH við allar fæðingar. Náminu lauk svo með munnlegu prófi þar sem tekin var útgangspunktur í verkefninu en einnig var spurt út í allt mögulegt úr öllu námsefninu. Við prófið voru tveir prófarar, tveir dómarrar og svo áhorfendur í sal, held ég hafi sjaldan verið eins stressuð og þennan dag. En allt gekk þetta upp og ég útskrifaðist sem ljósmóðir með finustu einkunn.

Ég byrjaði svo starfsferilinn í Hjörning, sem er nyrst á Jótlandi, fór að vinna á fæðingardeild þar. Þessi staður er mjög lítill á dönskum mælikvarða, með um 1.200 fæðingar á ári. En eftir um fjóra mánuði þar var stefnan tekin heim til Íslands þar sem mér hafði boðist staða ljósmóður á fæðingardeild Landspítalans.

Ég hóf störf á Landspítalanum í nóvember 2007 og var mér vel tekið af öllu starfsfólki og fékk alveg frábæra aðlögun í nýja starfið, þar sem vel var hugsað um mig. Veit reyndar að stundum var hægt að skemmta sér vel yfir dönsk-íslenskunni minni þar sem ég t.d. talaði til að byrja með alltaf um að „taka vatnið“ (belgjarrof) og fleira á dönsku. En það góða er að börnin fæðast á sama hátt hvar sem er í heiminum og um leið og maður er kominn inn í skráningarvinnuna og búinn að læra hvar hlutirnir eru geymdir á deildinni, þá er verklagið svipað og hægt var að fara að njóta þess að vinna sem ljósmóðir.

Gréta Rún Árnadóttir
Ljósmóðir á fæðingavakt Landspítala



Gréta Rún (til vinstri) ásamt skólafélugum

Ljósmaðranámið í Bandaríkjunum

Við fluttum til Madison í Wisconsin fylki árið 2003. Maðurinn minn var á leið í doktorsnám í heilbrigðisverkfræði og ég ætlaði að njóta þess að vera heimavinnandi með fjögurra ára son og nýfædda dóttur okkar. Við höfðum bæði verið í verkfræðinámi við Háskóla Íslands og ég lauk B.Sc gráðunni komin 8 mánuði á leið í júní 2003. Stelpa fæddist í júlí og við vorum flutt út í lok ágúst. Næstu ár voru yndisleg. Ég var heima með krakkana, bætti við þriðja barninu ári eftir að við fluttum út og naut þess að sinna þeim í fjölskylduvænu umhverfi í amerískri háskólaborg.

Ég hef alltaf haft brennandi áhuga á meðgöngu og fæðingu og þá sérstaklega samskiptum ljósmóður og barnshafandi konu. Sá áhugi jókst með fæðingum barna minna og leiddi til þess að ég hitti Mary Sommers, ljósmóður og frumkvöðul, vorið 2007. Ég hafði heyrt af fæðingarfræðslunámskeiðum hennar og að þau væru engu öðru lík. Hún hafði stofnað fæðingarheimili sem sinnti konum í erfiðum félagslegum aðstæðum og hafði einnig starfað sem ljósmóðir í Malaví við mjög frumstæðar aðstæður. Ég varð ekki fyrir vonbrigðum með námskeiðið og heillaðist strax af aðferðum hennar við að ræða um fæðingar við barnshafandi konur. Hún var hrein og bein, kunni óteljandi sögur og var óhrædd við að segja það sem henni bjó í brjósti. Undir lok námskeiðsins áttum við spjall og sagði hún þá: "Emma, you should be a midwife. In fact, you already are a midwife you just need to learn the skills". Þessar setningar höfðu mikil áhrif á mig og hafa haft áhrif á atburðarás lífs míns allar götur síðan.

Á þessum tíma var ég komin með skólavist í doktorsnám í heilbrigðisverkfræði við Wisconsin háskóla á fullum styrk og áætlaði að hefja nám um haustið. En eftir því sem leið á sumarið ákvað ég að fylgja hjartanu og sannfæringunni og sendi umsókn í Ljósmaðraskóla í Chicago sem Mary Sommers hafði bent mér á. Um leið og ég komst inn þar, sendi ég bréf á Wisconsin háskóla um að ég væri hætt við doktorsnámið. Og þá hófst ævintýrið.

Tíminn í Ljósmaðraskólanum var einn sá skemmtilegasti sem ég hef upplifað. Námsfernið var áhugavert og krefjandi og það voru alger forréttindi að fá að sökkva sér ofan í efni sem ég hafði mikinn áhuga á. Hópurinn var lítill og mynduðum við strax sterk tengsl. Líkt og ljósmæð-



Síðasta barnið sem ég tók á móti í Bandaríkjunum áður en við fluttum til Íslands sumarið 2013.

urnar í náminu á Íslandi urðum við miklar vinkonur og vináttan helst þótt við búum í mismunandi fylkjum og jafnvel mismunandi löndum.

Námið tók um þrjú ár og var í þremur hlutum; bóklegt fjarnám, bóklegt staðnám og verknám. Námsfernið las ég að mestu utanskóla í gegnum National College of Midwifery en sótti staðnám til Chicago einu sinni í mánuði þar sem kennt var yfir langa helgi. Við hlustuðum á fyrirlestra frá reyndum ljósmæðrum, læknum og prófessorum við ýmsa háskóla frá morgni til kvölds og var sérstök áhersla lögð á siðfræði og upplýst samþykki innan ljósmóðurfræðinnar. Handbrögðin voru æfð undir leiðsögn ljósmæðra og lækna og fannst mér sérlega áhugavert að fá kennslu frá mörgum og mismunandi fagaðilum því þótt við lesum sömu bækur eða vísindagreinar þá skilar það sér á mismunandi hátt út í verklagið. Þetta bauð upp á ýmsar rökræður sem sendu okkur í langa rannsóknarleiddangra eftir upplýsingum um hvað væri réttast og best í hverju tilfelli. Í náminu var gert ráð fyrir að við myndum starfa utan sjúkrahúsa við heimafæðingar eða á fæðingarheimilum og var því lögð áhersla á eðlilega meðgöngu og fæðingar. Þá er auðvitað mikilvægt að geta greint á milli þess sem eðlilegt er og ekki og því fór stór hluti staðnámsins í slíkar umræður og þjálfun í því að koma auga á tilfelli þar sem betra væri að fæðingin færi fram á sjúkrahúsi. Einnig sóttum við námskeið hjá Birth Emergency Skills Training (BEST) og Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) til að þjálfa okkur í viðbrögðum við neyðartilvikum.

Klíniska námið fór fram í heimbæ mínum í Madison. Þar fylgdi ég tveimur ljósmæðrum, Debbie og Ingrid, sem voru með eigin heimafæðingarstofur. Debbie hafði unnið á hátækisjúkrahúsi í New York fylki áður en hún flutti til Madison og opnaði þar heimafæðingarþjónustu en Ingrid var dóttir innflytjenda frá Svíþjóð og hafði alist upp í Madison. Ingrid fór í hjúkrun til að verða heimafæðingarljósmóðir og hafði alla tíð starfað við heimafæðingar. Hún var elsta ljósmóðirin í Madison, með mikla reynslu og stórt hjarta.

Þær sinntu allri meðgönguvernd, fæðingum, mæðrum og nýburum, í allt að sex vikur eftir fæðingu og tóku á móti 4–6 börnum í mánuði hvor. Fyrstu tvö árin í náminu fylgdi ég Ingrid eins og skuggi hennar og færði



Við Ingrid ljósmóðir með barn sem ég tók á móti í heimahúsi sem ljósmóðurnemi árið 2008. Stóra systir fæddist einnig heima með aðstoð Ingrid ljósmóður.



Hér sjást nokkrar af ljósmæðrunum í Madison við kveðjuveislu sem þær héldu fyrir okkur áður en við fluttum heim til Íslands. Frá vinstri: Tehmina, Emma, Britt, Leah, Hannah og Ingrid.

mig svo yfir til Debbie og fylgdi þeim báðum í eitt ár. Ég fylgdi þeim í allar vitjanir og fæðingar og var því á vakt dag og nótt án þess að taka mér hlé í þrjú ár. Á þessum þremur árum fór ég í 87 fæðingar og óteljandi vitjanir í meðgönguvernd og sængurlegu og upplifði samfellda þjónustu eins og hún gerist best. Ég sat ljósmæðrapróf hjá North American Registry of Midwives (NARM) sem gaf mér réttindi sem ljósmóðir eða Certified Professional Midwife (CPM) árið 2010 og fékk ljósmæðraleifyf í Wisconsin fylki snemma árs 2011.

Ég ákvað að starfa sjálfstætt sem heima fæðingarljósmóðir, líkt og Ingrid og Debbie. Ég starfaði í náinni samvinnu við þær báðar og nýtti tímann þegar ég beið eftir ljósmæðraleifyfinu til að undirbúa mína eigin heima fæðingarþjónustu. Ég skipulagði starfseminu og varð mér úti um öll leyfi. Pantaði súrefniskúta, áhöld, nálar og lyf, útbjó húsnæðið fyrir vitjanir, skrifaði eyðublöð og kennslufni og sankaði að mér bókum fyrir bókasafnið á skrifstofunni. Ég þurfti ekki að biða lengi eftir að taka á móti fyrsta barninu því ein konan sem ég hafði sinnt sem nemi ákvað að biðja mig að taka á móti öðru barninu sínu. Barnið fæddist í lok febrúar 2011 á afmælisdegi eldri systur sinnar sem ég hafði tekið á móti sem nemi hjá Ingrid.

Ingrid aðstoðaði mig í fyrstu fæðingunum. Þetta var ómetanlegur stuðningur fyrir nýja ljósmóður. Við vorum frábært teymi enda höfðum við verið nánast límdar saman á mjöðmunum í heil þrjú ár og þekktum hvor aðra vel. Henni först hlutverk sitt sem kennari mjög vel úr hendi og var reynsla mín sem nemandi einstaklega jákvæð.

Í Madison störfuðu 6–8 ljósmóður við heima fæðingar á þessum árum

og saman áorkuðu þær miklu. Þær höfðu barist fyrir lögleiðingu ljósmæðra sem ekki höfðu lokið hjúkrunarprófi og gengu þau lög í gildi árið 2006. Árið 2015 tóku gildi lög sem gerðu öllum ljósmæðrum kleift að fá greitt frá ríkissjúkratryggingum (Medicaid). Með þessum lögum jókst aðgengi kvenna, sérstaklega kvenna með litlar tekjur, að ljósmæðrum og heima fæðingum. Ég fékk tækifæri til að vinna að þessum nýju lögum, en auk þess sat ég í stjórn Ljósmæðrafélagsins í Wisconsin fylki.

Í Bandaríkjunum þykir sjálfsagt að verja hluta tíma síns við sjálfbodavinnu. Það gerði ég með því að bjóða fram stuðning í fæðingu (sem doula) fyrir konur í erfiðum aðstæðum í gegnum samtök sem kallast Small Miracles. Konur sem sóttu um aðstoð í gegnum samtökin voru einkum táningsstúlkur, innflytjendur, fátækar konur og konur í fangelsi. Þessi vinna var afskaplega gefandi og dýrmæt reynsla fyrir nýja ljósmóður.

Árið 2012 settist ég aftur á skólabekk, að þessu sinni í meistara-nám sem kallast European Master of Science in Midwifery. Þetta er samevrópskt verkefni sem miðar meðal annars að því að auka aðgengi ljósmæðra að menntun á framhaldsstigi. Á þingi Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar í München árið 2000 skrifuðu 48 lönd undir sáttmála þess efnis að vinna ætti markvisst að því að auka rödd ljósmæðra á öllum stigum stefnumótunar og að auka rannsóknir í ljósmóðurfræði og var European Master of Science in Midwifery ein leið til að bregðast við þessum München-sáttmála. Ég lauk náminu vorið 2015 frá Hannover Medical School í Þýskalandi og hóf doktorsnám í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands haustið 2015.

*Emma Swift
Ljósmóðir*



Verkleg kennsla í staðnámi í Chicago.



Verkleg kennsla í staðnámi í Chicago.

Skýrsla stjórnar LMFÍ 2015-2016

Stjórnarfundir

Stjórnarfundir starfsársins hafa verið 12 og verið haldnir á 2–3 vikna fresti eftir því sem fyrir hefur legið hverju sinni.

Kjaramál

Mikill óróleiki var í kjaramálum og samþykktu félagsmenn verkfall á LSH og SAK sem hófst hinn 7. apríl 2015 og lauk með dómi hinn 13. júní sama ár. Í kjölfarið var settur gerðardómur sem dæmdi ákveðnar hækkningar. Dómurinn stendur til 31.08.2017. Eftir dóminn hefur farið töluverð vinna í að túlka menntunarákvæði dómsins og er sú vinna enn í gangi. Næsta hækkun samkvæmt dómnum er 01.06.16. Einnig hefur talsverð vinna farið í bókun 2 samkvæmt kjarasamningi 2014. Bókun 2 felur í sér möguleika á tímabundinni umbun. Sú bókun er komin í gagnið á HH, HSU og HSS. Sjá skýrslu formanns kjaranefndar í aðalfundargögnum.

Dómsmál

Í kjölfar verkfalla var ákveðið að höfða mál í félagsdómi vegna vangoldinna launa fyrir unna vinnu. Málinu var vísað frá í fyrstu umferð en ákveðið var að fara aftur með málið fyrir dóminn. Þar tapaðist málið mjög naumlega með séráliti frá tveimur dómurum. Var því ákveðið að fimm félagsmenn mundu sameiginlega höfða mál fyrir héraðsdómi vegna vangoldinna launa. Saman eiga þessar fimm ljósmæður inni rúmlega 700 þús. kr. hjá ríkinu. Vinna við þetta mál er í fullum gangi. BHM mun standa straum af málskostnaði. Reikna má með að málsmeðferð fyrir héraðsdómi geti tekið eitt ár eða jafnvel lengur.

Skuldastaða

Kjarabaráttan er dýr og kostnaðarsöm og ekki nóg með það, þá koma lítil félagsgjöld inn þegar félagsmenn eru í verkfalli. BHM, FÍN og Fræðagarður hlupu því undir bagga með félaginu og bæði lánuðu og styrktu okkur. Miklar hagræðingar voru gerðar í rekstri og er gaman að segja frá því að við höfum nú þegar getað endurgreitt Fræðagarði það lán sem þeir veittu okkur. Nánar um lánin má sjá á ársreikningi félagsins.

Fagdeildir og stefnumótun

Frekar erfitt hefur reynst að koma fagdeildum af stað og má sjá skýrslu þeirra í aðalfundargögnum. Starfshópur hefur verið að störfum við að endurskoða stefnu félagsins og er þeirri vinnu ekki lokið.

Erlent samstarf

Við höfum tekið þátt í starfi NJF (Nordisk Jordmor Forbund) nú sem endranær. Við vorum gestgjafar á stjórnarfundum samtakanna í maí 2015. Auk hefðbundinna fundarstarfa var þema fundarins meðferð klógumála gegn ljósmæðrum og einnig vorum við með kynningu á heimaþjónustu ljósmæðra. Til að vera með framsögu um þessi mál fengum við til okkar góða gesti sem þekktu þessa málaflokka vel.

Ekkert hefur verið fundað hjá ICM (International Confederation of Midwives) þetta árið en við höfum fylgst vel með starfi þeirra og sent þeim ýmis gögn sem þeir hafa eftir þörfum falast eftir.

Ísland var orðið eitt tveggja landa í Evrópu sem ekki var aðili að EMA (European Midwives Association). Að mati stjórnar félagsins hafði Ísland margt að sækja í EMA og var því ákveðið að sækja um aðild að samtökunum.

Vefsíður félagsins

Ljosmodir.is var orðin barn síns tíma og var ráðist í endurgerð síðunnar. Rekstur hennar er nú algjörlega á höndum skrifstofunnar og renna því teikir af síðunni beint til félagsins fyrir utan það sem fer í viðhald síðunnar sjálfar. Vel hefur gengið að selja auglýsingar. Sjá nánar í reikningum félagsins.

Vegna hagræðingar þurftum við að segja vefstjóra síðunnar ljósmaedrafelag.is upp störfum a.m.k. tímabundið og er umsjón síðunnar

nú í höndum skrifstofu félagsins með dyggri aðstoð Signýjar Dóru Harðardóttur. Unnið er að því að gera síðuna aðgengilegri, meðal annars er hún nú skalanleg í snjalltækjum. Auk þess er unnið í því að hægt sé að finna einstakar greinar Ljósmæðrablaðsins en ekki þurfi alltaf að skoða allt blaðið í heild sinni.

Fylgja og Ljósmæðrablaðið

Að þessu sinni var í hagræðingarskyni ákveðið að gefa Fylgjuna út til tveggja ára og sleppa fræðilega kaflanum sem í staðinn verður aðgengilegur á ljósmaedrafelag.is. Auk þess tókst að selja auglýsingu á baksíðuna. Með þessu tókst að draga verulega úr kostnaði við útgáfuna. Skoðað var hvort breyta ætti Ljósmæðrablaðinu yfir í rafrænt tímarit. Stjórnin mat það svo að það væri ekki heppilegur kostur að svo stöddu ekki síst í ljósi þess að blaðið hefur staðið undir sér undanfarið. Þetta er þó mál sem þarf að endurmeta reglulega.

Ljósmæðradagar í maí

Alþjóðadagur ljósmæðra var haldinn hátíðlegur með ráðstefnu á Nauthól þar sem Alison McFadden kom frá Bretlandi og var gestur okkar. Auk þess fengum við marga góða gesti frá Íslandi bæði ljósmæður og aðra. Í ár bar 5. maí upp á upptigningardag svo að ljósmæðradagar þessa árs verða á þann veg að við höldum daginn hátíðlegan þann 4. maí með þingi þar sem við fáum til okkar Söruh Wickham og Ank de Jonge auk annarra gesta. Þann 5. maí verður svo vinnustofa með Söruh. Dagurinn í fyrra var samvinnuverkefni félagsins, HH, námsbrautar og fagráðs ljósmæðra LSH og nú í ár taka sömu aðilar höndum saman, auk Kristbjargar Magnúsdóttur ljósmóður.

Skjalaflokkun

Við að undirbúa skráningu á sögu félagsins hefur Erla Doris Halldórsdóttir flokkað skjalasafn félagsins alveg niður og gengið frá því til varðveislu. Var það mjög gott að við skyldum fá þetta samhlíða bókaarskrifunum því frágangur á skjölum félagsins var mjög brýnt verkefni sem þóldi ekki bið.

BHM

Félagið hefur venju samkvæmt tekið þátt í öllu samstarfi innan BHM á árinu. Félagsmenn hafa verið duglegar að sækja í ýmsa sjóði BHM og er það vel. Iðgjald til BHM mun á þessu ári hækka um 30% sirka þar sem nú hefur innheimtuaðferðum verið breytt yfir í hlutfall af heildarlaunum.

Námskeið

Auk ljósmæðradaga í maí sem fjallað var um hér að framan ráðgerir félagið nálastungunámskeið í haust. Leiðbeinandi verður María Sigurðardóttir ljósmóðir. Vinna hefur haldið áfram við undirbúning 100 ára afmælis félagsins árið 2019 og NJF ráðstefnunnar sama ár. Skráning á sögu félagsins og undirbúningur ljósmæðratals gengur vel og einnig undirbúningur ráðstefnu. Þema ráðstefnunnar verður að þessu sinni „Midwifery across borders“ og mun fyrstu gögnum og auglýsingum verða dreift á ráðstefnunni í Gautaborg í maí.

Framundan

Frekari vinna við endurskoðun stefnumótunar félagsins. Frekari bæting á vefsíðum félagsins. Áframhaldandi vinna við 100 ára afmæli félagsins 2019 og ráðstefnu sama ár.

Þakkir

Stjórn félagsins þakkar öllum þeim ljósmæðrum og öðrum sem starfað hafa fyrir félagið á síðasta ári og einnig þeim sem hafa látið sig málefni félagsins varða, haft samband og komið með ábendingar.

Fyrir hönd stjórnar LMFÍ
Áslaug Íris Valsdóttir, formaður



Stjórn og nefndir LMFÍ 2016-2017

STJÓRN:

Formaður: Áslaug Valsdóttir,
s. 861 6855
formadur@ljósmodir.is

Varaform.: Steina Þórey Ragnarsdóttir
steina@hss.is

Ritari: Bergrún Jónsdóttir
bergrunjons@gmail.com

Vararitari: María Rebekka Þórisdóttir

Gjaldkeri: Inga Sigríður Árnadóttir
gegga@hotmail.com

Varagjaldk.: Hafdís Ólafsdóttir
hafdisol@gmail.com

Meðstj. úr kjaranefnd

RITNEFND:

Hrafnhildur Ólafsdóttir ritstjóri,
s. 846 1576, hrafno@internet.is

Berglind Háldánsdóttir
bugsy@internet.is

Ólöf Ásta Ólafsdóttir
olofol@hi.is

Embla Ýr Guðmundsdóttir
emblayrg@gmail.com

Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir
ingibjorghre@simnet.is

Sigrún Ingvarsdóttir
sigrun81@gmail.com

Rut Guðmundsdóttir
srg25@hi.is

KJARANEFND:

Formaður: Óákveðið

Elisabet Ósk Vigfúsdóttir

Kristín Viktorsdóttir
krisvik@simnet.is

Hafdís Ólafsdóttir

Signý Dóra Harðardóttir
signy@internet.is

Gréta María Birgisdóttir

Formaður LMFÍ

FRÆÐSLU- OG ENDURMENNTUNARNEFND:

Súsanna Knútsdóttir

Stella Steindórsdóttir

Sigfríður Inga Karlsdóttir

Ragnheiður Þorvaldsdóttir
gretarof@simnet.is

Ingibjörg Ýr Óskarsdóttir

Ingibjörg Eiríksdóttir
ingibjorgei@simnet.is

Harpa Ósk Valgeirsdóttir

AÐALTRÚNAÐARMAÐUR:

Arndís Mogensen
s. 821 4491, arndismog@hsu.is

SJÓÐANEFND:

Formaður LMFÍ

Gjaldkeri LMFÍ

Gréta Rún Árnadóttir
gretarunarna@gmail.com

Greta Matthíasdóttir
greta@makker.is

Margrét Guðmundsdóttir
magmar@internet.is

KJÖRNEFND:

Birna Ólafsdóttir, formaður,
s. 863 8806, birnaol@simnet.is

Hilda Friðfinnsdóttir
kulupenni@internet.is

Tinna Jónsdóttir

SIÐANEFND:

Birna Gerður Jónsdóttir, formaður
birnagj@landspitali.is

Anna Rut Sverrisdóttir
annarutljosa@gmail.com

Guðrún Halldórsdóttir

Varamenn: Gróa Margrét Jónsdóttir og
Margrét Guðmundsdóttir (eldri)

NJF:

Hildur Kristjánsdóttir
S: 557 1591, hildurkr@simnet.is

SKOÐUNARMENN:

Ingunn Vattnes Jónsdóttir
Margrét Guðmundsdóttir

Málstofa í ljósmóðurfræði

Hinn 27. maí 2016 var haldin hin árlega málstofa í ljósmóðurfræði þar sem útskriftarnemar í ljósmóðurfræðum kynntu lokaverkefni sín til embættisprófs. Tíu ljósmæður útskrifast í ár með kandiðatspróf í ljósmóðurfræði og ein ljósmóðir lýkur meistaranámi í ljósmóðurfræði. Erindin voru mjög

fjölbreytt og skemmtileg og að loknum kynningum var fagnað með nýjum ljósmæðrum í Eirbergi. Öskum við nýútskrifuðum ljósmæðrum til hamingju með áfangann og velfarnaðar á nýjum starfsvettvangi. Hægt er að finna og lesa öll verkefni á vefslóðinni www.skemman.is.

Verkefni til embættisprófs í ljósmóðurfræði

Nemandi	Heiti verkefnis	Leiðbeinandi
Heiður Sif Heiðarsdóttir	Ljósmæðraþjónusta á landsbyggðinni. Mikilvægi þjónustunnar og upplifun ljósmæðra af því að starfa þar	Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Arna Ingimundardóttir	Heilsusamtal fyrir þungun: Fræðileg úttekt	Helga Gottfreðsdóttir
Kristín Hólm Reynisdóttir	Hreyfing á meðgöngu: Ávinningur af hreyfingu á meðgöngu	Helga Gottfreðsdóttir
Gréta María Birgisdóttir	Hreyfing sem meðferð við meðgöngusykursýki	Hildur Kristjánsdóttir
Kristín Helga Einarsdóttir	Þungburi. Mat á vexti og útkomu fæðingar	Hildur Kristjánsdóttir
Ólafía Sólveig Einarsdóttir	Fæðingarótti. Fræðileg samantekt	Hildur Kristjánsdóttir
Bryndís Ásta Bragadóttir	Hvernig er best að undirbúa konur fyrir fæðingu? Fræðileg samantekt	Helga Gottfreðsdóttir
Guðlaug Erla Vilhjálmisdóttir	Fyrsta samtal við konu í byrjandi fæðingu á Fæðingarvakt. Rannsóknaráætlun	Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Anna Margrét Einarsdóttir	Forstíga fæðingar. Fræðileg samantekt	Hildur Kristjánsdóttir
Hafdis Guðnadóttir	Ljósmæðrastýrðar einingar utan sjúkrahúsa. Ávinningur fyrir barnshafandi konur og heilbrigðiskerfið	Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Verkefni til meistaraþrófs í ljósmóðurfræði

Nemandi	Heiti verkefnis	Leiðbeinandi
Edda Sveinsdóttir	Áhrif innleiðingar breytts vinnulags á öðru stigi fæðingar á alvarlega spangaráverka á Landspítala: Íhlutunarrannsókn með hálfstöðluðu rannsóknarsniði	Dr. Helga Gottfreðsdóttir og Dr. Reynir Tómas Geirsson



Nýútskrifaðar ljósmæður vorið 2016.

Til hamingju Dr. Berglind!

Þann 2. maí síðastliðinn varði Berglind Hálfðánsdóttir ljósmóðir doktorsritgerð sína sem ber heitið „Fyrirfram ákveðnar heima-fæðingar á Íslandi: Forsendur, útkoma og áhrifaþættir“ fyrir fullum hátíðarsal í Háskóla Íslands. Andmælendur voru þær dr. Ank de Jonge, dósent við Vrije Universiteit Amsterdam, og dr. Helga Zoéga, dósent við Læknadeild Háskóla Íslands. Þær létu spurningarnar dynja á Berglindi af miklum þunga, bæði efnislegar og tölfræðilegar, og oft þannig að áhorfendur héldu niðri í sér andanum. Aldrei kom þó hik á doktorsefnið og var vörnin hin mesta skemmtun. Það má eiginlega segja að Berglind hafi snúið vörn í sókn og heillað alla viðstadda með eldmóði sínum og snilli. Það kom því engum á óvart þegar tilkynnt var að Berglind hefði staðist doktorsvörnina og brutust mikil fagnaðarlæti út í salnum.

Berglind nam ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands á árunum 2005–2007 og lauk meistaranámi frá sama skóla vorið 2011. Síðastliðin fjögur ár hefur hún rannsakað heima-fæðingar á Íslandi frá ýmsum hliðum, allt frá sjálfræði kvenna við ákvarðanatöku til útkomu skipulagðra heima-fæðinga og áhrifaþátta þar á.

Ritgerð Berglindar byggist á fjórum rannsóknargreinum. Sú fyrsta er hugtakagreining á hugtakinu „sjálfræði um val á fæðingarstað“, í annarri rannsókninni er útkoma fyrirfram ákveðinna heima-fæðinga á árunum 2005–2009 borin saman við útkomu fyrirfram ákveðinna sjúkrahús-fæðinga sambærilegs hóps, í þeirri þriðju eru áhrif frábendinga á útkomu fæðinga heima og á sjúkrahúsum skoðuð og í fjórðu rannsókninni er það kannað hvort viðhorf kvenna til fæðinga hafi áhrif á útkomu fyrirfram ákveðinna heima- og sjúkrahús-fæðinga.

Niðurstöður rannsókna voru í megindráttum þær að upplýsing, hæfi og frelsi séu þeir þættir sem skilgreina sjálfræði kvenna um val á fæðingarstað að gefinni forsendu um ætlað skaðleysi gagnvart öðrum og ábyrgð á afleiðingum. Í rannsókn númer tvö kom í ljós að marktækt minni líkur voru á hriðarörvun með lyfjum, mænurótardeyfingu og blæðingu eftir fæðingu (>500 ml) meðal kvenna sem höfðu ákveðið fyrirfram að fæða heima en í sambærilegum hópi kvenna sem ákveðið hafði að fæða á sjúkrahúsi. Ef frábendingar voru til staðar var flutningstíðni aftur á móti hærri og áhrif á útkomu marktækt neikvæðari í fyrirfram ákveðnum heima-fæðingum en í sambærilegum sjúkrahús-fæðingum. Einnig gáfu niðurstöðurnar til kynna að konur með jákvæðari viðhorf til heima-fæðinga höfðu marktækt jákvæðara viðhorf til fæðinga almennt og neikvæðara viðhorf til inngripa. Meðal þeirra var notkun mænurótardeyfinga, hriðarörvun með lyfjum og innlögn á nýburagjörgæslu marktækt lægri en í hópi þeirra kvenna sem höfðu neikvæð viðhorf til heima-fæðinga.

Rannsókn Berglindar er mikill hvalreki fyrir ljósmæðrastéttina en ekki síður fyrir allar konur sem standa frammi fyrir því að taka upplýsta ákvörðun um þá fæðingarþjónustu sem í boði er á Íslandi.

Við óskum dr. Berglindi hjartanlega til hamingju með glæsilegan árangur og hlökkum svo sannarlega til að fylgjast með henni í framtíðinni.

*F.h. ritnefnd Ljósmæðrablaðsins.
Rut Guðmundsdóttir*



Berglind að verja doktorsverkefnið sitt.

Ljósmaðranámið og tækifæri framtíðarinnar

- erindi flutt á 20 ára afmæli námsbrautar í ljósmóðurfræði -

Kæru ljósmaður og aðrir gestir

Ólöf Ásta hringdi í mig í síðustu viku og bað mig um að vera með „létt og skemmtilegt“ erindi um námstímann okkar hér við deildina og tækifæri framtíðarinnar. Ekkert mál hugsaði ég en þegar ég las það sem ég var búin að punkta niður hjá mér eftir miklar vangaveltur, áttaði ég mig á því að þetta voru aðallega alvörugefnar vangaveltur um jafnréttisbaráttuna. Ekki beint „létt og skemmtilegt“ en svo hugsaði ég með mér að þetta væri í takt við yfirskrift málstofunnar: *Ljósmóðurstörf eru lífið sjálft*. Þau tengjast jú alltaf málefnum líðandi stundar og eru samofin tíðarandanum. Svolítið dramatískt en samt skemmtilegt.

Þegar ég velti því fyrir mér hvað einkenndi þessi tvö ár okkar hér í ljósmaðranáminu þá leitaði hugurinn aftur og aftur að systralaginu. Af hverju er það svona sterkt? Við erum ljósu-systur, eigum ljósubörn og ljósumömmur, stórar systur og litlar systur og þetta er allt eins og ein stór fjölskylda. Ég man að þegar ég var að byrja í náminu þá fannst mér þetta tal svolítið væmið en ég fann það fljótt að þetta var ekki innantómt hjál heldur lá eitthvað alveg sérstakt þarna á bak við. Ég og mínar systur hófum ljósmaðranámið árið 2013 og útskrifuðumst síðastliðið vor. Við erum því enn að stíga okkar fyrstu skref sem alvöru ljósmaður þessa dagana. Ég held að námstími okkar hafi verið frekar hefðbundinn enda fann maður það fljótt hversu rík áhersla er lögð á venjur og hefðir í skólanum og þá sérstaklega í tengslum við systralagið. Eins og hollsystur fyrsta árgangsins og allra árganga okkar á milli gerðu eflaust, þá helltum við okkur í hugmyndafræði ljósmóðurfræðinnar, tókum á móti barni í fyrsta sinn, lentum í tilfellum sem reyndu á andlegan styrk (og stundum líkamlegan), hlógum og grétum og studdum við bakið á hver annarri. Við fundum hvað það var mikilvægt fyrir okkur að tala saman og segja hver annarri frá því hvernig okkur leið bæði þegar við lentum í erfiðum og skemmtilegum aðstæðum. Þannig lærðum við svo margt af hver annarri og fengum um leið staðfestingu á því að það væri til dæmis alveg eðlilegt að brotna saman og gráta inn á skoli eftir tvöfalda vakt þar sem maður hafði ákveðið að vera áfram af því að konan var alveg að fara fæða en endaði svo í sogklukku tíu tímum síðar. Líka að það væri alveg eðlilegt að líða eins og maður gæti alveg eins verið með bundið fyrir augun þegar kom að saumaskapnum og að manni liði eins og maður ætti aldrei eftir að verða jafn klár og allar reyndu ljósmæðurnar sem við hittum á námstímanum. Við sögðum og segjum hver annarri ennþá reynslusögur, en ekki til að kjafta um fólkið heldur til að læra af reynslunni og fá staðfestingu eða einhverskonar skilning. Ég held að þessi kraftmikla sameiginlega reynsla geri ljósmæðrahollin að eins sterkum einingum og raun ber vitni og að þessi samliðan nemanna sé einn af mikilvægustu þáttunum í að komast í gegnum þetta krefjandi nám.

Það var líka alveg ný upplifun að vera í bekk þar sem ALLIR voru



Rut Guðmundsdóttir
Ljósmóðir á Landspítala

jafn yfir sig áhugasamir um námsefnið þannig að fólk vildi frekar sleppa frímínútum heldur en að þurfa að sleppa nokkrum glærum, en þannig var þetta. Á árunum 2013–2015 var líka ýmislegt sem breyttist; það var tekin ákvörðun á Landspítalanum um að hætta að greiða ljósmæðranemum laun fyrir vinnu sína á verk-námstíma, sumarönnin datt því út þar sem hún var ekki lánshæf fyrir nemendur, þjappa þurfti námsefninu á styttri tíma og minnka lokaverkefnið umtalsvert. Hreiðrinu var lokað þegar við vorum á fyrsta árinu en við náðum einu dýrmætu verknámi þar.

En að tíðarandanum og tækifærunum. Að rifja upp námstímann og draga hann saman í nokkur orð lætur mér líða svolítið eins og þegar maður er í brúðkaupsveislu þar sem myndum af því sem gerðist fyrir nokkrum mínútum er varpað upp á skjá og allir sitja og horfa á í nostalgíu yfir því sem gerðist áðan. Ég er náttúrulega bara

nýskriðin úr náminu og ekki komin með mikla fjarlægð á þennan tíma en það sem gerði vikurnar í kringum útskriftina meðal annars eftirminnilegar var að ljósmaður voru í verkfalli. Ég var mjög stolt að tilheyra loksins þessari elstu launuðu kvennastétt landsins sem barðist nú fyrir bættem kjörum, enda löngu tímabært að greiða þeim (og okkur) í samræmi við menntun og ábyrgð. Við fengum þó allar vinnu við ljósmæðrastörf og vorum ýmist laus- eða fastráðnar. Viku fyrir 100 ára afmæli kosningaréttar kvenna voru svo sett lög á verkfallið eins og við munum. Þetta voru mikil vonbrigði og þessi tímasetning eitthvað svo dramatísk. Ég spurði sjálfa mig hvað hefði áunnist í jafnréttisbaráttu síðastliðin 100 ár. Ég hlýt að vera eitthvað að misskilja þetta, ætli það sé ekki bara eitthvað náttúruleg mál að borin sé minni virðing fyrir störfum kvenna en karla? Árið 2015 var í raun mjög skrítið ár að mínu mati. Á sama tíma og maður fékk það á tilfinninguna að feðraveldið væri í fullu fjöri urðu líka nokkrar magn-aðar byltingar þar sem skömminni var skilað til síns heima og barist var gegn hefndarklámi, tabúum og þöggun. Fimmtán ára stúlkur í Hagaskóla sigruðu hæfileikakeppni grunnskólanna með atriði þar sem þær kröfðust þess að fá meira pláss í samfélaginu og hrópuðu:

*Elsku feðraveldi,
veistu, þegar þú segir mér að róa mig
og halda bara kjafti,
hveturðu mig áfram
til að öskra af öllu afli
þú getur ekki stoppað það sem þú veist að er að koma
þú skilur ekki erfiðnið, þú ert ekki kona.*

Það var einhver undirliggjandi kraftur sem einkenndi þetta ár. Það er eitthvað í loftinu og ég held að ef ljósmaður leyfa þessum krafti að hrífa sig með, eins og þegar konur gefa sig á vald líkamans í fæðingu, þá á eitthvað stórkostlegt eftir að gerast.

„Dagurinn sem þú getur flogið“ og gildi fallestgra minninga

Ég er svo upptekin þessa dagana að gera það sem í mínu valdi stendur til að konur upplifi fallestgar stundir og fallestgar minningar við fæðingu barna sinna sem geta verið styrkjandi fyrir alla fjölskylduna og lifað um ókomna tíð. Þetta eru mjög dýrmætar minningar og það er magnað að sjá foreldra styrkjast eftir fæðingarreynsluna.

Fæðingarreynslan er flókin, þetta hugtak er flókið. Hún getur haft áhrif á tengslamyndun konu við barn sitt, viðhorf hennar til móðurhlutverksins, frekari barneignir, sjálfssálit hennar og sjálfsmynd. Hugsjið ykkur ef að konur öðlast, auk dýrmætra minninga, aukið sjálfstraust og trú á sjálfri sér. En hvernig er hægt að hafa áhrif? Hvernig get ég aukið líkurnar á jákvæðri fæðingarupplifun kvenna? Jú, það er nefnilega eitthvað sem ég get gert á sama tíma og ég stuðla að öryggi móður og barns í barneignarferlinu. Ég get í mínu starfi meðal annars stutt við konur í fæðingu og stuðlað að því að þær upplifi tilfinningu um vellíðan og stjórn.

Ég get stuðlað að þeirri tilfinningu að þær séu við stjórnvölinn með því að auka þátttöku kvenna og styðja við ákvarðanatöku þeirra. Það get ég meðal annars gert með því að undirbúa konur fyrir fæðingu barns síns. Með undirbúningnum get ég einnig stuðlað að raunhæfum væntingum konunnar til fæðingarferlisins.

Það sem mér finnst mikilvægast í fæðingarundirbúningnum er að aðstoða konur við að þróa sín eigin bjargráð, auka sjálfstraust þeirra og aðstoða þær við að öðlast færni til að meta eigin gildi og kosti og galla þeirra valkosta sem í boði eru til að þær geti tekið upplýstar ákvarðanir sem eru réttar fyrir þær persónulega. Og þá er eðlilegt að spyrja sig: Hvernig? Það getur reynst vel að fara í gegnum það með konunni hvað henni sjálfri finnst vera styðjandi. Hvað hún tengi við tilfinninguna um vellíðan og hvað hún geti hugsað sér að gera til að upplifa vellíðan í fæðingunni. Hvað hún vill gera til að finna fyrir öryggi og til að auka sjálfstraust sitt. Hver muni styðja hana í fæðingunni og hverjar þarfir hennar eru gagnvart þeim aðila.

Það er grundvallaratriði að konur fái ítarlegar og hlutlausar upplýsingar um alla valkosti í barneignarferlinu til að þær geti tekið upplýstar ákvarðanir og þá spyr: Fjá þær þessar upplýsingar? Eruð við hlutlausar? Eruð við ítarlegar? Ég get aðeins svarað fyrir mig og svarið er því miður of oft nei. Ég get gert betur. Ég veit líka að það er erfitt fyrir konur að nálgast þessar upplýsingar fyrir fæðinguna. Þetta eru upplýsingar um kosti meðferða, áhættu, hugsanlega fylgikvilla eða ákvarðanir sem konan þarf að taka í framhaldinu. Þetta er upplýsingar um hvað konan getur reynt fyrst, og hvað getur hugsanlega gerst ef konan bíður með að taka ákvörðun á næstu klukkustundum og hvað gæti gerst ef hún ákveður að fá ekki viðkomandi meðferð. Eftir á að hyggja eru hugsanlegar ástæður tímaskortur, sú afsökun að fæðingin sé ekki rétti tíminn til að gefa þessar ítarlegu upplýsingar, en nú ætla ég að hætta að afsaka sjálfa mig og gera eitthvað í þessu. Ég ætla að gera það sem ég get til að konur upplifi að þær sitji við stjórnmartaumana í fæðingu sinni og þannig stuðlað að bættari fæðingarupplifun, að þær geti tekið ákvarðanir sjálfar eftir að hafa fengið hlutlausar og ítarlegar upplýsingar. Þetta er réttur allra kvenna í barneignarferlinu og ég ætla mér að virða hann.

Mikilvægt er að konan viti að fæðingin er mögnuð og erfið, bæði



Embla Ýr Guðmundsdóttir
Ljósmyndir á fæðingavakt Landspítala

andlega og líkamlega, en það sem má ekki gleymast er að fæðingin er líka stórkostleg og frábær upplifun. Það skiptir máli að undirbúa sig andlega, hugsa jákvætt, byggja upp sjálfstraust og að ætla sér að eiga góða upplifun.

Mikil óvissa fylgir fæðingum. Enginn veit hversu löng hún verður, hversu erfið né hvort upp komi einhverjir fylgikvillar. En þannig er lífið sjálft. Það er, þrátt fyrir þessa óvissu, hægt að stefna að því að eiga ánægjulegar og töfrandi stundir, sama hvernig fæðingin sjálf verður. Það er svolítið hægt að líkja fæðingunni við ferðalag eins og Emily Perl Kingsley lýsir vel í lítilli dæmisögu sem kallast Welcome to Holland. Þar ber hún saman upplifun einstaklings sem fær þær fréttir að barn þess er með fötlun við upplifun ferðalags til Ítalíu sem endar óvænt í Hollandi. Emily sjálf er rithöfundur fyrir þættina Sesame Street. Hún fæddi dreng árið 1974, sem ber nafnið Jason Kingsley, en hann er með Downs heilkennið.

Dæmisagan um ferðalagið til Ítalíu er nokkurn veginn á þessa leið: Þú ert að fara í ferðalag, ætlar að fara til Ítalíu, búin að dreyma um þessa Ítalíuferð í mörg ár, búin að plana skoðunarferðir, ætlar að sjá skakka turninn í Pisa, fara á gondóla í Feneýjum, læra nokkra frasa á ítölsku, kaupa þér bækur um Ítalíu og þú hlakkar mikið til. Svo þegar þú stígur út úr flugvélinni, þá ertu allt í einu komin til Hollands. Þú ætlaðir ekki að fara þangað. En það sem skiptir máli er að Holland er ekki svo slæmur staður, bara annað land. Þannig að núna þarftu að læra hollenska frasa, kaupa þér bækur um Holland og hitta nýtt fólk sem býr í Hollandi. Þetta er öðruvísi land með aðra menningu, allt hægara og svona látlausara, en eftir að þú ert búin að vera í Hollandi um hrið, þá ferðu að taka eftir ýmsu, þú sérð vindmyllur og túlipana, og jafnvel list Rembrandts. En það eru margir sem þú þekkir sem eru að koma úr ferðalagi frá Ítalíu, talandi um hvað þau áttu yndislegar stundir og allt þitt líf getur þú sagt: „Já, ég var á leiðinni til Ítalíu, ég ætlaði að fara þangað.“ En ef þú eyðir lífi þínu í að syrgja þessa Ítalíuferð, þá geturðu aldrei verið fær um allt það einstaka sem Holland hefur upp á að bjóða.

Fæðingin getur nefnilega verið dagurinn sem konan upplifir sig sterka og tekur mark á sínum þörfum. Þetta getur verið dagurinn þar sem konan upplifir ánægjulegar stundir þrátt fyrir erfiðleika og þolraunir. Dagurinn sem hún upplifði fegurð Hollands þrátt fyrir vonir um Ítalíu. Dagurinn sem hún fær allan þann stuðning sem hún þarfnast, hún treysti sjálfri sér, hjarta hennar stækkaði og hún gat allt. Þetta getur verið dagurinn sem hún getur flogið. Við ljósmóður getum haft áhrif á þessa mikilvægu stund í lífi kvenna. Eigum við ekki að styrkja og styðja við konur til að þær geti tekið upplýstar ákvarðanir í öllu barneignarferlinu og aðstoða þær við að skapa sér fallestgar minningar sem lifa að eilífu?

Í anda þessa hugleiðinga minna langar mig að enda á stuttu ljóði eftir hina 20 ára gömlu áströlsku Erin Hanson.

*There is freedom waiting for you,
On the breezes of the sky,
And you ask “What if I fall?”
Oh but my darling,
What if you fly?
~e.h.*

YFIRLIT UM RÉTTINDI ÞÍN Á EINUM STAÐ

Á sjóðfélagavef LSR færð þú m.a. upplýsingar um réttindi þín, greidd iðgjöld og séreignarsparnað ásamt því að hafa aðgang að Lífeyrisgáttinni.

Lífeyrisgáttin er ný leið fyrir sjóðfélaga til að fá á einum stað upplýsingar um áunnin lífeyrisréttindi sín í samtryggingarsjóðum. Með Lífeyrisgáttinni opnast greið leið að þessum upplýsingum.



Lífeyrisgáttin

Upplýsingar um lífeyrisréttindi
á einum stað.



LSR

Lífeyrissjóður
starfsmanna ríkisins

Engjateigi 11
105 Reykjavík
Sími: 510 6100
Fax: 510 6150
lsr@lsr.is

www.lsr.is