

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ

Tímarit Ljósmæðrafélags Íslands 1. tbl. - 91. árgangur - júní 2013
– Journal of the Icelandic Midwives Association –



Viðhorf mæðra til fræðslu
og ráðgjafar um brjóstagjöf

Hypnobirthing

Michel Odent

Göngum frá verknum



Íbúfen®

– Bólqueyðandi og verkjastillandi

400 mg, 30 stk og 400 mg, 50 stk

Notkunarsvið: Íbúfen inniheldur íbuprofén sem er bólqueyðandi, verkjastillandi og hitalækkandi lyf. Íbúfen tilheyrir flokki lyfja sem kölluð eru NSAID lyf (bólqueyðandi lyf sem ekki eru sterar). Íbúfen er notað við vægum til meðal miklum verkjum eins og höfuðverk, migreni, tannpinu, tíðaverkjum og hita. **Ekki má taka Íbúfen:** Þeir sem hafa ofnæmi fyrir íbuprofeni, öðrum skyldum lyfjum eða einhverju hjálparefnanna. Þeir sem fengið hafa ofnæmisviðbrögð eins og astma, nefrennsli, útbrot með kláða eða ef varir, andlit, tunga eða háls hafa bólgnað upp eftir að hafa tekið íbuprofén eða skyld lyf. Þeir sem þjáðst hafa af sárum eða blæðingum í maga eða smáþörmum (skeifugörm) í tengslum við fyrri notkun bólqueyðandi verkjalyfja, þjást núna af sárum eða blæðingum í maga eða smáþörmum (skeifugörm) eða hafa áður þjáðst af slíku, tvisvar eða oftar, með alvarleg lifrar-, nýrna-, eða hjartavandamál (kransæðasjúkdómar meðtaldir), þeir sem þjáast af umtalsverðum vökvaskorti (vegna uppkasta, niðurgangs eða of litillar vökvaneyslu), eru með einhverjar blæðingar (blæðingar í heila meðtaldar), eru með sjúkdóm af óþekktum uppruna sem leiðir til óeðlilegrar myndunar blóðfrumna. **Sérstök varnaðarorð:** Þeir sem eru með rauða úlfa (SLE) eða aðra sjálfsnæmissjúkdóma, arfgengan sjúkdóm sem hefur áhrif á blóðrauða, hemoglóbín (purpuraveiki), langvarandi bólgusjúkdóma í þörmum eins og bólgur í ristli með sárum (sáristilbólgu), bólgur í meltingarvegi (Crohn's) eða aðra maga- eða þarmasjúkdóma, truflanir á blóðfrumnamyndun, vandamál tengd blóðstorkun, ofnæmi, ofnæmiskvef, astma, langvarandi bólgur í nefslímhuð, kinnbeinaholum, kokeitlum eða langvarandi teppusjúkdóma í öndunarvegi, blóðrásarkvilla í slagæðum handleggja og fóta, lifrar-, nýrna- eða hjartavandamál eða háan blóðþrýsting, nýkomnir úr meiriháttar skurðaðgerð ættu ekki að nota lyfið. **Meðganga/brjóstgjöf:** Íbuprofén má ekki taka á síðustu 3 mánuðum meðgöngu. Aðeins ætti að nota Íbúfen á fyrstu 6 mánuðum meðgöngu í samráði við lækni og ef það er algerlega nauðsynlegt. Íbuprofén getur gert konum erfiðara með að verða þungaðar. Þessi áhrif ganga til baka þegar hætt er að taka lyfið. Íbuprofén berst í brjóstamjólki í litlum mæli og brjóstgjöf þarf yfirleitt ekki að hætta meðan á skammtitíma meðferð stendur. Ef lengri tíma meðferð er áætluð, ætti að meta hvort hætta eigi brjóstgjöf. **Aukaverkanir:** Svartar, tjörukenndar hægðir eða blóðlituð uppköst (sár í meltingarvegi með blæðingum), brjóstsvíði, kvíðverkir, meltingartruflanir, truflanir í meltingarfarærum s.s. niðurgangur, ógleði, uppköst, vindgangur og harðlíf, sáramyndun í meltingarvegi með eða án rofs, þarmabólga og versnandi bólga í ristli og meltingarvegi (Crohn's) og pokamyndun í digurgirni (rof eða fistlar), smásæjar blæðingar frá þörmum sem geta leitt til blóðleysis, sára og bólgu í munni, höfuðverkur, syfja, svimi, sundl, þreyta, æsingur, svefnleysi og viðkvæmni. **Skammtastærðir:** Fullorðnir og unglingar eldri en 12 ára (≥ 40 kg): 200-400 mg sem einn skammtur eða 3-4 sinnum á dag með 4-6 klst. millibili. Hámarks dagsskammtur er 1200 mg. Börn 6-9 ára (20-29 kg): 200 mg, 1-3 sinnum á dag á 4-6 klst. fresti eftir þörfum. Hámarks skammtur er 600 mg á dag. Börn 10-12 ára (30-40 kg): 200 mg, 1-4 sinnum á dag á 4-6 klst. fresti eftir þörfum. Hámarks skammtur er 800 mg á dag. Sjá nánar í fylgiseðli. **Börn 12 ára og yngri eiga ekki að nota Íbúfen nema í samráði við lækni. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 6 ára.** Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja lyfinu. Mars 2013.

Actavis



Ljósmaðrablaðið gefið út af
Ljósmaðrafélagi Íslands
Borgartúni 6, 105 Reykjavík
Sími: 564 6099 Fax: 588 9239
Netfang: lmfi@ljosmaedrafelag.is
Heimasíða: <http://ljosmodir.origo.is/>

Ábyrgðarmaður
Áslaug Valsdóttir
formadur@ljosmaedrafelag.is
formaður LMFÍ

Ritnefnd
Hrafnhildur Ólafsdóttir, ritstjóri
S. 846 1576 hrafno@internet.is
Edda Sveinsdóttir
eddasveins@simnet.is
Ásrún Ösp Jónsdóttir
asrun@yahoo.com

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

Myndir
Sigríður Haraldsdóttir
Hulda Magnadóttir
Jón Lindsay
Shutterstock

Prófarkalestur
Arna Jónsdóttir
arnakj@gmail.com

Auglýsingar
Vokal ehf.
s. 866-3855

Umbrot og prentvinnsla
Stafræna prentsmiðjan, prentun.is

Ljósmaðrablaðið er opinbert tímarit
Ljósmaðrafélags Íslands og er öllum
ljósmaðrum heimilt að senda efni í
blaðið. Greinar sem birtast í blaðinu eru
alfarið á ábyrgð greinahöfunda og end-
urspegla ekki endilega viðhorf ritstjóra,
ritnefndar eða Ljósmaðrafélagsins. Það er
stefna ritnefndar að a.m.k. ein ritrýnd grein
sé í blaðinu hverju sinni og hún áskilur sér
rétt til að hafna greinum sem eru málefnum
ljósmaðra óviðkomandi. Gert er ráð fyrir
að 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 Viðhorf mæðra til fræðslu og ráðgjafar
um brjóstagjöf
Elín Ösp Gísladóttir - Jónína Einarsdóttir
- 14 HypnoBirthing
Kristbjörg Magnúsdóttir
- 16 Áhugaverðir þættir úr bók Michels Odents,
Childbirth in the age of plastics
Steina Þórey Ragnarsdóttir
- 19 Fæðingarsaga frá Spáni
María Rebekka Þórisdóttir
- 21 Kaffi og koffíndrykkir á meðgöngu
Marianne Sigurðardóttir Glad - Sveinbjörn Gizurarson
- 23 Bæklingur um missi á meðgöngu
Anna Lía Björnsdóttir - Bjarney Hrafnberg - Þórunn Pálsdóttir
- 24 Nýútskrifuð ljósmóðir ein á vakt
Edda Sveinsdóttir
- 26 Útskrift nýrra ljósmæðra
- 32 Breytt vinnulag við K-vítamín gjöf á LSH
Gréta Rún Árnadóttir - Anna Sigríður Vernharðsdóttir
- 32 Stjórn og nefndir Ljósmaðrafélags
Íslands 2013 - 2014
- 33 Norðurlandsdeild
- 35 Hugleiðing ljósmóður
Ásrún Ösp Jónsdóttir

Ritstjórapistill

Töluvert hefur verið rætt meðal ljósmæðra um fækkun fæðingarstaða á landinu, var meðal annars samþykkt eftirfarandi ályktun um þetta á aðalfundi Ljósmæðrafélagsins sem haldinn var í apríl sl.:

Á undanföllum sextán árum hefur fæðingarstöðum á landinu fækkað úr sextán í átta. Þessi þróun hefur m.a. komið til vegna skorts á stefnumótun í fæðingarþjónustu og er mikið áhyggjuefni. Konur þurfa oft og tíðum um langan veg að fara á næsta fæðingarstað. Þróunin sýnir að hætta er á enn frekari fækkun fæðingarstaða á landsbyggðinni. Mikið álag er á fjölskylduna að fara úr sínu umhverfi skömmu fyrir fæðingu, þegar tíminn cetti miklu heldur að snúast um andlegan undirbúning og hreidurgerð. Ljósmæðrafélag Íslands kallar eftir skýrri stefnumótun í fæðingarþjónustu þar sem hagar barnshafandi kvenna og fjölskyldna þeirra er höfð að leiðarljósi, óháð búsetu.

Við ljósmæður verðum að hjálpast að svo að ekki verði enn meiri fækkun á fæðingarstöðum. Undanfarin ár hafa ekki allar ljósmæður fengið vinnu við barneignarferlið, þá sérstaklega nýtskrifaðar ljósmæður, þær vinna nokkrar sem hjúkrunarfræðingar. Síðastliðið ár var auglýst eftir ljósmæðrum á landsbyggðinni og var lítið um svör, t.d. sótti engin um í Keflavík og var erfitt að hafa opið fyrir fæðingarþjónustu, í ár verður lokað þar í sex vikur. Nýlega var auglýst eftir ljósmóðum á Höfn í Hornafirði, síðast þegar ég frétti hafði ekki komið ein fyrirspurn. Ég velti fyrir mér hver ástæðan sé fyrir þessu, höfum við ekki áhuga eða höfum við ekki kjark?

Ég var hugsí eftir fréttir í vetur af konu sem



Hrafnhildur Ólafsdóttir
ritstjóri Ljósmæðrablaðsins

var flutt frá Húsavík, í brjáluðu veðri, með sjúkrabil sem þurfti fylgd björgunarsveita til að koma henni á Akureyri til að fæða barn sitt. Ég spyr mig af hverju var lagt af stað með konuna í þetta ferðalag? Fjölmíðlar fluttu fréttir um þetta og fannst þeim þetta vera skemmtilegt að kona hefði fætt í sjúkrabil í Fnjóskadalnum. Mér fannst fjölmíðlar ekki spyrja réttu spurninganna, af hverju spurði enginn að því af hverju ljósmóðirin á Húsavík hefði ekki tekið á móti barninu? Af hverju spurði enginn um öryggið fyrir konuna? Það er orðin alvarleg hugsanavilla ef það þykir almennt betri kostur að senda fæðandi konu út í óbyggðir í óveðri og ófærð en að gera undantekningu á reglunni og veita henni faglega fæðingarráðgjöf utan hinna skilgreindu fæðingarstaða.

Bláðið er fjölbreytt eins og svo oft áður. Hér

birtist ein ritrýnd grein um viðhorf mæðra til fræðslu um brjóstagjöf og samskipti þeirra við fagaðila. Í niðurstöðum kemur fram að fræðsla um brjóstagjöf er talin mikilvæg. Þar kemur einnig fram að vissar mótsagnir einkenna fræðsluna og ósamræmi er í upplýsingagjöf. Fræðslu um brjóstagjöf á meðgöngunni skortir og sumar mæður telja upplýsingar ljósmæðra um hana ekki alltaf áreiðanlegar. Mæður vilja fá fræðslu sem einkennist af virðingu og gagnkvæmu trausti, opinskáum umræðum um mögulega erfiðleika sem og samræmdum og hagnýtum upplýsingum og ráðum, meðal annars um notkun þurrmjólkur.

Fræðslugrein um Hypnobirth er í blaðinu, Kristbjörg Magnúsdóttir ljósmóðir hefur kynnt sér hugmyndafræðina á bak við hana og heldur námskeið. Á námskeiði í Hypnobirth er unnið mikið með öndun, slökunaræfingar og sjálfsdáleiddslu. Lítið er á að fæðing sé eðlilegt ferli fyrir heilbrigða konu og heilbriggt barn hennar. Líkami konunnar er skapaður til að ganga með og fæða barn. Með auknum skilningi á því hvernig líkami konunnar vinnur í fæðingu, hvernig legvöðvinnur vinnur að því að þynna og opna leghálsinn og færa barnið í gegnum fæðingarveginn í fæðingu, þá minnka áhyggjur og kvíði í fæðingu.

Í apríl 2012 kom Michel Odent til landsins og hélt ráðstefnu, hann er þekktastur fyrir náttúrlegar fæðingar og er frumkvöðull í vatnsfæðingum. Steina Þórey skrifar um þessa heimsókn og einnig um hugmyndafræði hans.

*Óska ljósmæðrum gleðilegs sumars, hafið það gott í sumarfríinu ykkar.
Hrafnhildur Ólafsdóttir*



ÞAÐ ER EKKI SAMA HVORT ÞÚ
SNÝRÐ FRAM EÐA AFTUR

ÞAÐ SAMA Á VIÐ UM LIBRESSE DÖMUBINDIN

Dömubindin okkar eru hönnuð þannig að þau aðlaga sig að líkamanum og veita þannig hámarks vörn og meiri þægindi. **Vertu örugg, veldu Libresse.**



Kominn tími til að móta faglega og skynsamlega stefnu í málum sem lúta að mæðravernd og fæðingu

Ég vil nota þetta tækifæri til að þakka það traust sem þið hafið sýnt mér með því að kjósa mig til formennsku í félaginu og það er með mikilli eftirvæntingu og tilhlökkun sem ég bið þess að takast á við starfið.

Nú þegar þetta er skrifað eru stjórnarmyndunarviðræður í gangi og ef til vill breytingar framundan í þjóðfélaginu eða kannski ekki. Mörgum finnst óvissa ríkja um marga þætti og lítið að gerast eða breytast.

Fyrir ljósmæður er kannski of djúpt í árina tekið að segja að óvissa ríki um störf þeirra en þær verða svo sannarlega að vera á varðbergi og passa sín störf og sína stétt.

Í nýju skipuriti Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins sem tók gildi 1. maí sl. er til að mynda ekki minnst einu orði á ljósmæður. Nýlega var auglýst eftir hjúkrunarfræðingi með ljósmæðramenntun í stað þess að auglýsa eftir ljósmóður. Þetta er gert á sama tíma og það er yfirlýst stefna að standa vörð um grunnþjónustu.

Einnig hefur fæðingarstöðum fækkað jafnt og þétt undanfarin ár. Flestar þessar aðgerðir eru gerðar með það að markmiði að auka hagkvæmni og sparnað.

Að fækka fæðingarstöðum hefur ekki sparnað í för með sér heldur það að færa pening úr einum vasa í hinn. Það eru nefnilega ekki til ódýrari fæðingar heldur en þær sem eru eingöngu í höndum ljósmæðra í heimabyggð konunnar, þær kosta ekki neitt nema bakvaktarlaun ljósmóður. Ef standa á vörð um grunnþjónustu og efla hana hlýtur það að þýða að ljósmæður verða starfandi við allar heilsugæslur og sinna öflugri mæðravernd. Þær sjá þar hvaða konur uppfylla ekki skilyrði til fæðingar utan sjúkrahúss. Það er hræðódyrt fyrir samfélagið að borga bakvaktarlaun ljósmóður til að þær hraustu konur sem geta fætt utan sjúkrahúsa geri það.

Bakvaktarlaun ljósmóður á móti kostnaði við fæðingu á hátæknisjúkrahúsi og kostnaði fjölskyldunnar við ferðalög, leigu á verkalyðsíbúðum, sumarbústöðum eða öðru húsnæði, vinnumissi maka og óþægindum og streitu við að dvelja allt upp í nokkrar vikur að heiman er litill. Jafnvel má einnig reikna inni aukna tíðni inngripa því að dæmi eru um gangsetningar einungis vegna þess að fjölskylda getur ekki dvalið lengur að heiman til að biða. Reikni hver fyrir sig.



Áslaug Valsdóttir
formaður Ljósmæðrafélags Íslands

Í þessari umræðu gleymist líka oft að margar fjölskyldur hafa ekki efni á því að fara frá heimili sínu og vera í mislangan tíma í burtu til að biða eftir jafn eðlilegum atburði og fæðingu. Þessar fjölskyldur fá styrk frá félagsmálakerfinu svo að kostnaður þar eykst.

Fyrir utan sparnaðarhugleiðingar hafa rökun um öryggi oft verið notuð þegar leggja á niður fæðingar á minni stöðum. En er ekki mesta öryggið öflug mæðravernd sem miðar að því að sjá út og greina hugsanleg vandamál? Það er algengara en hitt að konur séu sendar burt til fæðingar að nauðsynjalausu. Engin ljósmóðir vill lenda í vandræðum fjarri spítala, svo að það er vandað til verka áður en fæðing er ákveðin í heimabyggð.

Á þeim stöðum sem búið er að leggja niður fæðingarþjónustu verður þar af leiðandi enginn viðbúnaður né neinn sem kann til verka þegar ófyrirséð fæðing á sér stað því það munu alltaf verða konur á hverju ári sem ekki eru farnar í burtu þegar að fæðingu kemur.

Hvaða öryggi er það að hafa engan viðbúnað og enga ljósmóður á vakt? Jú, þá geta börn mögulega fæðst á bílastæðum við þjóðveginn hugsanlega í ískulda um miðjan vetur eða í sjúkrahúsum sem brjótast með konurnar um langan veg í ófærð. Daginn eftir eru þessar aðfarir lofaðar í fjölmiðlum og fáir hugsa út í þau óþægindi og hugsanlega hættu sem bæði móðir, barn og jafnvel björgunar-

sveitarmenn eru lögð í þegar það einfalda, besta og auðvitað ódýrasta hefði verið að konan fæddi annaðhvort heima hjá sér eða á þeirri heilbrigðisstofnun sem þjónar hennar heimabyggð.

Þá er ótalið sjúkraflugið. Er réttlætlanlegt að teppa sjúkraflugvél fyrir konu í eðlilegri fæðingu svo ekki sé minnst á kostnaðinn sem fylgir slíkum flutningi?

Þessi stefna að senda konur í burtu eykur álag á LSH og þær ljósmæður sem þar starfa. LSH er háskólasjúkrahús og okkar mesta hátæknisjúkrahús þrátt fyrir að ýmis tækjakostur sé kominn fram yfir síðasta notkunardag vegna peningaleysis.

Sjúkrahús eru, eins og nafnið gefur til kynna, ætluð fyrir þá sem sjúkir eru. Það er því frekar undarlegt að sérstök deild fyrir heilbrigðar konur og eðlilegar fæðingar sé rekin þar innan dyra.

Stefnan ætti ef til vill að vera sú að heilbrigðar og hraustar konur fæði annars staðar en á LSH og nýti sér ódýrari kosti. Það er jú verið að leita sparnaðarleidda í heilbrigðiskerfinu.

Hvaða kosti mundu þá konur á Stór-Reykjavíkursvæðinu hafa? Hreiðrið eða fæðingarheimili ætti að vera starfrækt utan sjúkrahúss og ég vil einnig sérstaklega benda á það að konur af Reykjavíkursvæðinu geta mjög auðveldlega fætt í Keflavík, á Selfossi og á Akranesi og í nýja Hreiðrinu (fæðingarheimili) sem yrði rekið utan spítala og síðast en ekki síst heima hjá sér. Það sést á þessu að það yrðu talsverðir valmöguleikar fyrir konur á stórhöfuðborgarsvæðinu.

Í umræðu um þessa möguleika hafa margir séð allnokkra annmarka, t.d. að ekki sé boðlegt að senda konu frá Reykjavík „alla“ leið til Keflavíkur. Ætli sé ekki verið að ræða um 30–40 mín. akstur og eitthvað svipað til hinna staðanna. Hvað mega þá alvöru dreifbýliskonur segja sem þurfa jafnvel að vera farnar við 38 vikur langan veg að heiman og vera þar í allt að 4 vikur, er það boðlegt?

Hér að framan hefur einungis verið stiklað á stóru og það verða víst seint allir sammála, en er ekki löngu kominn tími til að móta faglega og skynsamlega stefnu í málum sem lúta að mæðravernd og fæðingu? Stefnu sem er hagstæð fyrir barnshafandi konur og samfélagið í heild.

Viðhorf mæðra til fræðslu og ráðgjafar um brjóstagjöf:

Eigindleg viðtalsrannsókn í mannfræði

ÚTDRÁTTUR

Rannsóknir hafa sýnt að brjóstagjöf er heilsu og þroska barna mikilvæg. Fræðsla og stuðningur við konur sem gefa brjóst getur haft áhrif á framvindu brjóstagjafar, sjálfsmynd mæðra og reynslu þeirra af brjóstagjöf. Tilgangur rannsóknar var að skoða viðhorf mæðra til fræðslu um brjóstagjöf og samskipti þeirra við fagaðila. Eigindleg hálfstöðluð viðtöl voru tekin við fjórtán mæður með reynslu af brjóstagjöf á 21. öldinni. Mæður með sem breytilegasta reynslu af brjóstagjöf voru fengnar til þátttöku með snjóboltaúrtaki. Viðtölin voru skráð og þemagreind. Meginþemu voru vettvangur fræðslunnar, innihald hennar og framsetning, viðhorf og viðmót fræðsluáðila, áreiðanleiki þekkingar, stuðningur og vellíðan móður. Fræðsla um brjóstagjöf var talin mikilvæg en þótti einkennast um of af vandlætingu í garð mæðra sem ekki gáfu brjóst í samræmi við ráðgjöf. Vissar mótsagnir einkenndu fræðsluna og ósamræmi var á upplýsingagjöf. Fræðsla um brjóstagjöf á meðgöngunni skorti og sumar mæður töldu upplýsingar ljósmæðra um hana ekki alltaf áreiðanlegar. Mæður kunnu að meta fræðslu sem einkenndist af virðingu og gagnkvæmu trausti, opinskáum umræðum um mögulega erfiðleika, sem og samræmdum og hagnýtum upplýsingum og ráðum, meðal annars um notkun þurrmjólkur. Gagnlegt væri að rannsaka frekar viðhorf mæðra til gæða brjóstamjólkur og áreiðanleika veittrar fræðslu sem og viðhorfe einstakra faghópa til mikilvægis brjóstagjafar, gæða brjóstamjólkur og ákjósanlegrar lengdar brjóstagjafar.

Lykilorð: brjóstagjöf, brjóstamjolk, fræðsla, samskipti, mannfræði.

ABSTRACT

Research confirms that breastfeeding is important for the physical and cognitive development of children. Counselling and support for women who breastfeed may influence their lactation, self-image and breastfeeding experiences. The aim of the research was



Elín Ösp Gísladóttir
mannfræðingur, MA



Jónína Einarsdóttir
mannfræðingur, PhD,
prófessor við Félags- og mannvísindadeild
Háskóla Íslands.

to examine mothers views on breastfeeding information and counselling and their interactions with health professionals. Fourteen mothers with breastfeeding experience from the first decade of the 21st century were interviewed. Mothers with varied experience of breastfeeding were recruited for participation by snowball sampling. The interviews were recorded and through thematic analysis following themes were identified: setting,

content and form of counselling, attitude and interface of counsellors, reliability of knowledge, support and mother's wellbeing. Mothers appreciated breastfeeding counselling and considered it important for successful breastfeeding, however indignation towards mothers who experienced difficulties in breastfeeding was noted. Some contradictions characterised the counselling and information given was not always seen as coherent. Counselling during pregnancy was lacking and some of the mothers argued that the information given by the midwives was not always reliable. The mothers emphasized counselling that was given in a respectful manner and in an atmosphere of trust. They wanted honest and open conversations about eventual difficulties and recommendations should be consistent and useful, and include information about the use of breastmilk substitute. Further research on the views of mothers towards breast milk quality and reliability of breastfeeding lectures and counselling would be valuable, as much as research on the views of individual professions on the importance of breastfeeding, breast milk quality and the optimal duration of lactation.

Keywords: breastfeeding, breast milk, education/information, communication, anthropology.

INNGANGUR

Þótt konum sé líffræðilega gefið að framleiða brjóstamjolk er brjóstagjöf og viðhorf til hennar breytileg. Ákvörðun um að gefa brjóst er ekki einhliða persónulegt val kvenna um næringu ungbarns heldur hafa félags-, efnahags- og menningarlegar aðstæður áhrif á þá ákvörðun (Maher, 1992; Tully og Ball, 2013) og kerfislaugar þættir eins og aðgangur að fræðslu um brjóstagjöf (Blum, 1999; McKinley og Hyde, 2004). Félags- og menningarlegar aðstæður hafa afgerandi þýðingu fyrir hvort, hvernig og hversu lengi brjóstagjöf er stunduð (Maher, 1992).

Ráðleggingar til íslenskra kvenna um brjóstagjöf hafa verið breytilegar í tímans

rás. Benedictow (1985), sem fjallar meðal annars um brjóstagjöf á Íslandi á miðöldum, bendir á að í lagabókum frá 11. öld hafi konum verið ráðlagt að gefa börnum sínum brjóst í tvö ár. Ætla má að brjóstagjöf hafi tíðkast fram á 16.–17. öld en um 1750 var kúamjólk almennt talin betri fyrir ungbörn en brjóstamjólk (Helgi Þorláksson, 1986; Hastrup, 1992). Brjóstagjöf lagðist því nánast af þar til á seinni hluta 19. aldar en þá var menntun ljósmæðra aukin og áhersla lögð á brjóstagjöf sem leið til að lækka tíðni ungbarnadauða (Ólöf Garðarsdóttir, 2002). Með auknum fjölda lækna og ljósmæðra um allt land styrktist heilbrigðisþjónustan og fræðsla um brjóstagjöf varð markvissari (Margrét Gunnarsdóttir, 2000; Marga Thome, 1993). Þurrmjólk kom fyrst á markað í Bandaríkjunum árið 1869 og í kjölfarið minnkaði áhersla á brjóstagjöf þar í landi og víðar (Apple, 1987: 9). Þetta hafði jafnframt áhrif hér á landi en þurrmjólk náði þó fyrst verulegri útbreiðslu á Íslandi eftir miðja síðustu öld með tilheyrandi minnkun brjóstagjafar (Marga Thome, 1993).

Síðan á 7. og 8. áratug síðustu aldar hefur fjöldi rannsókna birst sem staðfesta gæði brjóstamjólkur fyrir ungbörn (Cunningham, Jelliffe og Jelliffe, 1991; Hanson o.fl., 2002; Horta, Bahl, Martinez og Victoria, 2007; Jelliffe og Jelliffe, 1978; Kramer, 2010). Síðan hefur tíðni brjóstagjafar á Íslandi aukist verulega (Embætti landlæknis, 2012; Geir Gunnlaugsson, 2007; Marga Thome, 1993). Nýlegar niðurstöður benda til þess að um helmingur 4 mánaða gamalla barna sé eingöngu á brjósti, að við 6 mánaða aldur séu um 8% barna ennþá einungis á brjósti og að um 27% tólf mánaða gamalla barna fái einhverja brjóstamjólk (Embætti landlæknis, 2012). Algengi brjóstagjafar er tiltölulega hátt á Íslandi en þó lægra en í Svíþjóð og Noregi. Í dag er mælt með því að börn fái eingöngu brjóstamjólk fyrstu 6 mánuðina og til 24 mánaða aldurs meðfram annarri fæðu (Embætti landlæknis, 2012; Embætti landlæknis og Heilsugæslan, 2010; WHO, 2003, 2001), og í handbók Embættis landlæknis og Heilsugæslunnar (2010: 197) er lögð áhersla á að fagfólk styðjist við samræmdar leiðbeiningar um brjóstagjöf.

Rannsóknir sýna að samræmd fræðsla um brjóstagjöf, hvatning heilbrigðisstarfsfólks, samfelld þjónusta ljósmæðra, heimavítjanir í kjölfar fæðingar, traust í samskiptum mæðra við ljósmæður og einstaklingsmiðaður stuðningur hafi jákvæð áhrif á framvindu brjóstagjafar og líðan móður (Björk Askelsdóttir, Lam-de Jonge, Edman og Wiklund, 2012), sem og stuðningur nánustu vina og ættingja, og jafningjafræðsla (Hannula, Kaunonen og Tarkka, 2008; Helga Gottfreðsdóttir,

2001; Hildur Sigurðardóttir, 2011, 2010, 2006, 2004; Marga Thome, 1993; Morrow, o.fl., 1999; Schmied, Beake, Sheehan, McCourt og Dykes, 2011; Waldenström, Rudman og Hildingsson, 2006; McInnes og Chambers, 2008). Fyrsta reynsla af brjóstagjöf virðist mikilvæg og sjálfsöruggeri konur eru líklegri til að hafa börn sín lengur á brjósti og einnig lengur eingöngu á brjósti (Hildur Sigurðardóttir, 2010: 106). Í rannsókn Hildar Sigurðardóttur hafði fræðsla á meðgöngu, á námskeiðum eða í mæðravernd þó ekki marktæk áhrif á sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöf en aðeins um 20% mæðranna sem tóku þátt í þeirri rannsókn höfðu fengið slíka fræðslu (2010: 112).

Leiðbeiningar um gagnlegar stellingar við brjóstagjöf eru aðgengilegar fyrir mæður og fagfólk (Embætti landlæknis og Heilsugæslan, 2010: 200), en fræðsla um „réttar“ stellingar hefur þó ekki endilega þótt gagnleg og bent á að barnið ætti að finna brjóstið sjálft eftir fæðinguna (Hulda Sigurlína Þórðardóttir, 2011). Misræmi í fræðslu og ráðleggingum þykir óheppilegt og persónulegar skoðanir heilbrigðisstarfsfólks geta einnig haft neikvæð áhrif (Hussainy og Dermele, 2011). Erlendar rannsóknir sýna að mæðrum þyki fræðsla um brjóstagjöf oft litil, óviðeigandi og að lítið sé um haldgóð ráð vegna erfiðleika sem upp koma (Cross-Barnet, Augustyn, Gross, Resnik og Paige, 2012; McInnes og Chambers, 2008). Auk þess segja mæður frá neikvæðum viðhorfum heilbrigðisstarfsfólks til brjóstagjafar og að misræmi sé í ráðgjöf og hún jafnvel mótsagnakennd innan sömu stofnunar. Bent hefur verið á að framsetning fræðslu um næringu ungbarna þurfi að vera markviss og að fræðslubæklingur sé ekki endilega besta lausnin (Asa Vala Thorisdóttir, Ingibjörg Gunnarsdóttir og Inga Thorsdóttir, 2013; Schmied, Beake, Sheehan, McCourt og Dykes, 2011). Eins hefur verið stungið upp á að með aukinni tölvunotkun mætti gefa ráðgjöf um brjóstagjöf í gegnum myndsíma í tölvu (Rojjanasirrat, Nelson og Wambach, 2012) eða nota aðra rafræna miðla, einkum þar sem aðgangur að aðstoð er takmarkaður (Edwards, Bickmore, Jenkins, Foley og Manjourides, 2013).

Höfundar, sem báðir eru mannfræðingar, leggja áherslu á að saga brjóstagjafar á Íslandi hafi fyrst og fremst ákvarðast af samspili menningar- og félagslegra þátta og fræðslu. Besta leiðin til að gera fræðsluna markvissa og árangursríka er að taka mið af því hvað mæður hafa um hana að segja. Því var það markmið þeirrar rannsóknar sem hér er kynnt að skoða viðhorf mæðra til veittrar fræðslu um brjóstagjöf á mismunandi

þjónustustigum og samskiptum þeirra við fagfólk sem veitti fræðsluna.

AÐFERÐAFRÆÐI

Stuðst er við hluta gagna úr MA rannsóknarverkefni í mannfræði um reynsluheim mjólkandi mæðra (Elín Ösp Gísladóttir, 2012). Í þeirri rannsókn var lögð áhersla á að lýsa, túlka og skilja sjónarhorn þátttakenda og reynslu þeirra, út frá þeim forsendum að raunveruleiki hvers og eins sé réttmætur og að einstaklingar geti túlkað svipaða reynslu á mismunandi hátt. Notast var við opnar spurningar og hálfstöðluð viðtöl í anda eigindlegar aðferðafræði til þess að gefa þátttakendum tækifæri á að svara með greinarbetri og dýpri svörum heldur en ef notast hefði verið við staðlaða spurningalista (Bernard, 2011: 157–158; Crang og Cook, 2007; Fife, 2005: 95; Hammersley og Atkinson, 2007). Leitast var við að gefa viðmælendum kost á að tjá skoðanir sínar opið og óheft.

Í rannsókn Elínar Aspar Gísladóttur (2012) var leitast við að fá konur til þátttöku með sem fjölbreyttasta reynslu af brjóstagjöf, sérstaklega hvað varðar lengd brjóstagjafar og hugmynda um gæði brjóstamjólkur. Þær voru því fengnar til þátttöku með svokölluðu snjóboltaurtaki (Esterberg, 2002: 93–94), sem er ein af fleiri nálgunum sem nota má til að fá markmiðsúrtak (Teddlie og Yu, 2007: 81). Hafa ber í huga að snjóboltaurtak er ekki líkindaúrtak, auk þess sem slíku úrtaki fylgir ákveðin hætta á að þátttakendur hafi tiltölulega einsleit viðhorf og reynslu vegna innbyrðis tengsla þeirra (Johnston og Sabin, 2010; Esterberg, 2002). Ætla má þó að leitin að konum með breytilega reynslu hafi unnið gegn einsleitni.

Til að gefa mynd af reynslu mæðra og viðhorfum þeirra til fræðslu um brjóstagjöf á 21. öldinni er stuðst við gögn um brjóstagjöf barna sem fædd eru árið 2000 eða síðar úr rannsókn Elínar Aspar Gísladóttur (2012). Því er hér stuðst við 14 viðtöl af þeim 19 mæðrum sem tóku þátt í MA-rannsókn hennar. Viðtölin voru tekin sumarið 2010. Samtals var um brjóstagjöf 25 barna að ræða sem fædd eru á tímabilinu 2000–2010. Átta mæður áttu tvö börn eða fleiri, hinar áttu eitt barn hver. Lengd brjóstagjafar var frá nokkrum dögum upp í tvö og hálf ár. Tvær mæður höfðu haft barn á brjósti í minna en þrjá mánuði og sex hættu brjóstagjöf eftir fyrsta aldursár barnsins. Sex mæður hættu brjóstagjöf eftir 3–12 mánuði. Mæðurnar, sem allar fæddu börn sín á fæðingadeild, voru annaðhvort í háskólanámi eða höfðu lokið slíku námi. Þær voru á aldrinum 24–45 ára og 13 mæður af 14 voru í sambúð eða giftar. Í viðtölunum voru mæðurnar meðal

annars spurðar hvaðan þær hefðu fengið upplýsingar um brjóstagjöf á meðgöngu og eftir barnsburð og hvernig upplýsingarnar höfðu nýst þeim. Einnig voru þær spurðar um æskilegt umfang fræðslu og hvatningar til brjóstagjafar.

Stuðst var við greiningu gagna að hætti Crang og Cook (2007: 133) en hún er undir áhrifum grundaðrar kennningar. Crang og Cook leggja áherslu á að gott skipulag og sköpunargleði haldist í hendur í greiningarferlinu. Afrit viðtalanna voru endurtekið lesin yfir og kóðuð og samsvarandi texti merktur. Kóðunum var síðan ráðað upp eftir innri tengslum og hældust sumir óbreyttir, aðrir voru sameinaðir og enn öðrum var sleppt. Meginþemu voru vettvangur fræðslunnar sem og innihald hennar og form, áreiðanleiki þekkingar, viðhorf og viðmót fræðsluaðila, stuðningur og velliðan móður.

Mæður gáfu upplýst samþykki fyrir þátttöku. Rannsóknin fékk leyfi Vísindasíðanefndar (10-075) og var skráð hjá Persónuvernd.

NIÐURSTÖÐUR

Áður en mæðurnar höfðu sjálfar öðlast reynslu af brjóstagjöf töldu langflestar þeirra að hún væri náttúrulegt fyrirbæri, þannig að vitneskja um hvernig hún skyldi framkvæmd væri meðfædd. Sú mikla vinna sem fólst í brjóstagjöfinni kom þeim á óvart og einnig að hún væri á engan hátt sjálfgefin. Flestallar mæðurnar áttu við einhverja örðugleika að stríða við upphaf brjóstagjafar en þær sem töldu brjóstagjöfina þó hafa verið jákvæða reynslu nefndu meðal annars ánægju yfir að hafa komist yfir erfiðleikana (Elin Ösp Gísladóttir, 2012: 67–69). Gagnrýni á fræðslu um brjóstagjöf var engu að síður áberandi meðal mæðranna en þó sérstaklega þeirra sem höfðu átt við hvað mesta erfiðleika að stríða við brjóstagjöfina. Langflestar mæðurnar, óháð því hversu vel þeim gekk með brjóstagjöfina, töldu mikilvægt að fá fræðsluna strax á meðgöngu.

Vettvangur, framsetning og innihald fræðslunnar

Mæðurnar fengu fræðslu um brjóstagjöf á mismunandi þjónustustigum, það er fyrir fæðingu við mædraskoðanir og á námskeiðum, eftir fæðinguna á mismunandi fæðingadeildum og eftir heimkomu við heimavítjanir og hjá heilsugæslunni. Þá leituðu sumar mæðranna til sérstakra brjóstagjafaráðgjafa.

Samskipti mæðranna við heilbrigðisstarfsfólk vegna væntanlegrar fæðingar átti sér stað við reglulegar heimsóknir í mædravernd, en þar fer fram fræðsla um meðgöngu og fæðingu auk eftirlits með meðgöngunni. Þar fólst fræðsla um

brjóstagjöf nánast eingöngu í dreifingu bæklinga um brjóstagjöf. Betra var að sjá handtök við brjóstagjöf á fræðslumyndbandi heldur en teikningum í bæklingi. Mæðurnar sem höfðu horft á fræðsluefni um brjóstagjöf af myndbandi töldu það til dæmis hafa nýst þeim mjög vel og mun betur en bæklingurinn. Staðsetning og tímasetning fyrirlestra á vegum Miðstöðvar mædraverndar voru gagnrýnd og brjóstagjafanámskeið voru fullbókðuð.

Mæðurnar voru sammála um að taka þyrfti fræðslu um brjóstagjöf á meðgöngu til endurskoðunar svo grunnþekking á brjóstagjöf, til dæmis á stellingum og líffræðilegri virkni brjósta, væri til staðar áður en barnið fæddist. Fræðsla um hugsanlega erfiðleika þótti mikilvæg og talin geta minnkað streitu og komið í veg fyrir áfall kvenna sem næðu ekki tökum á brjóstagjöf fljótt eftir fæðingu. Mikilvægt væri að upplýsa um að sumar konur „gætu ekki gefið brjóst“ og að sum „börn mundu sjúga bara eitthvað vitlaust.“ Ein móðir taldi það ámælisvert að „það var enginn búinn að vara mig við hverslags helviti þetta gat verið.“ Brjóstagjöfinn hefði áhrif á aðra fjölskyldumeðlimi og gæti leitt til svefnleysis og félagslegrar einangrunar. Móðir sagði meðal annars frá því hvernig brjóstagjöfin varð styttri með annað barn hennar vegna anna.

Fyrsta brjóstagjöfin fór oftast fram á fæðingadeild og þar voru mæður oft í reynd fyrst fræddar um brjóstagjöf. Ein mæðranna sagðist reyndar einungis hafa fengið fræðslu með fyrsta barn og önnur móðir aðeins þegar hún fæddi þar seinni börn. Enn önnur sagði starfsfólk hafa „troðið barninu á brjóstið“ en ekki kennt sér neitt. Þrjár mæður sögðust ekki hafa fengið fræðslu um brjóstagjöf áður en þær fóru heim af fæðingadeild. Þær höfðu búist við fræðslu og voru ósáttar við að hafa farið á mis við hana. Enginn hafði rætt við þær í röglegheitum og kennt þeim góð vinnubrögð við brjóstagjöf. Ein þeirra taldi sig hafa „bara [verið] hent heim“ án þess að vita nokkuð og önnur gaf barni sínu ekki brjóst fyrr en heim var komið. Mæður sem fengu fræðslu töldu að ráðgjöf um brjóstagjöf hverju sinni hafi farið eftir starfsfólki sem var á vakt þá stundina.

Skoðanir um ágæti fræðslunnar voru þó skiptar. Þriggja barna móðir taldi til dæmis grunninn að brjóstagjöf sinni með öll börnin hafa verið sú fræðsla sem hún fékk á fæðingadeild. Lögð var áhersla á að hún yrði á deildinni þar til brjóstagjöfin og mjólkurframleiðslan væri komin vel af stað og var henni hjálpað með ýmsum ráðum við það. „Ef ég hefði ekki fengið þennan grunn þarna í byrjun þá hefði ég örugglega gefist upp sjálf,“ sagði hún.

Foreldrum nýfæddra barna var boðið upp á heimavítjanir eftir að móðir og

barn komu heim af fæðingadeild. Í flestum tilfellum var um heimaþjónustu ljósmæðra að ræða og í einu tilviki hafði samningur verið gerður við sjálfstætt starfandi ljósmóður. Mæður kunnu vel að meta hjálp sem þær fengu við brjóstagjöf í þessum heimsóknum. Margar þeirra töldu að þá hafi þær fyrst í ró og næði fengið góða aðstoð og hagnýta fræðslu um brjóstagjöf. Þá skapaðist tækifæri til að mynda traust samband við einn aðila og samtímis samræmdar upplýsingar. Samskiptin við brjóstagjafaráðgjafana voru flóknari en fimm mæður leituðu til þeirra. Tvær af þeim voru ósáttar með fræðsluna en þeim fannst viðmót ráðgjafanna einkennast af einstrengingslegri áherslu á brjóstagjöfina og skorti á virðingu. Þrjár mæðranna töldu sig þó hafa fengið ágætir ráðleggingar frá þeim.

Langflestar mæðranna leituðu upplýsinga og ráða um brjóstagjöf utan hinnar hefðbundnu fræðslu heilbrigðiskerfisins. Ein móðir taldi það mikla framför að „núna getur maður bara gúglað allt.“ Á netinu væri að finna spjallrásir mæðra og upplýsingaveitur fyrir foreldra, nokkurs konar jafningjafræðslu. Mæðurnar töldu slíka fræðslu hafa reynst þeim vel og báru traust til upplýsinga frá mæðrum sem sjálfar höfðu reynslu af brjóstagjöf. Ein mæðranna sagðist víða að sér upplýsingum úr öllum áttum. Hún taldi mæður þurfa að prófa þau ráð sem þær teldu henta sér hverju sinni og sagði eitt ráð ekki endilega réttara en annað. Áherslur og upplýsingar breyttust svo fljótt og því ekki alltaf auðvelt að fylgjast með því nýjasta.

Viðmót og viðhorf

Mæðrum, og þá sérstaklega þeim sem illa gekk með brjóstagjöfina, var tíðrætt um samskiptin við fagfólk sem veittu þeim fræðslu um hana. Þær upplifðu ýmist stuðning, fálæti eða of mikinn þrýsting á að gefa brjóst. Sex mæður sögðu viðhorf heilbrigðisstarfsmanna til brjóstagjafar almennt jákvætt en tóku þó fram að of löng brjóstagjöf væri oftast ekki vel séð. Ein móðir sagðist hafa verið litin hornauga vegna stuttrar brjóstagjafar og önnur taldi starfsfólk verða vandræðalegt þegar styttri brjóstagjöf var rædd. Þrjár mæðranna nefndu að þær hefðu orðið varar við bæði jákvæð og neikvæð viðhorf og fimm þeirra töldu fagfólk leggja misjafnlega mikla áherslu á mikilvægi brjóstagjafar.



Fjórar mæður töldu sig hafa fengið ómaklegar athugasemdir frá heilbrigðisstarfsfólki vegna vandamála við brjóstagjöfina, eða vegna of stuttrar eða of langrar brjóstagjafar. Þær höfðu vænst þess að mæta skilningi í þjónustu sem væri sérhönnuð fyrir nýbakaðar mæður. Einnig var bent á að lítið hafi verið gert úr tilfinningum þeirra, og ein meðal annars sögð vera „háðramatísk á hormónum.“ Mæður útskýrðu reyndar sjálfar hegðun sína oft með hormónum, þær væru viðkvæmari en ella af þeim sökum og fannst að heilbrigðisstarfsfólk ætti að vera meðvitað um það. Mæður sem byrjuðu að gefa barni sínu þurrmjólkurábót töldu sig hafa mætt vandlætingu og skömmum brjóstagjafaráðgjafa sem þóttu stundum kuldalegir og jafnvel hrokafullir. „Já ertu búin að gefa barninu pela, já þá er brjóstagjöfin ónýtt,“ fékk ein móðirin að heyra. Önnur var gagnrýnd fyrir að reyna ekki nægilega mikið og „fyrir að vera ekki nógu góð mamma.“ Þó voru einnig jákvæðar umsagnir og ein móðirin dáðist að framkomu ráðgjafa sem „var alltaf með, einhvern veginn, virðingu alveg á hreinu. Það var ótrúlega hressandi.“ Tvær mæður höfðu tilheyrt hópum mjólkandi mæðra utan heilbrigðiskerfisins en á vegum brjóstagjafaráðgjafa sem þeim fannst mjög svo gagnlegir. Mæður með börn á brjósti hittust þar til að ræða um brjóstagjöf og til að veita hver annarri stuðning. Andrúmsloftið var afslappað og þegar ein var í vanda hjálpuðust allar að við að finna lausn.

Á meðal mæðranna voru skiptar skoðanir um hversu mikla fræðslu ætti að veita. Mæðurnar töldu flestar, óháð eigin reynslu af brjóstagjöf, að rangt væri að þrýsta um of á brjóstagjöfina. Þegar mæðrum fyndist brjóstagjöfin óþægileg, þær ættu í erfiðleikum eða ýmis ráð hefðu verið reynd án árangurs ætti frekar að styðja mæður til að hætta brjóstagjöfinni. Mæður ættu að hugsa um eigin líðan, andlega og líkamlega, og kom það fram að þær töldu mikilvægt að styrkja sjálfsöryggi mæðra. Nokkrar mæður töluðu um að of mikill þrýstingur til að gefa brjóst gæti valdið streitu þannig að það hamlaði myndun brjóstamjólkur. Slíkt gæti komið í veg fyrir að mæður nytu brjóstagjafarinnar sem skyldi. „Viltu að hún léttist bara of mikið og fari inn á Vöku?“ var til dæmis sagt við móður sem mjólkaði ekki nógu vel í byrjun.

Sex mæður töldu sig hafa mætt góðum skilningi og fengið góða ráðgjöf í erfiðleikum sínum, þar af fjórar í heimaþjónustunni, ein hjá eigin ljósmóður í samfelldri þjónustu og ein hjá hjúkrunarfræðingum í heilsugæslunni. Þrjár mæður töldu sig hafa fengið ágætis ráðleggingar frá brjóstagjafaráðgjafa. Mæðurnar nefndu ráð um stellingar og aðferðir við brjóstagjöf auk fræðslu um

mjólkurframleiðslu og líffræðilega virkni brjósta. Að mati mæðranna einkenndist góð fræðsla af yfirvegun án vandlætningar í garð þeirra sem af einhverjum ástæðum gáfu brjóst í styttri eða lengri tíma en viðkomandi heilbrigðisstarfsmanni þótti ásettannlegt. Einnig töldu þær mikilvægt að fræðslan væri fjölbreytt og að greint væri frá hugsanlegum vandamálum til að vera undirbúnað ef erfiðleikar kæmu upp.

Gagnrýni og ágreiningur

Þó mæðurnar hefðu talið brjóstagjöf vera náttúrulegt ferli voru þær sammála um að fræðsla og ráðgjöf væru mikilvæg fyrir framvindu hennar. Þær voru þó ekki alltaf allskostar sáttar með ráðin sem þær fengu og níu mæður af fjórtán töldu ofuráherslu á brjóstagjöf ekki vera réttlætanna.

Misræmi í áherslu á mikilvægi brjóstagjafar og ráðleggingum um hvernig hún yrði best heppnuð var mæðrum ofarlega í huga. Það átti bæði við um misræmi á innihaldi upplýsinga milli einstakra starfsmanna en líka milli faghópa. Skilaboð sem mæður fengu á fæðingadeild reyndust oft háð því hver var á vakt hverju sinni. Nokkrar konur höfðu reynslu af brjóstagjöf frá því þær höfðu búið erlendis eða utan höfuðborgarsvæðisins og höfðu þær orð á því að „sannleikur“ um brjóstagjöf virtist vera mismunandi eftir staðsetningu. Mæður skynjuðu einnig ágreining hjá mismunandi faghópum um gæði brjóstamjólkur í samanburði við þurrmjólk. Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður virtust leggja meiri áherslu á brjóstagjöfina, þó mikill munur væri á viðhorfum innan þessara faghópa, á meðan læknar töldu ásettannlegt að gefa þurrmjólk fyrr og þegar það drægist að mjólkinn kæmi.

Fræðsla ljósmæðra var í nokkrum tilvikum talin síður áreiðanleg en annarra heilbrigðisstarfsmanna. Í máli átta mæðra, óháð lengd brjóstagjafar þeirra, komu fram efasemdir um áreiðanleika þess sem ljósmæður staðhæfðu um einhliða mikilvægi brjóstagjafar. Þrjár mæður sögðust ekki hafa verið upplýstar um vandamál við brjóstagjöf á meðgöngu en sögðu að tekið hefði verið fram að engin kona ætti að þurfa að nota þurrmjólk. Staðreyndin væri að sumar konur gætu ekki gefið brjóst og þessar konur ættu að gefa þurrmjólk. Eins var misræmi í upplýsingum talið vera vísbending um skort á áreiðanlegri þekkingu. Ein móðir taldi fullyrðingar um að tengslamyndun móður og barns væri betri og að börn yrðu gáfaðri og sjaldnar veik ef þau væru á brjósti vera rangar. Brjóstamjólk væri ekki endilega betri en þurrmjólk. Níu mæður töldu þurrmjólk vera góða fæðu fyrir ungbörn og tvær af þeim héldu fram að þurrmjólk og brjóst-

mjólk væru jafngóðar. Rannsóknir sem sýndu fram á einhliða mikilvægi brjóstagjafar voru dregnar í efa og því haldið fram að fræðsla um gæði brjóstamjólkur einkenndist af heilapvotti og áróðri. Til staðar væri „brjóstamjólkurfasismi“ ljósmæðra sem og mæðra sem legðu allt í söurnar fyrir brjóstagjöfina. Augljóst væri að börn þrífust vel á þurrmjólk. „Ég meina, þau eiga alveg jafn mikinn séns á að verða heildursdoktorar,“ sagði ein móðirin. Tvær mæður, sem báðar voru með barn á brjósti lengur en 12 mánuði, véfengdu gæði þurrmjólkur.

Mæður sem efuðust ekki um gæði brjóstamjólkur töldu að ekki mætti afneita þurrmjólkinni alfarið, sérstaklega ekki þegar mæður væru byrjaðar að gefa börnum sínum hana. Tvær mæður töldu að upplýsingar um notkun þurrmjólkur ættu að vera aðgengilegar á meðgöngu, ef hennar yrði þörf síðar. Þær voru ósáttar við að hafa ekki fengið aðstoð við notkun og blöndun þurrmjólkur þegar þær töldu hana bestu lausnina fyrir sig. Brjóstagjafaráðgjafar og hjúkrunarfræðingar í heimavítjunum sem þessar tvær konur leituðu til höfðu neitað að leiðbeina þeim og sagt að þær yrðu að finna út úr þurrmjólkurnotkun sjálfar. Ein móðir sagði frá heimsókn til brjóstagjafaráðgjafa sem var alfarið á móti þurrmjólkurábót en hún hafði fengið ráðleggingar um notkun hennar frá öðrum fagaðila. Ekki voru allar mæður sammála þeirri staðhæfingu að ábót myndi skaða brjóstagjöfina. Tvær mæður, með reynslu af brjóstagjöf lengur en ár, töldu einhliða áherslu á brjóstagjöf varhugaverða vegna vanlíðanar mæðra sem af einhverjum ástæðum gætu ekki eða vildu ekki gefa brjóst. Þurrmjólkurgjöf gæti nýst sem hjálpartæki með brjóstagjöf. Þrjár mæður höfðu notað þurrmjólkurábót með brjóstagjöfinni af og til en aldrei til lengri tíma.

Mæður sem höfðu átt í vanda með brjóstagjöf frumburðarins fannst þær ekki alltaf fá hjálpm sem skyldi við brjóstagjöf annarra barna þar sem lítið væri svo á að þær þyrftu ekki fræðslu vegna fyrri reynslu sinnar af brjóstagjöf. Eins var haft á orði að ungar frumbyrjur væru afgreiddar sem ókunnandi og kærulausar. Að auki fannst mæðrum sem höfðu börn sín lengi á brjósti að skilaboð um heppilega lengd brjóstagjafar væru óljós og misvísandi. Konur með eldri en hálfs árs gömul börn á brjósti sem vildu halda brjóstagjöf áfram fannst sem þær hefðu verið óbeint hvattar til að hætta vegna aldurs barnsins. Eins fengu mæður sem höfðu börn á brjósti til lengri tíma ábendingar um að nú væri nógu komið, nokkuð sem þeim fannst óásættannlegt.

UMRÆÐUR

Margar af niðurstöðum þessarar rann-

sóknar eru samhljóma niðurstöðum annarra rannsókna. Mæðurnar töldu fræðslu um brjóstagjöf mikilvæga fyrir framvindu brjóstagjafar og að mikilvægt væri að fá fræðslu strax á meðgöngu (Hannula, Kaunonen og Tarkka, 2008; Hildur Sigurðardóttir, 2010), að innihald fræðslunnar ætti að vera samræmt (Hildur Sigurðardóttir, 2006; 2004), óháð fagstétt og skoðunum einstaklinga, og gefa hagnýtar lausnir á þeim vanda sem við var að eiga (Hannula, Kaunonen og Tarkka, 2008). Fræðsla veitt við samfellda þjónustu ljósmæðra og heimavitjanir fékk jákvæðari ummæli mæðra en fræðsla af öðrum vettvangi (Schmied, Beake, Sheehan, McCourt og Dykes, 2011; Hannula, Kaunonen og Tarkka, 2008; McInnes og Chambers, 2008; Waldenström, Rudman og Hildingsson, 2006; Hildur Sigurðardóttir, 2006, 2004; Helga Gottfredsdóttir, 2001). Viðmælendur lögðu áherslu á að móður væri sýnd virðing og mikilvægt væri að styrkja sjálfsöryggi hennar og vellíðan við brjóstagjöfina, til dæmis með jákvæðum staðhæfingum um að mæðurnar gætu gefið brjóst, þær réðu ferðinni sjálfar og jafnframt að þeim væri bent á hvert hægt væri að leita eftir aðstoð (Hildur Sigurðardóttir, 2011, 2010, 2006, 2004; Hannula, Kaunonen og Tarkka, 2008; Björk Askelsdóttir, Lam-de Jonge, Edman og Wiklund, 2012; Dykes, 2005; Helga Gottfredsdóttir, 2001; Waldenström, Rudman og Hildingsson, 2006). Jafningjafræðsla var mikils metin þar sem hún var óháð stofnunum og mæður treystu öðrum mæðrum með reynslu af brjóstagjöf (Hannula, Kaunonen og Tarkka, 2008; Morrow o.fl., 1999; Hildur Sigurðardóttir, 2010; McInnes og Chambers, 2008).

Tveir hópar mæðra kvörtuðu undan vandlætingu í sinn garð af hálfu fagaðila, þeim sem hættu að gefa brjóst snemma og þar sem höfðu börn sín lengi á brjósti. Konur úr seinni hópnum voru þó ekki ósáttar með frammistöðu sína, andstætt þeim fyrrnefnda sem vildi fá að gefa þurrmjólk án þess að upplifa sig sem misheppnaðar mæður. Knaak (2006) varar við því að sniðganga neikvæða reynslu mæðra af brjóstagjöf í fræðslu þar sem því fylgi hætta á að goðsögnin um fyrirmyndarmóðurina verði ríkjandi og að horft verði framhjá raunveruleika margra mæðra. Krafa mæðra um ráðgjöf sem felur í sér lausn á erfiðleikum, viðurkenningu á að stundum sé rétt að gefa þurrmjólk og leiðbeiningar um notkun hennar endurspeglar að fræðslan tekur ekki mið af aðstæðum. Sumar mæðranna brugðust við með því að draga í efa áreiðanleika upplýsinganna, og þá sérstaklega frá ljósmæðrum. Þær töldu þurrmjólk jafngóða fæðu fyrir ungbörn og brjóstá-

mjólk. Þessar vel menntuðu mæður höfnuðu þannig niðurstöðum rannsókna og ríkjandi orðræðu um brjóstagjöf.

Þó sumar mæðranna hafi varað við of miklum þrýstingi til að gefa brjóst töldu þær fræðslu um brjóstagjöf ábótavant, en það er í samræmi við nýlegar ábendingar frá Embætti landlæknis (2012: 5) um ófullnægjandi fræðslu. Niðurstöður rannsóknarinnar gefa skýrar vísbendingar um hvernig bæta megi fræðsluna þannig að brjóstagjöf verði sem árangursríkust fyrir móður og barn. Leggja þarf áherslu á val mæðra, og að það sé upplýst val. Mikilvægt er að veita fræðslu og ráðgjöf en ekki í formi boða og banna. Taka þarf mið af fjölbreytilegum aðstæðum mæðra og gera þeim grein fyrir algengum erfiðleikum svo hægt sé að taka á þeim. Gangi brjóstagjöfin ekki þarf að finna ásættanlega leið til að lifa með þeirri staðreynd og veita skal þeim mæðrum sem svo óska ráðgjöf um notkun þurrmjólkur á fordómalausan hátt. Loks er mikilvægt að hafa í huga að mæður vilja samræmdar upplýsingar. Þessi niðurstaða kallar á frekari rannsóknir á viðhorfum starfandi heilbrigðisstarfsfólks til brjóstagjafar og þekkingar þess á henni.

Bent hefur verið á að brjóstagjöf sé það tímabil í lífi kvenna sem gjarnan einkennist af óvissu, tvíráðni og óreiðu (Schmied og Lupton, 2001; Dykes, 2005; Avishai, 2007). Misræmi í veittri fræðslu olli mæðrum hvað mestu hugarangri og vantrú. Þær töldu að ekki væri bara einstaklingsmunur eftir því hver veitti fræðsluna heldur væri líka munur milli faghópa. Embætti landlæknis og Heilsugæslunnar (2010) hvetja til samræmdrar ráðgjafar, enda óheppilegt að ráðgjöf endurspegli einhliða persónulegar skoðanir einstaka fagaðila á brjóstagjöf fremur en faglega þekkingu (Hussainy og Dermele, 2011). Einnig fólst mótsögn í trúnni á að fræðsla væri forsenda vel heppnaðrar brjóstagjafar og þeirrar hugmyndar að brjóstagjöf væri í eðli sínu náttúrulegt fyrirbæri og því hefðu mæður meðfædda þekkingu á henni. Það er því ekki að undra að mæðrunum sem þátt tóku í rannsókninni hafi gengið misvel að höndla sannleikann um brjóstagjöfina.

LOKAORÐ

Hér hafa verið skoðuð viðhorf og reynsla mæðra af fræðslu um brjóstagjöf á mismunandi stigum heilbrigðisþjónustunnar. Byggt er á viðtölum við 14 íslenskar mæður sem eiga það sameiginlegt að vera vel menntaðar og með reynslu af brjóstagjöf á fyrsta áratug 21. aldarinnar. Niðurstöðurnar sýna að þeim finnst fræðslu um brjóstagjöf vera ábótavant, þar sem hún einkennist um of af misræmi. Eins skorti verulega á fræðslu

um brjóstagjöf á meðgöngunni. Mæður kunnu að meta fræðslu sem einkenndist af virðingu og gagnkvæmu trausti, samræmdum og hagnýtum upplýsingum og ráðum, sem og opinskáum umræðum um mögulegar hindranir.

Misræmi einkennir að einhverju leyti fræðslu til mæðra um brjóstagjöf hér á landi. Skortur virðist vera á viðurkenndri samræmdri þekkingu meðal heilbrigðisstarfsmanna sem varpar ljósi á hvers vegna brjóstagjöf er jafn umdeilt og vandasamt verk og raun ber vitni. Ráðgjafar sem hvað ákafast fræða mæður um mikilvægi brjóstagjafar, og margar mæður einnig, halda gjarnan í þær mótsagnakenndu hugmyndir að fræðsla sé afgerandi fyrir framvindu brjóstagjafar og samtímis að brjóstagjöf sé náttúrulegt fyrirbæri sem sé konum eðlislæg. Það er afgerandi að fagfólk sem veitir fræðslu um brjóstagjöf sé meðvitað um og viðurkenni mikilvægi félags- og menningarlegra áhrifaþátta á framvindu brjóstagjafar.

Niðurstöður greinarinnar varpa ljósi á áhrifaþætti fyrir fræðslu og ráðgjöf um brjóstagjöf sem geta nýst til að stuðla að farsælli brjóstagjöf fyrir móður og barn. Frekari rannsóknir er þörf á samskiptum fagfólks við verðandi og nýbakaðar mæður þar sem uppbyggjandi eða niðurbjótandi samskiptahættir eru skoðaðir (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Eins væri gagnlegt að skoða viðhorf einstakra faghópa heilbrigðisstarfsfólks til mikilvægis brjóstagjafar, gæða brjóstamjólkur og ákjósanlegrar lengdar brjóstagjafar svo hægt sé að gæta samræmis í fræðslu og ráðleggingum um brjóstagjöf. Vert er að hafa í huga að niðurstöður þessarar rannsóknar eru byggðar á úrtaki 14 mæðra. Rannsóknin gefur því ekki upplýsingar um tíðni þeirra viðhorfa sem fram koma. Hún gefur þó til kynna að frekari rannsóknir sé þörf á viðhorfum mæðra til gæða brjóstamjólkur sem og fræðslu um brjóstagjöf, og þá ekki síst á hugmyndum þeirra um áreiðanleika fræðslunnar.

Þakkir

Mæðurnar sem tóku þátt í rannsókninni fá kærar þakkir fyrir þátttökuna. Rannsóknin var styrkt af Rannsóknarnámssjóði Rannís og Rannsóknarsjóði Háskóla Íslands.

Heimildaskrá

- Apple, R.D. (1987). *Mothers & Medicine: A Social History of Infant Feeding 1890–1950*. Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Asa Vala Thorisdóttir, Ingibjörg Gunnarsdóttir og Inga Thorsdóttir (2013). Revised infant dietary recommendations: the impact of maternal education and other parental factors on adherence rates in Iceland. *Acta Pædiatrica*, 102, bls. 143–148.
- Avishai, O. (2007). „Managing the Lactating Body:

- The Breast-Feeding Project and Privileged Motherhood." *Qualitative Sociology* 30(2), bls. 135–152.
- Benedictow, O.J. (1985). The milky way in history: breastfeeding, antagonism between the sexes and infant mortality in medieval Norway. *Scandinavian Journal of History*, 10, bls. 19–53.
- Bernard, H.R. (2011). *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches* (5. útgáfa). Lanham: AltaMira Press.
- Björk Askeldsdóttir, Lam-de Jonge, W., Edman, G., og Wiklund, I. (2012). Home care after early discharge: Impact on healthy mothers and newborns. *Midwifery*, 2013 Feb. 20. pii: S0266-6138(12)00207-0. doi:10.1016/j.midw.2012.11.001. [Epub ahead of print].
- Blum, L.M. (1999). *At The Breast: Ideologies of Breastfeeding and Motherhood in The Contemporary United States*. Boston: Beacon Press.
- Crang, M. og Cook, I. (2007). *Doing Ethnographies*. Los Angeles: Sage Publications.
- Cross-Barnet, C., Augustyn, M., Gross, S., Resnik, A., og Paige, D. (2012). Long term breastfeeding support: Failing mothers in need. *Maternal and Child Health Journal*, (16)9, bls. 1926–1932.
- Cunningham, A.S., Jelliffe, D.B. og Jelliffe, E.F.P. (1991). Breastfeeding and Health in the 1980s: A Global Epidemiological Review. *J Pediatr* 118(5), bls. 659–66.
- Dykes, F. (2005). A critical ethnographic study of encounters between midwives and breastfeeding women in postnatal wards in England. *Midwifery* (21), bls. 241–252.
- Edwards, R.A., Bickmore, T., Jenkins, L., Foley, M. og Manjourides, J. (2013). Use of an Interactive Computer Agent to Support Breastfeeding. *Maternal and Child Health Journal*, 2013 Jan 18. [Epub ahead of print].
- Elin Ösp Gísladóttir (2012). „Allt, allt öðruvísi en ég hafði ímyndað mér.“ Viðhorf og reynsla íslenskra kvenna af brjóstagjöf. Óútgefin MA-ritgerð í mannfræði. Reykjavík: Háskóli Íslands, Félags- og mannvísindadeild.
- Embætti landlæknis (2012). *Heilbrigðisupplýsingar: Brjóstagjöf og næring ungbarna á Íslandi sem fædd eru 2004–2008. Nýjar tölur frá Embætti landlæknis*. Sótt 8. ágúst 2012 af: http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item16573/brjostagjof_og_naering_2004-2008_juni.2012.pdf.
- Embætti landlæknis og Heilsugæslan (2010). Ung- og smábarnavernd: Leiðbeiningar um heilsuvernd barna 0–5 ára. Sótt 1. apríl 2013. <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2830/4138.pdf>.
- Esterberg, K.G. (2002). *Qualitative Methods in Social Research*. Boston: McGraw-Hill.
- Fife, W. (2005). *Doing Fieldwork: Ethnographic Methods for Research in Developing Countries and Beyond*. New York: Palgrave Macmillan.
- Geir Gunnlaugsson (2007). *Brjóstagjöf á Íslandi: börn fædd 1999–2004*. Reykjavík: Miðstöð heilsuverndar barna.
- Hammersley, M. og Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in Practice*, (3. útgáfa). London: Routledge.
- Hannula, L., Kaunonen, M. og Tarkka, M.-T. (2008). A systematic review of professional support interventions for Breast-feeding. *Journal of Clinical Nursing*, 17, bls. 1132–1143.
- Hanson, L.Á., Korotkova, M., Häversen, L., Mattsby-Baltzer, I., Hahn-Zoric, M., Silfverdal, S.Á. o.fl. (2002). Breast-feeding, a complex support system for the offspring. *Pediatrics International*, 44, bls. 347–352.
- Hastrup, K. (1992). A question of reason: Breast-feeding patterns in seventeenth- and eighteenth-century Iceland. Í Maher, V. (ritstj.), *The Anthropology of Breast-Feeding: Natural Law or Social Construct*. Oxford/Province: Berg.
- Helga Gottfreðsdóttir (2001). Hvað felst í mæðravernd? Viðhorf kvenna og ljósmæðra. *Ljósmæðrablaðið*, 79(2), bls. 5–15.
- Helgi Þorláksson (1986). Óvelkomin börn. *SAGA, XXIV*, bls. 79–120.
- Hildur Sigurðardóttir (2004). Ljósmæðraþjónusta fyrstu vikuna eftir fæðingu. Viðhorf mæðra til þjónustunnar. *Ljósmæðrablaðið*, 82(2):19–27.
- Hildur Sigurðardóttir (2006). Heimabjónusta ljósmæðra í sængurlegu: árangur og gæðaeftirlit. *Ljósmæðrablaðið*, 84(2), bls. 28–33.
- Hildur Sigurðardóttir (2010). Sjálfsöryggi og brjóstagjöf: Prófun mæltækis. Í Gunnar Þór Jóhannesson og Helga Björnsdóttir (ritstj.) Þjóðarspejillinn 2010. *Félags- og mannvísindadeild. Rannsóknir í félagsvísindum XI*. bls. 106–114. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Hildur Sigurðardóttir (2011). Sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöf. BSES-SF mæltækid. Hugmyndafræðilegur bakgrunnur og kerfisbundin skoðun þekkingar. *Ljósmæðrablaðið*, 89(2), bls. 14–21.
- Horta, B.L., Bahl, R., Martinez, J.C. og Victora, C.G. (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and meta-analyses*. Geneva: World Health Organization. Sótt 23. apríl 2012 af: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241595230/e/.
- Hulda Sigurlína Þórðardóttir (2011). Upphaf brjóstagjafar: Er það eingöngu mál móðurinnar eða er það einnig mál barnsins? *Ljósmæðrablaðið*, 89(2), bls. 24–26.
- Hussainy, S.Y. og Dermele, N. (2011). Knowledge, attitudes and practices of health professionals and women towards medication use in breastfeeding: A review. *International Breastfeeding Journal*, 6(11), bls. 1–16.
- Jelliffe, D.B. og Jelliffe, E.F.P. (1978). *Human Milk in the Modern World: Psychosocial, Nutritional, and Economic Significance*. Oxford: Oxford University Press.
- Johnston, L.G. og Sabin, K. (2010). Sampling hard-to-reach populations with respondent driven sampling. *Methodological Innovations Online* 5(2), bls. 38–48.
- Knaak, S.J. (2006). The Problem with Breastfeeding Discourse. *Canadian Journal of Public Health* 97(5), bls. 412–414.
- Kramer, M.S. (2010). „Breast is best“: The evidence. *Early Human Development* 86, bls. 729–732.
- Maher, V. (1992). *The Anthropology of Breast-Feeding: Natural Law or Social Construct*. Oxford/Province: Berg.
- Marga Thome (1993). Þróun brjóstagjafar í Reykjavík í tvo áratugi. *Hjúkrun*, 1-2, bls. 11–23.
- Margrét Gunnarsdóttir (2000). Ungbarnaeldi á Íslandi á árunum 1890–1930. *Sagnir*, 21, bls. 90–99.
- McInnes, R.J. og Chambers, J.A. (2008). Supporting breastfeeding mothers: Qualitative Synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), bls. 407–427.
- McKinley, N.M. og Hyde, J.S. (2004). Personal Attitudes or Structural Factors? A Contextual Analysis of Breastfeeding Duration. *Psychology of Women Quarterly*, 28, bls. 388–399.
- Morrow, A.L., Guerro, M.L., Shults, J., Calva, J.J., Lutter, C., Bravo, J., Ruiz-Palacios, G., Morrow, R.C. og Butterfoss, F.D. (1999). Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 353 (9160), bls. 1226–1231.
- Ólöf Garðarsdóttir (2002). *Saving the child. Regional, cultural and social aspects of the infant mortality decline in Iceland, 1770–1920*. Umeå: Umeå University.
- Rojanasasiriat, W., Nelson, E.-L. og Wambach, K.A. (2012). A Pilot Study of Home-Based Videoconferencing for Breastfeeding Support. *Journal of Human Lactation* 28(4), bls. 464–467.
- Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C., og Dykes, F. (2011). Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. *BIRTH*, 38:1, bls. 49–60.
- Schmied, V. og Lupton, D. (2001). Blurring the boundaries: Breastfeeding and maternal subjectivity. *Sociology of Health and Illness*, 23, bls. 234–250.
- Sigríður Halldórsdóttir (2003). Efling eða niðurbrot: Kenning um samskiptahætti og áhrif þeirra. *Timarit íslenskra hjúkrunarfræðinga*, 79(3), bls. 10–16.
- Teddle, C. og Yu, F. (2007). Mixed Methods Sampling: A Typology With Examples. *Journal of Mixed Methods Research* 1(77), bls. 77–100.
- Tully, K.P. og Ball, H.L. (2013). Trade-offs underlying maternal breastfeeding decisions: a conceptual model. *Maternal and Child Nutrition*, 9, bls. 90–98.
- Waldenström, U., Rudman, A. og Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, bls. 551–560.
- WHO (2001). The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Report of an Expert Consultation. Geneva: World Health Organization, Department of nutrition for health and development & Department of child and adolescent health and development. Sótt 1. maí 2012 af: http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf.
- WHO (2003). Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Sótt 26. mars 2013 á whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf.

Apótekið þitt

í gamla Héðinshúsinu við Seljaveg 2.



Reykjavík 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

Reykjavík  Apótek

HypnoBirthing

Nálgumst heim fæðinga með ró

Ég skrifa þessa grein til að kynna fyrir lesendum HypnoBirthing og þá hugmyndafræði sem liggur að baki henni. Einnig verður fjallað stuttlega um hvernig best er að aðstoða konu í fæðingu sem hefur kynnt sér hugmyndafræði HypnoBirthing.

Ótti, áhyggjur, hamlandi hugsanir og tilfinningar er nokkuð sem vitað er að hefur mikil áhrif á verðandi mæður og á viðhorf þeirra til fæðinga. Þá vitum við að ótti hefur mikil áhrif á upplifun sársauka í fæðingu og má þar nefna kenningu Grantly Dick-Read um fæðing-tefst-pína (fear tension pain syndrome). Eitt af markmiðum HypnoBirthing er að losa um þennan ótta með notkun djúpslökunar og sjálfsdáleiðslu þannig að fjölskyldan geti farið í fæðingu full tilhlökkunar.

Marie Mongan er höfundur HypnoBirthing námskeiðanna. Í upphafi bjó hún til námskeiðið til að undirbúa dóttur sína fyrir fæðingu. Hún byggir námskeiðin á kenningum breska fæðingarlæknisins, Grantly Dick-Read, sem skrifaði bókina Childbirth Without Fear og þekkingu sinni á sjálfsdáleiðslu. Hún leggur áherslu á að við skoðum okkar eigin viðhorf til fæðinga því: „Ef við breytum viðhorfum okkar til fæðinga, þá breytir það því hvernig við fæðum.“

Grunnhugmynd HypnoBirthing er: Fæðing er eðlilegt ferli fyrir heilbrigða konu og heilbriggt barn hennar. Líkami konunnar er skapaður til að ganga með og fæða barn, hann hefur þekkingu, „innsæi til að fæða“, alveg eins og það að búa til barn og að fóstura og næra barnið í móðurkviði. Með auknum skilningi á hvernig líkami konunnar vinnur í fæðingu, hvernig legvöðvinn vinnur að því að þynna og opna leghálsinn og færa barnið í gegnum fæðingarvegin í fæðingu, þá minnka áhyggjur og kviði í fæðingu.

Verðandi móðir sem notar HypnoBirthing lærir að nýta innri þekkingu líkamans til að fæða barn. Hún slakar á inn í fæðingarferlið og vinnur með líkama sínum og barninu. Hún treystir því að bæði líkami hennar og barnið viti hvernig þau eigi að vinna saman í fæðingunni. Lögð er áhersla á að ró og friður sé í fæðingunni og virðing sé borin fyrir umhverfinu. Lögð er áhersla á að fjölskyldan fái tækifæri strax eftir fæðinguna til að tengjast barninu án trufl-



Kristbjörg Magnúsdóttir
ljósmóðir

ana, að ljós séu dempuð og enginn sé að tala nema foreldrar sem tala við barnið. Að fjölskyldan fái tækifæri til að kynnast án truflana, svo lengi sem allt er í lagi.

HypnoBirthing lítur á fæðinguna sem eðlilegt framhald af samlífi manns og konu, því trúir HypnoBirthing að fæðingin snúist um þau. Fæðingin snýst um fullkomnun fjölskyldunnar, hvernig fjölskyldan býður nýja einstaklinginn velkomin inn í líf þeirra. Einnig um að viðurkenna ábyrgð foreldranna til að eiga sem öruggasta og þægilegasta fæðingu fyrir barn þeirra. Fyrir hina verðandi foreldra snýst fæðingin ekki um vísindi og líffærafræði, hún snýst ekki um lækna eða ljósmæður, hún snýst ekki um hverjir stjórna. Hún snýst um fjölskylduna – foreldra og barn/börn þeirra. Þannig er lögð áhersla á að óskir þeirra í barn-eignarferlinu séu hafðar í hávegum.

Fjölskyldur sem trúa því að fæðingin sé um þau og hina yndislegu ferð sem þau eru á inn í foreldrahlutverkið, þeim þarf í raun ekki að kenna hvernig á að fæða. Þau bara læra um fæðinguna. Þau skilja að þegar hugurinn er laus við áhyggjur og ótta, þá gengur fæðingin vel, en þegar ótti og áhyggjur eru til staðar þá svari líkaminn með sársauka. Þá geti þau leyft náttúrunni að vera við stjórn og leyft fæðingunni að hafa sinn gang, á sama vel hannaða hátt og öll önnur lífeðlisfræðileg ferli líkamans. HypnoBirthing lofar ekki að fæðingin sé án allra óþæginda, en hugmyndafræði HypnoBirthing segir að með því að nota aðferðina geti 95% kvenna fætt ljúflega.

Á námskeiðinu er unnið mikið með öndun, slökunaræfingar og sjálfsdáleiðslu. Lesnar eru ákveðnar innleiðslur og texti, þar sem hin verðandi móðir og fæðingarfélagi hennar vinna í undirmeðvitundinni. Þannig er tíminn á meðgöngu notaður til að losa um allan ótta, hamlandi hugsanir og tilfinningar þannig að hægt sé að fara inn í fæðinguna með tilhlökkun. Einnig er unnið með sjónsköpun (e. visualization) og jákvæðar staðhæfingar. HypnoBirthing á sitt eigið tungumál, þar eru notuð orð sem valda ekki ótta eða hamlandi hugsunum og tilfinningum. Dæmi um þessa orðræðu er að notað er orðið bylgja þar sem ekki er talið rétt að nota orðin verkir eða samdrættir, sem báðum geta fylgt neikvæðar tilfinningar, aldrei er talað um sársauka. Einnig er jákvæð orðræða notuð þegar við tölum um það sem við upplifum í fæðingu, hvort sem það er þrýstingur, spennna eða annað. Samt er lögð áhersla á að í fæðingunni felist mikil vinna. Alltaf er talað um fæðingarfélagi, hann getur verið barnsfaðir, vinkona, móðir eða aðrir. HypnoBirthing leggur mikla áherslu á að fæðingarfélagi sé aðalstuðningsaðili konunnar í fæðingunni. Einnig er lögð mikil áhersla á tengslamyndun fyrir og eftir fæðingu.

Þegar komið er að því að færa barnið í heiminn er ekki notað orðið að rembast, heldur að anda barninu í heiminn. Ef kona nær mjög góðri slökun þegar barnið leggur af stað niður fæðingarvegin, þá andar hún niður með bylgjunum og færir þannig barnið í heiminn. Hin verðandi móðir sem kynnir sér HypnoBirthing, fær mörg verkfæri til að nota í fæðingu. Misjafnt er hvað hver kona nýtir sér, en hún velur hvað hentar henni, hvort sem er í eða fyrir fæðingu. Jákvæðar staðhæfingar eru mikið notaðar og rætt um þær.

Ég set allan ótta til hliðar er ég undirby mig fyrir fæðingu barns míns.

Ég einblíni á mjúka og auðveldu fæðingu.

Ég er undirbúin fyrir alla þá reynslu sem fæðingarferlið býður mér.

Einnig er mikið unnið með sjónsköpun, námsefninu fylgir mynd af hvirfli barnsins, þar sem hann er að opna fæðingarvegin eins og blóm. Sjónsköpun getur verið mjög gott að nota í slökun og

fæðingu. Einnig fá þau mynd af barni í móðurkviði. Mælt er með að horfa reglulega á myndina þegar fer að liða á meðgöngu til að sjá fyrir sér barnið í bestu mögulegu stellingu fyrir fæðingu. Í hverjum tíma er horft á minnst eitt myndband um fæðingu til að sýna hvernig hægt er að fæða á ljúfan og yndislegan hátt. Mælt er með gerð óskalista til að ljósmóðirin viti hvað er konunni mikilvægt við fæðinguna.

Áhersla er á allt hið heilbrigða og eðlilega á meðgöngu og í fæðingu, en mjög litlum tíma eytt í að tala um það sem er óeðlilegt og gæti hugsanlega gerst. Farið er yfir helstu ástæður þess að leita þurfi til lækna eða ljósmæðra á meðgöngu og þá kallaðar sérstakar aðstæður.

HypnoBirthing námskeið undirbúa verðandi móður og fæðingarfélaga hennar undir fæðingu barnsins. Kennt er vikulega, fimm kvöld í 2½ klst í senn. Námsfernið kemur frá HypnoBirthing Institute og er þýðing þess tilbúin á íslensku. Guðrún Ólöf Jónsdóttir ljósmóðir hafði umsjón með þýðingunni og hélt fyrsta HypnoBirthing námskeiðið hér á landi í maí 2009. Í dag kenna tvær ljósmæður HypnoBirthing á Íslandi, ég, og Sólveig Þórðardóttir sem kennir í Reykjanesbæ. Ég hef kennt rúmlega 100 verðandi mæðrum auk fæðingarfélaga þeirra, á 23 námskeiðum frá maí 2010.

Umönnun kvenna í fæðingu sem sótt hafa HypnoBirthing námskeið

Verðandi móðir notar öndun og slökun og fylgir því sem líkami hennar segir henni að gera. Lögð er áhersla á að ekki sé verið að trufla konuna í slökun með því að tala við hana, þar sem það örvar heilabörkinn, heldur að frekar sé talað til hennar að hún sé að slaka svo vel á, minna hana frekar á að fara dýpra og dýpra í slökun. Fæðingarfélagi á að geta svarað fyrir þau, ef einhverjar spurningar vakna. Þegar kemur að því að anda barninu í heiminn þá sé ekki verið að hvetja hana í klappstýrustíl, heldur leyfa henni að finna hvernig er rétt fyrir hana að færa barnið í heiminn. Þá leggur HypnoBirthing áherslu á að fyrsti klukkutíminn eftir fæðingu sé tími fjölskyldunnar og sem allra minnst truflun sé í umhverfi þeirra. Ótruflað augnsamband og húð við húð snerting milli móður og barns.

Lokaorð

Ég vona að þessi stutti pistill hafi aukið skilning ykkar á HypnoBirthing og hvernig best er að aðstoða verðandi móður sem kynnt hefur sér hugmyndafræði HypnoBirthing. Sérstæða HypnoBirthing felst meðal annars í áherslu á hlutverk fæðingarfélagans, sem er að standa vörð um fæðinguna. Í



lokin langar að vitna í Áslaugu Hauksdóttur ljósmóður, hún segir: Að notkun vatns við fæðingar og vatnsfæðingar hafi verið bylting í fæðingarhjálp, þegar það varð að veruleika hér fyrir 17 árum, en nú sé næsta byltingin komin en það er að

ná tökum á HypnoBirthing. Með von um að sem flestar ljósmæður megi upplifa að aðstoða við HypnoBirthing fæðingu.

*Kristbjörg Magnúsdóttir
ljósmóðir*



Áhugaverðir þættir úr bók Michels Odents, *Childbirth in the age of plastics*

Michel Odent er franskur fæðingarlæknir fæddur 1930 og er því orðinn 83 ára gamall. Hann kom hingað til lands og hélt ráðstefnu í apríl 2012 á vegum heilsumiðstöðvarinnar 9 mánuðir. Þar vitnaði hann aðallega í bók sína *Childbirth in the age of plastics* en Odent er þekktastur fyrir náttúrlegar fæðingar og er frumkvöðull í vatnsfæðingum. Hann lærði læknisfræði í Parísarháskóla og var yfirmaður skurð- og fæðingadeildar í Pithiviers í Frakklandi á árunum 1962–1985. Einnig vann hann í London um tíma og stofnaði Primal Health Research Centre. Hann er hættur að vinna en heldur fyrirlestra víða um heim og er enn að skrifa bækur, sem eru orðnar 11 talsins á 21 tungumáli og hann hefur sent frá sér 50 greinar í virt tímarit, meðal annars í *The Lancet* (Wikipedia, 2013). Odent komst í kynni við heima-fæðingarumhverfið í London 1985 þegar hann hætti að vinna formlega sem fæðingarlæknir en fór að vinna með konum í eðlilegri fæðingu. Hann talar um að hlutfallið á milli fjölda ljósmæðra og fæðingarlækna á einum fæðingarstað hafi áhrif á útkomu fæðingar og tíðni inngripa, þ.e.a.s. hátt hlutfall ljósmæðra á einn fæðingarlækni er forsenda fyrir góðri útkomu og lágrí tíðni inngripa (Odent, 1994).

Nýjasta bók Odent's, *Childbirth in the age of plastics*, var gefin út 2011 og segir frá mannlega hormóninu oxytocín og hve mikið búið er að iðnvæða barneignarferlið. Hér á eftir er lítil samantekt úr áhugaverðum þáttum úr bókinni sem endurspeglar hugmyndafræði hans.

Ástarhormónið Oxytocín

Odent byrjar á því að velta fyrir sér nýjum aðstæðum þar sem hann spyr af hverju nauðsynlegt sé að hafa hormón í lyfjaformi. Er það af því að búið er að trufla hormónaframleiðsluna? Er það vegna þess að búið er að hafa áhrif og tæknivæða fæðingarnar kynslóð eftir kynslóð? Odent segir að hægt sé að læra mikið af tuttugustu öldinni. Í fyrsta lagi að fræðileg þekking sé nauðsynleg til þess að snúa við gömlum hefðum, eins og það að ekki var lögð áhersla á að barnið væri í húðtengslum við móðurina. Hefðin var sterkari en móðureðlið og breytingar geta tekið langan tíma. Þetta sá Odent þegar hann vann við fæðingarhjálp milli 1970 og 1980. Síðan þá hafa vísindin kennt okkur ýmislegt um tengslamyndun móður og barns og áhrif hennar á brjóstagjöf, eins og rannsóknir á broddi og brjóstamjólk og



Steina Þórey Ragnarsdóttir,
Ljós móðir, MSc
á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja

mikilvægi þess að barn fari á brjóst sem fyrst sýna.

Erfitt getur verið að meta hættuna á mæðradauða þar sem ekki er hægt að gera tilraunir með fólk, en hættan virðist vera þrísvar til fjórum sinnum meiri á mæðradauða í heiminum eftir keisarafæðingu en fæðingu um fæðingarveg. Hann spyr sig hvað gerist eftir eina eða tvær aldir ef flest börn myndu fæðast með keisarafæðingu.

Erfitt er að útskýra það af hverju tíðni inngripa í fæðingu sé stöðugt að aukast alls staðar í heiminum. Hver skyldi framtíð oxytocín-kerfisins í mannum vera? Barnsfæðing er ekki eina ástandið sem þarf á oxytocín að halda, heldur er oxytocín aðaluppistaða hormónakokteils mannsins, bæði hvað varðar kynlíf og æxlunarfærin. Nú þegar er verið að velta fyrir sér af hverju kynlífsvandamál eru æ algengari og ekki hefur orðið aukning á brjóstagjöf. Sennilega liggur svarið í oxytocínhormóninu. Odent hefur á svo skemmtilegan hátt kallað oxytocín ástarhormónið. Hann segir að aðalmarkmiðið eigi að vera hjá kynslóð 21. aldarinnar að kenna þeim að búa til aðstæður þar sem flestar konur á jörðinni geta fætt börn sín og fylgjur með losun á ástarhormónum.

Gangsetningar og hormónin

Odent segir að þótt fæðing hafi hafist með gangsetningu sé hún flokkuð sem eðlileg með eða án mænurótardeyfingu ef ekki hefur

þurft að nota tangir og sogklukkur, þrátt fyrir að fæðing sé örvuð með gervi-oxytocín eða hriðaðröndu lyfi. En það virðist sem almennt sé lítið á notkun hriðaðröndu lyfs sem minniháttar inngrip.

Odent telur að hægt sé að draga úr keisaratiðni með því að draga úr gangsetningum þar sem mikil notkun gervi-oxytocínsdreypis (syntocinon) geti aukið líkur á læknisfræðilegum inngripum. Nútímakonunni er gefinn ákveðinn tími þar sem barnið á að fæðast, sem er eftir 40 vikur, og ef fæðing hefur ekki hafist af sjálfu sér eftir ákveðinn tíma er konan sett af stað í fæðingu. Það veldur því að konan missir trúna á að geta farið sjálf í gang. Fæðingar eftir gangsetningar eru almennt erfiðari en þegar þær fara sjálfar af stað. Það eru auknar líkur á mænurótardeyfingu, sogklukku, tóngum eða bráðakeisara. Odent talar um þetta sem gangsetningarfaraldur sem hafi orðið til þess að hækka keisaratiðni í heiminum, þar sem sumar konur eyði síðustu dögnum ekki í ró og næði, eins og þær ættu að gera, heldur eru þær stressaðar yfir því að eiga yfir höfði sér gangsetningu og fara því ekki af stað í fæðingu.

Hormónin og hugurinn

Odent telur að til að ná því takmarki að konur geti treyst á hormónajafnvægi sín þá þurfi að viðurkenna hvað geti valdið truflun á þeirri starfsemi, eins og adrenalin-oxytocín mótverkunina, þ.e.a.s. að ef konan losar adrenalin þá hamlar það losun á oxytocíni. Vitað er að spendýr losa adrenalin þegar þau eru hrædd, þegar þeim finnst að verið sé að fylgjast með þeim og þegar þeim verður kalt. Þess vegna verður kona sem er í fæðingu að finna hún vera örugg, að vera á hlýjum stað og án þess að verið sé að fylgjast með henni.

Oft er talað um að í byrjun fæðingar eigi konan að vera sem mest á hreyfingu til að höfuð barnsins beri rétt að, en margir taka ekki með í reikninginn að hafa adrenalinflæði sem lægst. Til dæmis er tilgangslaust að hvetja konu sem er að byrja í fæðingu og er í sama ástandi og þegar hún er að sofa, að ganga um. Þetta er eins og einhver myndi segja fólki sem er við það að sofa að standa upp og ganga.

Taugalífðisfræðin getur haft hamlandi áhrif. Þegar kona er í fæðingu þá gleymir hún því sem hún hefur lært, lesið og planað og verður frumstæð. Hún fer að haga sér á þann hátt sem þykir ekki ásættanlegt hjá siðmenntuðu konunni í hinu daglega lífi. Hún getur



Höfundur með Odent

farið að öskra, blóta og orðið dónaleg. Þetta er forsenda fyrir því að eiga auðvelda fæðingu. Það getur verið hamlandi fyrir konur í fæðingu að vera siðmenntaðar.

Tungumálið er sérstakur mannlegur örvunarþáttur fyrir heilann sem þýðir að forðast ber að nota tungumál í fæðingu. Þess vegna getur þögnin verið mikilvæg. Það þarf að fara varlega í notkun tungumálsins í fæðingu, t.d. hvernig talað er um sentimetra í útvíkkun. Dæmi um óheppilegar umræður er þegar fólk er að hafa samfarir og annar aðilinn fer í miðjum klíðum að spyrja hvað sé í matinn. Ekki mjög heppilegt eða hvað?

Ljósíð er annar þáttur sem skiptir máli í fæðingu þar sem birta hefur örvandi áhrif á heilann. Oft er talað um oxytocínið sem „myrkrhormónið“. Þegar við förum að sofa þá slökkvum við ljósin og við förum að losa melatonin sem verður aftur til þess að minnka taugaörvunina. Merki um þetta er þegar kona í fæðingu forðast birtu, hún fer á fjórar fætur og felur andlit sitt.

Það að finnast eins og einhver sé að fylgjast með manni hefur einnig áhrif á fæðingar. Þá er verið að örva heilann. Til dæmis er munur á því þegar ljósmóðir stendur yfir konu í fæðingu og horfir á hana eða þegar hún situr úti í horni en er til staðar. Mikilvægt er að lesa í aðstæður hjá hverri og einni konu. Einnig getur verið truflandi að hafa alls kyns tæki og búnað til þess að fylgjast með konunni í fæðingunni, t.d. myndavél og monitor. Odent talar um að það sé ekkert náttúrulegt við margar heima-fæðingar sem birtast á netinu. Þar sjást konur sem eru að fæða heima með fullt af fólki yfir sér og myndatökumenn, þannig að þrátt fyrir að þær séu í vatni og á fjórum fótum þá sýni þetta ekki eðlilegar kringumstæður.

Hann nefnir þessi þrjú atriði þar sem það

virðist vera tenging milli tilfinningaástands og losun adrenalíns þar sem að við getum ekki verið fullkomlega afslöppuð ef við erum í kringum taugastrekkta eða stressaða manneskju. Aðalmarkmið hjá áreiðanlegri ljósmóður er að halda eigin adrenalínhormónalosun í lágmarki. Odent tók eftir því að á árunum 1953–1954 lækkaði til dæmis adrenalín hjá ljósmóður að þrjóna.

Hann segir að það sé kaldhæðnislegt að í dag þurfum við á háþrúðum rannsóknum að halda sem einfaldlega leiða í ljós að þegar kona er í fæðingu þá þurfi að senda þann sem er að losa mikið magn af adrenalíni langt í burtu.

Hæsta magn oxytocíns hjá konu á lífsleið hennar er þegar hún er nýbúin að fæða barn. Það er meira að segja hærra en í fæðingunni sjálfri. Þetta er mikilvægt þar sem þetta tryggir öryggi konunnar í fæðingu varðandi blóðmissi og fæðingu fylgjunnar. Þar sem losun oxytocíns er mikið háð umhverfi konunnar þá verður að taka tillit til þess hvað getur haft áhrif á þennan topp strax eftir fæðingu. Fyrsta atriðið er að passa upp á að móðurinni verði ekki kalt. Annað atriði er að trufla ekki konuna þegar hún er að skoða og kynnast barninu sínu. Hún verður að hafa barnið við húð sína og horfa í augu þess og finna lyktina af því. Hvaða truflun sem er getur komið henni aftur niður á jörðina og hindrað losun oxytocíns. Önnur truflunin er sú að fara strax í að klippa á naflastrenginn og að leyfa fylgjunni ekki að fæðast á náttúrulegan hátt. Besta leiðin til þess að bjarga mannlífum er að láta konuna vera sem mest ótruflaða segir Odent.

Feimna hormónið oxytocín

Odent talar um oxytocínið sem „feimna hormónið“. Aðalhormónið í fæðingu sé eins

og feimin manneskja sem vilji ekki hitta ókunnuga og vera undir eftirliti.

Umhverfispættir hafa áhrif á losun oxytocíns. Brjóstagjöf getur einnig verið notuð sem hliðstæða hvað þetta varðar. Mjólkin losnar ekki úr brjóstunum ef oxytocín losnar ekki. Öll önnur spendýr fylgja einfaldri reglu. Öll hafa þau að markmiði að halda athygli í lágmarki þegar þau eru að fæða afkvæmi sín. Þau haga sér eins og að oxytocín sé feimna hormónið.

Mæður eða móðurfyrirmyndir hafa verið til í öllum frumstæðum samfélögum og voru viðstaddar fæðingu aðallega til þess að vernda hina fæðandi konu fyrir mönnum og dýrum. Odent telur að enginn vafi sé á því að það sé upphaf ljósmóðurfræðanna.

Þessar móðurirmyndir voru oftast frænka eða amma sem voru að vernda fæðingarstaðinn og umhverfið, sem hafi síðan þróast út í að vera meira sú sem stjórnaði aðstæðum, sérfræðingurinn sem stýrði konunni ásamt því að vera fulltrúi menningarumhverfis sem miðlaði ákveðnum hugmyndum og hefðum. Starfshættir hinnar hefðbundnu ljósmóður voru viðhafðir kynslóð eftir kynslóð.

Odent segir að ef við skiljum mikilvægi hugtaksins „feimna hormónið“ þá öðlumst við nýjan skilning á fæðingunni og barneignarferlinu. Það þarf að skilja list ljósmóðurfræðinnar eins og þá list að búa til ákveðnar aðstæður. Í mörg ár hafa siðmenntuð samfélög meira og minna stjórnað lífeðlisfræðilegri framvindu fæðingarinnar. Það hefur verið gert þannig að konan telur sig ekki geta fætt barn án hjálpar, að hún þurfi að fá hjálp við að halda stjórn.

Það sem við þurfum að vita um nútíma lífeðlisfræði er að framgangur fæðingar er ósjálfrátt ferli sem er tengt virkni heilastarfseminnar og erfitt er að hjálpa ósjálfráðu ferli en hins vegar er hægt að trufla það. Odent segir að fæðandi konur þurfi ekki beint á hjálp að halda heldur þurfi þær aðallega vernd gegn þáttum sem geta aukið adrenalínmagn eða örvun á heilann, þ.e. ekki grípa inn í eðlilegt ferli.

Ljónvæðing með göngunna

Odent varpar þeirri spurningu fram hvort til sé kona í eðlilegri meðgöngu í dag þar sem búið sé að sjúkdómsvæða meðgönguna oft á tíðum. Það er vel skiljanlegt að forsenda þess að fæðing fari sjálf af stað sé lágt magn af stresshormónum. Með öðrum orðum því meira sem þunguð kona er í streituvekjandi aðstæðum því erfiðari getur fæðingin orðið. Lágt magn streitu-hormónna eru bestu aðstæður fyrir vöxt og þroska fóstursins í legi móðurinnar. Því er mikilvægt að huga að tilfinningalegu ástandi móðurinnar á meðgöngunni. Í okkar daglega lífi fer að verða ómögulegt að hitta konu í eðlilegri meðgöngu. Mörgum konum hafa verið gefnar ástæður til þess að hafa áhyggjur af því að vera of ungar eða of gamlar, að blóðþrýstingurinn sé of hár eða sykurinn o.s.frv. Greinilegt er að ríkjandi meðgöngueftirlit er stöðugt að einblína á hugsanleg vandamál sem felast í „nocebo“



Sólveig Þórðardóttir og Odent spjalla saman

áhrifum en það er þegar heilbrigðisstarfsfólk veldur meiri skaða en gagni með því að hafa áhrif á upplifun konunnar á meðgöngu sinni. Það hefur neikvæð áhrif á tilfinningalegt ástand hinnar þunguðu konu og óbeint á fjölskyldu hennar. Sónarskoðunum fjölga án þess endilega að bæta útkomuna. Sykursýki þungaðrar konu getur breytt gleði hennar yfir þungunni í kvíða og þunglyndi. Odent leggur til að eyða lengri tíma með þunguðu konunni og tala almennt um lífsstíl og heilbrigði og að fá hana til að hugsa lengra fram í tímann og huga að heilsuvernd.

Kostnaður barnsfæðinga á plastöld

Odent segir að í dag sé plast alls staðar og að við tökum varla eftir því. Við verðum að hafa þetta í huga næstu aldirnar þar sem plastöldin getur haft áhrif á náttúruna. Þessi markmið birtast á óraunverulegan hátt þegar talað er um það að minnka tíðni keisara, forðast að nota gervi-oxytocín eins og syntocinon og önnur inngrip í fæðingu.

Hann kemur inn á kostnað við fæðingar og segir að nú á tímum sé augljóst og brýn nauðsyn að finna leiðir til þess að halda kostnaði heil-

brigðisþjónustunnar í meðallagi og útgjöldum niðri einkum í tengslum við barnsfæðingar. Í öllum velmegunarlöndum hafa útgjöld í heilbrigðiskerfinu aukist hraðar en efnahagslegur vöxtur og hefur náð þeim punkti í Bandaríkjunum að heildarkostnaður við heilbrigðiskerfið er alls 16% af landsframleiðslu. Odent vill meina að plastbyltingin hafi stuðlað að því að búa til ofmeðhöndlað samfélag. Frá því að plastsagan byrjaði og þar til nú hefur tímabilið sem við höfum kannað, saga barnsfæðinga, að mestu orðið fyrir tæknilegum áhrifum. Ljóst er að núna og í framtíðinni verða efnahagslegir þættir ráðandi, því er nú lag að skoða barnseignarferlið og snúa því við áður en það er orðið of seint. Tilhneiging verður í nánustu framtíð að mannkynið leitar í áttina að enn frekari iðnvæðingu. Gætu t.d. líkamar þungaðra kvenna borið í sér örþunnt tæki, flögu, sem myndi bera á milli yfir í stjórnsöð sveiflur í líffræðilegum mælingum eins og blóðsykur. Við getum nú þegar fylgst með því sem er að gerast nálægt okkur svo tilhneigingin er að iðnvæða enn frekar fæðinguna sjálfa. Hann segir að þetta gerist með því að loka smærri einingum og sameina aðrar.

Í dag, þrátt fyrir að fæðingafraeðin sé almennt sérstaklega dýr, þá er hægt að halda sumum fæðingum ódýrum. Enn fæða konur án læknisfræðilegra inngripa, með einungis ljósmóður viðstadda. Byrja þarf á raunverulegri hugmyndafræðilegri breytingu sem er tengd efnahag og ástarhormónum.

Framtíðarsýn Odents

Það hversu sjaldgæft er að konur fæða án lyfja nú til dags bendir til að þörf sé á hugmyndafræðilegum breytingum. Odent vill að við flokkum og greinum aðstæður sem best sé að forðast, eins og langdregnar fæðingar með notkun hriðaörvandi dreyppis og mænurótardeyfingum vegna hættu á inngripum. Hvað gerist eftir tvær til þrjár kynslóðir ef ástarhor-mónin eru orðin ónot-hæf á þessu viðkvæma tímabili í kringum fæðingarnar? Hætta er á að aukning verði á löngum og erfðum fæðingum um fæðingarveg með ofnotkun á lyfjum í stað náttúrulegra hormóna. Það ætti að vera í forgangi að gera fæðingar eins auðveldar og hægt er til þess að minnka inngrip almennt.

Lokaorð

Mjög skemmtilegt var að fá tækifæri til að hlusta á Odent á síðasta ári og lesa bókina hans, en ég hef mikinn áhuga á framtíð barneignaþjónustunnar hér á landi og fann samhljóm með honum og mínum áhyggjum. Eins og lesa má hér að framan um hugmyndafræði Odents og áhyggjur hans af plastöldinni eða iðnvæðingu fæðingarinnar og barneignarferlisins þá er þessi þróun umhugsunar- og áhyggjuefni fyrir okkur ljósmæður. Ennþá er hægt að snúa þróuninni við ef við sofnum ekki á verðinum. Ekki má taka inngripum í fæðingu sem sjálf-sögðum hlut. Hvetjum konur til sjálfræðis og að þær taki upplýst val um hvernig þær vilji fæða og hvar og undirbúi sig þannig. Ljósmæður eru sérfræðingar í eðlilegum fæðingum og hafa kunnáttu til þess að bregðast við ýmsum upþákomum og hafa rannsóknir sýnt að það sé faglegt að konur í eðlilegu ferli fæði á ljósmæðrareknum einingum.

Heimildir:

- Odent, M. (2011). *Childbirth in the age of plastics*. Pinter and Martin. London.
- Odent, M. (1994). *Birth reborn* (2. útg.). Birth Works Press: New Jersey.
- Wikipedia (2013). Odent, M. Sótt af netinu 25.04.2013. http://en.wikipedia.org/wiki/Michel_Odent.



www.linde-healthcare.is



Fæðingarsaga frá Spáni

*Fæðingarsagan sem hér fer á eftir er áhuga-
verð fyrir margra hluta sakir, en í henni segir
ljósmóðurnemi frá reynslu sinni af því að fæða
barn á Spáni. Öllum er okkur hætt við að verða
samdauna okkar eigin umhverfi og missa
sjónar á sérstöðu þess, bæði því góða og því
slæma, og því getur verið gagnlegt að spegla
sig í mynd af öðrum heimi. Í hugum flestra
Íslendinga er Spánn hvorki framandi né fjar-
lægur, en menningin sem birtist í barneignar-
þjónustunni virðist engu að síður gerólik því
sem við eigum að venjast.*

*Lestur sögunnar vekur okkur til umhugs-
unar um það sem er dýrmætt í þjónustunni hér
á landi og við viljum ekki missa. Hún minnir
okkur einnig á faglega ábyrgð okkar gangvart
konum sem eru ókunnar okkar eigin menn-
ingarheimi og barneignarþjónustu.*

Berglind Hálfðánsdóttir



María Rebekka Þórisdóttir
nemi í ljósmóðurfræði

María Rebekka Þórisdóttir heiti ég og er á fyrsta ári í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands. Ég ætla að deila með ykkur sögu af fæðingu yngsta barnsins míns. Ég eignaðist fimmta barnið mitt á Spáni fyrir fjórum árum og er sú saga á margan hátt sérstök þar sem ætla mátti að hún hafi gerst fyrir 100 árum en ekki fjórum. Hún sýnir vel hvað við höfum náð langt á Íslandi, allavega í fæðingarþjónustu, og hversu mikilvægt er fyrir okkur að huga vel að vaxandi fjölda erlendra kvenna sem fæða á Íslandi, því það er ekki einfalt að vera á ókunnum stað, tala ekki tungumálið eða tala það illa og vera í fæðingu.

Ég bjó ásamt fjölskyldu minni í litlum bæ í Murcia-héraði á Spáni. Þegar ég varð ófrísk fór ég í meðgönguæfirlit hjá fæðingarlækni en ekki hjá heilsugæslunni. Við tókum þá ákvörðum því vinahjón okkar sem áttu líka von á barni og voru spænsk ráðlögðu okkur þetta því mæðra-
eftirlitið væri ekki nógu gott. Ég fór á ca 6–8 vikna fresti til lækis og fór í þríviddarsónar í hvert skipti, allt vöðalega flott. Ég borgaði vel fyrir þessa þjónustu en var á sama tíma viss um að allt væri í lagi með barnið og treysti læknum vel. Ég fór náttúrulega á mis við þá fræðslu sem mæðraværdin veitir, en þar sem þetta var mitt fimmta barn lét ég það ekki á mig fá enda veit ég ekki hversu góð eða ítarleg sú fræðsla var. Ég vissi að ég yrði að eiga barnið mitt á spítalanum sem við tilheyrðum en vinahjón okkar voru búin að segja okkur að hann væri ekki sá besti en bara finni.

Þegar leið á meðgönguna benti lækni-
inn okkur á fræðslufund sem gott væri fyrir okkur að fara á og væri um verkjameðferðir í fæðingu. Við ákváðum að skella okkur og urðum mjög hissa þegar sá fundur var búinn

því hann gekk eingöngu út á það að selja okkur hugmyndina um epidural-deyfingu. Hún var dásömuð í hástert en ekki minnst á vankanta hennar. Maður fékk þá tilfinningu að verið væri að reyna að fá allar konur til að fá deyfingu. Til að byrja með náði ég ekki alveg af hverju, en svo áttaði ég mig á því þegar ég var sjálf komin af stað í fæðingu. Ég var búin að ganga í gegnum fjórar fæðingar áður og ætlaði sko ekki að fara að fá deyfingu í þeirri fimmtu.

Ég missti vatnið heima að morgni Valentínusardags, 14. febrúar 2009. Þá helltist yfir mig kvíði, ég vissi í rauninni ekkert út í hvað ég var að fara þar sem ég var á ókunnum stað, talaði tungumálið ekki mjög vel og þekkti spítalann ekki neitt. Ég var samt spennit og við hjónin drifum okkur upp á spítala. Þegar þangað kom vorum við látin biða á biðstofunni eftir að lækni losnaði. Biðstofan var full af fólki og maður sá og heyrði að margir aðstandendur voru að biða eftir barnsfæðingu. Biðstofan var ekki stór, málningin flögnuð af veggjunum og bara áfastir bekkir meðfram veggjum, ekkert annað húsgagn. Þetta var frekar niðurdrepani umhverfi og ferlegt að þurfa að sitja þarna með handklæði á milli fótanna. Ég var svo skoðuð en þar sem ég var ekki byrjuð í fæðingu þá var mér vísað inn á stofu þar sem ég átti að biða eftir að allt færi í gang eða að ég yrði gangsett morguninn eftir.

Þetta var ekki stofa á meðgöngu eða fæðingardeild því að við hliðina á mér lá kona sem hafði verið í aðgerð. Stofan var mjög subbulleg, gular skítarendur við klósettið og allt mjög lítið spennandi. Ég hugsaði með mér að ég færi örugglega á sængurdeild eftir fæðinguna og lét mig hafa þetta. Ákvað bara

að hvíla mig. Ég man ekki alveg hvernig þessi dagur leið, allavega lá ég bara þarna og konan í rúminu við hliðina var stöðugt með gesti hjá sér, greinilega engir sérstakir heimsóknartímar. Þegar liða tók á daginn kom inn til mín kona, sem ég ákvað að væri örugglega hjúkka, og sagði mér að leggjast aðeins á hliðina. Ég skildi hana ekki alveg en hún sýndi mér með handapati hvað ég átti að gera. Áður en ég gat nokkuð að gert var hún búin að taka niður um mig og byrjuð að gefa mér stólpípu. Mér varð svo um að ég vissi ekkert í minn haus. Punnt tjald var á milli mín og konunnar við hliðina á sem var með allavega þrjá gesti hjá sér. Guð minn góður, þvílík niðurlægning. Ég held að mér hafi aldrei liðið eins illa. Svo þegar þetta var búði fór hún fram en ég lá eftir í spreng á stofu með fullt af fólki sem vissi auðvitað alveg hvað var í gangi hinum megin við tjaldið. Ég man að ég hljóp inn á baðherbergi og hágrét. Maðurinn minn var hjá mér og ég veit að hann var alveg jafn miður sín yfir þessu öllu saman og ég. Þegar ég hugsa um þetta núna þá sé ég hversu mikið var brotið á mér, sbr. lög um réttindi sjúklinga, að vita, skilja og samþykkja þær meðferðir sem framkvæmdar eru (Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997).

Drengurinn minn ákvað að hann vildi ekki vera litill Valentínus því ég fór ekki sjálf af stað og kl. 9.00 morguninn eftir var ég gangsett. Þá fyrst kom áfallið. Mér var vísað inn á stofu þar sem fimm rúm voru í röð við vegginn. Í öllum rúmum voru konur í byrjandi fæðingu. Þarna var okkur tjáð að maðurinn minn yrði að biða frammi og kallað væri á hann þegar barnið væri fætt. Ég man að við skildum þetta ekki alveg, gæti það verið að hann mætti ekki vera hjá mér í fæðingunni? Jú, það kom á daginn að ég átti að gera þetta ein. Þetta var mikið áfall fyrir okkur bæði. Hann greyð átti að sitja frammi á „flottu biðstofunni“ sem við vorum á daginn áður, þar sem nafn pabbanna var kallað upp í hátalarakerfi spítalans þegar barn þeirra var fætt, og ég átti að fara í gegnum fæðingu fimmta barnsins okkar EIN. Svo var bara byrjað að setja upp nál og dreypinu komið af stað og ég fann fljótlega fyrir verkjum. Þá ákvað ég að kalla eftir epidural, því ef einhver tíma væri þörf á deyfingu þá væri það núna. Ég ætlaði sko ekki að liggja alein og þjást með ókunnugum konum mér við hlið. Nú skildi ég betur af hverju öllum konum var ráðlagt að fá deyfingu, þægilegra fyrir starfsfólkið og fyrir konurnar sjálfar. Eins og Ina May segir í bók sinni að utanbastsdeyfing sé góð fyrir stofnunina á þann hátt að halda konum þægum og hljóðum í rúminu á meðan á fæðingu stendur

(Gaskin, 2003). Ekki langaði mig allavega að liggja ein með hriðar og reyna að komast í gegnum þær með öðrum fæðandi konum. Nei takk, ekki mjög spennandi. Ég fékk heldur ekkert svigrúm til þess að hreyfa mig, heldur þurfti að liggja í rúminu og biða eftir að þessu myndi ljúka.

Ég fór mjög fljótt að finna verulega til, kannski að taugarnar hafi spilað þar stórt hlutverk líka. Ég þurfti að biða svolítið eftir deyfingunni og var orðin pinullítið örvæntingafull en þvílíkur munur að fá svo deyfinguna. Ég lá þarna og sá hriðamar ganga yfir mig í bylgjum en fann ekki neitt, þvílík sæla. Ég lokaði augunum og reyndi að útiloka umhverfið. Læknir kom inn með jöfnu millibili til að athuga útvíkkun, byrjaði á mér og fór svo á línuna. Ég vona bara að hann hafi skipt um hanska á milli, allavega var ég mjög fegin að vera í fyrsta rúminu. Útvíkkunin gekk mjög vel hjá mér og um hádegi var henni lokið. Þá var slökkt á dreypinu og ég fór fljótlega að finna mikið fyrir hriðunum, en ég var í raun þakklát fyrir það því ég var svo hrædd um að finna ekki fyrir rembingnum og vita ekki hvenær ég ætti að rembast. Nú var semsagt 1. stigi lokið og þá átti að færa mig yfir á fæðingarstofu. Þá var kallað á flutningsmann, sem kom og þjósnaði rúminu með mér innanborðs á milli stofa. Ég hélt að ég yrði ekki eldri, það er mjög vont að vera í hriðum og vera í rúmi sem slæst á milli veggja. Verkmir mögnuðust upp í hvert sinn sem hann rak rúmið í.

Ég komst svo inn á fæðingarstofu og þar var mér vipað upp í fæðingarstól, fætumir settir í stoðir og reyrdör niður á þremur stöðum. Síðan fór önnur ljósmóðirin bak við mig og ýtti fast á axlirnar á mér til að koma mér neðar í stólinn. Ég man að ég hugsaði aðeins um þetta, að þetta gæti nú varla átt að vera svona, en svo var ég bara á fullu í rembingi þannig að ég hafði engan tíma til þess. Eina sem ég vildi á þessum tímamarki var að fá manninn minn, hann hafði komið mér í gegnum fyrri fæðingar og ég var handviss um að ég kæmist ekki í gegnum þetta án hans. Ljósumar, sem voru tvær með mér, reyndu að skilja hvað ég væri að segja, en skildu mig ekki og ég skildi þær ekki. Spænskan var fokin út í veður og vind og ég gat ekki einu sinni tjáð mig á ensku, verkmir tóku einhvern veginn allt yfir og ég bara gargaði á íslensku: „Náið í manninn minn.“ Hann var aftur á móti að taka á móti eldri börnunum okkar niðri í anddyri og því náðist ekkert í hann. Það var örugglega ákveðið að gera undantekningu á reglunni og leyfa honum að koma inn vegna óhemjugangsins í mér. Hann var því klæddur upp eins og hann væri að fara í opna skurðaðgerð, þegar hann loksins fannst, og hleypt inn á fæðingarstofu til mín þegar barnið var að renna út, mikil hjálp í honum. Sem betur fór gekk fæðingin mjög vel og litli drengurinn okkar fæddist fljótt og örugglega, enda fjögur systkin búið að ryðja veginn fyrir hann. Ég rifnaði ekki neitt og hann var mjög sprækur. Ég veit ekkert hvað hann fékk í apgar en ég veit að hann var sprækur og hress frá

fyrstu mínútu. Ég fékk hann strax í fangið og pabbinn kom á sömu mínútu þannig að lifið varð aftur gott.

Ljósmæðurnar áttu ekki til orð yfir þessum stóra strák, hann var 3.870 gr og 51 cm sem okkur á Íslandi finnst kannski ekki svo stórt en þarna var hann stór. Það var búið að segja börnunum okkar að þau væru búin að eignast bróður og að hann væri mjög stór. Þau greyin áttu von á einhverjum risa en svo var hann bara þínu þons þegar þau sáu hann. Mér var fljótlega ekið inn á sömu stofu og ég hafði verið á daginn áður. Ég varð svolítið hissa, engin sængurlega, hvar eru allar hinar konurnar? Það virtist sem allar konur lægju bara saman, hvort sem þær væru að eignast barn eða í aðgerð, skrítið. Fjölskylda mín var hjá mér megnið af deginum en svo fór maðurinn minn heim með krakkana og ég var ein eftir með litla kút. Þá tók hann upp á því að gráta voða mikið og ég fann að konan við hliðina á mér var ekki alveg að höndla það, enda nýkomin úr aðgerð greyið. Hún fór að skipta sér af mér, segja mér hvernig ég ætti að hugsa um barnið og ég var sko ekki ánægð með það. Þegar hann loksins róaðist, ætlaði ég að leggja mig. Ég lagðist niður en fann þá fyrir köfnunartilfinningu, fann að hjartslátturinn varð mjög óreglulegur og hraður, mér leið mjög illa. Ég kallaði á hjúkrunarfræðing sem mældi blóðþrýsting sem var kominn upp úr öllu valdi og mikil hjartsláttaróregla. Þá var tekið EKG, farið með mig í lungnamynd og teknar blóðprufur. Þau héldu fyrst að ég væri að fá hjartaáfall en sem betur fór komu allar prufur vel út. Þetta var svo útskýrt sem taugaáfall eftir fæðingu, sem ég varð aldrei neitt hissa á. Þegar ég fór að slaka á eftir fæðinguna og fara yfir hana í huganum, þá var þetta allt annað en eðlilegt og í rauninni eðlilegt framhald að ég fengi smá áfall eftir þetta allt saman.

Ég lá sængurlegu í tvo daga, sem var tveimur dögum of mikið, því ég var alltaf inn á þessari subbulegu stofu með litla hvítvoðunginn minn og nýjum og nýjum konum, því þær stoppuðu stutt við, það voru fjórar konur sem runnu í gegn á meðan ég var þarna. Drengurinn minn gegnaði þó nokkuð á spítalanum, eflaust að kvarta undan þessu öllu saman Sængurlegan var því engin hvíld og ég var mjög fegin þegar ég komst heim í mitt umhverfi og með fjölskyldunni. Brjóstagið fór seint af stað og mér var ekkert hjálpað með hana upp á spítala. Mjólkin kom ekki í brjóstin fyrr en á fimmta degi og þá fékk ég svakalega stálma sem ég ætlaði aldrei að ráða við. Ég man hvað ég var ein, enginn til að aðstoða, ég hringdi í mömmu til að leita eftir hjálp en það var svo sem lítið sem hún gat gert í gegnum síma. Á þessum þremur árum sem ég var búin að búa á Spáni hafði ég aldrei áður fundið fyrir heimþrá, en núna vantaði mig mömmu og alla heima á Íslandi, allan þann stuðning sem nýbakaðar mæður þurfa á að halda.

Það var engin heimapjónusta og engin ungubarnavernd fyrr en hann var orðinn sex vikna, þá fórum við í fyrstu sprautuna. Fram að því fór ég út í apótek til að fylgjast með því

hvort hann væri að þyngjast. Ég var heppin að apótekið var í sömu húsalengju og við hjuggum við og veðrið gott, þannig að ég gat bara hlaupið með hann í teppi til vigtnar. Hann léttist náttúrulega fyrstu dagana því ég fékk mjólkina seint en hann tók fljótt og vel við sér þegar hann fékk loks næringu. Við vorum ótrúlega lánsöm að hann var heilbrigður og að ekkert alvarlegt skyldi koma uppá fyrstu dagana og vikurnar með hann, því eftirlitið var ekkert.

Það er erfið reynsla að eignast barn í umhverfi sem maður þekkir ekki. Í minnu tilfelli var eins og ég færi aftur í tímann, því þetta var eitthvað svo gamaldags og framandi reynsla. En í dag er ég þakklát fyrir þessa reynslu, ljósmæðurnar sem tóku á móti hjá mér voru ágætir, hjálpuðu mér í gegnum þetta þó svo að tungumálið hafi verið vandamál. Þær hefðu mátt leggja sig meira fram við að útskýra hlutina fyrir mér áður en þær framkvæmdu þá. Því lét ég mig bara í þeirra hendur, gafst upp á að hafa skoðun á hlutunum því mér fannst enginn skilja mig og ég var mjög hrædd. Þetta sýnir mér bara sem tilvonandi ljósmóðir hvað það skiptir miklu máli að nálgast erlendar konur rétt, vita eitthvað um þeirra hagi og reyna að mæta þeim þar sem þær eru, ekki bara út frá stofnuninni eins og ég varð fyrir. Rétturinn til upplýsinga er hluti af grundvallar-réttindum sjúklinga hér á landi samkvæmt 5. gr. laga um réttindi sjúklinga en þar segir: „Eigi í hlut sjúklingur sem ekki talar íslensku eða notar táknmál skal honum tryggð túlkun á upplýsingum samkvæmt þessari grein.“ (Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997). Jafnframt er eitt markmið í framkvæmdaáætlun Alþingis um málefni innflytjenda frá 2008 að tungumálaerfiðleikar eigi ekki að hindra að upplýsingar berist milli einstaklinga og heilbrigðisstarfsmanns (Alþingi, e.d.).

Eflaust var farið eftir verklagsreglum í minni fæðingu, nema þær voru bara svo ólíkar því sem ég þekkti, minni menningu. Enda fannst spænsku vinkonu minni ekkert skrítið við þetta þar sem þetta var hennar heimur og hennar menning, svona var þetta bara gert. Í hugmyndafræði og siðareglum ljósmæðra á Íslandi er miðað að því að ljósmæður virði sjónarmið ólíkra menningarheima, kynni sér viðhorf og menningu fólks og veiti þjónustu í samræmi við það (LMFÍ, e.d.). Ég veit ekki hvernig þessu er háttað á Spáni og eflaust eru margir spítalar með betri aðbúnað og þjónustu en sá sem ég fæddi á, en ég tel þetta afar mikilvægt umhugsunarefni fyrir okkur hér á landi að standa okkur vel í þjónustu okkar við erlendar konur í fæðingu.

Heimildir

Alþingi. (e.d.) „Þingsályktun um framkvæmdaáætlun í málefnum innflytjenda“. Sótt 17. apríl 2013 af: <http://www.althingi.is/altext/135/s/0836.html>.

Gaskin, I.M. (2003). *Ina May's guide to CHILDBIRTH*. New York: Bantam Dell.

Ljósmæðrafélag Íslands. (e.d.). „Hugmyndafræði og stefnumótun. Ljósmæðrafélag Íslands“, Sótt 17. apríl 2013 af: <http://ljosmaedrafelag.webmaster.is/Assets/%C3%A9Atg%C3%A1fa/lmfistefnumotun.pdf>. Lög um réttindi sjúklinga, nr. 74/1997.

Kaffi og koffíndrykkir á meðgöngu



Marianne Sigurðardóttir Glad,
BS í lyfjafræði



Sveinbjörn Gizurarson,
prófessor við Lyfjafræðideild HÍ

Er í lagi að drekka kaffi á meðgöngu? Þessari spurningu hafa eflaust margar konur spurt sig að, en koffín, virka efnið í kaffi, er eitt mest neytta lyfjavirka efni í heiminum [1]. Eins og flestir vita er koffín vægt örvandi efni. Það flokkast undir xanthín alkalóíða [2], en þessi efni hafa örvandi áhrif á miðtaugakerfið, slá á einkenni þreytu og valda aukinni árvekni. Koffín getur meðal annars valdið hjartsláttarónotum, hröðum puls, svefnleysi og brjóstsviða. Það er ekki ávanabindandi, en getur valdið fráhvarfseinkennum sé neyslu þess hætt skyndilega, sem lýsir sér sem þreyta, syfja, þróttleysi og höfuðverkir [3]. Þetta efni er að finna í hinum ýmsu tegundum drykkja og nokkrum matvælum, aðallega í kaffi og tei, en einnig í súkkulaði. Mikið magn koffíns er að finna í hinum ýmsu orkudrykkjum og gosdrykkjum, auk þess sem það finnst í brennslutöflum og í sumum lyfjum [4]. Magn koffíns getur verið æði misjafnt í algengum drykkjum, en í einum kaffibolla getur verið allt frá 65–150 mg af koffíni. Í einum bolla af tei eru u.þ.b. 20–45 mg og í gosdrykkjum geta verið í kringum 50 mg [5].

Þar sem kaffi er jafn algengur drykkur og raun ber vitni, hlýtur það að vera mörgum konum spurnarefni hvort og þá hversu mikið af koffíni þær mega innbyrða á meðgöngunni, án þess að það hafi áhrif á föstrið. Koffín hefur fituleysanlega eiginleika sem gerir það að verkum að það á mjög auðvelt með að flæða yfir vefi líkamans og þar með talið fylgjuna [6] yfir í föstrið. Það flæðir reyndar svo auðveldlega yfir fylgju að það mælist í svipuðum styrk í blóði föstursins og í vefjum móðurinnar [5].

Koffín frásogast hratt frá meltingarvegi og er nánast allt frásogað eftir u.þ.b. 45 mín., þó það sé vissulega mjög misjafnt milli einstaklinga. Hámarks blóðstyrk má mæla u.þ.b. 15 mín. eftir inntöku og í allt að 2 klst. [6]. Eftir einn meðalstóran bolla af kaffi má mæla u.þ.b. 1–2 mg/L af koffíni í blóði [5] og í föstrinu hefur styrkurinn mælst allt að 1–1,6 mg/L [4].

Lyfhrif koffíns

Til að skilja áhrif koffíns á föstur er vert að athuga áhrif koffíns á móðurina. Eftir inntöku koffíns flæðir það auðveldlega yfir blóð-heila-hemil vegna fitusækinna eiginleika sinna og kemst þannig fljótt og örugglega inn í miðtaugakerfið, þar sem það hefur hvað mest áhrif. Ein af aðaláhrifum koffíns eru að hamla boðefnið adenósín. Það gerist með því að koffín binst adenósín viðtökum í miðtaugakerfinu og kemur þannig í veg fyrir að boðefnið adenósín geti bundist þessum viðtökum. Þetta á sér stað vegna þess að koffín hefur efnabyggingu sem svipar til byggingu adenósíns og gerir það að verkum að það passar fullkomlega í viðtaka þess [2]. Það er talið að örvandi áhrifin stafi helst af blokkun á adenósín A1 og A2A viðtaka í heila, en A2A viðtakar taka þátt í margskonar frumustarfsemi, meðal annars stjórnun á boðefninu dópamíni [4]. Koffín hefur jafnframt áhrif á aðra viðtaka líkamans, svo sem adrenerga-, kólinerga-, serótónín- og GABAA-víðtaka, en GABA er helsti taugaboðefni hindri miðtaugakerfisins [7,8].

Umbrot koffíns fer svo fram í lifrinni, þar er það brotið niður af cýtokrómi P450 ensím-

inu CYP1A2 [9]. Þegar koffín brotnar niður myndast þrjú efni sem kallast dimetýlxanthín: (1) um 70–80% þess brotnar niður í paraxanthín sem eykur fitusundrun og þar af leiðandi eykst magn frírra fitusýra og glýseróls í blóði; (2) theóbrómín, sem hefur æðavíkkandi áhrif og er þvaglosandi; og (3) theóphyllín, efni sem var eitt sinn notað til meðhöndlunar á astma því það slakar á sléttum vöðvum lungnaberkjanna. Hvert af þessum xanthínum er síðan brotið enn frekar niður áður en það skilst út með þvagi [2]. CYP 1A2 ensímið er ábyrgt fyrir meira en 95% af fyrsta umbroti koffíns [9].

Lyfjahvörf koffíns

Hjá heilbrigðum einstaklingum er helmingunartími koffíns í kringum 3 klst. [10]. Þessu má líkja við að kaffibolli sem er drukinn kl. 7.30 að morgni, hefur misst stóran hluta virkni sinnar þremur tímum seinna eða um kl. 10.30. Hins vegar lengist þessi tími töluvert við þungun, því hvorki fylgjan né föstrið getur brotið niður koffín, en ensímið CYP1A2 er hvorki til staðar í fylgju né föstri. Þetta þýðir að föstrið verður fyrir áhrifum koffíns og umbrotsefnum þess mun lengur en ella [11]. Á fyrsta þriðjungi meðgöngu lengist helmingunartími koffíns í 6–10 klst og fer upp í heilar 18 klst. á seinasta þriðjungi [11,12]. Þetta þýðir að kaffibolli sem er drukinn kl. 7.30 getur varað fram á miðjan dag (ca. kl. 16–17) á fyrsta þriðjungi meðgöngu en fram á kvöld í lok meðgöngunnar.

Vegna þess hversu auðveldlega koffín fer yfir fylgju, fær föstrið álíka áhrif og móðirin

skömmu eftir inntöku. Sýnt hefur verið fram á að koffín má greina í föstri strax frá sjöundu viku meðgöngu [5,13]. Helmingunartími koffíns hjá nýburum er mjög langur, þar sem það tekur tíma fyrir lifrina að byggja upp nægilegt magn af ensíminu CYP1A2 [13]. Það tekur því nýburann um 23 daga að losa sig við koffínið (helmingunartíminn er um 80 klst. ($\pm$ 23) hjá nýfæddu ungabarni) en getur tekið allt að mánuð hjá fyrirburum (helmingunartíminn getur orðið allt að 100 klst.) [6]. Ástæða þessa langa útskilnaðartíma er að hluta lifrin en einnig vegna þess að nýrun eru að byggja upp starfsemi sína, en 80–90% koffíns skilst út með þvagi hjá nýburum, þegar einungis 2% skilst út með þvagi hjá fullorðnum [14]. Það kemur því ekki á óvart að nýburar upplifi fráhrarfseinkenni ef mæður þeirra drukku mikið kaffi á meðgöngunni. Það lýsir sér meðal annars sem pirringur, óróleiki og jafnvel uppköst. Einkennin hverfa með tímanum og hafa ekki langvarandi áhrif [6].

Með það í huga hvað koffín kemst auðveldlega yfir til föstursins er því ekki að undra að fólk spyrji sig hvort koffíneysla á meðgöngu sé tengd hinum ýmsu fæðingargöllum og hafa ótalmargar rannsóknir verið gerðar á málinu. Koffíninntaka hefur meðal annars verið tengd við of lága fæðingarþyngd barna, smávaxin höfuð, meðfæddan holgóm, seinkun á beinmyndun og fösturláti [12]. Spurningin er hins vegar hversu mikið koffín má innbyrða áður en það fer að hafa skaðleg áhrif. Meirihluti þeirra rannsókna sem gerðar hafa verið á koffíninntöku á meðgöngu sýna ósamrýmlegar niðurstöður og margar þeirra innihalda einhverja aðferðafræðilega galla, meðal annars ónákvæmni í mati á neyslu koffíns og erfiðleikum við að meta áhrif erfða og umhverfis við umbrot koffíns. Í rauninni hefur ekki verið staðfest að orsakabundin tengsl séu á milli fösturláts og inntöku koffíns í hóflegu magni. Þegar talað er um hóflegt magn er átt við <200–300 mg á dag, en ólíklegt þykir að þessi skammtur auki hættu á fösturláti eða hafi áhrif á fösturvöxt [1]. Hins vegar hafa rannsóknir gefið vísbendingar um að inntaka koffíns í háum skömmtum (>300 mg/dag) geti valdið fösturláti, minnkuðum fösturvexti eða jafnvel erfiðleikum við getnað [5]. Dæmi eru um að nýburar hafi greinst með hjartsláttartruflanir og fleiri kvilla ef móðirin neytti meira en 500 mg af koffíni á dag á meðgöngunni [15]. Hjá þeim konum sem innbyrða stóra skammta af koffíni á meðgöngu og reykja þar að auki, hefur verið sýnt fram á marktæka lækun á þyngd barna við fæðingu [13]. Hins vegar, þegar tekið er tillit til annarra lífsstílsþátta, svo sem reykinga, áfengisneyslu og aldurs móður, þá eru litlar sannanir sem styðja skaðleg áhrif á vægri inntöku á koffíni [1].

Þó að flestar rannsóknir sýni engin tengsl koffíns og neikvæðra áhrifa á föstur, eru rannsóknir sem gefa sterklega til kynna að koffín geti haft slæm áhrif á föstrið. Konur ættu því að takmarka inntöku koffíns við 200 mg á dag,



Kaffi er einn af algengustu drykkjum í heimi. Margar barnshafandi konur neyta töluvert af kaffi á meðgöngu.

eða um tvo bolla af kaffi [1]. Alls ekki skal neyta annarra koffíndrykkja eða orkudrykkja. Konur skulu jafnframt takmarka kaffíneyslu á meðan á brjóstagjöf stendur, en það seyntist fljótt út í brjóstamjólki eftir inntöku [16]. Rannsóknir benda til þess að barn á brjósti fái sambærilegt magn og fullorðinn einstaklingur sem drekkur 1/3 bolla af kaffi. [5]. Konur sem ætla sér að verða barnshafandi skulu takmarka neyslu koffíns við u.þ.b. tvo bolla af kaffi (200 mg) á dag [1].

Lokaorð

Kaffi er stór hluti af daglegu lífi margra einstaklinga um heim allan og þar á meðal barnshafandi kvenna. Koffín sem kona neytir á meðgöngu flæðir fljótt og örugglega yfir fylgju til föstursins og því má gera ráð fyrir að það geti haft ýmis óæskileg áhrif á föstrið. Dagleg neysla koffíns í litlu magni (<200 mg) er skaðlaust föstrinu, en mælt er með því að takmarka neyslu sína við mest tvo bolla á dag og halda sig frá orkudrykkjum og orkufæðu sem inniheldur koffín.

Heimildir

1. Anderson, K., Nisenblat, V. og Norman, R. (2010). Lifestyle factors in people seeking infertility treatment – A review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 50(1), 8–20.
2. Ribeiro, J. A. og Sebastiao, A. M. (2010). Caffeine and Adenosine – Review Article. *Journal of Alzheimer's Disease*. 20(1), 3–15.
3. Patel, S. og Rozzolo, D. (2012). Is caffeine safe during pregnancy? Sótt 8. febrúar 2013 á vef JAAPA – Journal of the American Academy of Physicians Assistants: <http://www.jaapa.com/is-caffeine-safe-during-pregnancy/article/239400/>.
4. Fisone, G., Borgkvist, A. og Usiello, A. (2004). Caffeine as a psychomotor stimulant: mechanism of action. *Cellular and Molecular Life Sciences*. 61(7-8), 857–872.
5. Briggs, G. G., Freeman, R. K. og Yaffe, S. J. (2011). *Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
6. Fredholm, B. B., Bättig, K., Holmen, J., Nehlig, A. og Zvartau, E. E. (1999). Actions of Caffeine in the Brain with Special Reference to Factors That

- Contribute to Its Widespread Use. *Pharmacological Reviews*. (51)1, 83–133.
7. Brent, R. L., Christian, M. S. og Diener, R. M. (2011). Evaluation of the Reproductive and Developmental Risks of Caffeine. *Birth Defects Research. Part B, Developmental and Reproductive Toxicology*. 92(2): 152–187.
8. Shi, D., Nikodijevic, O., Jacobson, K. A. og Daly, J. W. (1993). Chronic Caffeine Alters the Density of Adenosine, Adrenergic, Cholinergic, GABA, and Serotonin Receptors and Calcium Channels in Mouse Brain. *Cellular and Molecular Neurobiology*. 13(3), 247–261.
9. Thorn, C. F., Aklillu, E., McDonagh, E. M., Klein, T. E. og Altman, R. B. (2012). Pharm GKB summary: caffeine pathway. *Pharmacogenetics and Genomics*. 22(5), 389–395.
10. Momoi, N., Tinney, J. P., Liu, L. J., Eldershari, H., Hoffmann, P. J., Ralphe, J. C. o.fl. (2008). Modest maternal caffeine exposure affects developing embryonic cardiovascular function and growth. *American Journal of Physiology*. (294)5, 2248–2256.
11. Bakker, R., Steegers, E. AP., Obradov, A., Raat, H., Hofman, A. og Jaddoe, V. WV. (2010). Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of fetal growth restriction: a large prospective observational study. *The American Journal of Clinical Nutrition*. (91)6, 1691–1698.
12. Dorostghoal, M., Mahabadi, M. K. og Adham, S. (2011). Effects of Maternal Caffeine Consumption on Ovarian Follicle Development in Wistar Rats Offspring. *Journal of Reproduction & Infertility*. 12(1). Sótt 9. febrúar 2013 á: <http://www.jri.ir/en/ShowArticle.aspx?id=462>.
13. Grosso, L. M. og Bracken, M. B. (2005). Caffeine Metabolism, Genetics, and Perinatal Outcomes: A Review of Exposure Assessment Considerations during Pregnancy. *Annals of Epidemiology*. 15(6), 460–466.
14. Ginsberg, G., Hattis, D., Russ, A. og Sonawane, B. (2004). Physiologically based pharmacokinetic (PBPK) modeling of caffeine and theophylline in neonates and adults: implications for assessing children's risks from environmental agents. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A*. 67(4), 297–329.
15. Hadeed, A. og Siegel, S. (1993). Newborn cardiac arrhythmias associated with maternal caffeine use during pregnancy. *Clinical Pediatrics (Phila)*. 32(1), 41–47.
16. Stavchansky, S., Delgado, M., Joshi, A., Combs, A. og Sagraves, R. (1988). Pharmacokinetics of caffeine in breast milk and plasma after single oral administration of caffeine to lactating mothers. *Biopharmaceutics & Drug Disposition*. 9(3), 285–299.

Bæklingar um missi á meðgöngu



Anna Lís Björnsdóttir
framkvæmdastjóri safnbókarinnar



Bjarney Hrafnberg
ljósmóðir Fæðingadeild Landspítala



Þórunn Pálsdóttir
ljósmóðir á meðgöngu- og
sængurkvennadeild Landspítala

„Fyrr á árum var missir á meðgöngu ekki mikið til umræðu. Áð missa föstur, jafnvel langt gengið barn á meðgöngu, var yfirleitt talið einkamál móðurinnar; eitthvað sem hún gekk í gegnum og tókst á við í hljóði.“

Með þessum orðum hefst bæklingur sem ætlaður er aðstandendum þeirra sem misst hafa á meðgöngu. Það er margt til í þessum orðum þó að á undanförunum árum eða áratugum hafi verið aukin og opnari umræða um sorg tengda missi á meðgöngu og þessi sorg verið viðurkennd sem raunveruleg sorg.

Upphafið á vinnu bæklinganna má rekja til haustsins 2011 þegar Anna Lís Björnsdóttir talaði við stjórn LÍF styrktarfélagssins um að gera bæklinga fyrir foreldra sem misstu á meðgöngu, en henni hafði fundist það vanta eftir sinn missi fyrir á árinu. LÍF tók vel í tillöguna og bað Önnu Lísu að taka þátt í gerð bæklinganna, ásamt starfsfólki Landspítalans. Á fjölmennum fundi var ákveðið að í ritstjórn væru ljósmæðurnar Bjarney Hrafnberg Hilmarsdóttir og Þórunn Pálsdóttir, sjúkrahúspresturinn Ingileif Malmberg, ásamt Önnu Lísu Björnsdóttur, sem væri fulltrúi LÍF.

Í mars 2012 var hafist handa og bað ritstjórnin hina ýmsu sérfræðinga um að skrifa sérstaka kafla, hver á sínu sviði. Leitað var til sálfræðings, félagsfræðings og lækna. Einnig kallaði ritstjórnin eftir reynslusögum frá foreldrum. Ritstjórnin fór yfir gamla bæklinga sem, þrátt fyrir að hafa staðið vel fyrir sínu, þurftu að endurnýja. Ritstjórnin kynnti sér enn fremur erlenda bæklinga og greinar og reyndi að koma því besta af öllum þessum fróðleik í bæklingana.

Að lokum urðu bæklingarnir þrír allir með sömu yfirskrift en ætlaðir mismunandi hópum. Einn fyrir foreldra sem missa á öðrum hluta meðgöngunnar eða frá 12.–22. viku, annar fyrir foreldra sem missa eftir 22. viku og þriðji

er ætlaður aðstandendum þeirra sem missa. Ástæða þessarar skiptingar eftir meðgönguvikum eru mismunandi réttindi þessara hópa, ólík eftirfylgni og mismunandi vinnulag á kvennadeildum Landspítalans.

Þegar leið á þessa vinnu varð ljóst að það vantar og á eftir að vinna sambærilegan bækling fyrir þá foreldra sem missa á fyrsta hluta meðgöngu og vonandi verður hafist handa við gerð hans sem fyrst.

Ætlunin var að hittast nokkrum sinnum, koma orðum á blað og síðan gefa út bækling. Okkur fannst að það ætti ekki að taka svo langan tíma. Raunin varð önnur og tók vinnan við bæklingana frá mars 2012 fram í desember sama ár en það var síðan í janúar 2013 sem þeir voru á endanum gefnir út. Þetta varð því löng en fróðleg og áhugaverð meðganga.

Tilgangur bæklinganna er, eins og áður segir, sá að koma til móts við þarfir þeirra foreldra sem missa á meðgöngu eða í fæðingu. Markmiðið var að bæklingarnir yrðu vegvisir og fróðleikur fyrir þessa foreldra. Bæklingarnir eru unnir í samstarfi við starfsfólk Kvennadeildar LSH og bera þess merki að vera aðlagðir starfsemi þar, en það er samt von höfunda að hægt verði að nota bæklingana hvar sem er á landinu. Í bæklingunum sem ætlaðir eru foreldrum er farið yfir ferli missis, reynt að koma á framfæri upplýsingum sem leiða fólk áfram skref fyrir skref og svara þeim spurningum sem hugsanlega koma upp. Byrjað er á tilfinningum tengdum sorg, fjallað um mögulegar ástæður missis, farið yfir hvað gert er við komu á spítala, mögulegar tilfinningar og liðan í sjálfum missinum og eftir á. Í bæklingunum eru líka sögur foreldra sem misst hafa á meðgöngu.

Í byrjun var bæklingurinn sem ætlaður er aðstandendum aðeins einn kafli í hinum bæklingunum tveimur en endaði sem sér rit. Hann er ekki tengdur meðgöngulengd.

Tilgangur bæklingssins er að auðvelda aðstandendum að skilja upplifun og tilfinningar þeirra sem missa þannig að þeir eigi hugsanlega auðveldar með að veita foreldrum betri stuðning í þeim erfiðu sporum sem missir á meðgöngu er.

Vinnan við bæklingana var mjög krefjandi, en skemmtileg og gott var að finna stuðninginn og samheldnina í þeim ólíku hópum sem lögðust á eitt um að gera bæklingana sem best úr garði. Eitt af því sem okkur fannst skipta mjög miklu máli var að velja orðalag sem auðvelt væri að skilja og hafa einfaldar skýringar. Von okkar er að það hafi tekist. Í hópnum komu oft fram ólík sjónarmið og sýn á aðstæður sem vonandi hafa skilað sér.

Að lokum langar okkur að koma á framfæri þakklæti til allra þeirra sem komu að gerð bæklinganna. Allir gáfu vinnu sína, þeirra á meðal Eggert Pétursson listmálari, Kristín María Sigþórsdóttir grafískur hönnuður, Helgi Grímsson prófarkarlesari og prentsmiðjan Leturprent sem gaf alla vinnu og efni. Við færum þeim okkar bestu þakkir.

Á eftirfarandi slóð er hægt að nálgast pdf-útgáfu af bæklingunum: www.gefdulif.is/verk-efni/baeklingur-um-andvana-faedingar



Nýútskrifuð ljósmóðir ein á vakt

Að starfa sem ljósmóðir hefur verið draumur minn frá því ég var litil stelpa en það var ekki fyrr en haustið 2010 sem ég, rétt tæplega fertug, hóf nám í ljósmóðurfræðum og er það klárlega besta og skemmtilegasta nám sem hægt er að hugsa sér. Undir lok námsins var ljóst að fátt væri um fína drætti því nánast ómögulegt er að fá stöðu sem ljósmóðir við Landsítalann. En er Landspítalinn eini möguleikinn til að starfa við ljósmóðurstörf? Nei, vissulega ekki. Þegar ég var að undirbúa mig fyrir embættispróf og á fullu að vinna í lokaverkefniinu fóru að berast auglýsingar um lausar stöður í nágrenni höfuðborgarinnar því ljósmæður vantaði sárlega á fæðingardeildirnar í Keflavík og á Selfossi. Báðar þessar fæðingardeildir eru svokallaðir D1 fæðingarstaðir þar sem ekki eru starfandi lækna á vöktum við deildirnar og ekki eru í boði deyfingar þar sem svæfingalækna og skurðstofur eru ekki opnar allan sólarhringinn. Ítrekað bárust auglýsingar frá báðum þessum stöðum svo ég fór að velta fyrir mér hvort atvinnuleysi meðal ljósmæðra væri raunverulegt ástand. Í verknámi mínu á fæðingardeild LSH töluðu reyndustu ljósmæðurnar mikið um það þegar þær útskrifuðust en þá var greinilega mun meira um það að þær færu út á land eftir útskrift og störfuðu jafnvel aleinar á löngum vöktum miklu lengra frá Reykjavík en umræddir tveir fæðingarstaðir eru. Flestar ljósmæður bera þessum ævintýrum sínum góða söguna og lýstu því gjarnan að þær hefðu bara mætt á vakt og strax haft endalaus verkefni og enginn tími til að hafa áhyggjur eða hræðast.

Í mínum huga eru reynslumiklar ljósmæður eins og gullkista af hæfileikum og færni en ég gat ómögulega hætt að hugsa um það að einhvern tímann voru þessar frábæru ljósmæður alveg jafn blautar bakvið eyrun og ég. Svo ég lét vaða, stökk beint í djúpu laugina og sendi umsókn bæði á Selfoss og í Keflavík og mér til mikillar undrunar stóð mér til boða að koma á báða staði. Ég fékk líka 50% stöðu við fæðingargang í tvo



Edda Sveinsdóttir,
ljósmóðir á Heilbrigðisstofnun Suðurlands
og Landspítala

og hálfan mánuð sem mér fannst mikilvægt að þiggja til að vinna upp í þessa gullkistu reynslunnar sem er okkur svo mikilvæg. Eftir smá umhugsun og þó nokkuð óöryggi ákvað ég að ráða mig í litla prósentu sem afleysingaljósmóðir á Selfossi samhliða afleysingunni á fæðingargangi og þeim 20% sem ég hélt eftir á kvenlækningadeild LSH þar sem

ég er og hef verið í föstu starfi. Nokkrum dögum eftir að ég skilaði lokaverkefni mínu brunaði ég yfir heiðina ofur spennu en líka mjög stressuð fyrir fyrsta vinnudeginum sem ljósmóðir. Ég hafði verið í verknámi á Selfossi svo ég þekkti ágætlega til þar og vissi nokkurn veginn við hverju var að búast. Það er ekki hægt að neita því að fæðingum þar hefur fækkað verulega eftir breytingarnar sem þar hafa átt sér stað en deildin biður upp á fyrsta flokks meðgönguvernd, fæðingar fyrir heilbrigðar konur í eðlilegri meðgöngu og sængurlegu, þar með talið fyrir konur sem hafa fætt í Reykjavík en vilja liggja sængurlegu nær heimahögum. Þennan fyrsta dag mætti ég kl. 9 og var tekið opnum örmum af Sigrúnu Kristjánsdóttur yfirljósmóður. Ég hef örugglega drekkt henni í endalausum spurningum um þetta og hitt en aðallega hvað ef ... spurningum! Fyrsta vaktin gekk vel fyrir sig en engin kona lá inni og engin í fæðingu. Hins vegar var stöðugur straumur af konum í meðgönguvernd og konum sem voru að koma í nálastungun en það er hluti af þjónustunni. En vaktirnar urðu fleiri og fleiri og öryggið óx. Ég var oftar en ekki á kvöld- og næturvöktum og því sjaldan í meðgönguvernd en þeim mun



vistor



HEILBRIGÐISSTOFNUN
SUÐURLANDS

oftar í sængurlegu. Ég var ekki alveg laus við hræðsluna og var sífellt að rifja upp HELPERR því ég var viss um að ég myndi örugglega lenda í einhverju svakalegu. Svo kom að því að ég mætti á vakt og fjölbyrja var á leiðinni í hús. Ég hljóp inn á fæðingarstofuna, sem ég hafði reyndar gert oft áður, til að átta mig á því hvar allt var geymt. Jú hlutirnir voru enn allir á sínum stað en ég þurfti nú stundum að leita á fleiri en einum. Þetta kvöld tók ég á móti sextugasta og fyrsta barninu mínu og var alein. Ég tók þátt í dásamlegri fæðingu þar sem allt gekk eins og í lygasögu ÞAR TIL tími var kominn á að fylgjan kæmi en þá fór að blæða. Á Selfossi getur maður kallað eftir aðstoð hjúkrunarfræðings af annarri deild í fæðingu utan dagvinnutíma og á þessari stundu var hjá mér ein sú dásamlegasta sem jafnframt átti von á sínu fyrsta barni og fylgdist með öllu, full aðdáunar og áhuga. Hún var fyrsta flokks aðstoð í þessum aðstæðum.

Ég kom sjálfri mér svo endalaust á óvart þetta kvöld því ég vissi ekki í raun hvað ég kunni mikið og var fær um að gera. Ég vissi nákvæmlega hvar allt var þegar ég þurfti á því að halda. Ég hafði strax samband við deildarlækni á LSH enda kann ég símann hjá þeim utanbókar eins og sannur starfsmaður kvennadeildarinnar. Ég fékk fyrsta flokks aðstoð gegnum

símann en varð svo að lokum að játa mig sigraða og flytja konuna til Reykjavíkur þar sem pikkföst fylgja var sótt í svæfingu. En sátt var ég og konan alsæl þrátt fyrir allt. Í þessum aðstæðum kallaði ég til lækni sem var á vakt á slysadeildinni. Það var kandidat sem vildi svo skemmtilega til að var sonur vinkonu minnar svo við þekktumst ágætlega. Það sem mér fannst skrítið eftir að hafa unnið á LSH þar sem lækarnir gjarnan taka yfir ef þeir eru kallaðir til, var það að þarna var ég með stjórnina allan tímann. Læknirinn kom inn og spurði hvað ég vildi að hann gerði og fengu þá verkstjórnarhæfileikar mínir að njóta sín. Síðan þá hef ég tekið á móti hjá fleiri konum sem hafa lokið fæðingu án fylgikvilla, farið með konur í sjúkrabil á forgangi í bæinn á brjáláðri ferð með hótandi fyrirburafæðingu og í fæðingu, sinnt konum í sængurlegu og hvíldarinnlögnum á meðgöngu. Ég hef komist að því að það tekur rétt um þrjátíu mínútur að fara með konu úr rúmi í rúm frá Selfossi til Reykjavíkur ef þörf krefur og telst það nú varla verra en Hafnafjörður – Landspítali í morgunumferðinni!

Hér á Selfossi hef ég gott aðgengi að þeim átta ljósmæðrum sem hér starfa alla jafna en yfirleitt fylgir alltaf á vaktaskiptum: „Þú hringir bara í mig ef það er eitthvað.“ Læknar og ljósmæður kvennadeildar LSH veita ráðgjöf ef þess þarf

og hef ég nokkrum sinnum haft samband og fengið þar góðan stuðning og ráðgjöf vegna hjartsláttarita og annarra þátta sem þarfnast frekari ráðgjafar. Oft og tíðum þarf maður að vega og meta aðstæður, taka ákvarðanir sem hafa áhrif á útkomu fæðingarinnar bæði fyrir móður og barn og upplifun hennar. Það er því yfirleitt mikil þekkingargagnrýni sem fer fram í huga mínum þegar ég keyri til baka með sjúkrabilnum eftir að hafa flutt konu í bæinn. Gerði ég rétt? Fór ég of snemma? Var þörf á að fara? En já, ég þekki takmörk mín og takmörk aðstæðna og stand og fell með þeim ákvörðunum sem ég tek.

Þegar þetta er skrifað er ég einmitt á vakt á fallegu aprílkvöldi og á von á frumbyrju ofan úr sveit með farið vatn. Ég er spennt fyrir kvöldinu og því sem koma skal. Ég er ekki alveg laus við kviða eða óöryggi en ég veit að ég kann miklu meira en ég geri mér sjálf grein fyrir og hef aðgang að öllum þeim stuðningi sem ég þarf fyrir farsæla þjónustu við barnshafandi konur í sinni heimabyggð, Selfossi.

Með þessum skrifum mínum vonast ég til að hvetja ungar eða nýlega útskrifaðar ljósmæður til að stinga sér út í djúpu laugina og ráða sig til starfa utan höfuðborgarsvæðisins. Það er einstakt tækifæri og frábær leið til að þroskast og öðlast öryggi í starfi.



Málstofa í ljósmóðurfræði

Þann 17. maí var haldin árleg málstofa í ljósmóðurfræði þar sem annars árs nemar í ljósmóðurfræðum kynntu lokaverkefni sín til embættisprófs. Málstofan var vel sótt og var það fríður hópur sem tók á móti heillaóskum að málstofu lokinni. Óskum við nýútskrifuðum ljósmæðrum innilega til

hamingju með áfangann og gæfu og góðs gengis á nýjum starfsvettvangi.

Fimm ljósmæður hafa lokið meistaraþrófi frá Háskóla Íslands frá því að síðasta vorblað kom út. Vaxandi aðsókn er í meistaranám í ljósmóðurfræði, það eflir ljósmæðrastéttina.

Verkefni til embættisprófs í ljósmóðurfræði

Nemandi	Heiti verkefnis	Leiðbeinandi
Rakel Ösp Hafsteinsdóttir	Líðan kvenna sem liggja rúmlegu á meðgöngu. Fræðileg úttekt	Valgerður Lís Sigurðardóttir og Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir
Katrín Sif Sigurgeirsdóttir	Skimað fyrir ofbeldi á meðgöngu, og hvað svo? Höfum við fullnægjandi úrræði?	Valgerður Lís Sigurðardóttir og Páll Biering
Gróa Sturludóttir	Innleiðing klínískra leiðbeininga um legástungur: Reynsla verðandi foreldra af upplýsingagjöf og framkvæmd við fylgju-sýnatöku og legvatnsástungu	Helga Gottfreðsdóttir og Kristín Rut Haraldsdóttir
Helga Reynisdóttir	Átraskanir á meðgöngu: Fræðileg úttekt	Valgerður Lís Sigurðardóttir og Helga Gottfreðsdóttir
Elísabet Hreiðarsdóttir	Reynsla og viðhorf heilbrigðisstarfsfólks af því að vinna með of þungar og of feitar konur á meðgöngu	Helga Gottfreðsdóttir
Hildur Sólveig Ragnarsdóttir	Inngrip í fæðingarferlið: Fagleg úttekt	Anna Sigríður Vernharðsdóttir og Ragnheiður I. Bjarnadóttir
Dóra Björnsdóttir Stephensen	Þriðja stig fæðingar: Er öruggt að veita lífeðlisfræðilega umönnun hjá konum í eðli-legri fæðingu?	Anna Sigríður Vernharðsdóttir
Signý Helga Jóhannesdóttir og Tinna Ívarsdóttir	Viðhorf og reynsla kvenna og fagfólks af breyttu vinnulagi og hefðbundnum spangar-stuðningi í fæðingu	Ólöf Ásta Ólafsdóttir



Verkefni til meistaraþrófs

Nemandi	Verkefni	Leiðbeinandi
Guðrún Kormáksdóttir	Er munur á þjónustu fyrir verðandi foreldra varðandi fösturskímanir eftir búsetu?	Helga Gottfreðsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir
Steina Þórey Ragnarsdóttir	Er heimabyggð rétti staðurinn fyrir konur í eðlilegri fæðingu? Afturvirk lýsandi rannsókn á útkomu og undirbúningi eðlilegra fæðinga á ljósmæðrastýrðri einingu við Heilbrigðisstofnun Suðurnesja frá 1. maí 2010 - 1. maí 2011	Ólöf Ásta Ólafsdóttir
Kristín Rut Haraldsdóttir	Tíðni fösturláta, afdrif meðgöngu og meðferð við legvatnsástungu og fylgjusýnatöku	Helga Gottfreðsdóttir og Reynir Tómas Geirsson
Sigrún Kristjánsdóttir	Er öruggt að fæða í heimabyggð? Útkoma úr fæðingum á Heilbrigðisstofnun Suðurlands árið 2010	Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Ragnheiður I. Bjarnadóttir
Björg Sigurðardóttir	Þekking og reynsla ljósmæðra af axlarklemmu í fæðingu. "... mér finnst ég alveg hafa komist í gegn um það ..."	Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Heilsutorg

Samstarfsverkefni deilda og námsbrauta Heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands

Árið 2010 hófst undirbúningur að stofnun Heilsutorgs – þverfræðilegrar göngudeildar fyrir háskólastúdenta. Samhliða þróun þeirrar starfsemi hefur verið unnið að undirbúningi þverfræðilegs námskeiðs við Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands sem aðallega er ætlað nemendum í framhaldsnámi. Undirbúningur þessa tvíhliða verkefnis hefur verið í höndum stýrihóps sem fulltrúar frá átta fræðigreinum heilbrigðisvísinda eiga aðild að.

Tilgangur með starfsemi Heilsutorgs er að stuðla að bættu heilbrigði nemenda við Háskóla Íslands en jafnframt að skapa vettvang fyrir klíniska kennslu og rannsóknir kennara og nemanda á sviðinu. Starfsemi Heilsutorgs grundvallast á samstarfi nemenda í heilbrigðisgreinum sem munu byggja vinnu sína á ákveðnu samvinnulíkani sem er afrakstur hugmyndafræðilegrar vinnu og fræðilegrar samantektar stýrihópsins. Rík áhersla er á markvissa

samvinnu fólks með mismunandi fræðilegan bakgrunn sem leggur saman þekkingu sína og reynslu í teymisvinnu. Samsetning teymis miðast við þarfir þeirra sem leita eftir þjónustunni og markmiðið er að veita samfellda og heilsuefandi þjónustu (Sólfríður Guðmundsdóttir o.fl., 2013). Benda má á að lengi hefur tíðkast erlendis að bjóða upp á þverfræðilegt nám í heilbrigðisvísindagreinum.

Samhliða starfsemi Heilsutorgsins mun verða sett á fót þverfræðilegt námskeið þar sem nemendur munu fá kynningu á öðrum fræðigreinum á Heilbrigðisvísindasviði og er tilgangurinn jafnframt að skapa gagnkvæma virðingu og skilning milli greina á sviðinu, og að skilja að árangur af þjónustu byggir ekki síst á góðri þverfræðilegri samvinnu. Í þverfræðilegri kennslu er því farið í þætti eins og samskiptaleiðir, áhrifþætti á upplýsingaflæði og hvernig bæði umhverfi og hinn mannlegi þáttur geta þar haft áhrif. Heil-

brigðisþjónustan verður sífellt flóknari og er því nú sem aldrei fyrr nauðsynlegt að byggja skipulag hennar á samvinnu fagstétta sem hver og ein kemur að þjónustunni með sína nálgun og sýn. Sífellt fleiri rannsóknir sýna góðan árangur þverfræðilegrar kennslu fyrir teymisvinnu og bent hefur verið á mikilvægi þess að þær áherslur séu raunverulegur hluti af menntun heilbrigðisstarfsmanna (WHO, 2010).

Nemendur í ljósmóðurfræði munu taka þátt í þverfræðilegu námskeiði með nemendum frá öðrum deildum og námsbrautum og verður gert ráð fyrir því á öðru námsári að nemendur geti tekið slíkt námskeið í tengslum við meistaranám. Jafnframt munu ljósmæðranemar taka þátt í klínískri vinnu á Heilsutorgi þegar sú starfsemi hefur verið þróuð frekar.

*Helga Gottfreðsdóttir,
námsstjóri í ljósmóðurfræði*

Skýrsla stjórnar LMFÍ

Stjórnarfundir

Haldnir hafa verið 22 stjórnarfundir á starfsárinu sem er að liða, þar af þrír vinnufundir. Á vinnufundum stjórnar voru innviðir félagsins skoðaðir og samin handbók í kringum starfsemi Ljósmeðrafélagsins. Sú vinna á sér aðdraganda allt frá aðalfundi 2009, en þá var ákveðið að stofna fjóra hópa til að skoða innviði félagsins. Hóparnir voru lagahópur, faghópur, kjarahópur og hópur til að skoða starfsreglur innan félagsins. Stéttar- og fagfélag sem er í stöðugri þróun þarf reglulega að leita inn á við, skoða hverju má breyta og hvað megi lagfæra til að gera starfsemi enn betri. Handbók félagsins hefur verið í smíðum á árinu 2012 og fram á árið 2013. Afrakstur þeirrar vinnu verður kynntur á aðalfundi félagsins. Eðlilegt er að handbókin verði lifandi plagg sem verði reglulega endurskoðuð og endurbætt.

Málaferli

Félagið hefur staðið í málaferlum fyrir hönd tveggja ljósmeðra. Voru málin tekin fyrir í Héraðsdómi Reykjavíkur þann 10. október 2012. Lögmannsstofan Mandat rak málið fyrir hönd Ljósmeðrafélagsins. Þann 5. desember 2012 vannst sigur í þessum tveimur málum fyrir Héraðsdómi Reykjavíkur gegn íslenska ríkinu. Ágreiningsefnið snerist um það hvort breytingar sem gerðar voru á starfi og verksviði tveggja ljósmeðra við Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HS) rúmaðist innan 19. gr. laga nr. 70/1996. Ljósmeðrafélagið stefndi HS fyrir hönd þessara ljósmeðra og byggði kröfur sínar á því að þær ættu rétt til biðlauna samkvæmt bráðabirgðaákvæði laga nr. 70/1996, þar sem starf þeirra hefði verið lagt niður með sameiningu fæðingardeildar og meðraverndar hjá HS. Rök HS byggðu á því að í ákvörðun HS hafi einungis falist breyting á störfum og verksviði þeirra vegna skipulagsbreytinga hjá stofnuninni. Áherslur í starfsemi stofnunarinnar hafi breyst og þörf hafi verið á hagræðingu í starfsemi stofnunarinnar. Í dómnum var fallist á það að starf ljósmeðra hafi verið lagt niður og svo umtalsverð breyting hefði orðið á störfum þeirra við þá breytingu að líta beri svo á að þeim hafi ekki boðist sambærilegt starf. Áttu þær því rétt til skaðabóta úr hendi HS. Um mikið réttlætismál er að ræða fyrir ljósmeðurnar þar sem dómstóllinn hafnar því að vinnuveitanda hafi verið heimilt að líta svo á að ákvörðunin væri breyting á starfi og verksviði í skilningi 19. gr. laga um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins í stað niðurlagningar á stöðu starfsmanns með tilheyrandi biðlaunarétti. Ríkis-



Formannsskipti, Áslaug Valsdóttir tekur við af Esther Ósk Ármannsdóttur

lögmaður hefur ákveðið að áfrýja allavega einu af þessum málum til Hæstaréttar. Stendur Ljósmeðrafélagið við bakið á þessum ljósmeðrum áfram þar sem um mikið réttlætismál er að ræða. Í lögum félagsins kemur fram að eitt af hlutverkum þess sé að gæta hagsmuna og réttinda ljósmeðra varðandi starf þeirra og kjör. Lögfræðikostnaður í kringum málaferlin hefur verið borgaður úr Brekkusjóði félagsins sem er varasjóður LMFÍ.

Ljosmodir.is og heimasíða LMFÍ

Töluverðar breytingar urðu á rekstri heimasíðu Ljósmeðrafélagsins á síðasta ári. Auglýst var eftir vefstjóra og sóttu þrjár ljósmeður um þá stöðu. Signý Dóra Harðardóttir var ráðin vefstjóri hjá bæði ljósmodir.is sem og síðu félagsins, frá og með 1. júní 2012. Vefstjóri félagssíðunnar er í 10% launuðu starfi. Þóknun fyrir að sinna starfi vefstjóra ljósmodir.is fer eftir hvernig til tekst að afla auglýsinga. Ný og endurbætt heimasíða LMFÍ, hönnuð af TM Software, leit dagsins ljós um mitt síðasta ár og skartar hún m.a. íslenskri forsiðumynd. Hún hefur verið í þróun og er í raun enn að breytast og þróast miðað við þarfir félagsmanna. Einnig er Ljósmeðrafélagið komið með síðu á félagsvefnum Facebook. Þar hefur verið stofnað ljósmeðraspjall sem hefur verið talsvert notað og er mikilvægur vettvangur fyrir ljósmeður að spjalla saman m.a. um það sem efst er á baugi hverju sinni.

Varðveisla sögulegra gagna

Gamlar fundargerðabækur Ljósmeðrafé-

lagsins voru afhentar Þjóðskjalasafni Íslands til varðveislu, þar á meðal fundargerð stofnfundar félagsins. Samtals voru afhentar þrjár fundargerðabækur félagsins til ársins 1979. Einnig voru þrjár fæðingarskráningarbækur Jóhönnu Hrafnfjörð afhentar safninu. Í fórum félagsins fundust gömul bréf Sigríðar Eiríksdóttur Sæland ljósmeður sem hún ritaði þegar hún var við nám á Ríkisspítalanum í Kaupmannahöfn á árunum 1914–1915. Þau voru send til varðveislu í skjalasafni Hafnarfjarðar samkvæmt ósk frá ættingjum hennar.

Arfur til Ljósmeðrafélags Íslands

Jóhanna Hrafnfjörð ljósmeðir lést þann 12. ágúst 2011. Arfleiddi hún LMFÍ að íbúð sinni. Leitað var til lögmannsstofunnar Mandat sem unnið hefur að opinberum skiptum á dánarbúi Jóhönnu. Stjórn sjóðanefndar hefur fundað nokkuð oft á árinu 2012 og gert skipulagsskrá sem og úthlutunarreglur fyrir þennan nýja sjóð sem fær nafnið Minningarsjóðurinn.

Ný reglugerð um ljósmeður

Þann 1. janúar 2013 tók gildi ný heildarlöggjöf um heilbrigðisstarfsmenn sem samþykkt var á Alþingi síðastliðið vor. Fæðing þessara nýju laga hefur verið langdregin þar sem allt frá árinu 2007 hefur staðið til að semja ný heildstæð lög um alla löggilta heilbrigðisstarfsmenn. Með þessari nýju löggjöf falla niður lög og reglugerðir sem gilt hafa um einstakar heilbrigðisstéttir þar á meðal um ljósmeður. Samhliða þessum nýju heildarlögum voru settar reglugerðir um hverja stétt.

Reglugerðir hafa verið unnar í velferðar-ráðuneytinu í samstarfi við embætti landlæknis og fagfélög. Ljósmeðrafélagið sendi inn ítarlega umsögn um nýja reglugerð um ljósmeður. Að henni stóðu formaður félagsins, fulltrúi frá HÍ, stjórnarmeðlimir félagsins og fyrirverandi formaður auk ljósmeðra sem sérstaklega var leitað til vegna þessa máls. Fulltrúar félagsins funduðu tvisvar með starfsmönnum velferðarráðuneytis. Haldinn var einn félagsfundur haustið 2012 til að kynna umsögn félagsins.

NJF

Í mars 2012 var haldinn hérlandis tveggja daga fundur formanna norrænu ljósmeðrafélaganna sem og fulltrúa frá ljósmóðurnámi landanna, samtals um 20 ljósmeður. Rætt var um mismun á ljósmeðranámi norrænu landanna sem og framtíðarsýn. Vilji var fyrir því að ljósmeðranámið verði fimm ára nám, þriggja ára grunnnám og tveggja ára nám sem lýkur með MS gráðu.

Formaður LMFÍ, Esther Ósk Ármannsdóttir og formaður NJF, Hildur Kristjánsdóttir, sóttu fund NJF í Færeyjum 10.–14. maí 2012. Var það vel sóttur fundur og Færeyingar höfðingjar heim að sækja.

Kjaramál

Allir kjarasamningar aðildarféлага BHM við fjármála- og efnahagsráðherra f.h. ríkissjóðs frá 6. júní 2011 kveða á um endurskoðun í ljósi endurskoðunar samninga á almennum vinnumarkaði í janúar 2013. Gildandi kjarasamningur ljósmeðra við ríkið styttest um tvo mánuði, hann gildir frá 1. maí 2011 til 31. janúar 2014. Upphaflegur gildistími samningsins var frá 1. maí 2011 til 31. mars 2014. Vinna við endurskoðun stofnanasamninga hefur farið af stað á mörgum vinnustöðum ljósmeðra og heldur sú vinna áfram á árinu 2013.

Bandalag háskólamanna gekkst fyrir kjarkönnun í mars sl. sem ætlað er að gefa yfirgripsmikla mynd af kjaramálum félagsmanna. Markmið könnunarinnar, sem vonandi verður framkvæmd árlega, eru að veita yfirsýn yfir launakjör háskólamenntaðra einstaklinga og fylgjast með þróun launa þeirra, bæði á almennum og opinberum vinnumarkaði og þar með leggja grunn að upplýsingaveitu til félagsmanna um launakjör og launasamaburð og veita aðildarfélögunum mikilvægar upplýsingar til að byggja á við gerð samninga um kaup og kjör.

Fagdeild um meðravernd

Haldnir hafa verið tveir undirbúningsfundir undir stofnun fagdeilda um meðravernd. Vonandi mun þessi vinna halda áfram í félaginu undir stjórn nýs formanns.

Nýr starfsmaður á skrifstofu

Birgit Raschofer var ráðin til félagsins. Birgit hefur verið starfandi innan BHM hjá Félagsráðgjafafélagi Íslands. Hún er með viðveru á skrifstofunni einn dag í viku. Hún tók til starfa 1. júní 2012.



Hafdis Ólafsdóttir ljósmóðir sýndi og kenndi ljósmeðrum Bollywood dans ásamt nokkrum öðrum dönsurum

Tillaga um breytingu á fagfélagsgjöldum LMFÍ

Tillaga stjórnar er sú að fagfélagsgjöld hjá Ljósmeðrafélagi Íslands hækki úr 6.500 kr. á ári í 8.500 kr. árlega. Fagfélagsgjöldin hafa ekki hækkað lengi en hækkun t.d. prentkostnaðar við prentun á Ljósmeðrablaðinu sem og Fylgjunni hefur vaxið undanfarin ár sem og annar rekstarkostnaður félagsins. Sjá nánar í ársskýrslu.

Skýrsla fræðslu- og endurmenntunarnefndar Ljósmeðrafélags Íslands

Í fræðslunefnd sitja Hanna Rut Jónasdóttir, formaður, Bergún Svava Jónsdóttir, Brynja Pála Helgadóttir, Sveinbjörg Brynjólfssdóttir og Guðrún Gunnlaugsdóttir.

Aðalfundurinn var haldinn 24. mars 2012

og fyrir fundinn hélt Hafrún Kristjánsdóttir sálfræðingur fyrirlestur um liðsheild. Eftir aðalfundinn var farið í heimsókn til Auðar í Jógasetrið þar sem hún fræddi ljósmeður um það sem hún er að gera með konum á meðgöngu og í lokin tók hún svo ljósmeðurnar í góða hvíld og hugleiðslu. Síðan var keyptur matur frá veitingahúsinu Austurlandahraðlestin sem snæddur var í húsnæði BHM, Borgartúni.

Í apríl átti að halda Hypnobirth-námskeið í samvinnu við Endurmenntun HÍ sem því miður þurfti að aflýsa vegna ónægrar þátttöku. Stefnt er að því að reyna aftur innan tíðar.

Myndin Freedom for birth var frumsýnd um allan heim 20. september sl. Fræðslunefndin var í samstarfi við Eleni Teuffer hjúkrunarnema sem hafði frumsýningarrétt



Hrefna Einarsdóttir og Áslaug Valsdóttir buðu sig fram til formannsembættis hjá LMFÍ

inn á myndinni. Fræðslumyndin fjallar um ungversku ljósmóðurina Agnes Gereb sem fundin var sek og sett í fangelsi í heimalandi sínu fyrir þær sakir að taka á móti börnum í heimahúsum. Þeir sem stóðu að myndinni vildu með þessu vekja athygli á mannréttindabrotum. Eftir myndina voru umræður og í pallborði sátu Áslaug Hauksdóttir ljósmóðir, Kristbjörg Magnúsdóttir ljósmóðir og Eyrún Ingadóttir, móðir sem hefur fætt heima. Viðburðurinn var opinn fyrir alla áhugasama og mættu um 40 manns.

Fræðsludagur um heimaþjónustu ljósmæðra var haldinn 27. október sl. í samvinnu við Fagdeild heimaþjónustuljósmæðra. Fjallað var um hin ýmsu mál sem viðkoma heimaþjónustu. Kristbjörg Magnúsdóttir og Berglind Hálfðánsdóttir fjölluðu um ýmis praktísk mál varðandi eigin rekstur ljósmæðra sem sinna heimaþjónustu, Hulda Sigurlína Þórðardóttir stjórnaði umræðum um brjóstagjöf í fyrstu vikunni, Eva Björk Guðmundsdóttir hjúkrunarfræðingur og móðir barns með efna-skriptasjúkdóm fjallaði um nýburaskimun út frá sjónarhorni foreldra, Lilja Eiríksdóttir og Leifur Franzson svöruðu spurningum um PKU sýnatöku og Bergrún S. Jónsdóttir fjallaði um frágang skjala og fleira.

Jólafundurinn var haldinn 6. desember sl. Eyrún Ingadóttir sagnfræðingur kynnti bók sína Ljósmóðirin sem fjallar um ljósmóðurina Þórdísi Simonardóttur frá Eyrarbakka. Boðið var upp á jólaglög, konfekt og smákökur og að sjálfsögðu var farið í jólapakkaleikinn skemmtilega.

Undirbúningsfundur um stofnun fagdeilda í mæðravemd var haldinn 6. febrúar sl. Fyrir fundinn var Valgerður Halldórsdóttir félagsráðgjafi með fræðsluerindið Litli brúarsmiðurinn – fæðing barns í stjúpjölskyldu.

Skýrsla kjaranefndar Ljósmæðrafélags Íslands

Síðastliðið ár hefur verið tíðindalítið hjá kjaranefndinni, en almennir kjarasamningar verða ekki lausir fyrr en í byrjun næsta árs. Unnið hefur verið í samvinnu við formann félagsins, sem einnig er í nefndinni, að yfirferð og greiningu á stofnanasamningum ljósmæðra. Lítið hefur þókast í vinnu við nýja stofnanasamninga og starfa ljósmæður í raun samningslausar hvað þá varðar þar sem þeir hafa verið lausir í langan tíma. Þó hefur vinna verið í gangi á einstaka stofnun við endurskoðun þeirra. Lítil vilji virðist vera hjá stjórnvöldum og yfirmönnum stofnana að vinna að gerð nýrra stofnanasamninga. Beðið var útkomu stofnanasamninga hjúkrunarfræðinga á LSH og leitað eftir samningum á sömu nótum hjá ljósmæðrum þar, en lítið hefur enn komið út úr þeim viðræðum.

Formaður kjaranefndar sat fundi með formanni félagsins þar sem unnið var við bókun 1 úr miðlægu samningunum í samstarfi við félög innan BHM. Var það gagnleg og þörf vinna. Þá fór formaður einnig á fund með formanni félagsins til að ganga frá verkfallslistum við fjármálaráðuneytið.

Í stjórn Ljósmæðrafélagsins hefur farið fram gerð handbókar félagsins og kom formaður

nefndarinnar að gerð hennar sem almennur stjórnarmaður, en í handbókinni er kafla um störf kjaranefndar sem er visir að leiðbeiningum um þá vinnu og ábyrgð sem henni eru falin af hálfu félagsmanna. Er það vel.

Skýrsla ritnefndar Ljósmæðrafélags Íslands

Í ritnefndinni voru árið 2012 Hrafnhildur Ólafsdóttir ritstjóri, Helga Gottfreðsdóttir, Ingibjörg Eiríksdóttir, Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir, Berglind Hálfðánsdóttir, Stefanía Guðmundsdóttir og Ásrún Ösp Jónsdóttir. Stefanía hefur ákveðið að hætta í ritnefndinni og þökkum við henni fyrir samvinnuna.

Árið 2012 voru gefin út tvö tölublað af Ljósmæðrablaðinu eins og undanfarin ár, gekk vel að fá efni í blaðið. Tvær ritrýndar greinar birtust og margar fræðslugreinar. Margar ljósmæður eru búnar að vera í framhaldsnámi og hafa þær verið duglegar að skrifa í blaðið. Vill ritnefndin nota þetta tækifæri til að minna þær ljósmæður sem hlotið hafa styrk frá Ljósmæðrafélaginu að skrifa í blaðið. Ritnefnd hittist einu sinni fyrir útgáfu hvors blaðs en mikil samskipti fóru fram í gegnum netið með tölvupósti.

Það gekk sæmilega að safna auglýsingum í blaðið. Kostnaður við útgáfu blaðsins er þó nokkuð meiri en innkoma, prentkostnaður hefur aukist mikið eftir hrun. Þegar öllu er á botninn hvolft verðum við þó að hugsa um hvaða þýðingu Ljósmæðrablaðið hefur fyrir starfsemi félagsins og líf félagsmanna, það vegur mjög þungt. Því skiptir kannski ekki öllu þó blaðið standi ekki undir sér, það er bara þýðingarmikill hluti af starfsemi Ljósmæðrafélagsins. Að sjálfsögðu verður þó reynt að halda kostnaði niðri með útboði og áfram reynt að fá inn fleiri auglýsingar.

Á síðasta ári tók ritnefndin að sér í fyrsta sinn að sjá um útgáfu Fylgjunnar, dagbókar félagsins. Ritnefndin tók við góðu búi frá Elínborgu Jónsdóttur og voru ekki gerðar miklar breytingar á Fylgjunni. Nokkur umræða skapaðist um hvort Ljósmæðrafélagið eigi að gefa út Fylgjuna í þessu formi. Tæknin er orðin mikil, margir eru með snjallsíma og geta því nálgast allar upplýsingar beint af netinu úr þeim og einnig eru margir farnir að setja inn vaktaplanið beint í símann sinn. Eftir að hafa kannað óformlega hug ljósmæðra til Fylgjunnar þá er raunin sú að stór hluti ljósmæðra notar Fylgjuna mikið og eru ekki tilbúnar að missa af því að fá hana, er það hluti af jólunum hjá mörgum ljósmæðrum að fá Fylgjuna í hús.

Skýrsla sjóðanefndar Ljósmæðrafélags Íslands

Sjóðanefnd fundaði þrisvar á árinu 2012. Tveir fundir af þremur voru vinnufundir vegna vinnu við nýjan sjóð á vegum Ljósmæðrafélagsins, Minningarsjóðs Jóhönnu Hrafnfjörð. Jóhanna Hrafnfjörð ljósmóðir arfleiddi Ljósmæðrafélag Íslands að íbúð sinni að Ásvallargötu 25 í Reykjavík. Andvirði sölu hennar vildi Jóhanna að færi í sjóð í hennar nafni. Megin vinnan hefur verið í kringum skipulagsskrá og

úthlutunarreglur þessa nýja sjóðs. Þau skjöl verða lögð fram til samþykktar á aðalfundi. Sjóðanefnd fékk aðstoð tveggja lögfræðinga, Ernu Guðmundsdóttur hjá BHM sem og Bergljótu Ingólfsdóttur hjá lögfræðistofunni Mandat, við að semja skipulagsskrá og úthlutunarreglur þessa nýja sjóðs. Einnig hefur skipulagsskráin og úthlutunarreglurnar fengið yfirlstur stjórnarmanna Ljósmaðrafélagsins. Birna Gerður Jónsdóttir ljósmóðir sem félagið leitaði til kom einnig með góðar ábendingar.

Einn fundur var haldinn vegna styrkúthlutana úr Rannsóknar- og þróunarsjóði LMFÍ. Umsóknir í Rannsóknar- og þróunarsjóð LMFÍ voru að þessu sinni sex talsins að upphæð 3.205.000 kr. Ein umsókn var ekki styrkhæf þar sem umsækjandi var ekki kjarafélagi í LMFÍ. Upphæð til úthlutunar í ár úr sjóðnum er 1.612.318 kr. Ljóst var að ekki yrði hægt að styrkja öll verkefni til fulls.

Styrkveitingar voru sem hér segir:

- Steina Þórey Ragnarsdóttir fékk 300.000 kr. styrk vegna rannsóknar í meistaranámi sínu þar sem hún kannaði útkomu og undirbúning á eðlilegum fæðingum við Heilbrigðisstofnun Suðurnesja.
- Ólöf Ásta Ólafsdóttir fékk 250.000 kr. styrk vegna kostnaðar við rannsóknar- og þróunarverkefni. Rannsóknin er um heima-fæðingar á Norðurlöndum og nefnist Skipulagðar heima-fæðingar á Íslandi 2010–2014.
- Sigríður Sía Jónsdóttir fékk 400.000 kr. styrk vegna kostnaðar við rannsóknar- og þróunarverkefni sem er 2. hluti af doktorsverkefni hennar. Verkefnið hennar fjallar um tengsl geðheilsu, sambands við maka, félagslegs stuðnings og vandamála á meðgöngu.
- Anna Sigríður Vernharðsdóttir fékk 250.000 kr. styrk vegna kostnaðar við rannsóknar- og þróunarverkefni. Rannsókn hennar og gæðaverkefni horfir til innleiðingar á breyttu vinnulagi við barnsfæðingar til að fækka 3. og 4. gráðu spangarriðum á Landspítala.
- Helga Gottfreðsdóttir fékk 400.000 kr. styrk vegna kostnaðar við rannsóknar- og þróunarverkefni sitt er nefnist Fræðslu-ihlutun um fösturskimun fyrir fagfólk, þróun og mat á árangri.
- Margrét Unnur Sigtryggsdóttir sótti um styrk vegna námskeiða vegna framhaldsnáms. Hún vinnur að þróun spurningalista fyrir rannsókn til að meta notkun óhefðbundinna meðferða á meðgöngu. Margrét Unnur sótti um styrk að upphæð 630.000 kr. Sjóðanefnd telur umsækjanda ekki styrkhæfan þar sem viðkomandi er ekki kjarafélagi í Ljósmaðrafélagi Íslands og veitti því ekki styrk.

Skýrsla Ljósanna

Starfsemi deildarinnar breytist lítið milli ára. Nokkrar Ljósur hafa látist á árinu en 14 nýjar komu inn eftir áramót og voru 227 fundarboð

send út fyrir vörfundinn sem var 13. mars sl. Starfsmaður á skrifstofunni ásamt formanni LMFÍ hafa aðstoðað við að bæta á póstlista þeim ljósmaðrum sem verða sextugar á árinu og búa á Íslandi.

Ljósmaðrafélagið hefur borið kostnað af ljósritun og póstsendingum. Það hefur reynst mjög vel að leita til félagsins með ýmislegt sem viðkemur starfsemi deildarinnar og sömuleiðis er starfsfólk BHM í Borgartúni afar hjálplegt.

Ljósurnar halda tvo fundi yfir veturinn, aðalfund í október og einn almennan fund að vori, yfirleitt í mars. Stundum hafa fundar- konur verið með upplestur eða frásagnir á þessum fundum. Algengur mætingarfjöldi er 25, en 13. mars síðastliðinn mættu 36, sem er algjört met. Tveir formlegir stjórnarfundir eru haldnir yfir veturinn, en þess utan er oft lagt á ráðin í gegnum síma.

Vorferðin að þessu sinni var farin 6. júní 2012 að Kirkjubæjarklaustri, alls 39 Ljósur.

Stansað var á Þorvaldseyri þar var Gestastofa opnuð 2011. Þar eru mjög góðar upplýsingar um gosið í Eyjafjallajökli árið 2010 og áhrif þess á lífið á svæðinu. Myndband, sem tekur 20 mín., færir mann inn í atburðarásina. Ýmislegt fleira var skoðað þennan dag og í þetta sinn þurfti ferðanefndin ekki að sjá um matartilbúning, borðað var á veitingastöðum.

Ferðarnefndin er sú sama og undanfarin ár, Guðrún Davíðsdóttir, Guðrún Jónsdóttir, Guðrún Sveina Jónsdóttir, Sigurborg Kristinsdóttir og Sjöfn Eyfjörð. Þær hafa staðið sig með mikilli þryði og þessi árvissi atburður er öllum mikið ánægjuefni.

Breyting varð á stjórn „Ljósanna“ á síðasta aðalfundi. Inga Elíasdóttir og Þorgerður Pálsdóttir drógu sig í hlé. Þær hafa staðið sig með sóma og gott að vita af þeim áfram í Ljósuhópnum. Stjórnina skipa nú María Björnsdóttir, formaður, Anna Þorsteinsdóttir, varaformaður, Halldóra Ásgrímsdóttir, ritari (ný í stjórn), Ásta Lóa Eggertsdóttir (ný í stjórn), varamaður, og Ásgerður Helgadóttir, varamaður.

Að beiðni ritnefndar Ljósmaðrablaðsins sendi stjórn Ljósanna pistil í blaðið með yfirskriftinni: „Hvað gera Ljósumar?“ Ritnefnd þótti greinilega forvitnilegt að vita hvað þessar kellar gera þegar aldur færast yfir. Pistillinn birtist í 1. tbl. júní 2012.

Utan formlegra starfa í Ljósudeild er nokkuð fastur liður að fara í kaffi í Perlunni 1. miðvikudag hvers mánaðar, en sá fundur er opinn öllum, óháð því hvort þær eru skráðar í deildina eða ekki. Einnig er orðin hefð að fara og borða saman á veitingastað þegar hyllir undir aðventu. Hluti ferðanefndar stýrir þessu. Það verða alltaf fagnaðarfundir þegar Ljósumar hittast, hvort sem er á fundum eða ferðalögum. Það má því segja að þær lifi eftir því sem Hjálmar Freysteinnsson segir í ljóði:

„... en viltu muna að vináttan er; verðmætust eðalsteina“

Skýrsla Fagdeildar heimaþjónustu

Síðasta starfsár Fagdeildarinnar einkenndist að miklu leyti af óvissu um framtíð heimaþjónustu í sængurlegu, eins og starfsárin þar á undan. Að auki einkenndist starfsárið af viðræðum um rammasamninga.

Á haustdögum stóð fræðslunefndin ásamt fagdeild um heimaþjónustu fyrir fræðsludegi sem var mjög ánægjulegur og vel sóttur af ljósmaðrum. Fræðsludagurinn var gott sambland af grunnmenntun fyrir nýjar heimaþjónustuljósmaður um hagnýt atriði ásamt símenntun. Er þetta vonandi vísir að áframhaldandi símenntun fyrir heimaþjónustuljósmaður.

Í nóvember sl. hófust fundahöld vegna rammasamnings við Sjúkratryggingar Íslands (SÍ). Þar kom fram að viðræður við Sjúkratryggingar Íslands vegna ljósmóðurrekins fyrirtækis um heimaþjónustu í sængurlegu höfðu ekki gengið sem skyldi. Því var ljóst að gengið yrði til viðræðna um áframhaldandi rammasamning við SÍ. Óskaði stjórn Fagdeildar eftir því við SÍ að viðræður um nýjan rammasamning um heimaþjónustu yrðu hafnar hið fyrsta.

Þar sem miklar viðbætur höfðu orðið á samningi ársins 2012 til að bæta þjónustu við sængurkonur var ákveðið að leggja megin áherslu á löngu tímabæra launaleiðréttingu ljósmæðra í heimaþjónustu og heima-fæðingum. Fagdeildin hafði undir höndum skjal frá Sjúkratryggingum Íslands þar sem fram kom hin mikli sparnaður sem hlotist hefur af heimaþjónustu ljósmæðra. Fagdeildin fór fram á að hluti þess sparnaðar yrði nýttur til launaleiðréttingar. Farið var fram á að greiðslur yrðu leiðréttar til samræmis við launaleiðréttingar ljósmæðra í almennum kjarasamningum í september 2008. Farið var fram á að SÍ leituðu til yfirboðara sinna eftir auknu svigrúmi til samninga. Strax var ljóst að Sjúkratryggingar Íslands gátu ekki komið til móts við kröfur ljósmæðra. Gerð voru drög að nýjum rammasamningi sem fagdeildin lagði fyrir kjarafund heimaþjónustuljósmæðra sem haldinn var 6. desember 2012 sem því miður var mjög illa sóttur. Tilgangurinn með fundinum var að skýra stöðuna fyrir ljósmæðrum og fá fram skýran vilja þeirra um hvort ganga ætti að rammasamningi eða fara í frekari aðgerðir til að þrýsta á launaleiðréttingu. Þar sem svo fáar ljósmæður mættu á fundinn og ekki ljóst um vilja ljósmæðra þótti rétt að ganga að breyttum rammasamningi.

Niðurstaðan var samningur með hækkunum sem tóku gildi 1. janúar 2013 til eins árs. Helstu breytingar voru þær að eininga-verð hækkaði og einingafjöldi á bak við hverja vitjun var aukinn. Á móti fækkaði hámarksfjölda vitjana fyrir konur og börn í heilsufarsflokki A. Með þessu hækkuðu laun ljósmæðra á hverja vitjun.

Því miður sá SÍ sér ekki fært að verða við kröfum ljósmæðra um launaleiðréttingu, þrátt fyrir óyggjandi rök fyrir að slík leiðrétting sé nauðsynleg til að halda þjónustustiginu við lýði.

Breytt vinnulag við K-vítamín gjöf á LSH

Fyrir um einu og hálfu ári ákváðu ljósmæður á Landspítala að fara út í breytingar á K-vítamín gjöf, þ.e. hvenær gefið er K-vítamín. Fram að þessu hafði hver ljósmóðir sinn háttinn á með þetta, þó svo flestar ljósmæður gæfu K-vítamín sprautuna eftir að búið var að vigta og mæla barnið. Ákveðið var að gefa K-vítamín alltaf sem fyrst eftir að barnið fæðist, yfirleitt þannig að sú ljósmóðir sem aðstoðar við fæðinguna gefur það á fyrstu mínútunum. Rökin fyrir breytingunni voru fyrst og fremst að rétt eftir fæðinguna er barnið enn undir áhrifum endorfinanna sem það fær við fæðinguna og ætti því ekki að upplifa eins mikinn sársauka við það að fá sprautu. Sprautan getur einnig gegnt því hlutverki að veita örvun því á fyrstu mínútunum þarf stundum að örva börn til þess að anda eða gráta.

Okkur fannst mikilvægt að samræma verklag við gjöf K-vítamíns á stofnuninni til að minnka líkur á að K-vítamín væri gefið of oft eða að það gleymdist. Sú ljósmóðir sem gefur sprautuna kvittar fyrir lyfjagjöfnni á barnablaði. Rétt er að það komi fram að ekki er mælt með því að Konakion-stungulyf sé dregið upp í sprautu fyrirfram og geymt í lengri tíma þar sem virka efnið Phytomenadione brotnar niður í ljósi. Út frá örverufræðilegu sjónarmiði er heldur ekki mælt með því að geyma lyf uppdregin í sprautu. Við höfum því haft þann háttinn á að draga lyfið upp eins nálægt lyfjagjöf og hægt er, miðað við aðstæður hverju sinni en þó er í lagi að geyma það uppdregið í allt að klukkustund.

Þetta verklag krefst auðvitað þess að búið sé að láta foreldrana vita fyrir fram að þetta verði

gert, svo þau viti bæði um ástæður þess að K-vítamín sé gefið, tímasetninguna á gjöfnni og möguleika þeirra á að taka upplýsta ákvörðun um það hvort þau þiggi K-vítamín gjöf fyrir sitt barn. Best er auðvitað að búið sé að kynna þetta fyrir foreldrum áður en í fæðinguna er komið þar sem umræðan og ákvarðanatökan er foreldrunum auðveldari hafi þau heyrt um K-vítamín gjöf áður en til fæðingarinnar kemur. Í því sambandi bendum við á bæklinginn um K-vítamín, úr bæklingaröð Ljósmæðrafélagsins, sem finnst á vefsíðunni ljusmodir.is og ætti því að vera öllum aðgengilegur. Veitir hann góðar upplýsingar fyrir foreldra og aðra sem áhuga hafa.

Gréta Rún Árnadóttir og Anna Sigríður Vernharðsdóttir ljósmæður á fæðingadeild Landspítala

Stjórn og nefndir Ljósmæðrafélags Íslands 2013-2014

Stjórn:

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

Varaform.: Anna Eðvaldsdóttir
annaedva@landspitali.is

Ritari: Ásta Hlín Ólafsdóttir
asta.hlin@simnet.is

Vararitari: Steina Þórey Ragnarsdóttir
steina@hss.is

Gjaldkeri: Inga Sigríður Árnadóttir
geggja@hotmail.com

Varagjaldk.: Hafdis Ólafsdóttir
hafdisol@gmail.com

Meðstj. Björg Sigurðardóttir
bjorg@hss.is

Ritnefnd:

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

Helga Gottfreðsdóttir helgagot@hi.is

Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir
ingibjorghre@simnet.is

Ingibjörg Eiríksdóttir
ingibjorgei@simnet.is

Berglind Hálfðánsdóttir
bugsy@internet.is

Ásrún Ösp Jónsdóttir
aoj5@hi.is

Edda Sveinsdóttir
eddasveins@simnet.is

Kjaranefnd:

Björg Sigurðardóttir, formaður,
s. 894 4649, bjorg@hss.is

Guðrún Fema Ágústsdóttir
femaa@hotmail.com

Guðrún Kormáksdóttir
gudrunk@hsu.is

Harpa Ósk Valgeirsdóttir
Formaður LMFÍ

Fræðslu- og endurmenntun- arnefnd:

Hanna Rut Jónasdóttir, formaður,
s. 698 3637 hannadagga@hotmail.com

Bergrún Svava Jónsdóttir
bergrunjons@hotmail.com

Elin Arna Gunnarsdóttir

Guðrún I. Gunnlaugsdóttir
gualjosa@gmail.com

Hallfríður Kristín Jónsdóttir
frida@gmail.com

Sjóðanefnd:

Formaður LMFÍ

Gjaldkeri LMFÍ

Gréta Rún Árnadóttir
gretarunarna@gmail.com

Greta Matthíasdóttir
greta@makker.is

Margrét Guðmundsdóttir
magmar@internet.is

Kjörnefnd:

Birna Ólafsdóttir, formaður,
s. 863 8806

Guðrún Huld Kristinsdóttir

Hilda Friðfinnsdóttir

Siðanefnd:

Anna Rut Sverrisdóttir
annarutljosa@gmail.com

Birna Gerður Jónsdóttir
birnagj@landspitali.is

Guðrún Halldórsdóttir

NJF:

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

Skoðunarmenn:

Ingunn Vattnes Jónsdóttir
Margrét Guðmundsdóttir

Aðaltrúnaðarmaður:

Guðrún Sigríður Ólafsdóttir

Norðurlandsdeild

Norðurlandsdeild Ljósmeðrafélags Íslands var stofnuð 30. júlí 1968. Skráðir félagar eru 47 talsins og eru þeir búsettir víða um Norðurland.

Starfsemi deildarinnar hefur verið með svipuðu sniði undanfarin ár. Haldinn er einn aðalfundur og einn til tveir fræðslufundir á ári, þar sem ljósmeðrum finnst alltaf gaman að koma saman og ræða málin.

Stjórnarmeðlimir hafa að miklu leyti samskipti í gegnum tölvupóst og síma auk þess að hittast af og til. Aðalfundur hefur oftast verið haldinn á Akureyri en stöku sinnum hefur hann þó verið haldinn annars staðar á Norðurlandi. Í þeim tilfellum hefur tækifærið verið notað til að heimsækja ljósmeður á öðrum stöðum, sjá aðstöðu þeirra og hafa gaman um leið.

Á árinu 2012 voru haldnir tveir fundir, aðalfundur og aðventufundur. Aðalfundurinn var haldinn á Siglufirði í maí þar sem ljósmeður fóru saman í rútu þangað og skoðuðu sjúkrahúsið þar. Eftir venjubundin fundarstörf var borðaður góður matur á veitingastaðnum Rauðku. Þar voru tvær ljósmeður gerðar að heiðursfélögum, þær Ása Marinósdóttir og Heba Ásgrímsdóttir.

Aðventufundurinn var sl. desember þar sem ljósmeður komu saman og borðuðu og skiptust á jólagjöfum. Einnig vann stjórnin í því að safna peningastyrkjum fyrir fæðingardeildina á Akureyri til kaupa á endurlífgunarborði fyrir nýju fæðingarstofurnar sem teknar voru í notkun sumarið 2012. Gekk það framar vonum.

Félagar í NLMÍ er 47 og í stjórn eru Hulda Magnadóttir, formaður, Birgitta Nielsdóttir, varaformaður, Halla Harðardóttir, meðstjórnandi, Eva Laufey Stefánsdóttir, gjaldkeri, og Sigrún Rósa Vilhjálmisdóttir, ritari.



Efri röð: Birgitta, Hrafnhildur, Anna María, Inga Vala, Ása, Sía, Malla, Eva Laufey, Gunnjóna, María, Hallfríður og Ásrún. Fyrir framan: Inda, Hulda, Nina, Halla, Inga og Freyja.



Gunnjóna að segja frá staðhátum á Siglufirði



Tilkynning frá rannsóknarsviði LSH

Breyttur sýnatökutími á PKU og TSH



Rannsóknarsvið LSH
Erfða- og sameindalæknisfræðideild
K-bygging • Hringbraut • 101 Reykjavík
Sími: 543 5000 • Fax: 543 5539 • www.landspitali.is

Nýburaskimun - breyttur sýnatökutími 48-72 stundir

Með nýjum tækjabúnaði hafa orðið miklar framfarir í skimun fyrir arfgengum efnaskiptasjúkdómum í nýburum. Í upphafi var einungis skimað fyrir fenýlketonúríu (PKU) og vanstarfsemi skjaldkirtils (CH), en með tilkomu raðmassagreinisins má skima fyrir fjölmörgum arfgengum efnaskiptasjúkdómum í einni og sömu mælingunni. Á Íslandi er nú skimað fyrir um 30-40 mismunandi arfgengum efnaskiptasjúkdómum, sem er nokkuð svipaður fjöldi og skimað er fyrir í nágrannalöndum okkar.

Helstu sjúkdómaflokkar, sem nú er skimað fyrir með hinni nýju tækni ásamt dæmum eru:

1. Fitusýruoxunargallar (Fatty Acid Oxidation Defects, **FAO**), vegna ma skorts á ensímum er brjóta niður fitusýrur. Dæmi CUD, MCAD, VLCAD, LCHAD, CTD II (*)
2. Óeðlileg myndun lífrænna sýra (Organic acidemias, **OA**), vegna truflunar í niðurbroti greinóttra amínósýra. Dæmi: GAI, PA, MMA, HLCS, IVA (*)
3. Óeðlileg ummyndun amínósýra (Amino acidemias, **AA**), vegna galla í umbreytingum amínósýra. Dæmi: ASA, PKU, MSUD, CIT I, HCY, MET (*)

(*)Nöfn sjúkdóma eru oft mjög löng og plássfrek. Ef lesandi vill kynna sér heiti og eðli þeirra betur má setja skammstafanirnar í Google og bæta við "newborn".

Til þess að greina sjúkdóma í hópi **FAO** og **OA** eru mæld svokölluð acylkarnítín, en karnítín myndast í líkamanum út frá amínósýrunum lýsín og meþíónín, en einnig er mikið af því í kjötmeti. Karnítín tekur þátt í flutningi fitusýra frá umfrymi inn í hvatberana þar sem þær eru brotnar niður. Verði ofmyndun af sýrum í líkamanum getur karnítín bundist þeim og gert þær minna skaðlegar. Mælingar á amínósýrum eru notaðar til þess að greina **AA** sjúkdóma.

Nokkuð mismunandi er hvenær best er að greina þessa sjúkdóma í blóðþerripappírs-sýnunum hjá nýburum. Þannig greinast karnítínvísar fyrir **FAO** best sem fyrst eftir fæðinguna, vegna þess að þá er nýburinn að brjóta niður sína eigin fitu og eggjahvímuefni (katabólískt ástand). Eftir því sem lengra liður frá fæðingu aukast möguleikarnir á því að þeir vísar sem voru hækkaðir hafi lækkað, jafnvel undir viðmiðunarmörk og greinast sjúkdómarnir því síður. Hins vegar greinast **AA** betur eftir því sem nýburinn hefur innbirt meira af eggjahvímuefnum úr fæðunni (brjóstamjólkinni). **OA** greinast yfirleitt betur eftir því sem lengra dregur frá fæðingunni, en breytingin er þó ekki eins áberandi og fyrir hina sjúkdómaflokkana.

Til þess að auka öryggi við greiningu einkum **FAO sjúkdómanna, án þess að hafa áhrif á greiningu annarra sjúkdóma, hafa nýburaskimunarrannsóknastofur mælt til að taka skuli sýnin 48 - 72 klst eftir fæðingu.**

Ef frekari upplýsingar er þörf, má hafa samband við undirritaða starfsmenn ESD

Leifur Franzson lyfjafræðingur
Llía Eiríksdóttir lífeindafræðingur
Sheilah Severino lífeindafræðingur
Jón Jóhannes Jónsson yfirlæknir

Reykjavík 13.06.2013.

Ofarlega í huga mér ...

Á hverju ári heyrum við fréttir af fæðingum í bilum á leið á fæðingarstað. En það sem við heyrum ekki eins mikið af eru konurnar sem „rétt sluppu“ á fæðingarstað, þær sem festu sig í skafli á leiðinni, klesstu bílinn eða sátu við hlið óttaslegins maka sem keyrði á 150 km/klst. Þrátt fyrir að hafa aðeins starfað í eitt ár á Sauðárkróki þá heyrði ég nokkrar svoliðis sögur frá konunum sem voru hjá mér í mæðra-vernd. Þessar sögur gerðu það að verkum að ég fór að velta því meira og meira fyrir mér hvert við stefnum þegar kemur að vali kvenna á fæðingarstað.

Undanfarið hefur orðið þó nokkur umræða um þessi mál sem er vel. Góð umfjöllun var til að mynda í Landanum á RÚV þann 21. apríl síðastliðinn þar sem aðbúnaður þeirra kvenna sem þurfa um langan veg að fara var ræddur. Ljóst er í mínum huga að betur þarf að búa að þeim konum sem þurfa að flytjast búferlum á meðan beðið er eftir barni. Þær konur sem hafa áhættuþætti sem gera það að verkum að mælt er með hátæknisjúkrahúsi sem fæðingarstað en búa fjarri slíkum stað þurfa óneitanlega mikinn stuðning og greinilegt að betur þarf að standa með þeim. Bæði varðandi húsnæðismál á meðan þær dvelja fjarri heimili sínu auk þess sem eðlilegt væri að fá lengingu á fæðingarorlofi í slíkum tilfellum. Þó má ekki gleyma því að það eru ekki allar konur með slíka áhættuþætti og vel væri hægt að bjóða fleiri konum upp á það að fæða í sinni heimabyggð ef vilji er til. Eins og með flest er einfalt að skrifa niður hvað væri gott að gera en margar hliðar eru á málinu sem þarf að velta upp.

Það er von mín að ekki verði frekari samdráttur í ljósmæðraþjónustu á landsbyggðinni og að hún verði aukin frá því sem nú er, en það er þó að miklu leyti undir okkur sjálfum komið. Við þurfum að vera talsmenn þess að slík þjónusta sé nauðsynleg, tala fyrir því að konur hafi val. Það verður seint hægt að bjóða þeim, sem eru með áhættuþætti sem kalla á að fæðing fari fram þar sem sólarhringsþjónusta er á skurðstofu, upp á fæðingu í sinni heimabyggð ef sú byggð er strjál. Við gætum þó boðið mun fleiri konum upp á heima-fæðingu, fæðingu á heilsugæslustöð eða öðrum minni sjúkrahúsum, ef sátt næðist um það. Auðvitað er það þó alltaf val konunnar, sumar myndu án efa velja að fara lengra og ber það að virða.

Ef við tækjum þá ákvörðun sem stétt að við vildum bjóða upp á slíka þjónustu þá er samt ýmislegt sem við þyrftum að huga að í



Ásrún Ösp Jónsdóttir
ljósmóðir

okkar eigin umræðu. Hver er okkar skoðun, hvernig setjum við hana fram og af hverju? Ég tel gott fyrir allar ljósmæður að hugsa aðeins um það. Erum við að sjúkdómsvæða barn eignarferlið? Ef við treystum því ekki hverjir gera það þá? Við getum ekki reiknað með því að almenningur geri það ef við erum ekki alveg vissar sjálfar. Undanfarið hafa nýútskrifaðar ljósmæður ekki getað valið úr störfum en samt sem áður hafa minni staðir á landsbyggðinni ekkert endilega fengið ofgnótt umsókna þegar þeir auglýsa eftir afleysingu eða hafa lausa stöðu. Auðvitað eru ekki allir í þeim sporum að hafa getu til að flytjast búferlum með fjölskyldu sína. En gæti verið að það hafi líka áhrif hvernig við tölum okkar á milli?

Sjálf hef ég heyrt setningar eins og: „Hvernig dettur henni í hug að fara beint út á land, nýútskrifuð — myndir þú nokkuð gera það? Já það er náttúrulega ekki hægt að fara strax í heima-fæðingar það þarf reynslu í það fyrst. Þessi kona ætlaði að fæða heima og svo kemur hún bara í keisara... Best er að byrja á fæðingargangi eftir útskrift til að vita hvernig á að bregðast við... Það verða að vera tvær ljósmæður í heima-fæðingu.“ Listinn er endalaus, alls konar fullyrðingar hafa verið settar fram sem sá óvissu og ótta, bæði okkar á meðal og meðal almennings. Á hvaða hugmyndafræði byggjum við?

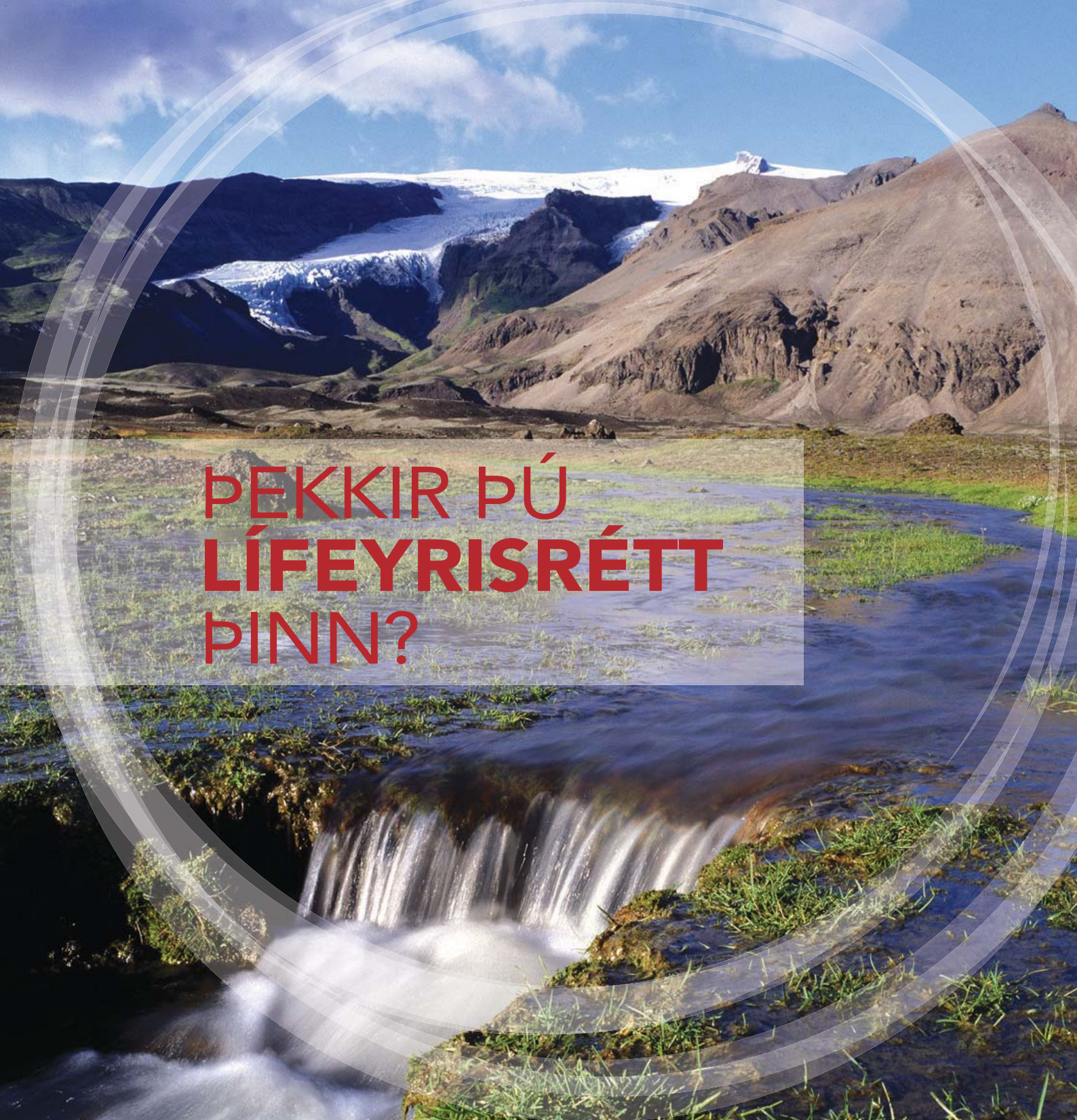
Það er þó margt til í fyrrnefndum setningum og margar hliðar á þeim en ég velti því fyrir mér hvort að eitthvað sé mögulega að ef ljósmóðir á aðeins að treysta sér í sum störf eftir útskrift — kannski er þá eitthvað sem vantar í námið eða félags-

mótunina! Kenningin um að byrja á því að öðlast reynslu í að bregðast við öllu sem getur farið úrskeiðis hefur sín rök. En getur ekki líka verið að með því að vera mikið í erfiðum fæðingum til að byrja með fái ljósmóðir þau skilaboð að náttúrunni sé erfitt að treysta. Best sé að fæðing fari fram innan veggja hátæknisjúkrahúss með alla mögulega sérfræðinga í kallfæri?

Amma (Ása Marinósdóttir) sagði mér eitt sinn frá því þegar hún fór suður á Landspítala á námskeið eftir að hafa verið umdæmisljósmóðir í nokkuð mörg ár og allt gengið vel. Þegar hún var þar stödd hugsaði hún með sér að hún yrði að hætta þessum sveitafæðingum, þetta væri allt saman stórhættulegt, það gæti svo margt farið úrskeiðis. Þegar hún kom svo heim aftur fann hún að það væri allt í lagi og ákvað að leggja þessar hugsanir til hliðar og halda áfram að sinna konum heima, þetta virtist alltaf bjargast.

Þessi saga finnst mér svolítið lýsandi fyrir stöðuna í dag og það hvernig hugsunin um fæðingapjónustu er mótuð. En spurningin er hvað viljum við og hvað erum við tilbúnar til þess að gera í stöðunni? Eitt er víst að ekkert kemur af sjálfu sér. Við ljósmæður eigum að mínu mati mörg sóknar-tækifæri en maður verður víst að taka þátt til þess að eiga möguleika á að vinna! Það er enginn annar að fara að tala máli okkar já eða því að treysta lífeðlisfræði barn- eignarferlisins ef við hugsum stærra. Við gætum vikkað út okkar starfssvið, teyggt okkur lengra í ungabarnavernd, tekið meiri þátt í krabbameinsskoðunum, getnaðarvarnarráðleggingum og fleiru. Með því móti væri hægt að auka þörf fyrir ljósmæður í smærri byggðarlögum sem gæti auðveldað það að þetta net ljósmæðra um land allt. Það gæti mögulega opnað möguleikann á því að hafa ljósmóður á bakvakt allan sólarhringinn í um eða innan við 100 km fjarlægð frá öllum konum. Nágrannaljósmæður gætu þá mögulega aðstoðað hver aðra til að minnka vaktabyrði og styðja hverja aðra við að bjóða upp á aukna þjónustu í hinum dreifðari byggðum.

Það er krefjandi að vera einn á litlum stað og við verðum umfram allt að bera virðingu fyrir ákvarðanatöku hvernar og einnar og muna að það er allt annað að vera einn á Vopnafirði að taka ákvörðun, t.d. um að flytja konu í fæðingu, eða vera í vesturbæ Reykjavíkur. Það mat sem hver og ein okkar gerir er ávallt háð stað og stund miðað við hvað virðist réttast hverju sinni.



ÞEKKIR ÞÚ LÍFEYRISRÉTT ÞINN?

Velkomin til okkar að Engjateigi 11, við tökum vel á móti þér.

Hefur þú skoðað vefsíðu LSR?

Þar getur þú sótt upplýsingar með rafrænum hætti.



Lífeyrissjóður
starfsmanna ríkisins

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

www.lsr.is