LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ

Tímarit Ljósmæðrafélags Íslands 1. tbl. - 90. árgangur - júní 2012
– Journal of the Icelandic Midwives Association –

Að efla heilbrigði

Samkynhneigðir foreldrar

Þátttaka ljósmæðra í krabbameinsleit

Hótandi fyrirburafæðing

Ræðst gegn verkjum

HVÍTA HÚSÍÐ / SÍA / Actavis 119060

Paratabs®

– Öflugur verkjabani!

Notkunarsvið: Paratabs inniheldur virka efnið paracetamól - 500 mg. Paratabs er verkjastillandi og hitalækkandi lyf, m.a. notað við höfuðverk, tannverk og tíðaverk. Paratabs er einnig notað við sótthita, t.d. af völdum inflúensu og umgangspesta. **Skömmtun:** Fullorðnir og börn eldri en 12 ára (>40 kg) 1–2 töflur á 4–6 klst. fresti, mest 8 töflur á sólarhring eða 4000 mg. Börn, 7–12 ára (25–40 kg), ½–1 tafla á 4–6 klst. fresti, mest 4 töflur á sólarhring eða 2000 mg. Börn, 3–7 ára (15–25 kg), ½ tafla á 4–6 klst. fresti, mest 4 sinnum á sólarhring eða 1000 mg. **Varúðarreglur:** Þeir sem hafa ofnæmi fyrir parasetamóli eða einhverju hjálparefnanna eiga ekki að nota Paratabs. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með skerta lifrar- og nýrnastarfsemi. Einstaklingar með áfengisvandamál skulu ekki nota Paratabs án samráðs við lækni og alls ekki samhliða neyslu áfengis. Paratabs á ekki að nota samtímis öðrum lyfjum sem innihalda paracetamól. Ef teknir eru stærri skammtar en ráðlagðir hámarksskammtar á sólarhring er hætt við alvarlegum lifrarskemmdum. Lyfið má ekki nota ef um lifrarsjúkdóm er að ræða. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engin þekkt áhætta er af notkun parasetamóls á meðgöngu. Parasetamól skilst út í brjóstamjólk en hættan á áhrifum á barnið er ólíkleg við ráðlagða skammta. **Aukaverkanir:** Parasetamól þolist almennt vel, aukaverkanir eru sjaldgæfar ef ráðlögðum skömmtum er fylgt, helst er að nefna ofnæmi, útbrot og lifrarskemmdir. Lifrarskemmdir við notkun parasetamóls hafa komið fram í tengslum við misnotkun áfengis, eins getur langvarandi notkun parasetamóls valdið nýrnaskemmdum. **Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja lyfinu.** Geymið þar sem börn hvorki ná til né sjá. September 2011.

actavis

Ljósmæðrablaðið *gefið út af*
Ljósmæðrafélagi Íslands
Borgartúni 6, 105 Reykjavík
Sími: 564 6099 Fax: 588 9239
Netfang: lmfi@ljosmaedrafelag.is
Heimasíða: http://ljosmodir.origo.is/

Ábyrgðarmaður
Esther Ósk Ármannsdóttir
formadur@ljosmaedrafelag.is
formaður LMFÍ

Ritnefnd
Hrafnhildur Ólafsdóttir, ritstjóri
S. 846 1576 hrafno@internet.is
Stefanía Guðmundsdóttir
stefania@thorlacius.com
Ásrún Ósp Jónsdóttir
asrun@yahoo.com

Ritstjórn fræðilegs efnis
Helga Gottfreðsdóttir
helgagot@hi.is
Berglind Hálfdánsdóttir
bugsy@internet.is
Ingibjörg Eiríksdóttir
ingibjorgei@simnet.is
Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir
ingbjorghre@simnet.is

Myndir
Stefanía Guðmundsdóttir
María Björnsdóttir
Hildur Kristjánsdóttir
Signý Dóra Harðardóttir
Shutterstock

Prófarkalestur
Arna Jónsdóttir
arnakj@gmail.com

Auglýsingar
Vokal ehf.
s. 866-3855

Umbrot og prentvinnsla
Stafræna prentsmiðjan, prentun.is

Ljósmæðrablaðið er opinbert tímarit Ljósmæðrafélags Íslands og er öllum ljósmæðrum heimilt að senda efni í blaðið. Greinar sem birtast í blaðinu eru alfarið á ábyrgð greinahöfunda og endurspegla ekki endilega viðhorf ritstjóra, ritnefndar eða Ljósmæðrafélagsins. 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 ljósmæðra óviðkomandi. Gert er ráð fyrir að gefa út tvö tölublöð 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

5 Ávarp formanns

6 Að efla heilbrigði
Helga Gottfreðsdóttir - Inga Þórsdóttir

10 Þarfir og upplifun lesbía af barneignarferlinu ásamt viðhorfum ljósmæðra
Ingunn Vattnes Jónasdóttir

14 Hótandi fyrirburafæðing
Sigrún Ingvarsdóttir

17 Sjálfstæði ljósmæðra og framtíðarsýn eðlilegra fæðinga á Íslandi
Steina Þórey Ragnarsdóttir

20 Bækur og barnsfæðingar
Ásdís Egilsdóttir

22 Þátttaka ljósmæðra í krabbameinsleit
Reynir Tómas Geirsson - Kristján Sigurðsson - Helga Gottfreðsdóttir
Sigríður Þorsteinsdóttir

23 Pistill ljósmæðranema
Katrín Sif Sigurgeirsdóttir

24 Hvað gera Ljósurnar?
María Björnsdóttir

26 Málstofa í ljósmóðurfræði

28 Barn er oss fætt

30 Skýrsla stjórnar Ljósmæðrafélags Íslands

33 Norðurlandsamtök ljósmæðra (NJF)

36 Horft til framtíðar:
Tækifæri og áskoranir í menntun og starfi ljósmæðra

38 Það varð til kraftaverk

40 Lífið sem jordmor
– Frásögn frá Rakel Ásgeirsdóttur

43 Hugleiðingar ljósmóður
Steinunn H. Blöndal

Ritstjórapistill

Það er innbyggt í eðli mannsins að vilja auka kyn sitt. Ekki er það öllum kleift og geta ýmsar ástæður legið þar að baki. Margir glíma við ófrjósemi sem er skilgreind sem sjúkdómur og fá þeir sem eiga við það vandamál að stríða oft mikla samúð og skilning. Samkynhneigð pör geta eðli málsins samkvæmt ekki eignast börn á hefðbundinn hátt og hefur það aukist að samkynhneigðar konur leiti til Art Medica til að fá aðstoð við barnleysið eftir að lög um tæknifrjóvganir voru rýmkaðar. Breytt viðhorf innan samfélagsins hefur haft áhrif til fjölgunar lesbískra para í barneignarferli og ætla má að fjöldinn komi til með að aukast enn frekar. Í blaðinu er fræðslugrein sem Ingunn Vattnes ljósmóðir skrifar upp úr lokaverkefni sínu um þetta efni. Þar kemur fram að heilbrigðisstarfsfólk virðist ekki vera að fullu tilbúið til að taka á móti þessum hópi kvenna með opnu hugarfari og veita þeim bestu mögulegu þjónustu sem tekur mið af þörfum og óskum lesbía um viðeigandi meðferð. Í blaðinu segja tvö samkynhneigð pör frá sinni sögu þegar þau gengu í gengnum barneignarferlið.

Mikið hefur verið rætt og ritað um vaxandi

Hrafnhildur Ólafsdóttir
ritstjóri Ljósmæðrablaðsins

þyngd Íslendinga undanfarin ár. Sjáum við sem vinnum í heilbrigðisgeiranum þetta vandamál aukast með hverju árinu sem líður. Í blaðinu birtist fræðslugrein um þetta efni. Þar vilja höfundar efla heilbrigði, einblína á það sem er jákvætt og auka aðgengi kvenna að næringarráðgjöf.

Tíðrætt hefur verið um niðurskurð og breytingar á þjónustu við barnshafandi konur, sérstaklega úti á landi. Steina Þórey, ljósmóðir í Keflavík, skrifar um sjálfstæði ljósmæðra. Það er alltaf gott að minna okkur á að ekki þýðir að berja höfðinu við stein og tala um hvernig hlutirnir voru, heldur að horfa til framtíðar og sjá hvernig við getum spilað úr þeim spilum sem við höfum.

Vorblaðið er nú komið í ykkar hendur, alltaf gengur vel að afla efnis í blaðið. Í raun er það alveg ótrúlegt miðað við hversu fámennt félag Ljósmæðrafélagið er. Erum við í ritstjórninni endalaust þakklátar fyrir þetta. Við viljum nota tækifærið og minna þær ljósmæður sem hafa hlotið styrk hjá Ljósmæðrafélaginu að skrifa í blaðið, það er í raun skylda styrkþega að kynna fyrir félagsmönnum þau verkefni sem félagið styrkir og er Ljósmæðrablaðið besti vettvangurinn til þess.

Gleðilegt sumar
og hafið það gott í sumarfríinu.
Hrafnhildur Ólafsdóttir

Innviðir Ljósmæðrafélagsins

Vor í lofti ...og vorið boðar alltaf eftirvæntingu í mínum huga. Þessi helmingur ársins finnst mér, sem og mörgum, mannvænni, skemmtilegri og allavega bjartari en sá hluti árs sem nú kveður.

Síðastliðið ár finnst mér hafa einkennst af innra starfi í Ljósmæðrafélaginu. Hópar ljósmæðra innan félagsins hafa unnið mikla og góða vinnu við að skoða meðal annars lög og innviði félagsins. Lög hvers félags er kjarninn í starfseminni, þó að það plagg sé ef til vill ekki alltaf upp á borðum. Þegar mikið liggur við hafa lögin þó síðasta orðið. Á aðalfundi 24. mars síðastliðinn voru samþykkt ný lög félagsins sem tekið hafa þó nokkrum breytingum. Í síbreytilegu samfélagi er nauðsynlegt að aðlaga lög og reglur að samtímanum og þeim þörfum sem uppi eru á hverjum tíma. Þessar breytingar eru mikið til samræmis við lög annarra stéttarfélaga og er gott að hafa lögin til að styðjast við sem einskonar verklag. Meðal þess sem kemur nýtt inn í lögin er klausa um trúnaðarmenn félagsins. Hlutverk þeirra er nú stærra en áður, stofnað verður trúnaðarmannaráð sem í verða meðlimir kjaranefndar sem og allir trúnaðarmenn félagsins. Hlutverk þessa ráðs er að vera stjórn innan handar í stórum málum geta komið inn á borð félagsins. Einnig ráðgefandi í aðdraganda miðlægrar kjarasamninga sem og stofnanasamninga. Drögum að verklagi eða starfsreglum innan félagsins hefur annar hópur ljósmæðra einnig skilað. Töluverða vinnu á eftir að inna af hendi svo að handbók félagsins geti litið dagsins ljós. Þar er að mörgu að huga í vaxandi félagi og mikilvægt að vanda vel til verka. Þrátt fyrir misjafna sýn á hlutina

Esther Ósk Ármannsdóttir
formaður Ljósmæðrafélags Íslands

er nauðsynlegt að sameiginleg niðurstaða fáist sem er farsæl og sanngjörn fyrir allar ljósmæður sem koma að vinnu fyrir félagið. Sú vinna heldur áfram í stjórn félagsins á næsta starfsári. Og er von mín að handbók líti dagsins ljós í lok þessa árs eða í byrjun næsta.

Stofnanasamningar eru lausir í kjölfar miðlægra samninga. Töluverð vinna hefur verið lögð í að greina helstu stofnanasamninga ljósmæðra. Við þurfum að bera okkar stofnanasamninga við samninga annarra félaga innan BHM og sjá fyrir hvað við fáum launahækkun og hverju við viljum breyta. Bókun eitt í miðlægum ríkissamningi okkar fjallar einmitt um það að gera úttekt á fyrirkomulagi launakerfisins. Afla nauðsynlegra gagna og upplýsinga um mismunandi hópa hjá ríkinu, til dæmis um laun, launadreifingu og launaþróun. Okkar markmið er meðal annars að endurskoða hækkun launa vegna viðbótarnáms. Ljósmæður á stærsta vinnustað okkar og víðar fá til dæmis ekki metið til launahækkunar nálastungunámið, ALSO, né önnur námskeið sem gera okkur verðmætari starfskrafta og hæfari í okkar starfi. Einnig þarf að koma inn starfsaldurtengdri hækkun þar sem launaskrið yfir ævina er mjög óeðlileg. Ljósmæður mættu líka dreifast betur í launatöflunni. Við erum eins og hópur átta ára stráka í fótbolta, allir á eftir boltanum í einni þvögu. Fáir fá að njóta sín og dreifing ljósmæðra í launatöflu ætti að mínu mati að vera mun meiri. Svo er það launaþak yfirmanna og klárlega þarf að hækka laun yfirmanna svo að eðlilegt launaskrið geti orðið.

Töluverðar breytingar verða í félaginu á þessu ári. Skrifstofumanneskjan okkar hún Brynja Helgadóttir kveður okkur eftir að hafa unnið í tæplega tvö ár hjá félaginu við góðan orðstír. Anna Sigríður Vernharðsdóttir hætti 1. maí sl. sem vefstjóri ljosmodir.is. Hún og ljósusystur hennar áttu hugmyndina að síðunni og gáfu félaginu síðuna á sínum tíma. ljosmodir.is hefur svo sannarlega vaxið og dafnað í hennar umsjón og vil ég þakka Önnu Siggu mikið brautryðjendastarf. Óska ég henni velfarnaðar í því mikla starfi sem hún tekur nú að sér.

Samkvæmt nýju lögunum heyrir Fylgjan okkar, handbók ljósmæðra, nú undir stjórn ritnefndar og vil ég einnig nota tækifærið og þakka Elínborgu Jónsdóttur ritstjóra innilega fyrir einlægan áhuga á vexti Fylgjunnar öll þessi ár.

Gleðilegt sumar.

Að efla heilbrigði

Næringarráðgjöf sem íhlutun fyrir of þungar konur fyrir og eftir fæðingu

ÚTDRÁTTUR

Nýjustu tölur um líkamsþyngd Íslendinga sýna að tæplega 59% fólks á aldrinum 18–80 ára er yfir kjörþyngd og þar af flokkast 21% með offitu. Rannsóknir benda til að hlutfall þeirra sem eru of feitir fari vaxandi. Konur á barneignaraldri fara ekki varhluta af þessari þróun en niðurstöður fjölda rannsókna hafa sýnt tengsl offitu við ýmis vandamál og sjúkdóma tengdum meðgöngu og fæðingu.

Í þessari grein er varpað ljósi á þá stöðu sem ríkir hér á landi varðandi yfirþyngd og ofþyngd kvenna á meðgöngu og afleiðingar þess en rannsóknir sýna að konur á barnsburðaraldri 18–39 ára eru of þungar í 41% tilvika og þar af eru 18% of feitar. Nokkrar erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á að með því að nota hvatningaviðtöl, næringarráðgjöf og upplýsingar um hreyfingu megi hafa áhrif á þyngdaraukningu kvenna á meðgöngu. Flestar íhlutunarrannsóknir eru þó með litlu úrtaki og í fáum þeirra er konum fylgt eftir að fæðingu lokinni.

Mikilvægt er að horfa á offitu sem viðfangsefni þar sem fjöldi þátta hefur áhrif. Í öllum tilfellum þarf að huga að mataræði og næringu konunnar og næringarráðgjöf sem felur í sér hvatningu og kennslu er því nauðsynleg. Þá þarf að virkja eiginleika í fari hvers einstaklings til að sem hagstæðust útkoma fáist fyrir móður og barn. Í greininni kynnum við hugmyndafræði sem nota má við þróun íhlutana fyrir konur á meðgöngu sem byggir á því að nota styrkleika hverrar og einnar konu samfara því að veita fræðslu og ráðgjöf á einstaklingsbundinn hátt .

Lykilorð: *meðganga, offita, yfirþyngd, íhlutun, næringarráðgjöf, árangur, heilsuefling.*

Helga Gottfreðsdóttir
ljósmóðir, PhD dósent og
námsbrautarstjóri við
Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

Inga Þórsdóttir
næringarfræðingur, PhD deildarforseti
Matvæla- og næringarfræðideildar,
Heilbrigðisvísindasvið, Háskóla Íslands
og Landspítala

INNGANGUR

Víða í Evrópu er hlutfall einstaklinga sem eiga við ofþyngd og offitu að stríða mjög hátt. Hér á landi hefur umræða um ofþyngd og offitu verið áberandi síðasta áratug. Í skýrslu sem Lýðheilsustöð gaf út um líkamsþyngd og holdafar fullorðinna frá 1990 til 2007 kom fram að líkamsþyngdarstuðull (LÞS) Íslendinga hafði hækkað síðastliðna tvo áratugi og töluvert fleiri höfðu hærri LÞS en áður (Margrét Valdimarsdóttir o.fl., 2009). Á árunum 1990 til 2007 hafði hlutfall of feitra kvenna (LÞS > 30 kg/m2) á aldrinum 18 til 79 ára hækkað úr 9,5% í rúm 21% og voru 53% kvenna í þessum aldursflokki yfir kjörþyngd (LÞS > 25 kg/m2) árið 2007. Þegar horft var til kvenna á barneignaraldri (18–39 ára) voru um 44% yfir kjörþyngd (LÞS > 25 kg/m2), og af þeim voru tæp 19% of feitar (LÞS > 30 kg/m2) árið 2007 (Margrét Valdimarsdóttir o.fl., 2009). Í annarri íslenskri rannsókn frá 2006 kom fram að 39% af reykvískum konum var yfir kjörþyngd í byrjun meðgöngu og að stór hluti íslenskra kvenna þyngist meira á meðgöngu en íslenskar ráðleggingar mæla með (Olafsdottir, Skuladottir, Thorsdottir, Hauksson og Steingrimsdottir 2006). Nýjustu tölur um líkamsþyngd Íslendinga má sjá í niðurstöðum könnunar á mataræði fullorðinna 2010–2011 og sýna þær að tæplega 59% fólks á aldrinum 18–80 ára er yfir kjörþyngd og 21% flokkast með offitu, sem er hærra en árið 2002 en þá var hlutfall of feitra 13% (Könnun á mataræði Íslendinga 2010–2011). Þessar tölur, sem eru uppgefnar af fólkinu sjálfu, eru í samræmi við það sem þekkt skýrsla OECD sýndi en þar kom fram að tíðni offitu væri næst hæst hér á landi af 26 OECD löndum, en það sem alvarlegra var er aukning offitu frá 1990 til 2007 frá 8% í 20%. Þessi þróun er uggvænleg þrátt fyrir það að efast hafi verið um nákvæmni þessara talna (OECD, Health at a Glance, Europe 2010). Flest virðist benda til að hlutfall of feitra aukist meðan að heildarfjöldi þeirra sem er yfir kjörþyngd breytist ekki eins mikið.

Niðurstöður fjölda rannsókna hafa sýnt tengsl offitu við ýmis vandamál og sjúkdóma tengdum meðgöngu og fæðingu. Þannig hafa tengsl of mikillar þyngdaraukningar, miðað við ráðleggingar IOM *(e. Instiute of Medicine)* eða íslenskar ráðleggingar, sýnt auknar líkur á meðgöngusykursýki (Kabiru og Raynor, 2004), meðgönguháþrýsting (Thorsdottir, Torfadottir, Birgisdottir og Geirsson, 2002), meðgöngueitrun (Johnson, Longmate og Frentzen, 1992), að framköllun fæðingar takist ekki (Kabiru og Raynor, 2004), misræmi á milli fósturs og grindar eða tepptan framgang í fæðingu (Chen, Uryasev, og Young, 2004). Auknar líkur eru á spangaráverka hjá of feitum konum (Kabiru og Raynor, 2004), áhaldafæðingar eru tíðari (Thorsdottir o.fl., 2002; Johnson o.fl., 1992), fleiri konur lenda í fyrirburafæðingu (Dietz, o.fl., 2006), og fæðingu lýkur oftar með keisaraskurði hjá þessum hópi (Kabiru og Raynor, 2004; Young og Woodmansee, 2002). Varðandi nýburann þá eru auknar líkur á fæðingu þungbura ef móðir er of feit (Scotland, Cheng, Hopkins og Caughey, 2006; Thorsdottir o.fl., 2002) og lágum fimm mínútna apgar (Scotland o.fl., 2006).

Áhættan á líkamlegum fylgikvillum eykst eftir því sem LÞS er hærri fyrir þungun. Þannig er kona sem er yfir offitumörkum og þyngist

óhóflega mikið á meðgöngu í meiri áhættu á fylgikvillum en kona í ofþyngd og kona í ofþyngd er í meiri áhættu á fylgikvillum en kona í kjörþyngd (Scotland o.fl., 2006). Líkt og með offitu móður á meðgöngu er of mikil þyngdaraukning á meðgöngu einnig áhættuþáttur fyrir ofþyngd og offitu hjá barni (Oken, o.fl., 2007). Rannsóknir hafa því beinst að því að takmarka þyngdaraukningu á meðgöngu og athuga þyngdarbil fyrir hvern þyngdarflokk sem gefur bestu mögulegu horfur fyrir móður og barn í meðgöngu, fæðingu og eftir fæðingu. Meðgangan er það tímabil í lífinu sem konur eru hvað móttækilegastar fyrir fræðslu og ráðgjöf. Í þessari grein er kynnt hugmynd að nálgun í meðgönguvernd sem byggir á því að draga fram styrkleika konunnar til að takast á við ástand sitt jafnframt því sem byggt er á kenningu Mcbride og félaga (2003) um „kennanlegan tíma“ (e. teachable time).

MEÐGÖNGUVERND OG SKILNINGUR Á OFFITU

Sú nálgun að skilgreina offitu einvörðungu sem heilbrigðisvanda sem leiðir til sjúkdóma felur í sér hættu á því að þeir sem þjást af offitu verði skilgreindir sem sjúklingar eða verðandi sjúklingar (Ástríður Stefánsdóttir, 2011). Í ljósi þess hvaða afleiðingar offita getur haft á heilsu og líðan fólks, og hversu kostnaðarsamar afleiðingar hennar eru, þá þarf að horfa á viðfangsefnið sem samfélagslegan vanda en ekki eingöngu vanda heilbrigðiskerfisins. Þannig er árangursríkara og ódýrara að leggja áherslu á fyrsta stigs forvarnir sem hafa það að markmiði að fyrirbyggja þyngdaraukningu, en aðgerðir sem miða einungis að meðferð við offitu. Mikilvægt er að áherslan sé á heilbrigði frekar en þyngd (Margrét Valdimarsdóttir o.fl., 2009). Í þeim klínísku leiðbeiningum sem verklag í meðgönguvernd byggist nú á er rík áhersla lögð á áhættumat og skimun ýmissa meðgöngutengdra vandamála (Helga Gottfreðsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir, 2012). Þannig er gert ráð fyrir því að finna þær konur sem eru yfir kjörþyngd eða of feitar og vinna með þeim til að fá sem hagstæðasta útkomu meðgöngu og fæðingar. Það má vel samræma þessar áherslur öðrum markmiðum mæðraverndar sem eru að stuðla að heilbrigði móður og barns, með því að veita faglegan stuðning og ráðgjöf og að veita fræðslu um meðgöngu og fæðingu (Heilsugæslan, 2010). Á meðgöngu er konan móttækilegri fyrir því að aðlagast breyttum lífsháttum, sérstaklega varðandi breytt mataræði og reykingar, þar sem hún finnur hvöt til að vernda fóstrið sem hún gengur með (Phelan, 2010; Mcbride, Emmons og Lipkus, 2003). Það þarf að nýta þessa þætti í fari konunnar sem styrkleika hennar fremur en veikleika og hvers konar íhlutun og meðferð ætti að taka mið af því.

Íhlutanir á meðgöngu fyrir konur í ofþyngd og of feitar konur

Ein nálgun í fyrsta stigs forvörn er að beita atferlisíhlutunum til að hjálpa fólki að breyta áhættusamri heilsutengdri hegðun og taka upp hollari lífshætti. Þessi nálgun er gjarnan notuð til að hjálpa einstaklingum í ofþyngd og þannig stjórna þyngd og efla heilbrigði. Önnur nálgun í fyrsta stigs forvörn er að koma í veg fyrir að fólk byrji á að stunda venjur sem tengjast aukinni áhættu fyrir heilsubrest (Taylor, 2003). Nokkrar athyglisverðar rannsóknir hafa birst á síðustu árum sem greina frá notkun íhlutana fyrir of feitar barnashafandi konur. Í þeim rannsóknum þar sem íhlutunin byggir á góðri næringaráðgjöf, hvetjandi samtalstækni og

***Mynd 1.** Þessir þrír þættir mynda grunn að íhlutun fyrir of feitar konur á meðgöngu. Árangur er metinn út frá þyngdarstjórnun konunnar á meðgöngu*

hreyfingu virðist bestur árangur nást (mynd 1).

Asbee og féagar (2009) gerðu samanburðar rannsókn með slembiúrtaki 144 barnshafandi kvenna þar sem tilgangurinn var að athuga hvort skipulögð og stöðug íhlutun á meðgöngu, sem felst í ráðgjöf um hollan lífsstíl og hreyfingu á meðgöngu, geti dregið úr óhóflegri þyngdaraukningu á meðgöngu. Konurnar voru af mismunandi kynþáttum, afríska-ameríska, frá Asíu og hvítar konur, meðalaldur var 26,6 ár og meðallíkamsþyngdarstuðull 25,5 kg/m2. Konurnar höfðu ýmist LÞS <26 (of léttar og í kjörþyngd); LÞS á bilinu 26–30 (yfir- eða ofþyngd) eða LÞS >30 (of feitar). Öllum konunum var skipt af handahófi í viðmiðunarhóp (43 konur) og íhlutunarhóp (57 konur). Meðalmeðgöngulengd við upphaf rannsóknar var 13,7 vikur. Konur í viðmiðunarhópnum fengu hefðbundna mæðravernd en konur í íhlutunarhópi fengu staðlaða viðbótarráðgjöf og ráðleggingar um heilbrigt mataræði og hreyfingu á meðgöngu. Konunum var ráðlagt að neyta 40% orkunnar á formi kolvetna, 30% sem prótein og 30% fitu af heildarorkuinntöku og þeim var leiðbeint með hreyfingu þrisvar til fimm sinnum í viku. Þær fengu jafnframt upplýsingar um hóflega þyngdaraukningu á meðgöngu samkvæmt IOM leiðbeiningunum og hver kona hitti næringarfræðing í eitt skipti í byrjun rannsóknar. Konur í íhlutunarhópi voru vigtaðar í hverri skoðun og ef kona þyngist innan eðlilegra marka fékk hún hrós og hvatningu, ef hún þyngdist ekki innan eðlilegra marka samkvæmt IOM voru neysluvenjur og hreyfing hennar endurmetin. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að konur í íhlutunarhópnum þyngdust marktækt minna á meðgöngu (12,9 kg +/- 5,6 kg) í samanburði við viðmiðunarhóp (13,1 kg +/- 7,0 kg, P= 0,01). Konur í ofþyngd eða yfir offitumörkum fyrir þungun voru líklegri til að þyngjast umfram ráðleggingar. Þrjátíu og þrjú prósent of feitra kvenna í íhlutunarhópnum og 20% kvenna í viðmiðunarhópnum þyngdust innan ráðlagðra marka. Af konum í kjörþyngd voru það 80% kvenna í íhlutunarhópnum og 68% í viðmiðunarhópnum sem þyngdust innan ráðlagðra marka. Það að vera í kjörþyngd fyrir þungun var það sem mest spáði fyrir um það að þyngjast innan eðlilegra marka. Í þessari rannsókn voru frumbyrjur marktækt líklegri til að þyngjast umfram ráðleggingar en fjölbyrjur (15,4 kg +/- 6,5 kg á móti 12,2 kg +/- 5,7 kg, P<0.01).

Í danskri íhlutunar- og samanburðarannsókn var athugað hvort næringarráðgjöf í 10 klukkustundir á meðgöngu gæti takmarkað þyngdaraukningu kvenna sem eiga við offitu að stríða og hvort þyngdartakmörkunin gæti haft áhrif á sykurþol þeirra á meðgöngu (Wolff, o.fl., 2008). Þátttakendur voru 50 konur yfir offitumörkum (LÞS >30 kg/m2), af hvítum kynstofni, sem höfðu sögu um sykursýki fyrir þungun. Þeim var af handahófi skipt í meðferðarhóp (n=23, LÞS) og samanburðarhóp (n=27). Meðallíkamsþyngdarstuðull var 34,7 kg/m2, meðalaldur 28 ára og meðalmeðgöngulengd við upphaf rannsóknar er 15,5 vikur.

Íhlutunarhópurinn fékk 10 tíma hjá næringarfræðingi þar sem áhersla var á fræðslu um hollt mataræði. Gert var einstaklingsmat á heildarorkuþörf hverrar barnshafandi konu og orkuinntaka takmörkuð með tilliti til þess. Hver kona vigtaði og skráði það sem hún borðaði í sjö daga í byrjun íhlutunar og við 27. og 36. viku meðgöngu. Samanburðarhópurinn fékk hefðbundna meðgönguvernd. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að konur í íhlutunarhópnum takmörkuðu orkuinntöku miðað við samanburðarhópinn, neysla fitu og kolvetna var minni, en neysla á próteinum var meiri hjá íhlutunarhópnum en samanburðarhópnum. Konur í íhlutunarhópnum þyngdust marktækt minna á meðgöngu, eða að meðaltali 6,6 +/- 5,5 kg en konur í samanburðarhópnum sem þyngdust að meðaltali 13,3 +/-7,5 kg. Þyngdaraukning fram að 36 viku meðgöngu tengdist að miklu leyti heildarþyngdaraukningu á meðgöngu (P<0.001). Fjórum vikum eftir fæðingu hafði samanburðarhópurinn þyngst um 6,4 kg meira en íhlutunarhópurinn, miðað við þyngd fyrir þungun (P=0.003). Ekki var munur á tíðni meðgöngusykursýki eða sykuróþoli á milli hópanna. Jafnframt var ekki marktækur munur á fæðingarþyngd barnanna og horfum meðgöngu og fæðingar. Takmörkun þessarar rannsóknar eins og hinnar fyrri er hversu lítið úrtakið var.

Þriðja rannsóknin er frá Svíþjóð en

Claesson og félagar (2008) gerðu tilfellarannsókn þar sem tilgangurinn var að takmarka þyngdaraukningu kvenna sem eiga við offitu (LÞS>30 kg/m2) við < 7 kg og athuga horfur fæðingar og barns. Meðferðarhópurinn samanstóð af 155 konum sem sóttu mæðravernd á tiltekinni heilsugæslustöð í Linköping og viðmiðunarhópurinn samanstóð af 193 konum sem voru í hefðbundinni mæðravernd á sama tíma á heilsugæslustöðvum í nálægum borgum. Meðferðin hófst við 10–12 vikna meðgöngu og fólst í aukaskoðunum hjá ljósmóður sem hafði fengið sérstaka þjálfun í hvetjandi samtalstækni en hornsteinn meðferðarinnar var hvatningarviðtal snemma á meðgöngu þar sem áhersla var á að hvetja konuna til að breyta hegðun. Mikil áhersla var á vandaðar upplýsingar sniðnar að hverri og einni konu og þeim boðið aukalega í viðtal ef þær óskuðu. Jafnframt var konum boðið að taka þátt í sundleikfimi í eitt til tvö skipti í viku. Niðurstöður rannsóknarinnar voru að konur í meðferðarhópnum þyngdust marktækt minna en viðmiðunarhópurinn (P<0.001). Meðalþyngdaraukning á meðgöngu hjá meðferðarhópnum var 8,7 kg en 11,3 kg hjá samanburðahópnum. Tíu til 12 vikum eftir fæðingu hafði íhlutunarhópurinn lægri LÞS, miðað við fyrir þungun miðað við samanburðarhóp (-2.15 kg á móti 0.75, P<0.001). Konur í meðferðarhópnum voru líklegri til að þyngjast minna en 7 kg en konur í viðmiðunarhópnum (35,7% á móti 20,5%, P=0.003). Ekki var munur á milli meðferðarhóps og viðmiðunarhóps á fæðingarþyngd barna, meðgöngulengd og útkomu fæðingar. Álykta má út frá niðurstöðum þessarar íhlutunarrannsóknar, eins og hinum fyrri sem lýst hefur verið, að meðferðin hafi verið árangursrík til að takmarka þyngdaraukningu á meðgöngu, en hefur ekki eða lítil áhrif á horfur fæðingar og barns. Í öllum tilfelum var næringarráðgjöf hluti af meðferðinni og fólst í að leiðbeina um hóflegt en næringarríkt mataræði.

Staðan hér á landi

Í könnuninni á mataræði fullorðinna 2010–2011 var upplýsingum safnað símleiðis um líkamsþyngd og hæð. Líklegt er þess vegna að áætlaður fjöldi þeirra sem er yfir kjörþyngd samkvæmt niðurstöðum könnunarinnar sé jafnvel hærri en niðurstöðurnar segja til um, en þekkt er að fólk vanáætlar þyngd sína fremur en ofáætlar. Meðal íslenskra kvenna á aldrinum 18–30 ára var tíðni ofþyngdar 38%, og þar af er offita 13%. Meðal 31–60 ára kvenna teljast 50% of þungar, þar af teljast 21% of feitar (Könnun á mataræði Íslendinga 2010–2011). Í sömu könnun voru konur á barnsburðaraldri 18–39 ára of þungar í 41% tilvika og 18% of feitar. Ef miðað er við aldurshópinn 18–45 ára eru 44% of þungar og 20% of feitar. Þessum staðreyndum þarf að mæta með vöktun næringar og heilsu og skipulegum aðgerðum.

Rannsóknir sem gerðar hafa verið hér á landi urðu til þess að breytingar voru gerðar á ráðleggingum um þyngdaraukningu á meðgöngu á Norðurlöndum (Nordic Nutrition Recommendations 2004). Eldri rannsóknir sem fyrri ráðleggingar studdust við voru með mun lægri mörk þyngdaraukningar á meðgöngu eða um 12 kg en meðaltal þyngdaraukningar eins og til dæmis á Íslandi var tæplega 15 kg. Samanburður tveggja hópa kvenna sem allar voru í kjörþyngd fyrir þungun sýndi að mikil þyngdaraukning, 18 til 24 kg, á meðgöngu virtist ekki auka líkur á ofþyngd kvennanna sjálfra og flestar höfðu náð fyrri þyngd 1,5 ári eftir barnsburð (Thorsdottir og Birgisdóttir, 1998). Þetta var vísbending um að konur í kjörþyngd virtust þola allmikla þyngdaraukningu áður en það hafði marktæk áhrif á þeirra eigin þyngd. Til að kanna aðra hugsanlega áhættuþætti þyngdaraukningar var gerð önnur rannsókn á 600 konum í kjörþyngd fyrir þungun. Fram kom að tíðni aukaverkana jókst marktækt ef þyngdaraukning kvennanna var meiri en 18 kg á meðgöngu (Thorsdottir o.fl., 2002). Þetta þýðir þó ekki að 18 kg efri mörk eigi við allar konur. Ef kona er of þung er aukin áhætta á ýmsum fylgikvillum, eins og greint hefur verið frá hér fyrir framan. Viðmiðunarþyngdaraukning á meðgöngu fyrir konur hér á landi sem eru of þungar fyrir þungun er 7–12 kg en fyrir konur í kjörþyngd fyrir þungun 12–18 kg (Matur og meðganga, 2008). Þessi viðmiðunarrammi er gagnlegur sem stuðningur við mæðravernd og við konuna sjálfa. Hann er hins vegar gagnslaus ef ekki eru til ráð og aðstoð sem auðveldar konum að borða mat sem mætir næringarþörf þeirra sjálfra og verðandi barna og styður við góða meðgöngu.

Rík ástæða er til að bæta næringu meðan að kona er barnshafandi. Fyrir því liggja margar ástæður. Eins og að framan greinir myndast eins konar gluggi til að bæta lífstíl og þar á meðal mataræði á meðgöngutíma. Bætt næring á þessu tímabili skilar sér til konunnar sjálfrar, verðandi barns og jafnvel til fjölskyldu og nánasta umhverfis hennar. Þess ber einnig að geta að góð næring fósturs skilar sér einnig til komandi kynslóða gegnum betri heilsu afkvæmisins síðar í lífinu.

Íslenskar rannsóknir, í samstarfi við Rannsóknastofu í næringarfræði og Hjartavernd, hafa sýnt tengsl milli fæðingarstærðar fólks sem fæddist milli 1914 og 1935 og heilsu þeirra síðar á ævinni, þar var minni fæðingarstærð tengd auknum líkum á skertu sykurþoli, hjartasjúkdómi, háþrýstingi og búkfitu (Birgisdottir, Gunnarsdottir, Thorsdottir, Gudnason og Benediktsson, 2002a; Gunnarsdottir, Birgisdottir, Thorsdottir, Gudnason og Benediktsson, 2002b; Gunnarsdottir, Birgisdottir, Benediktsson, Gudnason, Thorsdottir, 2004). Kenningin um skort næringar móður á meðgöngu og truflun á fósturþroska sem leiðir til heilsubrests síðar á ævinni er oft kennd við David Barker (Barker, o.fl., 1989) en í rannsóknum sem framkvæmdar voru í Afríku kom í ljós að árferði meðan konur voru þungaðar hafði áhrif á lífslíkur barna (Moore, o.fl., 1997; Moore, o.fl., 2004).

Áherslur í mataræði

Fjölmargir þættir í mataræði geta aukið líkur á góðri þyngdarstjórnun á meðgöngu. Þar má nefna neyslu á fiski, grænmeti og grófu korni, en allt þetta tengist hóflegri neyslu og þar af leiðandi mátulegu heildarmagni af mat (Parra, o.fl., 2008; Olafsdottir o.fl., 2006b). Bæði íslenskar og samnorrænar ráðleggingar mæla með aukinni neyslu þessara matvæla. Fiskneyslu að minnsta kosti tvisvar í viku, grænmeti að minnsta kosti 200 grömmum á dag og að öll brauð innihaldi heilkorn eða séu trefjarík. Huga þarf sérstaklega að hæfilegri mjólkurneyslu eða að 2 til 4 skömmtum á dag. Næringarþéttni er þeim konum sem eru of þungar fyrir meðgöngu sérlega mikilvæg. Með því er átt við að maturinn sé svo vel valinn að hann gefi mikið af vítamínum og steinefnum á hverja orkueiningu. Þetta er auðvitað ógerlegt ef neyslu á sykurríkum og fituríkum vörum er ekki stillt í hóf. Hreyfing hjálpar einnig til við að stilla orkunýtingu og að undirbúa fæðingu. Fiskneysla á meðgöngu hefur vakið sérstaka athygli og fundist hafa jákvæð tengsl milli fiskneyslu mæðra og fæðingarstærðar hér á landi (Thorsdóttir, Birgisdottir, Halldorsdottir og Geirsson, 2004). Í tengslum við umfjöllun um fisk og offitu er mikilvægt að geta þess að hér á landi er fiskneysla of þungra og feitra á aldrinum 20–40 ára mun minni en neyslan er að meðaltali og meðal þeirra sem eru í kjörþyngd (Thorsdottir, o.fl., 2008). Áhugavert er að sjá að í löndum þar sem næga næringu er að hafa, sjáist slík fylgni milli samsetningar fæðunnar á meðgöngu og stærðar nýbura. Þetta undirstrikar enn að næring snemma á lífsleiðinni skiptir miklu máli. Rannsóknir hér á landi sýna að lýsisneysla (þorskalýsi) sem svarar einni matskeið á dag tengist háum blóðþrýstingi móður og minni stærðar barns við fæðingu (Olafsdóttir, o.fl. 2006a). Skynsamlegt er því að ráðleggja minna magn, teskeið eða litla barnaskeið daglega (af þorska- eða krakkalýsi), til að gefa D-vítamín og hollar fitusýrur.

Nálgun í klínísku starfi – að efla heilbrigði

Ýmislegt er vitað um hollan mat og næringu þó erfiðlega gangi oft að koma þeirri þekkingu til skila á áhrifaríkan hátt. Breytingar í umhverfinu, eins og framleiðsla á og aðgengi að miklu magni af mat, hefur sett á mannfólkið ákveðnar byrðar. Þessar byrðar leggjast verst á viðkvæma hópa sem af einhverjum ástæðum fá ekki leiðsögn eða aðhald um hversu mikið og hvað af öllu þessu á að borða. Oft hafa slæmar afleiðingar of mikillar eða óhollrar neyslu einnig verst áhrif á þessa sömu hópa, það er að segja á börn og unglinga, unga foreldra og fólk sem býr við slæmar aðstæður. Við álítum að það gæti reynst hjálplegt að nota kenningu

Antonovskys um salutogenesis (Lindström og Eriksson, 2006) sem felst í að einblína á styrkleika einstaklingsins og þau ráð sem hann hefur sér til bjargar og kenningu Mcbride og félaga (2003) um „kennanlegan tíma“ (e. teachable time) til að vinna með verðandi mæðrum í að ná árangri í því að takast á við offitu. Þannig er leitað að því hjá hverri konu hvað hún hefur sjálfri sér til stuðnings til að bæta lífstíl. Meðganga er þýðingarmikið tímabil í lífi konunnar, þar sem hún er sérstaklega líkleg til þess að aðlagast og vilja taka upp venjur tengdar hollari lífsstíl. Á meðgöngutíma er upplifun konunnar sú að ákveðin heilsutengd hegðun geti haft neikvæðar heilsufarslegar afleiðingar fyrir hana og fóstrið sem getur verið hvati að breytingum. Mcbride og félagar (2003) lögðu fram kenningu sem lýsir ákveðnum einkennum hjá einstaklingum þegar „kennanlegur tími“ á sér stað og tóku það sem dæmi að hætta að reykja. Vilja þeir meina að ef þessi einkenni eru til staðar er íhlutun sem felst í að hafa áhrif á og hjálpa einstaklingi í að breyta heilsutengdri hegðun líklegri til árangurs. Helstu einkenni kennanlegs tíma eru, að einstaklingurinn skilji eða skynji að hegðunin feli í sér persónulega áhættu og geti haft heilsufarslegar afleiðingar. Jafnframt einkennist þetta tímabil af miklum tilfinningalegum viðbrögðum, endurskilgreiningu á sjálfsmynd og félagslegu hlutverki (Mcbride o.fl., 2003).

LOKAORÐ

Þær íhlutanir sem nefndar eru hér að framan og notaðar hafa verið til að stuðla að heilbrigðri þyngdaraukningu of feitra kvenna á meðgöngu sýna að mikið er hægt að gera. Við getum lært af þessum rannsóknum og nýtt þær ásamt góðri hugmyndafræði til að ná til fólks með góð skilaboð er varða heilsuna. Hér á landi er ákveðin þekking á því hvernig megi með næringarráðgjöf leiðbeina of þungu ungu fullorðnu fólki um betra mataræði og sömuleiðis er þekking á því hvernig mataræði fólks á barneignaaldri og barnshafandi kvenna er. Mataræði barnshafandi kvenna og of feitra einstaklinga þarf sannarlega að rannsaka reglulega og leitast við að endurbæta, en mikilvægt er að almenningur fái að njóta þeirrar þekkingar sem þegar liggur fyrir um hvernig megi bæta heilsuna. Ísland gæti verið land tækifæranna þegar kemur að samheldni kvenna og heilbrigðisþjónustu til að hafa áhrif á konur á barneignaaldri, á meðgöngu og áframhaldandi betri lífsstíl.

Heimildaskrá

Asbee, S. M., Jenkins T. R., Butler, J. R., White, J., Elliot, M., og Rutledge, A. (2009). Preventing Excessive Weight Gain During Pregnancy Through Dietary and Lifestyle Counseling. A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and Gynecology, 113*(10) 305–311.

Ástríður Stefánsdóttir (2011). Offita – sjúkdómur einstaklings eða vandi samfélags? Í *Siðfræði og samfélag.* Salvör Nordal og Vilhjálmur Árnason (ritstj.), Reykjavík: Háskólaútgáfan.

Barker, D.J., Osmond C., Golding J., Kuh, D. og Wadsworth M.E. (1989). Growth inutero, blood- pressure in childhood and adult life, and mortality from cardiovascular-disease. *British Medical Journal, 298*(6673), 564–567.

Birgisdottir, B.E., Gunnarsdottir, I., Thorsdottir, I., Gudnason, V. og Benediktsson, R. (2002). Size at birth and glucose intolerance in a relatively genetically homogeneous, high-birth weight population. *Am. J. Clin. Nutr. 76*(2), 399–403.

Chen, G., Uryasev, S. og Young, T. K. (2004). On prediction of cesarean delivery risk in a large private practice. *American Journal of obstetrics and gynecology, 191*(2), 617–624.

Claesson, I. M., Sydsjo, G., Brynhildsen, J., Cedergren, M., Jeppsson, A., Nystrom, F., Sydsjo, A., og Josefsson, A. (2008). Weight gain restriction for obese pregnant women: a case–control intervention study. *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 115*(1), 44–50.

Dietz, P., Callahan, W., Cogswell, M., Morrow, B., Ferre, C. og Schieve, L. (2006). Combined effects of prepregnancy body max index and weight gain during pregnancy on risk of preterm delivery. *Epidemology, 17*(2), 170–177.

Gunnarsdottir I, Birgisdottir B.E., Benediktsson R., Gudnason V. And Thorsdottir I. (2004). Association between size at birth, truncal fat and obesity in adult life and its contribution to blood pressure and coronary heart disease; study in a high birth weight population. *Europ. J. Clin. Nutr. 58*(5), 812–818.

Gunnarsdottir I., Birgisdottir B.E., Benediktsson R., Gudnason V. og Thorsdottir I. (2002a). Relationship between size at birth and hypertension in a genetically homogenous population of high birth weight. *J. Hypertens. 20*(4), 623–628.

Gunnarsdottir I., Birgisdottir B.E., Thorsdottir I, GudnasonV. og Benediktsson R. (2002b). Size at birth and coronary artery disease in a population with high birth weight. *Am. J. Clin. Nutr. 76*(6),1290–1294.

Heilsugæslan (2010). Mæðravernd. Sótt 6. maí 2011 á vef Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins http://heilsugaeslan.is/?PageID=910

Helga Gottfreðsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir (2012). Áhættumat eða heilsuefling: mismunandi nálgun í meðgönguvernd. Í Herdís Sveinsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir (ritstj.). *Í Konan í kroppnum.* Reykjavík: Háskólaútgáfan. *(í prentun)*

Johnson, J. W., Longmate, J. A. og Frentzen, B. (1992). Excessive maternal weight and pregnancy outcome. *American journal of obstetrics and gynecology, 167* (2), 353–370.

Kabiru, W. og Raynor, B. D. (2004). Obstetric outcomes associated with increase in BMI catergory during pregnancy. *American Journal of obstetric and gynecology, 19* (3), 928–932.

Könnun á mataræði Íslendinga 2010–2011. Hvað borða Íslendingar? Höf. Hólmfríður Þorgeirsdóttir, Hrund Valgeirsdóttir, Ingibjörg Gunnarsdóttir, Elva Gísladóttir, Bryndís Elva Gunnarsdóttir, Inga Þórsdóttir, Jónína Stefánsdótir og Laufey Steingrímsdóttir. Útg. Embætti landlæknis, Matvælastofnun og Rannsóknastofa í næringarfræði. 2011.

Lindström, B., og Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health promotion international, 21*(3), 238–244.

Margrét Valdimarsdóttir, Stefán Hrafn Jónsson, Hólmfríður Þorgeirsdóttir, Elva Gísladóttir, Jón Óskar Guðlaugsson og Þórólfur Þórlindsson (2009). Líkamsþyngd og holdafar fullorðinna frá 1990–2007. Sótt 5. janúar 2010 á vef Lýðheilsustöðvar: http://www.lydheilsustod.is/media/manneldi/rannsoknir/Holdafar.skyrsla.25.sept.pdf

Matur og meðganga. Fróðleikur fyrir konur á barneignaaldri. Unnið af sérfræðihóp á vegum Miðstöðvar mæðraverndar, Lýðheilsustöðvar (nú á Embætti landlæknis) og Umhverfisstofnunar (nú Matvælastofnun) í samvinnu við Landlæknisembættið, 2004. 2. útgáfa 2006. 3. útgáfa 2008.

Mcbride, C. M., Emmons, K. M. og Lipkus, I. O. (2003). Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Education Research, 18*(2), 156–170.

Moore S.E., Fulford A.J., Streatfield P.K., Persson L.A. og Prentice A.M. (2004). Comparative analysis of patterns of survival by season of birth in rural Bangladeshi and Gambian populations. *Int. J. Epidemiol. 33*(1), 137–143.

Moore S.E, Cole T.J., Poskitt E.M.E., Sonko B.J., Whitehead R.G., IMcGregor I.A. og Prentice A.M. (1997). Season of birth predicts mortality in rural Gambia. *Nature 388*(6641) 434.

Nordic Nutrition Recommendations (NNR) 2004, 4th edition, Integrating nutrition and physical activity. Útg. Nordic council of ministers, Copenhagen 2004, Nord 2004:13.

OECD Health at a Glance, Europe 2010.

Oken, E., Taveras, E., Kleinman, K. P., Rich- Edwards, J. W. og Gillman, M. W. (2007). Gestational weight gain and child adiposity at age 3 years. *American journal of obstetrics and gynecology, 196*(4), 322e1–322e8.

Olafsdottir A.S., Skuladottir G.V., Thorsdottir I., Hauksson A., Thorgeirsdottir H. og Steingrimsdottir L. (2006a). Relationship between high consumption of marine fatty acids in early pregnancy and hypertensive disorders in pregnancy. B.J.O.G. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 113*(3), 301–309.

Olafsdottir *A.S.*, Skuladottir G.V., Thorsdottir I, Hauksson A. og Steingrimsdottir L., (2006b). Maternal diet in early and late pregnancy in relation to weight gain. *Int. J. Obes. 30*(3), 492–499.

Parra D., A. Ramel A., Bandarra N., Kiely M., Martínez J.A. og Thorsdottir I. (2008). A diet rich in long chain omega-3 fatty acids modulates satiety in overweight and obese volunteers during weight loss. *Appetite 51*(3), 676–680.

Phelan, S.(2010). Pregnancy: a „teachable moment“for weight control and obesity prevention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202*(2), 135e1–135e8.

Scotland, N. E., Cheng, Y. W., Hopkins, L. M. og Caughy, A. B. (2006). Gestational weight gain and adverse neonatal outcome among term infants. *Obstetrics and Gynecology, 108*(1), 635–643.

Taylor, S. E. (2003). *Health psychology.* New York: Mcraw Hill.

Thorsdottir I. og Birgisdottir B.E. (1998). Different Weight Gain in Women of Normal Weight Before Pregnancy: Postpartum Weight and Birth Weight. *Obstet. Gynecol., 92*(3), 377– 83.

Thorsdottir I., Birgisdottir B.E., Halldorsdottir S. og Geirsson R.T. (2004). Association of fish and fish liver oil intake in pregnancy with infant size at birth among women of normal weight before pregnancy in a fishing community. *Am. J. Epidemiol. 160(5), 460–465.*

Thorsdottir I., Birgisdottir B.E., Kiely M., Martínez J.A. og Bandarra N. (2008). Fish consumption among young overweight European adults and compliance to varying seafood content in four weight loss intervention diets. *Publ. Health Nutr. 12*(5), 592–598.

Thorsdottir I., Torfadottir J.E., Birgisdottir B.E. og Geirsson R.T. (2002). Weight gain in women of normal weight before pregnancy: complications in pregnancy or delivery and birth outcome. *Obstet. Gynecol. 99*(5), 799–806.

Thorsdottir I., Torfadottir J.E., Birgisdóttir B.E. og Geirsson R.T. (2002). Weight gain in women of normal weight before pregnancy: Complications in pregnancy or delivery and Birth outcome. *The American College of Obstetricians and Gynecologists, 99* (5), 799–806.

Wolff, S., Legarth, J., Vangsgaard, K., Toubro, S., og Astrup, A. (2008). A randomized trial of the effects of dietary counseling on gestational weight gain and glucose metabolism in obese pregnant women. *International Journal of Obesity, 32*(3), 495–501.

Young, T. K. og Woodmansee, B. (2002). Factors that are associated with cesarian delivery in a large private practice: the importance of prepregnancy body max index and weight gain. *Am. J. Obstet. Gynecolog, 187*(2), 312–218.

Íslandsbanki

Þarfir og upplifun lesbía af barneignarferlinu ásamt viðhorfum ljósmæðra

INNGANGUR

Á síðustu árum hafa orðið ákveðin straumhvörf í réttindum samkynhneigðra vegna vitundarvakningar og lagabreytinga. Helstu breytingarnar eru þær að samkynhneigðir hafa sama rétt og gagnkynhneigðir þegar kemur að hjónabandi, ættleiðingu og tæknifrjóvgun. Breytt viðhorf innan samfélagsins hafa einnig haft áhrif til fjölgunar lesbískra para í barneignarferli og ætla má að fjöldinn komi til með að aukast enn frekar. Í ljós hefur komið að heilbrigðisstarfsfólk virðist ekki vera að fullu tilbúið til að taka á móti þessum hópi kvenna með opnu hugarfari og veita þeim bestu mögulegu þjónustu sem tekur mið af þörfum og óskum lesbía um viðeigandi meðferð.

Í rannsóknum Röndahl, Bruhner og Lindhe (2009) og Wilton og Kaufmann (2001) kemur fram að þrátt fyrir að þjónusta við lesbíur í barneignarferlinu hafi batnað mikið síðustu tíu árin sé enn skortur á þekkingu og faglegum vinnubrögðum hjá ljósmæðrum og öðru heilbrigðisstarfsfólki gagnvart lesbíum. Fram kemur að í staðinn fyrir andúð og höfnun gagnvart lesbíum, sem áður tíðkaðist, er birtingarformið frekar skeytingarleysi, fáfræði og óviðeigandi upplýsingasöfnun eða athugasemdir. Með slíka gagnrýni í huga er áhugavert að skoða hvernig lesbíum er sinnt í heilbrigðisþjónustu og sérstaklega hvernig ljósmæðrum tekst að sinna þörfum þeirra í barneignarferlinu.

Í þessari grein er farið yfir þarfir og upplifun lesbía af barneignarferlinu en einnig verður fjallað um viðhorf ljósmæðra og hagnýt atriði sem gætu nýst ljósmæðrum í þeirri viðleitni að tryggja farsæl samskipti við þennan hóp kvenna.

HAFA LESBÍUR SÉRSTAKAR ÞARFIR Í BARNEIGNARFERLINU?

Konur í barneignarferlinu hafa ýmsar þarfir hvort sem þær eru samkynhneigðar

Ingunn Vattnes Jónasdóttir ljósmóðir á meðgöngu- og sængurkvennadeild Landspítala

eða ekki. Þær hafa meðal annars þörf fyrir umhyggju, skilning, öryggistilfinningu og að vera við stjórn. Hjá konum almennt, þar á meðal lesbíum, geta þessar þarfir verið mjög mismunandi að styrkleik og blæbrigðum. Fræðimenn eru sammála um að þegar komið er til móts við þarfir kvenna, svo ólíkar sem þær geta í reynd verið, þá leiði það til þess að ferlið gangi betur og minni hætta verði á erfiðleikum og inngripum (McManus, Hunter og Renn, 2006; Sigfríður Inga Karlsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 1996). Lesbíur hafa, í rannsóknum, bent á skilningsleysi varðandi það að þær tilheyra minnihlutahópi sem upplifir mismunun og hafa með því sýnt ákveðna þörf fyrir skilning og viðurkenningu (Fish og Bewley, 2010).

Eitt af því sem lesbíur, en ekki gagnkynhneigðar konur, þurfa að gera áður en þær fara í fyrstu skoðun í mæðravernd er að taka ákvörðun um það hvort þær opinberi kynhneigð sína gagnvart ljósmóðurinni eða ekki (McManus o.fl., 2006; Wilton og Kaufmann, 2001). Þessi ákvörðun getur verð sérstaklega erfið þar sem gengið er út frá því innan heilbrigðiskerfa að allir skjólstæðingar séu gagnkynhneigðir þar til annað kemur í ljós, en það mætti kalla gagnkynhneigt regluveldi (Röndahl, Innala og Carlsson, 2006). Viðhorf starfsmannsins, umhyggja og hegðun hefur mikið að segja. Flestar lesbíur vilja gefa upp kynhneigð sína við heilbrigðisstarfsfólk og þegar það er gert verða gæði þjónustunnar betri (Bjorkman og Malterud, 2009). Samkvæmt yfirlitsgrein McManus o.fl. (2006) verður útkoma úr barneignarferlinu ánægjulegri og betri þegar lesbíur eru opnar með kynhneigð sína.

UPPLIFUN LESBÍA AF BARNEIGNARFERLINU

Fæðing barns er mikil upplifun fyrir konu sem mun fylgja henni í gegnum lífið en hún getur verið allt frá því að vera mjög jákvæð yfir í mjög neikvæða. Rannsóknir gefa til kynna að lesbíur, eins og aðrar konur, vilja upplifa að vel sé hugsað um þær í barneignarferlinu, finna til öryggis þegar heilbrigðisstarfsmaður tekur tillit til þeirra og sýnir þeim umhyggju (McManus o.fl., 2006) og þær segja frá jákvæðri upplifun í samskiptum þegar starfsfólkið lætur þeim líða vel og kemur fram við þær eins og hvern annan skjólstæðing (Bjorkman og Malterud, 2009; Larson og Dykes, 2009). Einnig töldu þær að jákvæð upplifun af heilbrigðiskerfinu væri að hluta til vegna þess að þær væru opnar með kynhneigð sína (Larson og Dykes, 2009). Wilton og Kaufmann (2001) benda á, í rannsókn sinni á lesbíum í barneignarferlinu, að þátttakendurnir mátu það mikils ef ljósmæðurnar reyndu að huga að eigin viðhorfum og veita bestu mögulegu þjónustu þrátt fyrir að þeim liði illa í aðstæðunum. Flestar vildu ekki að komið væri fram við þær öðruvísi en aðrar konur en vonuðust eftir að ljósmóðirin sýndi þeim merki um viðurkenningu og að þær væru velkomnar.

Barnshafandi lesbíur upplifa sig berskjaldaðri heldur en gagnkynhneigðar stöllur þeirra. Í samfélagi byggðu á

gagnkynhneigðu regluveldi er litið á meðgöngu sem staðfestingu á ást milli manns og konu en fyrir lesbíur í rannsókn Spidsberg (2007) var eins og meðgangan kæmi upp um kynhneigð þeirra. Þær upplifðu sig svolítið eins og þær væru á sviði eða væru til sýnis, væru berskjaldaðar fyrir skoðunum annarra, að búið væri að gefa opið skotleyfi á skoðanir annarra á þeim sem pari, elskendum og foreldrum. Við aðstæður sem þessar virtist kynhneigð þeirra meira umræðuefni heldur en meðgangan sem slík eða fæðing barnsins. Væntanlegir lesbískir foreldrar hafa fundið fyrir því að of mikil áhersla sé lögð á kynhneigð þeirra af ljósmæðrum í mæðraverndinni (Röndahl o.fl., 2009; Spidsberg, 2007; Wilton og Kaufmann, 2001) eða algerlega á hinn endann að henni sé engin athygli veitt (Spidsberg, 2007; Wilton og Kaufmann, 2001). Lesbísk pör upplifa þetta misræmi í áherslum sem ófaglegt og setur þær í óþægilega stöðu (Wilton og Kaufmann, 2001).

Ljósmæður eru auðvitað misjafnar í störfum sínum en flestar lesbíur hafa ekki áhyggjur þó ljósmóðirin hafi ekki þekkingu eða reynslu í málefnum lesbía, svo lengi sem hún sýnir þeim áhuga sem verðandi foreldrum (Larson og Dykes, 2009). Einnig finnst flestum allt í lagi þó starfsmenn sýni óöryggi, óvissu og áhyggjur. En þeim þykir mikið til þeirra ljósmæðra koma sem öðlast öryggi þegar líða fer á meðgönguna enda hafa þær með jákvæðu og uppbyggilegu samstarfi náð að yfirvinna það óöryggi sem einkenndi fyrstu samskipti (McManus o.fl., 2006).

Almennt virðist vera nokkuð góð reynsla af upplifun lesbía af heilbrigðiskerfinu. Þess ber þó að geta að tiltölulega fáir einstaklingar eru í þessum rannsóknum sem vitnað er til. Skýr dæmi eru þó um neikvæða upplifun sem birtist í fordómum, óöryggi og skort á markvissum vinnubrögðum.

MAKINN

Hlutverk pabbans í gagnkynhneigðri fjölskyldu er yfirleitt ekki dregið í efa af umönnunaraðilum, vinum eða samfélaginu almennt. Aftur á móti er hlutverk hinnar mömmunnar í lesbískum fjölskyldum oft stórlega dregið í efa og misskilið (McManus o.fl., 2006). Mikilvægt er fyrir lesbíur að hlutverk makans, hinnar mömmunnar sem foreldris, sé viðurkennt, skoðanir hennar virtar og litið sé á parið sem fjölskyldu (Röndahl, 2009; Wilton og Kaufmann, 2001). Talið er að um 30% lesbía upplifi að maki þeirra sé á einhverju tímabili í ferlinu útilokaður. Þetta getur orðið sérstaklega erfitt ef parið hefur ekki gefið upp kynhneigð sína og makinn verður þá enn ósýnilegri og minna merkilegur í ferlinu. Þrátt fyrir að parið gefi upp kynhneigð sína verður oft ruglingur og skortur á skilningi á hlutverki makans (McManus o.fl., 2006). Í þeim fáu rannsóknum sem gerðar hafa verið þar sem makinn er einnig rannsakaður kemur fram að hann upplifir hjálparleysi, að vera yfirgefinn, valdalaus, útilokaður og finnst hann ekki fá upplýsingar. Honum finnst eins og hann sé fyrir í ferlinu og ekki vera álitinn raunverulegur aðstandandi (Röndahl, 2009).

Ljóst má vera að heilbrigðisstarfsfólk getur hjálpað til við að gera hlutverk makans skýrara og viðurkenna hann sem foreldri barnsins ásamt því að bera virðingu fyrir honum sem slíkum (McManus o.fl., 2006; Wilton og Kaufmann, 2001).

Niðurstöður rannsókna þar sem sjónarmið lesbía koma fram ætti að nota til að bæta þá þjónustu sem ljósmæður veita. Augljóst er að þekking á þörfum og reynslu lesbía og maka þeirra af heilbrigðisþjónustunni skiptir miklu fyrir heilbrigðisstarfsfólk og mótar öll þeirra vinnubrögð.

HVAÐ EINKENNIR FARSÆL SAMSKIPTI?

Þegar rannsóknir er varða lesbíur og barneignarferlið eru teknar saman má finna áhugaverðar ábendingar eða hagnýtar leiðbeiningar fyrir heilbrigðisstarfsfólk til að mæta betur þörfum lesbía. Hér verður farið lauslega yfir þá helstu þætti sem fram komu.

Að þekkja eigin viðhorf

Mikilvægt er fyrir heilbrigðisstarfsfólk að gera sér grein fyrir því að eigin viðhorf og ályktanir sem tengjast samkynhneigð hafa áhrif á þá umönnun sem veitt er (McManus o.fl., 2006). Hver og ein ljósmóðir ætti að ganga skrefinu lengra til að finna leiðir til að þróa aukna sjálfsvitund, stuðla að vitundarvakningu og vera skilningsrík, en í þessu getur falist að gefa skýr og greinargóð merki um skilning, viðurkenningu og þau gæði sem þjónustan byggir á (Wilton og Kaufmann, 2001). Hún þarf einnig að geta brugðist á áhrifaríkan hátt við þörfum lesbískra skjólstæðinga sinna með því að sýna næmni, sjálfsvitund, sveigjanleika, skilning og öryggi í allri meðferð og samstarfi. Einnig skiptir miklu máli fyrir ljósmóður að gera sé grein fyrir þeim gildum sem hún sendir frá sér og sýnir ómeðvitað, til að valda ekki skjólstæðingum eða mökum þeirra óþarfa þjáningu (Röndahl o.fl., 2006).

Samskiptahæfni

Samskiptahæfni og færni innan barneignarferlisins, sem og annars staðar, er mikilvæg og öflug tækni í þeirri viðleitni að veita góða þjónustu. Ef hún er til staðar hefur ljósmóðir getu til að tengjast konunni og verða henni góð samstarfskona í því sameiginlega markmiði að allt gangi vel í barneignarferlinu (Sigfríður Inga Halldórsdóttir og Sigríður Karlsdóttir, 2009). Með auknum samskiptum heilbrigðisstarfsmanna við samkynhneigða má ætla að samskiptin þeirra á milli verði árangursríkari og hægt verði að takast betur á við þá erfiðleika sem mögulega koma upp (Lee, Taylor og Raitt, 2011). Eins getur „rétt“ orðalag sagt mikið til um það hvernig meðferðarsamband skapast og verið grunnur til að byggja á (Röndahl o.fl., 2006; Röndahl o.fl., 2009; Wilton og Kaufmann, 2001).

Heilbrigðisstarfsfólk ætti að koma þannig fram við lesbíur að þær nái að halda reisn sinni og forðast óþarfa spurningar (Fish og Bewley, 2010). Ljósmæður ættu samt ekki að hætta að spyrja lesbíur spurninga til að reyna að komast að óskum þeirra og þörfum. Spurningar eins og hvort þær séu með gott stuðningsnet, hvort maki þeirra geti hjálpað til, hvernig maka þeirra líði, hvort halda ætti kynhneigð þeirra leyndri eða hvort og hvað ætti að standa í mæðraskrá um kynhneigð þeirra eiga fyllilega rétt á sér (Wilton og Kaufmann, 2001).

Samskipti við maka

Fram kom í mörgum rannsóknum að eitt af því sem lesbíur telja mikilvægt er virðing og viðurkenning á maka þeirra (Fish og Bewley, 2010; McManus o.fl, 2006; Röndahl o.fl., 2009; Wilton og Kaufmann, 2001). Það er mikilvægt að umönnunaraðilar sýni vinum og mökum lesbískra kvenna sömu virðingu, umhyggju og athygli og mökum og öðrum stuðningsaðilum gagnkynhneigðra kvenna. Mikilvægt er að hafa aðstæður þannig að parið geti sýnt hvort öðru sömu nánd eins og gagnkynhneigðum pörum stendur til boða ásamt því að leita stöðugt eftir og efla virkni og þátttöku makans í gegnum allt ferlið. Það að vera viðstödd fæðingu barnsins síns er eitt stórt undur og einstök upplifun. Fyrir maka lesbíu getur það að vera skilinn útundan, að litið sé fram hjá viðkomandi eða lítið gert úr honum við þessar aðstæður, haft gríðarlega mikil neikvæð áhrif á minningar tengdar fæðingunni. Ef heilbrigðisstarfsmaður sér til þess að makinn sé virkur þátttakandi í ferlinu getur það verið stór og mikil gjöf, sem styður við frekari þróun fjölskyldunnar sem samheldnar einingar (McManus o.fl., 2006).

Hlutlaust orðalag

Samskipti milli heilbrigðisstarfsmanns og lesbía sem byggja á gagnkynhneigðum normum geta auðveldlega leitt til óöryggis og misskilnings. Þegar gætt er að orðalagi sendir það skilaboð um opin viðhorf sem gerir lesbíur tilbúnari til að vera

opinskáar varðandi kynhneigð sína (Fish og Bewley, 2010; Röndahl o.fl., 2006; Röndahl o.fl., 2009). Eyðublöð, veggspjöld og bæklingar ættu að vera hlutlaus og höfða jafnt til gagnkynhneigðra sem og samkynhneigðra (McManus, o.fl., 2006; Wilton og Kaufmann, 2001). Heilbrigðisstarfsfólk ætti að gera sér grein fyrir því að þjónustuþegarnir eru misjafnir, að þjónusta við einn minnihlutahóp gæti bætt þjónustu við fleiri hópa og gæta að því að það eru ekki allir gagnkynhneigðir (McManus o.fl., 2006; Röndahl o.fl. 2006; Wilton og Kaufmann, 2001).

Fræðsla og þekking

Að sinna lesbískum foreldrum í barneignarferlinu krefst þjálfunar og fræðslu sem ætti að vera í boði fyrir allar ljósmæður. Þjálfun í meðhöndlun menningarlega viðurkenndra hugtaka, það er hugtök og orðanotkun sem lesbíur sjálfar viðurkenna, hjálpar ljósmæðrum að koma til móts við þarfir skjólstæðinganna.

Réttindi sjúklinga, sem tilgreina að sjúklingar eigi rétt á virðingu, mannréttindum og hágæða þjónustu, eru mikilvægir hornsteinar í menntun hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra. Mikilvægt er að fræða um samkynhneigð til að gera hana sýnilega og byggja upp siðferðislegan styrk ljósmæðra í störfum sínum með lesbíum. Rannsóknir hafa sýnt að með aukinni menntun verða viðhorfin jákvæðari og þeir sem eru með neikvæð viðhorf hafa oft litla þekkingu á samkynhneigð (Röndahl, Innala og Carlsson, 2004a).

UMRÆÐUR OG LOKAORÐ

Þátttaka lesbía í barneignarferlinu hefur breyst mikið hin síðari ár. Segja má að möguleikar lesbía til að ganga með og fæða barn séu margfalt betri nú en áður. Áhugavert er að velta fyrir sér spurningunni hvort lesbíur hafi sérstakar þarfir í barneignarferlinu. Í raun hafa lesbíur sömu þarfir og konur almennt í barneignarferlinu þrátt fyrir að áherslurnar og nálgunin sé önnur. Allar konur hafa þörf fyrir stuðning umhyggjusamrar ljósmóður þegar þær ganga með og fæða barn, myndun góðs meðferðarsambands er þar lykilatriði en slíkt samband eykur líkur á farsælu barneignarferli og jákvæðum foreldrum. Ætla má að þörf lesbía fyrir gott meðferðarsamband sé enn sterkari en hjá gagnkynhneigðum konum þar sem koma þeirra inn í ferlið getur verið umlukin dulúð ef þær hafa ekki opinberað kynhneigð sína þar sem margar hræðast viðbrögð heilbrigðisstarfsfólks.

Ef niðurstöður rannsókna á þörfum lesbía í barneignarferlinu eru dregnar saman kemur fram að það sem lesbíur vilja og þarfnast mest af öllu er að komið sé fram við þær eins og hverja aðra konu, þær virtar eins og þær eru, maki þeirra sé gerður að virkum þátttakanda og þær studdar í gegnum ferlið á hvern þann hátt sem heillavænlegast þykir hverju sinni.

Sú upplifun að eignast barn er ein af þeim stærstu á lífsleiðinni og eru ljósmæður þar mikilvægur hlekkur. Margar lesbíur og makar þeirra eiga jákvæða upplifun þrátt fyrir einhverja hnökra á meðan aðrar eru ekki sáttar. Sumar upplifa ofuráhuga ljósmæðra og annars starfsfólks á kynhneigð þeirra á meðan aðrir starfsmenn forðast að ræða hana. Slík misvísandi skilaboð geta verið vísbending um óöryggi starfsfólks gagnvart lesbíum en það er einmitt einn þáttur sem veldur lesbíum áhyggjum í barneignarferlinu. Í rannsóknum sem gerðar hafa verið á lesbíum í barneignarferlinu er algengt að fram komi upplifun á ákveðinni fjarlægð milli þeirra og starfsmannsins. Margar áttu erfitt með að útskýra hvers vegna. Starfsfólkinu er skylt að koma vel fram við alla en það segir ekkert til um raunverulegar tilfinningar þeirra og viðhorf, enda virðast lesbíur upplifa vanþekkingu og virðingarleysi í sinn garð frá sumum starfsmönnum. Auðvitað eru lög til verndar minnihlutahópum af hinu góða en þau koma ekki í staðinn fyrir vitundarvakningu og nauðsynlega viðhorfsbreytingu.

Í raun ætti vinna ljósmæðra við að bæta upplifun lesbía að byrja hjá þeim sjálfum, það er að gera sér grein fyrir eigin viðhorfum og tilfinningum í garð lesbía. Þannig geta ljósmæður sett sig í spor þeirra kvenna sem þær sinna og komið til móts við þarfir þeirra hverjar sem þessar konur eru og annast þær af virðingu. Ljósmóðirin þarf ekki að vita öll svörin heldur þarf hún að þora í heiðarlegar umræður ásamt því að afla sér greinagóðra upplýsinga og beita viðeigandi úrræðum. Mikilvægt er fyrir ljósmæður að líta á hvert par sem einstakt og taka sér tíma til að sinna þeim eftir bestu getu til að mæta þörfum þeirra og gera upplifun þeirra ánægjulega og gefandi.

Heimildaskrá

Bjorkman, M. og Malterud, K. (2009). Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 27*, 238–243.

Fish, J. og Bewley, S. (2010). Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women's health inequalities. *Health and Social care in the Community, 18*, 355–362.

Larsson, A. K. og Dykes, A. K. (2009). Care during pregnancy and childbirth in Sweden: Perspectives of lesbian women. *Midwifery, 25*, 682–690.

Lee, E., Taylor, J. og Raitt, F. (2011). „It's not me, it's them": How lesbian women make sense of negative experiences of maternity care: a hermeneutic study. *Journal of advanced nursing, 67*, 982–990.

McManus, A. J., Hunter, L. P. og Renn, H. (2006). Lesbian Experiences and Needs During Childbirth: Guidance for Health Care Providers. *Journal of Obstetric, Gyneocologic and Neonatal Nursing, 35*(1), 13–26.

Röndahl, G. (2009). Lesbians' and gay men's narratives about attitudes in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 23*, 146–152.

Röndahl, G., Bruhner, E. og Lindhe, J. (2009). Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *Journal of advances nursing, 65*, 2337–2344.

Röndahl, G., Innala, S. og Carlsson, M. (2004a). Nurses' attitudes towards lesbians and gay men. *Journal of Advanced Nursing, 47*, 386–392.

Röndahl, G., Innala, S. og Carlsson, M. (2006). Heterosexual assumption in verbal and non-verbal communication in nursing. *Journal of Advanced Nursing, 45*, 373–381.

Sigfríður Inga Karlsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (1996). Journeying through labour and delivery: Perceptions of women who have given birth. *Midwifery, 12*, 48–61.

Sigfríður Inga Karlsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2009). Efling kvenna í barneignarferlinu með áherslu á fagmennsku ljósmæðra. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstj.), *Lausnarsteinar: Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls.144–171). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag og Ljósmæðrafélag Íslands.

Spidsberg, B. D. (2007). Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care. *Journal of Advanced Nursing 60*, 478–486.

Wilton, T. og Kaufmann, T. (2001). Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK. *Midwifery, 17*, 203–211.

GRÓÐRARSTÖÐIN Mörk
Stjörnugróf 18 * Sími 581 4550 * Fax 581 2228
www. mork.is mork@mork.is

Arion banki

EFLING STÉTTARFÉLAG

Apótekið þitt

í gamla Héðinshúsinu við Seljaveg 2.

Reykjavíkur Apótek er sjálfstætt starfandi apótek sem leggur áherslu á persónulega þjónustu og hagstætt verð. Apótekið er í gamla Héðinshúsinu við Seljaveg 2.

Frí heimsendingarþjónusta til eldri borgara og öryrkja.

AFGREIÐSLUTÍMI
9–18:30 virka daga
10–16:00 laugardaga

Reykjavíkur Apótek

Seljavegur 2 | Sími: 511-3340 | Fax: 511-3341 | www.reyap.is | reyap@reyap.is

Hótandi fyrirburafæðing

Fæðingarsaga

Á sumar og haustmisseri vinna nemendur á öðru ári í ljósmóðurfræði svokölluð dagbókarverkefni. Markmiðið er að ígrunda eigin störf og þá umönnun sem þær veita í samráði við umsjónarljósmæður. Sögð er saga úr klínísku starfi og síðan er umönnun skoðuð út frá gagnreyndri þekkingu og reynsluþekkingu. Verkefnin eru lærdómsrík á margan hátt því þarna gefst kostur á að ígrunda áhugaverð tilfelli úr starfsnáminu en einnig að kafa dýpra ofan í áhugaverða þætti sem skipta ljósmæður máli. Í þessu dagbókarverkefni er fjallað um konu sem leggst inn vegna hótandi fyrirburafæðingar. Konan hafði ekki eingöngu áhyggjur af ófæddu barni sínu og hvort það myndi koma of snemma í heiminn, hún hafði líka áhyggjur af því hvort hún hefði gert eitthvað sem hefði komið fæðingunni af stað fyrir tímann. Var eitthvað í sögu konunnar sem gaf til kynna aukna áhættu á fæðingu fyrir tímann? Getur líkamsrækt á meðgöngu aukið líkur á fyrirburafæðingu? Er rúmlega góður kostur við þessar aðstæður? Þessum spurningum og mörgum fleirum er svarað í þessu verkefni.

Anna Sigríður Vernharðsdóttir, ljósmóðir og klínískur lektor.

Sigrún Ingvarsdóttir
Nýútskrifuð ljósmóðir

INNGANGUR

Í verknámi mínu á meðgöngu- og sængurkvennadeild (22A) sinnti ég konu í hótandi fyrirburafæðingu. Konan verður kölluð Gunna í þessari umfjöllun en hún var 29 ára frumbyrja og var inniliggjandi á 22A vegna hótandi fyrirburafæðingar. Þegar Gunna var gengin 15 vikur hitti hún fæðingarlækni vegna keiluskurðar sem hún fór í árið 2006 en þá var leghálsinn 20 mm og lokaður. Tekið var vaginal strok hjá Gunnu þegar hún lagðist inn og ræktaðist GBS úr strokinu. Gunna fékk stera og tractocildreypi ásamt sýklalyfjameðferð þegar hún lagðist inn á fæðingargang en þá var hún gengin 24 vikur og 4 daga. Leghals var mældur við 25 vikur og var 11 mm þegar þrýst var á hann en annars 20 mm.

Þegar ég hitti Gunnu fyrst var hún gengin 25 vikur og 3 daga, hún var á rúmlegu með wc-leyfi og hafði verið með staka samdrætti í nokkra daga. Gunna hafði miklar áhyggjur af heilsu ófædds barns síns auk þess sem hún og maður hennar höfðu fjárhagslegar áhyggjur þar sem innlögn Gunnu olli talsverðu vinnutapi. Gunna var mikið að velta fyrir sér hvort hún hefði gert eitthvað til að koma fæðingunni af stað. Hún talaði um að hún hefði verið undir miklu álagi undanfarið, auk þess sem hún hafði áhyggjur af því að hafa farið of mikið í ræktina. Ég ræddi lengi við hana á vaktinni og bauð henni upp á viðtal við sálfræðing og félagsráðgjafa sem hún þáði. Tveim dögum síðar var ég aftur á vakt. Gunna hafði miklar áhyggjur af því að koma fæðingunni af stað ef hún hreyfði sig of mikið, hún gekk á salernið en þorði varla að fara í sturtu. Þennan dag var planið að Gunna myndi hreyfa sig meira og útskrifast heim næsta dag ef allt gengi vel. Gunna var fyrst og fremst mjög stressuð og hrædd, sérstaklega við að fara heim og vildi ekki taka neina áhættu með barnið. Fæðingarlæknir ræddi vel og lengi við Gunnu um fyrirhugaða útskrift og leið henni mun betur á eftir. Rætt var við Gunnu um áframhaldandi eftirlit eftir að hún færi heim, að hún yrði í mæðraeftirliti einu sinni í viku til að byrja með á Landspítalanum og myndi hitta fæðingarlækni og ljósmóður þar. Þegar ég kvaddi Gunnu í lok vaktar var hún sáttari og hafði minni áhyggjur af fyrirhugaðri útskrift.

FRÆÐILEG UMFJÖLLUN

Hótandi fyrirburafæðing

Fyrirburafæðing er skilgreind sem reglulegir samdrættir sem valda breytingu á leghálsi eftir 20 vikna og fyrir 37 vikna meðgöngu en tíðni fyrirburafæðinga er um 6 til 10% í iðnvæddum löndum. Fyrirburafæðing er helsta ástæða burðarmálsdauða og fötlunar barna en mesta áhættan er ef fæðing verður fyrir 34 vikna meðgöngu. Þetta ýtir undir mikilvægi þess að veita meðferð sem miðar að því að lengja tímann fyrir fóstrið í móðurkviði svo framarlega sem ávinningurinn er meiri en áhættan. Ef ástand á meðgöngu skapast sem getur leitt til fyrirburafæðingar fer meðferð eftir meðgöngulengd og alvarleika (Gilbert, 2011; Lindsay, 2004).

Greining og meðferð

Ef kona kemur inn á fæðingardeild með reglulega samdrætti þarf að staðfesta hvort hún er komin í byrjandi fæðingu. Fæðing telst vera komin af stað ef samdrættir eru fleiri en fjórir á hverjum 20 mínútum, ef útvíkkun er orðin meiri en 2 cm og ef leghálsinn hefur þynnst um 80% eða meira. Til af fá greininguna hótandi fyrirburafæðing þarf því bæði að vera breyting á leghálsi og reglulegir samdrættir. Ef meðgangan er komin lengra en 34 vikur er ekkert gert til að stoppa fæðinguna þar sem flestum börnum sem fæðast eftir 34 vikna meðgöngu farnast vel. Ef móðirin er aftur á móti gengin styttra en 34 vikur eru gefin lyf til að minnka samdrætti svo framarlega sem meiri ávinningur er af lengri meðgöngu fremur en fæðingu fyrir móður og barn (Gilbert, 2011; Medforth, Battersby, Evans, Marsh og Walker, 2009; Lindsay, 2004).

Markmið meðferðar við hótandi fyrirburafæðingu er að fresta yfirvofandi fæðingu til skemmri tíma með því að nota hríðahamlandi lyf. Tilgangur meðferðar er að fresta fæðingu í 48 klukkustundir til að sem bestur árangur náist af sterameðferð. Barksterar eru gefnir í tvo daga til örvunar lungnaþroska barnsins en notkun stera lækkar burðarmálsdauða, dregur úr líkum á glærhimnusjúkdómi og heilablæðingu fyrirbura. Að auki eru veitt GBS fyrirbyggjandi meðferð með sýklalyfjum (Hildur Harðardóttir, Ágústa Þ. Kristjánsdóttir, Bergrún S. Jónsdóttir og Ragnheiður I. Bjarnadóttir, 2003).

Áður fyrr var rúmlega helsta meðferðin til að koma í veg fyrir fæðingu fyrir tímann en síðustu ár hefur verið aukin umræða um neikvæðar aukaverkanir rúmlegu á andlega og líkamlega heilsu móður. Þær neikvæðu aukaverkanir sem nefndar hafa verið eru til dæmis rýrnun á þverrákóttum vöðvum, úrkölkun beina, vökvatap, þyngdartap, aukin hætta á blóðtappa, auk þess sem rúmlega hefur neikvæð áhrif á andlega líðan og bati eftir fæðingu verður lengri (Maloni, 2010; Lindsay, 2004; Tomasi og Johnson, 2001). Í fræðilegri samantekt Maloni

(2010) kom fram að rúmlega hefur veruleg áhrif á þyngdaraukningu móður og einnig hugsanlega á fæðingarþyngd barnsins. Þyngdaraukning á meðgöngu var minni hjá þeim konum sem voru á rúmlegu auk þess sem nokkrar rannsóknir sýndu fram á auknar líkur á vaxtarskerðingu hjá barninu. Tomasi og Johnson (2001) skoðuðu áhrif rúmlegu á meðgöngu á líðan fjölskyldunnar. Þátttakendur voru 89 konur sem voru á rúmlegu á meðgöngunni annaðhvort á sjúkrahúsi eða heima. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar upplifði fjölskyldan mikinn kvíða varðandi heilsu móðurinnar og ófædda barnsins. Auk þess fylgdu rúmlegunni fjárhagslegar áhyggjur þar sem fjölskyldan þurfti yfirleitt að minnka við sig vinnu. Sá stuðningur sem fjölskyldunni var mikilvægastur var tilfinningalegur stuðningur en mikil hjálp getur verið í því að bjóða til dæmis upp á viðtal við sálfræðing eða félagsráðgjafa á meðgöngunni fyrir konur í hótandi fyrirburafæðingu.

Hatch, Levin, Shu og Susser (1998) skoðuðu áhrif hreyfingar á hættu á fæðingu fyrir tímann en niðurstöður þeirra sýndu ekki fram á tengsl milli mikillar þjálfunar á meðgöngu og fæðingu fyrir tímann. Svipaðar niðurstöður komu fram í rannsókn Evenson, Siega-Riz, Savitz, Leiferman og Thorp (2002) en þar kom fram minni hætta á fæðingu fyrir tímann ef konan var í mikilli þjálfun á meðgöngu.

Áhættuþættir og orsakir fyrirburafæðingar

Ástæður fyrirvaralausrar fæðingar fyrir tímann eru að mestu óþekktar en helstu þættir sem nefndir hafa verið sem áhættuþættir eru fyrri saga um fæðingu fyrir tímann, fjölburameðganga, svartur kynþáttur, sýking, streita, lágt BMI, blóðþurrð í fylgju og líffræðilegir þættir varðandi leg og leghals (Gilbert, 2011; Medfortho.fl., 2009; Goldenberg, Culhane, Iams og Romero, 2008; Lindsay, 2004).

Sýking

Sýking getur aukið líkur á fæðingu fyrir tímann en talið er að sýking í legi valdi um 25% til 40% allra fæðinga fyrir tímann. Inneitur baktería getur örvað losun á prostaglandini en prostaglandin mýkir og styttir leghálsinn. Sýking getur verið milli vefja móður og fósturbelgja, milli belgja fósturs, í fylgju, í legvatni, í naflastreng eða hjá fóstrinu sjálfu (Gilbert, 2011; Goldenberg o.fl., 2008; Franklin, 2000).

Vanhæfni í leghálsi

Leghálsinn er aðallega samsettur úr bandvef sem heldur leghálsinum sterkum og kemur í veg fyrir breytingu á honum á meðgöngu. Eðlileg lengd á leghálsinum miðað við meðgöngulengd er 35 til 40 mm við 14 til 22 vikna meðgöngu, 35 mm við 24 til 28 vikna meðgöngu og 30 mm að lengd eftir 32 vikna meðgöngu (Gilbert, 2011). Sónarskoðun til að mæla lengd leghals er talin nákvæm aðferð til að meta konur sem eiga á hættu að fæða fyrir tímann samkvæmt Lindsay (2004). Leghals sem er styttri en 15 mm milli 22 til 24 viku gefur til kynna aukna hættu á fyrirburafæðingu (Gilbert, 2011). Rannsókn Iams og fleiri (1996) sýndi einnig fram á að aukin hætta var á fæðingu fyrir tímann eftir því sem leghálsinn var styttri.

Áhrif prógesteróns meðferðar um leggöng á fyrirvaralausa fæðingu fyrir tímann voru skoðuð í breskri rannsókn. Rannsóknin fór fram frá september 2003 til maí 2006. Allar konur sem gengu með einbura eða tvíbura og fóru í reglubundna sónarskoðun við 20 til 25 vikna meðgöngu var boðið upp á leggangasónar til að meta lengd leghálsins. Mæld var leghálslengd með leggangasónar við 20 til 25 vikna meðgöngu hjá 24.620 konum. Hjá 413 konum eða 1,7% var leghálsinn 15 mm að lengd eða styttri. Af þeim 413 konum sem voru með stuttan leghals samþykktu 250 konur að taka þátt í rannsókninni. Þátttakendum var raðað tilviljanakennt í tvo hópa, annar hópurinn fékk 200 mg af prógesteróni um leggöng en hinn lyfleysu á hverju kvöldi frá 24. viku til 34. viku meðgöngu. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að sjálfkrafa sótt fyrir 34. vikna meðgöngu var sjaldgæfari hjá hópnum sem fékk prógesterón um leggöng en þeim sem fékk lyfleysu, sjálfkrafa sótt fyrir 34. vikna meðgöngu var 19,2% hjá hópnum sem fékk prógesterón meðferð samanborið við 34,4% hjá hópnum sem fékk lyfleysu. Engar alvarlegar aukaverkanir komu fram hjá hópunum og enginn munur var á aukaverkunum milli hópanna. Helstu niðurstöður rannsóknarinnar eru að meðferð með prógesteróni frá 24 vikna til 34 vikna meðgöngu minnkar líkur á sjálfkrafa sótt fyrir 34 vikna meðgöngu hjá þeim konum sem eru með stuttan leghals (Fonseca, Celik, Parra, Singh og Nicolaides, 2007).

Áhrif keiluskurðar á meðgöngu og fæðingu voru skoðuð í finnskri rannsókn. Skoðuð voru gögn frá 25.827 konum á aldrinum 15 til 49 ára sem höfðu farið í keiluskurð á árunum 1986 til 2003. Útkoma fæðingar hjá þessum hóp frá árinu 1987 til ársins 2004 var skoðuð í samanburði við fæðingar hjá konum á sama tímabili sem ekki höfðu farið í keiluskurð. Tíðni fyrirburafæðinga var skoðuð, léttburafæðinga og burðarmálsdauða. Niðurstöðurnar sýndu aukna hættu á fæðingu fyrir tímann eftir keiluskurð, áhættan jókst sérstaklega á fæðingu mikið fyrir tímann eða við 28 til 31 vikna meðgöngu og fyrir 28 vikna meðgöngu (Jakobsson, Gissler, Sainio, Paavonen og Tapper, 2007).

Streita

Streita getur valdið losun og myndun ákveðinna próteina og hormóna sem örva framleiðslu prostaglandins og valda aukningu á oxytocin og prostaglandin viðtökum og eykur þannig líkur á að fæðing fari af stað fyrir tímann (Gilbert, 2011).

Cooper og fleiri (1996) skoðuðu hvort tengsl væru á milli bágrar sálfélagslegrar stöðu og fæðingar fyrir tímann, vaxtarskerðingar og lágrar fæðingarþyngdar. Kvíði, streita, sjálfsálit, völd og þunglyndi var metið hjá 2.593 barnshafandi konum við 25 til 29 vikna meðgöngu. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar voru aðeins marktæk tengsl milli streitu og fyrirvaralausrar fæðingar fyrir tímann og lágrar fæðingarþyngdar. Streita veldur losun á katekólaminum en katekólamin valda æðasamdrætti og þar af leiðandi getur orðið skortur á súrefnisflæði til fóstursins. Skert blóðflæði til fylgju getur valdið losun á corticotrophin-releasing hormone (CRH) sem getur orsakað fæðingu fyrir tímann (Cooper o.fl., 1996; Gilbert, 2011). Mjög mikilvægt er að fræða barnshafandi konur um áhrif streitu á meðgöngu, ræða um tengsl streitu við fæðingu fyrir tímann og um aðferðir sem hægt er að nota til að minnka streitu.

SAMANTEKT

Hér að framan var sagt frá frumbyrju í hótandi fyrirburafæðingu, í fræðilegri umfjöllun var greining og meðferð við hótandi fyrirburafæðingu og helstu áhættuþættir skoðaðir. Mig langaði að skoða hvort það væri eitthvað í sögu Gunnu sem yki hættuna á fæðingu fyrir tímann. Hún hafði miklar áhyggjur af heilsu ófædds barns síns og velti því mikið fyrir sér hvort hún hefði gert eitthvað til að koma fæðingunni af stað. Hún sagðist hafa verið undir miklu álagi í einhvern tíma og hafði áhyggjur af því að hún hefði farið of mikið í ræktina.

Gunna fór í keiluskurð árið 2006 en samkvæmt rannsóknum eru tengsl á milli keiluskurðar og fæðingar fyrir tímann (Jakobsson o.fl., 2007). Tekið var vaginal strok hjá Gunnu þegar hún lagðist inn og kom í ljós að hún var með GBS-sýkingu. Sýking getur aukið líkur á fæðingu fyrir tímann en talið er að sýking í legi valdi um 25% til 40% allra fyrirburafæðinga (Goldenberg o.fl., 2008).

Gunna þorði lítið að hreyfa sig á meðan hún var inniliggjandi á 22A, hún var mjög hrædd um að koma fæðingunni af stað. Hún gekk á salernið en sagðist varla þora að fara í sturtu. Eftir gott samtal við ljósmóður og fæðingarlækni sem útskýrði mikilvægi þess að hafa jafnvægi milli hreyfingar og hvíldar leið Gunnu betur. Talað var um þá áhættuþætti sem fylgdu algjörri rúmlegu eins og til dæmis blóðtappa og að mikilvægt væri að hlusta á líkamann. Áður fyrr var rúmlega helsta meðferðin til að koma í veg fyrir fæðingu fyrir tímann en síðustu ár hefur verið aukin umræða um neikvæðar aukaverkanir rúmlegu á andlega og líkamlega heilsu móður (Maloni, 2010; Lindsay, 2004; Tomasi og Johnson, 2001).

Gunna var mjög upptekin af því að finna ástæðu þess að fæðingin fór af stað svona mikið fyrir tímann, hún hafði verið mikið í

ræktinni, eins og áður sagði, en þó eins og hún var vön fyrir fæðingu og hafði áhyggjur af því að þessi mikla hreyfing hefði komið fæðingunni af stað. Ég ræddi við Gunnu um að hreyfing á meðgöngu væri af hinu góða en rannsóknir sýna einmitt að mikil þjálfun á meðgöngu auki ekki hættu á fyrirburafæðingu, þvert á móti minnkar mikil þjálfun á meðgöngu líkur á að fæðing fari af stað fyrir tímann (Evenson o.fl., 2002; Hatch o.fl., 1998).

Gunna talaði um að hún hefði verið undir miklu álagi upp á síðkastið, mikið hefði verið að gera í skólanum og hún hafi fundið fyrir töluverðri streitu. Við ræddum saman um mikilvægi þess að minnka álagið og hvaða bjargráð hún hefði til að minnka streituna. Gunna fékk viðtal bæði við sálfræðing og félagsráðgjafa sem henni fannst hjálpa mikið. Samkvæmt niðurstöðum Cooper og fleiri (1996) voru marktæk tengsl milli streitu og fyrirvaralausrar fæðingar fyrir tímann og lágrar fæðingarþyngdar. Mjög mikilvægt er að fræða barnshafandi konur/almenning um áhrif streitu á meðgöngu, ræða um tengsl streitu við fæðingu fyrir tímann og um aðferðir sem hægt er að nota til að minnka hana.

Þeir áhættuþættir sem Gunna hafði var keiluskurður og sýking á meðgöngu, auk þess hafði hún verið undir miklu álagi í nokkrar vikur en tengsl eru á milli streitu og fæðingar fyrir tímann. Það sem Gunna þurfti mest á að halda var andlegur stuðningur og fræðsla. Hún átti gott samtal bæði við mig og fæðingarlækni sem henni fannst hjálpa mikið. Auk þess var henni boðið upp á viðtal við sálfræðing og félagsráðgjafa sem hún var mjög ánægð með. Í tilfelli Gunnu finnst mér hafa verið vel staðið að umönnun hennar, hún fékk góða fræðslu og andlegan stuðning sem skiptir miklu máli. Ég lærði mikið á að vinna þetta verkefni og vona að það muni hjálpa mér að sinna konum í hótandi fyrirburafæðingu eftir bestu getu.

Heimildaskrá

Copper, R. L. o.fl. (1996). The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks´ gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecolocy, 175*(5), 1286-1292.

Evenson, K. R., Siega-Riz, A. M., Savitz, D. A., Leiferman, J. A. og Thorp, J. M. (2002). Vigorous leisure activity and pregnancy outcome. *Epidemiology, 13*(6), 653-659.

Fonseca, E. B., Celik, E., Parra, M., Singh, M. og Nicolaides, K. H. (2007). Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *The New England Journal of Medicine, 357*(5), 462-469.

Gilbert, E. S. (2011). Manual of high risk pregnancy and delivery (5. útgáfa). United States of America: Mosby Elsevier

Goldenberg, R. I., Culhane, J. F., Iams, J. D. og Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet, 371*, 75-84.

Hatch, M., Levin, B., Shu, X. og Susser, M. (1998). Maternal leisure-time exercise and timely delivery. *American Journal of Public Health, 88*(10), 1528-1533.

Hildur Harðardóttir, Ágústa Kristjánsdóttir, Bergrún Jónsdóttir og Ragnheiður Bjarnadóttir. (2003). Verklagsregla 15.13. Yfirvofandi fyrirburafæðing.

Iams, J. D. o.fl. (1996). The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. *The New England Journal of Medicine, 334*(9), 567-572.

Jakobsson, M., Gissler, M., Sainio, S., Paavonen, J. og Tapper, A. M. (2007). Preterm delivery after surgical treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstetrics and Gynecology, 109*(2), 309-313.

Lindsay, P. (2004). Preterm Labour. Í Henderson, C. og Macdonald, S (ritstjóri), Mayes´Midwifery, a textbook for midwives (bls. 853-861). Edinburgh: Bailliére Tindall.

Maloni, J. A. (2010). Antepartum bed rest for pregnancy complications: Efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing, 12*(2), 106-124.

Medforth, J., Battersby, S., Evans. M., Marsh, B. og Walker, A. (2006). *Oxford handbook of midwifery*. New York: Oxford University Press.

Fyrsta úthlutun úr Minningarsjóði Bjargar Magnúsdóttur ljósmóður og Magnúsar Jónassonar bónda

Helga Gottfreðsdóttir, Marga Thome, Sigfríður Inga Karlsdóttir og Berglind Hálfdánsdóttir

Þann 18. apríl síðastliðinn var í fyrsta sinn úthlutað úr Minningarsjóði Bjargar Magnúsdóttur ljósmóður og Magnúsar Jónassonar bónda. Sjóðurinn var stofnaður samkvæmt fyrirmælum í erfðaskrá Soffíu Þuríðar Magnúsdóttur sem lést 2001 og var dóttir hjónanna sem sjóðurinn er kenndur við. Markmið með stofnun sjóðsins er að styrkja hjúkrunarfræðinga og ljósmæður til framhaldsnáms – en úr hópi hjúkrunarfræðinga skulu þær er hyggja á framhaldsnám í ljósmóðurfræðum hafa forgang umfram aðra hjúkrunarfræðinga eins og segir í skipulagsskrá fyrir sjóðinn.

Stjórn sjóðsins setti fram viðmið við mat á umsóknum í sjóðinn þar sem sérstaklega er tekið tillit til þess sem segir í skipulagsskrá, það er að styrkþegar stundi framhaldsnám í ljósmóðurfræðum.

Þær ljósmæður sem nú hlutu styrk eru Berglind Hálfdánsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir. Fyrri styrkþeginn, Berglind Hálfdánsdóttir, hlýtur styrk fyrir verkefni sem ber heitið Heimafæðingar á Íslandi: Útkoma og áhrifsþættir. Þetta efni er með því umdeildasta sem hugsast getur innan þessara fræða og þar sem heimafæðingar hafa verið að sækja í sig veðrið er áhugavert að taka það viðfangsefni fyrir í doktorsritgerð.

Sigfríður Inga Karlsdóttir fær styrk fyrir verkefni sitt sem nefnist: Væntingar og upplifun kvenna af fæðingu með áherslu á sársauka og sársaukameðferð. Það er áhugavert efni þar sem verkjameðferð kvenna er í raun inntak umönnunar ljósmæðra sem taka á móti börnum. Einnig er efnið mikilvægt þeim ljósmæðrum sem veita konum fræðslu og upplýsingar á meðgöngu til að búa þær sem best undir fæðinguna.

Saga ljósmæðramenntunar er löng – en á síðasta ári voru 250 ár frá því að skipulögð kennsla ljósmæðra hófst hér á landi og í ár eru 100 ár liðin frá því að Yfirsetukvennaskólinn, seinna Ljósmæðraskóli Íslands, var stofnaður. Það er þó ekki fyrr en 1991 sem fyrsta greinin um rannsóknir í ljósmóðurfræðum er skrifuð í Ljósmæðrablaðið. Þá grein skrifaði Marga Thome sem hefur komið að uppbyggingu fagsins beint og óbeint frá því hún hóf að kenna hjúkrun við Háskóla Íslands. Tilefni greinar Mörgu var að segja frá því að þetta sama ár hafi í fyrsta sinn verið haldin ráðstefna norrænna ljósmæðra um rannsóknir í ljósmóðurstarfi.

Þó að ekki séu liðin nema 21 ár síðan þetta var skrifað í Ljósmæðrablaðið hefur mikið áunnist, það er rannsóknir ljósmæðra hafa eflst sem gerist fyrst og fremst með bættri menntun og því að fleiri ljúka doktorsnámi í greininni. Nú er grunnnám ljósmæðra öflugt innan Háskóla Íslands og töluvert hefur áunnist í þróun framhaldsnáms ljósmæðra. Þessi tvö doktorsverkefni sem hlutu styrk eru því mikilvægt innlegg í áframhaldandi þekkingarþróun í ljósmóðurfræði.

Helga Gottfreðsdóttir,
námsbrautarstjóri í ljósmóðurfræði

Sjálfstæði ljósmæðra og framtíðarsýn eðlilegra fæðinga á Íslandi.

Það á alltaf við að velta fyrir sér ljósmæðrastarfinu og hvert við viljum að það stefni, sérstaklega þegar miklar breytingar hafa átt sér stað eins og undanfarin ár.

Ég er í meistaranámi við ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands og vinn að lokaverkefni sem heitir: *Undirbúningur og útkoma á eðlilegum fæðingum á ljósmæðrastýrðri einingu við Heilbrigðisstofnun Suðurnesja.* Þar mun ég með lýsandi tölfræði segja frá útkomu fæðinga og hvaða þættir hafa áhrif á að konur fæða á náttúrulegan hátt. Það sem varð til þess að mig langaði til þess að kafa betur ofan í eðlilegar fæðingar er það að ég hef áhyggjur af því í hvaða farveg barneignaþjónustan á Íslandi stefnir. Ég mun tala meira út frá minni fæðingarstöðum en heimafæðingum þar sem minni fæðingarstöðum hefur fækkað síðastliðin ár en heimafæðingar eru á uppleið, en að sjálfsögðu geta þessar hugleiðingar mínar einnig átt við um heimafæðingar.

Ég vinn á fæðingardeild á landsbyggðinni við Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS) sem hefur orðið fyrir miklum breytingum, bæði vegna nýrra laga um val á fæðingarstað frá árinu 2007 og einnig vegna niðurskurðarhnífsins sem hefur tröllriðið íslenska þjóðfélaginu. Við þessar breytingar hefur fæðingum fækkað á landsbyggðinni. Í lögum um heilbrigðisþjónustu frá 2007 kemur fram: „Að á umdæmissjúkrahúsum skuli að jafnaði vera fæðingarhjálp, séu faglegar kröfur uppfylltar“ (Lög um heilbrigðisþjónustu, 2007).

Þar sem faglegar kröfur með góðri menntun ljósmæðra eru til staðar, þá þarf að standa vörð utan um þjónustu við konur og fjölskyldur þeirra í barneignaferlinu en hún hefur átt undir högg að sækja undanfarin ár. Búið er að loka skurðstofuþjónustunni sem í boði var á HSS og breyta fæðingarstaðnum úr því að vera skilgreindur sem C2 í það að vera D1 fæðingarstaður (Landlæknisembættið, 2007). Í kjölfar þessara breytinga hefur þjónustan við fæðandi konur og fjölskyldur þeirra breyst og þurfa ljósmæður að leggja aðra áherslu á þjónustu sína. Reynslan sýnir að konur vilja fæða í sinni heimabyggð þar sem þær hafa myndað tengsl við ljósmæður sínar.

Þegar einar dyr lokast þá opnast gjarnan aðrar og hef ég kosið að líta á þessa þróun þannig þar sem ég er mikil jákvæðismanneskja. Með þessari breytingu þar sem búið er að flokka konur í meðgöngu með tilliti til fæðingar í áhættukonur eða konur sem

Steina Þórey Ragnarsdóttir, ljósmóðir Heilbrigðisstofnun Suðurnesja

eru í eðlilegu ferli og geta því fætt í sinni heimabyggð, þá hafa skapast tækifæri til þess að veita þeim konum jafnvel betri þjónustu ef horft er á hana út frá samfelldri þjónustu. Við HSS er nýbúið að gera þær breytingar með því að sameina mæðravernd og fæðingadeild í deild sem heitir nú Ljósmæðravaktin. Þar vinna ljósmæður sem sinna mæðravernd, fæðingum, sængurlegu og göngudeildarþjónustu. Sumar þessara ljósmæðra sinna einnig konum í heimaþjónustu. Við þessar nýju aðstæður er verið að bæta þjónustuna við konur með samfelldri þjónustu þannig að konan velur sér sína ljósmóður strax í byrjun meðgöngu og heldur sú ljósmóðir utan um fjölskylduna og myndast yfirleitt sterk tengsl milli þeirra. Stefnt er að samfelldri þjónustu fyrstu sex vikurnar í lífi barnsins.

Einnig höfum við aðgang að fæðingalækni á dagvinnutíma en hann hefur í gegnum tíðina hvatt til sjálfstæðis ljósmæðra sem hefur verið mikilvægt fyrir okkur.

Hugmyndafræði Michel Odent á við enn í dag

Michel Odent, sem er franskur fæðingalæknir, er nýbúinn að vera hér á landi og var mjög skemmtilegt að fá að hlýða á hann, sérstaklega af því að hann er að velta fyrir sér sömu hlutum og ég. Erindi hans hét: *Að komast upp úr botninum í hyldýpi barneignaferilsins.* Upp úr miðri síðustu öld lagði hann sitt af mörkum til að snúa við þróuninni í barneignaþjónustunni á þann veg að færa fæðingarnar úr því að vera í sjúkdómsvæddu og dauðhreinsuðu umhverfi í það að vera þannig að konur væru sjálfar við stjórnvölinn. Í dag er hann enn að. Hann talar um lífeðlisfræðilegt ferli konunnar og að við eigum að hlusta á það. Konan þarf á sínum kokteilum af hormónum að halda til þess að fæða og meiri líkur er á að hún fæði á eðlilegan hátt og með minni inngripum ef hún fær að vera ótrufluð og í friði. Hann talar um að ljósmóðirin eigi að vera í horninu á herberginu hjá hinni fæðandi konu og prjóna, það er að segja að halda að sér höndunum. Einnig eins og talað úr mínum munni! Hann segir að aldrei á lífsleiðinni sé Oxytocínmagn eins hátt í blóði móðurinnar og strax eftir fæðingu og þurfi móðirin eins mikið á barninu sínu að halda og barnið móðurinni. Hormónin hennar vinna best þegar hún er í umhverfi sem henni líður vel í, fær að vera ótrufluð og fær barnið sitt strax til sín. Odent talar um að barneignaferlið eigi að fá að vera náttúrulegt ferli en ekki sjúkdómsvætt og til þess að snúa þessu við og komast upp úr þessu hyldýpi þurfum við að nota almenna skynsemi og vísindaleg rök.

Hvað getum við gert?

Ef þróunin í barneignaþjónustunni heldur áfram að þróast á þann veg sem hún er byrjuð að gera er maður hræddur um að við förum þennan hring aftur og konurnar verða ekki við stjórnvölinn heldur verða í sjúkdómsvæddu umhverfi. Við ljósmæður þurfum að standa vörð um konuna svo hormónar hennar fái að vinna í friði. Og hvernig gerum við það? Með því að vera sjálfstæðar og hvetjandi. Oft heyrir maður sagt að það þýði ekkert að hvetja konuna til þess að fæða án inngripa þar sem nútímakonan vilji bara finna sem minnst fyrir fæðingunni. Það finnst mér ekki rétt, sá hópur kvenna sem ég vinn með hefur verið mjög duglegur að undirbúa sig til þess að fæða á náttúrulegan hátt þar sem þær vilja vera í sínu nærsamfélagi með ljósmóður sem þær þekkja og vita að til þess, þá þurfi þær að undirbúa sig andlega fyrir það. Það gerum við ljósmæður með því að vera hvetjandi og fræðandi og undirbúa konuna til þess. Mæðraverndin, meðgöngujóga, Hypnobirth-námskeið eru frábær verkfæri til þess að undirbúa konuna undir fæðingu. Það er hægt með aukinni samfelldri þjónustu þar sem konan er búin að mynda tengsl við sömu ljósmóðurina.

Flottar ljósmæður

Einnig getum við það með því að vera með fræðsluerindi í blöðunum eða á vefsíðum eins og ljósmóðir.is. Við getum stuðlað að því að konan hlusti á kroppinn sinn og læri að treysta honum. Við getum það með því að fækka ekki enn frekar fæðingarstöðum á landinu, frekar auka þá. Einnig getum við það með því að vera ekki með eðlilegar fæðingar nálægt áhættudeild því oft er of stutt á milli. Of mikið aðgengi er að deyfingum hjá hinni eðlilegu konu að mínu mati, í Svíþjóð til dæmis fær fjölbyrja ekki epidural ef hún er komin með 6 eða meira í útvíkkun.

Ég geri mér grein fyrir því að við gerum þessar breytingar ekki hér og nú, en við ættum að fá að vera með í ráðum hvað varðar barneignaþjónustuna á Íslandi. Ef við gerum ekkert þá hef ég stórar áhyggjur. Það er búið að hræða konur of mikið með aukinni tæknivæðingu, en öryggið liggur ekki alltaf í hátækninni heldur í hormónum konunnar og hvar hún finnur sig örugga. Flestar fæðingar eru eðlilegar og áhættan við að fæða barn er ekki stór, samt er áhættudeildin stærsta deildin á landinu. Ætti þróunin ekki að vera sú að hún ætti að vera minnst og fleiri ljósmæðrareknar einingar? Fyrir utan kostnaðinn sem áhættuþjónustan og deyfingar hafa í för með sér.

Hugmyndafræði ljósmæðra

Mig langar aðeins að koma inn á hugmyndafræði ljósmæðra til að styðja þessi orð mín enn frekar. Ljósmæður styðja einar og sér sem sérfræðingar við eðlilegt ferli en með aðstoð annarra fagstétta og þá mest fæðingalækna ef ferlið er komið í áhættuferli. Í Samþykkt af Alþjóðasamtökum ljósmæðra ICM í Ástralíu 19. júlí, 2005 er ályktun um hvað ljósmóðir stendur fyrir:

„Ljósmóðir er ábyrgur fagaðili sem í samráði við konur veitir nauðsynlegan stuðning, umönnun og ráðgjöf til kvenna á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu, stundar fæðingarhjálp á eigin ábyrgð og annast nýbura og ungbörn. Þessi umönnun felur í sér fyrirbyggjandi aðgerðir, stuðning við eðlilegt ferli fæðingar, greiningu á frávikum hjá móður og barni, milligöngu um læknishjálp eða aðra viðeigandi meðferð og veitir bráðahjálp.“ (Ljósmæðrafélagið, 2011).

Ljósmæðrum á Íslandi stendur til boða að fara á bráðanámskeið í fæðingafræðinni eða ALSO og eru þeim kennd handtök og aðferðir til að takast á við óvæntar uppákomur. Það gerir ljósmæður enn betur í stakk búnar til að starfa sjálfstætt og bregðast á faglegan hátt við óvæntum uppákomum, hvar sem er á landinu. Stöndum vörð um okkar sjálfstæði.

Áhættudeildin er lífsnauðsynleg, en ekki fyrir allar konur

Við erum með frábæra áhættudeild á Landspítalanum sem sinnir konum í áhættufæðingum með góðu starfsfólki ásamt vökudeildinni og talið er að ungbarnadauði hér á landi sé með því minnsta sem gerist í heiminum. Eðlilega er maður mjög stoltur af því en hins vegar hef ég áhyggjur af að þróunin verði sú að allar fæðingar, hvort sem um er að ræða áhættufæðingar eða eðlilegar fæðingar, verði á einum eða tveimur stöðum á landinu. Við höfum menntað ljósmæður sem eru með góðan grunn sem hjúkrunarfræðingar eða sem hafa gífurlega mikla reynslu og jafnvel hvort tveggja. Þær hafa fengið þjálfun í að vinna sjálfstætt og geta tekið á móti börnum þar sem mæður þeirra eru í eðlilegu ferli hvar sem er á landinu. Við megum ekki láta deigan síga heldur halda merki okkar á lofti.

Hvað segja fræðin?

Ef ég fer aðeins yfir það hvað rannsóknir segja um eðlilegar fæðingar og konur með litla eða enga áhættu þá styðja þær þessar hugleiðingar mínar. Samkvæmt rannsókn frá árinu 2009 kemur fram að barneignaþjónustan eigi að vera sniðin að þörfum foreldra og vera miðpunkturinn í þeirri þjónustu. Hins vegar er talið að barneignaþjónustan hafi tekið mið af verklagsreglum stofnanna og lítið sé skrifað um þróun eða áhrif á verklagsreglur innan ljósmóðurfræðinnar (Bick, Rycroft-Malone, og Fontenla, 2009).

Í fræðilegri úttekt frá árinu 2007 segir sagan að konur hafi alltaf haft aðrar konur sér til stuðnings í fæðingu. En eftir að fæðingar hafa færst inn á stofnanir hefur yfirseta fagfólks yfir konum minnkað, eða frekar verið undantekning en hið almenna. Nútíma fæðingafræðin hefur stofnanavætt alla þjónustu við fæðandi konur sem getur haft áhrif á framgang fæðingarinnar.

Stuðningur í fæðingu inniheldur tilfinningalegan stuðning, þægilegt umhverfi og snertingu, svo sem nudd, notkun vatns, upplýsingaflæði og sjálfstæði. Þessir þættir verða til þess að hvetja til eðlilegs fæðingaferlis þar sem konunni finnst hún hafa stjórnina og sjálfstæði sem verður til þess að minnka þörf á inngripum í fæðingum. Konur sem fá stöðugan stuðning eða yfirsetu ljósmóður eru líklegri til þess að fæða um fæðingarveg, fara sjálfar af stað, fæða án verkjalyfja, fæðingin tekur styttri tíma og þær upplifa meiri ánægju og minni þörf er á áhaldafæðingum (Hodnett, Gates, Hofmeyr og Saksl, 2007).

Eftir því sem að tækninni fleygir fram sýna rannsóknir að meira er um óþarfa inngrip hjá konum í eðlilegu ferli og að ef konan fæðir á ljósmæðrastýrðri einingu þá er líklegra að hún fæði eðlilega, það sé minni verkjalyfjanotkun og færri inngrip. Fæðingareiningar fyrir konur í eðlilegu ferli eru ýmist sjálfstæðar eða einingar innan sjúkrahúsa. Flestar eru þessar einingar ljósmæðrastýrðar þar sem konur eru færðar yfir á hátæknideild ef þörf er á. Þessar ljósmæðrastýrðu einingar hafa leitt til þess að konur fæða frekar eðlilega og tíðni inngripa, eins og keisaraskurðir og spangarklippingar, eru lægri (Bernitz, o.fl., 2011). Þess vegna er mikilvægt að halda konum í eðlilegu ferli á ljósmæðrarekinni einingu.

Á Nýja-Sjálandi eru ljósmæður sjálfstæðar þar sem mikil áhersla er á samfellda þjónustu og sinnir sama ljósmæðrateymi konunni á meðgöngu, í fæðingu og eftir fæðingu (Davis,o.fl., 2011). Sumar rannsóknir tala einnig um lægri apgar-skor og á þetta við um konur sem eru í eðlilegri meðgöngu og fæðingu. Allt er þetta háð þjálfun ljósmæðra, hvaða viðmið fæðingastofnanir setja, samstarf á milli ljósmæðrareknu einingarinnar og hátækni fæðingastaðanna (Overgaard, o.fl., 2011).

Við þurfum að huga að því hvert hin íslenska ljósmóðir stefnir. Við höfum fyrirmynd til dæmis frá Bandaríkjunum þar sem ljósmæðrastarfið er nánast að leggjast af og við hafa tekið hjúkrunarfræðingar og læknar og búið er að sjúkdómsvæða verulega allt fæðingaferlið

Nýburi lengdarmældur

eins og allir þekkja. Takmarkið í heiminum samkvæmt WHO er að tíðni keisaraskurða fari ekki upp fyrir 15% (WHO, 2007). Því er nauðsynlegt að halda utan um og styðja við eðlilegar fæðingar og forðast óþarfa inngrip.

Niðurstaða rannsóknanna virðast hafa þann samhljóm að konur sem eru í eðlilegu barneignaferli og hafa verið flokkaðar þannig ættu að fæða á fæðingarstað sem er í umsjá ljósmæðra. WHO hefur gefið það út að inngrip skulu grundvallast á gögnum sem sanna hvað sé best fyrir móður og barn sem undirstrikar stuðning við eðlilega fæðingu og lífeðlisfræðilegt ferli. Samt sem áður hefur keisaratíðni í Bandaríkjunum hækkað upp í 31,8%. Til þess að sporna við þessari stöðugri aukningu hefur WHO ráðlagt að auka rannsóknir sem auka líkur á og hafa áhrif á árangursríkri fæðingu um fæðingarveg sérstaklega hjá konum með fyrsta barn.

Önnur lönd, og þar á meðal Bretland, hafa komið á stefnu til þess að bæta mæðraverndarþjónustu og lækka keisaratíðni. Stofnun í Englandi (England´s National Institute of Clinical Excellence) hefur gefið út leiðbeiningar til þess að samræma verklag til þess að koma á gagnreyndri þekkingu (evidence-based practices) sem innheldur það að klínísk inngrip í fæðingu eigi ekki að bjóða upp á eða ráðleggja ef fæðingarferlið er eðlilegt og móður og barni líður vel (Kennedy, o.fl., 2010).

Sameiginlegt með öllum þessum rannsóknum er að nauðsynlegt er að lækka keisaratíðni í heiminum. Ég tel að með því að auka þátt ljósmæðra í eðlilegu ferli fæðingarinnar og að það sé í boði fyrir konur að fæða á ljósmæðrareknum einingum og heima, þá sé það liður í því að hvetja konur til þess að treysta líkama sínum til þess að fæða á eðlilegan hátt. Án inngripa eins og áhaldafæðinga, lyfja, belgjarofs, framköllun fæðinga með því að auka jákvæð inngrip eins og óhefðbundnar aðferðir, svo sem nálastungur, meðgöngujóga, Hypnobirth-námskeið, vatnsfæðinga, stuðning í fæðingu og hvatningu á meðgöngu. Allt eru þetta þættir sem ljósmæður geta sinnt ásamt því að flokka konur sem þurfa hátækninnar við og hafa faglegt nef til þess að greina þar á milli.

Stöndum vörð um sjálfstæði ljósmæðra

Ljósmæður sinna konum í eðlilegu barneignaferli og eru sérfræðingar á því sviði. Það yrði synd ef horft er fram í tímann um 20–30 ár og búið væri að sjúkdómsvæða allar eðlilegar fæðingar og að ljósmæður væru aðstoðarmenn lækna og hefðu aðra stétt sem sæju um umönnunarþáttinn, þann þátt sem ljósmæður ættu að sjá um.

Horfum til framtíðar, stöndum vörð utan um eðlilegar fæðingar og höldum áfram að sinna konum og fjölskyldum þeirra og taka á móti börnum þeirra víðs vegar um landið. Það er ekki faglegt að allar eðlilegar fæðingar færast inn á áhættustofnun. Stöndum vörð um sjálfstæði ljósmæðra.

Heimildaskrá

Bernitz, S., Rolland, R., Blix, E., Jacobsen, M., Sjöborg, K. og Öian, P. (2011). Is the operative delivery rate in low-risk women depentent on the level of birth care? A randomised controlled trial. *BJOG, 118(11),* 1357–1364.

Bick, D. E., Rycroft-Malone, J. og Fontenla, M. (2009). A case study evaluation of implementation of care pathway to support normal birth in one English birth centre: anticipated benefits and unintended consequences. *BMC Pregnancy Childbirth. 9*(47) doi: 10.1186/1471-2393-9-47. Sótt 2. október 2011. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2761848/pdf/1471-2393-9-47.pdf

Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Wilson, D., Dixon, L. og Herbison, P. (2011). Planned place of birth in New-Zealand: Does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? *Birth, 38(2),* 111–119.

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.S. og Saksl, C. (2007). Continous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* Sótt af netinu 4. október 2011 http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD003766.pdf

Kennedy, H. P., Shaw-Battista, J. og Sandall, J. (2010). Normalizing birth in England: A qualitative study. *J Midwifery Womens health 55*, 262–269.

Lagasafn (2007). Lög um heilbrigðisþjónustu nr.40 27.mars. Sótt 12. nóvember 2011 af http://www.althingi.is/lagas/nuna/2007040.html

Landlæknisembættið, 2007). Leiðbeiningar um val á fæðingarstað. Sótt 12. nóvember 2011 af http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=3304

Ljósmæðrafélag Íslands (2011). Hvað er ljósmóðir? Samþykkt af Alþjóðasamtökum ljósmæðra ICM á fundi í Brisbane, Ástralíu19. júlí, 2005. Sótt 16. nóvember 2011 af http://ljosmodir.origo.is/ljosmodir/hvad-er

Overgaard, C., Møller, A. M., Fenger-Grøn, M., Knudsen, L. B. Og Sandall, J. (2011). Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ Open*2011;**2**:e000262. Sótt af netinu 3. okt.2011 doi: http:10.1136/bmjopen-2011-000262

WHO (2007). Delivery settings and caesarean section rates in China. *Bulletin of the World Health Organisation, 85(10)*, 733–820.

Bækur og barnsfæðingar

Handrit Margrétar sögu og notkun þeirra við fæðingarhjálp

Píslarvotturinn heilög Margrét frá Antíokkíu var ein þeirra dýrlinga sem nutu mikillar hylli á miðöldum. Ástæða þess er fyrst og fremst sú að hún var verndardýrlingur kvenna í barnsnauð. Algengt var að heita á hana eða ákalla við barnsfæðingar og ýmsir verndargripir tengdir nafni hennar voru notaðir við fæðingarhjálp á fyrri öldum. Svokölluð Margrétarbelti voru kunn víða og lögð um lendar kvenna og dýrlingurinn ákallaður um leið (Hovorka og Kronfeld, 1908; Jón Steffensen, 1975; Ásdís Egilsdóttir, 1999, 2002). Um Margréti var rituð helgisaga sem náði mikilli útbreiðslu, bæði á latínu og á ýmsum þjóðtungum. Margrétar saga segir frá því að hin unga og fagra Margrét hafi misst móður sína ung að aldri en faðir hennar hafi unnað henni lítið. Margrét tók kristna trú á barnsaldri en faðir hennar var heiðinn. Þegar hún er orðin gjafvaxta kemur heiðinn greifi auga á hana og vill eignast hana fyrir konu eða frillu. Margrét hafnar honum og greifinn lætur handtaka hana í reiði sinni. Þrátt fyrir fortölur og píslir vill hún hvorki þýðast greifann né blóta heiðin goð. Þegar Margrét er fangi í myrkvastofu storkar hún örlögunum með því að óska eftir því að fá að sjá óvininn og eiga orustu við hann. Þá birtist ógnvekjandi dreki sem gleypir hana en vegna heilagleika hennar sleppur hún lifandi og ósködduð úr kviði hans og hefur drekasögnin líklega orðið kveikjan að því að trúað var á hjálp Margrétar við barnsfæðingar. Þannig áttu börn að komast heilbrigð og lifandi úr móðurkviði eins og Margrét úr kviði drekans. Viðureign Margrétar og drekans var vinsælt myndefni. Í sögulok er Margrét líflátin. Skömmu áður fer hún með bæn þar sem meðal annars segir: „Enn bið eg, drottinn, sá er ritar pislarsögu mína eða kaupir þá bók, fylltu þá af helgum anda. Og í því hýsi er bók sú er inni, verði þar eigi fætt dautt barn né lama“ (Heilagra meyja sögur, 2003).

Varðveist hafa um það bil 40 handrit og handritabrot af Margrétar sögu á Íslandi. Ekki er vitað hvenær sagan var þýdd á íslensku en ekkert handrit er eldra en frá 14. öld. Það vekur athygli að varðveist hafa 25 handrit sem eru skrifuð eftir siðskipti og er það til vitnis um mikilvægi sögunnar. Um 10 handrit sem eru frá kaþólskum tíma eru í mjög litlu broti. Meðalstærð þeirra er 10 x 6 cm. Þrátt fyrir smæðina eru mörg þeirra fallega skreytt. Af fjölda handrita að dæma

Ásdís Egilsdóttir
Prófessor í íslenskum bókmenntum fyrri alda við Íslensku- og menningardeild Háskóla Íslands.

virðist hl. Margrét hafa verið mest í heiðri höfð af öllum helgum meyjum á Íslandi, að Maríu Guðsmóður að sjálfsögðu undanskilinni (Cormack, 1994). Í handritum Margrétar sögu er ýmislegt annað efni, bænir, vers og töfraformúlur á íslensku og latínu, oft afbakaðri. Samskonar efni er víða til í gömlum lækningabókum, íslenskum og erlendum. Þetta viðbótarefni varpar ljósi á notkun handritanna og tengsl þeirra við barnsfæðingar.

Hér verður fjallað nánar um eitt handrita Margrétar sögu, AM 431 12mo. Þetta er skinnhandrit, 119 x 90 mm að stærð, 25 blöð skrifuð og tvö auð. Það er eindálka, enda leturflöturinn lítill, um 80 x 60 mm og línufjöldi er 16 – 19 línur og myndskreytt. Handritið var skrifað á Íslandi, 1500 – 1550. Handritið er nú varðveitt í Stofnun Árna Magnússonar á Íslandi. Í þessu handriti eru margvíslegar lausnarbænir og töfraformúlur (Alfræði íslenzk, 1908 – 1918). Á eftir fyrirsögninni „Lausn yfir jóðsjúkri konu“ er alkunn töfraformúla: SATOR AREPO TENET OPERA ROTAS. Þegar þessum orðum var raðað upp í ferning var hægt að lesa þau eins á fjóra vegu. Sagt er að þessi orð skuli lesa þrisvar yfir lendum konunnar og gera þrjú krossmörk í hvert sinn. Þar á eftir fylgir bæn sem kölluð hefur verið „góða bænin“ eða bæn hl. Leonardus en algengt var víða að heita á hann við barnsburð (Bekker-Nielsen, 1961). Leonardus var einsetumaður sem ekki er vitað mikið um, en ein jarteinasagan um hann segir frá því hvernig hann hjálpaði franskri drottningu í barnsnauð með því að lesa bænina góðu yfir henni. Í handritinu endar bænin á þessa leið:

> Nú bið eg þig almáttigur guð faðir fyrir son þinn eingetinn að náveranda helgum anda að háleit hjálp þinnar óþrotnandi mildi virðist yfir að koma þessa sýtandi jóðsjúka konu, svo að hún sé leyst og frelsuð af nálægum háska. Megi með öllum oss samt lofa og dýrka þitt hið dýra nafn það er blessað er um allar aldir veralda. Amen.

Á eftir bæninni kemur ný fyrirsögn „Kvenna lausn“ en þar eru eftirfarandi leiðbeiningar:

„Ef kona skal léttari verða og má eigi við skiljast, þá skaltu taka þetta helga drottins rit og binda við hægra lær henni fyrir ofan kné og skrifa á blað eður rista á kefli“. Þar á eftir fylgir samhengislaus romsa þar sem blandað er saman ýmsum lausnarbænum: „Pantitur in terra dominus omnipotens olimpi exii in te prospera Christus rex regat ut videatur seculi lumen sator arepo tenet opera rotas“. Byrjunin er afbökun á upphafsljóðlínu 10. bókar Eneasarkviðu Virgils: „Panditur interea domus omnipotentis Olympi“ – á meðan opnaðist hliðið að Ólympus, almættisvaldi, upp á gátt. Þessi orð eru víða varðveitt sem lausnarbænir og ástæðan hlýtur að vera hliðið sem opnast, þar er skiljanleg samlíking við barnsfæðingu.

Næst segir: „En þegar að barnið er fætt af hennar holdlegu myrkri, þá skal burt taka og vefja í hreinu klæði ef hvorki hefur á komið blóð né vatn. En ef á hefur komið, þá skal brenna í loganda eldi“. Handritinu lýkur með bænum sem lesa á þegar blaðið hefur verið bundið við. Þar á meðal er kunn lausnarbæn: „Anna peperit (fæddi) Mariam, Maria peperit Iesum Christum, Elisabet peperit Iohannem Baptistam...“. Þessi lausnarbæn er til í ýmsum tilbrigðum. Bent hefur verið á að konurnar eigi að samsama sig með konunum sem nefndar eru í bænunum. Anna, María og Elísabet eru alltaf nefndar, einnig Hanna, móðir Samúels. Í öllum tilvikum er um kraftaverk af einhverju tagi að ræða, þungunin óvænt eða guðdómleg, og á því að minna á að sérhver fæðing sé ævinlega kraftaverk (Elsakkers, 2001).

Leitum enn svara við því hvernig

töfrum bókarinnar hefur verið beitt. Ýmsar helgimyndir af heilagri Margréti gefa til kynna átrúnað á bókum með sögu hennar því hún er oft sýnd með bók eða fjöðurstaf í hendi. Bæn Margrétar í sögunni bendir til þess að nóg hafi verið að hafa bókina innan veggja. Fyrir utan handritin sjálf og þær upplýsingar sem þau gefa má leita svara í helgikvæðinu Heilagra meyja drápu (Scaldic Poetry, 2007) sem talið er frá 14. öld. Þar segir:

Lesandi oft með fagnað fúsan
Fúsir menn er treysta henni
Hennar sögu þá er krankar kvinnur
Kvenligt stríð í sóttum bíða.
Margareta brúðum bætir
Bætta hjálp með sínum mætti
Vaktar þessi meyjan mektug
Mektar gjörð á himni og jörðu.

Í þessu erindi er gefið til kynna að konur í „kvenlegu stríði“, það er léttasótt, megi vænta hjálpar af Margréti og lesið hafið verið úr sögunni fyrir þær. Heimildir úr öðrum löndum segja frá lestri úr Margrétar sögu við barnsburð, einnig tíðkaðist að lesa upphaf Jóhannesarguðspjalls og Katrínar sögu (Franz, 1909). Í ritinu Hugrás, sem Guðmundur Einarsson prestur skrifaði 1627, segir einnig frá upplestri úr Margrétar sögu. Guðmundur skrifar: „ ... og alla lausnarbókina ... einkum að binda þetta við lærið á jóðsjúkri kvinnu: Anna peperit Mariam, Elisabeth Johannem ... og lesa þar á eptir Margrétar sögu in nomine Patris, filii et spiritus sancti“. Í ritinu Hugrás er notkun Margrétar sögu og átrúnaður á Margréti bendlaður við kukl (Jón Steffensen, 1975; Einar G. Pétursson, 1998).

Athyglisvert er að lausnarbænirnar og formúlurnar, efnið sem tengist barnsfæðingum, skuli vera á móðurmálinu og á latínu. Spyrja mætti hvers vegna latínan er notuð. Oft er um að ræða kunnuglega texta, sem þeir sem ekki kunnu latínu hafa samt kannast við. En sjálfsagt vegur þyngst að latína hafi verið talin búa yfir töframætti þar sem hún var málið sem notað var í helgihaldi kirkjunnar.

Það hefur þótt gott að eiga bók með Margrétar sögu heima á bæjum, upplestur úr henni gat komið að gagni, en nú þarf að víkja að því hvað bundið var við líkama kvennanna. Leiðbeiningar eru í handritinu sjálfu, sem kalla mætti til gamans handbók yfirsetukvenna, en skýrar eru þær ekki. Greinilegt er þó að það sem bundið er við á að brenna ef það spillist af blóði eða vatni. Þessi fallegu, litlu handrit með Margrétar sögu hafa verið kjörgripir sem ef til vill gengu í arf, frá móður til dóttur, og þeirra því verið vandlega gætt. Líklegra má telja að bænir og töfraformúlur hafi verið skrifaðar á snepla eftir handritunum og þeir síðan notaðir til að leggja við líkama kvennanna. Ýmiskonar sneplar og strimlar voru algengir til lækninga á miðöldum. Eitt slíkt blað er íslenska kveisublaðið sem varðveitt er í Þjóðminjasafni Íslands (Magnús Már Lárusson, 1952). Blaðið er 11 x 60 cm og mun hafa verið lagt eins og belti um sjúklinginn. Á blaðinu eru bænir og galdraformúlur, en einnig kaflar úr heilagri ritningu, frásagnir Mattheusarguðspjalls af lækningum Krists úr Mattheusarguðspjalli og upphaf Jóhannesarguðspjalls. Í einu þeirra eru til dæmis vers úr Lúkasarguðspjalli á latínu þar sem sagt er frá þungun þeirra frændkvenna Elísabetar og Maríu, en trú á mátt þessara versa til að auðvelda fæðingar var algeng víða. Reyndar var algengt að ákalla Maríu guðsmóður og fara með Maríubænir við barnsfæðingar því hún átti að hafa fætt son sinn án nokkurs sársauka (Ásdís Egilsdóttir, 1996). Í upphafi Jóhannesarguðspjalls segir frá upphafi heimsins og sköpunarsagan var talin hafa lækningamátt. Fyrrnefnd bæn heilags Leonardus hefst á útdrætti úr sköpunarsögunni í 1. Mósebók. Kveisublaðið er því náskylt handritum Margrétar sögu.

Sagt er í handritinu AM 431 12mo að skrifa skuli nýtt blað í stað þess sem spilltist af blóði eða vatni. Ekki er víst að það hafi alltaf verið hægt að koma því við og það er umhugsunarvert að af níu smábókum með Margrétar sögu vantar viðbótarefnið í fjórar, og þrjár af hinum fimm eru meira eða minna skertar. Blöðin gætu því hafa verið losuð frá og lögð við líkama kvennanna. Ýmsar fleiri spurningar vakna um notkun þessara bóka á miðöldum. Er hlutverk þeirra einhver vísbending um lestrarkunnáttu kvenna? Stefán Karlsson (1998) hefur velt þessari spurningu fyrir sér í grein um Margrétar sögu. Viðfangsefni hans í greininni er þó einkum annað handrit, AM 433a 12mo. Á spássíu á blöðum 26v – 27r hefur skrifarinn párað: „Nú er eg hræddur við dóttur mína, svo eg þori ekki annað en að skrifa bókina hennar“. Aftan á síðasta blaði handritsins er ritað nafnið Margrét Björnsdóttir með 17. aldar hendi, bendir Stefán á. Þessi kona gæti hafa verið Margrét Björnsdóttir móðir séra Bjarna Þorsteinssonar í Vesturhópshólum sem átti bókina á síðari hluta 17. aldar. Hann bendir enn fremur á að móðir Margrétar hafi verið Halldóra Björnsdóttir, sem var dóttir Steinunnar Jónsdóttur og séra Björns Jónssonar, sem höggvinn var ásamt Jóni biskupi föður sínum og Ara bróður sínum 1550. Þannig gæti bókin hafa gengið í arf milli kvenna. Varðveist hefur sendibréf frá Steinunni og hafi hún skrifað það sjálf hefur hún kunnað að lesa. Handritið sem hér hefur einkum verið til umfjöllunar gæti því hafa verið í höndum konu sem var stautfær og kunni með efni hennar að fara. Ekki skal gert lítið úr lestarkunnáttu kvenna, að minnsta kosti hinna efnameiri, en efnið sem fylgir Margrétar sögu í handritunum er þess eðlis að sennilegt er að það hafi líka verið lært utanað og miðlað munnlega milli kynslóða. Allir þekkja hvernig hálflæs eða jafnvel ólæs börn geta flett bókum og farið með efni þeirra orðrétt, blaðsíðu eftir blaðsíðu, ef bókin hefur verið oft lesin fyrir þau og þau lært hana utanað. Marianne Elsakkers (2001) hefur borið lausnarbænir saman við vinnusöngva, vinnubænir, og telur að konur sem viðstaddar voru fæðingar hafi sönglað lausnarbænirnar og notað mismunandi hraða eftir því hvar konan var stödd í fæðingarferlinu. Þannig hafi bænirnar verið til hjálpar líkt og öndunaræfingar sem kenndar eru nú á dögum. Kunnátta í að fara með lausnarbænir þurfti ekki að vera í því fólgin að vita upp á hár hvað þær merktu, það þurfti líka að kunna að syngja þær með réttu lagi og hrynjandi. Á bækurnar var fest það sem kunna átti og þær hafa hjálpað við að minna á lausnarbænirnar og halda þekkingu á þeim við.

Heimildaskrá

Alfræði íslenzk I – III (1908 – 1918). Útg. Kålund, K, III, bls. 86 – 90. København: Samfund til Udgivelse af gammel nordisk Litteratur.

Ásdís Egilsdóttir (1999). Drekar, slöngur og heilög Margrét. Í (ritstj.), Haraldur Bessason og Baldur Hafstað. *Heiðin minni. Greinar um fornar bókmenntir*, bls. 241 –256. Reykjavík: Heimskringla, háskólaforlag Máls og menningar.

Ásdís Egilsdóttir (2002). St Margaret, Patroness of Childbirth. Í (ritstj.), Rudolf Simek og Wilhelm Heizmann. *Mythological Women. Studies in Memory of Lotte Motz (1922 – 1997). Studia Medievalia Septentrionalia 7*, bls. 319 – 330. Wien: Fassbaender.

Bekker-Nielsen, H. (1961). En god bøn. Í *Bibliotheca Arnamagnæana* 35:1, *Opuscul*a :1, bls. 52 – 58.

Cormack, M. J. (1994). *The saints in Iceland. Their veneration from the Conversion to 1400*. Bruxelles: Societé des Bollandistes.

Einar Gunnar Pétursson (1998). *Eddurit Jóns Guðmundssonar lærða. Samantektir um skilning á Eddu og Að fornu í* þeirri *gömlu norrænu kölluðust rúnir bæði ristingar og skrifelsi.* Þættir úr *fræðasögu 17. aldar*, bls. 73 – 77 og 111 – 115. Reykjavík: Stofnun Árna Magnússonar á Íslandi.

Elsakker, M (2001). In pain you shall bear children. Medieval prayers for a save delivery. Í (ritstj.), Korte, A.M. *Women and Miracle Stories. A multidisciplinary exploration*. Leiden og Boston: Brill.

Franz, Adolph (1909). *Die kirchlichen Benediktionen im Mittelalter*, bls. 205. Freiburg: Herder.

Heilagra meyja sögur (2003). Útg. Wolf, K. Reykjavík: Bókmenntafræðistofnun Háskóla Íslands.

Hovorka, O.v. og Kronfeld, A.(1908). *Vergleichende Volksmedizin*, bls. 615. Stuttgart: Strecher und Schröder.

Jón Steffensen (1975). Margrétar saga og ferill hennar á Íslandi. Í *Menning og meinsemdir. Ritgerðasafn um mótunarsögu íslenzkrar þjóðar og baráttu hennar við hungur og sóttir*, bls. 208 – 215. Reykjavík: Sögufélag.

Scaldic Poetry of the Scandinavian Middle Ages VII. Poetry on Christian Subjects (2007). Útg. Clunies Ross, M., bls. 891 – 930. Turnhout:Brepols.

Stefán Karlsson (1998). Kvennahandrit í karlahöndum. Í *Stafkrókar. Ritgerðir eftir Stefán Karlsson, gefnar út í tilefni af sjötugsafmæli hans 2. desember 1998*, bls. 378 – 382. Reykjavík: Stofnun Árna Magnússonar á Íslandi.

Þátttaka ljósmæðra í krabbameinsleit

Á Íslandi er hálfrar aldar saga og hefð fyrir leit að krabbameini í leghálsi og brjóstum kvenna á vegum Krabbameinsfélagsins sem eru samtök krabbameinsfélaga hvarvetna í landinu. Árangur leitarstarfsins er ótvíræður, þar sem nýgengi leghálskrabbameins hefur lækkað um 72% og dánartíðnin um 93% frá 1965–1969 til 2005–2009. Nátengd leit að brjóstakrabbameini með brjóstamyndatöku hefur einnig skilað verulegum árangri þar sem dánartíðni brjóstakrabbameins hefur á undanförnum árum lækkað um 35–40%.

Til að krabbameinsleit skili árangri þarf hún að vera framkvæmd á þann veg að skipulega sé fylgst með mætingu til leitar og að eftirlit sé haft með þeim konum sem greinast með afbrigðilega niðurstöðu skoðunar og rannsókna. Að auki þarf ákvörðun um aldursmörk og millibil skoðana að vera byggð á vísindalegri úrvinnslu gagna varðandi aldursbundna tíðni forstigsbreytinga og krabbameina í þeim líffærum sem leitin beinist að. Leitarstarfið hér á landi hefur frá upphafi byggt á þeim grunni að skoðanir eru framkvæmdar af fagaðilum sem geta veitt konum færi á að leita ráðgjafar varðandi einkenni frá kynfærum og brjóstum. Þannig hefur leitin verið liður í að bæta kynheilbrigði í landinu og gegnt mikilvægu hlutverki fyrir velflestar konur.

Burðarás við framkvæmd leitarinnar fyrstu 30 árin voru fæðinga- og kvensjúkdómalæknar, einkum af Landspítalanum og Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri. Þeir sáu um skoðanir, töku frumustroks frá leghálsi og þreifingu brjósta en hjúkrunarfræðingar aðstoðuðu við ýmis önnur framkvæmdaratriði. Álag á daglegt klínískt starf deildanna og aðrar áherslur í samfélaginu á síðastliðnum tveim áratugum hafa leitt til þess að erfiðara varð að fá lækna til að vinna við hefðbundna hópleit. Því kom upp sú hugmynd meðal forstöðulækna Leitarstöðvar Krabbameinsfélagsins og Kvennasviðs Landspítala að leita til ljósmæðra til að taka þátt í leitinni þar sem þær hafa reynslu af að skoða þessi líkamssvæði, þó með öðrum hætti sé. Ljósmæður hafa góða fræðilega þekkingu er tengist heilsufari kvenna á frjósemiskeiði. Vegna starfssviðs síns eru þær í nánum tengslum við stóran hóp kvenna á barneignaaldri og því í góðri aðstöðu til að hvetja konur til að taka þátt í fyrirbyggjandi heilsuvernd. Víða erlendis er einnig löng hefð fyrir því að ljósmæður séu þátttakendur í krabbameinsleit.

Gerð var tillaga að viðbótarnámi fyrir ljósmæður til að tryggja annars vegar bakgrunnsþekkingu sem væri sambærileg við þekkingu margra þeirra lækna sem unnu við leitina (sérfræðingar, heimilislæknar og sérnámslæknar), og hins vegar að þær fengju góða þjálfun í framkvæmd leitarinnar, svo sem töku frumustroks frá leghálsi og hvernig ætti að skoða grindarholslíffærin með skipulegum hætti, greina frábrigði og þekkja tilvísunarleiðir ef eitthvað virtist vera utan hins eðlilega.

Tillagan um námið var borin undir heilbrigðisyfirvöld og fagfélög og hlaut að mestu jákvæðar viðtökur. Tillögurnar voru lagfærðar í framhaldi af því og leitað samráðs við námsbraut í ljósmóðurfræði við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, meðal annars með það í huga að hér væri um að ræða útvíkkun á starfssviði ljósmæðra sem hefði þann tilgang að efla þekkingu og áhuga ljósmæðra á mikilvægu forvarnarstarfi sem varðar konur og fjölskyldur í landinu.

Námið hefur nú verið formgert og er á vegum kvenna- og barnasviðs Landspítalans, Leitarstöðvarinnar og lækna- og ljósmæðranáms í háskólanum. Námið felst í 33 klst. fræðilegum hluta með viðveru í fyrirlestrum sem læknanemar fá á 5. námsári og með lestri samsvarandi fagtexta ásamt umræðum um efnið, yfirferð um starfsemi Leitarstöðvarinnar, viðveru við viðeigandi krabbameinsskurðaðgerðir á Landspítala og þriggja vikna starfsþjálfun. Að jafnaði er unnið samhliða eða með auðveldu aðgengi að lækni með reynslu og sérhæfingu á þessu sviði. Námið getur náð yfir 1–2 annir og því lýkur með munnlegu prófi, sem haldið var í fyrsta sinn nú í febrúarmánuði.

Tvær ljósmæður hafa nú lokið náminu og stóðust báðar með prýði hið munnlega próf. Landlæknisembættinu var tilkynnt með formlegu bréfi um námið og námslok hjá þessum tveimur ljósmæðrum. Umfjöllun um krabbameinsleit kvenna hefur einnig verið bætt inn í ljósmæðranámið.

Með þessu viðbótarnámi er vonast til að renna megi enn betri stoðum undir krabbameinsleitina. Á síðastliðnum árum hefur mæting til leitar orðið dræmari og hugsanlegt er að bólusetning ungra stúlkna gegn leghálskrabbameini, sem nú er hafin, skapi falska öryggiskennd sem geti leitt til verri mætingar. Rannsóknir staðfesta að konur sem ekki mæta til leitar eru mun líklegri til að greinast með langt gengið krabbamein sem aftur eykur verulega líkur á að deyja af völdum sjúkdómsins. Hjá yngri konum eykur regluleg mæting mjög líkur á því að greina megi sjúkdóminn á forstigi eða byrjunarstigi ífarandi sjúkdóms. Þá er unnt að beita keiluskurði sem ekki hefur áhrif á frjósemi konunnar, þó líkur á fæðingu fyrir tímann aukist lítillega. Við lengra gengið krabbamein þarf aftur á móti að taka leg og í vissum tilfellum að beita geisla- og lyfjameðferð. Leitin er því mikilvæg heilsuvernd fyrir konur á frjósemiskeiði þeirra og fram eftir allri ævi.

Full ástæða er því til að fleiri starfsstéttir með góðan faglegan og um leið fjölbreyttari bakgrunn komi að verklegri framkvæmd leitarstarfsins og fræðslu því tengdu. Því er ástæða til að fagna þessu nýja viðbótarnámi ljósmæðra.

Reynir Tómas Geirsson[1,2],
Kristján Sigurðsson[2,3],
Helga Gottfreðsdóttir[4],
Sigríður Þorsteinsdóttir[2]

[1]Kvenna- og barnasviði Landspítala-háskólasjúkrahúss,
[2]Læknadeild Háskóla Íslands,
[3]Leitarstöð Krabbameinsfélags Íslands og
[4]Námsbraut í ljósmæðrafræði, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, Reykjavík.

KFC
vistor
HEILBRIGÐISSTOFNUN SUÐURLANDS

Pistill ljósmæðranema

Síðastliðið haust hóf nýr hópur af metnaðarfullum hjúkrunarfræðingum að nema ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands. Hópurinn samanstendur af níu konum sem spanna tæplega tuttugu ára aldursbil og hafa mjög fjölbreytta og ólíka starfs- og lífsreynslu í farteskinu. Í hópnum er að finna ólíka einstaklinga sem saman mynda frábæra heild, samstöðu og sterkt systralag. Hópur þessi, sem og aðrir hópar sem á undan hafa farið í gegnum þetta nám, inniheldur konur með háleitar hugsjónir fyrir framtíð ljósmóðurfræðinnar. Hugsjónir okkar og hugmyndir hafa reglulega tekið stakkaskiptum og breytt um liti eftir því sem náminu miðar áfram. Við höfum fræðst um ýmsar stefnur og strauma sem hafa fylgt fræðigreininni á mislöngum tímabilum sem hefur haft mótandi áhrif á afstöðu okkar og hugmyndir.

Katrín Sif Sigurgeirsdóttir nemi í ljósmóðurfræði

Það væri ekki sannleikanum samkvæmt að segja að ljósmóðurfræðin á Íslandi hafi staðið í stað á síðastliðnum áratugum. Fræðin eru í stöðugri þróun og ljósmæður taka þátt í örri framþróuninni á metnaðarfullan hátt, ávallt tilbúnar til að læra eitthvað nýtt, bæta sig og aðlaga starfshætti sína að nýjungum. Þetta höfum við fengið að sjá og heyra hjá þeim kennurum og leiðbeinendum sem við höfum hitt í vetur og það er ekki síst þetta sem hefur blásið okkur í brjóst vissuna um að við séum réttar konur á réttum stað. Við höfum áhuga á að vera með og taka þátt í því að viðhalda faglegum metnaði og uppbyggjandi framþróun innan ljósmóðurfræðinnar.

Það er gaman að segja frá því að hefðum og siðum deildarinnar hefur verið viðhaldið nú í vetur sem fyrr. Þessar hefðir hafa margar hverjar stuðlað að nánari kynnum ljósmæðranema á fyrra og seinna námsári sem og fært upplyftingu og tilhlökkun inn í hversdagslegt annríki. Við höfum haldið kökuboð, árshátíð með einkar eftirminnilegum skemmtiatriðum, farið í vísindaferð og nú stendur til að ein úr okkar hópi fari á ljósmæðraráðstefnu í Litháen innan fárra daga frá því að þetta er ritað. Þessi vetur hefur verið lærdómsríkur og gefandi og okkur hlakkar mikið til að takast á við seinni hluta námstímans og kynnast í leiðinni fleiri ljósmæðrum á vettvangi. Systrum okkar sem nú eru að útskrifast þökkum við samfylgdina, veitta aðstoð, upplýsingar og þolinmæði um leið og við óskum þeim velfarnaðar í starfi.

Fylgjur skoðaðar í kennslu um 3ja stig fæðingar

Fjör á árshátið ljósmæðranema

Hópurinn með Kristbjörgu ljósmóður sem kennir um fylgjufæðingu.

Hvað gera Ljósurnar?

Deildin Ljósurnar hefur starfað í rúm sex ár. Stofnun hennar voru gerð nokkur skil í 1. tölublaði Ljósmæðrablaðsins 2006. Þetta er góður félagsskapur og hefur sennilega þjappað betur saman ljósmæðrum sem eru hættar störfum. Hópurinn er mjög stór og engan veginn þannig að náið samband sé við allar. Á póstlista eru yfir 200 ljósmæður og mörgum þykir vænt um að fá fundartilkynningu þó þær, vegna búsetu eða lasleika, geti ekki mætt á fundi. Stærsti hluti félaga er kominn á eftirlaun, en margir eru enn við ljósmóðurstörf.

Ljósurnar halda aðalfund og einn almennan fund á hverju ári. Á þeim fundum hefur gjarnan einhver fundarkvenna verið með upplestur eða áhugaverða frásögn. Fljótlega eftir stofnun deildarinnar kom fram áhugi á að fara saman í ferðalag. Í þessu var drifið, þetta er í raun áþreifanlegasta starfsemin og því við hæfi að segja frá ferðunum í stuttu máli.

Ferðir Ljósanna

Fyrsta ferðin var farin í byrjun júní árið 2007. Þá var ekið með rútu í Borgarnes, skoðað Landnámssetur og Skallagrímsgarð. Þaðan ekið upp í Borgarfjörð, yfir gömlu brúna á Hvítá, yfir Geldingadraga og niður í Hvalfjörð og þar snæddur dýrindis kvöldverður. Fararstjóri var formaður deildarinnar og hafði hún safnað saman ýmsum fróðleik um svæðið sem var miðlað gegnum hljóðnema í rútunni. Sá háttur hefur verið á síðan, til að fá menningaryfirbragð, að fararstjóri hverju sinni sé með fræðslu sem tengist svæðinu. Alls voru 27 Ljósur í þessari ferð sem þótti það vel heppnuð að vorferð er orðin að föstum lið.

Árið 2008 var farið í Stykkishólm, þá fóru 23 Ljósur með. Þar tók Elín Sigurðardóttir ljósmóðir á móti hópnum, fylgdi honum allan daginn og miðlaði fróðleik og skemmtisögum til okkar. Fararstjóra búsettan í Stykkishólmi fengum við einnig. Norska Húsið og Vatnasafn var skoðað. Einnig gafst frjáls tími til að

Ferðanefnd ásamt bílstjóra

Hópurinn á leið í Bása

Í Básum

Súpa á Selfossi

kíkja í búðir, gaman gaman! Kvöldverður snæddur á Narfeyrarstofu og var lengi í minnum haft hversu gott lambakjötið var þar. Það er nú svo að góður matur gleður mannsins hjarta.

Árið 2009 var Suðurland fyrir valinu. Allmargir merkisstaðir heimsóttir. Ekið um Vatnsleysuströnd, farið inn í Kálfatjarnarkirkju og Saltfisksetrið í Grindavík. Á þessum slóðum ólst Guðbergur Bergsson rithöfundur upp, sumar ljósmæður voru kunnugar þessum stað og gátu bætt ýmsu við sem fararstjórinn vissi ekki. Á Eyrarbakka var Húsið skoðað og Lýður Pálsson safnvörður fræddi hópinn. Það sem var sérstakt við Húsið á þessum tíma voru merki um snarpan jarðskjálfta árið áður og minjar um miklar skemmdir frá þeim tíma. Í Flóanum var farið í Tré og list = listasmiðja í Forsæti sem Ólafur Sigurjónsson og kona hans veita forstöðu. Fram kom hjá Ólafi að honum þætti afar ánægjulegt að taka á móti stórum hópi ljósmæðra og var með frásögn tengda þeirri stétt. Hjörtun í 40 ljósmæðrum tóku gleðihopp og ýmsar réttu betur úr sér.

Næsti viðkomustaður var í listasmiðju Svanborgar Egilsdóttur ljósmóður á Selfossi. Höfðinglegar móttökur þar og gullfallegir munir skoðaðir – og keyptir, ekki hægt að standast freistingar. Kvöldverður var snæddur í Rauða Húsinu. Allt afar gómsætt og þjónustan frábær. Ef til vill nutum við þess að þáverandi formaður LMFÍ þekkti vel til þarna og vakti athygli á hópnum sem var væntanlegur. Þó þarf það ekki að vera, staðurinn hefur verið þekktur fyrir góðan mat.

Ferðanefnd Ljósanna

Árið 2010 var ferðanefnd komin til skjalanna, áður hafði stjórn Ljósanna haft allan veg og vanda af ferðalögunum. Ferðanefndin hóf störf af kappi og ætlunin var að fara í Þórsmörk. Af því varð ekki, gos í Eyjafjallajökli sá til þess. En nefndin dó ekki ráðalaus, hún átti önnur plön í sínum handraða. Farið var um Hvalfjörð, Saurbæjarkirkja skoðuð undir leiðsögn prestsins og var þetta mjög áhugavert. Margar höfðu aldrei í þessa kirkju komið. Í Skorradal bauð ein nefndarkona upp á súpu og brauð í sumarbústað sínum. Svo var ekið um Borgarfjörð, komið að Deildartunguhver og í Reykholt. Kvöldverður snæddur í Fossatúni. Ferðafélagar voru 37.

Árið 2011 var farið í Básа við Þórsmörk. Aldrei fór það svo að við kæmumst ekki þangað. Nú var ferðanefndin svo snjöll að fá rútubílstjóra sem var lærður leiðsögumaður og kunni skil á öllu sem fyrir augu bar á þessari leið. Í upphafi var Nesjavallaleið ekin og jarðfræðifræðsla fylgdi með. Mjög sérstakt var að komast inn að Básum því afleiðingar gossins árið áður sáust víða, snjórinn grár og trjágróður víða rykugur því aska fýkur áfram þó gos sé hætt. Í Básum var farið í stuttar gönguferðir að vali hverrar og einnar. Þarna grillaði ferðanefnd ljúffengt lambakjöt og bar fram margskonar meðlæti. Metaðsókn var í þessari ferð, alls 44 Ljósur.

Á mörgum af þeim stöðum sem þessi ferðahópur hefur heimsótt hefur fólkinu á staðnum þótt mikið til þess koma að fá ljósmæður í heimsókn. Greinilega á sú stétt mikil ítök í hugum fólks. Þessar ferðir hafa verið mjög til gleði, en líka fróðlegar. Að sjálfsögðu er mikið spjallað, hefðbundinn rútubílasöngur hefur líka verið viðhafður, einkum á heimleið.

Miðdegiskaffi í Perlunni

Sú venja hefur skapast að hittast í Perlunni í miðdegiskaffi 1. miðvikudag hvers mánaðar. Sá misskilningur ríkir að þessi stund sé eingöngu fyrir Ljósurnar, en svo er ekki. Oft hafði verið imprað á því að eftir starfslok væri gaman fyrir ljósmæður að hitta fyrri starfsfélaga á kaffihúsi og halda þannig sambandi. Þetta kom til framkvæmda haustið 2005 og gafst vel. Mæting þarna er breytileg og þó langflestar tilheyri „Ljósunum“ koma stundum aðrar sem er mjög ánægjulegt.

Hvað gera Ljósurnar?

Það er nokkuð ljóst að þær gleðjast saman og viðhalda félagsanda sem er mikilvægur í hverju félagi. Við sem sendum þennan pistil frá okkur eigum þá von og trú að samheldni í Ljósudeildinni eigi þátt í að styrkja ímynd ljósmæðra. Nám ljósmæðra er gjörbreytt frá því sem var fyrir áratugum síðan eins og eðlilegt er í þróun. Það sem áður var má samt ekki gleymast, það er hluti af grunninum. Það er aðdáunarvert hvað mikil þekking og kraftur býr í ljósmóðurstéttinni og ef „Ljósurnar“ lifa áratugi í viðbót þá mun þessi kraftur væntanlega koma deildinni til góða.

Stjórn Ljósanna,
Anna, Ása, Inga, María og Þorgerður.

Málstofa í ljósmóðurfræði

Áhrif meðgöngu og fæðingar á kynlíf, óhefðbundnar meðferðir á meðgöngu og umönnun í sængurlegu voru meðal lokaverkefna sem kynnt voru á málstofu í ljósmóðurfræði sem var haldin í Eirbergi 18. maí síðastliðinn. Lokaverkefnin voru fjölbreytt að vanda og spönnuðu allt barneignarferlið. Að þessu sinni útskrifast níu ljósmæður með embættispróf í ljósmóðurfræði og þrjár ljósmæður ljúka meistaranámi í ljósmóðurfræði. Að loknum kynningum á lokaverkefnum var samfagnað með nýjum ljósmæðrum í Eirbergi. Við óskum nýútskrifuðum ljósmæðrum innilega til hamingju með áfangann og bjóðum þær velkomnar í stéttina.

Verkefni til embættisprófs í ljósmóðurfræði

Nemandi	Heiti verkefnis	Leiðbeinandi
Hilda Friðfinnsdóttir Edda Sveinsdóttir	„Því ég var bara alltaf svo þreytt.“ Áhrif meðgöngu og fæðingar á kynlíf íslenskra kvenna	Sóley S. Bender
Signý Dóra Harðardóttir Elísabet Ósk Vigfúsdóttir	Viðhorf og þekking ljósmæðra til verkjameðferða í eðlilegri fæðingu	Helga Gottfreðsdóttir Árdís Ólafsdóttir
Guðrún Ásta Gísladóttir	Proactive support of labor – The challenge of normal childbirth: meðferðin, áhrif, árangur	Anna Sigríður Vernharðsdóttir
Jóhanna Ólafsdóttir	Umönnun í sængurlegu –Reynsla og viðhorf kvenna	Hildur Sigurðardóttir
Jóna Björk Indriðadóttir	Belgjalosun	Valgerður Lísa Sigurðardóttir
Margrét Unnur Sigtryggsdóttir	Óhefðbundnar meðferðir á meðgöngu – Viðhorf og notkun meðal ljósmæðra í meðgönguvernd	Helga Gottfreðsdóttir
Sigrún Ingvarsdóttir	Þekking og viðhorf ljósmæðra til fósturskimana	Helga Gottfreðsdóttir Hildur Kristjánsdóttir
Súsanna Kristín Knútsdóttir	Lifrarbólga C og HIV á meðgöngu og í fæðingu	Anna Sigríður Vernharðsdóttir

Verkefni til meistaraprófs

Nemandi	Heiti verkefnis	Leiðbeinandi
Björg Sigurðardóttir	Þekking og reynsla ljósmæðra af axlarklemmu í fæðingu	Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Kristín Rut Haraldsdóttir	Tíðni fósturláta, afdrif meðgöngu og meðferð við legvatnsástungu og fylgjusýnatöku	Helga Gottfreðsdóttir Reynir Tómas Geirsson
Sigrún Kristjánsdóttir	Er öruggt að fæða í heimabyggð? Útkoma úr fæðingum á Heilbrigðisstofnun Suðurlands árið 2010	Ólöf Ásta Ólafsdóttir Elín Díanna Gunnarsdóttir

Hilda og Sigrún

Útskriftarhópurinn

Sól og heilsa ehf

SUCO BLOC

SucoBloc pillurnar
hindra að líkaminn
taki upp sykurinn og
kolvetnið í fæðunni
og koma í
veg fyrir að
það verði
að fitu

Betri apotekin og Maður lifandi www.sologheilsa.is

Barn er oss fætt

Fæðingarsaga

Árið 1977 var ég ráðinn vélgæslumaður við Mjólkárvirkjun. Því fylgdi að við fjölskyldan þurftum að flytja vestur en við bjuggum austur á Norðfirði. Fjölskyldan samanstóð þá af undirrituðum, Hafdísi Jónsdóttur, konunni minni og dætrum okkar tveimur, Guðnýju og Siggu. Guðný, sú eldri, var átta ára en Sigga fjögurra ára. Auk þess átti Hafdís von á barni.

Ég fór einn vestur og byrjaði að vinna við vélgæsluna 1. september. Þær mæðgur urðu eftir heima því það þurfti að mála og standsetja íbúðina okkar og svo að flytja búslóðina. Svo var ætlunin að Hafdís kæmi vestur og gengi frá í húsinu og færi svo austur aftur, fæddi barnið og kæmi svo vestur með dæturnar og nýja barnið að því loknu. Tíminn frá því að ég kom vestur og þar til Hafdís kom var alls ekki tíðindalaus því þá stóð verkfall opinberra starfsmanna yfir og manni fannst einangrunin þarna í Arnarfirðinum enn meiri en annars því útvarpið sendi ekki út. Svo kom búslóðin í tveimur gámum. Hafdís kom vestur þegar lokið var við að mála. Ég var þá búinn að taka út úr gámunum. Nú var farið að raða upp húsgögnum, eldhúsið var tekið í brúk og þetta var farið að líkjast heimili. Þarna var komið fram í miðjan október.

Daginn áður en Hafdís ætlaði austur aftur skruppum við á Ísafjörð því okkur vantaði ýmislegt smálegt til heimilisins. Á leiðinni til baka var farin Breiðadalsheiði eins og leið lá þá. Þegar við komum í kinnina vestan í heiðinni voru fallin þar tvö snjóflóð á veginn. Þá var ekki annað að gera en að snúa aftur til Ísafjarðar en þegar átti að snúa við féll flóð aftan við okkur. Nú voru góð ráð dýr. Ekki var gæfulegt að stoppa þarna í kinninni og bíða eftir næsta flóði en við könnun á flóðinu framan við okkur kom í ljós að það var nógu þétt til að hægt væri að keyra á snjónum. Var nú bílnum beitt á flóðin. Það fyrra var nokkuð bratt en ekki langt og stefndi ég bílnum upp að brekkunni meðan hann var að komast upp en beygði svo niður á veginn þegar niður hallaði. Næsta flóð var nokkuð breiðara en náði varla út á kant. Það gekk á ýmsu meðan farið var yfir en það tókst og var nú sprett úr spori það sem eftir var af kinninni.

Daginn eftir átti svo að fara til Þingeyrar með Hafdísi í flugið. Og jú það var farið til Þingeyrar en í öðrum erindum. Skömmu áður en lagt skyldi í hann missti Hafdís vatnið. Barnið vildi semsagt komast út. Ekki veit ég hvort hristingurinn í heiðarkinninni daginn áður olli því en hvað um það nú þurfti að hafa hraðann á. Kári og Erna, stöðvarstjórahjónin, höfðu skroppið á Ísafjörð og þar sem Erna er hjúkrunarfræðingur hefði verið gott að hafa hana við hendina.

Mæðgur á göngu.

Hringt var til Þingeyrar í Sjúkraskýlið, eins og heilsugæslustöðin þar hét þá. Okkur var sagt að koma. Ljósmóðir og læknir yrðu til staðar. Svo var lagt af stað. Ekið var eins hratt og vegur leyfði. Út hjá Gljúfurá missti Hafdís það sem eftir var af vatninu. Hún var þá flutt úr framsæti í aftursæti og haldið áfram. Ég held að aldrei hafi mér þótt leiðin yfir Hrafnseyrarheiði jafn löng. Ég vonaðist til að mæta Ernu og Kára en sú von rættist ekki. Ég var nógu kunnugur á Þingeyri til að vita hvar sjúkraskýlið var og fór beint þangað. Þegar inn kom var tekið á móti okkur af ungum manni sem reyndist vera læknir og ungri stúlku sem ég hélt að væri ljósmóðirin. Og ég verð að játa að ekki leist mér á liðið. Hafdís var lögð í rúm og ég heyrði að talað var um að Bogga hlyti að fara að koma. Og svo kom Bogga. Það var nefnilega ljósmóðirin. Hún var kona á miðjum aldri og frá henni streymdi eitthvað öryggi og fumleysi sem gerði það að verkum að mér hvarf allur órói á stundinni.

Ljósmóðirin tók eitthvað af áhöldum upp úr tösku sinni og gerði klárt fyrir fæðinguna. „Hvernig er það, er ekki til kaffi hérna?“ spurði hún. Stúlkan kom með kaffibolla handa henni og annan handa mér. Læknirinn fór fram á það að hann fengi að vera viðstaddur fæðinguna en það hafði hann aldrei verið áður. Þegar það leyfi var fengið lét hann sig hverfa. Þegar allt var klárt sneri Bogga sé að mér og sagði: „Ég geri ráð fyrir að þú sért faðirinn.“ Ég varð að gangast við því. „Og ætlar þú að vera viðstaddur fæðinguna?“ spurði hún og í röddinni var háðshreimur. „Nei ég hafði ekki uppi neinar kröfur um það.“ „Það var gott, annars hefði ég orðið að henda þér út,“ sagði hún. Ég lufsaðist nú út úr stofunni en Bogga kallaði á eftir mér að ég þyrfti ekki að fara alveg strax. Þarna sátum við fram eftir kvöldi en barnið lét bíða eftir sér. Svo var mér boðið að leggja mig. Mér var vísað á rúm inni í sjúkrastofu og háttaði ég ofan í það. Og svo hafði fas ljósu haft róandi áhrif á mig að ég steinsofnaði á stundinni.

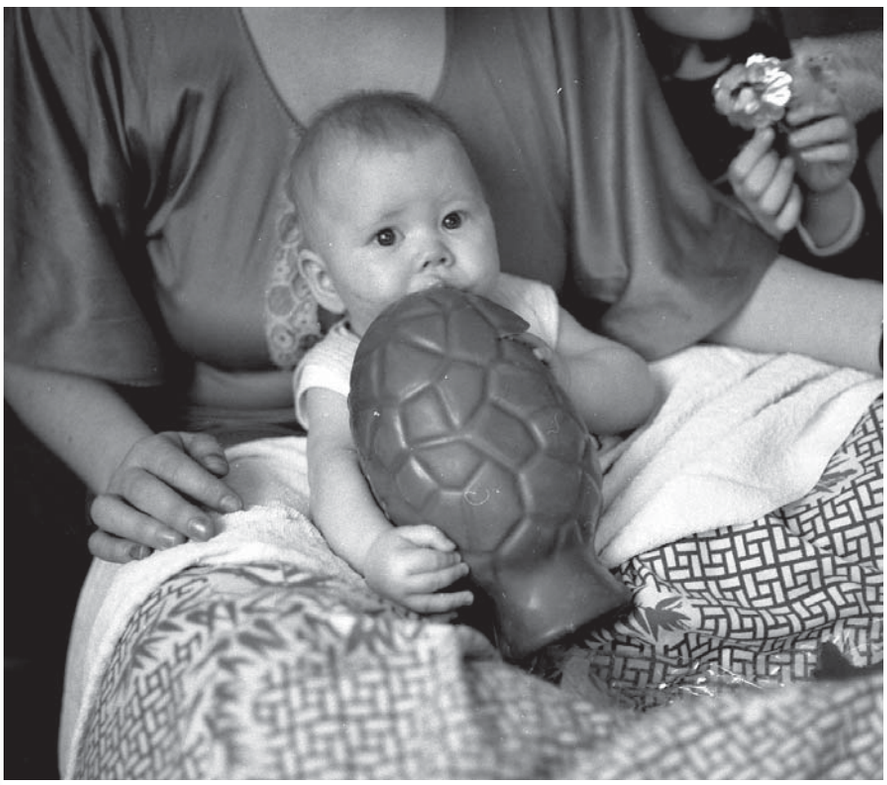
Ekki hafði ég lengi sofið þegar ég var vakinn og tilkynnt að nú ætti ég nýja dóttur.

Þegar kom fram í fæðingastofuna var verið að ljúka við að þvo stelpunni og leggja hana í vöggu. Búið var að taka fram hitakassa til að hafa barnið í því það var fætt þremur vikum fyrir tímann og því talið vissara að halda vel á því hita. En kassinn hitnaði ekki. Ég var nú settur í að athuga kassann. Þegar ég hafði skrúfað plötu ofan af rafkerfinu kom í ljós að skrúfa hafði losnað og einn vírinn farið úr sambandi. Skrúfan fannst og vírinn var tengdur og nú hitnaði kassinn.

Ég fékk nú hlutverk. Var settur í að passa kassann og barnið. Þarna sat ég og horfðist í augu við nýfædda dóttur mína gegnum glervegg kassans og fylgdist með hitamæli. Þegar ljóst þótti að hitastilli kassans ynni eins og til var ætlast var mér tilkynnt að nú væri ég óþarfur og lagði ég þá af stað heim í Mjólká.

Stjörnubjart var og fagurt þegar ég ók yfir Hrafnseyrarheiði. Tvær þotur frá varnarliðinu flugu lágt yfir fjöllin með blikkandi ljós í stélinu og nágranninn í vestri; grænlenska útvarpið, spilaði dönsk dægurlög. Heim kominn hringdi ég í ömmurnar fyrir austan og tilkynnti fjölgun í fjölskyldunni og fór svo að sofa.

Jóhann Zoëga



Barnið farið að þroskast og komnir páskar

Nýr vefstjóri

Ljósmóðurfélag Íslands hefur ráðið nýjan vefstjóra fyrir félagið og ljosmodir.is, Signýju Dóru Harðardóttur ljósmóður. Ritnefndin vildi forvitnast aðeins um hana og kynna hana fyrir félagsmönnum.

Hvað getur þú sagt okkur um þig?

Ég er fædd í Reykjavík, 17. júlí 1978. Fyrstu tvö árin bjó ég með fjölskyldunni í Mývatnssveit en eftir það fluttumst við til Hafnarfjarðar þar sem ég ólst upp og hef búið þar síðan. Átján ára ákvað ég að skoða heiminn aðeins og fór sem au-pair til Michigan í Bandaríkjunum, þar var ég í eitt ár að gæta þriggja barna.

Núna bý ég í húsinu þar sem mamma og pabbi leigðu kjallaraíbúð í þegar ég var fimm ára. Ég er gift Ingva Þór Markússyni og eigum við saman þrjár dætur, Önnu Maríu 12 ára, Birnu Margréti 8 ára og Emelíu Guðbjörgu 4ra ára.

Hvenær útskrifaðist þú sem hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir?

Ég útskrifaðist sem hjúkrunarfræðingur í febrúar 2006 og mun útskrifast sem ljósmóðir nú í júní.

Hvar hefur þú starfað?

Með hjúkrunarnáminu vann ég á Sólvangi í Hafnarfirði þar sem ég flakkaði á milli deilda.

Signý Dóra Harðardóttir, nýr vefstjóri fyrir ljosmodir.is

Eftir útskrift hef ég lengst af starfað á lyflækningadeild St. Jósefsspítala í Hafnarfirði. Árið 2007 bauðst mér starf í einkageiranum þar sem ég starfaði í tæpt ár við heilsufarsskoðanir og ráðgjöf í fyrirtækjum og stofnunum. Á þeim tíma var ég barnshafandi og að fæðingarorlofi loknu ákvað ég að fara aftur í vaktavinnu á St. Jósefsspítala. Þar starfaði ég með ljósmæðranáminu þar til sjúkrahúsinu var lokað 30. nóvember 2011. Þá lá leið mín á hjarta- og lungnaskurðdeild þar sem ég er að ljúka störfum og mun svo starfa á fæðingargangi og í áhættumæðraverndinni á LSH í sumar.

Megum við eiga von á einhverjum breytingum á vef Ljósmæðrafélagsins og ljosmodir.is?

Vefsíða Ljósmæðrafélagsins er frekar óvirk í dag svo stefnan er að yfirfara efni og upplýsingar sem getur gagnast ljósmæðrum og setja inn á síðuna. Ég hef einnig verið að hugsa um leiðir fyrir ljósmæður til að hafa áhrif, til dæmis með lokuðu spjalli eða fyrirspurnakerfi.

Varðandi ljosmodir.is er stefnan að halda áfram því góða starfi sem þar hefur verið unnið og ef til vill að bæta inn smá fréttum eða greinum, til dæmis um nýjungar, og hafa síðuna lifandi.

Hver er framtíðarsýn þín í þessu nýja starfi sem vefstjóri fyrir Ljósmóðurfélagið og ljosmodir.is?

Framtíðarsýn mín varðandi síðurnar er svolítið í takt við breytingarnar sem ég talaði um hér að ofan. Halda áfram að efla gott starf á ljosmodir.is og varðandi félagssíðuna finnst mér aðalatriðið vera að hún komi ljósmæðrum að góðum notum í starfi og tengi þær við félagið.

Skýrsla stjórnar Ljósmæðrafélags Íslands

Stjórnarfundir

Haldnir hafa verið 18 stjórnarfundir frá síðasta aðalfundi og eru þeir að meðaltali haldnir á tveggja vikna fresti. Þessir 11 mánuðir sem ég hef setið sem formaður hefur að mestu verið tími aðlögunar og mikill tími farið í að feta nýja slóðir í nýju starfi. Vil ég þakka stjórninni sérstaklega sem og Guðlaugu Einarsdóttur, fyrrverandi formanni, fyrir ómetanlegan stuðning í nýja starfinu. Komið hafa erfiðir tímar sem reynt hefur á, sérstaklega vil ég nefna kjarasamningagerðina sl. vor. Umhverfi kjaraviðræðna er flókið og tekur langan tíma að setja sig inn í það. Þegar semja á fyrir heilan hóp getur ábyrgðartilfinningin verið yfirþyrmandi og var það í raun fyrir mig. Ég var hrædd um að bregðast trausti ykkar og valda vonbrigðum. Í raun hrædd við að mistakast.

Vorið einkenndist af kjarafundum þar sem fundað var stíft með samninganefnd ríkisins. Samstarfið við BHM gekk mjög vel og var það mikill styrkur og stuðningur að geta leitað til reyndari manna í kjaraviðræðunum. Allt fór þó vel að lokum með góðra manna hjálp.

Markmiðið var að ná til baka tæplega 10% kaupmáttarskerðingu sem varð á árunum 2009–2010, en ljóst þykir að því markmiði hefur ekki verið náð. Lítil þátttaka varð í netkosningu um kjarasamninginn og hefur það kannski einkennt árið 2011 hve dauft er yfir fólki. Það á ekki bara við um ljósmæður heldur almennt í samfélaginu. Fólk á ekki mikla orku inni nema til að sinna sínum venjubundnu störfum. Félagið hefur ekki farið varhluta af því þar sem frekar fámennt hefur verið á félagsfundum hjá félaginu.

Breytingar í stjórn

Sú breyting varð á stjórn félagsins á vormánuðum 2011 að Helga Sigurðardóttir varaformaður fór úr stjórn eftir að hafa setið þar farsællega í þrjú ár. Hún fór til annarra starfa. Í stað hennar kom Guðrún Gunnlaugsdóttir sem kosin var inn sem vararitari en fyllti í skarð Helgu sem varaformaður. Einnig kom ný inn í stjórn, Björg Sigurðardóttir, sem sat í kjaranefnd. Hún kom inn í stað Jónínu Birgisdóttur, meðstjórnanda og formann kjaranefndar, sem einnig fór til nýrra starfa.

Starfandi sex manna stjórn fékk umboð til starfa á félagsfundi sem haldinn var 9. júní sl. þar sem samþykkt var að stjórnin sæti með sex manns innanborðs í stað sjö til næsta aðalfundar.

Kynning á nýrri stjórn og nýjum formanni LMFÍ

Til að kynna nýja stjórn fór formaður á alla stærstu vinnustaði ljósmæðra á landsbyggðinni, venjulega í fylgd eins úr stjórninni. Keyrt var á Selfoss, Akranes og Reykjanesbæ en flogið til Akureyrar, á Ísafjörð og í Neskaupsstað. Það var ótrúlega gaman og gott var fyrir mig sem nýjan formann að sjá aðstöðuna sem nýjum fjölskyldum er boðið upp á úti á landi og eins að sjá vinnuaðstöðu ljósmæðra á hverjum stað. Sammerkt með nær öllum ljósmæðrunum voru áhyggjur af þróun ljósmæðraþjónustu og uggur um starfsöryggi sitt. Einnig ótti um hag fólks á barneignaraldri á hverjum stað og þróun byggðar í landinu.

Arfur til handa ljósmæðrum

Ljósmæðrafélagið heldur áfram að styrkja rannsóknir og nýjungar í ljósmóðurfræðinni í gegnum rannsóknar- og þróunarsjóð félagsins og voru styrkvilyrði veitt upp á rúmlega tvær milljónir á síðasta ári. Nýr sjóður mun líta dagsins ljós á árinu 2012 og gera okkur kleift að styrkja ljósmæður enn frekar til sí- og endurmenntunar.

Á haustmánuðum 2011 lést Jóhanna Friðmey Hrafnfjörð ljósmóðir. Við andlát sitt eftirlét hún Ljósmæðrafélaginu íbúð sína að Ásvallagötu 25 í Reykjavík. Langar mig að minnast hennar með nokkrum orðum. Jóhanna fæddist að Hrafnsfjarðareyri í Norður-Ísafjarðarsýslu árið 1925. Ljósmæðrapróf fékk hún frá Ljósmæðraskóla Íslands LMSÍ 1947. Eftir útskrift starfaði hún sem ljósmóðir á Patreksfirði í eitt ár. Eftir stutta dvöl fyrir vestan kom hún í höfuðstaðinn og var aðstoðarljósmóðir á Landspítala fæðingardeild í fimm ár (1948-1953). Hún stofnaði fæðingarheimili í Kópavogi á heimili sínu árið 1958 og rak það til ársins 1969 eða í 11 ár. Þar fæddust rúmlega 1.600 börn. Jóhanna var tvígift en barnlaus og arfleiðir Ljósmæðrafélagið eins og fyrr segir, að andvirði íbúðar sinnar og ósk hennar er sú að það gangi í að stofna minningarsjóð í hennar nafni. Ákveðið hefur verið að sjóðurinn beri nafnið Minningarsjóðurinn. Sjóðanefnd félagsins hefur verið falið að útbúa nýja skipulagsskrá og úthlutunarreglur fyrir þennan nýja sjóð.

Málsókn

Sú staða kom upp sl. haust eftir töluvert langan aðdraganda að Ljósmæðrafélagið tók þá afstöðu að ekki yrði annað hægt en að styðja tvær ljósmæður í málaferlum vegna niðurlagningar á störfum þeirra. Ekki náðist sátt við vinnuveitenda þeirra um hvernig staðið skyldi löglega sem og

Esther formaður og Margrét fundarstjóri undirbúa kynningu á lagabreytingum.

Ásta Hlín, Jóhanna og Inga Sigga.

sómasamlega að þessum aðgerðum. Þrátt fyrir mikil samskipti LMFÍ í samráði við lögmann BHM við viðkomandi stofnun og yfirmann hennar varð sáttaleiðin ekki fær. Leitaði LMFÍ því til utanaðkomandi lögfræðinga á lögfræðistofunni Mandat að fengnu áliti lögfræðings BHM. Stjórnin var sammála um að standa vörð um réttindi ljósmæðra því eins og segir í lögum félagsins í 2. gr. er markmið félagsins að gæta hagsmuna og réttinda ljósmæðra varðandi starf þeirra og kjör. Dómsmál eru kostnaðarsöm og mun kostnaður við þessi dómsmál verða tekinn úr varasjóði félagsins. Dóms í máli ljósmæðranna er að vænta í vor/sumar 2012.

Naflaskoðun LMFÍ

Á aðalfundi 2009 var ákveðið að stofna fjóra hópa til að skoða innviði félagsins lagahóp, faghóp, kjarahóp og hóp til að skoða starfsreglur innan félagsins. Lifandi stéttarfélag í stöðugri þróun þarf reglulega að leita inn á við. Skoða hverju má breyta og hvað má laga til að gera starfsemina enn betri. Það var tilgangurinn með vinnu hópanna. Haldnir voru tveir félagsfundir til að ræða niðurstöður þeirra, einn fyrir jól og annar eftir áramót. Faghópur og kjarahópur skiluðu áliti sínu fyrir áramót og tillögur þeirra voru ræddar á félagsfundi 30. nóvember sem og tillögur hinna hópanna. Haldinn var annar félagsfundur eftir áramót þar sem stjórn og áhugasamir félagsmenn komu saman til að ræða breytingu á lögum og starfsreglum LMFÍ. Mikil vinna fór í að yfirfara lög félagsins og þungi þeirra vinnu lá hjá lagahópnum. Stjórnin tók svo að sér að lesa yfir drögin að lögunum og gera lagfæringar. Síðast en ekki síst fór lögfræðingur BHM, Erna Guðmundsdóttir, yfir drögin og kom með gagnlegar ábendingar. Drögin að þeim lögum eru sett fram hér á þessum aðalfundi.

Drög að verklagi eða starfsreglum innan félagsins hefur verklagshópurinn skilað en töluverða vinnu á eftir að inna af hendi svo að handbók félagsins geti litið dagsins ljós. Þar er að mörgu að huga í vaxandi félagi og mikilvægt að vanda vel til verka. Þrátt fyrir misjafna sýn á hlutina er nauðsynlegt að sameiginleg niðurstaða fáist sem er farsæl og sanngjörn fyrir allar ljósmæður sem koma að vinnu fyrir félagið. Sú vinna heldur áfram í stjórn félagsins á næsta starfsári.

Þakkir

Að öllum öðrum ólöstuðum vil ég þakka þeim Ólafíu Guðmundsdóttur, Steinunni Blöndal og Söru Björk Hauksdóttur í lagahópnum. Eins Ástþóru Kristinsdóttur, Helgu Sigurðardóttur og Elínu Hjartardóttur í hópnum um starfshætti félagsins.

Helga Sigurðardóttir fór úr stjórn á vormánuðum til annarra starfa og vil ég þakka henni fyrir vel unnin störf. Einnig vil ég þakka Jónínu Birgisdóttur, sem einnig hvarf til annarra starfa, fyrir góð störf í þágu félagsins bæði í stjórn og sem formaður kjaranefndar.

Anna Sigríður Vernharðsdóttir hætti 1. maí sl. sem vefstjóri ljosmodir.is. Hún og ljósusystur hennar áttu hugmyndina að síðunni og gáfu félaginu síðuna á sínum tíma. Vefsíðan ljosmodir.is hefur svo sannarlega vaxið og dafnað í hennar umsjón og vil ég þakka Önnu Siggu mikið brautryðjendastarf. Vefurinn er mikilvægt tæki til að láta rödd ljósmæðra heyrast í samfélaginu. Hugmyndin er að auglýsa eftir nýjum vefstjóra sem myndi vefstýra bæði heimasíðu félagsins sem og ljosmodir.is.

Einnig mun Brynja Helgadóttir ljósmóðir hætta á skrifstofu félagsins og vil ég sérstaklega þakka henni fyrir gott samstarf.

Í nýju lögunum segir að Fylgjan, handbók ljósmæðra, verði undir handraða og stjórn ritnefndar Ljósmæðrafélagsins en það er nýtt hlutverk sem sú nefnd tekur að sér. Vil ég nota tækifærið og þakka Elínborgu Jónsdóttur ritstjóra innilega fyrir einlægan áhuga á vexti Fylgjunnar öll þessi ár.

Eins og oft er á aðalfundum verða breytingar í nefndum og stjórn. Vil ég þakka Guðrúnu Gunnlaugsdóttur fráfarandi varaformanni og Jenný Ingu Eiðsdóttur fráfarandi varagjaldkera fyrir lærdómsríka og skemmtilega nærveru þetta síðasta ár.

Fyrir hönd stjórnar LMFÍ,
Esther Ósk Ármannsdóttir formaður

Matur er aldrei langt undan þegar ljósmæður hittast.

Stjórn og nefndir Ljósmæðrafélags Íslands starfsárið 2012 til 2013

Stjórn:
Esther Ósk Ármannsdóttir formaður
S:861 6855 formadur@ljosmodir.is

Anna Eðvaldsdóttir varaformaður
S: 894 0433 annaljosa@gmail.com

Jóhanna Skúladóttir ritari
S: 897 1335 johskuladottir@simnet.is

Ásta Hlín Ólafsdóttir vararitari
S: 867 1511 asta.hlin@hotmail.com

Inga Sigríður Árnadóttir gjaldkeri
S: 866 1451 gegga@hotmail.com

Hafdís Ólafsdóttir varagjaldkeri
S: 695 8663 hafdisol@gmail.com

Björg Sigurðardóttir meðstjórnandi
S: 894 4649 bjorg@hss.is

Ritnefnd:
Hrafnhildur Ólafsdóttir ritstjóri
S: 846 1576 hrafno@internet.is

Ásrún Ösp Jónsdóttir
S: 866 8198 asrun@yahoo.com

Stefanía Guðmundsdóttir
S: 869 9975 stefania@thorlacius.com

Helga Gottfreðsdóttir
S: 663 2968 helgagot@hi.is

Berglind Hálfdánsdóttir
S: 821 2508 bugsy@internet.is

Ingibjörg Hreiðarsdóttir
S: 822 0841 ingibjorghre@simnet.is

Ingibjörg Eiríksdóttir
S: 698 8610 ingibjorgei@simnet.is

Kjaranefnd:
Björg Sigurðardóttir formaður
S: 894 4649 bjorg@hss.is

Guðrún Fema Ágústsdóttir
S: 849 9923 femaa@hotmail.com

Guðrún Kormáksdóttir
S: 864 6995 gudrunk@hsu.is

Ragnheiður Bachmann
S: 691 0417
ragnheidur.bachmann@mm.hg.is
Formaður LMFÍ

Fræðslunefnd:
Hanna Rut Jónsdóttir formaður
S: 698 3637 hannadagga@hotmail.com

Bergrún Svava Jónsdóttir
S: 696 0888 bergrunjons@hotmail.com

Sveinbjörg Brynjólfsdóttir
S: 821 6417 sveinbjb@landspitali.is

Brynja Pála Helgadóttir
S: 691 0864 brynja@simnet.is

Guðrún Gunnlaugsdóttir
S:895 1296 guoljosa@gmail.com

Sjóðanefnd:
Gréta Rún Árnadóttir
S: 896 5504 gretarunarna@gmail.com

Greta Matthíasdóttir
S: 696 5087 greta@makker.is

Margrét Guðmundsdóttir
S: 690 2570 margreg@landspitali.is
Formaður LMFÍ
Gjaldkeri LMFÍ

Kjörnefnd:
Margrét Guðmundsdóttir formaður
S: 690 2570 margmar@internet.is

Hallfríður Kristín Jónsdóttir
S: 861 9967 fridaljosa@gmail.com

Helga Sóley Torfadóttir
S: 860 1967 helgastorfa@simnet.is

Siðanefnd:
Anna Rut Sverrisdóttir
S: 860 0185 annarutljosa@gmail.com

Birna Gerður Jónsdóttir
S: 821 4652 birnagj@landspitali.is

Guðrún Halldórsdóttir
S: 690 6385 hgbit@simnet.is

NJF:
Hildur Kristjánsdóttir
S: 557 1591 hildurkr@simnet.is
Fulltrúi úr stjórn

Skoðunarmenn:
Ingunn Vattnes Jónsdóttir
Hilda Friðfinnsdóttir

Aðaltrúnaðarmaður:
Guðrún Sigríður Ólafsdóttir
S: 847 2543 gso72@hotmail.com

Norðurlandsamtök ljósmæðra (NJF)

Stjórnarfundur Norðurlandsamtaka ljósmæðra (NJF) var haldinn í Stokkhólmi 28. maí 2011. Fundinn sátu að þessu sinni fulltrúar allra Norðurlandanna og var hann haldinn í höfuðstöðvum sænska ljósmæðrafélagsins. Hildur Kristjánsdóttir, forseti NJF, sótti fundinn fyrir Íslands hönd.

Sænska ljósmæðrafélagið hafði dagana á undan haldið veglega 2ja daga ráðstefnu í tilefni af 300 ára afmæli ljósmæðramenntunar í Svíþjóð og 125 ára afmæli félagsins. Í ráðstefnulok var stjórnarmeðlimum boðið til veglegrar veislu. Allnokkrar íslenskar ljósmæður tóku þátt í þessari ráðstefnu og voru með erindi þar.

Ingela Wiklund, formaður sænska ljósmæðrafélagsins, bauð fundargesti velkomna og síðan tók forseti samtakanna og fundarstjóri við fundinum. Fundarmenn kynntu sig stuttlega. Að því loknu var gengið til hefðbundinnar dagskrár sem fólst meðal annars í; samþykkt fundarboðunar, vali á fundarritara og samþykkt og undirskrift fundargerðar síðasta fundar sem var haldinn í Kaupmannahöfn 2-3. júní 2011. Forseti samtakanna flutti skýrslu sína og póstlisti stjórnarmeðlima var uppfærður.

Í ljósi samþykktar stjórnar frá 2010 og þess að aðeins var einn dagur til fundarsetu var ákveðið að tími hvers lands til þess að fjalla um helstu mál síns félags yrði verulega styttur og höfðu stjórnarmeðlimir verið hvattir til þess að kynna sér skýrslur landanna fyrirfram. Lögð var áhersla á að kynna í örstuttu máli það helsta sem fulltrúi hvers lands vildi ræða, en fyrst og fremst að svara fyrirspurnum um innihald skýrslnanna.

Hér á eftir verður stiklað á stóru úr skýrslum landanna og umræðum um þær og bent á að skýrslur landanna eru til á skrifstofu félagsins og félagsmenn geta nálgast þær þar.

Danmörk

Fjöldi félaga jókst aðeins á starfsárinu þar sem nýútskrifaðar ljósmæður eru fleiri en þær sem hætta. Áhyggjuefni er að margar nýútskrifaðar ljósmæður fá ekki vinnu og upplifa að nám þeirra hafi verið til einskis. Félagið er áhyggjufullt yfir þessari þróun og lítur á þetta sem eitt stærsta verkefni sitt núna. Margar þessara ljósmæðra hafa fengið vinnu í nágrannalöndunum en aðrar hafa einnig farið til Englands og Ástralíu og Nýja-Sjálands. Það jákvæða er að svo virðist

Hildur Kristjánsdóttir ljósmóðir, forseti NJF og verkefnisstjóri hjá embætti Landlæknis

sem starfssvið ljósmæðra sé nú víðara og sem dæmi starfa æ fleiri ljósmæður nú á sængurkvennadeildum en áður.

Danskar ljósmæður hafa ekki farið varhluta af heimskreppunni og sökum þess hvernig atvinnuástandið er í stéttinni hafa allmargar ljósmæður misst vinnuna, margar hafa samþykkt allskyns vinnuskilyrði sem ekki endilega samræmast kjarasamningum, eins og til dæmis að fá ekki fastráðningu og sumar fá bara vinnu frá degi til dags. Þetta skapar mikið óöryggi innan stéttarinnar, líka hjá þeim sem eru með fastráðningu, og hefur áhrif á nýliðun og atvinnuþátttöku nýútskrifaðra ljósmæðra, eins og áður hefur verið vikið að.

Ljósmæður hafa áhyggjur af því að ekki hefur tekist að innleiða klínískar leiðbeiningar um umönnun kvenna í barneignarferli nema að takmörkuðu leyti. Rannsóknir hafa sýnt að ákveðin atriði eins og blóðprufur og skimanir eru framkvæmdar á ákveðnum tíma á meðgöngunni og virðist sá þáttur hafa verið innleiddur að mestu leyti. Atriði eins og framboð á foreldrafræðslu er lélegt, ekki hefur tekist að tryggja samfellu í þjónustu ljósmæðra til kvenna í virkri fæðingu og engin eða léleg eftirfylgd er til sængurkvenna sem útskrifast snemma og hefur hlutfall endurinnlagna þeirra aukist verulega.

Önnur áhrif kreppunnar eru að erfitt er fyrir ljósmæður að fara í framhaldsnám þar sem nánast engir styrkir eru í boði til þess. Þrýstingur er á að ljósmæður útskrifist með faglega meistaragráðu í sparnaðarskyni og það gæti veitt þeim inngöngu í framhaldsnám í Svíþjóð til dæmis, en Ljósmæðrafélagið vill frekar að þær fái kandidatsgráðu (120 ECTS) í ljósmóðurfræðum.

Finnland

Félagar í Ljósmæðrafélagi Finnlands eru nú rúmlega 4100 og atvinnuleysi er nú lítið. Félagið hefur hvatt ötullega til þess að leiðbeiningar um meðgönguvernd verði gerðar í Finnlandi og er sú vinna loksins hafin. Á árinu voru gefnar út gagnreyndar leiðbeiningar um aðferðir ljósmæðra til þess að koma í veg fyrir og/eða draga verulega úr 3ju og 4ju gráðu rifum.

Nú eru starfandi 31 fæðingardeild í landinu og gert er ráð fyrir að fimm svokallaðar sérfræðieiningar verði starfræktar. Þetta mun auka enn á ójöfnuð í þjónustu að mati félagsins.

Árið 2009 fæddust 60794 börn í Finnlandi sem er nær 2ja% aukning frá árinu áður. Meðalaldur fæðandi kvenna var þetta ár 30.1 ár og hlutfall kvenna 35 ára og eldri 18,7%. Þriðja hver kona var með líkamsþyngdarstuðul 25 eða hærri (ofþyngd) í upphafi meðgöngu og 12% voru með 30 eða hærri (offita). Hlutfall kvenna sem reykir á meðgöngu er mjög hátt eða 15%.

Meira um tölfræðilegar upplýsingar frá Finnlandi 2009 má finna á slóðinni: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr26_10.pdf

Færeyjar

Meðlimir félagsins eru nú 25 ljósmæður. Á árinu náðu þær agnarlitlum árangri hvað varðar launahækkun eða 1% hækkun launa. Skýr skilaboð voru um að ekki næðist hærri upphæð og hefur félagið lagt þungann í að fá stytta vinnuviku úr 40 stundum í 35 stundir.

wCOSMIC rafræn sjúkraskrá var tekin í notkun í Færeyjum 2009 og átti að gera úttekt á henni 2011. Ljósmæður hafa enn ekki fengið meðgöngu- og fæðingarhluta kerfisins sem er til og vegna efnahagsástandsins eru þær ekki bjartsýnar á að það verði í bráð.

Atvinnuleysi er nokkuð meðal ljósmæðra og sem dæmi sóttu 20 um afleysingastörf í sumar, sem yfirleitt örfáir sækja um.

Ísland

Vísað er til skýrslu formanns LMFÍ frá aðalfundi félagsins. Sérstaklega var rætt um fækkun fæðingarstaða og fyrirhugaðar

breytingar á heimaþjónustu ljósmæðra. Einnig var talsvert rætt um atvinnuleysi meðal ljósmæðra og áhyggjur af því að tapa nýútskrifuðum ljósmæðrum í önnur störf vegna þessa.

Noregur

Eins og áður fer mikill tími norska ljósmæðrafélagsins í gerð kjarasamninga þar sem samið er beint um laun á hverri einustu starfsstöð. Þetta er mjög krefjandi og krefst mikils af trúnaðarmönnum og starfsmönnum félagsins sem annast þennan þátt sameiginlega, en þetta hefur reynst afar vel og telja ljósmæður að þessi samningaaðferð hafi leitt til hærri launa meðal ljósmæðra en ella hefði verið.

Þar sem trúnaðarmenn eru mjög mikilvægir í gerð kjarasamninga og meðferð og úrlausn ágreiningsefna, hefur félagið lagt áherslu á námskeið fyrir þá í samningagerð og meðferð ágreiningsmála. Slík námskeið eru haldin í 2 heila daga einu sinni á ári hið minnsta og að auki er haldin ráðstefna þar sem aðeins er fjallað um málefni er varða störf þeirra. Formenn landshlutadeilda og tengiliðir ljósmæðra í sveitarfélögum (ljósmæður eru starfsmenn þeirra í meðgönguvernd til dæmis) taka einnig þátt í þessum námskeiðum og ráðstefnum ásamt stjórn félagsins.

Ljósmæður vinna nú meira í hlutavinnu en áður og eru tvær megin ástæður fyrir því; a) ljósmæður fá ekki fulla stöðu þó þær óski þess og b) ljósmæður treysta sér ekki til þess að vinna meira starfshlutfall vegna mikils vinnu-og vaktaálags. Um 70% ljósmæðra sem starfa á fæðingardeildum eru í hlutastarfi og 87% ljósmæðra í heilsugæslu.

Ljósmæður sýna einkarekstri mikinn áhuga og aðstoðar Ljósmæðrafélagið þær eftir föngum við ýmis atriði því viðkomandi. Þessi rekstur er fyrst og fremst í meðgönguvernd og við heimafæðingar. Verið er að vinna faglegar leiðbeiningar um heimafæðingar.

Opinber stefnumörkun um þjónustu ljósmæðra var áfram í brennidepli á árinu og sjónum einkum beint að verkefnum sem miða að því að fækka veikindadögum meðal barnshafandi kvenna, tryggja fylgd ljósmóður með konu í fæðingu á fæðingarstaði sem eru í meira en 1 ½ klst ferðafjarlægð, tryggja að konan hafi sömu ljósmóður meðan hún er í aktívri fæðingu, heilbrigði unglinga, námsstöður fyrir nýútskrifaðar ljósmæður og beita sér fyrir lagabreytingum til að tryggja að sveitarfélögin ráði ljósmæður til starfa, en misbrestur hefur verið á því.

Einnig er unnið að gæðakröfum fyrir fæðingaþjónustu og munu þær ekki eingöngu taka mið af fæðingafjölda á hverjum stað heldur einnig gæðum þjónustunnar. Þrískipting þjónustunnar verður áfram, það er kvennadeildir, fæðingadeildir og fæðingastofur (födestuer). Ekki er gert ráð fyrir að svokallaðar „styrktar fæðingastofur“ (ljósmæðrastýrðar einingar þar sem möguleiki er á að skurðlæknir geri bráðakeisaraskurð) verði starfræktar áfram. Sjá nánar: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Publikasjoner/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen.pdf og á http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/gravid/retningslinjer/Sider/default.aspx

Töluverð umræða hefur verið um menntunarmál ljósmæðra og verður rætt um það síðar.

Svíþjóð

Á næstu 10 árum munu um 30% allra ljósmæðra í landinu fara á eftirlaun og er það áhyggjuefni sérstaklega vegna þess að ekki eru útskrifaðar nema um 200 ljósmæður árlega.

Fósturskimanir og fósturgreiningar eru enn í umræðu meðal ljósmæðra og finnst þeim áhyggjuefni að af 18 sveitarfélögum (landsting) voru aðeins sjö sem buðu upp á snemm-fósturskimun (ómskoðun og blóðpróf). Aldursmörk fyrir þátttöku voru einnig mismunandi, eða frá 33 til 35 ára.

Tölvunámskeið um úrlestur CTG rita er nú tilbúið og gengur vel að innleiða það. Starfsvettvangur ljósmæðra í Svíþjóð er breiður og starfa langflestar við barneignarþjónustu. Ljósmæður starfa einnig við unglingamóttökur um allt land og við umönnun kvenna sem eru á kvennadeildum. Ráðgjöf vegna breytingaskeiðs, kynheilbrigðis almennt, þvagleka og ófrjósemi er stór þáttur í starfi þeirra sem og starf við skimun vegna leghálskrabbameins og fóstureyðinga. Víða í landinu sjá ljósmæður um fóstureyðingar sem gerðar eru með lyfjum.

Rúmlega 100 sænskar ljósmæður hafa lokið doktorsnámi og er rannsóknarvirkni mikil. Verið er að innleiða meðgönguverndar skráningu og er það ljósmóðir sem heldur utan um það verkefni á landsvísu.

Ljósmæðrafélagið er í góðu samstarfi við Félag hjúkrunarfræðinga, Læknafélagið og fleiri fagfélög um ýmis sértæk verkefni eins og til dæmis þjónustu við pappírslausa flóttamenn (án skilríkja og ríkisfangs).

Árið einkenndist þó ekki síður af ýmsum uppákomun, undirbúningi stórrar ráðstefnu og útgáfu bókar vegna 125 ára afmælis félagsins og 300 ára afmæli ljósmæðramenntunar í Svíþjóð.

Önnur mál

Í fundarboði komu fram eftirfarandi óskir hvers félags um sérstaka umfjöllun ákveðinna atriða:

Svíþjóð óskaði eftir umfjöllun um á hvern hátt öll löndin gætu staðið að því að taka upp mál sem varða öll löndin og nefndu sem dæmi um það:

- Hvað er líkt og ólíkt varðandi starfsumhverfi ljósmæðra.
- Starfa ljósmæður við kvensjúkdóma og á hvern hátt?
- Lyfjaávísanir og ráðgjöf vegna getnaðarvarna og uppsetningar lykkju.

THE LINDE GROUP
AGA
www.linde-healthcare.is

- Er kynheilbrigði ungra stúlkna innan starfssviðs ljósmæðra og á hvern hátt sinna þær því?
- Sjúkdómsvæðing fæðingarþjónustu.
- Menntun ljósmæðra.

Finnland óskaði eftir áframhaldi á umfjöllun frá fyrra ári um:

- Verklagsreglur og klíníska leiðbeiningar varðandi meðgönguvernd.
- Hvert er hlutverk ljósmæðra á hinum Norðurlöndunum? Er það að breytast og sjást breytingar í átt að útvíkkun starfssviðs?

Ísland óskaði eftir umræðu um atvinnuleysi meðal ljósmæðra og ef það er til staðar hvernig hafa félögin brugðist við því?

Norska ljósmæðrafélagið óskaði eftir að taka til umfjöllunar eftirfarandi:

- Stöðu ljósmæðra varðandi starf við forvarnir og með konum sem verða barnshafandi án þess að óska þess. Þetta snýr að getnaðarvörnum, menntun ljósmæðra, lyfjaávísunum og fleiru.
- Umræðu um skimun fyrir fósturfrávikum snemma á meðgöngu. Hvernig er staðan í hinum löndunum, hafa ljósmæðrafélögin sett fram stefnumótun varðandi þessi atriði og hvað segja siðanefndir landanna?
- Skipulagning barneignarþjónustu landanna. Hvernig er staðan og hvert er stefnt?
- Alþjóðlegt starf félaganna. Ljósmæðrafélög víða óska eftir fjárhagslegum stuðningi og spurning hefur vaknað um hvort félögin á Norðurlöndunum séu aflögufær og hver styrkir hvern. Er þetta sameiginlegt verkefni?
- Lýsa ánægju með tillögu Svíþjóðar um sameiginlega stefnumörkun varðandi einstök mál og leggja til að við veljum eitt eða tvö málefni til að vinna að hverju sinni.

Danska ljósmæðrafélagið óskaði eftir umræðu um:

- Þjónustu til meðlima hinna landanna þegar þeir starfa í okkar landi.
- Hvernig er þjónustu við flóttamenn án skilríkja háttað í hinum löndunum?

Vegna tímaskorts náðist því miður ekki að ræða öll þessi mál og var umræðu um sum þeirra frestað til næsta fundar að ári.

Miklar umræður urðu um menntunarmál ljósmæðra og faglega færni að loknu námi og mikilvægi gagnsæis þess. Verið er að undirbúa breytingar á námi hjúkrunarfræðinga í Svíþjóð úr 3 árum í 4 og finnst ljósmæðrum þá sem nám þeirra verði orðið ansi langt og eru að skoða „direct-entry“ valkost. Í Noregi er einnig verið að ræða mikið um menntun og færni ljósmæðra og þar er nú í gangi tilraunaverkefni við hjúkrunarskólann í Vestfold sem er kostað af norska hjúkrunarfélaginu og er byggt upp sem 2ja ára meistaranám að loknu hjúkrunarnámi. Norska ljósmæðrafélagið hefur lagt áherslu á að vinna með norskum stjórnvöldum að því að finna leiðir til þess að þróa ljósmóðurnám heildrænt með eða án hjúkrunarnáms. Hér á Íslandi hefur einnig verið töluverð umræða um fyrirkomulag ljósmæðranáms og í Danmörku eins og áður hefur verið nefnt. Þessi umræða er mikilvæg sérstaklega þar sem borið hefur á því að ljósmæður með menntun frá Danmörku til að mynda hafa ekki fengið starf á sjúkrahúsum í Svíþjóð þrátt fyrir skort á ljósmæðrum þar. Um allmörg mislík tilvik er að ræða í flestum landanna.

Þar sem komið hafði fram ósk um að ræða sameiginleg mál allra landanna var ákveðið að ræða fyrst um menntun og hæfni-/færniviðmið ljósmæðra og hefur verið boðað til 2ja daga fundar í Reykjavík með formönnum félaganna og 1-2 aðilum sem eru í áhrifastöðum varðandi menntun ljósmæðra í hverju landi. Þessi fundur verður haldinn 26. og 27. mars 2012.

Atvinnuleysi ljósmæðra almennt var nokkuð rætt og gátu finnskar ljósmæður miðlað af reynslu sinni af atvinnuleysi ljósmæðra sem í kreppunni þar í landi varð 25%. Þær ráðlögðu okkur hinum að reyna að halda atvinnulausum ljósmæðrum með öllum ráðum inni í félögunum og hvetja þær til þátttöku í starfi þeirra, jafnvel gefa eftir félagsgjöld meðan á þessu stæði. Einnig að hlutast til um endurhæfingu fyrir þær þegar atvinnutækifærum fjölgar aftur.

Næsti stjórnarfundur verður haldinn í Þórshöfn í Færeyjum dagana 11-12. maí 2012. Næsta ráðstefna Norðurlandasamtakanna verður í Osló 13.-15. júní 2013. Yfirskrift ráðstefnunnar er „Ljósmæður 2013, áskoranir í norrænu og alþjóðlegu samhengi“ (Midwives 2013, Nordic and global challenges).

Allar frekari upplýsingar er hægt að nálgast hjá Esther Ármannsdóttur, formanni LMFÍ, og undirritaðri.

Reykjavík í mars 2012
Hildur Kristjánsdóttir

LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

WELEDA
Í samhljómi við mann og náttúru
Síðan 1921

Horft til framtíðar:

Tækifæri og áskoranir í menntun og starfi ljósmæðra

Fundur og vinnusmiðja á vegum Norðurlandasamtaka ljósmæðra (NJF) var haldin í Reykjavík dagana 26. og 27. mars 2012 um menntun og starf ljósmæðra á Norðurlöndum.

Vinnusmiðjan var skipulögð af Hildi Kristjánsdóttur, forseta NJF, og Helgu Gottfreðsdóttur, námsbrautarstjóra í ljósmóðurfræðum við Háskóla Íslands. Ljósmæðrafélag Íslands og Háskóli Íslands styrktu vinnusmiðjuna.

Þátttakendur voru:

Danmörk:
Lillian Bondo
Formaður Ljósmæðrafélags Danmerkur.
lib@jordemoderforeningen.dk

Finnland:
Eva Matintupa
Námsstjóri framhaldsnáms og lektor við Novia University of applied sciences, Vaasa. Eva var jafnframt fulltrúi stjórnar finnska ljósmæðrafélagsins á fundinum.
eva.matintupa@novia.fi

Anna-Kaisa Pienimaa
lektor og forstöðumaður náms í ljósmóðurfræði. Metropolia University of applied sciences, Helsinki.
anna-kaisa.pienimaa@metropolia.fi

Ísland:
Esther Ármannsdóttir,
Formaður Ljósmæðrafélags Íslands.
formadur@ljosmaedrafelag.is

Berglind Hálfdánsdóttir,
aðjúnkt, námsbraut í ljósmóðurfræði, Háskóli Íslands. beh6@hi.is

Helga Gottfreðsdóttir,
dósent, námsbrautarstjóri, námsbraut í ljósmóðurfræði. Háskóli Íslands.
helgagot@hi.is

Hildur Kristjánsdóttir,
forseti Norðurlandasamtaka ljósmæðra og aðjúnkt við námsbraut í ljósmóðurfræði. Háskóli Íslands. hildurkr@simnet.is

Noregur:
Marit Heiberg,
formaður Ljósmæðrafélags Noregs.
marit@jordmorforeningen.no

Frá vinstri: Marit Heiberg formaður norska ljósmæðrafélagsins, Kerstin Belfrage frá Vårdförbundet i Svíþjóð, Helga Gottfreðsdóttir dósent, Lillian Bondo formaður danska ljósmæðrafélagsins og Berglind Hálfdánsdóttir

Kari Bjerck,
lektor við University of Tromsö, kari.bjerck@uit.no

Mirjam Lukasse,
lektor, Oslo and Akershus University College, mirjam.lukasse@hioa.no

Svíþjóð:
Ingela Wiklund,
formaður sænska ljósmæðrafélagsins.
ingela.wiklund@barnmorskeforbundet.se

Kerstin Belfrage,
vårdförbundet, Svíþjóð.
kerstin.belfrage@vardforbundet.se

Marianne Johansson,
lektor við Borås Högskola University.
marianne.johansson@hb.se

Tilgangur fundarins var að ræða menntunarmál ljósmæðra á Norðurlöndunum og starfsvettvang stéttarinnar. Ástæða þess að fundurinn var haldinn var að á stjórnarfundi Norðurlandasamtaka ljósmæðra (NJF) sem haldinn var í Stokkhólmi á síðasta ári varð mikil umræða um menntun ljósmæðra og hvort verið væri að mennta ljósmæður til þeirra starfa sem þær munu svo sinna. Ljóst var að þar var hvorki tími til þess að ræða þessi mál til hlítar, né heldur voru sérfræðingar á sviði menntunar í hópnum. Að tillögu Ingelu Wiklund, formanns sænska ljósmæðrafélagsins, var ákveðið að Hildur Kristjánsdóttir, forseti NJF, hlutaðist til um að koma fundinum á og stýra honum. Undirtektir voru mjög góðar þegar fundarboð var sent út í janúar síðastliðnum og ánægja með að halda fundinn á Íslandi þar sem ljósmæðramenntun er sennilega einna best meðal þessara landa og landið að auki ódýrt fyrir ferðamenn.

Á fundinn mættu formenn ljósmæðrafélaganna (nema frá Finnlandi) og áhrifafólk innan menntakerfisins í löndunum sem þekkir jafnframt vel til menntunarmála og starfsvettvangs ljósmæðra, hvað er líkt og hvað er ólíkt og hefur ákveðna framtíðarsýn. Því miður sáu ljósmæður frá Færeyjum sér ekki fært að koma, en þess ber að geta að færeyskar ljósmæður sækja menntun sína aðallega til Danmerkur og Noregs.

Menntun er mikilvægt umræðuefni meðal félaga allra landanna og að mörgu leyti eru menntamál ljósmæðra á krossgötum í dag. Verið er að endurskipuleggja námið í flestum landanna og einnig er verið að huga að endurskipulagningu hjúkrunarnáms í Svíþjóð og Noregi. Upplýst var á

Einn af vinnuhópunum á fundinum

Stíf fundarhöld

fundinum að Norræna ráðherranefndin vill gjarnan fá upplýsingar um hvort áhugi sé fyrir því að setja fram sameiginlega norræna stefnumörkun hvað varðar menntun og starfsvettvang ljósmæðra.

Fulltrúar ljósmæðranáms í öllum löndunum kynntu námið í sínum löndum, inntökuskilyrði, uppbyggingu námsins, á hvaða skólastigi það er, hvaða gráða veitir starfsréttindi og með hvaða gráðu nemendur útskrifast. Lengd námsins var kynnt, starfsumhverfi og starfsvettvangur ljósmæðra og lagarammi sem ljósmæður starfa eftir í hverju landi. Veikleikar og styrkleikar þessara þátta voru ræddir þar sem við átti. Framtíðarsýn varðandi menntun og starfsvettvang ljósmæðra var svo kynnt.

Þorgerður Einarsdóttir, prófessor í kynjafræðum, hélt erindi seinni daginn og fjallaði um ljósmæður sem fagmenn og Guðrún Geirsdóttir dósent fjallaði um námskrárgerð í ljósmóðurfræði. Þessi erindi voru bæði afar fróðleg og var vel tekið af fundargestum.

Að loknum kynningum var unnið í hópum báða dagana með þá þætti sem fundurinn fjallaði um, það er nám ljósmæðra og starfsvettvang innan heilbrigðiskerfisins og framhaldsnám ljósmæðra.

Í lok fundarins voru niðurstöður hópavinnunnar kynntar og ræddar ítarlega og að lokum sett fram stutt samantekt um það helsta sem fram kom og er það innlegg í áframhaldandi umræðu. Hér að neðan má sjá útdrátt úr samantekt fundarins:

- Þrátt fyrir talsverðan mun á menntun ljósmæðra í löndunum eru áherslur þær sömu og starfsvettvangur líkur. Það var samdóma álit þátttakenda að ljósmæður væri sú stétt sem ætti að annast meðgönguvernd og er það svo í öllum löndunum, nema í Noregi þar sem leiðbeiningar hvetja til þess að ljósmæður sinni meðgönguvernd og gera þær það alla jafna, en þó eru einhverjar konur sem aðeins hitta heimilislækni á meðgöngu. Í Finnlandi sjá hjúkrunarfræðingar (public health nurse) um meðgönguvernd og hafa finnskar ljósmæður barist fyrir því lengi að fá meðgönguverndina aftur. Ljósmæður landanna allra annast konur í fæðingu og sængurlegu innan og utan sjúkrahúsa. Í sumum landanna starfa ljósmæður einnig við ráðgjöf um kynheilbrigði kvenna á öllum aldri, unglingamóttökur, ómskoðanir, getnaðarvarnaráðgjöf, almenna heilsuráðgjöf, skimun fyrir leghálskrabbameini, setja upp lykkjur, sjá um konur sem fara í fóstureyðingu með lyfjum og annast alls kyns aðra ráðgjöf.
- Áhugaverðar tillögur voru settar fram um að norrænir háskólar gætu unnið saman að framhaldsnámi fyrir ljósmæður. Sérstaklega var rætt um nám sem snertir kynheilbrigði á alþjóðavísu, lýðheilsu, stjórnun og erfðaráðgjöf svo eitthvað sé nefnt. Einnig var rædd hugmynd um nám og starf með læknum án landamæra. Um væri að ræða 1–2ja ára nám að öllu jöfnu.

Sýn hópsins varðandi ljósmæður framtíðarinnar

- Ljósmæður munu allar hafa meistaragráðu.
- Ljósmæður munu annast um konur á öllu barneignarferlinu og vera virkar í heilbrigðisteymum þar sem það á við.
- Megináhersla í meðgönguvernd verður á heilsueflingu.
- Ljósmæður munu áfram vera lykil fagaðili í fæðingarþjónustu.
- Ljósmæður munu annast um sængurlegu bæði innan og utan sjúkrahúsa.
- Framhaldsnám og frekari sérhæfing fer fram eftir að meistaranámi er lokið.

Sýn hópsins varðandi nám ljósmæðra

- Ljósmæður allra landanna voru sammála um að svokölluð „direct entry“ leið í ljósmóðurnámi (farið er í ljósmæðranám strax að loknu stúdentsprófi), sé spennandi valkostur sem beri að skoða vandlega. Sænsku ljósmæðurnar höfðu þann fyrirvara á, að verði þessi leið farin sé eðlilegt að meta og skoða alla þætti hennar á vísindalegan hátt og rannsóknir fari fram jafnhliða breytingunni.
- Þátttakendur voru einnig sammála um að eðlilegt væri að námsleiðinni lyki með meistaraprófi í ljósmóðurfræðum.
- Nokkur umræða spannst um það hvenær í námsferlinu nemendur öðluðust starfsleyfi og hvort þeir gætu útskrifast með tvö starfsleyfi, það er starfsleyfi hjúkrunarfræðings og starfsleyfi sem ljósmæður. Um þetta atriði var ekki einhugur meðal þátttakenda og mun umræðan halda áfram.

Ákveðið var að ræða niðurstöður og helstu áhersluatriði sem fram komu á þessum fundi á næsta stjórnarfundi NJF í Færeyjum í maí 2013.

Reykjavík í maí 2012
Hildur Kristjánsdóttir
Helga Gottfreðsdóttir

Það varð til kraftaverk

Bryndís heiti ég, er samkynhneigð og á yndislega konu og lítinn dreng sem er kraftaverkið okkar. Mig langar til að segja ykkur frá því hvernig þessi litli kraftaverkadrengur kom til okkar. Við Una kynntumst árið 2009, þá búnar að vita af hvor annarri í nokkuð mörg ár. Það er eiginlega ekki hægt annað en að þekkja flesta samkynhneigða þar sem þetta samfélag hér á landi er ekki mjög stórt um sig, en fer þó stækkandi. Þegar við Una kynntumst þá var mig búið að langa í barn í nokkurn tíma og hún var búin að vera að hugsa um það líka, byrjuðum við þess vegna fljótlega að ræða þessi mál eftir að við kynntumst. Það er þekkt í lesbískum samböndum að fara hratt í hlutina og það var dálítið þannig hjá okkur Unu. Við byrjuðum saman í júní 2009, vorum byrjaðar að búa í september sama ár og fljótlega á árinu 2010 vorum við byrjaðar að tala um og undirbúa barneignir. Við ákváðum að gera þetta ekki alveg á hefðbundinn máta, sem er þá tæknisæðing, heldur að fara beint í glasafrjóvgun, nota Unu egg en ég myndi ganga með barnið. Þetta er bæði mikið umfangsmeira og mun dýrara, en svona vildum við gera þetta. Ferlið hófst seint um sumarið á ArtMedica þar sem við byrjuðum á að fara í viðtal, svo vorum við báðar sendar í allsherjarblóðprufu. Þar á eftir völdum við sæðisgjafa og svo byrjaði ballið. Með þessari aðferð þá þarf að nota ansi mikið af hormónum og þar sem við notuðum eggið hennar Unu þurfti hún að gangast undir meiri hormónameðferð en ég, meðal annars þurfti að sprauta hormónum í hana. Þetta þurfti allt að gerast á ákveðnum tímum og mátti lítið bera út af. Ég þurfti hins vegar bara að taka töflur. Svo þegar allt var tilbúið eftir að mig minnir um rúman mánuð, það er búið að bæla allt niður og örva það svo upp þannig að hún sé tilbúin, þá fórum við í eggheimtu svokallaða. Hún er framkvæmd hjá ArtMedica af læknum og hjúkrunarfræðingum og getur verið mjög sársaukafull. En notast er við sterk verkjalyf til að gera þetta bærilegra. Fyrir utan sársaukann þá er líka kvíði og spenna yfir því hvort það náist ekki nógu mörg egg, og svo bið eftir því að vita hvort einhver þeirra frjóvgist í glasafrjóvguninni. Hjá okkur var bara einn nothæfur fósturvísir og hann var settur upp tveimur dögum síðar. Síðan tekur við biðin, þessi erfiða bið uppá von og óvon um hvort þetta hafi tekist eða ekki. Því þetta er bæði mjög dýrt og svo er þetta mjög erfitt ferli að ganga í gegnum. Svo um tveimur vikum síðar þá fer ég í blóðprufu og símtalið á síðan að koma eftir kl. 14:00 þann sama dag. Við gerðum þau mistök að vera í vinnu þennan dag því auðvitað vorum við báðar nánast óvinnufærar, bíðandi eftir símtalinu sem gæti

Una, Bryndís og Sindri Þór

breytt lífi okkar svo mikið. Símtalið kemur, og svarið er neikvætt! Hræðileg sorg, ég get ekki klárað vinnudaginn og fer heim. En við ákváðum að gefast ekki upp og halda strax áfram. Við fórum og töluðum við lækninn okkar hjá ArtMedica og byrjuðum strax á nýju ferli um leið og það var hægt, u.þ.b. mánuði seinna. Af því við gerðum þetta með svo stuttu millibili þá var þetta einhvern veginn bæði erfiðara og auðveldara. Erfitt að fara aftur í gegnum hormónameðferðina og auðveldara af því við vissum núna hvað við vorum að ganga í gegnum svona nýbúnar að gera það. Svo var það eggheimtan aftur, sem var mun kvalafyllri fyrir elsku Unu mína, en í þetta skiptið fengum við tvo góða fósturvísa úr glasafrjóvguninni og við tók reikistefna um það hvort við ættum að setja báða upp eða eiga hinn til góða, því þeir hjá ArtMedica geyma í frysti fósturvísa ef við viljum nota seinna. Eftir smá umhugsun þá ákváðum við að setja bara annan og frysta hinn. Ég fór í uppsetninguna og við tók biðin, en það sem ég gerði öðruvísi í þetta skiptið var að ég tók mér veikindafrí á meðan biðinni stóð og sé svo alls ekki eftir því. Síðan rann upp dagurinn, byrjað á blóðprufu og svo biðin til kl. 14:00. En það símtal var eitt besta símtal sem ég hef fengið á ævinni, þegar mér var tilkynnt að svarið væri jákvætt man ég að ég hrópaði: „YES“, og hjúkrunarkonan í símanum skellti uppúr og við Una grétum saman af spenningi og gleði. Nú var lífið að breytast, en hversu mikið vissi ég ekki.

Ég átti alveg frábæra meðgöngu og leið rosalega vel, við vorum rosalega heppnar með yndislega ljósmóður í mæðraverndinni og henni fannst mikið til aðferðarinnar koma sem við notuðum, eða það að ég var að ganga með eggið hennar Unu. Aldrei fundum við fyrir neinum fordómum af neinu tagi hvorki hjá henni eða þegar við fórum í ómskoðanir. Þegar ég hugsa tilbaka þá var þetta yndislegur tími og það voru eiginlega bara 10 síðustu dagarnir af meðgöngunni erfiðir, en ég fór 10 daga framyfir. En svo kom að fæðingunni og það var nú önnur saga. Ég átti semsagt frekar erfiða fæðingu, hún stóð yfir í 11 klst. og endaði með því að drengurinn okkar var tekinn með sogklukku. Sú stund þegar drengurinn okkar kom loksins í fangið er fallegasta, mikilvægasta og yndislegasta stund sem ég hef upplifað, bæði vegna léttis yfir því að fæðingin væri búin, en auðvitað og aðallega vegna þess að hann var kominn til okkar eftir alla þessa bið. Hann er orðinn rúmlega níu mánaða í dag og er ótrúlega gáfaður, rosalegur orkubolti og það fallegasta sem við mæðurnar höfum nokkurn tímann upplifað í lífinu.

Samkynhneigt fólk á Íslandi finnst mér njóta forréttinda, við stöndum framar en flestallar aðrar þjóðir varðandi svo margt og á ArtMedica verða kraftaverkin til. Við þekkjum marga sem hafa eignast lítil kraftaverk þar bæði samkynhneigða og gagnkynhneigða. Og við erum svo heppin að þessi staður skuli vera til og að við höfum rétt til að nota hann. Drengurinn okkar er kraftaverkið okkar og lífið hlaut svo sannarlega nýjan tilgang þegar hann kom til okkar. Hann er mjög heppinn þessi litli drengur því hann á tvær mömmur og er rosalega mikið elskaður. Og þar sem mömmurnar eru nú tvær þá er aldrei að vita nema hann eignist lítið kraftaverkasystkini :)

Bryndís Ruth Gísladóttir

NÝTT

Nestlé®

Gott veganesti fyrir lífið

ÁVAXTA SMOOTHIE

ENNEMM / SÍA / NM47261

Ein ferna af Frutti Smoothie inniheldur allt að þrjá heila ávexti. Góð millimáltíð fyrir börnin – þægilegt í ferðalagið!

100% náttúrulegt – 100% ávextir – C-vítamín

Allur Nestlé barnamatur er án viðbætts sykurs, rotvarnarefna eða annarra aukaefna

Lífið sem jordmor

Rakel Ásgeirsdóttir,
ljósmóðir á Haukeland sjúkrahúsinu
í Bergen

Fljótlega eftir að við byrjuðum í ljósmæðranáminu var ljóst að ekki yrði slegist um starfskrafta okkar að útskrift lokinni. Var það ein af ástæðunum fyrir því að við fjölskyldan lögðum land undir fót og fluttum til Noregs.

Ég fékk vinnu á kvennadeildinni á Haukeland sjúkrahúsinu í Bergen strax eftir útskrift 2011. Í húsinu eru árlega um 5.000 fæðingar og fimm deildir þar sem ljósmæður starfa: Fæðingardeildin, Storkurinn, Barsel-1, Barsel-2 og Observasjonspost for gravide. Var svo heppin að fá að byrja starfsferilinn á Storkinum, sem er svipuð deild og Hreiðrið, þar sem ég fékk góðar móttökur og aðlögun. Eftir sumarið var ég svo flutt á deild sem heitir Barsel 1 og er sængurkvennadeild fyrir mæður og börn sem þurfa aukið eftirlit og umönnun. Þar liggja til dæmis konur með meðgöngueitrun, eftir keisaraskurð, mæður með lítil börn, tvíbura og fleira. Þar átti ég annasama, lærdómsríka og skemmtilega tíma þar til í febrúar þegar ég byrjaði í nýrri stöðu sem er kölluð senter. Þar er okkur ráðstafað á deildir eftir þörfum hverju sinni, hvort sem það er vegna veikinda eða mikils álags. Stöðunni fylgja bæði kostir og gallar. Kostirnir eru meðal annars þeir að fjölbreytnin er mikil, lærdómstækifærin eru á hverju strái og við fáum reglulega að taka á móti nýjum Norðmönnum. Gallarnir eru aftur á móti þeir að oft vitum við ekki á hvaða deild okkur hefur verið ráðstafað fyrr en við mætum, skortur er á samfellu í starfi og erfitt að ná góðri færni á öllum deildum.

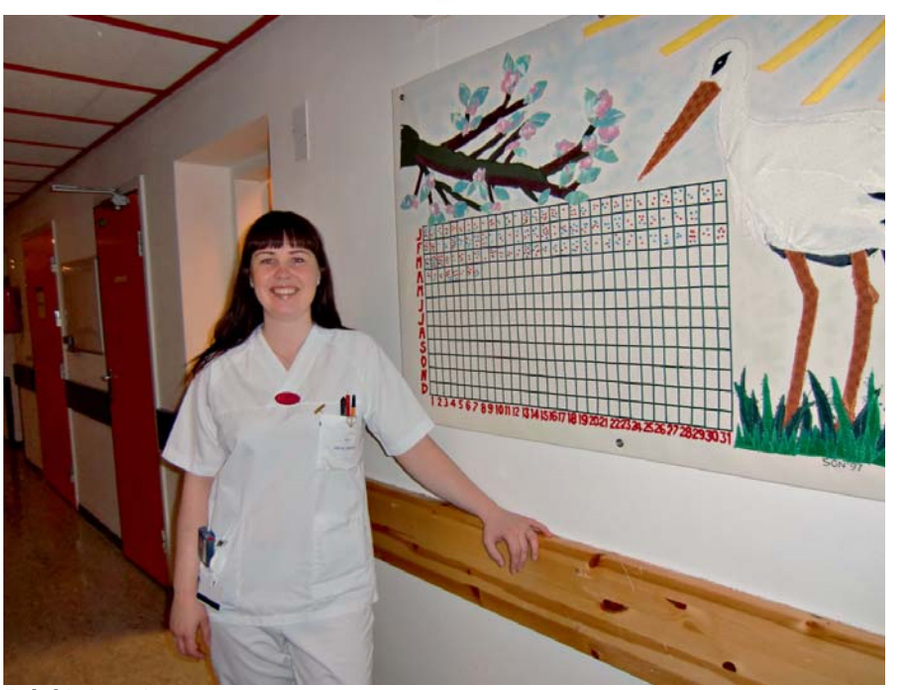
Starfið hér í Bergen er að mestu leyti mjög svipað og á Íslandi þó sumt sé frábrugðið. Hér tíðkast til dæmis ennþá að gefa konum úthreinsun þegar þær koma inn í fæðingu til að auka sóttina, tangir eru notaðar mun meira en sogklukkur, hlutfallslega lítið er um vatnsfæðingar en sitjandi fæðingar eru næstum daglegt brauð. Á fæðingardeildinni er notast við ST-greini (STAN) við vissar ábendingar. ST-greinir er fósturrit sem nemur ST-breytingar í hjartalínuriti barnsins í gegnum elektróðu og gefur þannig vísbendingu um hversu vel barnið er í stakk búið að takast á við komandi álag. Kemur þessi tækni að mestu í stað þess að taka pH frá höfði barnsins en hins vegar er sem stendur tekið naflastrengs-pH hjá öllum börnum sem fæðast í húsinu óháð fæðingarmáta. Eftir fæðinguna liggja konur hér almennt lengri sængurlegu en á Íslandi þar sem heimaþjónusta er mjög takmörkuð og mismunandi eftir sveitarfélögum hvernig að henni er staðið. Bergen býður upp á heimaþjónustu en aðeins tvær ljósmæður sinna henni og anna þess vegna ekki eftirspurn. Samfélagið er fjölbreyttara en á Íslandi og því ekki óalgengt að upplifa tungumálaörðugleika og menningarmun í vinnunni. Getur það verið krefjandi en jafnframt fræðandi og skemmtilegt. Húsnæðið sem hýsir kvennadeildirnar er yfir 100 ára gamalt og hefur eflaust mátt muna fífill sinn fegurri. Meðan málningin nær varla að þorna á veggjunum á Íslandi áður en nýjar breytingar eru fyrirhugaðar má finna 22ja ára límmiða um hreinlætisátak á hurðum fæðingardeildarinnar hér. Kom mér á óvart hversu mikill sparnaður er innan heilbrigðiskerfisins hér og ekki mikið sem minnir á að ég sé stödd í einu ríkasta landi heims þegar húsnæði og tækjabúnaður er skoðaður.

Að flytja með fjögurra manna fjölskyldu milli landa reyndi á þolrifin til að byrja með en í dag erum við búin að koma okkur vel fyrir. Ýmislegt sem virðist sjálfsagt eins og að muna kennitöluna sína, borga reikningana í heimabankanum og rata heim til sín gat verið flókið í fyrstu. Lífið hér er líka í öðrum takti en við vorum vön á Íslandi og tók það tíma að finna hann. Hér er til dæmis lokað í nær öllum verslunum á sunnudögum, kvöldmaturinn yfirleitt milli kl 16 og17 og getur tekið upp í sex vikur að fá nettengingu eða kaupa sófa. Við minniháttar slys er ekki sjálfsagt að ganga inn á bráðamóttöku að kvöldi og fá röntgenmynd heldur verður fólk að koma á dagvinnutíma. Fólk virðist taka lífinu meira með ró og nýta frítímann í samveru með fjölskyldunni og dytta að ýmsu í kring um sig.

Launin hér eru skemmtilega há ef þau eru reiknuð yfir í íslenskar krónur en slíkur samanburður er þó óraunhæfur þar sem öll okkar útgjöld eru í norskum krónum. Vinnuvikan hér er samt sem áður styttri og launin drýgri. Niðurstaðan er að í dag höfum við meiri tíma fyrir fjölskylduna og meiri pening aflögu en áður en við fluttum.

Grasið er ekki grænna hinum megin bara aðeins annar tónn af grænum lit ;)

Á eftirfarandi slóð er hægt að skoða fleiri myndir frá kvennadeildinni á Haukeland:
http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/fodeseksjonen/



Rakel í vinnuni

Blessað barnalán

Barnahópurinn í upphafi náms

Barnahópurinn ásamt mæðrum 2011

Það voru 10 galvaskar stúlkur sem hófu nám í ljósmóðurfræði haustið 2004. Börnin voru 15 talsins í hópnum í upphafi náms, eitt til þrjú börn á mann og voru tveir nemarnir barnlausir. Oft var viðkvæðið „Ég væri til í að prófa þetta í næstu fæðingu“ þegar eitthvað nýtt og spennandi var lesið eða rætt um, sennilega þó oft sagt í gríni. Þegar fór að hylla undir námslok kom í ljós að fjölgunarvon var í bekknum. Það setti tóninn fyrir það sem koma skyldi. Daginn eftir að hópurinn þreytti embættispróf í ljósmóðurfræði í lok apríl 2006 fæddist fyrsta „nýja“ barnið í hollinu. Það næsta kom í heiminn í júní sama ár. Nokkuð jafnt og þétt fjölgaði börnunum og sléttum fimm árum frá útskrift, eða í júní 2011, voru „nýju“ börnin orðin 13 og höfðu að auki tvö fósturbörn bæst í hópinn. Yngsta barnið í hollinu fæddist í apríl síðastliðnum og eru því samtals í hópnum 31 barn á bilinu tveggja mánaða til 20 ára. Enn sem komið er ekki vitað til þess að fjölgunarvon sé í hópnum, en dæmin hafa sannað að það er lengi von á einu!

Prófaðar hafa verið ýmsar útgáfur af fæðingum og má þar nefna einn keisara, eina sitjandafæðingu, nokkrar Landspítalafæðingar, fjórar heimafæðingar og fæðingar á Akureyri. Það væri líka verðugt verkefni að reikna saman hversu lengi samanlagt þessi hópur hefur haft barn á brjósti. En það sem mest er um vert er að öll eru börnin heilbrigð og vaxa og dafna hjá stoltum ljósmæðramömmum sem hafa lagt sitt af mörgum til að halda uppi atvinnu meðal starfssystra sinna ☺

Stefanía Guðmundsdóttir

Þér er óhætt að mæla með VEGA...

Náttúrlegt vítamín

Án allra auka-, litar-, bragð og rotvarnarefna

Fjölvítamínblanda sérhönnuð fyrir ófrískar konur, án A og D vítamína

vega

Vega inniheldur ekki: Matarlím (gelatína), korn, hveiti, glúten, sykur, sterkju, salt, ger eða mjólkurafurðir.

Þú færð Vega í apótekum og Heilsuveri Suðurlandsbraut

Alla, Alla, Allah!

Steinunn H. Blöndal, Guðfríður Lilja Grétarsdóttir, Sveindís Eir og Haraldur Áss

Dóttir mín er vöknuð. Hún er rúmlega 20 mánaða og kann nokkur orð. Hún er seinni til máls en bróðir hennar sem var fljótur að byrja að tala. Hagur hennar í málþroska vænkaðist þó til muna í síðasta mánuði þegar orðið Alla spratt fram á varirnar fullmótað. Það er Halli. Hann er flottastur í hennar lífi og hver morgunn hefst á kyrjun til stóra bróður. Hún vaknar alltaf á undan honum og er fljót að vekja hann Alla, Alla, Alla! Hann tekur henni vel, knúsar hana frekar fast og tekur af henni dótið sem hún er með. Hún fer að gráta og verður leið. En svo sættast þau. Hvílík gæfa að fá að vera foreldri, hvílík forréttindi.

Ég man eftir því að pabbi minn sagði við mig þegar hann spurði mig hvort ég væri samkynhneigð, að honum þætti erfitt að verða ekki afi minna barna. Ætli það séu ekki liðin rúm 20 ár. Þá var samfélagið reyndar ekki sérstaklega opið fyrir því að samkynhneigðir mættu eða ættu að eiga börn, þeirra börn voru meira slysabörn. Fæddust áður en foreldrar komu „út úr skápnum“ og svo átti kannski bara ekkert að vera tala mikið um það. Hvorki börnin né foreldrarnir. Svona var þetta bara og ekkert við því að gera.

Fyrir mig voru áhyggjur föður míns um barnleysi á þeim tíma ekkert sérstakt áhyggjuefni. Konur á Íslandi hafa jú alltaf getað átt börn tiltölulega einar. Áhyggjurnar komu síðar. Við Lilja kynntumst í menntaskóla og ætluðum strax þá að eiga saman nokkur börn. Þegar við loksins byrjuðum að reyna tók það svolítinn tíma. Og það var erfitt. Sú hugsun að geta kannski ekki alið barn tók gjörsamlega yfir tilveruna sjálfa. Það er erfitt fyrir samkynhneigða að ættleiða. Við fórum í gegnum hefðbundna meðferð í Art medica, misstum fóstur og svo gerðist ekkert. Lilja var reyndar alltaf sannfærð um að einhvern tímann kæmi barn á heimilið. Ég var meira efins. Við vorum þakklátar fyrir þá meðferð sem var í boði og fundum fyrst og fremst fyrir miklum velvilja af hálfu starfsfólks Art medica. Ég hugsaði samt stundum um það þegar ég var á biðstofunni, númer 16, og stóð upp við vegg því stólarnir á biðstofunni voru allir uppteknir, að mér fyndist þetta ekki beinlínis draumaaðstæður að búa til barn. En guð minn góður hvað ég var þakklát fyrir að mega líka.

Vinur Lilju, og líka besti vinur minn núna, var til í að gefa okkur sæði. Við vorum nýkomnar úr frábæru fríi frá Krít og brúnar og sællegar. Við vissum að við þyrftum að byrja upp á nýtt. Og með fullri virðingu, þá var það ólíkt skemmtilegra hér heima að reyna að búa til barn. Það eina sem til þarf er „elexir“ vökvi og svo tveggja millilítra sprauta. Hún kostar 2 krónur í apóteki. Svo fórum við í Pílagrímsgöngu frá Þingvöllum og gengum í Skálholt og sungum Fögur er foldin. Og Alla vaknaði til lífsins.

Á meðgöngunni hafði ég stundum áhyggjur af því að Lilju var ekki óskað jafn mikið til hamingju og mér. Það gleymdist stundum. En svo kom Alla og allar áhyggjur gufuðu upp. Alla var svo sannarlega sonur okkar beggja og enginn gat efast um það. Sumt er svo sterkt að enginn getur haggað því. Ég held að það sé þannig með börnin manns.

Lilja varð ófrísk í fyrstu tilraun hér heima. Það kom okkur jafn mikið á óvart. Það var að sjálfsögðu stórkostlegt að taka á móti litlu stelpunni minni sem leit út nákvæmlega eins og mamma hennar. Hin. Það reyndi á að kenna henni að taka brjóst. Hún þurfti smá ábót fyrstu tvo mánuðina og ábótina fékk hún frá mér. Hún hefði ekki getað verið á brjósti ef ekki hefði verið fyrir brjóstapumpu. Ég er þakklát fyrir brjóstapumpur og fyrir alla hjálpina sem við fengum. En auðvitað er það Lilja sem á að fá hrósið. Hún var ótrúlega þrautseig og þolinmóð og aðdáunarvert að þær mæðgur héldu út byrjunarerfiðleika við brjóstagjöf sem stóðu yfir í fjóra mánuði. Alla var 16 mánaða þegar litla systir kom til okkar. Fyrir hann var ekkert eðlilegra en að lítil dama væri mætt. Hann kallaði hana strax Dídí og var of ungur til að verða afbrýðisamur.

Er ólíkt að vera samkynhneigð móðir í íslenskri heilbrigðisþjónustu? Ég veit það ekki, af því að ég er svo heppin að þekkja flesta sem við höfum þurft að eiga samskipti við. Í barneignarferlinu hefur heilbrigðisþjónustan reynst okkur vel.

Samkynhneigðar mæður þurfa, eins og aðrir foreldrar, fyrst og fremst á virðingu að halda. Að borin sé virðing fyrir okkar fjölskylduformi. Að „hin mamman“ sé líka að verða mamma. Þetta er hennar barn sem er að koma í heiminn. Jafn mikið hennar barn. Að til séu eyðublöð sem á standi maki eða foreldri en ekki eingöngu faðir. Það skiptir máli. Sonur okkar kallaði okkur frá upphafi til skiptis „mamma“ og „mamma hin“. Þau sem búa til stöðluð eyðublöð og staðlað hugarfar geta lært af honum.

Alla og Dídí eru sofnuð. Við sofum í svokölluðu fjölskyldurúmi þar sem er plass fyrir alla. Við förum ekki eftir bókinni. Við svæfum þau þar til þau sofna og svo leita þau til hvors annars og sofa í faðmlögum þegar þau fá til þess næði. Við mæður þeirra njótum þess svo að horfa á þau og dást að þeim, í svefni og vöku. Og við þökkum almættinu fyrir. Eða var það Allah?

Steinunn H. Blöndal ljósmóðir

Við erum í
Svansmerkinu
-fyrir framtíðina

Libero