

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ

101. ÁRGANGUR

REYKJAVÍK, JÚLÍ 2023

I. TÖLUBLAÐ



ISSN nr. 1670-2670



HÚÐUMÖNNUN BYRJAR MEÐ
SÓLARVÖRN

LÉTT TILFINNING ALLA DAGA



Efnisyfirlit

4	Ritstjórnarpistill S. Rut Guðmundsdóttir og Steinunn H. Blöndal	51	Ferðalag til Úganda Dr. Helga Gottfreðsdóttir
6	Ávarp formanns Ljósmeðrafélagsins Unnur Berglind Friðriksdóttir	54	„Hlustum á konurnar.“ Eigindleg rannsókn á ákvarðanatöku ljósmeðra um heima-fæðingar með frábendingum RITRÝND FRÆÐIGREIN Kristín Hálfðánardóttir, Steinunn H. Blöndal og Dr. Berglind Hálfðánsdóttir
8	Freyja Ritstjórn	66	Vinnusmiðja Maya Bolman Hallfríður Kristín Jónsdóttir
10	Um lækningamátt vatnsins Hildur Hákonardóttir	68	Brjóstagjafaráðgjöf á Íslandi Ritstjórn
14	Félagslífið vorið 2023 Unnur Berglind Friðriksdóttir	71	Ingibjörg Eiríksdóttir heiðruð Ritstjórn
16	Er hópmeðgönguvernd góður kostur fyrir konur í áhættumeðgönguvernd? Eigindleg innihaldsgreining á viðhorfum ljósmeðra RITRÝND FRÆÐIGREIN Dr. Valgerður Lísu Sigurðardóttir, Guðrún Elín Davíðsdóttir og Dr. Emma Marie Swift	72	Hvers vegna er stuðningur við brjóstagjöf aðeins fyrir höfuðborgarsvæðið? Þórunn Pálsdóttir og Hildur A. Ármannsdóttir
26	Nærmynd af ljósmóður: Þóra Filippusdóttir Anna Guðný Hallgrímsdóttir	74	Fæðingarsaga: Tilfelli úr dagbók Hafrún Hlín Sigfúsdóttir
31	Litlir fætur marka djúp spor. „Sorgin þarf hvorki ramma né skilgreiningu – hún þarf farveg“ Ritstjórn	77	Ljósa: Ný og fjölbreytt ljósmeðraþjónusta Ritstjórn
36	Saga Mikael's Nóa: Sögd af móður hans, Örnun Ingimundardóttur á ráðstefnu <i>Gleym mér ei</i> Arna Ingimundardóttir	80	Útskrift ljósmeðra frá Háskóla Íslands vorið 2023 Elín Inga Lárusdóttir
39	Íslenskar ljósmeðrarannsóknir Dr. Berglind Hálfðánsdóttir	84	Alltaf ljósmóðir: Hugleiðingar ljósmóður á erfiðum tíma í lífinu Ritstjórn og Steina Þórey Ragnarsdóttir
41	Ljósameðferð í heimahúsi Fanný B. Miiller Jóhannsdóttir, Elín Ögmundsdóttir og Dr. Guðrún Kristjánsdóttir	85	Upphaf Sunna María Schram
47	„Í Afríku eru börn álitin fjársjóður.“ Viðtal við Harriet Nabulo, ljósmóður frá Úganda Guðlaug Erla Vilhjálmsdóttir		

Ritstjórnarpistill

HÖFUNDAR S. RUT GUBMUNDSDÓTTIR OG STEINUNN H. BLÖNDAL



Fyrsta *Ljósmeðrablað* nýrrar ritstjórnar berst ykkur nú í hendur um miðsumar. Í 100 ára sögu þess hefur það ekki gerst áður að tveir ritstjórar stýri blaðinu auk þess sem sá þriðji, Berglind Hálfðánsdóttir, ritstýrir fræðilegu efni. Ritnefndin öll vinnur af ástríðu við útgáfuna og vonum við að efni blaðsins auðgi anda og störf okkar ljósmæðra með fjölbreyttum hætti.

Það hefur alltaf verið mikilvægur hluti af ljós-móðurfræðinni að segja sögur. Við segjum hver annarri fæðingarsögur og aðrar reynslusögur úr starfi, speglum okkur í þeim og sækjum styrk og stuðning hver í aðra. Við óskum þess líka að skjólstæðingar okkar, konur og fjölskyldur þeirra, hafi rými til að segja sínar sögur. Við vitum að það er mikilvægt. Við viljum hlusta, styðja og læra af reynslunni. En höfum við hlustað nægilega vel? Undanfarin misseri hefur ákall, til okkar allra sem störfum í heilbrigðiskerfinu, um virkari hlustun og virðingu orðið háværra. Ljósmæður eru þar ekki undanskildar. Við vitum hversu mikilvægt það er að segja sögur, en við megum ekki gleyma því að það er jafnvel enn mikilvægara að hlusta.

Það er von okkar að *Ljósmeðrablaðið* haldi áfram að vera sá opni vettvangur sem það hefur verið í gegnum tíðina, að þar verði rými fyrir fjölbreytt efni úr ýmsum áttum, það spanni allt frá ritrýndum greinum til hugleiðinga og sagna úr daglegu lífi. Við viljum líka hvetja ljósmæður til að vera óhræddar að skrifa í blaðið – þetta er blaðið okkar allra.

En að efni blaðsins. Að þessu sinni geta lesendur *Ljósmeðrablaðsins* lesið sögur og sögubrot víðsvegar að. *Freyja*, verk Hildar Hákonardóttur myndlistar-konu og rithöfundar, prýðir forsíðu blaðsins. Það er vel við hæfi nú um hásumar að Freyja, gyðja ástar og frjósemi, minni á sig og veiti ljósmæðrum innblástur í margvíslegum störfum þeirra. Hildur ákvað sömu-leiðis að deila með okkur sögu af formóður sinni, Þorbjörgu, sem sótti sér lækningar í ískalt úthaf Íslands í lok 19. aldar og fékk bót meina sinna. Það er áhugavert að velta fyrir sér hvers vegna slík þekking liggur í dvala en nær aftur flugi mörgum áratugum síðar og við nútímafólk leitum aftur í ískaldan sjóinn af fullum krafti.

Í blaðinu birtast tvær ritrýndar fræðigreinar. Sú fyrri fjallar um rannsókn á viðhorfum ljósmæðra til hópmeðgönguverndar fyrir konur í áhættumeð-göngu. Þar kemur fram að ljósmæður sem sinna meðgönguvernd á Landspítala eru áhugasamar um að láta reyna á slíka starfsemi hérlandis. Margt bendir til að slík viðbót gæti verið styrkur fyrir ákveðna hóp kvenna í áhættumeðgöngu og þá sérstaklega konur með neyslusögu að baki, ungar mæður og konur með meðgöngusykursýki. Seinni fræðigreinin fjallar um ákvarðanatöku ljósmæðra hérlandis um að styðja konur sem velja að fæða heima og eru með frábendingar. Greining viðtala leiddi í ljós þann sameiginlega þráð að ljósmæðurnar geta ekki hugsað sér að þessar konur fæði einar án fagaðstoðar og vilja leggja sitt af mörkum til að styðja þær við að taka upplýsta ákvörðun. Það er umhugsunarefni að þær ljósmæður sem sinna þessum konum hafa allar mætt neikvæðri gagnrýni frá öðru heilbrigðisstarfsfólki. Það er einkar mikil-vægt að við *hlustum* þegar við heyrum af konum sem velja sinn eigin fæðingarstað. Rauði þráðurinn í starfi okkar ljósmæðra og sá sem tengir okkur, hvar sem við störfum, er nefnilega sá að standa með konunni og bera virðingu fyrir hennar upplýsta vali.

Af öðru efni má nefna viðtal Önnu Guðnýjar Hallgrímsdóttur við eina af sínum eftirlætis ljós-mæðrum af sængurkvennagangi, Þóru Filippus-dóttur. Margar ljósmæður hafa unnið með Þóru og starfsferill hennar spannar ótrúlegar tæknibreytingar og framfarir síðustu áratuga. Ljósmæður þurfa að hafa hugfast að tynast ekki í tækni og veita konum áfram nánd og nærveru eins og þær eiga skilið. Þóra bendir á að það sé eitt sem ekki breytist „... það er sú næmni og það innsæi sem góð ljósmóðir þarf að búa yfir, tala nú ekki um þolinmæði og þrautseigju.“

Að sama skapi er viðtal Guðlaugar Erlu við ljósmóðurina Harriet Nabulo holl lesning, en Harriet heimsótti Ísland frá Úganda og gefur hún okkur einstaka innsýn í störf ljósmæðra í heimalandi sínu. Harriet kom hér í vettvangsheimsókn í vetur í tengslum við doktorsnám sitt í ljósmóðurfræði þar sem Helga Gottfreðsdóttir er einn af leiðbein-

endum hennar. Helga fór svo sjálf og heimsótti heimaslóðir Harrietar og frásagnir þeirra tveggja kallast á með áhugaverðum hætti. Þá er athyglisvert að lesa 25 ára gamla fæðingarsögu sem Hafrún Hlín ljósmóðurnemi skráir. Konan sem þar greinir frá reynslu sinni átti sögu um keisaraskurð en eftir vel heppnaða vendingu fæddi hún í vatni á Selfossi – en vatnsfæðingar heyrðu þá til tíðindi. Það er umhugsunarvert að í dag gæti þessi kona ekki fætt í heimabyggð.

Fyrir nokkru urðu þær jákvæðu breytingar að konur eiga nú rétt á brjóstaráðgjöf þeim að kostnaðar-lausu í þrjú skipti fyrsta hálf árið eftir fæðingu barns, í stað tveggja skipta fyrstu tvær vikurnar. Hér sitja þó ekki allar konur við sama borð því ekki hafa enn náðst samningar um greiðslu fyrir fjarheilbrigðisþjónustu brjóstagjafaráðgjafa fyrir konur á landsbyggðinni. *Ljósmeðrablaðið* fékk nokkrar af okkar helstu brjóstagjafaráðgjöfum til að segja lesendum frá störfum sínum. Auk þess segir Hallfríður Kristín Jónsdóttir ljósmóðir og formaður Félags brjóstaráðgjafa frá merkilegri vinnusmiðju Mayu Bolman um brjóstagjöf sem haldin var hér á landi fyrr á árinu en þar komust færri að en vildu. Við tókum líka hús á ljósmæðrunum Helgu Reynisdóttur og Hildi Sólveigu Ragnarsdóttur í Ljósu en þær tilheyra stækkandi hópi ljósmæðra sem bjóða upp á fjölbreytta þjónustu til barnshafandi kvenna og fjölskyldna þeirra.

Á þessu ári bauð Landspítalinn í fyrsta sinn upp á ljósamedferð fyrir nýbura í heimahúsi. Þessi nýjung er afar ánægjuleg viðbót fyrir foreldra og ný-bura. Með því að geta veitt meðferð heima er komið í veg fyrir möguleg tengslarof og heimaþjónustu ljósmóður er viðhaldið. Í blaðinu er fræðslugrein um þessa nýjung í þjónustu sem skrifuð er af hjúkrunar-fræðingum Vökudeildar í von um gott samstarf við ljósmæður.

Í ljósmóðurfræðinni þekkjum við það vel að þótt rík samstaða sé um ákveðin mál geta breytingar oft tekið óratíma. Grasrótastarfið sem styrktar-félagið *Gleym mér ei* hefur unnið á síðustu 10 árum í þágu fólks sem verður fyrir missi á meðgöngu, í eða eftir fæðingu, er ómetanlegt. Félagið hefur

ekki bara látið til sín taka með verkefnum eins og kaupum á kælivöggum og minningakössum fyrir foreldra sem missa heldur hefur það einnig skapað og opnað umræðu um þessi viðkvæmu mál og minnt okkur á mikilvægi þess að sorgin fái farveg en að hún sé ekki þöggvað eða falin. Samtökin stóðu fyrir veglegri afmælisráðstefnu á vormánuðum sem við fjöllum ítarlega um í blaðinu. Þá fáum við að heyra sögu Mikaela Nóa, en Arna Ingimundardóttir, móðir hans og ljósmóðir, sagði sögu hans á ráðstefnunni. Arna deilir af auðmykt og hugrekki reynslu sinni af því að missa barn á meðgöngu en saga Mikaela Nóa veitir okkur innsýn í mikilvægi þess að foreldrar fái viðurkenningu á þeirri erfiðu reynslu sem missir á meðgöngu er.

Mikil gróska hefur verið í rannsókn- og vísinda-störfum ljósmæðra undanfarið og fjöldi ljósmæðra-rannsókna birst í erlendum jafnt sem innlendum tímaritum. Berglind Hálfðánsdóttir gerir sem fyrr þessum rannsóknum skil í blaðinu og hvetjum við allar ljósmæður til að kynna sér þessar áhugaverðu rannsóknir faginu okkar til framdráttar.

Við fáum líka ítarlegt yfirlit yfir þær rannsóknir sem útskriftarnemar í ljósmóðurfræði unnu í loka-verkefnum sínum í vor þar sem helstu niðurstöðum þeirra eru gerð góð skil.

Í mars á þessu ári lést Steina Þórey Ragnars-dóttir, ljósmóðir. Í blaðinu birtast hugleiðingar hennar um ríkidæmið sem felst í því góða starfi – að vera ljósmóðir, en það veitti henni styrk fram í andlátíð. Sunna Schram ljósmóðir á síðasta orðið í blaðinu en hún veltir fyrir sér hringrásum lífsins, bæði hinni stóru hringrás; fæðingu – vexti – hnignun – dauða og endurfæðingu; en líka þeim smærri sem einkenna nánast öll okkar lífsins verkefni.

Ritstjórn *Ljósmeðrablaðsins* óskar lesendum blaðsins gleðilegs sumar og vonar að þessi sögubrot sem birtast í blaðinu ylj lesendum, hvort heldur er í sólinni sem skín á tiltekna landshluta okkar góða lands, eða þar sem þungbúinn ský og regndropar halda áfram að streyma til okkar. Gleðilegt áfram-haldandi sumar!

Ávarp formanns Ljósmeðrafélagsins



HÖFUNDUR UNNUR BERGLIND FRÍÐRIKSDÓTTIR

Það voru ánægjuleg tíðindi sem heilbrigðisráðherra lét hafa eftir sér í viðtali á RÚV þann 22. mars 2022: „En svo verðum við auðvitað að treysta á góða kjarasamninga, samhliða aðbúnaðnum til þess að við eigum svo mikið undir því að þessar stéttir, að þeim líði vel svo að þau geti þjónustað okkur sem best.“ Vakti það von um að nú yrði að minnsta kosti stigið fyrsta skrefið í átt að leiðréttingu launa heilbrigðis-starfsmanna. Í stjórnarsáttmála ríkisstjórnarinnar segir: „Mikilvægt er að hið opinbera öðlist betri yfirsýn yfir mönnunarþörf til langs tíma í heilbrigðis- og menntakerfinu til að mæta betur vaxandi þörf til framtíðar, meðal annars með hliðsjón af aðstæðum í hinum dreifðu byggðum.“ Því má segja að við höfum farið bjartsýnar af stað í samningaviðræður með það að leiðarljósi að hefjast handa við að lagfæra kjör okkar og starfsaðstæður um land allt, enda brýnt að horfa til mönnunar og grunnlaunasetningar hjá ljósmæðrum.

Ljósmeðrafélag Íslands skrifaði undir fram- lengdan kjarasamning við fjármála- og efnahags- ráðherra f.h. ríkissjóðs þann 14. apríl síðastliðinn. Við getum ekki sagt að við séum ánægðar með samninginn, en það var mat okkar að við kæmumst ekki lengra að þessu sinni og okkar upplifun sú að ekkert raunverulegt samtal ætti sér stað við samningaborðið. Samningurinn hefur stuttan gildis- tíma, þ.e. 12 mánuði, og með verðbólgu að nálgast tveggja stafa tölu, töldum við réttast að skrifa undir samninginn og bera hann undir ljósmæður til sam- þykkis eða höfnunar. Aðeins 60% ljósmæðra kusu og var samningurinn samþykktur af 73.6% en 26.4% höfnuðu honum.

Samningurinn tryggði ljósmæðrum um 7% launahækkun samstundis, en vegna þess launapak- sis sem ríkið setti í samningaviðræðum varð launa- hækkun lægri eftir því sem grunnlaun viðkomandi urðu hærri. Launalægri stéttir fengu því hlutfallslega hærri hækkun en þær launahærri. Er það í samræmi við þá samfélagssátt sem hefur undanfarin ár lagt áherslu á að hækka þá sem lægri laun hafa. Það má þó að mínu mati ekki verða til þess að þeir sem hærri laun hafa vegna starfa sem krefjast meiri menntunar, og fela í sér mikla sérfræðipekkingu sem og ábyrgð,

sitji alltaf eftir og fái ekki sambærilegar launa- hækkanir. Þarna þarf ákveðið jafnvægi að ríkja á milli því annars minnkar hvatinn til að mennta sig og starfa við ábyrgðarmikil störf eins og ljósmæðra- starfið svo sannarlega er.

Í samningnum fólst einnig loforð um að skoða starfsaðstæður ljósmæðra. Við gerðum þá kröfu að raunverulegt umfang, ábyrgð og álag stéttarinnar yrði athugað og metið. Við verkáætlun LMFÍ bættust því eftirfarandi atriði við grunnsamninginn: „Mat á verkefnum og skyldum ljósmæðra og röðun þeirra til launa í stofnanasamningum,“ en þeirri skoðun á að vera lokið 31. ágúst 2023, og að: „Hvildartímalöggjöf og hvíldartímaákvæði kjarasamninga skulu höfð til hliðsjónar við skipulag vinnu,“ en þeirri skoðun skal vera lokið 31. janúar 2024. Það olli okkur töluverðum vonbrigðum að geta ekki rætt starfsaðstæður ljós- mæðra við samningaborðið, en vonum við að það muni breytast nái þessir þættir í verkáætlun fram að ganga.

Einnig lögðum við ríka áherslu á að vakta- hvatinn gangi ekki upp fyrir okkar stétt. Stór hluti ljósmæðra skiptir sér á milli starfstöðva, sinnir mæðravernd, fæðingum og/eða heimaþjónustu ljós- mæðra. Sýnt hefur verið fram á mun betri árangur og hagkvæmni ef samfelld þjónusta ljósmæðra er veitt. Alþjóðleg samtök ljósmæðra hafa gefið út uppfærðan faglegan ramma fyrir ljósmæðraþjónustu (ICM Professional Framework for Midwifery 2021) sem byggður er á niðurstöðum rannsókna. Þar kemur skýrt fram að ljósmæðrastýrð samfelld um- önnun einnar eða fámenns hóps ljósmæðra, sem styðja fjölskyldur í gegnum meðgöngu, fæðingu og sængurlegu, hefur bestu útkomuna. Til viðbótar sýna niðurstöður að í hátekjulöndum eins og á Íslandi leiði sú nálgun til fækkunar á nýburadauða, fyrir- burafæðingum, andvana fæðingum, mænurótar- deyfingum, spangarklippingum og öðrum inngripum. Sjálfkrafa fæðingum um leggöng fjölgar og ánægja eftir fæðingu mælist meiri án aukinnar hættu á skaða. Því er fjárfesting í ljósmæðrum fjárhagslega hagkvæm fyrir samfélagið í heild. Þetta allt saman þekkja ljósmæður, en okkur hefur ekki tekist að koma þessum rannsóknarniðurstöðum áleiðis til

þeirra sem hafa umboð til að hafa áhrif á skipulag ljósmæðraþjónustunnar.

Það er athyglisvert að skipulagning þjónustu ljósmæðra sé ekki í samræmi við rannsóknarniður- stöður. Ein rannsókn frá Svíþjóð sýndi fram á betri árangur við gangsetningar fyrr á meðgöngu og því var það vinnulag tekið upp. Síðan þá hafa aðrar rannsóknir verið framkvæmdar sem hafa ekki bent til þess að neinn ávinningur sé af því að fjölga gang- setningum, en það virðist ekki duga til að hvika frá stefnunni og fækka gangsetningum. Í framhaldi af því er umhugsunarvert hvort erfiðar fæðingar tengdar gangsetningum komi til með að hafa þau áhrif að fæðingum fari fækkandi til framtíðar, þ.e. að fjölskyldur taki þá ákvörðun að eignast ekki fleiri börn.

En aftur að kjaramálum ljósmæðra sem eru mér ansi hugleikin þessa dagana. Gott starfsumhverfi er okkur mikilvægt og þarf nauðsynlega að bæta þann leiðinda-anda sem fylgt hefur vaktahvatanum. Því verður það áfram okkar krafa að losna við hann án þess að laun skerðist. Við getum ekki séð að vakta- hvatinn hafi á neinn hátt skilað því sem honum var ætlað, þ.e. að auka við stöðugildi ljósmæðra. Mönnunarvanda stéttarinnar þarf að leysa á annan hátt.

Á fundi Heilbrigðisráðuneytisins nú á dögum lystum við yfir áhyggjum okkar af mönnunarálagi ljósmæðra vegna komandi sumars og kom það starfs- fólki ráðuneytisins mjög á óvart, en þau viðbrögð eru

sláandi. Ráðuneytið hafði þá nýlega sent fyrirsögn til allra stofnana varðandi stöðu mönnunar fyrir sumarið og einungis ein stofnun, Heilbrigðisstofnun Vesturlands, hafði lýst yfir áhyggjum af ljósmæðra- skorti. Hvernig stendur á því að aðeins ein stofnun virðist hafa áhyggjur af mönnun ljósmæðra í sumar? Látum við ekki í okkur heyra? Hlusta yfirmenn stofnana ekki á ljósmæður? Á meðan ráðuneytið fær ekki þær upplýsingar að skortur sé á ljósmæðrum þá vantar yfirsýn um raunverulega mönnun ljósmæðra og lítil von til þess að úrbætur verði gerðar í tæka tíð.

Við verðum að koma á stofnanasamningum hið fyrsta, en þeir eru allir komnir til ára sinna, og þurfa þeir að fela í sér kjarabót til ljósmæðra. Ef fyrirséð er að nýir stofnanasamningar feli ekki í sér umbætur fyrir ljósmæður umfram eldri samning er betra að sleppa samningi og leyfa eldri samningi að halda sér. Þar verður áskorun að lækka ekki þá grunnlauna- setningu sem þegar er til staðar á stofnunum, til að koma starfsþróunarkerfi á.

Gera má ráð fyrir því að næsti vetur verði okkur mikilvægur til að landa betri samningum. Við verðum að bæta starfsaðstæður og launakjör, of mikið er í húfi takist það ekki. Ég mun með haustinu reyna að heimsækja sem flestar ljósmæður á sínum vinnu- stöðum og þá er mikilvægt að ég fái að heyra hvað brennur helst á ykkur. Þið verðið að nestu okkur vel í komandi kjarasamningum. Það verður samtal, sam- staða og traust okkar á milli sem skilar árangri.



Freyja

HÖFUNDUR RITSTJÓRN

Hildur Hákonardóttir er fædd árið 1938 í Reykjavík. Hún stundaði nám í Menntaskólanum í Reykjavík frá 1953–55, en fluttist til Bandaríkjanna árið 1956 ásamt manni sínum, þar sem hún bjó næstu sjö ár og var þar húsmóðir og ól upp börnin sín tvö. Eftir heimkomu lagði Hildur stund á myndlistarnám bæði hérlandis og erlendis og var auk þess kennari og skólastjóri við Myndlista- og handíðaskóla Íslands.

Hildur Hákonardóttir hefur á löngum starfsferli sínum tekið á málefnum samtímans og kynjapólitík. Hún hefur nýtt til þess fjölbreytta miðla en aðallega vefnað meðal annars í því augnamiði að efla sögu kvenna. Þá eru starfsaðferðir hennar í gegnum tíðina samofnar þeim málefnum sem efst eru á baugi í okkar samtíma, einkum umhverfis- og jafnréttis-mál. Hildur er einnig mikilvirkur ræktandi og hefur velt fyrir sér margvíslegum kerfum sem er að finna í heiminum, bæði manngerðum og lífrænum.

Í seinni tíð hefur Hildur einbeitt sér að rit-störfum, bæði frumsömdum og þýðingum. Meðal þekktara bóka hennar eru *Ætigarðurinn* (2005), *Blá-landsdrottningin* (2008), þýðing hennar og Elísabetar Gunnarsdóttur á *Walden. Lífið í skóginum* eftir H. D. Thoreau (2017 og *Hvað er svona merkilegt við það að vera biskupsfrú?* (I–II, 2019–2021).

Hildur hlaut Heiðurslaun listamanna í byrjun árs 2023 en slík laun eru veitt fyrir ævistarf.

Verkið á forsiðu sem Hildur veitti *Ljósmeðra-bladini* góðfúslegt leyfi til að birta er síðasta verkið sem Hildur óf áður en hún lenti í slysi sem varð til þess að hún gat ekki lengur ofið í vefstól. Verkið er gert árið 1989 og heitir eftir Freyju, gyðju ástar og frjósemi. Við sjáum hana þar sem hún leikur sér í vatni. Hildur segir að vatnið hafi orðið sér til heilunar eftir slysið, en að verkið tengist einnig leit hennar að guðdóminum og sé myndræn framsetning á gyðjum hins forna norræna siðar. Ekkert sýnir raunar að konan á myndinni sé gyðja utan skarður máninn en



Hildur Hákonardóttir. Mynd eftir Ástu Kristjánsdóttur, 2022.

ef hún er mannleg kona þá eru eiginleikar gyðjunnar henni samofnir.

Í blaðinu birtum við einnig sögubrot eftir Hildi um lækningamátt vatnsins. Sagan kom upp í huga hennar þegar ritnefnd *Ljósmeðrablaðsins* fór þess á leit við hana að vera listakona blaðsins. Við þökkum Hildi Hákonardóttur hjartanlega fyrir þann heiður að vera með okkur á vegferð ljósmeðra.

Heimild

Sigrún Inga Hrólfsdóttir og Guðmundur Oddur Magnússon. (2023). *Rauður þráður, Hildur Hákonardóttir*. Kjarvalsstaðir, Reykjavík.



Brjóst II, 1972. Í eigu Borghildar Óskarsdóttur (birt með leyfi).



HÖFUNDUR HILDUR HÁKONARDÓTTIR

Í æsku heyrði ég að langamma mín, Þorbjörg, hafi verið læknuð af langvinnum sjúkdómi og líklega fæðingarþunglyndi með sjóböðum í Grímsey. Ég efaðist nú ekki um heilunarmátt heita vatnsins en trúði því mátulega að kalt vatn hefði þekkt þá til lækninga en komst að því þegar ég fór að spyrjast fyrir að þótt Grímsey kæmi þar ekki við sögu var lækning hennar með sjóböðum fjarri því að vera uppspuni.

Sagan hefst fyrir einni og hálfri öld. Viðtækar framfarir hafa orðið síðan og nú höfum við aðgang að ljósmæðrum, læknaþjónustu og lyfjum allan sólarhringinn. Fæðingarorlof kvenna og karla hefur verið sett í lög og á markaðinum er að finna margvísleg hjálpartæki til að létta umönnun ungabarna og leikskólapláss eru í boði í flestum sveitarfélögum. En þrátt fyrir miklar framfarir þá hefur líf ungra mæðra ekki endilega einfaldast. Í dag getur reynst erfitt að komast yfir öll þau verkefni sem tengjast barneignum samfara því að afla sér menntunar og mæta harðri samkeppni á vinnumarkaði. Ungar konur verða einnig fyrir áhrifum gegnum samfélagsmiðla þar sem glansmynd hinnar fullkomnu móður sést oft sem gerir óraunhæfar kröfur til þeirra og fjölmiðlar halda fram möguleikum til ferðalaga og lífsfyllingar sem kannski eru truflandi þegar verið er að takast á við siendurtekin verkefni hvunn dagsleikans og lífið verður eins og eilíft hlaup að komast undir sporðinn á regnboganum. En æskilegir lífsstílar hafa líka haldið innreið eins og hlaup og jógatengdar æfingar, meðvitund öndun, hugleiðsla, sálgæsla, efling núvitundar og köld böð, þar með talið sjósund.

Góður vinur minn, sem hefur tekist á við lamandi veikindi og öðlast mikla reynslu í því ferli og býr nú fjarri borgarysnum, lendir oftlega í þeirri stöðu að hlú að konum sem hafa misst fótanna í þeim darraðardansi sem nútíminn stundum neyðir þær til að stíga. Vinur minn segist helst hafa gripið til þess ráðs að tengja þessar ungu konur náttúrunni, bent þeim á að ganga á grasinu berfættar, gefa árs-tíðunum gaum, sýnt þeim stjörnurnar og kennt þeim að hlusta á lækinn og baða sig í honum þar sem enginn sér til nema mófuglinn. Þegar hann er á ferð í bænum sest hann stundum í sófahornið hjá

mér og ræðir þessi mál því hann heldur að ég hafi öðlast einhverja innsýn af áratuga reynslu. Eitthvað spjöllum við en ég hef aldrei sagt honum söguna af sjóböðunum hennar langömmu sem ég ætla að segja ykkur nú.

Hún hét Þorbjörg og þegar hana vantaði tvö ár í fertugt var hún búin að eignast sjö börn og missa tvö þeirra árgömul, fóstura þrjú og standa formlega fyrir búi frá því hún var sextán ára, fyrst heima í Garði þar sem hún verður staðgengill móður sinnar sem var orðin óvinnufær af gigt. Að vera húsmóðir þýðir að þú tekur ákvörðun um gang mála innanhúss og segir fyrir verkum. Ekki er ljóst af hverju Þorbjörgu svona ungri var falið þetta veigamikla hlutverk. Hún átti tvær eldri systur sem höfðu öðlast nokkra menntun af námskeiðum á Akureyri í fatasaumi og matargerð en hún hafði verið sett hjá þegar heimiliskennari var fenginn handa bræðrum hennar og mátti sitja grátandi yfir þrjónunum á meðan þeir lærðu skrift og reikning. Á laun reyndu þeir þó að miðla systur sinni einhverju af því sem þeim var kennt en hún var fróðleiksfús og læs eins og aðrir krakkar en náði ekki að læra að skrifa fyrr en eftir miðjan aldur þegar hún æfði sig með því að senda börnum sínum bréf.

Tuttugu og þriggja ára giftist hún Gísla Ásmundssyni á Þverá en tún þessara tveggja bæja liggja saman og aðeins samnefnd áin aðskilur þá. Þeir standa utarlega í Fnjóskadalnum á móti Skuggabjörgum og þarna liggja þjóðleiðir bæði inn og út dalinn og svo upp á Flateyjarðalsheiði. Mikill samgangur var á milli bæjanna sem sést best af því að þrenn hjónabönd urðu milli systkina-hópanna þar. Ekki er þó haldið að um æskuást hafi verið að ræða milli Þorbjargar og Gísla - en allt fór það vel og þau verða samhent um margt og hún hjúasæl og heimilisbragur glaðlegur eftir því sem þá gerðist. Húsakynninn voru þrifleg bæði þar og í Garði þótt búin væru ekki stór en á Flateyjarðalnum upp af bæjunum er gott beitland og kjarnmikill gróður fyrir skepnur og þangað mátti sækja ber og fjallagrös og ullin af fénu væn. Gísli var áhugasamur um sauðfjárrækt og gegndi hreppstjórastarfi Í Hálsahreppi. En Þorbjörg missti heilsuna eftir mislingafaraldurinn 1882. Hún fór



Þorbjörg Olgeirsdóttir.

of snemma á fætur, ofgerði sér og líklegt er talið að fæðingarþunglyndi eftir síðasta barnið hafi spilað þar inn í þótt sá kvilli hafi ekki verið skilgreindur þá. Í tvö ár var hún meira og minna rúmliggjandi og að lokum er svo komið að henni er vart hugað líf.

Elín hét vinkona Þorbjargar (reyndar skrifað Elíná í Íslendingabók) sem þó var nokkuð eldri vissi af veikindum hennar og hún grípur til sinna ráða og sendir bónda sinn Jónas, traustan hákarlaformann, og Tryggva son þeirra á bátnum inn að lendingunni í Grenivík og Þorbjörgu er komið upp á hest. Hún var studd og teymt undir henni út dalinn fram Höfðasveitina og niður að sjó og hún síðan borin um borð og siglt út fjörðinn að Látrum en þar bjuggu þau hjónin.

Nú verður að segja frá Jóni nokkrum Péturssyni sem hafði verið fyrsti læknir í Norðurlandsfjórungi en hann lést 1801. Eftir hann liggur *Lækningabók fyrir almúga* sem reyndar kom ekki út fyrr en nokkuð endurbætt árið 1834. Móðir Jóns var frá Nesi í Höfðahverfi þar sem Einar hálfbróðir Gísla bjó. Jón þessi var sjálfur þjádur af gigt og skrifaði annað rit um það sem hann kallaði *Stutt ágrip um Iktsyki eða liðaveiki* og þykir sú umfjöllun hafa gildi enn þann dag á dag. Síðara heftið seldist innbundið á skrifpappír á 6 fiska en á 5 fiska ef það var á prentpappír og var sjúkdómsgreiningin nýmæli en af því að konur í ætt minni þjáðust af þessari slæmsku og af því Jón var ættaður af þessum slóðum tel ég fullvissu fyrir því að fólkið þar hafi haft bæði kverin undir höndum.



Þverá í Fnjóskadal (um 1920). Bær Þorbjargar og eignmanns hennar Gísla Ásmundssonar.

Landlæknir hafði augastað á Jóni sem var djákni á Munkaþverá þegar hann var að velja menn – einn úr hverjum landsfjórðungi – til að læra og taka síðan að sér héraðslæknisstörf. Þótt Jón væri tregur meðal annars af eigin heilsufarsástæðum lét hann sig. Fór fyrst suður í fornám og sigldi til Kaupmannahafnar og eftir veruna í háskólanum tók við þjálfun í sjóher Dana eins og títt var um unga nýútskrifaða lækna.

Á þessum árum hafði gripið um sig sú tíska að stunda sjóböð og vinsælir strandbaðstaðir risu víða um Evrópu. Í lækningabókinni vikur Jón stuttlega að ferð sinni um Miðjarðarhafið, en líklega hefur hann komið til Spánar, Alsír og Egyptalands en á þeim árum héldu Danir úti flotadeild á þessum slóðum og þar ræðir hann um áhrif sjóbaða.

Sundlaugaferðir hafa nú verið viðurkenndar sem þjóðaríþrótt og lækningar og gigtarmedferðir hafa allt frá í fornöld tengst heitum böðum:

Þau voru tvenns konar: Heitar laugar og þurraböð. Heitar laugar voru um allt Suður-, Vestur-, og Norðurland og þekktar alveg frá landnámsöld. Helstar voru Snorraaug í Reykholti, Sælingsdalslaug í Dölum, laug Heilags Marteins í Haukadal, Vigðalaug á Laugarvatni og Krosslaug í Lundarreykjadal.

Þurraböðin voru þó kröftugust þar sem heitar gufur streymdu upp úr hraunsprungum. Þekkt eru fjögur þurraböð á Íslandi og eru þau öll mjög gömul. Þekktast var þurrabæðið í Reykjahlíð,



Látraströnd: Strandlengjan austan við utanverðan Eyjafjörð; frá Grenivík í suðri og norður á Gjögurtá.

Það er ennþá til. Næst var það svo þurrabaðið í Þjórsárholti í Gnúpverjahreppi sem einnig er til, en tvö sem eru horfin voru í Stóra-Klofa á Landi og á Sturlureykjum í Borgarfirði. Þessi böð voru talin miklar lækningastöðvar og finnast lýsingar á því í gömlum ferðabókum. Það voru byggðir kofar yfir braunsprungurnar þar sem heitar gufur streymdu upp. Þar inni lágu sjúklingarnir á bekkjum og svitnuðu ógurlega og talið var að það læknaði alla gigt. Síðan átti að pakka sjúklingunum inni sængur eða teppi í klukkutíma.

Til er lýsing af Reykjablíðarbaðinu sem Gísli biskup Oddsson í Skálholti gerði árið 1638, og segir hann að fólk hafi trúað því að allir fengju bata af því að baða sig í þurra-baðinu hvað svo sem gengi að því. Í annarri lýsingu kemur fram að fólk hafi trúað því að baðið væri langheilsusamlegast kringum sólstöður, þá safnaðist saman fjöldi manns í baðinu á hverju ári. Það er vitað að á seinni árum komu gigtveikisjúklingar í þurrabaðið í Reykjablíð til að leita sér lækninga. Samkvæmt lýsingu í ferðabók á 19. öld þá var þurrabaðið á Sturlureykjum nánast eins og heilsubæli, þar voru bekkir eða rúm sem sjúklingarnir gátu legið á, margir í einu.

(Úr grein Jóns Þorsteinssonar gigtarlæknis í Morgunblaðinu 27.5. 1997).

Um köldu böðin gilda aðrar reglur. Þau þykja nokkur nýjung í dag og hvað þá seint á nitjándu öldinni. Jón Pétursson vissi vel að úfin og klettótt strönd þar sem alla aðstöðu vantar og ekkert lát er

á glímunni við kalda úthafsölduna er lítt aðgengileg fyrir sjúklinga sem varla geta staðið á fótunum svo hann leitast við að gefa ráð sem duga og skrifar:

Hollustu kaldra baða, einkum í sjóvatni, verður varla oflofuð og mætti þar um fleira segja, en hér verður viðkomid, og varla mun svo kveifarlegur né viðkvæmur maður til – einungis sé því frá innvortis meinlætum – hverr heldur karl eða kona, að þunguðum fráteknum, að ekki geti vanið sig á þau og haft gott af. Maður skal – hvar engin orðuleg (armennileg) baðhús eru til – vaða allsnakinn, nema í hempu, ef svo vill, utan um sig út í sjóinn, smáausa yfir höfuð sér vatninu, en þegar komið er vel í mitti, flegja sér flötum, busla stundarkorn, ekki lengur en þangað til hett er að súpa hveljur, flyta sér þá á þurrt, þurrka sig í hasti og fara í hrein nærföt, ganga síðan spólkorn á eftir, undir það maður svitni, velja til þessa logn og hlýtt veður á sumardag, og hafa ekki nýbordað. Þar sem þessu verður ekki komið við, sökum sjóarlagsins – og um vetrar-dag, mætti sækja sjóvatn heim og hella því yfir mann nakinn, eða skola sig þar með inni í fjósinu, eða mátulega hlýju húsi, og þetta einu sinni í viku. Mjög heitur eða sveittur má enginn fara í þvílíkt bað.

Um alla hluti fram má sá sjúki kappkosta að borða þá fæðu, af hverri hann finnur sér verða létt um hægðir, svo sem kál og aðrar matjurtir, þunnar silungs- og fiskisúpur, þá nýjar fást kunna, með vallar- eða túnsúrum kryddadar, hér á móti á hann að forðast allan þungan, harðan, úldinn morkinn og þráan, mat. Þegar óhægðir þessar koma af líkamans og inniblanna



Sjósundsastaða í Nauthólsvík.

máttleysi, er yfrið gott að jafnaði að baða sig í köldu vatni allt uppundir bringsmalir, eður jafnvel lengra. Þetta hefur dugað þótt flest önnur meðöl hafi brugðist. Hinn sjúki hafi ætíð gætur á að hræra sig með öllum jafnaði en forðast miklar kyrrsetur bæði sumur og vetur, einkum er þetta sagt hysterisku kvenfólki og hypokondriskum karlmönnum.

Það eru einkum tvennslags sjúkdómar, í hverjum bað af köldu vatni er hardla nauðsynlegt, nefnilega: Í sinasjúkdómum, og þegar útdampanin gengur óreglulega til. Hið kalda bað setur út-dömpunina í sitt rétta náttúrulega stand, gefur sinunum nýja krafta og bætir allt það illt, sem þar aforsakast í mannsins líkama. Eg hefi á mörgum sonnum sjéð ávöxtinn einkum meðan ég var á St. Philippi hospital á Eynni Minorta, hvar böð þessi gjörð voru dögum oftar og hinir sjúku kvólds og morgna bornir í sjóinn svo sem hið nálægasta og besta sem fást kunni þar. Menn holdlausir, örmagna og kraftalausir, komust þá með til heilsu; líka virtist mér sem dæmi enna Rússisku hverra land er yfrið kalt mætti vekja oss af svefni hér um. Þess vil ég einnig geta hér að eins og þau köldu böð eru í áminnstum tilfellum þénaþleg, svo skaðleg eru í sama falli þau heitu, hvar um sjálf náttúra hlutarins getur sannfært oss. Þetta myndi ofhermt þykja öllum, er tíðkað hafa laugarböð reglulega, ekki setið of lengi, en gnúid limi sína vel niðri í þeim, ekki brúkað þau í sólskins hita; haft tjald á laugarbakkanum og dysjað (kúrt) sig þar stundarkorn til að dampa og einkum varast kulda aðslátt á eftir.

Hér er slegið saman aðaltexta og neðanmálstil-vísunum en auðvelt er að kynna sér upprunatextann á netinu.

Með þessi skrif í veganesti tekur Elín á Látrum að sér að koma Þorbjörgu vinkonu sinni til heilsu. Sonur Þorbjargar Ingólfur sem varð þekktur læknir gefur okkur í endurminningum sínum uppskriftina að aðferð hennar sem vissulega ber keim af erlendum heilsustofnunum í dag. En lækning Elínar fólst í:

- Hvíld frá bústörfum
- Strokum
- Sjóböðum
- Sólböðum
- Heilnæmu fæði
- Sérýrtári á kvöldin

Elín kann einnig að hafa komist yfir hómópatalyf en landlæknir var alvarlega farinn að amast við þeim svo það er ólíklegt að Ingólfur hafi talið þau með eða viljað af þeim vita. En hvar þessi ráðagóða kona lærði strokur væri gaman að vita eða hvaðan henni kom sá sálarkraftur og þrek að leggja til atlögu við svo alvarleg veikindi veit ég ekki. Nema sami kyngikraftur og fylgdi Látrabjörgu öld áður hafi enn vakað yfir þessum afskekktu bæ sem nú er kominn í eyði.

En víst er að Þorbjörg kom riðandi landveginn heim sex vikum síðar glaðbeitt og hraust. Þótt hún ætti eftir að takast á við erfið veikindi bónda síns sem þýddi að þau urðu að bregða búi átti hún þó sjálf langt líf fyrir höndum, ferðaðist til útlanda tvisvar og sá bæði Edinborgarkastala og dönsku konungs-höllina áður en hún lést vel við aldur.

Félagslífið vorið 2023

HÓFUNDUR UNNUR BERGLIND FRÍÐRIKSDÓTTIR

Það sem af er árs hefur Ljósmeðrafélag Íslands ein-göngu náð að halda einn Zoom-fund. Fengum við Ástrós Erlu til okkar í febrúar frá Samtökunum 78 sem fjallaði um kynhneigð, kynvitund, kyneinkenni og kyntjáningu, ásamt því að fara yfir helstu grunn-hugtök og orðanotkun í tengslum við hinsegin-leikann. Fróðlegur fyrirlestur sem vonandi kemur til með að nýtast ljósmæðrum í sínum störfum. Við stefnum þó á að halda uppteknum hætti næsta vetur og vera með a.m.k. fjóra fræðslufundi, tvo fyrir ára-mót og tvo eftir.

Félagið hélt einnig nálastungunámskeið fyrir ljósmæður í samstarfi við Guðlaugu Maríu, ásamt því að Kamilla Gerhard Nielsen fæðingarlæknir bauð upp á námskeið tengt framhöfuðstöðum í fæð-ingu. Í október verður Kamilla einnig með vinnu-smiðju um fæðingarhræðslu í Borgartúni 6. Eins vorum við í samstarfi við samtökin Gleym mér ei sem héldu virkilega flotta ráðstefnu í tilefni af tíu ára afmæli sínu þann 19. apríl, ásamt því að styðja við vinnustofu Félags brjóstaráðgjafa með kennurunum Maya Bolman og Lisa Lahey frá Bandaríkjunum. Ljósmeðrafélagið mun svo halda tvö námskeið í ágúst, bæði í Reykjavík og á Akureyri, í samstarfi við GynZone þar sem Sara Kindberg og Misan Stehouwer munu kenna ljósmæðrum allt það nýjasta varðandi áverka á grindarbotni.

Í samstarfi við Vinnumálastofnun stóð Ljós-meðrafélag Íslands fyrir söfnun handa flóttakonum sem koma til landsins (og öðrum konum í neyð) á barnafatnaði og barnabílstólum. Þessi söfnun er unnin samhliða þeim hjúkrunarfræðingum sem koma að þessum málum hjá Vinnumálastofnun og hafa séð um móttöku og dreifingu til kvenna og á fæðingar-staði. Þónokkrar ljósmæður hafa lagt málinu lið með aðstoð sinni við fataflokkun og undirbúning pakka til gjafar í Domus Medica.

Ljósmeðradagurinn verður að þessu sinni haldinn 6. október næstkomandi en það er Námsbraut í ljós-móðurfræði, Þróunarmiðstöð mæðraverndar, Heilsu-gæsla höfuðborgarsvæðisins og Landspítalinn, ásamt Ljósmeðrafélaginu, sem standa að baki þeim degi.

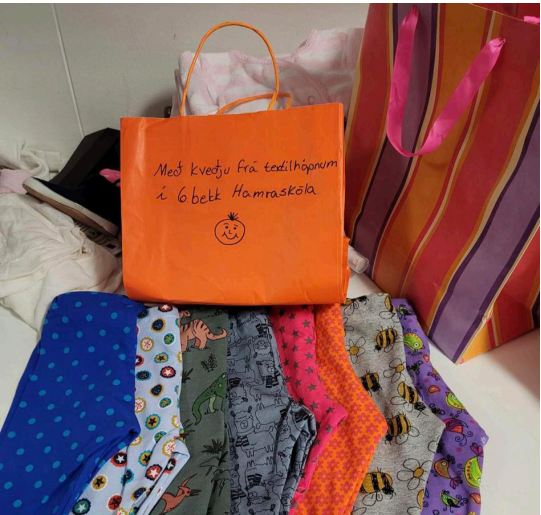
Nú í maí var á fjölmennum fundi ljósmæðra sem sinna heimaþjónustu ákveðið að stofna Félag

heimaþjónustuljósmæðra. Í stjórn voru kosnar Hildur Holgeirsdóttir formaður, Kristbjörg Magnús-dóttir ritari, Sigurveig Ósk Pálsdóttir gjaldkeri, og Þórdís Björg Kristjánsdóttir, Gróa Sturludóttir, Guðrún Elva Guðmundsdóttir, Guðrún Hulda Gunnarsdóttir og Katrín Sif Sigurgeirsdóttir með-stjórnendur.

Aðdragandi þess að félagið var stofnað var sú krafa frá yfirvöldum að ljósmæður myndu þróa áfram þessa gífurlega mikilvægu þjónustu. Í apríl á þessu ári voru 30 ár liðin frá því að fyrsta konan var útskrifuð heim af Landspítalanum í heimaþjónustu til ljós-móður. Síðan þá hefur þjónustan vaxið og dafnað og nú liggur á að mynda betri umgjörð utan um starf-semina. Í dag þiggja hátt í 90% kvenna heimaþjónustu af ljósmæðrum. Hildur Sigurðardóttir ljósmóðir og lektor við Háskóla Ísland hefur fylgt þessari þjónustu eftir og hafa hennar rannsóknir sýnt fram á mikil-vægi þjónustunnar og hversu gott fyrirkomulag er á þjónustu við sængurkonur hér á landi. Það er gríðar-lega mikilvægt að þessi þjónusta ljósmæðra verði áfram í sama horfi og nú er. Hins nýja félags biða þó ærin verkefni og ber þar fyrst að nefna að koma skráningu á rafrænt form eins og tíðkast hjá annari heilbrigðisþjónustu. Við óskum hinu nýja félagi vel-farnaðar og þeim ljósmæðrum sem starfa við heima-þjónustu til hamingju með þetta framfaraskref.

Erlent samstarf

NJF fundur var haldinn í Stokkhólmi í mars síðast-liðnum en fundurinn er mikilvægur vettvangur fyrir ljósmæður á Norðurlöndum til að hittast reglulega og bera saman áherslur og áskoranir hvers lands fyrir sig. Töluverð umræða var um mönnun ljósmæðra. Í Danmörku er ekki skortur á ljósmæðrum, en þó vantar sárlega ljósmæður til starfa þar sem einungis um helmingur ljósmæðra starfa við sitt fag. Ljós-mæður þar í landi starfa einungis í um þrjú til fjögur ár við fagið en sökum erfiðra starfsaðstæðna og mikils mönnunarvanda hætta þær og leita á önnur mið. Í Finnlandi er eingöngu mögulegt að vera í fullu starfi, nema um skerta vinnugetu sé að ræða, staðfest með læknisvottorði. Fyrir þeim er þetta mikil áskorun og veldur því að ljósmæður hætta störfum



Hluti af því sem hefur safnast. Ungir sem aldnir hafa tekið þátt.



Nýstofnuð stjórn félags heimaþjónustuljósmæðra.



Kátar ljósmæður á 100 ára afmælishátíð Ljósmeðrablaðsins.

og/eða koma ekki aftur til starfa þegar þær sjálfar eignast börn. NJF stefnir á að halda aukafund í haust þar sem áherslan verður á mönnun og menntun ljósmæðra.



Formaður og varaformaður Ljósmeðrafélagsins skrifa undir kjarasamninga.



Gjafir frá pólsku ljósmæðrunum.



Næsti fundur EMA verður haldinn í Tyrklandi í september en næsti ICM fundur á Balí í júní, og verða báðir staðbundnir. Fréttir af þeim verða því í haustblaði *Ljósmeðrablaðsins*, sem og af ICM ráð-stefnunni sem verður í júní, einnig á Balí.

Er hópmeðgönguvernd góður kostur fyrir konur í áhættumeðgönguvernd? Eigindleg innihaldsgreining á viðhorfum ljósmæðra

Is Group Antenatal Care a Good Option for Women in High-Risk Pregnancy? Content Analysis on Midwives' Views

TENGILIÐUR valgerds@hi.is

Höfundar



Dr. Valgerður Lísa Sigurðar-dóttir, lektor, sérfræðiljósmóðir, BS, MS, PhD^{1,2}



Guðrún Elín Davíðsdóttir, ljós-móðir í fæðingarorlofi, BS, MS



Dr. Emma Marie Swift, lektor, ljósmóðir, BS, MS, PhD^{1,3}

Ágrip

Bakgrunnur

Talið er að meðganga um 12% allra barnshafandi kvenna geti flokkast sem áhættumeðganga. Konur í áhættumeðgöngu eru líklegri en aðrar barnshafandi konur til að finna fyrir andlegri vanlíðan sem getur haft miklar afleiðingar fyrir móður og barn, ekki eingöngu á meðgöngu heldur einnig eftir að barnið er komið í heiminn. Rannsóknir hafa sýnt að hópmeðgönguvernd getur svarað þörfum kvenna fyrir aukna fræðslu og stuðning á meðgöngu. Markmið þessarar rannsóknar var að lýsa viðhorfum ljósmæðra sem sinna meðgönguvernd kvenna með áhættuþætti á Landspítala til hópmeðgönguverndar.

Aðferð

Rannsóknin er unnin eftir eigindlegri aðferðafræði. Tekin voru tvö rýnihópaviðtöl við sjö ljósmæður starfandi í áhættumeðgönguvernd Landspítala. Viðtölin voru hljóðrituð og greind með innihaldsgreiningu.

Niðurstöður

Fimm þemu komu í ljós: 1) Að verða foreldri – áhersla á hið eðlilega í áhættumeðgönguvernd, 2) Tækifæri til að auka sérhæfða fræðslu varðandi áhættuþætti, 3) Jafningjastuðningur verðandi foreldra, 4) Aukin tækifæri fyrir samvinnu ljósmæðra við hver aðra og aðrar fagstéttir og 5) Áskoranir – lausnamiðuð hugsun.

Ályktun

Ljósmæður sem vinna í áhættumeðgönguvernd á Landspítala voru heilt yfir jákvæðar í garð hópmeðgönguverndar og fannst líklegt að fyrirkomulagið gæti verið farvegur fyrir aukinn stuðning við verðandi foreldra en á sama tíma gefið tækifæri til sérhæfðrar fræðslu. Niðurstöðurnar gefa til kynna að ljósmæðurnar séu jákvæðar fyrir því að innleiða hópmeðgönguvernd á Landspítala.

Lykilorð

áhættumeðganga
hópmeðgönguvernd
ljósmóðir
rýnihópur

Inngangur

Á meðgöngu geta skapast aðstæður hjá móður og/eða barni sem geta haft veruleg áhrif á heilsu eða líf annars þeirra eða beggja. Talið er að meðganga um 12% allra barnshafandi kvenna geti flokkast sem áhættumeðganga (1). Áhættuþættir geta verið af sálrænum eða líkamlegum toga, og verið undirliggjandi, komið upp á meðgöngunni sjálfri eða jafnvel tengst fyrri meðgöngu og/eða fæðingu. Barnshafandi konur sem reynast vera með áhættuþætti á meðgöngu fá því stærra verkefni í hendurnar en konur sem eru í eðlilegri meðgöngu og eiga von á hraustu barni, því þær eru bæði að undirbúa sig fyrir fæðingu og foreldrahlutverk en einnig að takast á við þá áhættu og afleiðingar sem meðgangan gæti haft í för með sér fyrir móður og barn (2). Algengi andlegrar vanlíðunar, svo sem kvíða og þunglyndis, er há meðal kvenna í áhættumeðgöngu (3). Konur með áhættuþætti á meðgöngu eru yfirleitt í þéttara eftirliti á meðgöngu og gera má ráð fyrir að þarfir þeirra fyrir fræðslu og stuðning séu meiri en undir eðlilegum kringumstæðum (4, 5). Þrátt fyrir þéttara eftirlit hefur þó verið bent á að meðgönguverndin hefur oft sterka skirskotun til þeirrar áhættu sem verið er að fylgjast með og undirbúningur fyrir fæðingu og foreldrahlutverk hefur minna vægi (1). Í rannsóknnum á upplifun þessa hóps á meðgönguvernd hefur komið fram að skynjun á áhættu er ekki sú sama hjá konum og fagfólki. Fagaðilar virðast hafa tilhneigingu til að skynja áhættuna meiri en konurnar og þannig er líklegt að áherslan í meðgönguverndinni verði á áhættuna frekar en hefðbundna fræðslu og undirbúning (6, 7).

Eitt af því sem hefur reynst vel til að bæta við fræðslu og stuðning á meðgöngu er að gefa konum færi á því að hittast í hópum á meðgöngunni. Hópmeðgönguvernd er í grunninn byggð upp eins og hefðbundin meðgönguvernd sem felur í sér að greina áhættuþætti hjá verðandi móður eða ófæddu barni, fræða og veita stuðning (8) en það sem hópmeðgönguvernd er talin hafa umfram hefðbundna meðgönguvernd er að með þeirri aðferð má auka verulega við fræðsluþátt meðgönguverndar, konur eru gefin aukin tækifæri til að bera ábyrgð á eigin heilsu ásamt því að konurnar fá stuðning hver af annarri (2). Slíka hópmeðgönguvernd má útfæra með ýmsum hætti og var sem dæmi boðið upp á hópmeðgönguvernd árið 2018 hér á landi á þremur heilsugæslustöðvum (9). Þá hittist hópur af fjórum til sex barnshafandi konum og mökum þeirra, fjórum sinnum yfir meðgönguna í 90 til 120 mínútur í senn undir leiðsögn ljósmóður. Þær rannsóknir sem hafa verið birtar um fyrirkomulagið hér á landi gáfu til kynna mikla ánægju foreldra með fyrirkomulagið, minni fæðingarótta og aukið sjálfsöryggi varðandi undirbúning fyrir foreldrahlutverkið (10).

Hópmeðgönguvernd í áhættumeðgöngu hefur ekki verið rannsökuð mikið. Þær rannsóknir sem hafa verið gerðar á þessu fyrirkomulagi meðgönguverndar benda þó til að jákvæð útkoma móður og barns velti á ástæðu þess að móðirin er í áhættumeðgöngu (11). Svo virðist sem ákveðnir hópar innan áhættumeðgönguverndar séu líklegri til að mæta betur í sína meðgönguvernd, taki þær þátt í hópmeðgönguvernd. Dæmi um

það eru konur með óþjóðafíkn, mæður á táningsaldri, konur með meðgöngusyksýki og konur í lágtekjuhópi (11). Í tveimur rannsóknnum hefur komið fram að konur með meðgöngusyksýki sem sótt hafa hópmeðgönguvernd þurfi síður á lyfjagjöf að halda á meðgöngunni borið saman við konur í hefðbundinni meðgönguvernd (12). Þar að auki séu þær konur sem þurfa á insúlínmeðferð að halda á meðgöngunni líklegri til að þurfa allt að helmingi minni skammt af insúlíni hafi þær sótt hópmeðgönguvernd miðað við þær sem voru í almennri meðgönguvernd (12). Konur með óþjóðafíkn hafa lítillaga verið skoðaðar og í einni rannsókn kom fram að þær sem tóku þátt í hópmeðgönguvernd voru líklegri til að mæta oftari og betur en sami hópur kvenna í hefðbundinni meðgönguvernd. Þær séu einnig ólíklegri til að þurfa á bráðþjónustu að halda á meðgöngunni vegna fíknarinnar (13).

Mæður á táningsaldri virðast vera sá hópur sem hlýtur hvað mestan ávinning af þátttöku í hópmeðgönguvernd. Þær mættu betur í hópmeðgönguvernd en hefðbundna meðgönguvernd, andleg heilsa þeirra fór batnandi og þunglyndisgreiningum innan hópsins fækkaði meðan á meðgönguverndinni stóð (14). Svipaðar niðurstöður má finna í rannsóknnum meðal kvenna í lágtekjuhópum. Verðandi mæður á táningsaldri eða í lágtekjuhópum voru einnig líklegri til að gefa barni sínu brjóst við útskrift úr sængurlegu, lýstu yfir aukinni ánægju með þjónustuna og sýndu meiri þekkingu á barneignarferlinu en konur í hefðbundinni meðgönguvernd (15-17). Konur í lágtekjuhópum sem tóku þátt í hópmeðgönguvernd eru einnig líklegri til að finna fyrir minni streitu og auknu sjálfsáliti vegna þess að þær sáu að þær voru ekki einar í flókinni félagslegri stöðu (14). Þær fengu tækifæri til að læra hver af annarri og fannst þær vera betur undirbúnar fyrir fæðingu, umönnun nýbura og brjóstagjöf (18).

Í rannsóknnum sem gerðar hafa verið erlendis á hópmeðgönguvernd kemur fram að viðhorf ljósmæðra til hópmeðgönguverndar er oft frekar gagnrýnið í byrjun en eftir að hafa prófað fyrirkomulagið breytist viðhorf þeirra og verður jákvætt (19). Jákvæð viðhorf virðast sér í lagi byggjast á því að ljósmæðurnar upplifa góð tengsl milli barnshafandi kvenna í hópnum. Það kom ljósmæðrunum þó einnig á óvart að tengsl barnshafandi kvenna og ljósmæðra urðu nánari. Þessar niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður íslenskra rannsókna þar sem konur nefndu einmitt að þeim fannst þær hafa kynnst ljósmæðrunum betur í hópmeðgönguverndinni en í hefðbundinni meðgönguvernd (9, 10). Efasemdir ljósmæðra í erlendum rannsóknum varðandi framkvæmd hópmeðgönguverndar hafa að miklu leyti snúist um praktísk atriði svo sem húsnæði og hvernig skuli mynda hópa miðað við fjölda þeirra kvenna sem eru í meðgönguvernd á hverjum tíma (19).

Rannsóknin byggir á hugmyndafræði ljósmæðra þar sem lögð er áhersla á mikilvægi þess að ljósmæður styðji við eðlilegt barneignarferli og efla bjargráð kvenna til bættrar heilsu (20, 21). Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna hvort grundvöllur sé fyrir því að bjóða konum sem eru í áhættumeðgönguvernd

á Landspítala, hópmeðgönguvernd. Ein stærsta áskorunin við að innleiða nýjungar í heilbrigðisþjónustu eru viðhorf þeirra sem munu veita þjónustuna til þeirrar nýjungar sem um ræðir. Markmið þessarar rannsóknar var því að skoða viðhorf ljósmæðra sem starfa í áhættumeðgönguvernd á Landspítala til hópmeðgönguverndar.

Aðferð

Rannsóknin var eigindleg og var gögnum safnað með rýnihópa-viðtölum í þeim tilgangi að varpa ljósi á viðhorf ljósmæðra til að veita meðgönguvernd í hópum kvenna í áhættumeðgönguvernd. Rýnihópar eru taldir vera gagnleg aðferð þegar verið er að rýna í eða þróa þjónustu innan heilbrigðiskerfis. Þannig fá þátttakendur tækifæri til að koma sínum sjónarmiðum á framfæri án þess að verið sé að ná fram sameiginlegu álitni hópsins. Með rýnihópaviðtölum fást upplýsingar í gegnum samskipti innan hópsins og þau hafa það fram yfir einstaklingsviðtöl að samræður innan hópsins geta opnað á nýjar hugmyndir hjá þátttakendum sem jafnvel hefðu ekki komið upp án hópsins (22, 23). Þar sem markmið rannsóknarinnar var að skoða viðhorf starfandi ljósmæðra til nýrrar aðferðar við meðgönguvernd voru rýnihópaviðtöl talin heppileg aðferð til að fá fram margvísleg viðhorf þeirra, ásamt því að skoða mögulega hvetjandi og hindrandi þætti fyrir innleiðingu.

Þátttakendur

Notast var við tilgangsrúttak, þ.e. aðeins ljósmæðrum sem sinna áhættumeðgönguvernd á Landspítala var boðin þátttaka. Þessi hópur ljósmæðra hefur þekkingu og reynslu af meðgönguvernd í áhættumeðgönguvernd á Landspítala og því góðar forsendur til að meta hvort fyrirkomulagið geti hentað á deildinni. Alls 11 ljósmæður sinntu meðgönguvernd á deildinni á þeim tíma sem rannsóknin var gerð og sjö ljósmæður gátu tekið þátt í rannsókninni. Aðrar ljósmæður sýndu rannsókninni áhuga en höfðu ekki tök á að taka þátt vegna anna. Þátttakendur voru allir kvenkyns, á aldrinum 40 til 67 ára og með sex til 33 ára starfsaldur. Þátttakendur fengu hver sitt númer (eitt til sjö) til að viðhalda nafnleynd. Þær fengu allar sendan tölvupóst sem innihélt kynningarbréf á rannsókninni ásamt samþykkisblaði áður en viðtölin áttu sér stað. Siðanefnd stjórnsýslurannsóknna á Landspítala veitti leyfi fyrir rannsókninni (nr. 9/2021).

Gagnasöfnun

Tekin voru tvö rýnihópaviðtöl af tveimur rannsakendum þar sem annar var stjórnandi (GED) og hinn athugandi (VLS). Stjórnandi var hjúkrunarfræðingur í ljósmóðurnámi og sá um að skipuleggja og leiða umræðurnar, ásamt því að gæta þess að þær væru innan marka viðfangsefnis. Í hlutverki athuganda var ljósmóðir og rannsakandi með langa starfsreynslu og fylgdist hún með samskiptum innan hóps, ásamt því að taka þátt í að dýpka umræðuna þar sem við átti (23). Hvorki stjórnandi né athugandi höfðu komið að hópmeðgönguvernd áður en þekktu

vel til ljósmæðranna sem tóku þátt í viðtölunum. Báðir aðilar reyndu eftir fremsta megni að gæta þess að eigin viðhorf hefðu sem minnst áhrif á umræðuna.

Fjórar ljósmæður mættu í fyrra viðtalið og fjórar í það seinna. Ein ljósmóðir mætti í bæði rýnihópaviðtölin. Eftir greiningu á seinna viðtalinu virtist ekki koma mikið nýtt fram og þótti rannsakendum því vera komin nægjanleg metnun í gögnin. Áður en rýnihópaviðtölin fóru fram var þátttakendum sendur tölvupóstur sem innihélt nokkur myndbönd sem skýrðu í stuttu máli hvers eðlis hópmeðgönguvernd væri og hvað felst í þeirri nálgun meðgönguverndar. Fyrra viðtalið fór fram á Landspítala í júní 2021 og það seinna í nóvember 2021 á samskiptaforritinu *Teams* þar sem í gildi voru samkomutakmarkanir á spítalanum vegna covid-19 heimsfaraldurs. Viðtalsramminn samanstóð af opnum spurningum, byggðum á fyrri rannsóknum um hópmeðgönguvernd í áhættumeðgöngu (8, 9, 15, 19). Spurt var um viðhorf ljósmæðra til hópmeðgönguverndar hjá konum í áhættumeðgöngu, hvaða undirbúning þyrfti til að veita hana og hvetjandi og letjandi þætti í þessu umhverfi.

Gagnagreining

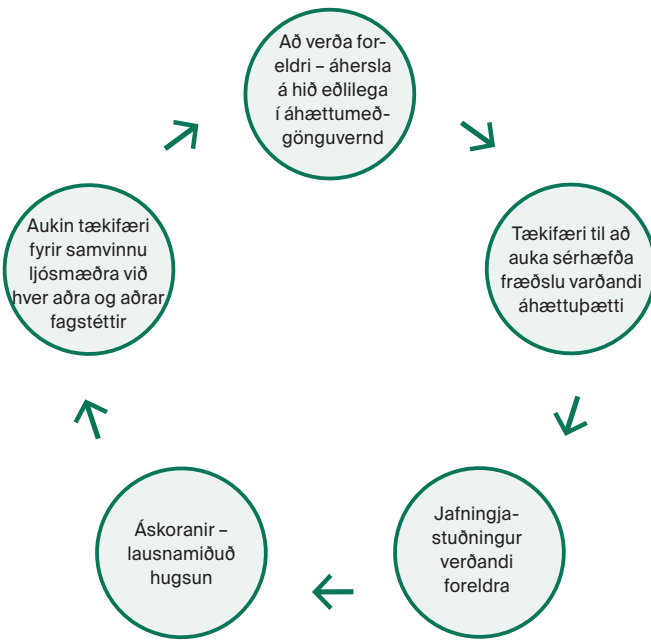
Viðtölin voru hljóðrituð, rituð upp í tölvu og þess gætt að gögnin væru ópersónugreinanleg. Gögnin voru greind með innihaldsgreiningu þar sem textinn var endurtekið lesinn ítarlega og hann kóðaður eftir mismunandi þemum sem komu í ljós með hliðsjón af rannsóknarspurningum. Sú aðferð er talin vera heppileg við túlkun gagna úr viðtölum til að greina og varpa ljósi á viðhorf þátttakenda til tiltekins málefnis (24). Við greiningu var hugað að því að allir viðmælendur hefðu rödd. Við innihaldsgreiningu er leitast við að setja fram lýsingu á gögnum með skipulögðum hætti án verulegrar túlkunar rannsakenda (25). Í þessari rannsókn voru þemu sem áttu mikið sameiginlegt flokkuð saman og fundið var lýsandi hugtak eða setning sem varð að meginþema.

Niðurstöður

Sjö af 11 ljósmæðrum sem starfa við meðgönguvernd á deildinni tóku þátt í rýnihópunum. Ekki reyndist vera munur á svörum og viðhorfum þátttakenda eftir aldri eða starfsaldri og sömu upplýsingar komu fram í seinna viðtalinu og því fyrra sem gefur vísbendingar um að ákveðinni metnun upplýsinga hafi verið náð.

Niðurstöður okkar skiptast í fimm meginþemu (mynd 1). Þemun draga fram þá þætti sem einkenndu viðhorf og vangaveltur ljósmæðranna varðandi hópmeðgönguvernd fyrir skjólstæðinga þeirra í áhættumæðravernd. Þeim var ofarlega í huga að hópmeðgönguvernd væri áhugaverð leið til að veita konum í áhættumeðgönguvernd stuðning og sporna við þeirri félagslegu einangrun sem oft einkennir þann hóp. Þær voru sammála um að skjólstæðingar þeirra í meðgönguvernd væru oft viðkvæmir hópar sem þurfa sérstakt utanumhald og sérhæfða fræðslu. Hópmeðgönguverndin væri hugsanlegt svar við þeirri þörf. Það kom þó einnig skýrt fram í viðtölunum að

nýtt fyrirkomulag sem þetta krefðist lausnamiðaðrar nálgunar varðandi praktísk atriði en þó stóð upp úr að ljósmæðurnar voru bæði jákvæðar og lausnamiðaðar í allri umræðu og töldu jafnvel að hópmeðgönguverndin gæti verið valdeflandi fyrir ljósmæður eins og fyrir skjólstæðingahópinn.



Mynd 1. Viðhorf ljósmæðra til hópmeðgönguverndar fyrir konur í áhættumeðgöngu á Landspítala.

Að verða foreldri – áhersla á hið eðlilega í áhættumeðgönguvernd

Barnshafandi konur sem eru í áhættumeðgönguvernd þurfa oft mikið og flókið utanumhald. Það er því eðlilegt að áherslur séu miklar á áhættuþáttinn og stundum eru aðstæður þannig að litill tími gefst til að undirbúa konurnar fyrir fæðingu eða foreldrahlutverkið. Ljósmæðurnar töldu að með hópmeðgönguvernd gætu skapast möguleikar til að taka áhættuna aðeins til hliðar og fá meira rými fyrir „eðlilegu“ fræðsluna um það sem fram undan er. Ljósmóðir sjö lýsti þessu á eftirfarandi hátt:

Ég held einmitt að svona hópur ... sem kannski styrkir ákveðna svona þætti, þú veist þetta ... þetta bara að fá að vera foreldri og allt sem þarf að undirbúa fyrir það. Það gleymist mjög oft þessi venjulega fræðsla. Þær þurfa valdeflingu í því hlutverki eins og aðrir.

Það sama má segja um fræðslu varðandi eðlilega meðgöngukvilla og undirbúning fyrir fæðingu. Fræðsla og stuðningur í hópmeðgönguvernd með áherslu á þennan þátt gæti verið svar við þeim tímaskorti sem ljósmæður lýsa varðandi fræðslu í meðgönguvernd.

Þær myndu örugglega fá meiri fræðslu frá okkur, það fer rosalegur tími í veikindin eða þú veist og passa það sé allt, þetta líkamlega og einhvern veginn minni, eða allavegana hjá mér að passa að fræða um þetta og þetta og þetta... Þær fengju þá kannski bara betri fræðslu, um þá fæðinguna líka og bara svona meðgöngukvilla og þú veist hvernig er hægt að ýmis bjargráð við þeim og undirbúningur fyrir móðurhlutverkið kannski. Mér finnst ég ekki hafa mikinn tíma fyrir það, svona í almennt spjall. (Ljósmóðir fjögur).

Tækifæri til að auka sérhæfða fræðslu varðandi áhættuþætti

Hópmeðgönguvernd gæti þó líka veitt ljósmæðrum tækifæri til að veita sérhæfða fræðslu tengda ákveðnum áhættuþáttum. Ljósmæðurnar nefndu konur með sykursýki í þessu samhengi.

Einmitt eins og með sykursýkina, að mér finnst það svo klassískt að þær finna sér allt í einu ekkert sem þær geta borðað í morgunmat til að halda blóðsykrinum í lagi og svo finnur einhver ein eitthvað sem er vöðvað og allar tölur í lagi og þá er ég alveg óspart að miðla því til hinna kvennanna, prófaðu nú þetta nýja músli sem fest þarna, það er algjörlega kolvetnasnautt eða eitthvað, þið vitið. Þetta væri sniðugt að skiptast á hugmyndum og svona. (Ljósmóðir þrjú).

Ljósmæðrunum fannst einnig líklegt að hópar innan áhættumeðgönguverndar gætu haft gagn af því að fá sérhæfða fræðslu um fæðinguna í stað þess að sækja sér almenn námskeið um fæðinguna. Konur í áhættumeðgöngu þurfa oft á fyrirframákveðnum inngripum að halda í/eða eftir fæðingu og hópmeðgönguvernd gæti verið árangursrík leið til að mæta fræðsluþörfum þeirra varðandi fæðingarfræðslu og sérhæft eftirlit eftir fæðingu.

Jafningjastuðningur verðandi foreldra

Ljósmæðurnar töldu að konur í áhættumeðgönguvernd gætu haft mjög gott af því að hitta aðrar konur í sömu sporum og fá stuðning frá jafningjum sínum. Ljósmóðir þrjú lýsti þessu svona:

Þær eru oft... farnar að einangra sig mikið félagslega og þurfa mikinn stuðning og mér finnst þær stundum, vera alveg halda ríghalda í mann og maður finnur að þær hringja og hringja og ég hef einmitt oft hugsað hvað svona hópmeðgönguvernd gæti gefið, eða þú veist örugglega gott að kynnst og bera saman bækur sínar og finna einhvern sem liður eins ... kannski bara eignast vinkonu og félagslegur stuðningur. Tjá sig við einhvern sem maður samsamar sig við.

Ljósmæðurnar virtust skynja þörf kvenna fyrir að leita í jafningjastuðning annarra kvenna þar sem þær geta spurt ráða. Ein ljósmóðirin nefndi að hún ætti erfitt með að trúá því að stórir bumbuhópar, samanber þá sem myndast á *Facebook*, mæti

þörfum þeirra um þann gagnkvæma stuðning og skilning sem þær þurfa á að halda. Ljósmeðurnar töldu líklegra að konur með svo sérhæfð vandamál myndu finna sig betur í litlum hópum. Þar séu meiri líkur á að þær spjalli saman og myndi tengsl sín á milli sem gæti jafnvel orðið til þess að þær styðji hvor við aðra eftir fæðingu. Samtöl og frásagnir innan hópsins gætu þannig styrkt konurnar, sérstaklega ef þær finna að hinar konurnar skilja hvað þær eru að ganga í gegnum. Þær myndu þá líka fá stuðning í því að finna að þær séu ekki einar á sinni vegferð og upplifi sig frekar sem hluta af hóp og þurfi síður „að finna upp hjólið“ eins og ljósmóðir eitt orðaði það. Ljósmóðir sex lýsti þessu á eftir-farandi hátt:

... það á sér ekki bara stað fræðsla frá ljósmæðrum til mæðranna heldur líka jafningjafræðsla þannig í svona hóp að þá gætu konur verið að skiptast á reynslusögum um eitthvað sem gengur vel og annað ekki og sem sagt já, miðla til hvor annarrar ... ég held að það styrki konur. Þá finnst þeim þær ekki vera eins einar með sín vandamál.

Allar ljósmæðurnar voru sammála um að þær sæju strax mikinn ávinning af því að prófa að sinna konum í hóp innan áhættumeðgönguverndar og þá mest að konur myndu síður upplifa sig einar með sín vandamál. Ljósmeðurnar töldu það vera styrkjandi fyrir konu að hitta konur í svipaðri stöðu og þær sjálfar og að það veki oft mikla samkennd og aukinn stuðning.

Að segja við konur sem hafa misst að þær eigi bara að hringja ef þær hafa áhyggjur og þær svona hálf-skammast sín að vera með þetta óþarfa vesen. Ég er farin að segja stundum að það koma konur hérna á hverjum einasta degi með áhyggjur af minnkudum breyfingum. Það léttir svo mikið. Þær eru svo gláðar að heyra að það séu fleiri, ... þær geta samsamað sig og finnst þær ekki vera einar í heiminum með þetta ákveðna vandamál. (Ljósmóðir þrjú).

Aukin tækifæri fyrir samvinnu ljósmæðra við hver aðra og aðrar fagstéttir
Í viðtölunum var mjög áberandi hvað ljósmæðurnar voru sam-mála um að hópmeðgönguvernd gæti ekki síður nýst þeim sjálfum vel. Umræðurnar fólu meðal annars í sér mögulega betri nýtingu á tíma þeirra, að þær hefðu stuðning hver af annarri og sú styrking sem fylgdi því að þurfa að læra að leiða hóp kvenna. Þær heilluðust einnig af þeirri hugmynd að vinna meira náid með annarri ljósmóður og trúðu að það gæti styrkt þær í ljós-móðurstarfinu.

Ég held samt líka að það gæti verið ótrúlega stuðningur fyrir okkur ljósmæðurnar að hafa svolitíð backup frá hvor annarri ... [við] gætum lært svo mikið af hver annarri af því við erum að hlusta á hvor aðra og þannig af því við erum oft svo mikið einar....ég held

líka að þetta verði nýjung fyrir okkur, geti orðið svolitíð skemmtilegt. Ekki það að mér finnst alltaf gaman í vinnunni, alltaf gaman í mæðravernd. En þetta er svolitíll styrkur af því sumir mæðraverndardagar eru mjög þungir að þá hefur maður stuðning eftir daga sem maður er búinn að ræða einhverja umræðu sem þú veist. (Ljósmóðir fimm).

Allar ljósmæðurnar voru sammála um að stór þáttur í meðgönguvernd væri fræðsla til verðandi foreldra og stuðningur. Þó kom upp umræða innan hópsins um að mögulega væri með þessu fyrirkomulagi verið að stíga inn á viðfangsefni fæðingar-undirbúningsnámskeiða sem ljósmæður halda bæði innan heilsugæslunnar og sjálfstætt starfandi fyrirtækja. Mismunandi sjónarmið komu hér fram í umræðunni. Sumar ljósmæðurnar töldu fræðslu um fæðinguna falla undir sitt starf í meðgöngu-vernd, á meðan aðrar töldu þetta eiga heima á sérstökum námskeiðum þar sem það er nú þegar tímafrekt að sinna því sem snýr að heilsufarsvanda kvenna á meðgöngu. Þeim fannst þó öllum mikill kostur að geta frætt margar konur í einu um eitthvað tiltekið málefni og ennþá betra ef viðeigandi fagaðili veitir fræðsluna. Flestar voru þannig sammála um að með hópmeðgönguvernd myndi opnast tækifæri til að auðvelda upplýsingaflæði og veita fjölbreyttan stuðning og fræðslu. Ljósmeðurnar gætu þá sem dæmi verið í samstarfi við sálfræðinga, sjúkraþjálfara eða næringarfræðinga til að veita tiltekna fræðslu í hópmeðgönguvernd sem gæti nýst bæði verðandi foreldrum á meðgöngu og ljósmæðrunum sem ákveðin endurmenntun. Hópmeðgönguverndin gæti þannig skilað skilvirkari fræðslu til kvennanna ásamt því að tíma ljósmæðra væri betur varið með því að fræða hóp kvenna í stað þess að fræða eina í einu. Ljósmeðurnar bentu einnig á að margar ljósmæður á deildinni hafi bætt við sig menntun sem gæti nýst í hópmeðgönguverndinni. Dæmi um þetta eru hugræn atferlismeðferð og meðgöngujóga.

[Sumar ljósmæðurnar] eru búnar að læra jóga ... og HAM [gæti nýst vel] því það getur verið kvíðvænlegt að ganga í gegnum erfða meðgöngu ef maður er í áhættumeðgönguvernd. Aðeins bara svona hvernig er hægt að tækla erfðar aðstæður. (Ljósmóðir fimm).

Áskoranir – Lausnamiðuð hugsun
Þrátt fyrir að ljósmæðurnar væru almennt jákvæðar í garð þess að nýta hópmeðgönguvernd fyrir sína skjólstæðinga, þá bentu þær einnig á nokkrar áskoranir sem þyrfti að finna lausnir á. Þetta voru atriði svo sem fyrirkomulag á hópum, samskipta-tækni og staðsetningu. Þær voru þó lausnamiðaðar og fundu nær jafnóðum tillögur að lausnum á þeim vandamálum sem upp komu í umræðunni. Eitt af því sem þeim þótti nauðsynlegt var að fá einhvers konar þjálfun í að leiða hópa og að búinn væri til ákveðinn rammi utan um fræðslufni í hverjum hópi.

Að vera með eitthvað svona agenda, þarf að vera búin að ákveða að við ætlum að fara í þetta ... og vera með skipulag. Að skilja eftir einhvern tíma fyrir þær að spyrja. Ég held að þetta yrði mjög skemmtilegt ... kannski bara leiðbeiningar hvernig maður á að leiða hópa, það er örugglega mjög létt að festast í einhverju ákveðnu efni og komast ekki áfram eða þú veist festast í einhverri líppu. (Ljósmóðir fjögur).

Ljósmeðurnar voru mjög samstíga í skoðunum sínum á fyrirkomulagi hópmeðgönguverndarinnar og voru sammála um að hópmeðgönguvernd myndi alls ekki virka ein og sér. Ástæðan fyrir því væri að skjólstæðingahópur þeirra hefði það flókin vandamál að einstaklingsviðtala sé alltaf þörf. Eins skipti máli að hafa fáar konur í hóp.

[Meðgönguvernd] er bara stuðningur við konu á meðgöngu. Faglegur stuðningur, bæði líkamlegur og andlegur. Þú veist og það er svolitíð misjafnt hvort vegur þyngra eftir því hver konan er. Sumar eru með mjög mikið af líkamlegum vandamálum sem þarf að fylgjast ótrúlega vel með og bregðast við og meðhöndla á meðan aðrar eru með meira hinum megin, skilurðu, meiri andlegar þarfir og þurfa meiri stuðning og þú veist, þetta er bara. Spectrumið er svolitíð breitt en í grunninn er þetta bara stuðningur og svona að fylgjast með og vera til staðar og svara spurningum. Það er, að svara andlegum og líkamlegum þörfum. (Ljósmóðir tvö).

Þeim fannst ekki endilega líklegt að hópmeðgönguvernd myndi henta öllum hópum og höfðu sérstaklega áhyggjur af konum með flókin félagsleg vandamál eða sögu um neyslu fíkniefna.

Já, mér dettur strax í hug þessi hópur sem ég er búin að vera að reyna að ná inn til mín í dag sem eru félagslega verr staddar og mæta verr almennt í mæðraverndina sína og það er nógu erfitt að ná þeim bara inn. Þannig að ná þeim í hóp gæti verið erfitt, gæti alveg hugsað það. Flókin félagsleg vandamál eða fíkn eða neyslusaða, ég held að það gæti verið erfitt að ná þeim konum inn. (Ljósmóðir sjö).

Umræður

Meginniðurstaða þessarar rannsóknar er að ljósmæðurnar töldu hópmeðgönguvernd geta bætt þjónustu þeirra við konur í áhættumeðgönguvernd. Þær voru allar sammála um að fyrir-komulagið væri spennandi og gæti gefið þeim aukin tæki-færi til að próa þjónustu við sína skjólstæðinga en einnig fyrir ljósmæðurnar sjálfar til að vinna meira saman og með öðrum fagstéttum. Að auki sáu þær tækifæri til þess að geta þróað

sig sjálfar í starfi og nýtt sér sérhæfða hæfni, svo sem hugræna atferlismeðferð og meðgöngujóga, í ljósmóðurstarfinu. Ljós-meðurnar bentu á ákveðnar áskoranir sem gætu fylgt nýju fyrirkomulagi en voru um leið lausnamiðaðar í hugsun sem sýndi enn frekar jákvætt hugarfar þeirra til hópmeðgönguverndar.

Hlutverk áhættumeðgönguverndar er að koma í veg fyrir og/eða meðhöndla veikindi hjá móður eða barni (26, 27). Ljós-meðurnar bentu á að þegar ákveðinn áhættuþáttur er til staðar þá beinist athyglin að miklu leyti einungis að því. Umræða um undirbúning fæðingar með tilliti til verkjastillingar eða vald-eflingar, sem fer fram í hefðbundinni meðgönguvernd, fær þannig minna vægi en umræða um viðbrögð við vandamálinu. Það sama á við um foreldrahlutverkið. Í þessu felst áskorun fyrir ljósmæður og töldu þær að hópmeðgönguverndin gæti verið ákveðið mótvægi við áhættumiðaða meðgönguverndina sem þær sinna fyrir sinn skjólstæðingahóp. Umræða í hópnum um eðlilega þætti barneignarferlisins, svo sem undirbúning fyrir foreldrahlutverkið myndi gefa þeim tækifæri til þess að ræða meðgönguna út frá öðrum þáttum en áhættunni hjá hverri konu, sem er í anda hugmyndafræði ljósmóðurfræðinnar um eðlilegt ferli og valdeflingu (28, 29). Fáar rannsóknir hafa þó skoðað ávinning hópmeðgönguverndar frá þessu sjónarhorni því áherslurnar hafa verið meira á bætтар útkomur mæðra svo sem varðandi tóbaksnotkun, mætingu í meðgönguvernd, meðgöngu-sykursýki eða fækkun fyrirburafæðinga (11). Ef boðið verður upp á hópmeðgönguvernd á Landspítala í framtíðinni þá væri áhugavert að meta gæði þjónustunnar einnig út frá þáttum eins og því hvort verðandi foreldrar upplifa tækifæri til undirbúnings fyrir fæðingu og foreldrahlutverkið. Þetta var metið í íslenskre rannsókn fyrir nokkrum árum en þar voru verðandi foreldrar í hópmeðgönguvernd með minni fæðingarótta og töldu sig betur undirbúin fyrir foreldrahlutverkið samanborið við verðandi foreldra í hefðbundinni meðgönguvernd (9).

Ljósmæður í þessari rannsókn töldu að félagslega verr staddar konur sem mæti nú þegar illa í meðgönguvernd væru hópur innan áhættumeðgönguverndar sem mögulega myndi ekki mæta vel í hópmeðgönguvernd. Þessi ályktun er þó þvert á aðrar rannsóknir sem hafa verið gerðar á málefninu (14, 31). Félagslegra verr staddar konur voru líklegri til að mæta oftar í meðgönguvernd (31), til að hafa meiri þekkingu á barneignar-ferlinu, vera ánægðari með þjónustuna og með aukna kynheil-brigðisvitund eftir að hafa sótt hópmeðgönguvernd á með-göngunni samanborið við konur í hefðbundinni meðgönguvernd (14). Félagslegur stuðningur sem getur orðið milli þeirra kvenna sem taka þátt í hópmeðgönguvernd er enn fremur ástæða þess að streita getur minnkað og þannig betri andleg liðan, ásamt betra sjálfsáliti (18).

Í rýnihópaviðtölunum myndaðist umræða um hvort að með aukinni fræðslu í meðgönguvernd væri verið að stíga inn fyrir viðfangsefni fæðingarundirbúningsnámskeiða sem boðið er upp á víðs vegar. Mismunandi sjónarmið komu fram um hvort undirbúningur fyrir fæðingu ætti heima innan meðgönguverndar eða á sérstökum námskeiðum. Áhugavert þykir að þessi umræða hafi komið upp þar sem eitt af meginhlutverkum ljósmæðra í

meðgönguvernd er fræðsla og stuðningur við verðandi foreldra (32, 33). Ljósmaður sem sinna áhættumeðgönguvernd eru greinilega mjög meðvitaðar um hlutverk sitt í tengslum við þá áhættu sem verið er að fylgjast með á meðgöngu en umræðan sýndi einnig að þær myndu gjarnan vilja sinna öllum þáttum ljósmóðurfraðilegrar umönnunar, svo sem stuðningi og fræðslu. Í rannsókn á hópmeðgönguvernd í Svíþjóð kom í ljós að ljósmaðrum þótti tíma sínum betur varið í hópmeðgönguvernd. Þær gátu varið meiri tíma í að svara spurningum frá skjólstæðingum, veitt ítarlegri fræðslu og gátu betur sinnt konum með fjölbreyttar og flóknar þarfir, líkt og konum í áhættumeðgöngu (8). Það má því velta upp þeirri spurningu hvort hið sama gæti átt við á Íslandi.

Upplifun ljósmæðra af því að vera stjórnandi í hópmeðgönguvernd var rannsökuð af Teate og félögum árið 2013. Þar kom í ljós að í upphafi hafi ljósmæðurnar verið hræddar við að leiða hópinn ásamt því að þær höfðu efasemdir um gagnsemi þess. Eftir að hafa tekið þátt breyttust viðhorf þeirra og þær urðu jákvæðar í garð þessa fyrirkomulags (19). Ljósmæðurnar sem tóku þátt í rýnihóp okkar rannsóknar voru jákvæðar í garð hópmeðgönguverndar strax í upphafi og eitt af því sem þeim fannst vera jákvætt var tækifæri til að vinna með öðrum ljósmæðrum. Það er í samræmi við nýlega rannsókn sem gerð var í Bretlandi en þar töldu ljósmæður jafningjastuðning annarra ljósmæðra vera einn af helstu kostum hópmeðgönguverndar (30). Það sem gæti skýrt jákvætt viðhorf þeirra er að boðið hefur verið upp á hópmeðgönguvernd innan heilsugæslunnar með góðum árangri hér á landi áður (9). Í rýnihópaviðtölunum voru þær að ræða hópmeðgönguvernd í fyrsta skipti formlega og lýstu umsvifalaust jákvæðni í garð þess. Það er þvert á það sem aðrar rannsóknir hafa sýnt en flestar rannsóknir gefa til kynna að ljósmæður hafi efasemdir í upphafi sem svo breytast í jákvæðni og tilhlökkun (Teate et al., 2013). Viðhorf ljósmæðranna í rannsókn okkar gefa því til kynna að þær séu jákvæðar fyrir innleiðingu hópmeðgönguverndar á Kvennadeild Landspítala og því góðar líkur á því að innleiðingin verði árangursrík.

Ljósmæðurnar veltu þó einnig upp nokkrum áskorunum sem þyrfti að finna lausnir við. Eitt af því sem þær nefndu var að hópmeðgönguverndin myndi líklega ekki henta þeirra skjólstæðingahópi eingöngu og þyrfti að gera ráð fyrir einstaklingsmiðaðri meðgönguvernd einnig. Erlendis hefur yfirleitt verið boðið upp á annaðhvort hefðbundna meðgönguvernd eða hópmeðgönguvernd en þegar fyrirkomulagið var prófað hér á landi árið 2018 var báðum aðferðum blandað saman (9). Frumbyrjum í meðgönguvernd á heilsugæslustöð var þá boðið að hitta ljósmóður í hefðbundinni meðgönguvernd sex sinnum og hittast

svo í hóp fjórum sinnum á meðgöngunni. Það var mikil ánægja með fyrirkomulagið meðal þátttakenda (10) og mætti íhuga svipað fyrirkomulag innan áhættumeðgönguverndar.

Ljósmæðurnar nefndu einnig að þær sæju áskorun í því að leiða hópa af þessu tagi. Þetta eru algengar áhyggjur hjá ljósmæðrum sem ekki hafa tekið þátt í hópmeðgönguvernd og hafa rannsóknir bent á mikilvægi þess að bjóða ekki einungis upp á þjálfun fyrir ljósmæður heldur einnig stuðning við að leiða fyrstu hópana (19). Sá stuðningur getur verið í formi reglulegra funda þar sem farið er yfir hvað gengur vel og hvað mætti betur fara.

Styrkleikar og veikleikar

Mikið af upplýsingum kom fram í rýnihópaviðtölunum og þrátt fyrir að þátttakendur hafi einungis verið sjö þá er það hátt hlutfall af þeim 11 ljósmæðrum sem veita meðgönguvernd á Landspítala. Enginn munur var á svörum og viðhorfum þátttakenda eftir aldrí eða starfsaldri og sömu upplýsingar komu fram í seinna viðtalinu og því fyrra sem gefur vísbendingar um að ákveðinni mettnu upplýsinga hafi verið náð. Samfélag ljósmæðra á Íslandi er lítið og enn minna á deildinni þar sem ljósmæðurnar starfa. Það þurfti því að huga vel að persónuvernd þegar niðurstöður voru settar fram og af þeim ástæðum var ákveðið að sleppa framsetningu á töflu um bakgrunn þátttakenda til að gæta nafnleyndar sem best.

Ályktanir

Ljósmæður sem vinna í áhættumeðgönguvernd á Landspítala töldu að hópmeðgönguvernd gæti stutt vel við þjónustu við konur í áhættumeðgönguvernd og einnig verið grundvöllur til aukins samstarfs ljósmæðra á deildinni. Konur í áhættumeðgönguvernd eru oft með flókin og fjölþætt vandamál og er því mikilvægt að vanda vel til við undirbúning fyrir slíkri innleiðingu. Með því að kanna áhuga ljósmæðra sem sinna þessum hópi á meðgöngu er búið að stíga fyrsta skrefið í að þróa breytingar á fyrirkomulagi meðgönguverndar. Niðurstöðurnar geta nýst vel fyrir þróun og skipulag meðgönguverndar til að bæta þjónustu við ákveðna hópa þeirra sem eru með áhættuþætti á meðgöngu. Hópmeðgönguvernd styður vel við þá hugmyndafræði sem ljósmæður byggja störf sín á. Næsta skref er að skipuleggja hópmeðgönguvernd fyrir ákveðinn hóp kvenna með áhættuþætti á meðgöngu og rannsaka svo reynslu þeirra, reynslu ljósmæðranna sem þeim sinna og einnig að fylgjast með lykilútkomubreytum varðandi heilsu kvenna og barna þeirra.

Heimildir

- Coco L, Giannone T, Zarbo G. Management of high-risk pregnancy. *Minerva ginecologica*. 2014;66(4):383-9.
- Denis A, Michaux P, Callahan S. Factors implicated in moderating the risk for depression and anxiety in high risk pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2012;30(2):124-34.
- Tsakiridis I, Bousi V, Dagklis T, Sardeli C, Nikolopoulou V, Papazisis G. Epidemiology of antenatal depression among women with high-risk pregnancies due to obstetric complications: a scoping review. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2019;300:849-59.
- Isaacs NZ, Andipatin MG. A systematic review regarding women's emotional and psychological experiences of high-risk pregnancies. *BMC psychology*. 2020;8:1-11.
- Mirzakhani K, Ebadi A, Faridhosseini F, Khadivzadeh T. Well-being in high-risk pregnancy: an integrative review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20:1-14.
- Lee S, Ayers S, Holden D. Risk perception of women during high risk pregnancy: a systematic review. *Health, risk & society*. 2012;14(6):511-31.
- Lee S, Ayers S, Holden D. A metasynthesis of risk perception in women with high risk pregnancies. *Midwifery*. 2014;30(4):403-11.
- Wedin K, Molin J, Svalenius ELC. Group antenatal care: new pedagogic method for antenatal care—a pilot study. *Midwifery*. 2010;26(4):389-93.
- Swift EM, Zoega H, Stoll K, Avery M, Gottfredsdóttir H. Enhanced Antenatal Care: Combining one-to-one and group Antenatal Care models to increase childbirth education and address childbirth fear. *Women and Birth*. 2021;34(4):381–8.
- Emma Marie Swift, Inga María Hliðar Thorsteinson, Una Kristín Guðmundsdóttir, Helga Gottfredsdóttir. „Þetta var fyrir sálina og hjartað, þetta var mitt öryggi“ reynsla íslenskra foreldra af hópmeðgönguvernd. *Ljósmæðrablaðið*. 2020:12–7.
- Byerley BM, Haas DM. A systematic overview of the literature regarding group prenatal care for high-risk pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;17(1):329.
- Mazzoni SE, Hill PK, Webster KW, Heinrichs GA, Hoffman MC. Group prenatal care for women with gestational diabetes (.). *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(17):2852–6.
- Adams JH, Liew Z-Q, Sangtani A, Frantz K, McCarroll ML, Silber A. Comparison of Outcomes in Maternal Opiate Medical Support Using CenteringPregnancy Versus Maternity Care Home [24K]. *Obstetrics & Gynecology*. 2016;127.
- Ickovics JR, Reed E, Magriples U, Westdahl C, Schindler Rising S, Kershaw TS. Effects of group prenatal care on psychosocial risk in pregnancy: results from a randomised controlled trial. *Psychology and Health*. 2011;26(2):235–50.
- Ickovics JR, Kershaw TS, Westdahl C, Magriples U, Massey Z, Reynolds H, et al. Group prenatal care and perinatal outcomes: a randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*. 2007;110(2 Pt 1):330.
- Magriples U, Boynton MH, Kershaw TS, Lewis J, Rising SS, Tobin JN, et al. The impact of group prenatal care on pregnancy and postpartum weight trajectories. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(5):688.e1–9.
- Trotman G, Chhatre G, Darolia R, Tefera E, Damle L, Gomez-Lobo V. The Effect of Centering Pregnancy versus Traditional Prenatal Care Models on Improved Adolescent Health Behaviors in the Perinatal Period. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;28(5):395–401.
- Heberlein EC, Picklesimer AH, Billings DL, Covington-Kolb S, Farber N, Frongillo EA. Qualitative Comparison of Women's Perspectives on the Functions and Benefits of Group and Individual Prenatal Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2016;61(2):224–34.
- Teate A, Leap N, Homer CSE. Midwives' experiences of becoming CenteringPregnancy facilitators: A pilot study in Sydney, Australia. *Women and Birth*. 2013;26(1):e31–e6.
- Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014;384(9948):1129–45.
- International Confederation of Midwives (ICM). Professional Framework for Midwifery. International Confederation of Midwives; 2021.
- Morgan DL. Focus group interviewing. In: Holstein JFGJA, editor. *Handbook of interview research: Context and method*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2002. p. 141–57.
- Krueger R, Casey MA. *Focus Groups: a Practical Guide for Applied Research*, Sage. Thousand Oaks, CA. 2000.
- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. 2008;62(1):107–15.
- Vaismoradi M, Jones J, Turunen H, Snelgrove S. Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis. 2016.
- Krans EE, Davis MM, Palladino CL. Disparate Patterns of Prenatal Care Utilization Stratified by Medical and Psychosocial Risk. *Maternal and Child Health Journal*. 2013;17(4):639–45.
- Sarmiento AR. Antepartum care of the high-risk pregnancy. In: Daftary SN, Bhide AG, editors. *Practical guide to high-risk pregnancy and delivery*: Elsevier; 2009.
- Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014;384(9948):1129–45.
- International Confederation of Midwives (ICM). Philosophy and Model of Midwifery Care. 2014.
- Wiseman O, Emmett L, Hickford G, Knight M, Lazar J, Yuill C, et al. The challenges and opportunities for implementing group antenatal care ('Pregnancy Circles') as part of standard NHS maternity care: A co-designed qualitative study. *Midwifery*. 2022;109:103333.
- Tandon SD, Cluxton-Keller F, Colon L, Vega P, Alonso A. Improved adequacy of prenatal care and healthcare utilization among low-income Latinas receiving group prenatal care. *Journal of Women's Health*. 2013;22(12):1056–61.
- International Confederation of Midwives (ICM). International Definition of the Midwife. 2017.
- Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu (ÞÍ)H. Markmið mæðraverndar [Available from: throunarmidstod.is/svid-thih/maedravernd/].



ENGLISH SUMMARY

Is Group Antenatal Care a Good Option for Women in High-Risk Pregnancy? Content Analysis on Midwives' Views

CONTACT valgerds@hi.is

Authors



Dr. Valgerður Lís Sigurðardóttir, Assistant Professor, Clinical Specialist Midwife, BS, MS, PhD^{1,2}



Guðrún Elín Davíðsdóttir, midwife in maternity leave, BS, MS



Dr. Emma Marie Swift, Assistant Professor, RM, BS, MS, PhD^{1,3}

Abstract

Background

High risk pregnancy is estimated to be around 12% of all pregnancies. Women in high-risk antenatal care are more likely to experience mental distress which can have an effect on the mother and the baby, during pregnancy as well as postpartum. Previous research indicates that group antenatal care may increase opportunities for education and support for women in pregnancy. The aim of this research was to examine the view of midwives who work in high-risk antenatal care on high-risk group antenatal care.

Method

Qualitative methodology was used with two focus groups. A total of seven midwives working in high-risk antenatal care at Landspítali – University Hospital were interviewed. The interviews were recorded and analyzed with content analysis.

Results

Five themes emerged: 1) Becoming a parent – with emphasis on the normal in a high-risk pregnancy, 2) An opportunity for specialized education about high-risk pregnancies, 3) Peer support, 4) Increased collaboration between midwives as well as other practitioners, and 5) Challenges and problem solving.

Conclusion

Midwives in high-risk maternity care at Landspítali – University Hospital had an overall positive attitude towards group antenatal care and found it likely that this could provide more support to their clients, as well as increased opportunities for specialized education. The results indicate that introducing group antenatal care at Landspítali – University Hospital is supported by the midwives.

Key words

high risk pregnancy
group antenatal care
midwife
focus group

1 Faculty of Nursing and Midwifery, University of Iceland.

2 Kvennadeild, Landspítali.

3 Reykjavík Birth Centre.

Verkur, eymsli, þroti?

Diclofenac Teva hlaup

Til staðbundinnar meðferðar útvortis á vöðvum og liðum.

Diclofenac Teva er hlaup sem inniheldur virka efnið diklófenak. Lyfið er notað útvortis við verkjum, eymslum og þrota í liðum og vöðvum vegna bólgu. Kynnið ykkur notkunarleiðbeiningar, varnaðarorð og frábendingar áður en lyfið er notað. Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. **Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is**

Markaðsleyfishafi Teva B.V. Umboðsaðili er Teva Pharma Iceland ehf.

teva

Nærmynd af ljósmóður: Þóra Filippusdóttir



HÖFUNDUR ANNA GUÐNÝ HALLGRÍMSDÓTTIR

Ein af mínum fyrstu kynnum af Þóru voru þegar ég var ljósmæðranemi á meðgöngu- og sængurlegu-deild Landspítalans. Ég kom hlaupandi í hús úr Eirbergi og var alveg á síðustu stundu. Áttaði mig þá á því að ég hafði gleymt inniskónum mínum og var því í smá vandræðum. Ég fór upp á vakt og fékk að vita að ég ætti að fylgja Þóru á kvöldvaktinni og að okkar verkefni væri á Kristínarstofu. Við áttum að sinna foreldrum sem höfðu misst föstur. Þóra bauðst til þess að lána mér gamla inniskó sem hún geymdi í skápnum sínum og ég þáði það.

Ég man ekkert eftir kvöldvaktinni og þessu mikilvæga verkefni sem við unnum saman. Ég man bara að þegar allt var yfirstaðið og við vorum að ganga frá á Kristínarstofu að ég leit yfir gólfíð og sá að það lá „sandur“ yfir öllu gólfinu. Ég velti fyrir mér hvaðan þetta kæmi og hvað þetta væri og var í svo-lítinn tíma að átta mig á því að þetta kæmi frá inniskónum sem Þóra hafði lánað mér. Skórnir voru að molna undan mér. Ég skammaðist mín svo þegar ég áttaði mig á þessu og sagði Þóru frá atvikinu en hún bara skellihló og sagði að þetta væru gamlir og lúnir skór sem greinilega höfðu ekki þolað meira. Ég baðst innilegrar afsökunar en Þóra hafði bara gaman að þessu og sagði að þetta gerði ekkert til.

Síðar átti ég eftir að starfa með Þóru á meðgöngu- og sængurlegudeildinni í mörg ár, við vorum á sömu vinnuhelgi og unnum því oft og náið saman. Yndislegri samstarfskonu er vart hægt að finna. Því var það hún sem kom einna fyrst upp í hugann þegar rétt var á ritstjórnarfundum að velja ljósmóður til þess að taka viðtal við undir liðnum nærmynd af ljósmóður. Þegar ég ræddi þessa hugmynd við Þóru varð hún steinhissa og spurði hvort ég væri að veðja á réttan hest og sagðist þurfa að hugsa málið. Hún sagðist ekki hafa gert neitt sem væri nógu merkilegt til þess að ræða. Því var ég ósammála en fannst þetta mjög lýsandi fyrir hana Þóru en mér tókst að lokum að sannfæra hana um að hitta mig.

Við hittumst á fallegu heimili hennar og ræddum saman. Hún var að sjálfsögðu undirbúin, byrjuð að huga að því hvað hún vildi segja mér og búin að finna til myndir til þess að sýna.

Hvar og hvenær ertu fædd?

Ég er fædd á heimili okkar út í Hrísey á Eyjafirði árið 1951 og ólst þar upp til fimm ára aldurs. Ljósmóðirin sem tók á móti mér hét Margrét Baldvinsdóttir no. 995 í fyrra ljósmæðratali. Í fæðingunni var föst fylgja hjá mömmu, ekki í fyrsta sinn en þá var kloroformi skellt í klút og sett að vitum hennar og hún kreist aftur í hrygg að eigin sögn. Ég er sem sagt Hríseyingur í húð og hár, mamma og pabbi þekktust frá unga aldri, ólust upp á hólnum í eyjunni, hús afa og amma minna voru hlið við hlið, svo þau þurftu ekki að leita ástarinnar langt. Mér fannst þetta alltaf svo fallegt.

Mamma hafði lært á orgel og var organisti í Hríseyjarkirkju og æfði kirkjukórinn, oftast heima í stofu, pabbi minn útibússtjóri KEA þar. Hann var söngmaður góður og öll hans systkini, svo tónlist var alltaf viss hluti af mínu lífi og er enn þá. Mamma spilaði og pabbi söng. Ég fékk það í vöggugjöf að hafa mikinn áhuga á tónlist og sinni því betur nú en áður. Ég segi stundum í gríni að í næsta lífi ætli ég að læra að syngja en hef þó fengið útrás í þeim efnum með því að syngja í kórum mér til ánægju.

Faðir minn lést skyndilega er ég var á þriðja ári og eldri systur mínar ellefu og fjórtán ára. Móðir mín æðrulaus og hyggin flutti þá með okkur inn til Akureyrar enda skólaganga eldri systra minna byrjuð þar. Ári síðar bauðst henni matráðskonustarf við heimavist Menntaskólans og þangað fluttum við mæðgur, ég hef oft sagt að það hafi verið minn fyrsti allsherjar skóli, sem húsamús innan um menntaskólanemendur og starfsfólk þess húss. Fyrir mig feimna og hléðræga litla stelpu var þetta mjög mikil breyting í lífinu. Margar skemmtilegar minningar eru frá minni æsku þar, sem ég er endalaust að rifja upp á seinni árum, þekkti öll andlit í skólanum á þeim árum, hverjir dúxuðu, hverjir féllu, hverjir borðuðu mikið, hvaðan nemendur voru og fannst merkilegt og gaman að sjá suma þáverandi sprelligosa vera orðna virðulega lækna á Landspítalanum.



Þóra Filippusdóttir, ljósmóðir.

Oft var ég hjálparhella í stóra eldhúsinu og kunni á alla hluti, hvernig allt átti að vera. Kunni á stóru eldhúsáhöldin svo sem pottana, sem stundum var nú gaman að fela sig ofan í.

Á sumrin dvaldi ég oft út í Hrísey hjá frændfólki og á Dalvík hjá föðursystur minni.

Barnaskóli og Gagnfræðaskóli Akureyrar voru mínir grunnskólar.

Manstu hvenær þú fékkst hugmyndina að því að verða ljósmóðir?

Í MA langaði mig ekki sjálfa, eins og mínar eldri systur, burt vildi ég og langaði að verða íþróttakennari en til þess þurfti ég ekki að verða stúdent. Að verða ljósmóðir var ekki komið í minn huga þá. Ég varð gagnfræðingur, fór eitt ár til London í skóla og gerðist au pair á yndislegu heimili. Það var gott ár, sem jók sjálfstraust mitt. Það var þá sem einhver hugljómur varð hjá mér, þetta með ljósmóðurina. Kannski kom langamma mín, Þóra, til mín í draumi en hún lést af barnsförum við fæðingu föðurafa míns, hver veit. Ég fékk vinnu á

fæðingardeild FSA sem starfsstúlka, auðvitað með námið í huga og sótti um nám í Ljós-mæðraskólanum en þá voru aldursskilyrði tuttugu ár.

Á fæðingardeildinni á FSA fékk ég að ganga í flest öll störf eins og sjúkraliði væri, var til að mynda á kvöld- og næturvöktum með ljósmæðrunum, sem ekki var leiðinlegt, aðstoðaði við fæðingar og sinnti nýfæddum börnum. Fyrsta fæðingin sem ég horfði á var tuttugu marka stúlka, sem fæddist spontant og sprungulaust, augun ætluðu út úr mínu höfði. Ljósmóðir var Sigurlaug Oddsdóttir og þeirri upplifun gleymi ég aldrei. Ég bar ómælda virðingu fyrir þeim ljósmæðrum sem þar unnu og voru mér alltaf góðar og urðu mínar fyrirmyndir.

Hvenær fórst þú í ljósmæðranámið?

Inn um dyr Ljósmæðraskóla Íslands gekk ég að hausti 1971 með mínar ferðatöskur, vekjarklukku, merkt rúmföt, handklæði og sitthvað fleira. Önnur heimavist beið mín. Þar mætti mér Hanna Antoníusdóttir, sem þá var aðstoðar



Útskriftarmynd frá 1973. Þóra er í neðri röð fyrir miðju.

yfirljósmóðir og vísaði okkur, sem þar voru mættar til náms upp á heimavistina og okkur deilt niður á herbergi. Á fyrsta degi urðum við að klæða okkur í nemabúningana, græna sloppa, hvítar svuntur og auðvitað setja á okkur kapp. Þannig urðum við að vera klæddar svo hægt yrði að fara með okkur sýningarferð um húsið. Kvennadeildin var þá einnig í byggingu á þessum árum. Ég man hvað mér fannst eldri nemar okkar vera orðnar klárar, sá þær með stjórnur í augunum.

Um heimavistardvölin á þessum merka skóla, væri hægt að skrifa heila bók, það er tími sem ég hefði ekki viljað missa af þrátt fyrir að hafa alist upp á aðeins stærri heimavist. Þarna höfðum við stóra setustofu með sjónvarpi, píanói, blómum og fleiru. Einnig þvottavél og lítið eldhús. Þær sem áttu heima í Reykjavík urðu að búa á heimavistinni, sem gat verið flókið. Reglur voru um útivist á kvöldin. Brunastiginn við enda hússins var óspart notaður ef útivistin fór fram yfir tilsettan tíma, því margar áttu kærasta úti í bæ.

Eftirminnileg eru grímuböllin sem venja var að halda af okkar hálfu, alveg ógleymanleg, enda

kynntist ég þar manninum mínum sem ég hef verið gift í hartnær 50 ár og saman eigum við þrjú börn og þrjú barnabörn. Hollið mitt tók námið afskaplega alvarlega, held að nær helmingur okkar hafi átt von á barni við útskrift. Á seinna ári komu tvær sem voru hjúkrunarfræðingar inn í námið, þannig var það um tíma. Í haust verða því 50 ár síðan við útskrifuðumst. Þarna varð til vinskapur sem haldist hefur fram á þennan dag og er ómetanlegur.

Hvernig var ljósmæðranámið á þessum tíma? Ljósmæðranámið hefur breyst gríðarlega mikið frá þessum árum eins og allir vita. Þróun þess hefur verið gerð mikil og góð skil í Ljósmæðratalinu, bæði í því eldra og nýja og í bókinni „Ljósmæðrafélag Íslands í 100 ár“. Við sátum bóklega tíma alla morgna yfir vetrartímann uppi á efstu hæðinni. Verkleg kennsla fór öll fram á deildum. Við fengum góða verklega kennslu að mínu mati í fæðingum en slæmar aðstæður og þrengsli takmörkuðu margt þá, sérstaklega í mæðraverndinni og á sængurlegudeildinni.



Fyrsta nemabarnið, tekin í janúar 1972.

Flestar útskrifuðumst við með 80-90 fæðingar. Við urðum að vera búnar að taka á móti helst fjórum sitjandafæðingum og einhverjum fleirburafæðingum. Berhentar vorum við í fyrstu fæðingunum, það þótti auka næmni. Skrúbbuðum okkur upp að olnbogum.

En tæknin var ekki mikil þá, hendur okkar og hlustunarpípan voru aðaltækin, til að meta samdrætti og hlusta eftir hjartslætti. Flestar konur þurftu helst að fá stólpípu er þær komu inn í fæðingu. Mikil yfirseta var og sérstaklega yfir gangsetningum, við teljandi dropa í flöskunum, allar með sekúnduvísis úrin okkar uppivið, þá voru engir dropateljarar. Fyrstu monitorar voru að rúlla inn á deildina á þessum árum og mikil tæknibylting í aðsigi.

Getur þú rakið starfsferil þinn í grófum dráttum? Við útskrift 1973 réð ég mig til Akraness ásamt annarri skólasystur, okkur voru boðin talsvert hærri laun þar en á fæðingardeild Landspítalans. Þar kenndi Árni Ingólfsson okkur að gera pudental block. Nú var annað hvort að duga eða drepast, 22 ára að standa mig. Mesta furða hvað konur um fertugt að eignast

sitt þriðja til fjórða barn þorðu að treysta svona ungri nýútskrifaðri stelpu. Ég leysti einnig af á Akureyri um sumarið en það var eins og að koma heim, ég þekkti hvern krók og kima sem var gaman, var þá einnig orðin móðir sjálf, vissi hvað það var að ganga í gegnum fæðingu. Allt gekk þetta áfallalaust, allmargar fæðingar komnar í reynslubankann og að standa á eigin fótum og treysta á sjálfa sig. Ég endaði þetta sumar með því að gifta mig og skíra dóttur okkar í Akureyrarkirkju.

Ég ætlaði mér aldrei í hjúkrun, en á þessum árum voru breytingar í aðsigi og eldri nemar okkar í Ljósmæðraskólanum fóru flestar beint í hjúkrun í Nýja hjúkrunarskólanum, tveggja ára nám fyrir ljósmæður. Það fékkst í gegn að halda því áfram og þangað fórum við að hausti 1975 um tuttugu ljósmæður og tvær með þroskaþjálfanám að baki og útskrifuðumst í desember 1977. Þetta var mjög skemmtilegur tími, höfðum góða kennara og námið var vel skipulagt. Við vorum á mjög misjöfnum aldri, margar fullorðnar ljósmæður sem drifu sig í hjúkrun, sem var aðdáunarvert og féll þessi hópur vel saman.

Ljós móðurstörfin kölluðu á mig, ég hljóp af síðustu vakt minni sem hjúkrunarnemi, yfir á fæðingardeildina og það um vinnu þar en það átti svo eftir að verða minn vinnustaður. Þaðan fór ég yfir á meðgöngu- og sængurlegudeildina þar til ég hætti að vori 2019 en þá fannst mér þetta vera orðið gott.

Hefur þú verið dugleg að viðað þér aukinni þekkingu? Námskeið og ráðstefnur hef ég reynt að sækja margar og eftir bestu getu, svo sem nálastungunámskeið og brjóstagjafanámskeið svo hef ég einnig tekið að mér ýmis verkefni fyrir deildina, svo sem trúnaðarmannastarf og fleira. Ég var heimavinnandi í nokkur ár, þar sem yngri dóttir okkar, sem fæddist með fötlun, var að byrja á skóla sem olli meiri vinnu í uppeldi hennar, flóknari skólagöngu og ýmissi þjálfun. Þar kynntist ég mörgu öðru fagfólki í heilbrigðisstétt, sem jók hjá mér viðsýni og þekkingu. Þegar ég byrjaði aftur að vinna sem ljósmóðir, fannst mér ég reynslunni ríkari, hafa lært svo margt nýtt í lífinu sem kom mér svo sannarlega til góða í starfi.

Eru einhver eftirminnileg atvik úr starfinu sem sitja eftir? Þegar horft er til baka, er margt úr þessu dásamlega starfi sem situr eftir og erfitt að finna eitthvað eitt fram yfir annað. En einn er sá atburður sem aldrei gleymist, það gerðist er við vorum á fyrra ári í Ljósmæðraskólanum. Þá lést ung kona, gengin 6 mánuði úr acut preeclampsíu, hún kom inn veik að kvöldi og dó um nóttina. Það var reynt að gera allt sem í sérfræðinga valdi stóð en allt kom fyrir ekki. Þetta var öllum áfall sem að komu og kenndi manni hversu alvarlegt þetta ástand er og getur gerst hratt og það hversu alvarlega skal taka alla fylgikvilla meðgöngu. Sem betur fer stendur allt það góða, fallega og skemmtilega upp úr í minningunni og ekkert er meira gefandi eins og að taka þátt í gleði foreldra með nýfætt barn í fanginu. En fæðing er ekki alltaf gleðileg, andvana fæðingar eru alltaf það erfiðasta sem hægt er að takast á við og fyrir 50 árum var enginn sónar sem greindi alla mögulega fósturgalla og börn fæddust eins og almættið skapaði þau.

Hvaða breytingar í ljósmóðurfræðinni finnst þér hafa breytt hvað mestu í starfinu? Hafa þær breytingar sem hafa orðið verið einungis til góðs? Eins og ég sagði fyrr, minnir mig að fyrsti monitorinn hafi komið þegar ég var í námi. Risastórt tæki á við stóra þvottavél og tók heil-mikið pláss. Það var spennandi að læra á þetta undur. Þarna var tæknin að hefja verulega innreið sína í ljósmóðurfræðina. Hendur og hlustprípan lutu í lægra haldi.

Það er vart hægt að lýsa því hversu miklar breytingar og framfarir hafa orðið í ljósmóðurfræðunum, varðandi alla meðferð í mæðravernd, fæðingarhjálp og sængurlegu á þessum 50 árum, bókstaflega allt nema blessuð börnin fæðast víst alltaf á sama máta. Það hefur orðið þróun á öllum sviðum í menntun, heilbrigði, tækni, lyfjum, aðstöðu, allt persónulegra og einstaklingsmiðaðra og opin umræða um viðkvæm málefni. Flest allt breytingar til góðs já, en ljósmæður í dag eru mjög háðar tækjum eðlilega, allt þarf að vera skráð. Það tekur tíma og getur verið á kostnað nærveru og nándar við skjólstæðing.

Ég er þakklát að hafa bæði kynnst ýmsum gömlum aðferðum, en líka náð inn í þessa tækniveröld og upplifað þessar miklu breytingar sem hafa átt sér stað innan þessa fags. Það er ómetanlegt og mikill lærdómur. En eitt breytist ekki og það er sú næmni og það innsæi sem góð ljósmóðir þarf að búa yfir, tala nú ekki um þolinmæði og þrautseigju. Í raun er þetta eins og listgrein.

Einhver skilaboð að lokum? Ég er full aðdáunar að sjá kraftinn í þessari ljósmæðrakynslóð sem nú er að störfum, sem lætur í sér heyra og framkvæmir. Á seinni hluta míns starfsferils fannst mér ekkert skemmtilegra en að vera með nemum og læra af þeim, ég gat þá alveg eins miðlað einhverju af minni reynslu, held það hafi alltaf blundað í mér pínulítið kennarablóð.

Nú þegar ég horfi til baka og er hætt störfum á þessu leiksviði lífsins og leik mér við önnur áhugamál, stendur algjörlega upp úr sá vin-skapur sem skapast hwefur með öllum þeim yndislegu ljósmæðrum og því fólki sem ég hef kynnst og unnið með. Það er mikil gæfa.

Ég þakka Þóru Filippusdóttur innilega fyrir sam-starfið á liðnum árum og fyrir þetta skemmtilega samtal sem við áttum.

Litlir fætur marka djúp spor

„*Sorgin þarf hvorki ramma né skilgreiningu – hún þarf farveg*“

HÓFUNDUR RITSTJÓRN

Gleym mér ei er félag sem stofnað var af foreldrum sem misst höfðu barn á meðgöngu eða stuttu eftir fæðingu árið 2013. Stofnfélagar voru þær Þórunn Pálsdóttir, Anna Lís Þjörnsdóttir og Hrafnhildur Hafsteinsdóttir, en þær áttu allar þessa sáru reynslu sameiginlega að hafa misst barn og höfðu börnin þeirra verið jörðuð í duftreitnum í Fossvogi. Upp-haflegur tilgangur félagsins var að gera endurbætur á duftreitnum en eftir að þeirri vinnu lauk var ljóst að þörf væri á slíku félagi til að koma fleiri hug-myndum í framkvæmd. Nú heldur *Gleym mér ei* utan um styrktarsjóð og styrkir og vinnur að fjölmörgum verkefnum sem tengjast missi á meðgöngu, í fæðingu eða á fyrstu mánuðum í lífi barns. Má þar nefna kaup á kælivöggum, minningakössum, fatnaði fyrir and-vana börn og bæklingagerð. Þá er haldin minningar-stund ár hvert fyrir foreldra. Auk þess býður félagið upp á stuðningshópastarf í samvinnu við Sorgar-miðstöð, samtöl við foreldra sem hafa misst og jafningjastuðning. *Gleym mér ei* hefur sannarlega lyft grettistaki í okkar samfélagi varðandi sorgarúrvinnslu á þessum viðkvæma tíma í lífi foreldra og ekki síst með því að opna umræðuna og skapa rými fyrir fólk sem hefur misst.

Þann 19. apríl síðastliðinn var haldin ráðstefna á vegum *Gleym mér ei* í tilefni af 10 ára afmæli félagsins. Ráðstefnan, sem var um missi í barneignar-ferlinu, var ætluð heilbrigðisstarfsfólki og var haldin í samstarfi við fagráð Ljósmæðra á Landspítala, Háskóla Íslands, Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsu-gæslu og Ljósmæðrafélag Íslands. Mikill áhugi var fyrir ráðstefnunni, uppselt var á viðburðinn, en fyrir þá sem ekki komust var einnig hægt að fylgjast með ráðstefnunni í streymi.

Dagskrá ráðstefnunnar var fjölbreytt. Þar héldu erindi heilbrigðisstarfsfólk og vísindafólk í fremstu röð sem og hugrakkar mæður sem deildu reynslu sinni af missi. Fundarstjórar voru þær Helga Gott-freðsdóttir prófessor í ljósmóðurfræði og Jennifer Kim Cowper, ljósmóðir á sængurkvennadeild Land-spítala.

Ráðstefnan hófst með ávarpi Þórunnar Pálsdóttur og Ingunnar Sifjar Höskuldsdóttur, formanns *Gleym mér ei*. Þær sögðu frá tilurð félagsins og deildu eigin reynslu og reynslu formæðra sinna. Á árum áður var viðhorf samfélagsins gjarnan það að vernda ætti foreldra frá sorginni með því að koma í veg fyrir tengingu þeirra við barnið. Oft var móðurinni gefið róandi lyf í lok fæðingar og síðan var farið með barnið af fæðingarstofunni án þess að hún eða föðurnum væri gefinn kostur á að sjá barnið. Þá voru börnin oft jörðuð án þess að fá nafn og oft með ókunnugu fólki. Foreldrum var ráðlagt að gleyma því sem hafði gerst og viðhorf eins og að „þetta hafi nú eiginlega ekki verið barn“ voru við-tekin í samfélaginu.

Þórunn og Ingunn sögðu anda *Gleym mér ei* vera spröttinn frá foreldrum sem neituðu að taka í mál að gert væri lítið úr missi á meðgöngu eða missi snemma í lífinu. Í félaginu væru komnir saman foreldrar sem neituðu að grafa tilfinningar djúpt í eigin líkama og höfnuðu því að láta eins og ekkert hefði í skorist og gleyma þessum litlu sálum líkt og þær hefðu aldrei verið til. *Gleym mér ei* fagnaði nú 10 ára afmæli en baráttuandi félagsins er mun eldri. Þær sögðust afar stoltar af því hversu margt hefur áunnist á síðustu árum en baráttunni væri þó ekki lokið. Þórunn og Ingunn brýndu fyrir ráðstefnugestum að vanmeta ekki þau áhrif sem við heilbrigðisstarfsfólk gætum öll haft með hlustun, hlýju og nærveru. Sorgin þurfi hvorki ramma né skilgreiningu, heldur farveg.

Að loknu ávarpi Þórunnar og Ingunnar steig Willum Þór Þórsson, heilbrigðisráðherra í pontu. Hann þakkaði af auðmýkt *Gleym mér ei* fyrir þeirra góða og mikilvæga starf í þágu syrgjandi foreldra. Hann tók undir áherslu samtakanna um að ekki væri hægt að leggja mat á sorg foreldra út frá meðgöngu-lengd og hét því að bæta stuðning við þá foreldra sem missa á 2. þriðjungi meðgöngu. Til vitnis um það loforð væri fullur salur ráðstefnugesta ásamt Guðlaugu Einarsdóttur skrifstofustjóra heilbrigðis-ráðuneytisins. Uppskar hann lófatak allra viðstaddra.



Stjórn Gleym mér ei ávarpar ráðstefnugesti.

Þá flutti Agnar Helgason frá Íslenskri erfðagreiningu erindið *Mæður sem missa barn eru líklegri til að deyja fyrir aldur fram*. Þessi rannsókn er hluti af stærri rannsókn Unnar Valdimarsdóttur, en hún hefur fjallað um áhrif áfalla og streitu á heilsu fólks. Aðkoma Agnars og Kára Stefánssonar að þessu efni var að skoða Íslendingabók og kanna hvort það hefði áhrif á líftíma foreldris að missa barn. Í stuttu máli kom í ljós að mæður sem missa barn lifa skemur en mæður sem búa ekki yfir þeirri reynslu. Það sem var athyglisvert var að áhrif barnsmissis á lifun mæðra var svipuð í fátækt 19. aldar þar sem ungbarnadauði var furðulega hár, og í ríkidæmi nútíma Íslands, þar sem ungbarnadauði er óvenjulega sjaldgæfur. Barnsmissir hafði ekki sömu áhrif á líftíma fedra í þessari rannsókn. Dregin var sú ályktun að ólíklegt væri að skemmri lifun mæðra sem missa barn sé af völdum menningarlegra eða félagslegra þátta, heldur sé frekar að leita orsaka í líffræðilegum mun milli kven- og karldýra, enda móðir og afkvæmi grunneining hjá öllum hópum spendýra.

Þá var komið að erindi Karin Pettersson, sem er fæðingarlæknir í Svíþjóð og hefur verið viðloðin andvana fæðingar og skráningar þeim tengdum frá árinu 1991. Skráningarkerfið í Svíþjóð er að mörgu leyti fyrirmynd fyrir okkar skráningarkerfi og kynnti Karin í erindi sínu helstu tíðnitölur og orsakir fyrir andvana fæðingum þar í landi. Samkvæmt reynslu Karinar er afar mikilvægt fyrir foreldra sem missa að fá einhver svör. Það hjálpaði þeim við úrvinnslu

í sorgarferlinu, mæður kæmust fyrr út á vinnu-markaðinn, og enn fremur skipti það líka máli þegar kæmi að frekari barneignum.

Eftir kaffihlé kom Arna Ingimundardóttir ljós-móðir og sagði áhrifaríka sögu sína og Mikæls Nóa. Ritstjórn *Ljósmeðrablaðsins* hafði samband við hana eftir ráðstefnuna um að deila með lesendum blaðsins þeirri sögu og birtist hún í blaðinu.

Það var vel við hæfi að næst kynnti Ragnheiður I. Bjarnadóttir, fæðingarlæknir, fyrirhugaða doktorsrannsókn sína á andvana fæðingum á Íslandi frá árunum 1996–2019, en Karin Pettersson er einmitt ein af hennar leiðbeinendum. Ragnheiður lagði áherslu á mikilvægi þess að skoða hvert tilfelli til að draga af þeim lærdóm, líkt og Karin benti á í sínu erindi. Þar spilaði vefjarannsókn stórt hlutverk. Í fyrirhugaðri rannsókn skiptir Ragnheiður hópnum upp í tvenn 13 ára tímabil, annars vegar árin 1996–2008 (225 konur) og hins vegar árin 2009–2021 (160 konur). Skilin milli hópanna liggja einmitt á þeim tíma sem gangsetningum fjölgar talsvert hér á landi. Veruleg lækkun á tíðni andvana fæðinga verður á milli tímabila og verður spennandi að sjá hvað rannsókn hennar mun leiða í ljós. Þær niðurstöður sem Ragnheiður deildi með ráðstefnugestum benda til að konur með annað tungumál en íslensku að móðurmáli séu í aukinni hættu á að missa og að brýn þörf sé á að heilbrigðisþjónustan beini sjónum sínum að þessum viðkvæma hópi.

Næst á mælendaskrá var Þóra Steffenson, sér-

Fullur ráðstefnusalur, en færri komust að en vildu á fyrstu ráðstefnu *Gleym mér ei*.

fræðingur í barna- og réttarmeinafræði. Þóra býr og starfar í Tampa, Flórída þar sem hún rannsakar sirka 2.600 fylgjur á ári, en hún er einnig í hlutastarfi á Landspítalanum. Hún fjallaði um í erindi sínu hvað meinafræðingar gætu sagt heilbrigðisstéttum um fylgjur og fóstur í andvana fæðingum. Samkvæmt Þóru er orsök að finna í 10–25% tilfella hjá fóstri en í 11–65% tilfella í fylgju. Þá geti óþekkt orsök verið mismunandi eftir því hvernig flokkunarkerfi er stuðst við. Þóra lagði áherslu á að mikilvægt væri að skoða alltaf fylgju og fóstur í tengslum við andvana fæðingar, því þótt orsökkin virtist augljós sýndi það sig að í um 35% tilfella væri um fleiri en eina orsök að ræða. Þá ítrekaði hún, rétt eins og Karin og Ragnheiður, að afar mikilvægt væri fyrir foreldra að fá slíkar viðbótarupplýsingar, ef til dæmis kæmi í ljós að barnið hefði ekki átt lífsvon, gæti það skipt foreldra miklu máli varðandi þeirra sorgarúrvinnslu.

Síðasti fyrirlestur fyrir hádegishlé var í höndum Snjólaugar Sveinsdóttur nýburalæknis og Sigríðar Maríu Atladóttur, deildarstjóra á vökudeild. Þær ræddu reynslu sína af andlátum á vökudeildinni. Snjólaug sagði frá því að viðhorf hefðu breyst á hennar starfstíma. T.d. væri viðurkennt að við sem heilbrigðisstarfsmenn hefðum tilfinningar og þyrftum stuðning sjálf við erfið tilfelli í starfi. Þá hefðu viðhorf til foreldra einnig breyst og viðurkennt að mörk siðferðis, mannúðar og læknisfræði væru sífellt að skarast. Snjólaug lagði áherslu á að á Íslandi væri það lækinn sem bæri ábyrgð á meðferð barna

varðandi erfiðar ákvarðanir um lífslok eða þegar dregið er úr meðferð, til dæmis ef taka á barn af öndunarvél. Snjólaug og Sigríður lögðu áherslu á að verklag vökudeildar byggði á þverfaglegri nálgun, ákvörðun um meðferðarstig væri í höndum fagfólks, en auðvitað væri tekið tillit til óska foreldra. Ræddar voru siðferðislegar spurningar eins og hvort útsetja ætti barn fyrir meðferð ef það væri lítil lífsvon. Markmið vökudeildar væri að ekkert barn þyrfti að þjást við lífslok og að börn ættu að fá að deylla umvafin ást og umhyggju. Þær töluðu báðar um að framlag *Gleym mér ei* bæði hvað varðar minningakassann og varðandi kælivöggur væri mjög mikilvægt fyrir vökudeildina. Minningakassinn gæti þannig verið upphaf af samtali um mikilvægi minninga og útlit kælivöggunar í tækniumhverfi vökudeildar skipti einnig miklu máli, að hún líktist rúmi barnsins og umhverfið yrði þannig hlýlegra og heimilislegra fyrir foreldra. Að lokum var rætt um möguleikann á að hafa lífslok heima eða flutning heim eftir andlát. Snjólaug og Sigríður sögðu að lokum reynslusögur þar sem skilaboð til ráðstefnugesta voru að yfirleitt væri hægt að framkvæma allt, okkar hlutverk væri að finna leiðir.

Eftir hádegishlé var komið að Kypros Nicolaides, sem hélt erindi frá London í gegnum streymi. Kypros er brautryðjandi í ómskoðunum á meðgöngu sem og í aðgerðum á börnum í móðurkviði. Hann hóf fyrirlesturinn á því að segja frá sögu ómskoðana og hvernig sú tækni hefur þróast



Minningarkassi Gleym mér ei.

frá því að vera flókin og fyrirferðarmikil og á færi mjög fárra sérfræðinga yfir í að vera mun aðgengilegri skoðun/meðferð eins og við þekkjum í dag – og fljótlega hluti af eðlilegri færni ljósmæðra á sérhæfðum fæðingardeildum. Þá fór Kypros yfir skimanir á litningagöllum og framfarir varðandi skimun og meðferð á konum með háþrýsting og meðgöngueitrun t.d. í tengslum við magnýlgjöf, sem og skimanir í tengslum við börn sem eru í hættu á fyrirburafæðingu vegna leghálsbilunar.

Næst í pontu steig Ína Lóa Sigurðardóttir, framkvæmdastjóri Sorgarmiðstöðvar. Ína sagði okkur frá því að þessi tiltekni dagur, 19. mars væri fæðingar- og dánardagur litlu dóttur hennar, Marínar, sem hefði fæðst fyrir 20 árum. Þau hjónin fengu þær erfiðu fréttir í sónar að litla stúlkan þeirra ætti sér ekki lífsvon og í framhaldi var ákveðið að binda enda á meðgönguna. Þessi fyrsta fæðing Ínu var afar erfið, bæði andlega og líkamlega. En hvað situr eftir nú 20 árum síðar? Ína sagði frá því að það sæti ennþá í henni að hafa ekki viljað segja frá því að eitthvað hefði verið að – hún vildi ekki að fólk hugsaði með sér að það væri gott að litla stúlkan hennar hafi fengið að fara, með því fengi líf hennar minna vægi og samúðin til þeirra foreldranna yrði minni. Fyrir þessum árum hefði samfélagið ekki gert sér grein fyrir því hvað það er stórt að missa barn á meðgöngu. Í hennar tilfelli var sorgin svo djúp að hún náði ekki að vinna með hana heldur ýtti henni dýpra og dýpra ofan í skúffu sem einn daginn flæddi upp úr, eða

þegar Ína missti manninn sinn nokkru síðar og þurfti þá að vinna úr þessari tvöföldu sorg. Ína lagði áherslu á hversu mikilvægt það væri að foreldrar fengju stuðning og rými til að vinna úr sorginni, það skipti öllu máli.

Svandís Edda Gunnarsdóttir var næst og fjallaði hún um lokaverkefni sitt í ljósmóðurfræði „*Það þarf einhver að grípa mann*“. *Reynsla kvenna og stuðningur af missi á meðgöngu*. Kveikjan að rannsókninni var eigin reynsla en Svandís fæddi sjálf andvana dreng, Heiðar Örn fyrir 8 árum. Í erindi Svandísar sagði hún lauslega frá þeirri þjónustu/úræðum sem foreldrum stendur til boða á Íslandi og dró fram mikilvægi þess að styðja vel við foreldra á þessum viðkvæma tíma. Hún dró fram ólík úrræði sem standa til boða annars vegar fyrir 22 vikna og hins vegar eftir 22 vikna meðgöngu – þrátt fyrir að sorgin spyrji ekki um aldur barns/fósturs í móðurkviði. Markmið rannsóknarinnar var að meta reynslu kvenna af því að missa barn á meðgöngu og þeim stuðningi sem stóð til boða í kjölfar missis. Niðurstöður sýndu að flestar konur myndu vilja sterkara kerfi, einhverja eftirfylgni, sem myndi grípa foreldra eftir missi. Þetta átti sérstaklega við konur sem misstu fyrir 22 vikur. Svandís benti á að ein leið væri að þróa eftirfylgnikerfi á heilsugæslunni og koma þannig betur til móts við þarfir þessara foreldra.

Dagbjört Eiríksdóttir djákni kom næst og ræddi um sálgæslu við missi á meðgöngu og á vökudeild. Dagbjört þakkaði sérstaklega þessum hugrökku og



Áhugasamir ráðstefnugestir hlusta á erindi.

örlátu mæðrum dagsins sem höfðu deilt reynslu sinni. Hún ræddi almennt um sorgarviðbrögð og ítrekaði það sem komið hafði endurtekið fram fyrir um daginn að vikuföldi væri ekki mælikvarði á sorg – að konur ættu ekki að þurfa að spyrja sig „er ég gengin nógu langt?“ Þá ræddi Dagbjört um hlutverk sálgæslunnar og mikilvægi þess að virkja tengsl í fjölskyldum og hjálpa fólki að tala saman. Það væri mikilvægt að einangrast ekki og hjálpa fólki að vera samferða, að valdefla foreldra, finna tilgang og skapa minningar eins og *Gleym mér ei* legði áherslu á. Dagbjörg lauk erindi sínu með því að beina orðum sínum að okkur sem fagfólki – að við þyrftum líka að hlúa að okkur sjálfum.

Síðasta erindi dagsins flutti Helga Sól Ólafsdóttir félagsráðgjafi, sem fór yfir réttindi fólks við missi. Hún sagði frá nýrri löggjöf sem gekk í gildi um síðustu áramót og kallast sorgarleyfi. Sorgarleyfi er fyrir foreldra á vinnumarkaði sem missa barn yngra en 18 ára. Réttur til sorgarleyfis myndast við 25% starf eða eigin rekstur en aðrir eiga rétt á sorgarstyrk. Ef missir verður við 18-22 vikna meðgöngu er sjálfstæður réttur foreldra til sorgarleyfis tveir mánuðir en eftir 22 vikur eykst rétturinn í þrjá mánuði. Helga Sól fór auk þess um víðan völl og ræddi til dæmis sérstakar aðstæður sem geta komið upp eins og ef annar tvíburinn lifir en hinn deyr. Þá velti hún fyrir sér af hverju mörkin á sorgarleyfi hefðu verið dregin við 18 vikna meðgöngu, hvað lægi þar að baki og hver tæki slíkar ákvarðanir? Hún

lauk máli sínu með því að taka undir að margt gott hefur áunnist á síðustu árum varðandi sorgarferli í tengslum við missi en alltaf væri hægt að gera betur.

Í lok dags voru pallborðsumræður leiddar af Önnu Sigríði Vernharðsdóttur ljósmóður. Í pallborði voru auk hennar Ingunn formaður *Gleym mér ei*, Ragnheiður Bjarnadóttir fæðingarlæknir og Bjarney Hrafnberg sem hefur unnið brautryðjendastarf í tengslum við eftirfylgni foreldra eftir andvana fæðingar á Landspítalanum. Þær voru allar sammála um að dagurinn hefði verið áhrifaríkur og þessar hugrökku reynslusögur mæðra myndu lifa með okkur ráðstefnugestum. Þá tækjum við sem heilbrigðisstarfsfólk með okkur eftir daginn mikilvægi þess að bæta eftirfylgni almennt eftir andvana fæðingar og þá sérstaklega þjónustu við foreldra sem missa fyrir 22 vikur. Þá var almennt rætt um eftirfylgni og hvar eðlilegast væri að slíkri þjónustu væri best borgið og voru flestir á því að hún ætti heima í heilsugæslunni. Ingunn ræddi líka sérstaklega um mikilvægi stuðnings við feður, en enn þá veigruðu þeir sér við að leita eftir sérhæfðum stuðningi. Þá væri óplægður akur varðandi stuðning við missi á fyrsta þriðjungi meðgöngu.

Í lok dags var *Gleym mér ei* þakkað sitt kraftaverkastarf og ljúfir tónar GDRN og Magnúsar Jóhanns fylgdu okkur ráðstefnugestum út í vorkvöldið.

Saga Mikael's Nóa

Sögð af móður hans, Örne Ingimundardóttur á ráðstefnu Gleym mér ei



HÖFUNDUR ARNA INGIMUNDARDÓTTIR, ljósmóðir

Missir á meðgöngu er eitthvað sem ég hef verið meðvituð um síðan ég var ung stelpa. Þegar ég var unglingur kom í ljós að ég er með tvískipt leg, tvo leghálsa og vinstri hlutinn er nær alveg lokaður. Það var því mikil óvissa um hvort og hvernig meðgöngur mínar myndu ganga. En ég eignaðist síðar tvö börn, sem nú eru 10 ára og 5 ára. Ég gekk með þau bæði í hægri hlutanum og þau fæddust bæði eftir 34 vikna meðgöngu. Á síðasta ári varð ég svo ólétt í þriðja sinn, en hann Mikael Nói minn var í vinstri hlutanum. Sá hluti hefur alltaf verið með meira vesen ef svo má segja og því meiri óvissa um hvernig myndi ganga í þetta sinn, með barn í vinstra legi. Auðvitað vonuðu allir og trúðu að allt myndi ganga vel og það var mikil tilhlökkun á heimilinu.

Mikael Nói dafnaði vel, allar skoðanir komu vel út og hann var duglegur að sparka í mömmu sína, svo við vorum jákvæð og spennt. Ég var síðan stödd í Reykjavík þann 26. júní á síðasta ári, þá gengin 21 viku og vegna samdrátta og verkja var ég lögð inn á Landspítalann í eftirlit. Ég var ein, maðurinn minn var heima á Sauðárkróki, en ég gerði fastlega ráð fyrir að komast heim daginn eftir. Um kvöldið fóru hins vegar verkirnir aðeins að aukast en ég hélt lengi í vonina um að allt yrði í lagi. Ég hafði upplifað allskonar samdrætti, verki og hótandi fyrirburafæðingu á fyrri meðgöngum og vonin var sterk um að allt yrði í lagi núna eins og þá. Allt í einu var svo eins og einhver hefði ýtt á takka. Samdrættir komu á 2-3 mín fresti með óbærilegum verkjum og þrýstingi. Ég hringdi í manninn minn sem brunaði af stað. Ég fékk mjög fljótt rembingsspörf og þá vissi ég að það yrði ekki allt í lagi.

Það var ekki vitað hvort ég gæti fætt eðlilega frá vinstri hluta legsins míns og talið var að líklega þyrfti ég að fara í keisara. Tilfinning mín var sú að ég væri að rembast á vegg og að það væri ekki leið út fyrir drenginn minn. Þessir verkir sem ég tókst á við voru á allt öðru plani en í fyrri fæðingum og ég grátbað um að komast á skurðstofuna því drengurinn

minn kæmist ekki út. Mér fannst nógu hræðilegt að ég væri að fæða hann og að hann myndi deyja og ég vildi ekki að hann upplifði neitt stress eða erfiðleika. Stundin sem ég áttaði mig á því að ég gæti ekki stoppað þetta ferli, að ég gæti engu breytt og að ég væri að missa barnið mitt var vægast sagt óbærileg. Sonur minn sem var búinn að stækka og dafna svo vel. Hann var búinn að gera allt sem hann átti að gera en vegna mín, móður hans, væri hann að fæðast alltof snemma. Sektarkenndin ætlaði að rífa mig í sundur. Ég gat þó lítið einbeitt mér að öðru en verkjunum sem ég var með. Ég verð ævinlega þakklát fyrir að það var ákveðið að fara með okkur upp á skurðstofu. Þar fékk ég mænudeyfingu og gat slakað á. Ég gat einbeitt mér að verkefninu framundan, verið á staðnum. En þegar til kom þurfti ég ekki að fara í keisaraskurð, því einhver leið opnaðist fyrir hann.

Ég fæddi sjálf elsku fallega son minn, hann Mikael Nóa, á skurðstofunni á Landspítalanum þann 27. júní. Hann vó 400 g og var fullkominn í alla staði, afskaplega líkur stóra bróður. Ég fékk síðan þennan fullkomna demant í fangið og upplifði þúsund tilfinningar. Yfirþyrmandi ást, stolt og aðdáun og um leið kæfandi sorg. Þótt ég væri með allar þessar tilfinningar var ég samt svo ótrúlega dofin, tóm og vanmáttug.

Maðurinn minn kom síðan til okkar, eftir rúmlega 3ja klukkustunda akstur. Hann fékk drenginn sinn í fangið og saman fórum við niður á sængurkvennagang. Þar vorum við fram eftir degi, afskaplega dofin og tóm með drenginn okkar í kælivögg. Við fórum heim þennan sama dag. Við settum Mikael Nóa í kassa og ég sat með hann í fanginu í bílnum á leið norður. Það var ótrúlega skrytín og óraunveruleg tilfinning að vera í umferðinni í Reykjavík, stoppa á rauðu ljósi, fólk á leið heim í kvöldmat í bílunum í kring en ég með drenginn minn dáiinn í kassa í fanginu. Þannig keyrðum við í þrjá og hálfan tíma, heim á Sauðárkrók.



Arna með dóttur sinni, Ástrósu Huldu.

Við fengum fjóra daga, áður en við jörðuðum hann, þar sem hann var í vöggu í kæli á sjúkrahúsinu heima á Sauðárkróki. Þessir fjórir dagar voru svo ótrúlega dýrmætir. Eldri systkini hans fengu að sjá bróður sinn, kyssa hann og knúsa og fyrir það er ég svo þakklát. Það var líklega besta ráðið sem ég fékk, að leyfa þeim að taka þátt. Þau fengu að sjá bróður sinn, snerta hann, halda á honum og kyssa hann og við gátum búið til þessar minningar. Ömmur og afar fengu líka að kynnst honum, systkini okkar beggja sem og vinkona mín. Ég fór síðan sjálf til Mikael's Nóa á kvöldin þegar eldri börnin voru farin að sofa. Ég söng fyrir hann eins og ég hafði gert fyrir eldri systkini hans, kyssti lítinn kaldan nebba aftur og aftur, knúsaði og bauð góða nótt. Þessi skipti sem ég fékk með honum hjálpuðu mér að kveðja hann. Og þótt ég hafi ekki verið tilbúin að kveðja hann, þá fannst mér, eftir þessa fjóra daga, vera kominn tími til að hann fengi að hvíla sig. Mikael Nói var jarðaður á æskuheimili mannsins míns á Reynistað í Skagafirði, þar sem er bæði kirkja og kirkjugarður. Nánasta fjölskylda okkar kom og við héldum smá athöfn í kirkjunni. Við Jóí, maðurinn minn, tókum frá tvö pláss fyrir okkur hjónin í garðinum og Mikael var lagður þar í miðjuna. Hann kúrir því í mömmu- og pabbaholu þar til við leggjumst hjá honum. Ég fer

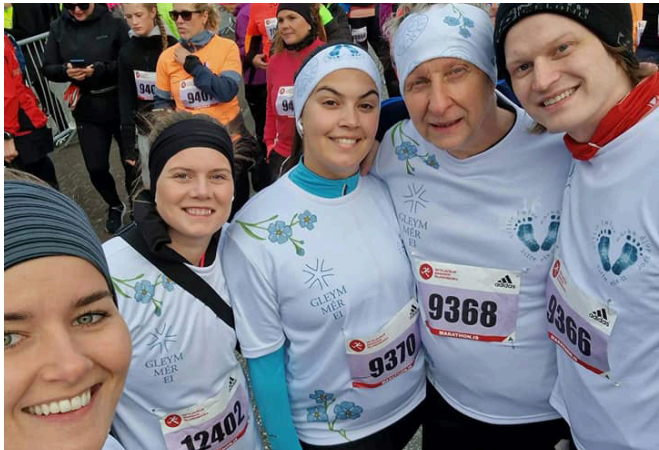


Arna og Mikael Nói.

oft til hans þarna í sveitina. Þar get ég setið í ró og næði, þar eru engin læti og ég hlusta á fuglasöng eða horfi á norðurljósin.

Mikael Nói hefur gefið okkur fjölskyldunni ákveðnar hefðir. Fjölskylda og vinir tóku sig saman og hlupu í Reykjavíkumaraþoninu, með nafnið hans á bakinu og söfnuðu fyrir *Gleym mér ei*. Ég held að ég hafi grátið í hvert sinn sem einhver í *Gleym mér ei* bol hljóp framhjá. Mér finnst líklegt að þetta verði árlegur viðburður. Um áramótin sagði Ingimundur, eldri sonur minn að sér þætti erfitt að Mikael Nói fengi ekki að horfa á flugelda með okkur. Þá kviknaði sú hugmynd að skjóta upp flugeldum við hliðina á kirkjugarðinum, rétt hjá litla bróður, svo Mikael Nói fengi að taka þátt í flugeldasýningunni með okkur. Þetta er líklega eitthvað sem við munum gera á hverju ári.

Ég verð ævinlega þakklát starfsfólkinu á Landspítalanum. Að sýna samúð og manngæsku skiptir öllu í svona aðstæðum. Ég segi eins og svo margir aðrir foreldrar og einstaklingar sem hafa misst, mér þótti meira vænt um það ef starfsfólk, sem og annað fólk, sýndi tilfinningar. Mér fannst oftast vera hlustað á mig og það skipti mig miklu máli. Það var ekki bara þegar kom að stórum ákvörðunum, eins og að fara upp á skurðstofu, sem er engin smá beiðni.



Hlaupið til styrktar Gleym mér ei.

En litlu hlutirnir skipta líka máli. Mér þótti vænt um að leitað var að naglalakkseyði fyrir mig um allt sjúkrahús, af því ég var með fjóluþlátt naglalakk og mig langaði alls ekki að vera með það á þeim myndum sem ég ætti af okkur með Mikael Nóa. Það sýndu mér margir hlýju og samúð á Landspítalanum og ég fékk margar hendur til að halda í þegar verkirnir voru sem mestir. Mér er líka minnisstæð kona sem sat hjá mér á skurðstofunni, líklega skurð- eða svæfingarhjúkrunarfræðingur. Hún hélt í höndina á mér allan tímann í gegnum allar hríðar þar til mænudeyfingin fór að virka og líka á eftir. Og ég sagði við hana „þú mátt sleppa mér ef þú þarft að vinna eitthvað“ og þá svaraði hún „nei ég er einmitt þar sem ég þarf að vera“. Þessi hlýja skiptir öllu máli.

Móðir mín spurði mig eftir mína reynslu, hvort ég hefði sem ljósmóðir gert mér grein fyrir þeirri lífsreynslu sem foreldrar væru að ganga í gegnum í tengslum við missi. Ég gat svarað henni strax „NEI, ALLS EKKI“. Sú sorg, tilfinningar og breytingarnar sem hafa fylgt þessu öllu eru svo miklu flóknari, sterkari og erfiðari en ég hafði gert mér í hugarlungd. Ég hefði aldrei trúað því hvernig þessi tilfinning er, hvernig maður ræður lítið sem ekkert við allar þessar tilfinningar, þessi líkamlegu einkenni og þennan söknuð. Ég er að eilífu breytt, ég sé mig sem Örnur fyrir og eftir Mikael Nóa.

Þessi reynsla breytti í mér kjarnanum. Ég hef þurft að læra hvernig þessi breytta ég passa inn í mitt eigið líf, mína eigin rútínu. Því ég er ekki sama Arna, ég er ekki sama ljósmóðirin, ég er ekki sama eiginkonan, mamman, dóttirin, systirin né vinkonan. Ég er vonandi ekkert verri, kannski þroskaðri og vonandi skilningsríkari. Ég mun aldrei verða alveg eins og ég var.

Það sem skipti mig afar miklu máli þegar ég hugsa til baka, var viðurkenning á minni sorg og

hversu mikil hún var og er ennþá. Öll blóm, gjafir, knús og kveðjurnar sem ég fékk voru ákveðin viðurkenning. Kassinn frá *Gleym mér ei* sem ég fékk eftir fæðinguna var líka viðurkenning. Ég fann fyrir létti þegar ég opnaði kassann, því þessir fallegu hlutir og mikilvægu orð sem voru í honum sögðu mér að ég mætti svo sannarlega vera sorgmædd.

Ég veit ekki hvort það hjálpaði mér í þessum aðstæðum að vera ljósmóðir. Ég var fyrst og fremst mamma. En vonandi mun þessi reynsla verða til þess að ég verði ennþá betri ljósmóðir nú og í framtíðinni. Ef það er eitthvað sem ég vil koma á framfæri þá er það að gera aldrei lítið úr svona áfalli og aldrei gera lítið úr sorginni. Við ljósmæður vitum svo einstaklega vel að foreldrar koma inn í barneignarferlið með mismunandi sögu, ólíka reynslu eða áföll í bakpokanum. Ég held að ég hafi aldrei gert lítið úr slíkri reynslu, en ég hef áttað mig enn betur á því að ég get aldrei sett mig algjörlega í spor annarra og þeirra sorg. Sonur minn flokkast sem fóstur og það er talað um fósturlát. Sem ljósmóðir þekki ég vel þessa flokkun og skil hugsunina á bak við hana. En hann Mikael Nói minn er barn. Hann er barnið mitt og sem móður finnst mér afskaplega erfitt ef einhver tali um fóstur. Ég mun líka taka það með mér að tala aldrei um annað en barn, ef það er orðið sem foreldrar velja.

Þetta hefur verið margfalt erfiðara en ég gerði mér grein fyrir, þrátt fyrir að vera ljósmóðir. Ég hefði aldrei getað ímyndað mér þetta. Ég mun alltaf sakna þess að kyssa litla kinn og lítinn nebb. Ég mun halda áfram að sakna hans, ég mun halda áfram þrátt fyrir hnútinn í brjóstinu sem er alltaf til staðar en ég er og mun alltaf vera þakklát fyrir að eiga litla drenginn minn og fyrir allt sem hann gaf mér og gefur ennþá.



Mikael Nói með Jóa, pabba sínum.

Íslenskar ljósmæðrarannsóknir

HÖFUNDUR DR. BERGLIND HÁLFDÁNSDÓTTIR

Ljósmæðrablaðið hefur undanfarin ár tekið saman upplýsingar um ljósmæðrarannsóknir sem íslenskar ljósmæður sinna, hérlandis og erlendis, og árið í ár er engin undantekning. Hugmyndin með slíkri samantekt er að ljósmæður geti í blaðinu nálgast ekki einungis þær rannsóknargreinar sem birtar eru á síðum þess heldur einnig upplýsingar um á hvaða vettvangi öðrum íslenskar ljósmæður hafa kynnt áhugaverðar niðurstöður sem nýst geta í störfum okkar á klínískum vettvangi. Með þessu vill *Ljósmæðrablaðið* styðja við metnað íslenskra ljósmæðra til að vera ávallt í fremstu röð í þjónustu við konur og fjölskyldur þeirra.

Þessi misserin stunda tvær íslenskar ljósmæður doktorsnám í ljósmóðurfræði, þær Embla Ýr Guðmundsdóttir og Edythe Mangindin. Gera má ráð fyrir að Embla Ýr verji doktorsverkefni sitt á næstu mánuðum og mælir *Ljósmæðrablaðið* eindregið með að ljósmæður fylgist með fréttum af því. Íslenskar ljósmæður taka áfram þátt í alþjóðlegu og innlendu rannsóknarsamstarfi, og meðal verkefna má nefna:

- COST verkefnið Childbirth Cultures, Concerns, and Consequences: Dr. Helga Gottfredsdóttir.
- MiMo módelið, umönnun í barneignarferlinu í norrænu samhengi á forsendum kvenna: Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir.
- The Nordic Homebirth Study: Dr. Berglind Hálfðánsdóttir og Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir.
- Verkefnastyrkur Rannís (styrknúmer 196218-051). Erlendar konur á Íslandi: útkoma á meðgöngu, í fæðingu og eftir fæðingu og samskipti þeirra við heilbrigðiskerfið: Dr. Helga Gottfredsdóttir, Embla Ýr Guðmundsdóttir og Edythe L. Mangindin.
- COST verkefnið Perinatal Mental Health and Birth-Related Trauma: Maximising best practice and optimal outcomes (CA18211): Dr. Sigfríður Inga Karlsdóttir, Dr. Sigríður Sía Jónsdóttir og Dr. Valgerður Lís Sigurðardóttir (varafulltrúi).

- Nordic Network of Academic Midwives (NorNAM): Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Dr. Helga Gottfredsdóttir og Dr. Berglind Hálfðánsdóttir
- INTERSECT - International Survey of Childbirth-Related Trauma: Dr. Valgerður Lís Sigurðardóttir og Dr. Emma Marie Swift.
- Verkefnastyrkur Rannís (styrknúmer 218139-051). Áhrifaþættir neikvæðrar fæðingarupplifunar afhjúpaðir: faraldsfræðileg nálgun: Dr. Emma Marie Swift, Dr. Helga Gottfredsdóttir og Dr. Valgerður Lís Sigurðardóttir.
- Verkefnastyrkur Rannís (styrknúmer 195900-053). Hagstæðasta meðgönguvikan fyrir framköllun fæðingar: Erum við á réttri leið?: Dr. Emma Marie Swift.
- iPOP rannsóknarhópurinn (International Perinatal Outcomes in the Pandemic Study) um áhrifaþætti fyrirburafæðinga í heimsfaraldri. Dr. Emma Marie Swift.
- Heilsutengd lífsgæði, lífshættir og verkir meðal almennings á Íslandi: Uppbygging á viðtækum gagnagrunni. Dr. Sigfríður Inga Karlsdóttir.
- Nordejordemoderen (Midwife of the North): Kennslusamstarf Norðurlanda

og Eystrasaltslanda: Dr. Valgerður Lísa Sigurðardóttir.

- Poznan University í Póllandi: Rannsóknar- og þróunarverkefni um kennslu um geðheilsuvernd á meðgöngu og eftir fæðingu: Dr. Sigríður Sía Jónsdóttir og Dr. Valgerður Lísa Sigurðardóttir.

Ný kennslubók í ljósmóðurfræði, *Nordic midwifery: Theories and perspectives*, kom út í nóvember 2022. Meðal ritstjóra bókarinnar er Helga Gottfredsdóttir en aðrar íslenskar ljósmæður hafa komið að ritun einstakra kafla. Bókin hefur þegar verið tekin í notkun sem kennsluefni í samnorrænum áfanga um kenningar og líkön í ljósmóðurfræði, meðal annars fyrir doktorsnema í ljósmóðurfræði á Norðurlöndum, og hefur fengið góðar viðtökur. Vonast er til að bókin nýtist einnig í grunn- og framhaldsnámi í ljósmóðurfræði á Íslandi, í Danmörku, Finnlandi, Noregi og Svíþjóð. Nánari upplýsingar um bókina má finna á vef útgefanda: www.studentlitteratur.se/. Eftirfarandi kaflar eru skrifaðir af fimm íslenskum ljósmæðrum og einum íslenskum hjúkrunarfræðingi þar að auki, í samstarfi við fræðimenn frá öðrum Norðurlöndum:

- Midwifery in a Nordic context*: Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Helga Gottfredsdóttir o.fl.
- Midwifery education in the Nordic context*: Helga Gottfredsdóttir o.fl.
- Salutogenesis in midwifery*: Ólöf Ásta Ólafsdóttir o.fl.
- Normal birth*: Emma Marie Swift, Helga Gottfredsdóttir o.fl.
- Midwife–woman relationship*: Ólöf Ásta Ólafsdóttir o.fl.
- Place of birth*: Berglind Hálfðánsdóttir o.fl.
- A Midwifery Model of woman-centred care (MiMo) developed in a Nordic context*: Ólöf Ásta Ólafsdóttir o.fl.
- A theory of professionalism in midwifery for the empowerment of childbearing women*: Sigríður Inga Karlsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir.

Síðasta árið hafa tvær ritrýndar greinar um íslenskar ljósmæðrarannsóknir birst í *Ljósmæðrablaðinu*. Frá síðasta vori hafa birst að lágmarki fimm ritrýndar greinar um rannsóknir sem íslenskar ljósmæður hafa unnið um áhugavert efni og birt í öðrum tímaritum:

- Sigríður Inga Karlsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Birth* í apríl 2022 greinina „Developing a woman-centred, inclusive definition of a traumatic childbirth experience: A discussion paper“. doi.org/10.1111/birt.12634.

- Sigríður Inga Karlsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Birth* í júlí 2022 greinina „Developing a woman-centred, inclusive definition of positive childbirth experiences: A discussion paper“. doi.org/10.1111/birt.12666

- Valgerður Lísa Sigurðardóttir, Helga Gottfredsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Midwifery* í janúar 2023 greinina „Reviewing birth experience following a high-risk pregnancy: A feasibility study“. doi.org/10.1016/j.midw.2022.103508.

- Embla Ýr Guðmundsdóttir, Lilja Vigfúsdóttir og Helga Gottfredsdóttir birtu í *Læknablaðinu* í febrúar 2023 greinina „Tíðni fyrirburafæðinga hjá íslenskum og erlendum konum árin 1997–2018 og helstu áhrifapættir: Lýðgrunduð feril-rannsókn“. laeknabladid.is/tolublod/2023/02/.

- Edythe L. Mangindin, Emma Marie Swift, Helga Gottfredsdóttir og félagar birtu í tímaritinu *Midwifery* í apríl 2023 greinina „Respectful maternity care and women’s autonomy in decision making in Iceland: Application of scale instruments in a cross-sectional survey“. [sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613823000906](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613823000906).

Reglulegir fræðslufundir og ráðstefnur innanlands sem utan eru nú að komast á eðlilegt ról eftir covid faraldurinn. *Normal Birth* ráðstefnan hefur verið haldin tvisvar síðasta árið, annars vegar í Danmörku og hins vegar í Bretlandi. Íslenskar ljósmæður sóttu báðar þessar ráðstefnur, sem hafa þá sérstöðu að efla umræðu um eðlilegar fæðingar. Á vormánuðum var haldin á vegum Félags brjóstagjafaráðgjafa á Íslandi og Ljósmæðrafélags Íslands vinnusmiðja Mayu Bolman og Lisu Lahey um brjóstagjöf. Stuttu síðar var haldin ráðstefna *Gleym mér ei*, Háskóla Íslands, Heilsugæslunnar, Landspítala og Ljósmæðrafélagsins um missi í barneignarferlinu. Þessir viðburðir voru öflug innspýting í umræðu um þessa málaflokka meðal íslenskra ljósmæðra. Á annan tug íslenskra ljósmæðra mun leggja land undir fót í júní á ráðstefnu ICM, alþjóðasamtaka ljósmæðra, sem haldin verður á Balí í þetta sinn. Í það minnsta sex íslensk rannsóknarverkefni verða kynnt á ráðstefnunni. *Ljósmæðrablaðið* hvetur ljósmæður til að halda áfram að mynda tengsl, næra andann og efla þekkingu sína á ráðstefnum hér á landi og erlendis og minnir á styrki starfsmenntunarsjóðs og starfsþróunarseturs BHM, sem Ljósmæðrafélagið er aðili að.

Ljósameðferð í heimahúsi

TENGILÍÐUR fannybmj@landspitali.is

HÖFUNDAR FANNÝ B. MILLER JÓHANNSDÓTTIR, hjúkrunarfræðingur BS, MS
ELÍN ÖGMUNDSDÓTTIR, sérfræðingur í hjúkrun, BS, MS
DR. GUÐRÚN KRISTJÁNSDÓTTIR, prófessor, hjúkrunarfræðingur BS, MS, PHD, FEANS

Inngangur

Nýburagula er eitt algengasta vandamál sem kemur fram hjá annars heilbrigðum fullburða nýburum og greinist hjá um 50% til 60% lifandi fæddra barna á fyrstu viku lífs þeirra (NICE, 2019). Nýburagula er jafnframt ein algengasta ástæða endurinnlagna á sjúkrahús á því tímabili (Snook, 2016). Íslensk rannsókn sýnir að nýgengi alvarlegrar nýburagulu fullburða barna fæddra á Landspítala á tímabilinu 1997–2018 er 5,2/1000 fæddum börnum (Ása Unnur Bergmann og Þórður Þórkelsson, 2020). Þegar gildi gallrauða (e. bilirubin) fara yfir 350µmol/L hjá þriggja til fjögurra daga gömlu barni telst hún alvarleg samkvæmt skilgreiningu NICE (2019).

Nýburar sem greinast með alvarlega nýburagulu þurfa náðið eftirlit með tilliti til næringarinntöku, útskilnaðar og líkamshita. Oftast þurfa þessi börn að fara í svokölluð einföld ljós, en fjöldi ljósa eða ljósstyrkur fer eftir því hversu mikið yfir viðmiðunar-gildum gallrauði er. Á Landspítala er forðast eftir fremsta megni að aðskilja móður og barn og er reynt að bjóða fjölskyldunni herbergi með rúmi og aðstöðu til að sinna barninu. Vökudeildin á Landspítala hefur aðgang að fimm slíkum herbergjum og eru þau oft fullnýtt, hvort heldur sem er af fyrirburum eða öðrum veikum nýburum og fjölskyldum þeirra. Rannsóknir sýna að hægt er að sinna ljósameðferð heima með góðum árangri (Snook, 2017). Innan vökudeildarinnar kviknaði áhugi fyrir slíkri nálgun fyrir um tveimur árum síðan. Vonast er til að tilfærsla á ljósameðferð heim muni stuðla að aukinni samfelli í ljósmæðraþjónustu móður og barns fyrstu vikuna eftir fæðingu, sem ella myndi falla niður ef barnið þarf að leggjast inn á sjúkrahús og móðirin, eða báðir foreldrar, dvelja hjá því þar (Sjúkratryggingar Íslands, 2020).

Markmiðið með þessum skrifum er að upplýsa ljósmæður og hjúkrunarfræðinga um kosti og áskoranir ljósameðferðar í heimahúsi nú þegar sú þjónusta hefur nýlega verið ýtt úr vör.

Ljósameðferð

Þegar alvarleg nýburagula hefur verið staðfest með blóðprufu er ljósameðferð ávallt fyrsta meðferð við henni. Ljósameðferð er þægileg og örugg meðferð til að lækka gallrauða í blóði og dregur verulega úr líkum á að barn þurfi að fara í ífarandi meðferð svo sem blóðskipti (Mitra og Rennie, 2017).

Ljósameðferð er veitt með ljósalampa og eða ljósateppi, en deilt hefur verið um hvort árangur meðferðar með ljósateppi sé jafn mikill og með hefðbundnum ljósalampa (Feldman–Winter o.fl., 2020). Í samanburðarrannsókn Schuman og Karush (1992) fengu 22 nýburar með alvarlega gulu ljósameðferð heima með ljósateppi og 26 fengu meðferð heima með ljósalampa og bentu niðurstöður til þess að báðar meðferðir væru álíka árangursríkar. Þó sýndu niðurstöður kerfisbundinnar samantektar Mills og Tudehope (2001) að meðferð með ljósalampa væri árangursríkari hjá fullburða nýburum. Í rannsókn Mitra og Rennie (2017) var þó ásættanlegur árangur með ljósateppin og mikill kostur að hægt væri að nota teppin á meðan nýburinn er á brjósti eða í fangi foreldra.

Yfirleitt nægir að veita ljósameðferð í einn til tvo sólarhringa til að ná gildum gallrauða undir meðferðarmörkum. Skilvirkni ljósameðferðar byggir einnig á rétttri umönnun nýburans meðan á henni stendur. Viðeigandi hjúkrun kemur í veg fyrir hugsanlegar aukaverkanir og fylgikvilla ljósameðferðar (Stokowski, 2011). Á þeim rúmu 60 árum sem liðin eru frá upphafi ljósameðferðar við nýburagulu hefur megináhersla hjúkrunar nýbura í ljósum verið sú að fylgjast með líkamshita, þurrki vegna vökvataps á meðan á meðferð stendur sem og hugsanlegs sjónhimmuskaða til lengri tíma litið (Hansen o.fl., 2020). Framfarir hafa orðið í ljósameðferðarbúnaði síðan hann kom fyrst fram á sjónarsviðið og er t.d. nær allur slíkur búnaður í dag með LED-ljósgjafa í stað blárra flúrpera. Þó að LED-ljósgjafar gefi frá sér minni hita en eldri ljós, sýna rannsóknir að þar sem barnið er eingöngu á bleyju er nauðsynlegt að fylgjast með líkamshita þess á meðan á meðferð stendur. Að auki þarf að fylgjast með næringarinntöku, vernda



augu barnsins og tryggja að það liggi rétt í ljósunum (Stokowski, 2011; Hansen o.fl., 2020). Í seinni tíð hefur hjúkrun sem tryggir samveru barns með foreldrum og fjölskyldu fengið aukið vægi, sér í lagi til að koma brjóstagjöf sem best af stað og stuðla að áframhaldandi tengslamyndun (Grabert o.fl., 1986; Stokowski, 2011; Petterson o.fl., 2021).

Aðstæður á höfuðborgarsvæðinu

Á árunum 1997–2018 fengu allt að 5 af hverjum 1000 börnum (0,52% nýgengi) sem fædd voru á Landspítalanum alvarlega nýburagulu og hafa sennilega flest þessara barna fengið ljósamedferð á meðgöngu- og sængurlegudeild Landspítala, nema þau sem voru með hættulega há gildi og lögðust inn á vökudeild (Ása Unnur Bergmann og Þórður Þórkelsson., 2020).

Í janúar árið 2019 tók vökudeild við allri ljósa-medferð af meðgöngu- og sængurlegudeild Landspítala. Á árunum 2019 og 2020 hafa samtals 87 nýburar lagst inn að heiman til ljósamedferðar. Af þeim lögðust 72 nýburar inn á vökudeild, 14 voru lagðir inn á meðgöngu- og sængurlegudeild og einn var lagður inn á fæðingarvaktina (Landspítali, 2021).

Hérlandis útskrifast móðir og nýburi yfirleitt innan tveggja sólarhringa frá fæðingu og fá í kjölfarið heimaþjónustu ljósmóður. Það er því mikilvægt að ljósmæður séu vakandi fyrir einkennum nýburagulu þar sem hún kemur yfirleitt fram á þriðja eða fjórða degi (Anna S. Vernharðsdóttir, 2005). Ef grunur vaknar um alvarlega nýburagulu á þessu tímabili er tekin blóðprufa. Á höfuðborgarsvæðinu er það misjafnt hvort ljósmóðir framkvæmir sýnatökuna og skili til rannsóknar eða að foreldrar komi með nýburann á dagdeild vökudeilda til sýnatöku. Ef viðmiðunargildin eru yfir ljósamörkum leggst nýburinn inn á vökudeild í ljósamedferð (Landspítali, 2019). Oftast nægir svokölluð einföld ljósamedferð til að ná gildum niður, en þá liggur nýburinn oftast í vöggu, ýmist með ljósalampa yfir sér eða á ljósateppi. Ef viðmiðunargildi eru um eða yfir 400µmol/L þarf að setja nýburann í tvöfalda ljósamedferð, en þá er oftast notast við hvort tveggja ljósalampa meðferð og ljósateppi (Landspítali, 2019). Til að rjúfa ekki samveru móður og barns er reynt eftir fremsta megni að bjóða þeim innlögna á áður nefndum fjölskylduherbergjum. Ef ekkert foreldraherbergi er laust og ekki hægt að fá herbergi fyrir foreldra og barn á meðgöngu- og sængurlegudeild, þarf barnið að leggjast inn á vökudeild í ljósamedferð. Foreldrar fara þá annaðhvort á Sjúkrahótelið yfir nóttina, fara heim eða reyna að ná hvíld í hægindastól við hlið barnsins.

Áhrif endurinnlagnar á fjölskylduna

Tengslamyndun foreldra og barns hefst strax á meðgöngu og styrkist svo og heldur áfram eftir fæðingu barnsins. Endurinnlögna á spítala getur seinkað eða truflað ferli tengslamyndunar. Fyrir margar fjölskyldur er betra að vera innan veggja heimilis síns þar sem minna er um truflandi þætti (Malwade og Jardine, 2014). Í eigindlegri rannsókn Feenstra o.fl. (2018) kom fram að mæður urðu hræddar og óöruggar þegar nýburinn þurfti að leggjast aftur inn á spítala. Mæðrunum fannst þær vanmáttugar við endurinnlögna þar sem þeirra tilfinning var sú að heilbrigðisstarfsfólk tæki fram fyrir hendur á foreldrum í umönnun nýburans og fæðugjöf. Foreldrar töldu sömuleiðis að við endurinnlögna væru foreldrar rændir tíma til tengslamyndunar og þeir lýstu tilfinningu um að missa stjórn, sem og neikvæðum áhrifum á aðra fjölskyldumeðlimi (Brethauer og Carey, 2010).

Fyrsta vika í lífi barns er mikilvæg til að koma brjóstagjöf af stað og neikvæð reynsla móður á fyrstu vikunni getur haft slæm áhrif á brjóstagjöfina til framtíðar. Í rannsókn Elander og Lindberg (1984) kom fram að jafnvel stuttur aðskilnaðar móður og nýburans, til dæmis ljósamedferð, gæti valdið styttingu brjóstagjafar. Rannsókn Kemper o.fl. (1989) sýndi að ljósamedferð truflaði brjóstagjöf og mæður nýbura, sem þurftu á ljósamedferð að halda, voru líklegri til að hætta alveg brjóstagjöf við eins mánaðar aldur barnsins. Rannsóknir síðustu ára sýna mikilvægi þess að nýbökud móðir og fjölskyldan öll fái viðeigandi stuðning svo að brjóstagjöfin verði árangursrík frá fyrsta degi (Nilsson, 2020). Waite og Taylor (2016) skoðuðu áhrif ljósamedferðar á lengd brjóstagjafar og í ljós kom að við níu mánaða aldur eru þau ungbörn sem þurftu á ljósamedferð að halda jafn líkleg til að fá einhverja brjóstamjólk og þau sem ekki fengu ljósamedferð, en þau voru hins vegar marktækt sjaldnar eingöngu á brjósti fyrstu fjóra mánuðina. Samkvæmt rannsókn James o.fl. (1993) voru þeir nýburar sem fengu heimaljósamedferð líklegri til að vera eingöngu á brjósti á meðan á meðferð stendur, samanborið við þá sem fá meðferðina á spítala. Í fræðilegri samantekt Feldman-Winter o.fl. (2020) kemur fram að halda skuli brjóstagjöf áfram ef nýburi tekur brjóst á fyrstu vikunni og fær nægju sína þar. Barnið eigi þá eingöngu að vera á brjósti á meðan það er í ljósamedferð. Mikilvægt sé að takmarka aðskilnað móður og barns þrátt fyrir ljósamedferð barns. Þá er bent á að það sé best gert með því að hafa móður og barn í sama herbergi þegar ljósamedferð er veitt.



Mynd 1 Fyrsta barnið sem fékk ljósamedferð heima frá Landspítala, mars 2023.

Ljósamedferð í heimahúsi

Saga ljósamedferðar í heimahúsi spannar 35 ár og á upptök sín að rekja til Bandaríkjanna. Á þessum árum hefur tækninni fleygt fram, en framkvæmd hennar hefur einfaldast með tilkomu ljósateppa sem hefur viðs vegar verið tekin upp í heiminum, meðal annars í Bretlandi, Ástralíu, Malasíu, Íran, Svíþjóð og Danmörku (Snook, 2017; Larsen, 2019; Petterson, 2021). Þrátt fyrir að ljósamedferð heima sé orðin algeng og hún talin skila góðum árangri, hefur heimaljósamedferð lítið verið rannsökuð og umdeilt er meðal fagaðila hvort öruggt sé að veita slíka meðferð heima (Snook, 2017). Niðurstöður þeirra rannsókna sem þó hafa verið gerðar sýna að heimaljósamedferð sé í flestum tilfellum jafn árangursrík og hefðbundin ljósamedferð á sjúkrahúsi (Eggert o.fl., 1985; Jackson o.fl., 2000; Sardari o.fl., 2019; Chang og Waite, 2020; Petterson o.fl., 2021), svo fremi sem fræðsla til foreldra sé góð (Namnabadi o.fl., 2019; Petterson o.fl., 2021), að vel sé staðið að öllum undirbúningi og að framúrskarandi eftirlit sé með nýburanum heima eða á göngudeild (Chang og Waite, 2020; Petterson o.fl., 2021). Heimaljósamedferð er jafnframt talin fjárhagslega hagkvæm (Eggert o.fl., 1985; Snook, 2017) og þó að nýburinn

þurfi stundum að vera lengur í ljósum heima en á spítala þá er heimaljósamedferðin talin ódýrari kostur (Chang og Waite, 2020).

Ýmis rök eru fyrir því að ljósamedferð flytjist af nýburagjörgæslu í heimahús. Helst ber að nefna að auk þess að vera kostnaðarsöm þjónusta getur innlögna á spítala á fyrstu dögum lífs leitt til spítala-sýkinga. Þá veldur innlögna aðskilnaði foreldra og barns, seinkaðri brjóstagjöf, tilfinningu hjá foreldrum um að þau eigi alvarlega veikt barn auk þess sem dýrmætt pláss er upptekið sem gæti nýst öðrum (Sardari o.fl., 2019).

Í heimildum eru ýmis skilyrði tilgreind fyrir því að nýburi geti fengið ljósamedferð í heimahúsi við nýburagulu önnur en að gildi gallrauða séu yfir ljósamörkum. Í flestum rannsóknum og klínískum leiðbeiningum er tekið fram að þau skilyrði sem nýburar þurfi að uppfylla til að geta fengið heimaljósamedferð séu eftirfarandi: barn fætt eftir 35 vikna meðgöngu, barn orðið tveggja sólarhringa gamalt, barn heilbriggt að öðru leyti, barn hefur ekki lést óeðlilega mikið frá fæðingu og barn fær fullnægjandi næringu hvort sem er af brjósti eða pela (The Royal Women's Hospital, 2018; Chang o.fl., 2020; Petterson o.fl., 2021). Þá er talið mikilvægt

að nýburi, foreldrar og heimili barnsins séu fyrst metin af heilbrigðisstarfsfólki og að það mat uppfylli ofangreind skilyrði. Þá er bent á að það þurfi að fara fram mat á því hversu móttækilegir eða líklegir foreldrarnir séu á að fylgja leiðbeiningum um ljósa-meðferð (The Royal Women’s Hospital, 2018).

Helstu frábendingar heimaljósameðferðar eru þegar barn hefur svo há gildi gallrauða að grípa þarf til tvöfaldra ljósa í upphafi meðferðar, eða þegar þéttni blóðrauða er óeðlileg (of há eða lág). Um leið og gildi gallrauða hefur lækkað og einföld ljós duga til áframhaldandi meðferðar, er hægt að útskrifa barnið heim til að ljúka ljósameðferðinni þar (Jackson o.fl., 2000; The Royals Women’s Hospital, 2018). Þá er mikilvægt að hafa í huga að menningar-legur munur og tungumálahindranir geta einnig verið frábending við ljósameðferð heima, ef vafi leikur á að foreldrar skilji til hlítar til hvers sé ætlast þegar ljósameðferð er veitt heima og að meðferðin sé lífsnauðsynleg fyrir framtíðarheilsu barnsins (Jackson o.fl., 2000).

Ljósameðferð heima og foreldrar

Til að ljósameðferð heima sé árangursrík og örugg fyrir nýburann þurfa foreldrar að vera áhugasamir og tilbúnir að fylgja fyrirmælum heilbrigðisstarfsfólks (Slater og Brewer, 1984). Veitt fræðsla um ljósa-meðferð þarf að vera vel úr garði gerð, fyrirmælin auðskiljanleg fyrir foreldra og sett fram á þann hátt að foreldrarnir geti endurtekið og auðveldlega leitað í fræðsluefnið, hvort sem því er komið til skila með prentuðu efni, myndböndum eða fræðslu á heima-síðu. Þá sýna niðurstöður ýmissa rannsókna mikil-vægi þess að foreldrarnir hafi greiðan aðgang að heilbrigðisstarfsfólki allan sólarhringinn, ef eitthvað kemur upp á (Namnabadi o.fl., 2019 og Petterson o.fl., 2021a). Í flestum rannsóknum sem gerðar hafa verið á heimaljósameðferð sáu sérhæfð teymi um fjölskyldurnar sem fengu ljósameðferð heima, yfir-leitt nýburalæknar og barnahjúkrunarfræðingar eða ljósmæður. Niðurstöður þessara rannsókna sýna að brýnt sé að sama folkið sinni fjölskyldunni á meðan á meðferð stendur (Slater og Brewer, 1984; Jackson o.fl., 2000; Adlina o.fl., 2007; Namnabadi o.fl., 2019; Petterson o.fl, 2021). Hér á Íslandi er heimaþjónusta ljósmæðra mjög góð þar sem nýbakaðir foreldrar fá heimavítjun allt að tíu sinnum á fyrstu tveimur vikum nýburans. Ljósmæður sem sinna heima-þjónustu eru menntaðar í umönnun nýbura og sér-fræðingar í að greina vandamál sem geta komið upp á í sængurlegu.

Í niðurstöðum Jackson o.fl. (2000) og Petterson o.fl. (2022) er rætt við foreldra sem eru með barn í ljósameðferð heima og hafa líka reynslu af því að

hafa verið með eldra systkini í ljósameðferð á sjúkra-húsi. Allir foreldrar myndu frekar kjósa ljósameðferð heima ef sú staða kæmi aftur upp. Í eigindlegri rannsókn Petterson o.fl. (2022) lýsa foreldrar því að það dragi úr álagi og stuðli að eðlilegu fjölskyldu-lífi að vera heima, ásamt því að betra sé að tengjast nýburanum í kunnuglegu umhverfi. Þetta samræmist niðurstöðum Namnabadi o.fl. (2019), en þar var sérstaklega skoðað álag mæðra með barn í ljósameð-ferð, en mæður sem höfðu börnin heima í ljósameð-ferð sýndu allar lægra streitustig.

Þá velta James o.fl. (1993) fyrir sér hvort sjúkra-húsumhverfið sé truflandi þáttur samanborið við kunnuglegt umhverfi heimilisins. Þótt reynt sé að koma til móts við fjölskyldur í sjúkrahúsumhverfinu, með sérherbergi með barninu meðan á meðferð stendur, getur umhverfið komið í veg fyrir góða byrjun á brjóstagjöf og átt þátt í að mæður gefist fyrr upp á henni. Í samtölum Eggert o.fl. (1985) við mæður gáfu þær í skyn að þær tækju ljósameðferð heima fram yfir meðferð á sjúkrahúsi, því heima væri ró og næði til að einbeita sér að brjóstagjöf. Í áður-nefndri rannsókn Petterson o.fl. (2022) tóku mæður sem voru að taka sín fyrstu skref í brjóstagjöf sér-staklega fram að þeim fyndist ekki truflandi, heldur þvert á móti auðvelt að gefa brjóst á meðan barnið væri í ljósateppinu. Ljósateppin eru því kjörin leið til að færa ljósameðferðina heim og stuðla þannig enn frekar að vel heppnaðri brjóstagjöf til framtíðar.

Framtíðarsýn

Niðurstöður kerfisbundinnar fræðilegrar samantektar sem höfundur gerði í meistaranámi sínu (Fanný B. Miiller Jóhannsdóttir, 2021) sýnir að þrátt fyrir skort á gagnreyndri þekkingu, sé heilt yfir framkvæmd síðastliðna áratugi á ljósameðferð í heimahúsi vel heppnuð. Niðurstöður benda til þess að ljósameðferð í heimahúsi geti verið jafn árangursrík og örugg og ljósameðferð á sjúkrahúsi. Foreldrar voru almennt ánægðir með að hafa barnið sitt í ljósameðferð heima og lítið var um endurinnlagnir vegna lítillar með-ferðarheldni.

Samantektin veitir haldbæran þekkingargrunn sem gagnast sem góður rökstuðningur fyrir inn-leiðingu á ljósameðferð í heimahúsi hérlandis, sem og fyrir undirbúning á þeim verkefnum og verk-ferlum sem þurfa að fara fram fyrir innleiðingu. Nú hefur verklagsregla verið gerð sem byggir sömuleiðis á grunni þessarar samantektar.

Samkvæmt verklagi eru ábendingar og skilyrði fyrir að barn geti farið í ljósameðferð í heimahúsi strangar. Þær eru eftirfarandi:

Mynd 2 Viðmiðunargildi gallrauða. Viðmiðunargildi fyrir ljósameðferð í heimahúsi.

Meðgöngulengd	Aldur 48–72 klst.	72–96 klst.	> 96 klst.
36 ^o –36 ^o vikur	<200 µmol/L	<300 µmol/L	<300 µmol/L
≥ 37 vikur	<280 µmol/L	<350 µmol/L	<380 µmol/L

- Barn þarf að hafa náð 36 vikna meðgöngulengd.
- Barn verður að vera orðið 48 klst. gamalt.
- Coombs próf þarf að vera neikvætt og blóð-flokkun að liggja fyrir.
- Fjölskylda þarf að hafa búsetu á höfuðborgar-svæðinu.
- Foreldrar veita samþykki fyrir að fara eftir leið-beiningum, veita meðferð heima og eru færir um að meðtaka leiðbeiningar.
- Viðmiðunargildi fyrir ljósameðferð byggja á línu-riti sem fylgt er á Landspítala og ekki er ráðlagt að veita ljósameðferð heima ef gildin eru nálægt blóðskiptamörkum.
- Barn sem hefur mjög hátt gildi gallrauða og þarf að hefja ljósameðferð á Landspítala getur haldið ljósameðferð áfram heima þegar ljóst er að barn svarar meðferð.

Það er til mikils að vinna fyrir foreldra, nýbura og starfsemi Landspítala að hægt verði að veita ljósameðferð í heimahúsi með öruggum hætti, enda virðist vera að ljósameðferð heima skapi minna álag fyrir mæður. Aðskilnaður móður og barns, jafnvel þótt sé eingöngu yfir blánóttina, getur haft neikvæð áhrif á upphaf brjóstagjafar á þessum viðkvæma og mikilvæga tíma. Þá missir móðir ljósmæðraþjónustu þá daga sem hún fylgir barni sínu til innlagnar í ljósameðferð. Að síðustu krefst umönnun barns í ljósameðferð mikils vinnuframlags hjúkrunar-fræðings, en talið er að á hverri vakt fari a.m.k. klukkutími til einn og hálfur klukkutími í að sinna foreldrum og nýburanum, en hjúkrunarfræðingur/ljósmóðir með barn í ljósum í sinni umsjá þarf líka að sinna fleiri sjúklingum. Ávinningur er því mikill af því að koma af stað ljósameðferð í heimahúsi: ánægðari foreldrar, minna álag foreldra og starfsfólks og fjárhagslega hagkvæmt fyrir heilbrigðiskerfið (Eggert o.fl., 1985; Jackson o.fl., 2000; Bjarni Hörpuson Prastarson, 2021).

Framtíðarsýn er sú að ljósameðferð í heimahúsi verði raunverulegur valkostur hérlandis fyrir foreldra barna sem greinast með alvarlega nýburagulu og þurfa á ljósameðferð að halda. Um miðjan mars á þessu ári fékk fyrsta barnið ljósameðferð í heimahúsi. Af því tilefni var keypt sérstakt ljósateppi af gerðinni Bilicocoon, en það teppi hefur það umfram Bilisoft

teppin sem hafa verið í notkun á Landspítala sl. 10 ár, að barnið er klætt í teppið og lýsir það 360° og veitir öflugri ljósameðferð.

Áðurnefnd verklagsregla er vel ígrunduð og innleiðing vönduð, enda um stóra breytingu á heil-brigðisþjónustu að ræða. Örlitlr hnökrar hafa þó komið í ljós, aðallega tengt skráningu, en það stendur til bóta. Ef nýburi þarf að hefja ljósameðferð hefur sérnámslæknir Barnaspítalans samband við foreldra. Ef gildi gallrauða fellur innan verklags, er foreldrum boðin ljósameðferð í heimahúsi í samráði við heima-þjónustuljósmóður. Ef foreldrar samþykkja að þiggja slíka meðferð tekur hjúkrunarfræðingur á vökudeild á móti foreldrum, veitir fræðslu um meðferðina og kennir hvernig á að umgangast teppið. Hjúkrunar-fræðingur skráir svo meðferðarseðil í Sögu og bókar tíma í blóðprufu daginn eftir á dagdeild vökudeildar, eða hefur samráð við heimaljósmóður, sem hugsan-lega velur að taka slíka blóðprufu heima.

Það er okkar von að ljósameðferð í heimahúsi muni til framtíðar auka gæði þjónustu á Landspítala og að hægt verði að koma í veg fyrir óþarfa rof á samveru foreldra og nýbura á heimili sínu fyrstu vikuna eftir fæðingu. Ljósameðferð heima er jafn árangursrík og örugg og ljósameðferð á sjúkrahúsi ef leiðbeiningum verklags er fylgt. Þá mun ljósameðferð í heimahúsi bæta nýtingu leguplássa á Landspítala og mögulega draga úr kostnaði. Breyting á þjónustu sem þessari krefst mikils undirbúnings og því þarf að vera gott samráð við ljósmæður sem sinna heimaþjónustu. Það er okkur á vökudeildinni mikilvægt að vinna að þessum breytingum í nánu samráði við ljósmæður, enda er þetta aukin ábyrgð og aukin vinna fyrir þær. Í framtíðinni stendur til að gera rannsókn í samstarfi við ljósmæður þar sem árangur meðferðar, ánægja foreldra og þeirra sem sinna fjölskyldunum verður metinn, með öryggi nýburans að leiðarljósi.

Við á vökudeildinni hlökkum til að vinna að þessari bættu þjónustu til foreldra og barna með ljósmæðrum og það er von okkar að með þessum skrifum í *Ljósmædrablaðið* séuð þið betur að ykkur um ljósameðferð í heimahúsi og ávinning hennar.

Heimildaskrá

- Adlina, S., Ambigga, D., Narimah, A. og Ridha, A. (2007). Use of home phototherapy for neonatal jaundice. *Malaysian Journal of Public Health*, 7(2), 49–52.
- Anna S. Vernharðsdóttir (2005). Nýburagula. Hlutverk ljósmæðra við forvarnir, mat og meðferð. *Ljósmædrablaðið*, 83(1), bls.28–34.
- Ása Unnur Bergmann og Þórður Þórkelsson (2020). Alvarleg gula hjá nýburum – nýgengi og áhættuþættir. *Læknablaðið*, 106(3), bls.139–143.
- Bjarni Hörpuson Þrastarson (2021). *Ljósameðferð við nýburagula, þversu mikill sparnaður felst í meðbóndlun í heimabúsi?* (bakkaláritgerð, Háskóli Íslands). Skemman.is. hdl.handle.net/1946/38389.
- Brethauer, M. og Carey, L. (2010). Maternal experience with neonatal jaundice. *MGN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35(1), 8–14.
- Chang, P. W. og Waite, W. M. (2020). Evaluation of home phototherapy for neonatal hyperbilirubinemia. *The Journal of Pediatrics*, 220, 80–85. doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.01.004.
- Eggert, L. D., Pollary, R. A., Folland, D. S. og Jung, A. L. (1985). Home phototherapy treatment of neonatal jaundice. *Pediatrics*, 76(4), 579–584.
- Elander, G. og Lindberg, T. (1986). Hospital routines in infants with hyperbilirubinemia influence the duration of breast feeding. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 75(5), 708–712. doi:10.1111/j.1651-2227.1986.tb10278.x.
- Fanný B. Miiller Jóhannsdóttir (2021). *Ljósameðferð í heimabúsi – kerfisbundin fræðileg samantekt*. (meistararitgerð, Háskóli Íslands). Skemman.is. hdl.handle.net/1946/37903.
- Feenstra, M. M., Nilsson, I. og Danbjørg, D. B. (2019). Broken expectations of early motherhood: Mothers' experiences of early discharge after birth and readmission of their infants. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5–6), 870–881. doi.org/10.1111/jocn.14687.
- Feldman-Winter, L., Kellams, A., Peter-Wohl, S., Taylor, J. S., Lee, K. G., Terrell, M. J., Noble, L., Maynor, A.R., Meek, J.Y. og Stuebe, A. M. (2020). Evidence based updates on the first week of exclusive breastfeeding among infants ≥35 Weeks. *Pediatrics*, 145(4). doi:10.1542/peds.2018–3696.
- Grabert, B. E., Wardwell, C. og Harburg, S. K. (1986). Home phototherapy: an alternative to prolonged hospitalization of the full-term, well newborn. *Clinical Pediatrics*, 25(6), 291–294.
- Hansen, T. W. R., Maisels, M. J., Ebbesen, F., Vreman, H. J., Stevenson, D. K., Wong, R. J. og Bhutani, V. K. (2020). Sixty years of phototherapy for neonatal jaundice – from serendipitous observation to standardized treatment and rescue for millions. *Journal of Perinatology*, 40(2), 180–193. doi:10.1038/s41372-019-0439-1.
- Hildur Sigurðardóttir, (2014). *Faglegar leiðbeiningar fyrir heimaþjónustu ljósmæðra*. Endurskoðuð útgáfa. Reykjavík: Embætti landlæknis.
- Jackson, C. L., Tudehope, D., Willis, L., Law, T. og Venz, J. (2000). Home phototherapy for neonatal jaundice-technology and teamwork meeting consumer and service need. *Australian Health Review*, 23(2), 162–168. doi:10.1071/ah000162.



Making our world more productive

- James, J. M., Williams, S. D. og Osborn, L. M. (1993). Discontinuation of breast-feeding infrequent among jaundiced neonates treated at home. *Pediatrics*, 92(1), 153–155.
- Kemper, K., Forsyth, B. og McCarthy, P. (1989). Jaundice, Terminating Breast-Feeding, and the Vulnerable Child. *Pediatrics*, 84(5), 773.
- Landspítali (2019). *Nýburagula – sérhæft eftirlit og umönnun [gæðaskjal]*. Útgáfa 3.0. Ábyrgðarmaður: Margrét O. Thorlacius, Hilda Friðfinnsdóttir og Þórður Þórkelsson. Gæðahandbók Landspítala.
- Larsen, J.N. (2019). Lysbehandling i hjemmet giver familien ro. *Fag og Forskning*, (3): 46–51.
- Malwade, U. S. og Jardine, L. A. (2014). Home- versus hospital-based phototherapy for the treatment of non-haemolytic jaundice in infants at more than 37 weeks' gestation. *Cochrane Database Systematic Review* (6), Cd010212. doi:10.1002/14651858.CD010212.pub2.
- Mills, J. F. og Tudehope, D. (2001). Fiberoptic phototherapy for neonatal jaundice. *Cochrane database of systematic reviews* (1). doi:10.1002/14651858.CD002060.
- Mitra, S. og Rennie, J. (2017). Neonatal jaundice: aetiology, diagnosis and treatment. *British Journal of Hospital Medicine*, 78(12), 699–704.
- Namnabati, M., Mohammadizadeh, M. og Sardari, S. (2019). The effect of home-based phototherapy on parental stress in mothers of infants with neonatal jaundice. *Journal of Neonatal Nursing*, 25(1), 37–40. doi.org/10.1016/j.jnn.2018.09.001.
- National institute for health and clinical excellence (NICE). (2016). *Jaundice in newborn babies under 28 days*. Clinical guideline [CG98]. NICE, London.
- Nilsson, I. M. S., Kronborg, H., Rahbek, K. og Strandberg-Larsen, K. (2020). The significance of early breastfeeding experiences on breastfeeding self-efficacy one week postpartum. *Maternal & child nutrition*, 16(3), e12986. doi.org/10.1111/mcn.12986.
- Pettersson, M., Eriksson, M., Albinsson, E. og Ohlin, A. (2021). Home phototherapy for hyperbilirubinemia in term neonates – an unblinded multicentre randomized controlled trial. *European Journal of Pediatrics*. doi:10.1007/s00431-021-03932-4.
- Pettersson, M., Eriksson, M. og Blomberg, K. (2022). Parental experiences of home phototherapy for neonatal hyperbilirubinemia. *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community*. Advance online publication. doi.org/10.1177/13674935221082404.
- Sardari, S., Mohammadizadeh, M. og Namnabati, M.(2019). Efficacy of home phototherapy in neonatal jaundice. *Journal of Comprehensive Pediatrics*, 10(1).
- Schuman, A. J. og Karush, G. (1992). Fiberoptic vs conventional home phototherapy for neonatal hyperbilirubinemia. *Clinical Pediatrics*, 31(6), 345–352.
- Sjúkratryggingar Íslands (2020). *Rammasamningur um þjónustu ljósmæðra –framlenging*, (29. janúar, 2020).
- Slater, L. og Brewer, M. F. (1984). Home versus hospital phototherapy for term infants with hyperbilirubinemia: A comparative study. *Pediatrics*, 73(4), 515.
- Snook, J. (2017). Is home phototherapy in the term neonate with physiological jaundice a feasible practice? A systematic literature review. *Journal of Neonatal Nursing*, 23(1), 28–39. doi.org/10.1016/j.jnn.2016.08.001.
- Stokowski, L. A. (2011). Fundamentals of Phototherapy for Neonatal Jaundice. *Advances in Neonatal Care*, 6(6), 303–312; doi:10.1016/j.adnc.2006.08.004.
- The Royal Women's Hospital (2018). Jaundice – Phototherapy at home. Sótt af: thewomens.r.worldssl.net/images/uploads/downloadable-records/clinical-guidelines/jaundice-phototherapy-at-home_280720.pdf.
- Waite, W. M. og Taylor, J. A. (2016). Phototherapy for the treatment of neonatal jaundice and breastfeeding duration and exclusivity. *Breastfeeding Medicine*, 11(4), 180–185.

„Í Afríku eru börn álitin fjársjóður“

Viðtal við Harriet Nabulo, ljósmóður frá Úganda

HÖFUNDUR GUÐLAUG ERLA VILHJÁLMSDÓTTIR

Ljósmóðir komin langt að

Í fyrrahaust fréttum við úr ritnefnd *Ljósmædrablaðsins* að Harriet Nabulo, ljósmóðir frá Úganda væri stödd hér á landi. Harriet kennir ljósmóðurfræði við hjúkrunardeild Mbarara University of Science and Technology í Suðvestur hluta Úganda, en hún var hér á Íslandi í nokkrar vikur síðasta haust, sem partur af doktorsnámi hennar í ljósmóðurfræðum.

Okkur í ritnefndinni langaði að kynnst henni betur og ástæðum þess að hún var hingað komin. Það var því einn dag í desember sem ein okkar hitti hana Harriet í Eirbergi og átti við hana gott spjall.

Ég byrjaði á að spyrja hana klassískrar spurningar...

Af hverju valdir þú að verða ljósmóðir?

Ég valdi það ekki. Þegar ég var í gagnfræðiskóla þá missti ég foreldra mína. Mig hafði langað til að læra læknisfræði en eftir að foreldrar mínar létust þá hafði ég ekki ráð á náminu. Vinkona móður minnar kostaði mig í ljósmóðurnám og þrátt fyrir að ég hafi ekki valið það nám sjálf, þá hef ég lært að meta þetta val með tímanum.

Hvernig er ljósmæðranámi í Úganda háttað?

Ég tók fyrst diplóma í ljósmóðurfræði, sem var þá þriggja ára nám. Hjúkrunar- og ljósmóðurfræði urðu fyrst háskólanám í Úganda árið 2000. Eftir að hafa starfað sem ljósmóðir fór ég í háskóla og kláraði B.S í hjúkrun árið 2010 og í framhaldi af því tók ég meistaraþróf í ljósmóðurfræði árið 2017. Í Úganda eru ennþá margir hjúkrunarfræðingar og ljósmæður sem eru ekki með háskólagráðu, en þær eru hvattar til að bæta við sig námi. Á næstu árum munum við því sjá breytingar á menntunarstigi hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra í Úganda, ýmist munu þær sem hafa diploma fara í námsleyfi og bæta við sig eða þær hætta vegna aldurs.

Hvernig er að vera ljósmóðir í Úganda?

Það er mjög krefjandi starf að vera ljósmóðir í Úganda. Síðast þegar ég vissi þá er ein ljósmóðir í Úganda fyrir hverjar 11.000 konur. Það þýðir að þú ert að sinna of mörgum konum. Ljósmóðir í Úganda getur hæglega tekið á móti 500 börnum á ári. Sem dæmi þá fæðast á mínu sjúkrahúsi um 600 börn á mánuði. Það eru um fimmtán sjálfkrafa fæðingar á dag og um fimm keisaraskurðir á dag sömuleiðis. Á sjúkrahúsinu vinna í heildina 40 ljósmæður, sem sinna þá bæði meðgöngukonum, konum í fæðingum og konum í sængurlegu. Vaktirnar eru þrískiptar og á hverri vakt eru þrjár til fjórar ljósmæður, sem þurfa að sinna öllum þessum konum og móttöku kvenna að auki. Á vaktinni er mikið hlaupið á milli deilda. Þetta er mjög krefjandi starf en ljósmæðurnar fá hjálp frá nemum, bæði hjúkrunarnemum og lækna-nemum.

Það er tilgangur með verkjunum

Þegar konur fæða í Úganda, hvaða þjónusta er í boði fyrir þær? Geta þær fengið utanbastsdeyfingu og hvert er hlutfall kvenna sem fá utanbastsdeyfingu?

Það er engin utanbastsdeyfing.

(Á þessum tímapunkti í viðtalinu brosir Harriet og hlær svo lágt).

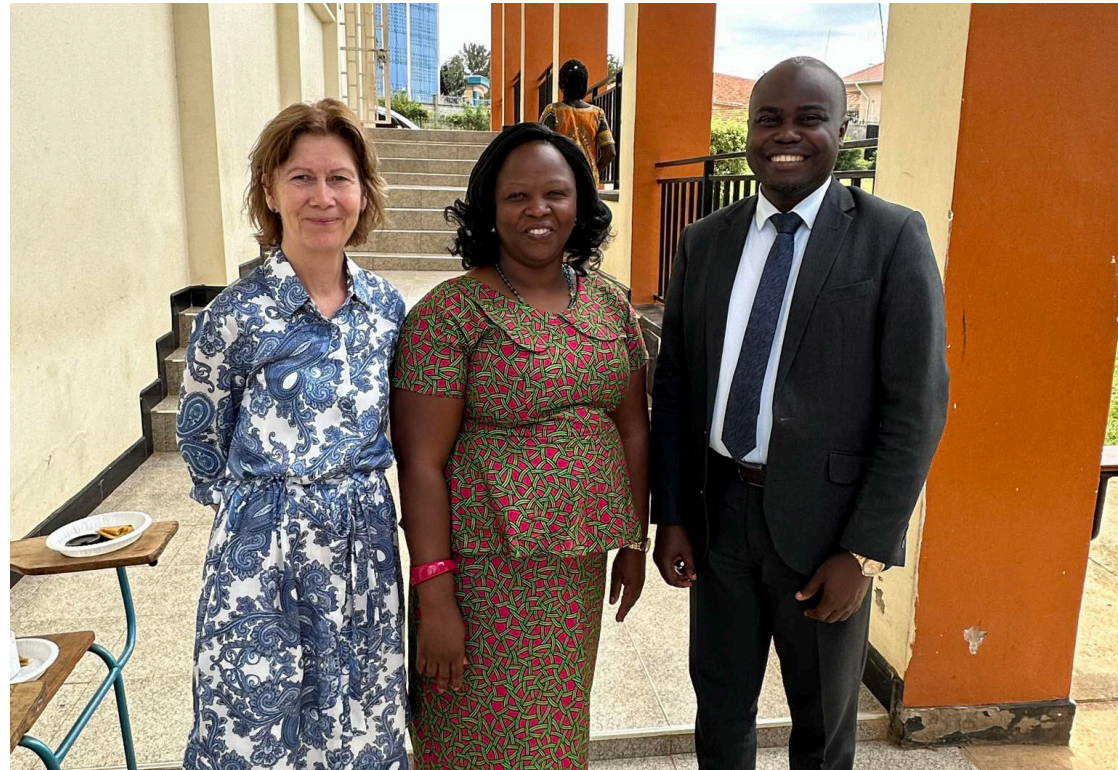
Engin?

Nei, engin. Það er engin verkjastilling með lyfjum í boði.

Ekki hláturgas eða morfín?

Já og nei. Við erum ekki með verkjastillingu með lyfjum. Það er ekki í boði nema kannski fyrir konur sem eru með tepptan framgang og eru á leið í keisaraskurð vegna þess. Konurnar þurfa ekki verkina lengur, því þær eru að fara í keisaraskurð. Það eru kannski fjórar konur á undan þeim inn á skurðstofu og því fá konurnar verkjalyf á meðan þær bíða eftir að röðin komi





Harriet með leiðbeinendum sínum í doktorsnámi, Helgu Gottfreðsdóttur og Joseph.

að þeim. En aðrar konur sem eru í fæðingu fá ekki verkjalyf. Þær vilja finna fyrir verkjunum.

Áhugavert

Já, það má segja að þetta sé þeirra leið til að sanna að þær hafi eignast þetta barn. Árið 2013 var gerð tvíblind rannsókn á deildinni minni þar sem hópur kvenna fékk utanbastslegg í fæðingu. Helmingur hópsins fékk deyfingu í leggin, hinn helmingurinn fékk lyfleysu. Ég man að hjá öðrum hópnum hurfu verkirnir en hjá hinum héldu verkirnir áfram. Þær konur sem urðu verkjalausar, þær fóru að kvarta: „Hvað eruð þið búin að gera við verkina mína, ég þarf að ýta þessu barni út?“ Þannig að konurnar sem fengu verkjalyf í leggin fóru að biðja um að fá verkina sína aftur.

Í annarri rannsókn sem var gerð hjá okkur, sem var eigindleg, voru tekin viðtöl við tíu konur þar sem þær voru spurðar út í það hvort þær þyrftu verkjastillingu í fæðingu. Allar konurnar sögðu: „Ég veit að sársaukinn færir mér barn, sársaukinn er ekki hættulegur, ég get þolað hann“. Ég tók líka eftir því sjálf, en ég hafði aldrei áður sinnt konum með deyfingu, að þær misstu þörfina til að rembast. Höfuðið sást á spönginni en konan gat ekki ýtt. Og þá fóru

þær að kvarta: „Sjáðu, ég get ekki ýtt barninu mínu út, ég get þetta ekki án þess að finna fyrir verkjum“. Einnig báru þær sig saman við aðrar konur sem voru ekki með deyfingu „Af hverju fær hún að finna til, en ekki ég?“

Eftir þetta berst talið að aðstöðunni á fæðingar-deildinni. Konur eru fjórar saman á fæðingarstofu og með tjöld á milli. Þær geta allar verið komnar langt í fæðingu og ljósmóðir hleypur á milli þeirra. Ég spyr hvort feður séu viðstaddir fæðingar.

Sumir verðandi feður eru viðstaddir, en yfirleitt er það móðir eða tengdamóðir sem er hjá konunni. Aðstandandi er með konunni í gegnum allt ferlið. Eftir að konan er búin að fæða þá er hún flutt á sængurlegudeild og sama ljósmóðir og tók á móti hjá henni, heldur áfram að kíkja á hana fyrstu 1-2 tímuna eftir fæðinguna, til að athuga með blæðingu og til að athuga með barnið. En oft er sú ljósmóðir þá komin með aðra konu í fæðingu og getur ekki sinnt þessu eftirliti. Þá þarftu að treysta á aðstandendur „Láttu mig vita ef barnið fer að breyta um lit“, eða „Gættu þess að halda hita á barninu“. „Gættu þess að konan líði ekki út af. Ef hún er að líða út af, komdu þá og sæktu mig“.



Harriet á vaktinni á fæðingardeildinni.

Í Afríku eru börn álitin fjársjóður

Í spjalli okkar Harriet ræðum við þann samfélagslega mun sem er á Íslandi og Úganda, og einn munurinn er sá að konur í Úganda eignast fleiri börn en konur á Íslandi.

Fæðingartíðni í Úganda er 4,7 börn á hverja konu. Það er mikið um þunganir hjá unglingsstúlkum, og svo eru flestar þunganir óplanaðar. Ef þú byrjar að eiga börn þegar þú ert 28 ára þá er auðvelt að eiga kannski 3-4 börn. En ímyndaðu þér, ef þú ert að byrja að eignast börn þegar þú ert sextán ára, hversu mörg börn hefur þú þá eignast þegar þú ert 45 ára? Þá er auðvelt að eignast tíu börn og heima í Úganda eru konur stundum að eignast allt upp í sextán börn. Ástæða þess að unglingsstelpur eru að eignast börn er vegna þess að þessar stelpur eru hætta í skóla og þær hætta í skóla vegna þess að foreldrar þeirra eru fátækir. Þannig leiðir eitt af öðru. Þessar stelpur giftast ungar og margar þeirra hafa ekki aðgang að getnaðarvörnum, jafnvel þótt þær vilji verjast þungunum. Einnig hefur þetta með afríska menningu að gera. Börn eru álitin vera fjársjóður í Afríku og þau eru velkomin. Það dæmir þig enginn fyrir að eignast mörg börn.

Þannig að það fylgir því ekki skömm að eignast barn á unglingsaldri?

Nei, alls ekki. En smám saman eru konur í dag að skilja að það geta verið kostir við að eignast færri börn. Það er dýrt að eiga börn og ef þú vilt eiga gott líf og ef þú vilt geta boðið börnum þínum upp á betra líf, er betra að eiga færri börn. Það er til dæmis ómögulegt að koma sex börnum í gegnum gott nám.



Harriet ásamt samstarfsfólki sínu.

Er einhver leið fyrir unglingsstúlku, sem kemur úr fátækri fjölskyldu, að læra ljósmóðurfræði?

Já, en það getur verið erfitt. Vandamálið er að margar þessar stelpur klára ekki grunnnám, en það er forkrafa að hafa lokið grunnnámi til að geta farið í háskólanám. Oftast hætta þær í skóla, vegna þess að foreldrar þeirra hafa ekki átt peninga til að borga skólagjöld. Við sjáum samt örla á breytingum hvað þetta varðar, því nú er meira um að efnað fólk leggi fram fé í skólastyrki handa börnum fátækra. Þá borga foreldrar helminginn af skólagjöldunum og skólinn leggur til hinn helminginn með skólastyrkjum. Fólk er líka almennt að átta sig á að það borgar sig að þeirra eigin börn gangi menntavegin, þannig er líklegra að fjölskyldan öll eigi möguleika á betra lífi í framtíðinni.

Andaárás eða galdrar

Síðustu ár hefur Harriet verið að bæta við sig námi og unnið að rannsóknum. Hún sagði mér til dæmis frá áhugaverðu verkefni sem hún vann í tengslum við meistaranám sitt.

Þriðja algengasta dánarorsök kvenna í Úganda stafar af fylgikvillum meðgöngueitrunar. Þrátt fyrir að þetta sé staðreynd, er ekki til nafn yfir meðgöngueitrun í Úganda. Margar konur átta sig hins vegar ekki á því að meðgöngueitrun er alvarlegur sjúkdómur sem getur fylgt meðgöngunni. Harriet hafði sjálf tekið eftir því að á mörgum stöðum í Afríku komu konur með meðgöngueitrun seint inn á sjúkrahús til að leita sér hjálpar. Þessar konur áttuðu sig ekki á því að þetta væri sjúkdómur sem þyrfti að meðhöndla, og það mjög líklega á sjúkrahúsi. Jafnvel þegar konur fengu krampa, þá leituðu þær sér ekki hjálpar. Þær teldu að skýringa á sínu líkamlega ástandi væri frekar að leita í

ákveðnum hindurvitnum, það er að andar framliðinna hefðu tekið sér bólfestu í þeim, eða að þær væru fórnarlömb óvinarins/einhvers sem væri illa við þær sem væri að fremja á þeim galdra.

Staðan væri því þannig að á meðan hið líkamlega ástand konunnar versnar á meðgöngunni og blóðþrýstingurinn hækkar og hækkar þá eru konurnar að leita eftir remidíum á sínum heimaslóðum. Þegar þær svo loksins koma á sjúkrahús, þá er það jafnvel of seint. Þær eru þá komnar með HEELP og þurfa að fara beint á gjörgæslu.

Í rannsókn sinni, skoðaði Harriet viðhorf eldri kvenna í dreifbýlum gagnvart einkennum meðgöngueitrunar. Í framhaldi af þessari rannsókn fór hún að fræða konur á barneignaraldri um einkenni meðgöngueitrunar, um að þetta væri sjúkdómur og að þær þyrftu að leita sér hjálpar ef þær yrðu varar við einkenni. Harriet gerði fræðslubæklinga sem voru bæði á ritmáli og á myndmáli, því á mörgum stöðum í Úganda er bara um 40% læsi.

Í kjölfarið á þessari rannsókn og þessu verkefni hafa kvensjúkdómalæknar víðsvegar um Úganda gefið út sambærilega bæklinga á mismunandi tungumálum, til að fræða konur um allt land um meðgöngueitrun.

Doktorsnám

Harriet kom til Íslands á Erasmus skólastyrk. Hún vinnur að doktorsverkefni og er Helga Gottfredsdóttir, prófessor í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands, einn af leiðbeinendum hennar.

Doktorsverkefni Harriet snýr að neyðarflutningum í barneignarþjónustunni í Úganda. Þjónustustigin í landinu í tengslum við barneignarþjónustu eru fjögur: frá heilsugæslu þar sem ljósmóðir sem sinnir mæðravernd starfar, upp í sjúkrahús þar sem hægt er að gera keisaraskurði. Á þjónustustigi tvö er fæðingarþjónusta með ljósmóður, en ef framgangur er tepptur eða eitthvað annað kemur upp á í fæðingunni, þarf að flytja konuna á hærra þjónustustig.

Það er þessi flutningur sem Harriet beinir sjónum sínum að núna: hvernig hægt sé að bæta

þjónustuna og hverjir helstu annmarkar séu á þjónustunni. Margt getur komið í veg fyrir að flutningur á milli þjónustustiga gangi snurðulaust fyrir sig. Sem dæmi nefnir Harriet að oft sé tekin ákvörðun um flutning of seint, þá getur vantað sjúkrabíl í nærumhverfi konunnar eða ef sjúkrabíllinn er til staðar sé hann kannski bensínlaus eða bilaður. Þegar konan kemst svo loks á hærra þjónustustig, þá getur staðan verið sú að það sé enginn heilbrigðisstarfsmaður til að sinna henni, því það eru aðrar konur á undan sem biða eftir þjónustu. Ef hægt væri að bæta flutningsskilyrði á þessum tím punkti, væri mjög líklega hægt að koma í veg fyrir alvarleg atvik, eins og t.d. að kona verði fyrir legrofi vegna teppts framgangs, eða að kona láti lífið vegna alvarlegrar blæðingar á lægra þjónustustigi. Í rannsókn sinni mun Harriet bæði skoða upplifun kvenna af flutningi í fæðingu og vinna að tillögum um hvað megi betur fara. Það verður spennandi að fylgjast með niðurstöðum rannsókna hennar.

Á meðan á dvöl Harriet á Íslandi stóð, hafði hún tækifæri til að skoða fæðingarþjónustu á Íslandi. Hún skoðaði bæði mæðravernd og mismunandi fæðingarstaði. Hún sagði mér að það væri margt sem hafði vakið athygli hennar og eitt af því var að þegar hún var á fæðingardeildinni í Reykjanesbæ þá þurfti að flytja konu í fæðingu á Landspítalann. Ljósmóðirin í Keflavík hringdi þá á Landspítalann og lét vita að það stæði til að flytja konuna og tilgreindi flutningsástæðu. Þannig var hægt að undirbúa komu konunnar á Landspítalanum. Eins sjálfsagt og okkur sem störfum hér á Íslandi finnst þetta verklag er það víst ekki þannig í Úganda.

Eftir þetta áhugaverða spjall þá kvöddumst við Harriet og hún hélt aftur út í ískaldan íslenskan vetur. Hún naut heimsóknarinnar en hlakkaði líka til að komast heim til fjölskyldunnar og halda upp á jólin í þeirra faðmi.

Ef einhver vill kynna sér rannsókn Harriet á viðhorfum gagnvart meðgöngueitrun í dreifbýli Úganda þá er hún aðgengileg hér:

Nabulo, H., Ruzaaza, G., Mugabi, F., Bajunirwe, F. 2021. *Perceptions on preeclampsia and eclampsia among senior, older women, in rural Southwestern Uganda*. J Glob Health Rep. 2021;5:e2021009. doi: 10.29392/001c.19464. Epub 2021 Mar 3. PMID: 34541336; PMCID: PMC8445047.

Ferðalag til Úganda

HÖFUNDUR DR. HELGA GOTTFREDSDÓTTIR

Fyrr á þessu ári átti ég þess kost að fara til Úganda á vegum verkefnis sem kallast Erasmus+ en það er hluti af menntaáætlun Evrópusambandsins og felst í að styðja við og skapa tengsl við háskóla utan Evrópu. Þar eru nokkur markmið í forgrunni m.a. að auka sjálfbærni en í þessu samhengi felst það í að styðja við stofnanir og námsleiðir til að þær geti séð um menntun síns fólks.

Úganda er í Austur-Afríku með landamæri að Kenía í austri, Suður-Súdan í norðri, Lýðveldinu Kongó í vestri, Rúanda í suðvestri og Tansaníu í suðri. Suðurhluti landsins nær yfir stóran hluta Viktoríuvatns og liggur því að Stóru vötnunum. Áin Níl á upptök sín í Viktoríuvatni en Úganda hefur verið kölluð perla Afríku vegna stórbrotinnar náttúru- fegurðar, gróðursældar og góðs loftslags. Í landinu eru enska og svahílí opinber tungumál en fjöldinn allur af tungumálum eru talaður í landinu.

Landið liggur við miðbaug og er loftslag sérlega milt, hitastigið er á bilinu 26-30 gráður á daginn og árstíðaskipti eru lítil. Íbúaföldi er um 47 miljónir en erfitt er að finna áreiðanlegar tölur þar sem skráningu er ábótavant og vel þekkt að fólk eigi ekki fæðingarvottorð og sé hvergi á skrá.

Landið tilheyrði Breska Austur-Afríkufélaginu frá 1888 en fékk sjálfstæði 1962. Segja má að frá þeim tíma hafi hálfgert einræði ríkt í Úganda, en núverandi forseti, Yoweri Museveni hefur verið við völd frá 1986. Þó að ákveðinn stöðugleiki hafi ríkt í landinu í valdatíð hans hefur Museveni staðið fyrir bælingu á pólitísku andófi og afturhaldssemi sem birtist m.a. í lagasetningu varðandi samkynhneigð sem hefur verið ólögleg í landinu og á fólk lífstíðardóm yfir höfði sér fyrir að stunda kynlíf með einstaklingi af sama kyni. Samkynhneigð er ólögleg í yfir 30 Afríkulöndum en nýleg lög Úganda sem banna fólki að skilgreina sig sem samkynhneigt eru þau fyrstu sinnar tegundar, samkvæmt Human Rights Watch.

Í Úganda eru 13 ríkisreknir háskólar en fjöldi einkarekinna skóla fyrirfinnst í landinu. Sá skóli sem ég var í samstarfi við er Mbarara University of Science and Technology – þetta er ríkisrekin skóli sem stofnaður var 1989. Þar er nokkuð öflug hjúkrunar-deild og nýverið var ákveðið að kenna þar ljós-

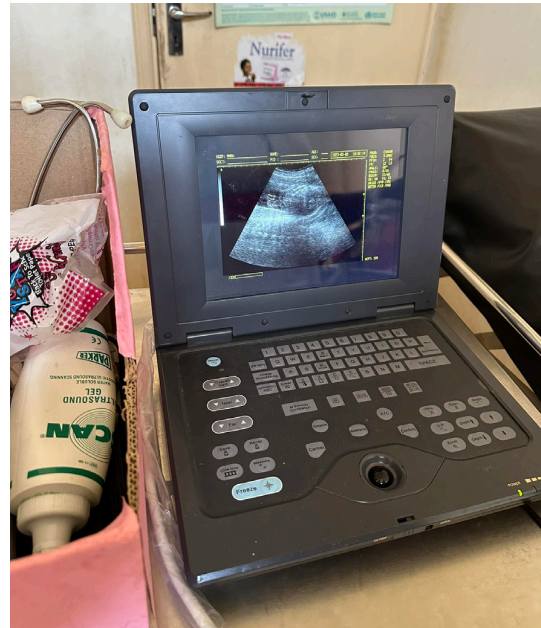
móðurfræði á meistarastigi. Hjúkrunarnámið er með öðrum áherslum en við eigum að venjast er varðar kennslu í meðgönguvernd, fæðingarhjálp og almennri heilsuvernd í barneignarferlinu. Hjúkrunarnemar læra þannig mun meira um þessa þætti en tíðkast hjá okkur sem helgast af því að mæðra- og ungbarnadauði er hár og lítið er svo á að heilsa mæðra og nýbura sé forsenda velmegunar.

Í Úganda er fæðingartíðni há þó að sjá megi þar lækkun síðustu ár en 2023 er álitíð að hver kona eignist að meðaltali 4.5 börn. Erfitt er að fá greinargóðar upplýsingar um nýbura-, ungbarna- og mæðradauða. Þó er ljóst að þar stefnir í rétta átt þó að tölurnar séu sorglega háar. Á árunum 2011–2016 lækkaði t.d. mæðradauði úr 438 dauðföllum á hverjar 100,000 fæðingar í 336 árið 2016. Inni í þessum tölum eru ekki dauðsföll vegna HIV sem eru mörg í landinu en talið er að á milli 7-8% kvenna séu með HIV.

Einnig má sjá vaxandi þátttöku í meðgönguvernd en fjöldi kvenna sem kemur í fjórar eða fleiri skoðanir á meðgöngu hefur vaxið úr 48% 2011 í 60% 2016 og á sama tíma hefur fæðingum á fæðingarstað með menntuðum heilbrigðisstarfsmanni fjölgað úr 57% árið 2011 í 73% árið 2016. Á þessum sama tíma hefur ungbarnadauði farið úr 54 dauðsföllum í hverjum 1000 fæðingum í 43. Helstu ástæður nýbura- og ungbarnadauða eru; sepsis/lungnabólga, stífkrampi, niðurgangur og súrefnisþurrð í fæðingu. Aðrir þættir eins og slæmt aðgengi að meðgönguvernd og fagleg aðstoð í fæðingu hafa jafnframt áhrif, auk þess eru ungur aldur mæðra, eldri mæður og of stutt bil á milli fæðinga þættir sem hafa áhrif á þessa stöðu.

Aðgengi að getnaðarvörnum er nokkuð en alls kyns þættir verða til þess að konur nýta þau úrræði ekki sem skyldi. Þar má nefna skort á starfsfólki á þeim stöðum sem eiga að sjá um þessa þjónustu, getnaðarvörn sem hentar konunni er ekki til þegar hún þarf á henni að halda og mætir á staðinn, starfsfólk krefur konur um gjald fyrir getnaðarvarnirnar sem eiga að vera konum að kostnaðarlausu, of langur biðtími á heilsugæslustöð eða hreinlega að það vanti starfsfólk. Talið er að aðeins 28% kvenna nýti sér





Sónar sem er í meðförum eins og fartölva.



Á markaði.

viðeigandi getnaðarvörn eftir fæðingu en það er talinn sá tími sem er hvað mikilvægastur til að fræða og hvetja til notkunar á getnaðarvörnum þar sem stutt er á milli fæðinga hjá mörgum konum.

Það er því afar brýnt að efla menntun ljósmæðra í landinu en það er ekki síður mikilvægt að bæta aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Eitt mikilvægasta verkefnið er þó að efla menntun kvenna almennt því enn er hluti kvenna ólæs eða um 30%. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur það einmitt sem eitt af sínum helstu markmiðum að efla læsi kvenna og stúlkna sem forsendu framfara í löndum heims. Talsvert misrétti ríkir í landinu en sumt er menningarbundið t.d. er það ennþá þannig í fjölskyldum að lögd er áhersla á menntun drengja frekar en stúlkna. Þær eru á unga aldri látnar sinna heimilisstörfum og vinna utan heimilis, þegar þær hafa aldur til, til að



Eva, sem kennir ljósmóðurfræði, og Helga.



Grace ljósmóðir og kennari í ljósmóðurfræði í þjóðlegum klæðnaði í tilefni af alþjóðlegum baráttudegi kvenna 8. mars. Grace lærði ljósmóðurfræði í Bretlandi.

auka tekjur heimilisins en aðeins 54% þeirra ljúka grunnskóla.

Að eiga kost á því að kynnast jafn framandi menningu og er í Úganda var ótrúlega gefandi á sama tíma og mér fannst það dapurt að sjá hve margir búa við kröpp kjör og við aðstæður sem okkur eru framandi. Heilbrigðiskerfið er bágborið, innviði skortir og spilling er víða. Þær ljósmæður sem vilja bæta kerfið standa því frammi fyrir áskorunum sem maður á erfitt með að setja sig inn í. Einn þátturinn í þeirri vegferð er að bæta menntun ljósmæðra – og mennta ljósmæður á fleiri stöðum í landinu. Til þess þarf öfluga leiðtoga og fólk með skýr markmið. Ég er þakklát fyrir að hafa fengið að kynnast þessum eldmóði sem einkennir bæði ljósmæður í kennslu og klínísku starfi og nemendur sem brenna fyrir að ljúka námi og geta lagt sitt lóð á vogarskálarnar.



Líkkistuverkstæði við hliðina á gistiheimilinu.



Í þjóðgarði.



Fæðingarrými á spítala.



Meistaraneinar í ljósmóðurfræði sem Helga kenndi.



Skilti til áminningar um að reyna að vinna bug á fistúlum.



Sængurlegudeild þar sem ein ljósmóðir annast allt að 40 konur.

„Hlustum á konurnar:“ Eigindleg rannsókn á ákvarðanatöku ljósmæðra um heima­fæðingar með frábendingum

“*Listen to the Women:” A Qualitative Study on Midwives’
Decision Making on Homebirth With Contraindications*

TENGILIÐUR berglindh@hi.is

Höfundar



Kristín Hálfðánardóttir,
hjúkrunarfræðingur og
ljósmóðir, MSc¹



Steinunn H. Blöndal,
hjúkrunarfræðingur og
ljósmóðir, MSc¹



Berglind Hálfðánsdóttir,
hjúkrunarfræðingur og
ljósmóðir, PhD²

1 Fæðingavakt 23B, Landspítali Háskólasjúkrahús, Reykjavík
2 Hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild, Háskóli Íslands, Reykjavík

Ágrip

Inngangur

Heima­fæðingar hafa verið um 2% af heildar­fjölda fæðinga á Íslandi á síðasta áratug. Í leiðbeiningum Landlæknis­embættisins um val á fæðingarstað eru tilteknar ýmsar frábendingar frá heima­fæðingum. Í 8% tilvika skipulagðra heima­fæðinga á Íslandi eru einhverjar frábendingar til staðar. Markmið rann­sóknarinnar var að kanna hvað hefur áhrif á það hvort ljósmóðir tekur að sér að sinna konu sem óskar eftir heima­fæðingarþjónustu þegar frábendingar eru til staðar.

Efniviður og aðferðir

Í rannsókninni var notast við eigindlega rannsóknaraðferð. Tekin voru djúpvíðtöl við sex ljósmæður um reynslu þeirra af ákvarðanatöku um heima­fæðingar þegar frábendingar eru til staðar. Viðtölin voru greind með aðferð Vancouver­skólans í fyrirbærafræði.

Niðurstöður

Sett var fram heildargreiningarlíkan af fyrirbærinu sem mynd af skál þar sem yfirþemað var: „Hlustum á konurnar“. Yfirþemað hljómar í gegnum öll viðtölin er ljósmæðurnar lýsa mikilvægi þess að konur fái hlustun. Í botninum á skálinni eru tvö grundvallarþemu sem mynda undirstöður í ákvarðanatöku ljós­mæðranna; „Upplýst val konunnar“ og

„Lög og sjálfræði ofar leiðbeiningum“. Í skálinni fljóta svo um yfirþemað sex undirþemu þess sem eru: „Forsendur konunnar“, „Traust meðferðarsamband“, „Innsæi ljósmóður“, „Erfið ákvörðun“, „Viðhorf og álit annars heilbrigðisstarfs­fólks“ og „Öryggi í fyrirrúmi“.

Ályktanir

Ljósmæðurnar geta ekki hugsað sér að konur fæði heima án fagaðstoðar. Þær upplifa neikvæða gagnrýni sem ein­kennist af fordómum frá öðru heilbrigðis­starfsfólki fyrir að sinna konum með frábendingar í heima­fæðingu. Æskilegt væri að reyna að opna á uppbyggilega og faglega umræðu þar sem allir geta tjáð sig og hlustað hver á annan.

Lykilorð

heima­fæðing
frábendingar
ljósmóðurfræði
ákvarðanataka
reynsla

Inngangur

Íslenskar konur hafa fætt heima frá manna minnum en þegar Landspítalinn opnaði fæðingar­deild árið 1931 tók heima­fæðingum að fækka (Gunnlaugur Snædal o.fl., 1975). Heima­fæðingar náðu sögulegu lágmarki í lok 20. aldar og voru um 0,2% allra fæðinga á Íslandi árið 1995. Upp úr því fjölgaði heima­fæðingum aftur og voru þær 1,7­2,2% af fæðingum á árunum 2009­2019. Í covid heimsfaraldrinum jukust svo heima­fæðingar hér­lendis enn frekar og voru 2,6 prósent árið 2020 (Embætti landlæknis, 2021).

Þegar heima­fæðingju fór aftur að fjölga hér­lendis í kringum síðustu aldamót gaf Landlæknis­embættið (2007) út leiðbeiningar um val á fæðingarstað þar sem fram koma ýmsar frábendingar fyrir því að fæða heima, til dæmis fyrri keisara­skurður, meðgöngusykursýki og sitjandi staða (tafla 1) en í leiðbeiningunum má einnig finna ábendingar fyrir flutningi í fæðingu (tafla 2). Þrátt fyrir frábendingar velja sumar konur heima­fæðingu, en í um 8% skipulagðra heima­fæðinga á Íslandi eru einhverjar frábendingar til staðar. Þær algengustu eru hár líkamsþyngdarstuðull, lengd meðganga og fæðing eftir fyrri keisaraskurð (Halfðansdóttir o.fl., 2018) og samræmist það niðurstöðum hollenskrar rannsóknar (Hollander o.fl., 2018).

Fræðilegur bakgrunnur

Val á fæðingarstað

Samkvæmt lögum um réttindi sjúklinga (nr. 74/1997) hafa konur á Íslandi val um þjónustu í barneignarferlinu. Konur upplifa það sem brot á sjálfræði sínu ef þær fá ekki að velja eigin fæðingarstað (Hendrix o.fl., 2009). Til að val kvenna sé upplýst þurfa konur að hafa aðgengi að fræðslu um ávinning og áhættu ólíkra valkosta (Halfðansdóttir, o.fl. 2015a; Hollander o.fl. 2016). Í leiðbeiningum Landlæknis­embættisins (2007) er mælt til þess að foreldrar sem kjósa heima­fæðingu undirriti samþykkis­blað um að val þeirra sé upplýst. Lagalegt gildi slíks samþykkis og staða ljósmóður sem sinnir konu með frábendingar í heima­fæðingu eru þó óljós (Halfðansdóttiro.fl., 2015a).

Heima­fæðingar þar sem engar frábendingar eru til staðar virðast jafn öruggar og sjúkrahús­fæðingar (Brintworth og Sandall, 2013; Halfðansdóttir o.fl., 2015b; Hutton o.fl., 2019). Öryggi og áhætta í heima­fæðingum þar sem frábendingar eru til staðar hafa minna verið rannsökuð. Niðurstöður íslenskrar rannsóknar benda þó til að konum með frábendingar farnist betur á sjúkrahúsi (Halfðansdóttir o.fl., 2018). Konur sem fæða heima þegar frábendingar eru til staðar eru hvattar til að huga vel að hagsmunum sínum og ófædda barnsins, vera vel upp­lýstar og átta sig á áhættunni sem því getur fylgt (Jenkinson o.fl., 2017; Thompson, 2013). Einnig er brynt að konurnar séu tilbúnar að taka ábyrgð á ákvörðun sinni ef eitthvað ber út af í fæðingunni (Halfðansdóttir o.fl., 2015a).

Upplifun kvenna af heima­fæðingum þegar frábendingar eru til staðar

Heima­fæðingar eru val sem byggir á óskum og væntingum kvenna. Þessi ákvörðun er aldrei tekin af léttúð heldur er hún vel ígrunduð (Jouhki o.fl., 2017). Konur sem kjósa heima­fæðingar þegar frábendingar eru til staðar gera það í sumum tilvikum vegna ótta við sjúkrahús­fæðingar, tengt slæmri fyrri fæðingar­reynslu (Feeley o.fl., 2020; Hollander o.fl., 2018; Thompson, 2013). Í öðrum tilvikum hafa konur upplifað for­ræðishyggju og þrýsting frá heilbrigðis­starfsfólki en með því að velja heima­fæðingu beita þær ákvörðunarvaldi sem getur verið valdeflandi (Holten o.fl., 2018; Jenkinson o.fl., 2017). Konur upplifa virðingu þegar ljósmóðir hlustar á óskir þeirra og reynir að fara eftir þeim, ásamt því að styrkur þeirra og öryggi í fæðingunni eykst með stuðningi ljósmóður sem þær þekkja (Sjöblom o.fl., 2014). Ef konur upplifa forræðishyggju eða skort á sjálfræði eða ef þær finna ekki ljósmóður sem er tilbúin að sinna þeim í heima­fæðingu getur niðurstaðan orðið sú að þær kjósa að fæða án aðstoðar, eins og fram hefur komið í nýlegri danskri rannsókn (Lou o.fl., 2022). Val kvenna á fæðingum án aðstoðar má tengja aukinni sjúkdóms­væðingu fæðinga (McKenzie o.fl., 2020), en aukin inn­gripatíðni hér á landi ber skýr merki um slíka þróun (Swift o.fl., 2022). Fjallað var um efnið í nýlegri fræðslugrein í Ljósmæðrablaðinu, en fæðingum án aðstoðar virðist fara fjölgandi hér á landi (Sunna María Schram og Berglind Hálfðánsdóttir, 2021) og er það áskorun fyrir barneignarþjónustu sem hefur það að markmiði að setja þarfir kvenna í forgrunn (Jenkinson o.fl., 2017).

Upplifun ljósmæðra af heima­fæðingum þegar frábendingar eru til staðar

Ljósmæður sem sinna konum í heima­fæðingum hugsa síður að þær „viti betur“ en konurnar og virða með því eigin þekkingu kvenna. Þessi einkenni hjálpa þeim að nálgast konur heil­drænt (Wickham, 2010). Þær hafa gjarnan kynnst viðkomandi konum á meðgöngu og sinna þeim áfram í fæðingu og sængurlegu. Þannig myndast góð tengsl og meðferðarsamband milli konu og ljósmóður í samfelldri ljósmæðraþjónustu (Feeley o.fl., 2020; Hollander o.fl., 2017; Sjöblom o.fl., 2015; Thompson, 2013). Tengslaþekking ljósmæðra þróast út frá tengslum við konuna og eykur innsæi ljósmæðra fyrir gangi fæðingar, sem hjálpar ljósmæðrum að standa með konum (Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009; Ólafsdóttir o.fl. 2022).

Ljósmæður í rannsókn Thompson (2013) töldu góð tengsl og traust vera sérstakan öryggisþátt í heima­fæðingum þar sem frábendingar eru til staðar. Þær töldu að með góðum tengslum fjarlægðust konur síður heilbrigðiskerfið og þannig yrði auðveldara að taka sameiginlegar ákvarðanir um nauðsynleg inn­grip ef eitthvað kæmi upp. Sumar ljósmæðranna óttuðust að ef þær sinntu ekki konunum myndu þær frekar fæða einar heima en með aðstoð eða á sjúkrahúsi (Thompson, 2013). Annar mikilvægur öryggisþáttur í huga ljósmæðra er góð fræðsla til

að konurnar geti tekið upplýsta ákvörðun (Feeley o.fl., 2020; Jenkinson o.fl., 2017; Scamell, 2016; Thompson, 2013).

Ljósmaður sem sinna heimafæðingum þrátt fyrir frábendingar eiga oft auðveldara en aðrar ljósmaður með að sveigja reglur og túlka klíniskar leiðbeiningar til að uppfylla óskir kvennanna (Feeley o.fl., 2020; Jenkinson o.fl., 2017; Wickham, 2011). Þær skynja gjarnan ákveðin einkenni hjá þeim konum sem kjósa að fæða utan viðmiða heilbrigðiskerfisins. Þetta eru ákveðnar konur sem vita hvað þær vilja, þekkja eigin líkama vel, innsæi þeirra er næmt og ljósmaðrunum finnst þær hafa gert rétt með því að treysta konunum (Hollander o.fl., 2016; Thompson, 2013). Ljósmaður heyrja þó gjarnan neikvæða umræðu um konurnar við þessar aðstæður (Jenkinson o.fl., 2017).

Ljósmaður virðast sammála um að konur eigi rétt á að velja sinn fæðingarstað sjálfar en upplifa togstreitu þegar frábendingar eru til staðar (Feeley o.fl., 2020). Stór hluti af ljósmóðurlistinni er línudans milli áhættustjórnunar opinberra leiðbeininga annars vegar og hugmyndafræði um eðlilega fæðingu og konuna í forgrunni hins vegar (Jenkinson o.fl., 2017; Scamell, 2016). Við þessar aðstæður hafa ljósmaður gjarnan einstaklingsbundna sýn og styðjast við einstaklingsbundið mat (Jenkinson o.fl., 2017; Wickham o.fl., 2009).

Lagaleg réttindi ljósmaðra sem sinna konum sem fara gegn kerfinu eru þó ekki tryggð. Ákvæði í íslenskum lögum um heilbrigðisstarfsmenn (nr. 34/2012), annars vegar um skyldu þeirra til að veita meðferð og bráðahjálp og hins vegar til að virða faglegar kröfur og eigin takmarkanir, geta stangast á þegar ljósmóður berst ósk frá konu um fæðingarþjónustu utan opinberra viðmiða. Heilbrigðisstarfsfólk erlendis hefur áhyggjur af kærumálum ef eitthvað kemur upp á (Hollander o.fl., 2018) en ekki síður ef það neitar að veita þjónustu sem óskað er eftir (Hollander o.fl., 2016). Því leggja margir áherslu á góða skráningu á óskum kvenna (Scamell, 2016).

Tilgangur, markmið og rannsóknarspurning

Markmið þessarar rannsóknar var að öðlast innsýn í hvernig ljósmaður vega og meta hagsmuni kvenna með frábendingar og hvað hefur áhrif á ákvarðanatöku þegar ljósmaður ýmist taka að sér að sinna þessum konum í heimafæðingu eða hafna beiðni þeirra. Tilgangur rannsóknarinnar var að bæta þjónustu við heimafæðingar og skapa grundvöll fyrir bættu verklagi þegar konur óska eftir fæðingarþjónustu sem ekki samræmist viðmiðum heilbrigðiskerfisins. Hér verður því leitast við að svara rannsóknarspurningunni:

Hvað hefur áhrif á það hvort ljósmóðir tekur að sér að sinna konu sem óskar eftir heimafæðingarþjónustu þegar frábendingar eru til staðar?

Efniviður og aðferðir

Til að fá sem skýrasta mynd af viðfangsefninu var stuðst við Vancouver-skólann í fyrirbærafræði sem er rannsóknaraðferð innan eigindlegra rannsókna þar sem leitast er við að auka skilning á mannlegum fyrirbærum (Sigríður Halldórsdóttir, 2021). Í þessari aðferð fyrirbærafræðinnar er lögð áhersla á að kynnast sýn hvers og eins viðmælenda og í rannsóknarferlinu eru niðurstöður ólíkra viðmælenda bornar saman. Aðferðin hefur verið notuð í mörgum rannsóknum hérlendis í ljósmóður- og hjúkrunarfræði (Ásrún Ösp Jónsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2016; Karlsdottir o.fl., 2014; Steinunn H. Blöndal og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2018). Kostur þessarar tilteknu nálgunar er meðal annars að leitað er eftir samþykki þátttakanda í lok rannsóknarferlisins til að auka réttmæti (Sigríður Halldórsdóttir, 2021).

Öflun þátttakenda

Á Íslandi starfa ljósmaður annars vegar sjálfstætt við heima-fæðingar og hins vegar í ljósmæðraþjónustunni Björkinni, þar sem konur geta valið að fæða ýmist heima eða í húsnæði Bjarkarinnar. Við val á þátttakendum var notast við tilgangsúrtak. Skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni voru tvö. Annars vegar að ljósmóðirin hafi sinnt að minnsta kosti einni heima-fæðingu á sinni starfsævi, hvort sem fæðingu lauk í heimahúsi eða ekki. Hins vegar að sú ljósmóðir hafi að minnsta kosti einu sinni verið beðin um að sinna konu með frábendingar í heimafæðingu frá árinu 2007, þegar frábendingalistar voru gefnir út í fyrsta sinn (Landlæknir, 2007), óháð því hvort ljósmóðirin tók að sér að veita þá þjónustu eða ekki. Rannsakendur kusu að hafa inntökuskilyrðin rúm þar sem hópur ljósmæðra sem sinnir heimafæðingum er fámennur og tíðni frábendinga í heimafæðingum lág. Rannsakendur töldu að ef ljósmóðir hefði reynslu af því að ræða um heimafæðingu við konu með frábendingar, og því innsýn í viðfangsefni rannsóknarinnar, gæti sú reynsla átt erindi í rannsóknina.

Til að finna þátttakendur var notast við sjálfboðaliðaúrtak þar sem tölvupóstur var sendur á póstlista Ljósmaðra-félagsins og óskað eftir þátttakendum sem uppfylltu ofangreind skilyrði. Fimm ljósmaður höfðu sjálfar samband. Þá benti ein ljósmóðir sem tekið var viðtal við á aðra ljósmóður með reynslu af fyrirbærinu. Rannsakendur höfðu samband við þá ljósmóður og hún samþykkti þátttöku.

Gagnaöflun og gagnagreining

Við gagnagreiningu var stuðst annars vegar við sjö vitræna þætti sem eru endurteknir í rannsóknarferlinu til að greina gögnin og hins vegar farið í gegnum tólf þrep rannsóknarferlis Vancouver skólans í fyrirbærafræði. Í töflu 3 er sýnt hvernig þrepunum var fylgt í þessari rannsókn (Sigríður Halldórsdóttir, 2021). Fyrsta þrepið var val á úrtaki og í kjölfar þess voru tekin djúpvíðtöl sem voru tekin upp, skráð og greind í þemu. Greiningarlíkon voru unnin út frá þemunum. Þau voru borin undir hverja ljósmóður fyrir sig og leiðrétt eftir þörfum. Þá var

Tafla 1 Listi yfir frábendingar fyrir heimafæðingum í leiðbeiningum Landlæknisembættisins um val á fæðingarstað (Landlæknisembættið, 2007, bls. 11).

Móðirin/meðgangan	Barnið/meðgangan	Fyrri fæðingar
Langvarandi sjúkdómar, sem geta haft áhrif á gang fæðingarinnar og/eða búast má við að versni	Vaxtarseinkun barns meira en -24%	Keisaraskurður áður
Blóðflokamisræmi	Meðganga lengri en 42 vikur	Saga um axlarklemmu við fyrri fæðingu
Blóðþynning á meðgöngu eða fyrirhuguð eftir fæðingu	Barn í sitjandi stöðu, þverlegu eða skálegu	Óeðlileg blæðing í fyrri fæðingu vegna lélegs samdráttar í legi áætluð meira en 100 ml
Meðgöngueitrun	Fæðing fyrir 37 vikna meðgöngu	
Meðgöngusykursýki	Stórt barn – þyngd barns áætluð um eða yfir 4500 gr., eða barnið talið of stórt fyrir líkamsbyggingu konunnar skv. klínísku mati. Þekkt vandamál eða galli hjá fóstri/barni	
Fjölburameðganga		
Fyrirsæt fylgja		
Anemia < 9,5		
BMI <18		
BMI >35		
Reykingar >10 á dag		
Virk neysla vímuefna		

gert heildargreiningarlíkan úr öllum greiningarlíkonum og yfirþema greint sem átti við öll líkönin. Heildargreiningarlíkanið var borið undir tvo þátttakendur og leiðrétt eftir þörfum (tafla 3). Þegar niðurstöður voru settar fram var þess sérstaklega gætt að allar raddir heyrðust til jafns, en meðvituð ákvörðun var tekin um að fela gervinöfn sem ljósmæðrum voru gefin við vinnslu rannsókna. Talið var að erfitt yrði að gæta nafnleyndar ef hægt væri að tengja ákveðnar tilvitnanir saman, og þannig við ákveðnar ljósmæður.

Siðferðileg álítamál

Rannsóknin var tilkynnt til persónuverndar. Einnig var sótt um leyfi til Vísindasiðanefndar sem reyndist ekki þörf á. Til að gæta nafnleyndar viðmælenda fá tilvitnanir þeirra að standa án allra greinarmerkja í niðurstöðukaflanum.

Niðurstöður

Ljósmaðurnar sem tóku þátt í rannsókninni höfðu allar fjölbreytta reynslu og höfðu starfað við sjúkrahús-fæðingar, mæðra-vernd og heimaþjónustu viðsvegar um landið, auk heima-fæðinganna. Allar höfðu nokkra reynslu af heima-fæðingum auk þess sem þær höfðu allar fengið fleiri en eina beiðni um að sinna konu með frábendingar í heimafæðingum. Ein ljósmæðranna hafði hafnað öllum slíkum beiðnum en hinar höfðu bæði samþykkt og hafnað beiðnum. Þegar ljósmæður tóku ákvörðun um að hafna beiðni konu tengdist það gjarnan alvarleika frá-

bendingar og líkum á neikvæðri útkomu fæðingar fyrir konu og barn. Allar ljósmæðurnar voru sammála um mikilvægi þess að reyna að verða við óskum kvenna, hvort sem það þýddi að sinna fæðingunni eða beina konum annað. Ljósmaðurnar reyndu allar að fyrirbyggja að konur fæddu einar heima ef helsta ósk þeirra var heima-fæðing með ljósmóður.

Heildargreiningarlíkan

Heildargreiningarlíkan fyrir viðtölin var sett fram sem mynd af skál (mynd 1). Botninn á skálinni eru tvö grundvallarþemu sem eru undirstöður í ákvarðanatöku ljósmæðranna, „upplýst val konunnar“ og „lög og sjálfræði ofar leiðbeiningum“. Í skálinni fljóta svo sex undirþemu í kringum yfirþemað sem er tilvitnun í ljósmóður í rannsókninni og hljómar í gegnum öll viðtölin: „... hlustum á konurnar, hlustum á hjarta þeirra, hvað er í raun rétt fyrir þær.“ Rauði liturinn í skálinni táknar þá varúð sem ljósmæðurnar hafa að leiðarljósi í ákvarðanatöku ef kona óskar eftir þjónustu við heimafæðingu þegar frábendingar eru til staðar. Undirþemun sem koma fram tengjast sín á milli og mynda eina heild um yfirþemað.

Yfirþemað: „Hlustum á konurnar, hlustum á hjarta þeirra, hvað er í raun rétt fyrir þær“

Yfirþemað sem var greint dregur vel saman orð allra ljós-mæðranna og má tengja það við öll undirþemun. Yfirþemað tengist líka grundvallarþemunum „lög og sjálfræði ofar leiðbeiningum“ og „upplýst val konunnar“ og varpar þannig ljósi á það að konan sjálf veit hvað hún vill og hverjar sínar þarfir eru.

Mynd 1 Heildargreiningarlíkan af reynslu ljósmæðra af því að taka ákvörðun um þátttöku í heima-fæðingu þegar frábendingar eru til staðar.

Tafla 2 Listi yfir ábendingar fyrir flutningi á hærra þjónustustig í leiðbeiningum Landlæknis-embættisins um val á fæðingarstað (Landlæknisembættið, 2007, bls. 11).

Fósturstreita
Barnabik í legvatni
Óeðlileg blæðing
Talin er þörf á mænurótardeyfingu
Hiti í fæðingu >38°C
Legvatn farið >24 klst. og ekki góð sótt
Langdregin fæðing og þörf fyrir örvun
Fæðingargalli eða veikindi hjá barni

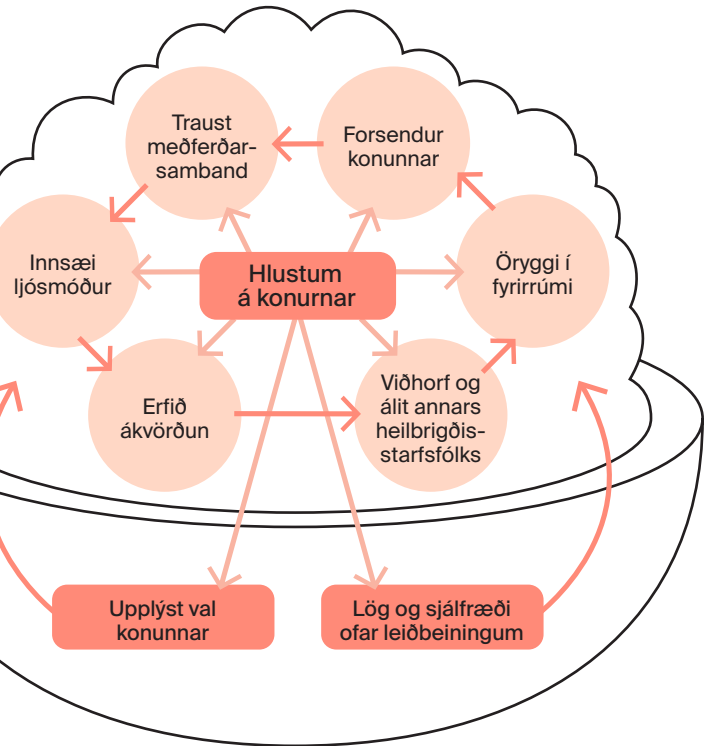
Með því að hlusta á konuna er henni sýnd virðing og sjálfræði hennar virt. Orð ljósmæðranna sjálfra, sem vitnað er til í næstu köflum, enduróma yfirþemað og þá hlustun sem á sér stað í samstarfi þeirra við konur.

Upplýst val konunnar

Allar ljósmæðurnar lýstu mikilvægi þess að konan væri nógu vel upplýst til að geta tekið ákvörðun um eigin fæðingarstað. Þegar kona er með frábendingar og óskar eftir heimafæðingu skiptir mestu máli að konan viti að heimafæðing sé ekki ráðlögð fyrir hana vegna viðkomandi frábendingar og í hverju sú frábending felst. Fræðsla ljósmæðra getur verið ólík og hafa þær sínar eigin aðferðir. Ein lýsir því svo: „... fer yfir það með þeim hjónum, af hverju þetta sé frábending frá heimafæðingu, en auðvitað sé þetta náttúrulega þeirra val líka, þau verði bara að taka dálítið upplýsta ákvörðun ...“. Önnur ljósmóðir bendir þörum á fræðsluefni um þeirra tilteknu frábendingu til að þau geti sjálf lesið sér til og tekið ákvörðun út frá því. Einstaka konur átta sig þó ekki á að þær hafi frábendingar: „... hversu vel upplýst hún er, hvort hún geri sér grein fyrir að þetta séu frábendingar og út af hverju og ... er það kannski bara skortur á fræðslu og upplýsingum“.

Lög og sjálfræði ofar leiðbeiningum

Flestar ljósmæðranna minntust á lög um réttindi sjúklunga. Að mati ljósmæðranna eru lögin réthærrí leiðbeiningum um val á fæðingarstað og því eiga konur rétt á því að velja sinn fæðingarstað þótt hann samræmist ekki alltaf viðmiðum leiðbeininganna: „...gerði mér mæta vel grein fyrir að ... þetta var frábending ... leiðbeiningarnar eru leiðbeinandi, þær eru ekki



lög...“. Ljósmæðurnar studdust þó almennt við leiðbeiningarnar í starfi og nýttu þær til að fræða um frábendingar og styðja við upplýst val kvenna. Þær reyndu í mörgum tilvikum að sannfæra konur um að fylgja leiðbeiningunum, án þess þó að þrýsta á þær. Alvarleiki frábendinganna hafði þar áhrif, en ljósmæðurnar höfðu þó ólíkar hugmyndir um hve alvarlegar einstaka frábendingar voru. Einungis ein ljósmóðir fylgdi ávallt leiðbeiningum um val á fæðingarstað, en virti þó jafnframt lög um réttindi sjúklunga með því að aðstoða konur með frábendingar við að finna aðra lausn sem hentaði þeim.

Ljósmæðurnar eru meðvitaðar um rétt kvenna til að velja og hafna heilbrigðisþjónustu, eins og ein ljósmóðir bendir á: „Við höfum öll þennan rétt til að velja hvar og hvort við viljum heilbrigðisþjónustu.“ Önnur ljósmóðir segir: „Við megum ekki gleyma því að konur ráða hvort þær mæta í mæðravernd ... Þær ráða hvar þær fæða, og okkur ber skylda að upplýsa konur í mæðravernd um alla möguleika...“.

Ljósmóðir sem hafði starfað við sjúkrahús-fæðingar benti á að konur virðast upplifa meira sjálfræði í heimafæðingum. Á fæðingardeildum sjúkrahúsa geti hlutirnir oft hljómað eins og skipanir frekar en að konunni sé boðið að gera það sem hún vill og hún beðin um leyfi fyrir inngripum og eða eftirliti:

Maður sér svo oft að um leið og konan er komin inn á fæðingardeildina... einhvern veginn búin að missa sjálfræðið... það er bara komið inn og sagt, hérna ég ætla að skoða þig núna ... það er ekki ... við kannski þurfum að fara að huga að því skoða, ... viltu segja til þegar þú ert tilbúin eða eitthvað svona.

Forsendur konunnar

Allar ljósmæðurnar töluðu um að forsendur kvennanna fyrir ákvörðun sinni skiptu máli fyrir það hvernig þær brygðust við beiðni kvenna um þjónustu. Ákvörðun kvenna um heima-fæðingu er alltaf vel ígrunduð að mati ljósmæðranna:

Þær eru náttúrulega ekki að biðja um þetta út af bara einhverri svona hugdettu, það yfirleitt býr eitthvað að baki, hvort sem það sé einhver slæm reynsla ... Maður er bara að mæta þörfum fólks ... það liggur eitthvað að baki og þeim finnst þetta einhvern veginn, væntanlega ókleif hugsun, að fara á spítala.

Fyrri reynsla af sjúkrahúsi getur gert það að verkum að konan vill alls ekki vera inni á sjúkrahúsi eins og ein ljósmóðir lýsir: „... hún sagði mér sína sögu ... paníkkar óreyndur læknir og hún er drifin í keisara... hún vildi bara ekki vera nálægt þar sem var hægt að gera keisara...“. Þessar konur geta líka verið með áfallasögu á bakinu, til dæmis sögu um kynferðislega misnotkun. Það skiptir þær máli að vita hver verður með þeim í fæðingunni og að þekkja þann aðila líkt og er hér lýst:

Konur með kvíða, sögu um kynferðislega misnotkun og aðra geðsögu leita mjög oft í heimafæðingar af því þá hafa þær meiri stjórn á hver verður og þess vegna vilja þær einmitt fá þetta one-on-one, vita hvaða ljósmóðir kemur, ekki bara ein af hópnum ...

Slíkar forsendur geta gert það að verkum að val konu stendur í raun á milli þess að fæða heima með ljósmóður eða fæða ein. Ein ljósmæðranna vissi að kona hafði áður fætt ein heima og lýsir upplifun sinni þannig: „Ég vissi að hún myndi bara fæða ein aftur ef að ég myndi ekki gera þetta ...“.

Traust meðferðarsamband

Ljósmæðurnar töluðu allar um þetta sérstaka meðferðarsam-band sem þær mynda við konurnar sem þær sinna í heima-fæðingum, og hvort þær finni gagnkvæmt traust. Sumar ljósmæður gera skriflegan samning við konur til að allt gangi sem best: „... samningur á milli mín og hennar sem leysti málin á sem besta mögulega hátt fyrir alla...“. Þær töluðu sömuleiðis allar um að þegar kona með frábendingar óskaði eftir heima-fæðingarþjónustu skipti höfuðmáli að þekkja konuna. Ein ljós-móðir lýsir því hvernig hún notar meðgönguna til að kynnst konunni: „Ég segi bara við skulum skoða þetta þegar líður á meðgönguna ... ég nota þá meðgönguna til þess að kynnst henni, kannski svona extra vel sem persónu...“. Önnur lýsir ákvörðun sinni um að neita konu um að taka að sér heima-fæðingu, meðal annars vegna þess að hún þekkti konuna ekki vel: „... ef ég hefði tekið á móti hjá henni áður hefði ég örugg-lega þekkt hvernig hún fæðir ... hefði kannski sagt já ...“.

Það að þekkja konuna skiptir þessar ljósmæður því miklu máli. Því betri sem tengslin eru þeim mun betur treystir ljósmóðir konunni og konan ljósmóðurinni. Traustið milli ljós-

móður og konunnar er grundvöllur fyrir heimafæðingu þar sem frábending er til staðar og styrkur tengslanna hefur áhrif á það hversu langt út fyrir rammann ljósmóðir er tilbúin að fara með konunni, eins og ein ljósmæðranna lýsir:

Það þarf að hafa einhver mörk ... hún var komin yfir mín mörk ... ég treysti henni ekki og maður verður að finna þetta traust þegar maður er að sinna konu í heimafæðingu ... það er bara grundvallaratriði og þegar maður fer með ... einhvern svona þínulítinn hlut sem að maður þarf að horfa betur á og er utan við þennan ramma, þessar leiðbeiningar Landlæknis, að þá verður þetta traust að vera. Þannig að þú ... vitir það, að þú getir flutt konuna og hún muni samþykkja það, þú veist, og það verði ekki eitthvað vesen, ekki einhver slagur og þannig að þú veist, þetta er bara algerlega grundvallaratriði. Og ef það er ekki og ef að ljósmóðirin finnur það ekki, að þá bara eru ekki forsendur fyrir þessu ...

Gott meðferðarsamband hefur áhrif á upplifun konunnar og ljósmæðurnar gera allt sem í þeirra valdi stendur til að upplifun kvennanna verði jákvæð og góð, jafnvel þó að konan endi sína fæðingu á sjúkrahúsi. Hér segir ljósmóðir frá slíku sambandi:

Þegar er komið þetta meðferðarsamband ... þá fylgi ég konunni eins langt og hægt er en við vitum báðar hvar mörkin liggja ... þá fylgdi ég henni eins og hún væri að fara í heimafæðingu ... en maður fylgir eftir í þessu meðferðarsambandi og þangað til að hún fer í fæðingu ... ég tók við henni um leið og hún kom út af spítalanum eins og hún hefði fætt heima ... þannig að hún fékk sína upplifun eins nálægt því eins og hægt var ...

Innsæi ljósmóður

Ljósmæðurnar lýstu því hvernig þær hafa öðlast ákveðið innsæi í fæðingum með aukinni starfsreynslu. Þær hafa góða tilfinningu fyrir fólki og innsæið hjálpar þeim að átta sig á konunni og maka hennar. Ein þeirra talaði um að þetta innsæi skipti miklu máli þegar kæmi að heimafæðingum, hvað þá í heimafæðingum þar sem frábendingar eru til staðar, og að góð tilfinning fyrir fæðingunni væri hluti af örygginu.

Það er svo mikilvægt að vera með góða tilfinningu fyrir konunum, fjölskyldunni og þessari ákvörðun að fæða heima, þó að hún sé kannski aðeins fyrir utan rammann, ef þú ert með góða tilfinningu að þá er þetta yfirleitt í lagi, en um leið og þú ert komin með einhverja slæma og svona veist ekki hvað er, að bakka þá út.

Aðrar ljósmæður lýstu sömuleiðis hvernig slíkar tilfinningar og innsæi taki yfir hjá þeim. Ein ljósmóðir lýsti því hvernig eitthvað hvíslaði að sér að eitthvað væri ekki eins og það ætti að vera.

„Eitthvað sem sagði mér að ég ætti ekki að taka þetta að mér ... það var eiginlega eina frábendingin, hún bjó [í sveit].” Önnur ljósmóðir lýsir því hvernig hún hafði góða tilfinningu fyrir fæðingu. „Ég hafði nefnilega alltaf góða tilfinningu fyrir þessari konu, að hún myndi fæða bara auðveldlega...“.

Erfið ákvörðun
Ákvörðunin um að sinna þessum konum er sumum ljósmæðranna gríðarlega erfið, ekki síst ef ljósmóðir tekur þá ákvörðun að hafna beiðni konu um þjónustu. Ólíkar ástæður geta legið að baki þess að ákvörðunin er erfið. Dæmi um slíkt er þegar gagnkvæmt traust hefur myndast en bakslag í samskiptum verður til þess að traustið brestur: „... mjög erfitt að taka þessa ákvörðun, en ég varð að gera hana fyrir mig og líka fyrir þau“.

Ljósmæðurnar líta gjarnan í baksýnispegilinn eftir fæðingarnar. Þá koma upp ýmsar tilfinningar um ákvörðunina. Það getur ýmist verið léttir: „... ég er rosalega fegin þegar að þessar fæðingar eru búnar ... og allt hefur gengið vel ...“, eða erfiðar tilfinningar þar sem erfitt atvik kom upp: “... erfitt að hafa þá tekið þessa ákvörðun að hafa sinnt konunni ... hún var virkilega með frábendingar ...“.

Viðhorf og álit annars heilbrigðisstarfsfólks
Ljósmæður rannsóknarinnar nefndu að annað heilbrigðisstarfs-fólk virtist gjarnan reyna að koma auga á neikvæðar útkomur hjá þessum konum þegar rýnt er í baksýnispegilinn, frekar en að horft væri á það sem vel hefði gengið. Þær töldu sýn ljósmæðra í heimafæðingum ólíka sýn ljósmæðra sem sinna fæðingum ein-göngu á sjúkrahúsum, þar sem fylgja þarf ákveðnum ramma sem er ekki eins stífur í heimafæðingum.

Ljósmæðrunum í rannsókninni fannst umræðan um heimafæðingar, bæði með og án frábendinga, oft fela í sér for-ræðishyggju sem jaðraði jafnvel við hroka. Ljósmæður sem höfðu verið „staðnar að verki“ við að sinna heimafæðingum með frábendingum höfðu upplifað eins konar skammir fyrir að sinna óskum konunnar. Ein lýsti því svo: „... setja sig á háan hest og eru með svona alræðisvald yfir fólki ... þetta er svona eins og það sé foreldri að skamma barn ...“. Ein ljósmæðranna lýsti móttstöðu þegar hún leitaði ráðlegginga hjá Landlæknis-embættinu, en í kjölfar þeirra svara og vegna viðhorfa annarra ljósmæðra tók hún þá erfiðu ákvörðun að neita konunni um þjónustuna.

... ég hefði fengið allt á móti mér ... mér var ítrekað bent á það, ég talaði meira að segja við [Landlæknisembættið], ... Og [það] bara sem sagt sagði nei, þessi kona, vill hún ekki bara fæða á [fæðingarstaður með þjónustustig sem miðast við frábendingu]?

Öryggi í fyrirrúmi
Ljósmæðurnar voru með nokkur atriði sem skiptu þær miklu máli þegar kom að öryggi í fæðingunni. Margar settu upp áætlun með konunni og gerðu samninga við hana. Í þessum

samningi kom fram að fæðingin væri gegn opinberum ráð-leggingum og jafnframt tiltekið að konan væri tilbúin að flytjast á sjúkrahús ef ljósmóðirin teldi það nauðsynlegt. Ein lýsti þessu svo:

Læt þau skrifa upp á... upplýst samþykki... með þeim formerkjum líka að ef að það eru einhver þættumerki sem ég greini að þá verði það ekkert spurning, þau þurfa að koma með mér [á sjúkrahús].

Ljósmæðurnar vildu frekar vera með konum heima, vitandi af frábendingum, en að konur fæddu einar heima: „... vildi bara eiginlega alls ekki taka á móti hjá henni en samt vildi ég frekar taka á móti þessu barni og vera með konunni heldur en að hún væri ein ... ég vissi að hún myndi bara fæða ein ...“

Ljósmæðrunum fannst það þó eitt af öryggisatriðum að þekkja sín eigin mörk, vita hvað þær treysta sér í, geta sett mörk og bakkað, fyrir eða í fæðingu, og þá bent konunni á aðrar leiðir. Vegalengdir og veðurfar var enn eitt öryggisatriði sem talað var um. Ef langt var á næsta sjúkrahús vildu flestar ljós-mæður ekki sinna konu með frábendingar í heimafæðingu. Veðrið gat einnig haft áhrif á ákvarðanatöku en ef veður er slæmt getur það valdið erfiðleikum við að komast til konunnar, en einnig á sjúkrahús ef flutnings gerist þörf. Ein ljósmóðir lýsti aðstæðum þar sem henni tókst ekki að sannfæra konu um að hætta við heimafæðingu um vetur, þrátt fyrir langa vegalengd á næsta sjúkrahús og ófyrirsjáanlegt veður. „Ég reyndi virkilega, virkilega mikið til þess að fá hana til þess að koma [nær og fæða nær]... [hún] vildi það ekki... [ég] þurfti að fara um miðja nótt í óóógeðslegu veðri [langa leið til að komast til hennar]...“.

Samantekt
Margvísleg reynsla ljósmæðranna sem tóku þátt í þessari rann-sókn sýnir hvað fjölbreytileikinn í fæðingum hér á landi er mikill. Sameiginleg þemu voru greind að einhverju leyti í öllum viðtölunum en með mismunandi vægi. Það var sterkur undir-tónn í öllum viðtölunum þar sem grundvallarþemun tvö ómuðu: „upplýst val konunnar“ og „lög og sjálfræði koma ofar leið-beiningum“. Þau eru því greind sem undirstöður í ákvörðunar-ferlinu og leggja grunn að öðrum þemum sem byggja ofan á undirstöðurnar og saman undirbyggja þau yfirþemað.

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að það skipti ljós-mæðurnar miklu máli að hlustað sé á óskir konunnar og konunni þannig sýnd virðing. Virðing og traust frá ljósmóður við val á fæðingarstað og í fæðingu eykur styrk og öryggi kvenna í fæðingum. Styrkurinn og öryggið getur hjálpað þeim að takast á við fæðinguna á þeirra eigin forsendum (Sjöblom o.fl., 2014).

Ljósmæðrum rannsóknarinnar þótti mikilvægt að konur gætu átt upplýst val um sína meðferð og fræddu konur sérstak-lega vel ef þær höfðu óskir sem fóru gegn viðmiðum heilbrigðis-

Tafla 3 **Prep við framkvæmd rannsókna** eftir aðferð Vancouver-skólans.

Prep í rannsóknarferlinu	Það sem var gert í þessari rannsókn
Prep 1: Val á úrtaki	Fimm viðmælendur voru valdir með tilgangsrúrtaki. Auk þeirra var einn viðmælandi fenginn með snjóboltaúrtaki. Heildarfjöldi í úrtaki var því sex ljósmæður.
Prep 2: Undirbúningur hugans	Fyrirframgerðar hugmyndir voru ígrundaðar og settar meðvitað til hliðar.
Prep 3: Viðtölin	Eitt viðtal var tekið við hvern þátttakanda, samtals sex viðtöl, á tímabilinu febrúar–mars árið 2021. Öll viðtöl voru opin og óstöðluð eins og gert er ráð fyrir í aðferð Vancouver-skólans. Viðtölin voru tekin upp og skráð niður frá orði til orðs að þeim loknum. Gögnin voru vistuð á læstum aðgangi innan háskólanetsins á meðan á úrvinnslu stóð. Eftir úrvinnslu viðtala var þeim eytt.
Prep 4: Skerpt vitund varðandi hugmyndir og hugtök	Hugmyndir sem komu upp í hugann við hlustun, skráningu og yfirlestur viðtala settar niður á blað. Þannig unnið að undirbyggingu næsta þreps, þemagreiningunni.
Prep 5: Þemagreining	Leitast var við að svara stöðugt spurningunni: Hver er kjarninn í því sem þátttakandi er að segja? Greint var yfirþema og undirþemu hjá hverjum þátttakanda fyrir sig.
Prep 6: Að smíða greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda	Meginþemu í sögu hvers þátttakanda voru dregin fram og þau mikilvægustu sett fram í greiningarlíkani fyrir hvern og einn.
Prep 7: Staðfesting á hverju greiningar-líkani með viðkomandi þátttakanda	Staðfestingar var leitað hjá öllum viðmælendum með því að senda þeim sitt eigið greiningarlíkan. Þrír viðmælendur höfðu samband til baka með athugasemdir og í sam-einingu var ný framsetning sett fram. Þrjár ljósmæður gerðu ekki athugasemdir.
Prep 8: Heildargreiningarlíkan er smíðað úr öllum einstaklingsgreiningarlíkönunum	Öll einstaklings greiningarlíkönin voru borin saman innbyrðis og smíðað heildargreiningar-líkan. Heildargreiningarlíkan var sett niður á mynd eins og sjá má í niðurstöðukafla.
Prep 9: Heildargreiningarlíkanið borið saman við rannsóknargögnin	Til að tryggja að gögnin væru í samræmi við niðurstöður voru öll viðtölin lesin yfir aftur og borin saman við heildargreiningarlíkanið.
Prep 10: Kjarni fyrirbærisins settur fram sem lýsir fyrirbærinu í hnotskurn	Yfirþemað sem greindist var „Hlustum á konurnar“. Það var rauður þráður sem tengdi öll viðtölin saman.
Prep 11: Staðfesting á heildargreiningar-líkani með einhverjum þátttakendum	Heildargreiningarlíkanið var sent tveimur þátttakendum í rannsókninni til staðfestingar. Báðir þáttakendur voru sáttir við heildargreiningarlíkanið og staðfestu að það samræmdist þeirra reynslu.
Prep 12: Niðurstöður rannsóknarinnar skrifaðar upp þannig að raddir allra heyrist	Í niðurstöðum rannsóknar var vitnað beint í þátttakendur til að auka trúverðugleika rann-sóknarinnar og sýna að niðurstöður byggja á orðum þátttakenda. Í framsetningu niðurstaða voru gervinöfn tekin út til að gæta persónuverndar en tilvitnanir sem notast var við komu frá öllum þátttakendum.

kerfisins. Niðurstöður erlendra rannsókna benda einmitt til að mikilvægt sé að þær konur sem fara gegn ráðleggingum heil-brigðiskerfisins séu vel upplýstar og geti tekið ábyrgð á eigin ákvörðun (Feeley o.fl., 2020; Jenkinson o.fl., 2017; Scamell, 2016; Thompson, 2013; Wickham, 2009, 2010, 2011). Íslensku ljósmæðurnar í þessari rannsókn báðu gjarnan sínar konur um undirritun samþykkis til staðfestingar þess að þær væru vel upp-lýstar um ákvörðun sína.

Sjálfræði kvenna var mikilvægur hluti ákvörðunarferlisins hjá ljósmæðrunum sem tóku þátt í þessari rannsókn. Þær höfðu allar kynnt sér vel lög um réttindi sjúklinga (Nr. 74/1997) og rétt kvenna á að hafna eða þiggja meðferð. Í þessu samhengi lögðu ljósmæðurnar áherslu á að leiðbeiningar um val á fæðingar-stað væru leiðbeiningar en ekki lög. Í umræðum erlendis virðist hræðsla við ákærur rista dýpra en hér á landi, ef eitthvað fer úr-skeiðis í fæðingum þar sem farið er gegn viðmiðum heilbrigðis-kerfisins (Hollander o.fl., 2018).

Ljósmæður rannsóknarinnar vildu allar vita hvað lá að baki óskum kvennanna um heimafæðingar þar sem frábendingar voru til staðar. Þær töldu æskilegt að vita hver orsökina væri til að geta stutt betur við konurnar, að vita hvers vegna konan

skynjaði meira öryggi heima en á sjúkrahúsi við þessar aðstæður. Rannsóknir hafa sýnt að ef ljósmæður þekkja ekki fyrri reynslu konunnar gætu þær, óafvitandi, reynt að yta konunni á braut sem hún er hrædd við. Í sameiningu geta ljósmóðir og kona gert áætlun til að fyrirbyggja að fyrri reynsla endurtaki sig (Feeley o.fl., 2020; Hollander o.fl., 2018; Thompson, 2013).

Ljósmæðurnar í rannsókninni nefndu að samfelld þjónusta líkt og fylgir oft heimafæðingum gat hjálpað til við myndun góðs meðferðarsambands við konurnar. Þá var mikil-vægi þess að mynda gagnkvæmt traust við konuna sérstaklega nefnt þegar frábendingar voru til staðar. Erlendar rannsóknir hafa einnig sýnt að með góðri tengslamyndun myndast þetta gagnkvæma traust (Feeley o.fl., 2020; Thompson, 2013; Wickham, 2010).

Þó ljósmæðurnar í þessari rannsókn byggðu störf sín almennt á faglegum leiðbeiningum nefndu þær nokkur tilvik þar sem var eins og innsæi þeirra tæki yfir. Þær kynntust konum á meðgöngunni og höfðu tilfinningu fyrir þeim. Undir-meðvitundin tengdi byrjandi einkenni við mögulegt vandamál og innsæið tók yfir áður en eiginlegt vandamál kom upp. Þetta innsæi hefur verið nefnt í fleiri rannsóknum, ýmist innlendum

(Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009) eða erlendum (Sjöblom o.fl., 2015). Er því þá lýst hvernig innsæið tekur yfir og leiðir ljós-mæðurnar á rétta braut, jafnvel án þess að þær átti sig á því.

Sumum ljósmæðrum fannst mjög erfitt að fá beiðni frá konum um heimafæðingu þegar frábendingar voru til staðar. Þær töluðu minna um togstreitu milli faglegs álits og óska kvennanna en fram kemur í erlendum rannsóknum (Feeley o.fl., 2020; Hollander o.fl., 2016; Jenkinson o.fl., 2017; Scamell 2016; Thompson, 2013) en slík togstreita gat þó verið ljós-mæðrunum erfið. Talsverð vanlíðan gat fylgt því að fara eftir leiðbeiningunum og neita konu um þjónustu þegar innsæið sagði annað, og ekki síður því að sinna konu með frábendingar þegar það stríddi bæði gegn innsæi ljósmóðurinnar og leið-beiningum og gat kallað fram andstöðu annarra ljósmæðra og fæðingarlækna. Velta má fyrir sér hvort smæð samfélagsins hafi þarna áhrif á ákvarðanatöku og líðan ljósmæðranna. Þær höfðu þó allar skýr mörk og gættu þeirra vel.

Enn er til heilbrigðisstarfsfólk sem ekki er hrifíð af heimafæðingum yfir höfuð, þar sem það upplifir að ekki sé hægt að tryggja öryggi konu og barns (Brintworth og Sandall, 2013; Sjöblom o.fl., 2015). Ljósmæður þessarar rannsóknar höfðu upplifað fordóma frá öðru heilbrigðisstarfsfólki í garð kvenna sem óskuðu eftir heimafæðingum og fundu fyrir enn meiri fordómum ef þær höfðu verið „staðnar að verki“ við að sinna konum í heimafæðingum sem höfðu frábendingar. Þegar frá-bendingar eru til staðar er einnig þekkt að fram komi neikvæð umræða um konurnar sjálfar með tilheyrandi forræðishyggju um hvað sé best fyrir þær (Jenkinson o.fl., 2017). Neikvæð viðbrögð annarra heilbrigðisstarfsmanna lýsa ákveðinni jaðar-setningu ljósmæðranna í rannsókninni sem þær brugðust við með því að leita eftir jafningjastuðningi, við misgóðar undirtektir.

Ef konur finna ekki ljósmóður sem er tilbúin að sinna þeim í heimafæðingu kjósa sumar þeirra frekar að fæða einar heima en að fara á sjúkrahús (Sunna María Schram og Berglind Hálfðánsdóttir, 2021). Einhverjar ljósmæður í þessari rannsókn höfðu vitneskju um slík atvik og vildu reyna að koma í veg fyrir að þau endurtækju sig, og komst bresk rannsókn Thompson (2013) að sömu niðurstöðu. Þó þetta sé ekki ákjósanlegasta staðan er það yfirleitt mat ljósmóðurinnar að betra sé að hún sé að minnsta kosti hjá konunni, sérstaklega þegar um frábendingu er að ræða (Feeley o.fl., 2020).

Margar ljósmæðranna í þessari rannsókn töluðu um mikilvægi þess að setja mörk. Þegar þær líta inn á við þurfa þær að finna hvað þær treysta sér í og hvenær sé tímabært að bakka út og þröskuldurinn er lægri í heimafæðingu með frábendingum. Jenkinson o.fl. (2017) lýstu því hvernig ljósmæður geta verið tilbúnar að sveigja reglur fyrir konurnar en að það sé líka nauð-synlegt að setja mörk.

Í erlendum rannsóknum var hvergi rætt um vegalengdir eða veðurfar, en umræða um slíkt í þessari rannsókn endurspeglar landfræðilega sérstöðu Íslands. Sumar ljósmæðranna í þessari rannsókn vildu helst ekki sinna heimafæðingum ef langt var á

næsta fæðingarstað með hærra þjónustustig þó það sé ekki skil-greint sem frábending samkvæmt leiðbeiningum Landlæknis-embættisins (2007).

Styrkleikar og veikleikar

Við greiningu viðtalanna var farið eftir Vancouver-skólanum og staðfesting fengin hjá þátttakendum á að greiningarlíkön væru í samræmi við reynslu viðkomandi ljósmóður. Þrjár ljós-mæður gerðu athugasemdir við túlkun og var það þá leiðrétt af rannsakendum. Þá lásu tvær ljósmæður yfir heildargreiningar-líkanið og báru það saman við eigin reynslu, sem eykur á rétt-mæti rannsóknarinnar. Allir rannsakendur lásu yfir viðtölin og báru saman sínar niðurstöður, en vissulega er alltaf möguleiki á að höfundar hafi misst af upplýsingum.

Þrátt fyrir að einungis hafi verið tekin sex viðtöl telja rannsakendur að metnun hafi náðst. Sérstaklega var reynt að huga að persónuvernd þar sem samfélag ljósmæðra er lítið og starfsvettvangur takmarkaður. Mikilvægt er að ekki sé hægt að tengja ákveðnar frásagnir við ákveðnar ljósmæður og því eru niðurstöður settar fram með ópersónugreinanlegum hætti.

Ályktanir

Grundvallaratriði fyrir heimafæðingarþjónustu þegar frá-bendingar eru til staðar er gagnkvæmt traust. Ef eitthvað kemur upp á þarf ljósmóðirin að treysta á að konan sé tilbúin að hlusta á fagleg rök og leiðbeiningar og konan þarf að treysta faglegri þekkingu ljósmóðurinnar. Mikilvægt er að hlusta á óskir kvenna og vera viss um að þær séu vel upplýstar um það sem þær eru að óska eftir. Sjálfræði kvenna og lög um réttindi sjúklinga voru ofarlega í huga flestra ljósmæðranna sem tóku þátt í rannsókninni. Til að bæta starfsumhverfi ljósmæðranna væri æskilegt að þeim væri sýndur sveigjanleiki og traust til þess að sinna starfi sínu. Ljósmæðurnar þurfa jafnframt að eiga kost á faglegu samráði við aðra heilbrigðisstarfsmenn án þess að eiga á hættu að vera dæmdar fyrir störf sín.

Niðurstöður rannsóknarinnar mætti nýta til að styðja við faglega umgjörð um störf ljósmæðra sem sinna heimafæðingum, meðal annars með gerð viðbótarleiðbeininga um viðbrögð heil-brigðisstarfsfólks þegar kona óskar eftir fæðingarþjónustu utan viðmiða leiðbeininga um val á fæðingarstað. Með slíkum leið-beiningum væri hægt að tryggja að sjálfræði kvenna sé virt og að val þeirra sé upplýst í raun og veru, óháð því hvort og þá hvaða fæðingarþjónusta er valin (Halfðansdottir o.fl., 2015a). Við slíka vinnu væri jafnframt gagnlegt ef gerðar hefðu verið frekari rannsóknir á efninu, með áherslu á reynslu fæðandi kvenna og fjölskyldna þeirra.

Þakkir

Höfundar vilja þakka þeim ljósmæðrum sem tóku þátt í rann-sókninni og konunum sem fylgdu hjarta sínu og leituðu til þeirra.

Heimildir

- Ásrún Ösp Jónsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2016). Reynsla íslenskra feðra af heimafæðingum, *Ljósmæðrablaðið*, *94*(1), 7-13.
- Brintworth, K. og Sandall, J. (2013). What makes a successful home birth service: an examination of the influential elements by review of one service. *Midwifery*, *29*(6), 713-721. doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.016.
- Embætti landlæknis. (2021). *Hlutfall heimafæðinga af öllum fæðingum á Íslandi 1980-2020*. island.is/s/landlaeknir/utgefid-efni.
- Feeley, C., Thomson, G. og Downe, S. (2020). Understanding how midwives employed by the National Health Service facilitate women's alternative birthing choices: Findings from a feminist pragmatist study. *PLoS One*, *15*(11), e0242508. doi.org/10.1371/journal.pone.0242508.
- Gunnlaugur Snædal, Gunnar Biering og Helgi Sigvaldsson. (1975). *Fæðingar á Íslandi 1881-1972*. Reykjavík: Offsetmyndir.
- Halfðansdottir, B., Hildingsson, I., Smarason, A. K., Sveinsdottir, H., and Olafsdottir, O. A. (2018). Contraindications in planned home birth in Iceland: A retrospective cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *15*, 10-17. doi.org/10.1016/j.srhc.2017.11.002.
- Halfðansdottir, B., Wilson, M. E., Hildingsson, I., Olafsdottir, O. A., Smarason, A. K. og Sveinsdottir, H. (2015a). Autonomy in place of birth: a concept analysis. *Med Health Care Philos*, *18*(4), 591-600. doi.org/10.1007/s11019-015-9624-y.
- Halfðansdottir, B., Smarason, A. K., Olafsdottir, O. A., Hildingsson, I. og Sveinsdottir, H. (2015b). Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009: a retrospective cohort study. *Birth*, *42*(1), 16-26. doi.org/10.1111/birt.12150.
- Hendrix, M., Van Horck, M., Moreta, D., Nieman, F., Nieuwenhuijze, M., Severens, J. og Nijhuis, J. (2009). Why women do not accept randomisation for place of birth: feasibility of a RCT in The Netherlands. *BJOG*, *116*(4), 537-542; discussion 542-534. doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02103.x.
- Hollander, M., de Miranda, E., van Dillen, J., de Graaf, I., Vandenbussche, F. og Holten, L. (2017). Women's motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: a qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, *17*(1), 423. doi.org/10.1186/s12884-017-1621-0.
- Hollander, M., Holten, L., Leusink, A., van Dillen, J. og de Miranda, E. (2018). Less or more? Maternal requests that go against medical advice. *Women Birth*, *31*(6), 505-512. doi.org/10.1016/j.wombi.2018.01.010.
- Hollander, M., van Dillen, J., Lagro-Janssen, T., van Leeuwen, E., Duijst, W. og Vandenbussche, F. (2016). Women Refusing Standard Obstetric Care: Maternal Fetal Conflict or Doctor- patient Conflict? *Journal of Pregnancy and Child Health*, *3*(2), 251. doi.org/10.4172/2376-127X.1000251.
- Holten, L., Hollander, M. og de Miranda, E. (2018). When the Hospital Is No Longer an Option: A Multiple Case Study of Defining Moments for Women Choosing Home Birth in High-Risk Pregnancies in The Netherlands. *Qual Health Res*, *28*(12), 1883-1896. doi.org/10.1177/1049732318791535.
- Hutton, E. K., Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G. og Kaufman, K. (2019). Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*, *14*(2019), 59-70. doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005.
- Jenkinson, B., Kruske, S. og Kildea, S. (2017). The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: A feminist thematic analysis. *Midwifery*, *52*, 1-10. doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.006.
- Jouhki, M. R., Suominen, T. og Åstedt-Kurki, P. (2017). Giving birth on our own terms-Women's experience of childbirth at home. *Midwifery*, *53*, 35-41. doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.008.
- Karlsdottir SI, Halldorsdottir S, Lundgren I. (2014). The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman's paradigm. *Scand J Caring Sci*, *28*(2), 315-27. doi: 10.1111/scs.12061.
- Landlæknisembættið. (2007). *Leiðbeiningar um val á fæðingarstað*. Seltjarnarnes: Landlæknisembættið.

- Lou, S., Dahlen, H. G., Gefke Hansen, S., Ørneborg Rodkjær, L., & Maimburg, R. D. (2022). Why freebirth in a maternity system with free midwifery care? A qualitative study of Danish women's motivations and preparations for freebirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *34*, 100789. doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100789.
- Lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012.
- Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.
- McKenzie, G., Robert, G., og Montgomery, E. (2020). Exploring the conceptualisation and study of freebirthing as a historical and social phenomenon: a meta-narrative review of diverse research traditions, *Med Humanit*, *46*, 512–524, doi:10.1136/medhum-2019-011786.
- Ólafsdóttir, Ö. Á., Murto, T. og Dahl, B. (2022). Midwife-woman relationship. Í I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfredsdóttir, A. Wikberg og E. A. Nohr, (ritstjórar), *Theories and Perspectives for Midwifery: a Nordic View* (1. útgáfa) (bls. 131-142). Studentlitteratur.
- Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2009). Lærdómur af fæðingarsögum. Nærvera, tengsl við konur og þekking ljósmæðra. Í Helga Gottfredsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstjórar), *Lausnarsteinar. Ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist*. (bls. 215-239). Hið Íslenska Bókmenntafélag, Ljósmæðrafélag Íslands og námsbraut við ljósmóðurfræði við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.
- Scamell, M. (2016). The fear factor of risk - clinical governance and midwifery talk and practice in the UK. *Midwifery*, *38*, 14-20. doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.010.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2021). Yfirlit yfir eiginlegar rannsóknaraðferðir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Rannsóknir: Handbók í aðferðafræði* (bls. 191-204). Háskólinn á Akureyri.
- Sjöblom, I., Idvall, E. og Lindgren, H. (2014). Creating a safe haven-women's experiences of the midwife's professional skills during planned home birth in four Nordic countries. *Birth*, *41*(1), 100- 107. doi.org/10.1111/birt.12092.
- Sjöblom, I., Lundgren, I., Idvall, E. og Lindgren, H. (2015). Being a homebirth midwife in the Nordic countries - a phenomenological study. *Sex Reprod Healthc*, *6*(3), 126-131. doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.004.
- Steinunn H. Blöndal og Ólöf Ásta Ólafsdóttir (2018), Reynsla kvenna af eðlilegum fæðingum, *Ljósmæðrablaðið*, *96*(2), 40–45.
- Sunna María Schram og Berglind Hálfðánsdóttir. (2021). Hvers vegna velja konur að fæða án aðstoðar? *Ljósmæðrablaðið*, *1*(99), 46-48.
- Swift, E.M., Schroeder, K., Gottfredsdottor, H. (2022b). Normal Birth. Í I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfredsdóttir, A. Wikberg og E. A. Nohr, (ritstjórar), *Theories and Perspectives for Midwifery: a Nordic View* (1. útgáfa) (bls. 115-129). Studentlitteratur.
- Thompson, A. (2013). Midwives' experiences of caring for women whose requests are not within clinical policies and guidelines. *British Journal of Midwifery*, *21*(8), 564-570. doi.org/10.12968/bjom.2013.21.8.564.
- Wickham, S. (2009). Post-term pregnancy: the problem of the boundaries. *MIDIRS Midwifery Digest*, *19*(4), 463–469.
- Wickham, S. (2010). Journeying with women: holistic midwives and relationships. *Birthspirit Midwifery J.*, *6*, 15–21.
- Wickham, S. (2011). Stretching the fabric: from technocratic normal limits to holistic midwives' negotiations of normalcy. *Essentially MIDIRS*, *2*(11), 17–23.

GRÓÐRARSTÖÐIN

Mörk

Stjórnugróf 18 * Sími 581 4550 * Fax 581 2228

www.mork.is mork@mork.is

ENGLISH SUMMARY

“Listen to the Women:” A Qualitative Study on Midwives’ Decision Making on Homebirth With Contraindications

CONTACT berglindh@hi.is

Authors



Kristín Hálfðánardóttir,
RN, RM, MSc¹



Steinunn H. Blöndal,
RN, RM, MSc¹



Berglind Hálfðánsdóttir,
RM, RM, PhD²

Abstract

Introduction

The homebirth rate in Iceland has been around 2% in the last decade. Clinical guidelines, issued by the Directorate of Health, cite several contraindications for homebirth. Contraindications occur in 8% of planned homebirths in Iceland. The aim of this study was to examine factors that affect whether a midwife chooses to attend the birth of a woman who requests a homebirth with contraindications.

Materials and methods

This was a qualitative study. Six midwives shared in in-depth interviews their experiences when deciding whether to attend homebirths with contraindications. The interviews were analysed using the Vancouver-school of phenomenology.

Results

A comprehensive model of the phenomenon was presented as a diagram of a bowl with the main theme: “Listen to the women.” This main theme emerges through all interviews as the midwives describe the importance of women being heard. On the bottom of the bowl two

themes are seen as a foundation for the midwives’ decisions. They were: “Informed decision of the woman” and “Law and autonomy outweighs clinical guidelines.” Six subthemes of the main theme float around the bowl: “The woman’s premises,” “Trust in the midwife-woman relationship,” “A midwife’s instinct,” “A difficult decision,” “Attitudes and views of other healthcare personnel,” and “Safety first.”

Conclusions

The participating midwives cannot bear the thought of women having to birth unattended. They experience criticism, characterised by prejudism, from other healthcare workers when they attend homebirths with contraindications. Constructive and professional discussion, where all parties can speak and be listened to, should be recommended.

Key words

homebirth
contraindications
midwifery
decision making
experience

1 Fæðingarvakt Birth Unit, National University Hospital of Iceland, Reykjavík.

2 Faculty of Nursing and Midwifery, University of Iceland, Reykjavík.

ChitoCare medical

Natural healing of ICELAND



Náttúrulegur plástur fyrir börn og fullorðna. Áhrifarík fyrsta hjálp sem sefar einkenni á borð við sviða, roða og kláða. ChitoCare *medical* myndar náttúrulega filmu sem verndar og stuðlar að náttúrulegu viðgerðarferli húðarinnar.

SÁRAGEL

ChitoCare® *medical* Sárageil til meðferðar á bruna, bráða og þrálátum sárum ásamt húðvandamálum. Minnkar þrálát sár á árangursríkan hátt.

GRÆÐANDI SPREY

ChitoCare® *medical* Græðandi Sprey til meðferðar á erta og skaddaða húð. Nauðsynleg fyrsta hjálp fyrir sár, bruna og bit. Verndar húðina og græðir minniháttar sár.

SÁRAGEL FYRIR ÖR

ChitoCare® *medical* Sárageil fyrir ör til meðferðar á nýlegum og eldri örum. Það róar húðina, veitir stuðning við örvef og hvetur til eðlilegrar græðslu húðarinnar. Tilvalið til meðhöndlunar eftir slys, skurðaðgerðir, keisaraskurðir og lýtaaðgerðir. Stuðlar að sléttari og minna sýnilegum örum.

Fæst í apótekum, Hagkaupum og á chitocare.is

ChitoCare® *medical* er CE merkt lækningatæki.

Vinnusmiðja Maya Bolman

HÖFUNDUR HALLFRÍÐUR KRISTÍN JÓNSDÓTTIR, ljósmóðir og brjóstagjafaráðgjafi

Í mars síðastliðnum stóð Félag brjóstagjafaráðgjafa á Íslandi fyrir tveggja daga vinnusmiðju um brjóstagjöf á Íslandi. Vinnusmiðjan bar heitið *Lactation therapy: advanced clinical skills with Maya Bolman and Lisa Labey*. Maya og Lisa, sem samanlagt hafa yfir 45 ára reynslu af því að starfa með konum í brjóstagjöf, hafa haldið þessa vinnusmiðju tólf sinnum í Bandaríkjunum árið 2022 og stefna á álíka margar nú árið 2023. Koma þeirra til Íslands markaði ákveðin tímamót þar sem þetta var fyrsta vinnusmiðjan sem þær héldu fyrir utan Bandaríkin. Metaðsókn var í vinnusmiðjuna en 35 ljósmæður, hjúkrunarfræðingar og talmeinafræðingar víðsvegar að af landinu mættu og komust færri að en vildu. Vinnusmiðjan var ólík því sem maður þekkir en allir þátttakendur mættu með dúkkur/bangsa, brjóst ýmist heklud eða úr gúmmí og hvítan bol, æfðu sig og lærðu áhrifaríkar aðferðir til að styðja við konur og stuðla að valdeflingu þeirra í brjóstagjöf. Í lok dags mættu svo nokkrar konur með börn sín, allt niður í tveggja vikna gömul, þar sem efni dagsins var prófað. Fyrri dagurinn fjallaði um brjóstin og sá seinni um barnið og þátt þess í brjóstagjöfnni.

Fyrri dagurinn bar yfirskriftina *It's not magic – it's skill: gentle manual therapeutic techniques in lactation* þar sem Maya fór yfir hvernig brjóstin virka, mikilvægi þess að hreyfa þau, mjólkurflæði og flæði umfram vökva í sogæðar. *Therapeutic breast massage* er ein aðferð sem Maya kynnti, sem snýst um að minnka bólgur með því að auka flæði út í sogæðar og auðvelda þannig mjólkurflæðið. Aðferðin felur í sér létt nudd og handmjólkun til skiptis þar til mjólkinn byrjar að flæða. Þannig losnar um stasa á brjóstvefinn auk þess sem snerting róar taugakerfið og eykur oxytósínlosun.

Maya kenndi einnig aðra aðferð við handmjólkun en almennt er kennd og notuð og þegar sú aðferð var svo prófuð kom mun meira mjólkurmagn, mjólkinn hreinlega spýttist langt út á gólf. Brjóstaleikfimin var á sínum stað enda ein af þeim aðferðum sem Maya er þekkt fyrir (sjá heimasíðuna hennar og facebook-síðu). Brjóstaleikfimin reynist afar gagnleg til dæmis til að minnka verki og óþægindi í brjóstum á meðgöngu og í brjóstagjöf.

Annað sem var á dagskránni og má nefna eru leiðir til að minnka þjúp í geirvörtum, meðhöndlun sára og kælimeðferð. Öll þessi atriði er mikilvægt að kenna mæðrum og heilbrigðisstarfsfólki þar sem aðferðirnar eru einfaldar og valdefla og hjálpa mæðrum að takast á við verki og óþægindi, til dæmis við stálma, stíflum og brjóstabólgu með og án sýkingar ásamt því að geta gagnast við vandamálum eins og of mikilli og ónógri mjólkurframleiðslu.

Maya kynnti einnig *mindful latching* eða meðvitaða álögn fyrir þátttakendum sem byggir á því að styðja mæður í þeirri brjóstagjafastellingu sem þær kjósa sjálfar að nota og virðist þeim meðfædd. Maya talaði um hversu algengt það væri orðið að heilbrigðisstarfsfólki og mæðrum væri kennt að stýra konum í ákveðnar brjóstagjafastellingar þó þær kjósi annað. Við *mindful latching* er mikilvægt að fræða konur um að magi barns þurfi að snúa að maga móður og að höfuð þess sé í beinni línu við axlir og mjaðmir. Það var magnað að sjá í lok dags mæður og heilbrigðisstarfsfólk prófa nýju aðferðirnar við handmjólkun, brjóstaleikfimina og meðvitaða álögn. Má þar nefna að mæðurnar sem prófuðu meðvitaða álögn á brjóst stóðu allar upp og löbbuðu um herbergið eins og þær hefðu ekki gert annað og voru bæði hissa og himinlifandi með þessa stöðu enda höfðu þær flestar setið þessar vikur í brjóstagjöfnni á sófanum í sömu stellingunni og gátu sig lítið hreyft.

Seinni daginn var viðfangsefnið hjá Lisu *Advanced breastfeeding care and clinical concepts in lactation therapy*, þar sem fjallað var ítarlega um þátt barnsins í brjóstagjöfnni og vandamál því tengt. Lisa var með fyrirlestur um mat á barninu með áherslu á munnsvæðið, mikilvægi skráninga o.fl. Hún lagði mikla áherslu á áhrif tungu- og varahafta á sog og mælitæki til að meta þessi atriði. Hún kynnti æfingar til að styrkja tungu- og andlitsvöðva, sog barnsins, ungbarnanudd og leiki sem styðja við betri virkni munnsvæðis í fæðugjöf. Farið var ítarlega yfir það hvernig hægt sé að skilja barnið í gegnum meðfædda hegðun (behavioral states) þess, viðbrögð (reflexes) og merki (cues) og stuðla þannig að árangursríkari fæðugjöf ásamt því að kenna foreldrum hvernig hægt sé að eiga samskipti við barnið í gegnum meðferðir



við vandamálum. Að lokum, áður en mæðurnar mættu með börnin sín tóku allir þátttakendur fram dúkkurnar sínar og þær nuddaðar, sungið fyrir þær og leikið og gerð skoðun á munnsvæði.



Mikil ánægja var með vinnusmiðjuna enda gengu þátttakendur út með fullt af nýjum verkfærum til að hjálpa mæðrum að yfirstiga vandamál í brjóstagjöf.

Brjóstagjafaráðgjöf á Íslandi

HÖFUNDUR RITSTJÓRN

Á Íslandi starfa brjóstagjafaráðgjafar bæði innan sjúkrastofnana og utan, þá oftast sem sjálfstætt starfandi verktakar. Ef móðir lendir í vandamálum í brjóstagjöfinni og þarf aðstoð, þá leitar hún yfirleitt fyrst til heimaþjónustu-ljós móður eða hjúkrunarfræðings í ung- og smábarnavernd eftir því hversu gamalt barnið er. Oft er hægt að leysa málin á þessum vettvangi en ef um flóknari vandamál er að ræða eða til dæmis að vitjunum frá heimaþjónustu-ljós móður er lokið en erfiðleikar til staðar í brjóstagjöf er hægt að leita til brjóstagjafaráðgjafa.

Undanfarið hefur eftirspurn eftir brjóstagjafaráðgjöf aukist, líklega í samhengi við aukinn rétt kvenna á þeirri þjónustu. Árið 2021 voru gerðar mikilvægar breytingar á ramma-samningi ljósmæðra við Sjúkratryggingar Íslands og réttur kvenna til brjóstagjafaráðgjafar aukinn úr tveimur vitjunum fyrstu tvær vikurnar í þrjár vitjanir á fyrsta hálfa árinu eftir fæðingu barns. Þetta var stórt og mikilvægt skref í stuðningi við farsæla brjóstagjöf því eins og lesendum *Ljósmæðrablaðsins* er

Hulda Sigurlína Þórðardóttir



Undanfarin ár hefur það verið mín reynsla að foreldrar séu ekki nógu öruggir með sig varðandi brjóstagjöf, jafnvel þótt þeir hafi farið á námskeið um brjóstagjöf. Það, ásamt eigin reynslu af stuðningi við brjóstagjöf, var mér innblástur til að opna heimasíðu síðastliðið haust, *vonibrjosti.is*, þar sem í boði er námskeið um brjóstagjöf bæði fyrir og eftir fæðingu ásamt stuðningi allt brjóstagjafatímabilið. Þetta námskeið er nýjung að því leyti að á síðunni eru í boði myndbönd og fræðslufni sem hægt er að hlusta á aftur og aftur í 12 mánuði. Ég hitti síðan þátttakendur reglulega á *Zoom* fundum en þar er ég með fræðslu og einnig er hægt að fá svör við margvíslegum spurningum tengdum

flestum ljóst þá heyra vandamál við brjóstagjöf því miður ekki sögunni til eftir fyrstu tvær vikurnar.

Í febrúar síðastliðnum birtist í *Frétta-blaðinu* grein eftir þær Hildi Ármannsdóttur og Þórunni Pálsdóttur ljósmæður og brjóstagjafaráðgjafa, um fjarheilbrigðisþjónustu í tengslum við brjóstagjafaráðgjöf utan höfuðborgarsvæðisins. Í þessari grein má greina endurtekin stef sem ljósmæður þekkja vel – okkar starf er af hinu opinbera metið skör lægra en önnur sambærileg störf. Við fengum leyfi til að endurbirta þessa mikilvægu grein í *Ljósmæðrablaðinu*.

Þá leituðum við til nokkurra brjóstagjafaráðgjafa og báðum þær að segja frá sínu starfi og tóku þær allar vel í það.

Það er vel við hæfi að enda umfjöllun um brjóstagjafaráðgjöf í *Ljósmæðrablaðinu* með því að óska Ingibjörgu Eiríksdóttur ljósmóður og brjóstagjafaráðgjafa til hamingju með verðskuldaða viðurkenningu fyrir sín störf, sem hún fékk á ársfundi Landspítalans í maí síðastliðnum.

brjóstagjöf, auk þess sem mæður geta spjallað saman og gefið hver annarri ráð.

Ég hef starfað sem brjóstagjafaráðgjafi síðan árið 2008, þótt áhugi minn á brjóstagjöf hafi varað mun lengur. Lengi vel fór ég í vitjanir þar sem ég fór heim til fólks en hef nú opnað stofu í Fæðingarheimili Reykjavíkur og tek þar á móti mæðrum með vanda-mál við brjóstagjöf. Hægt er að bóka sig í gegnum áðurnefnda heimasíðu mína eða á heimasíðu Fæðingarheimilisins. Vandamál sem konur leita aðstoðar með eru margvísleg, en helst eru það verkir í geirvörtum eða brjósti, mjólkurskortur hjá móður, óvæð og börn með sogvandamál.

Hallfríður Kristín Jónsdóttir

Ég er núverandi formaður Félags brjóstagjafaráðgjafa á Íslandi (FBI), en hef um langt skeið tekið þátt í starfi félagsins. Þetta er lítið félag og er markmið þess meðal annars að vera málsvari kvenna sem eru með barn á brjósti. Félagið vill auk þess vinna að aukinni og bættri brjóstagjöf kvenna á Íslandi með því að:

- Stuðla að aukinni fræðslu til allra landsmanna um brjóstagjöf.
- Veita ráðgjöf og þjónustu til kvenna á meðgöngu og á brjóstagjafatíma.
- Vera ráðgefandi um brjóstagjöf við aðrar fagstéttir.

Starf brjóstagjafaráðgjafans er mjög fjölbreytt. Það felst til dæmis í heimavítjunum til foreldra, en þá hafa konur lent á vegg hvað brjóstagjöfina varðar og þurft auka aðstoð. Til brjóstagjafaráðgjafans leitar líka ein og ein kona sem vill meiri stuðning, fræðslu og hvatningu. Yfirleitt gengur vel að leysa vanda-málin í samvinnu við konuna og ástandið verður oftast betra. Langalgengasta ástæða fyrir vitjun frá brjóstagjafaráðgjafa eru sár á vörtum og sársauki við brjóstagjöf en þar á eftir koma vandamál eins og ónóg mjólkurframleiðsla, hæg þyngdaraukning barns eða of mikil mjólkurframleiðsla. Stundum skortir foreldra þekkingu á eðlilegri hegðun nýburans og ungbarnsins og tengir það þá við vandamál í brjóstagjöf. Brjóstavitjanir taka oft langan tíma þar sem nauðsynlegt er að fá góða sögu frá mömmunni en góð hlustun er oft lykillinn að svarinu. Einnig er mikilvægt að gera ítarlega skoðun; skoða bæði brjóstin og barnið, horfa á hvernig konan leggur barnið á brjóst, hvernig barnið grípur og sýgur brjóstið og svo þarf að skoða samskipti barns og móður í brjóstagjöfinni.

Einu sinni í mánuði og stundum oftar ef eftirspurn er mikil, er ég með brjóstagjafanámskeið fyrir verðandi foreldra hjá 9 mánuðum. Þar er markmiðið að valdefla og undirbúa foreldra undir brjóstagjöf, eðlilega hegðun nýburans og allt sem því fylgir. Þetta eru ánægjuleg námskeið, ótrúlega skemmtileg og gefandi, enda myndast oft skemmtileg stemning og umræður. Það er gaman að segja frá því að í dag mætir eiginlega alltaf maki með á brjóstagjafanámskeið, ef hann er til staðar.

Síðastliðið haust tók ég að mér, ásamt öðrum, að hafa yfirumsjón, móta og halda utan um brjóstagjafahlutann í námsleið í heilsugæsluhjúkrun með áherslu á brjóstagjöf til diplómanáms. Þetta er í

fyrsta sinn á Íslandi sem brjóstagjöf er kennd í diplómanámi.

Mitt aðalstarf er hins vegar að vera brjóstagjafaráðgjafi á meðgöngu- og sængurlegudeild 22-A á Landspítala, en þar hef ég starfað s.l. eitt og hálft ár. Starfið skiptist þannig að um er að ræða 50% vinnu við klíník og 50% við verkefnið *Að efla brjóstagjöf á Landspítala*. Í janúar 2022 hóf ég svo nám til sér-fræðiréttinda á Landspítala og er aðaláhersla í mínu námi þar að stuðla að farsælu upphafi brjóstagjafar hjá heilbrigðum fullburða nýburum. Síðar munu konur og börn með frávík bætast við, enda er mikilvægt að allir geti fengið stuðning í upphafi brjóstagjafar og stuðlað sé að farsælli brjóstagjöf eftir bestu getu.

Um þessar mundir er ég líka að einbeita mér að skráningu, sérstaklega á fyrstu brjóstagjöfinni, en líka að skoða hvað mörg börn eru á brjósti við útskrift af Landspítala og skráningu á ábótágjöfum án læknis-fræðilegrar ástæðu. Það hefur verið tímafrekt að útbúa skráningarform í sögukerfinu til að hægt sé að kalla eftir slíkum tölum, en mikilvægt upp á umbóta-starf á deildinni. Verkefni mín á Landspítalanum snúa helst að því að efla tíðni brjóstagjafar í upphafi brjóstagjafar, samræma leiðbeiningar starfsfólks og gera fyrstu upplifun foreldra jákvæðari. Ég kem einnig að fræðslu, kennslu og stuðningi við starfsfólk og foreldra. Þar er margt í bígerð eins og kennsla á praktískum atriðum í tengslum við handmjólkun, hvernig á að leggja barn á brjóst og notkun mjalta-vélar. Þá er ég að vinna að heimasíðugerð um brjóstagjöf á vegum spítalans og vinna við gæðaverkefni í gæðahandbókinni. Ég hef sömuleiðis lagt áherslu á að vera sýnileg í starfi þannig að hægt sé að leita til mín.

Það að samræma leiðbeiningar starfsfólks er hægara sagt en gert og kemur þar margt til. Helst er að nefna manneklu, en eins og staðan er nú starfa fáar ljósmæður á deildinni en hjúkrunarfræðingar fá litla kennslu um brjóstagjöf samanborið við ljósmæður. Þá hef ég sömuleiðis verið með formlega kennslu á deildinni um brjóstagjöf og tæknikennslu fyrir starfsfólk. Ef satt skal segja þá má segja að starfslýsing mín sé enn í mótnu, en verkefnin eru fjölmörg og munu endast mér út ævina.



Hildur Ármannsdóttir & Þórunn Pálsdóttir



Við erum búnar að vera IBCLC brjóstagjafaráðgjafar síðan árið 2011 en þá vorum við tiltölulega nýút-skrifaðar, atvinnulausar ljósmæður. Við stofnuðum Björkina ásamt okkar yndislegu ljósusysturum sem útskrifuðust árið 2009 og vorum með alla anga úti til að auka atvinnumöguleika okkar sem ljósmæður. Við ákváðum því að fara saman í þessa vegferð að sækja um alþjóðleg réttindi IBCLC til að auka þekkingu okkar á brjóstagjöf og auka þar með atvinnumögu-leika okkar.

Við unnum báðar við heimaþjónustu og fannst okkur við alltaf rekast á veggj varðandi ráðleggingar og ljósmæðranámið alls ekki hafa kennt okkur nógu mikið um brjóstagjöf og vandamál tengd henni. Við stóðumst prófið og byrjuðum að sækja okkur þekkingu á ráðstefnum, aðallega erlendis. Eins og með annað nám, þá langar mann alltaf að vita meira eftir því sem þekkingin eykst. Endurmenntun er nauðsynleg til að viðhalda þessum réttindum og þarf að endurnýja réttindin á 5 ára fresti því fræðin breytast með tímanum. Það var eitt af síðustu verkum Svandísar Svavarsdóttur sem heilbrigðisráðherra að setja inn í rammasamning ljósmæðra árið 2021 að Sjúkratryggingar Íslands greiddu fyrir konur þrjár vitjanir brjóstagjafaráðgjafa þar til barnið væri orðið 6 mánaða. Við það varð algjör sprenging í eftirspurn enda þörfin mikil fyrir. Konur höfðu áður átt rétt á ráðgjöf, samtals tvö skipti fyrstu tvær vikurnar í lífi barnsins, en eins og við vitum þá geta orðið ýmis vandamál tengd brjóstagjöf eftir að heimaþjónustu ljósmæðra lýkur. Mæður áttu í vandræðum með að fá viðeigandi aðstoð og því var þetta gæfuspor sem vonandi skilar sér í aukinni tíðni brjóstagjafa en tíðnin hefur átt undir högg að sækja undanfarin ár.

Í dag störfum við að hluta til báðar sem brjóstagjafaráðgjafar. Við erum verktakar hjá Sjúkra-tryggingum Íslands og greiðum aðstöðugjald í Björkinni. Þar finnst okkur gott að vera og dásamlegt að vera hluti af þessum yndislega hópi ljósmæðra. Þar tökum við á móti fjölskyldum í brjóstagjafaráðgjöf nánast alla virka daga og vandamálin eru af ýmsum toga. Starfsemin hefur þróast smám saman en umfangið varð fljótt stærra en við bjuggumst við og eftirspurnin mikil. Markmiðið er að konur fái fljótt aðstoð og að biðtími sé stuttur og nú geta konur

sjálfar bókað tíma hjá okkur í gegnum heimasíðu Bjarkarinnar. Okkur finnst gott að hitta mæður í Björkinni, þar er góður andi og við með góða aðstöðu til að skoða börnin, konurnar og brjóstagjöfina.

Það fer mikil orka og tími í að keyra út um allan bæ í vitjanir og höfum við tekið þá ákvörðun að reyna að hitta mæður eingöngu í Björkinni með undantekningum þó. Við erum líka sannfærðar um það að fjölskyldan hafi gott af því að koma til okkar, fara út úr húsi og viðra sig aðeins.

Vandamálin sem við erum að fást við eru fjölbreytt og er þetta gefandi starf. Oft eru mæður mjög bugaðar og búið að vera erfitt fjall að klífa. Einnig geta vandamálin verið smávægileg og auðveld að leysa. Við finnum fyrir miklu þakklæti sérstaklega þegar vel gengur eftir að hafa komið í ráðgjöf til okkar. Það fer oft mikill tími í að útskýra eðlilega hegðun nýbura og valdefla foreldra í þessu nýja hlutverki, treysta á sitt eigið innsæi frekar en snjallforrit og excelskjöl.

Við bjóðum upp á námskeið um brjóstagjöf og fyrstu dagana. Foreldrar kaupa aðgang sem gildir í fjóra mánuði og innifalið er spjall um praktísk atriðið eins og stöður og stellingar.

Við höfum barist fyrir því að konur á landsbyggðinni hafi sama rétt á brjóstagjafaráðgjöf og konur á höfuðborgarsvæðinu. Landlæknir hefur gefið leyfi fyrir fjarheilbrigðisþjónustu og því getum við veitt ráðgjöf í gegnum fjarfundabúnað. Ekki hafa náðst samningar við Sjúkratryggingar um greiðslu fyrir þjónustuna og því þurfa mæður af landsbyggðinni að greiða fyrir þjónustuna úr eigin vasa. Að okkar mati er þetta mismunun og vonumst við til að það verði á okkur hlustað og þessu verði breytt sem fyrst.

Þessi réttindi hafa gefið okkur mikið og vonumst við til þess að sem flestir sem vinna með fjölskyldum í barneignarferlinu sækir sér þau eða aðra aukna þekkingu tengda brjóstagjöf því það er svo mikilvægt að fjölskyldur fái viðeigandi aðstoð og stuðning hvar sem þær eru staddar á sinni vegferð. Mikilvægt er að geta undirbúið foreldra fyrir brjóstagjöf á meðgöngu, stutt við hana strax eftir fæðingu og áfram á sængurlegutímanum allt þar til brjóstagjöf lýkur.

Ingibjörg Eiríksdóttir heiðruð

Ingibjörg Eiríksdóttir, tvíburamóðir, ljósmóðir, sérfræðingur í tvíburameðgöngum og brjóstagjöf var heiðruð fyrir ævistarf sitt á Landspítala á ársfundi spítalans 5. maí síðastliðinn.

HÖFUNDUR RITSTJÓRN

Ingibjörg Eiríksdóttir útskrifaðist sem hjúkrunarfræðingur frá Hjúkrunarskóla Íslands árið 1985 og ljósmóðir frá Ljósmæðraskóla Íslands árið 1987. Hún lauk B.Sc. prófi í hjúkrunarfræði árið 1993 og meistaraþrófi í ljósmóðurfræði árið 2003. Í meistara-ritgerð sinni bar Ingibjörg meðal annars saman tvíburafæðingar dagsins í dag við tvíburafæðingar á fyrri hluta aldarinnar og studdist þá við skráningu Þórunnar Á. Björnsdóttur, ljósmóður úr bókinni *Nokkrar sjúkrasögur*. Meistararitgerð Ingibjargar er ein af fyrstu meistararitgerðum í ljósmóðurfræði frá Háskóla Íslands.

Ingibjörg starfaði sem ljósmóðir á fæðingardeild Landspítalans frá árinu 1987 til ársins 2003. Þá breytti hún um starfsvettvang og vann sem ljósmóðir og hjúkrunarfræðingur við heilsugæsluna frá árinu 2003 til ársins 2013 í mæðra- og ungbarnavernd. Frá 2014 til dagsins í dag hefur Ingibjörg starfað í áhættumæðravernd á Landspítala og verið þar í starfi sérfræðings í tvíburameðgöngum og brjóstagjöf. Þá er Ingibjörg klínískur lektor við Hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild Háskóla Íslands, en hún hefur einnig verið stundakennari í læknisfræði og kennt læknanemum um brjóstagjöf.

Ingibjörg tók fyrst alþjóðlegt brjóstagjafaráðgjafapróf (IBCLC) árið 2001 og hefur endurnýjað það eftir þörfum. Hún hefur haldið fjölmörg nám-skeið um fæðingarfræðslu í gegnum árin og sérhæft sig í námskeiðum um tvíburameðgöngur fyrir verðandi foreldra. Þá hefur Ingibjörg einnig haldið námskeið um brjóstagjöf og sinnt heimaþjónustu frá því sú þjónusta var stofnuð.

Í umsókn valnefndar um Ingibjörgu Eiríksdóttur segir:

Ingibjörg er fagmaður fram í fingurgóma. Hún er brautryðjandi í umönnun og fræðslu í fjölburameðgöngum, fæðingum og brjóstagjöf á Landspítala. Ingibjörg hefur verið mjög virk í umbótastarfi og einstök auðmýkt, nærgætni og umhyggja einkenna hennar starf í þjónustu við fjölskyldur í barneignarferli.

Við óskum Ingibjörgu Eiríksdóttur til hamingju og þökkum henni fyrir hennar framlag til fagsins í gegnum langan starfsferil.



Hvers vegna er stuðningur við brjósta- gjöf aðeins fyrir höfuðborgarsvæðið?



HÓFUNDAR ÞÓRUNN PÁLSDÓTTIR OG HILDUR A. ÁRMANNSDÓTTIR, ljósmæður og IBCLC brjóstagjafaráðgjafar

*Grein birtist áður í Fréttablaðinu í febrúar síðast-
liðnum.*

Rannsóknir sýna ótvírætt kosti brjóstagjafar bæði fyrir móður og barn. Fyrir móðurina má nefna að það eru minni líkur á fæðingarþunglyndi og lægri tíðni krabbameina í kvenlíffærum. Ef barn er á brjósti þá eru minni líkur á sýkingum, ofnæmi, bólgu sjúkdómum í þörmum og færri komur eru á sjúkrahús hjá börnum undir 1 árs aldri. Það að brjóstagjöf gangi vel er lýðheilsumál og ef einhver vandamál eru til staðar er langoftast hægt að leysa þau með viðeigandi stuðningi frá brjóstagjafaráðgjafa. En búa fjölskyldur á Íslandi við jafnræði þegar kemur að stuðningi við brjóstagjöf?

Í rammasamningi um heimaþjónustu ljósmæðra við Sjúkratryggingar Íslands getur heilbrigðisstarfsmaður óskað eftir vitjun brjóstagjafaráðgjafa til kvenna sem eiga í erfiðleikum með brjóstagjöf. Eins og staðan er í dag hafa konur á landsbyggðinni ekki getað nýtt sér þessa þjónustu þar sem enginn brjóstagjafaráðgjafi er starfandi utan höfuðborgarsvæðisins.

Það er mikilvægt fyrir konur sem vilja vera með barn sitt á brjósti að þær eigi farsæla brjóstagjöf og fái viðunandi stuðning til þess. Í dag er staðan sú að konur búsettar á landsbyggðinni þurfa sjálfar að greiða fyrir þjónustu brjóstagjafaráðgjafa eða fara um langan veg til Reykjavíkur til þess að fá aðstoð.

Í febrúar á síðasta ári hófum við því að sækja um leyfi til Embættis landlæknis fyrir fjarheilbrigðisþjónustu fyrir konur sem búa úti á landi og þurfa á brjóstagjafaráðgjöf að halda. Eftir mikla vinnu við umsóknina, ótal tölvupósta og fund með Embætti landlæknis fengum við leyfi í september síðastliðnum. Til þess að geta veitt þessa þjónustu þurfum við að vera með viðurkennt forrit (Kara connect), viðurkennda starfsstöð (Björkin, ljósmæður) og starfa eftir ákveðnum skilmálum. Um leið og leyfi frá Embætti landlæknis var í höfn hófust viðræður við Sjúkratryggingar Íslands um að bæta þessum lið inn í rammasamning um heimaþjónustu ljósmæðra.

Sjúkratryggingar greiða í dag brjóstagjafaráðgjöfum 14.268 kr fyrir vitjun til kvenna í heimahús. Við gerðum ráð fyrir að sama myndi gilda fyrir ráðgjöf í gegnum fjarfundabúnað. Staðan er hins vegar sú að fagaðilar innan Sjúkratrygginga telja að þjónusta sem þessi taki ekki jafn langan tíma og eru tilbúin að greiða hálf t gjald eða 7.134 kr fyrir skiptið. Þessum skilmálum Sjúkratrygginga fyrir þjónustuna getum við ekki gengið að. Við þurfum að vera með starfsstöð til að taka þessi viðtöl í fjarfundabúnaði og þar af leiðandi þurfum við að greiða leigu fyrir aðstöðu okkar. Auk þess fylgir kostnaður við að vera með viðurkennt forrit eins og KARA connect sem þarf að greiða af í hverjum mánuði. Þar sem ekki hefur tekist að semja við Sjúkratryggingar Íslands um viðeigandi gjald fyrir fjarþjónustu þarf að vísa konum frá og það þykir brjóstagjafaráðgjöfum mjög ósanngjarnt, að mismuna barnafjölskyldum eftir búsetu. Það að þær geti ekki fengið sömu þjónustu og konur á höfuðborgarsvæðinu hlýtur að brjóta jafnræðisstefnu stjórnvalda.

Ef við skoðum aðeins aðra rammasamninga sem Sjúkratryggingar Íslands hafa gert;

- Sálfræðimeðferð fjarþjónusta 60 mín – alls 18.250 kr.
- Meðferð talmeinafræðings 60 mín – alls 16.185 kr.
- Viðtal ljósmóður/brjóstagjafaráðgjafa 60 mín – alls 7.134 kr.

Við getum ekki annað en velt fyrir okkur um hvað þetta mál snýst og er það tvennt að okkar mati:

Í fyrsta lagi spyrjum við okkur hver er réttur kvenna á landsbyggðinni? Er ekki réttur þeirra að hafa sama aðgang að þeirri heilbrigðisþjónustu sem hægt er að veita hverju sinni og það sé ekki verið að skerða þá þjónustu við ákveðin tímamörk því það sé mat fagaðila innan Sjúkratrygginga að þjónusta eigi ekki að taka lengri tíma.



Í öðru lagi snýst þetta um kjör sjálfstætt starfandi ljósmæðra. Af hverju eru verktakalaun ljósmæðra um helmingi lægri ef miðað er við laun annarra sérfræðinga eins og sálfræðinga og talmeinafræðinga líkt og sést hér að ofan? Flestar ljósmæður hér á landi eru með 4 ára hjúkrunarfræðimenntun og 2 ára framhaldsnám í ljósmóðurfræði. Því til viðbótar hafa brjóstaráðgjafar bætt við sig námi í brjóstagjafaráðgjöf sem er alþjóðlegt próf. Við þurfum að sýna

fram á endurmenntun á 5 ára fresti og endurtaka prófið á 10 ára fresti sem við höfum gert. Eru launin lág af því að ljósmæður á Íslandi eru allar konur og skjólstæðingarnir líka?

Nú skorum við á heilbrigðisráðherra og Sjúkratryggingar Íslands að gera viðunandi samning við ljósmæður/brjóstagjafaráðgjafa sem eru aðilar að rammasamningnum líkt og við aðrar sambærilegar stéttir með samning við Sjúkratryggingar Íslands.

Fæðingarsaga

Tilfelli úr dagbók



HÖFUNDUR HAFRÚN HLÍN SIGFÚSDÓTTIR

Undanfarin ár hefur tíðkast að birta í *Ljósmeðrablaðinu* efni sem byggt er á verkefni nemanda. Nú birtist saga konu sem fæddi barn fyrir ríflega 25 árum, eftir ytri vendingu. Fæðing barns úr höfuðstöðu er algengasta fæðingarstaðan og talin sú ákjósanlegasta og öruggasta fyrir bæði móður og barn. Sitjandastaða barns á meðgöngu er vel þekkt en tíðni sitjandastöðu lækkar eftir því sem líður á meðgöngu og er tíðni sjálfkrafa vendingar eftir 32 vikur um 57% og allt að 25% eftir 36 vikur en talið er að um 3–4% barna séu í sitjandastöðu við 37 vikur. Sitjandastöðum er gjarnan skipt í flokka eftir því hvernig barnið ber að en þar er bein sitjandastaða algengust. Lengi hefur tíðkast að reyna vendingu eftir 37 vikna meðgöngu til að barnið fæðist í höfuðstöðu. Fáar rannsóknir hafa verið gerðar hérlandis á árangri ytri vendinga en í samantekt á gögnum um ytri vendingar á kvennadeild LSH á árunum 2006–2008 var sýnt fram á árangur af þeim í um 47% tilfella (Sigrún Tinna Gunnarsdóttir, 2013).

HELGA GOTTFREÐSDÓTTIR

Inngangur

Fæðing barns er stór viðburður í lífi konu. Engin fæðing er eins og er upplifun hverrar og einnar konu einstök. Ljósmeður vinna náð með barnshafandi konum, bæði á meðgöngu og í fæðingu og er mikilvægt að þær hlusti á reynslusögur og upplifanir kvenna, til að vita hvað það er sem skiptir máli fyrir þær, og nýti sér það til að reyna að stuðla að jákvæðri fæðingarupplifun.

Óformlegt viðtal um fæðingarupplifun var tekið við 51 árs gamla konu, sem í þessari frásögn verður kölluð Guðrún. Hún á þrjú uppkomin börn og á að baki þrjár ólíkar fæðingar. Hún valdi að segja frá annarri fæðingu sinni.

Fæðingarsaga Guðrúnar

Fyrir 25 árum síðan var Guðrún 26 ára gömul og gekk með sitt annað barn. Guðrún var hraust í grunninn, meðgangan hafði gengið mjög vel og líðan verið góð. Í mædraskoðun nokkrum vikum fyrir settan dag kom í ljós að barnið var í sitjandi

stöðu. Guðrún lýsti tilfinningum líkt og hræðslu og vonbrigðum sem fylgdu þeim fréttum. En tæplega fjórum árum áður hafði hún farið í valkeisaraskurð vegna sitjanda eftir misheppnaða vendingu. Í annað sinn var Guðrún því í þeirri stöðu að reyna átti við ytri vendingu. Að þessu sinni gekk vendingin vel, barnið sneri sér í höfuðstöðu án vandkvæða og skorðaði sig stuttu síðar. Guðrún lýsir miklum létti og ánægju því það þýddi að hún gat reynt við fæðingu um fæðingarveginn, sem hafði verið hennar ósk alla meðgönguna.

Á þessum tíma var verið að innleiða baðkör og kynna notkun vatns til verkjastillingar á fæðingardeildinni á Selfossi, þar sem Guðrún ætlaði að fæða. Hún hafði því m.a. verið kynnt fyrir og frædd um möguleikann á vatnsfæðingu í mædraverndinni og var það fæðingarmáti sem talaði til hennar, náttúruleg aðferð án inngripa. Guðrún lýsti góðu og traustu sambandi við ljósmóður sína í mædraverndinni og tjáði að hún hafi frætt hana um fæðingu um fæðingarveginn og komið með dæmi um ýmis bjargráð sem hún gæti

nýtt sér. Það ýtti undir spennu og trú Guðrúnar á sjálfri sér til að fæða barnið á „náttúrulegan“ hátt og upplifði hún sig tilbúna til að takast á við það verkefni.

Fjórum dögum fyrir settan dag vaknaði Guðrún og fór á klósettið. Hún lýsti því að þá hafi hún fundið eitthvað „plompa“ í klósettið og í símtali við ljósmóður var henni tjáð að líklega hefði slímtappinn verið að fara. Í framhaldi af því fór hún að finna fyrir verkjum sem ágerðust þegar leið á daginn. Um miðjan dag fóru Guðrún og maðurinn hennar á fæðingardeildina og um kvöldmatarleytið fengu þau fæðingarstofu. Fljótlega fór Guðrún í baðkarið og lýsir hún því að baðið hafi verið notalegt og virkað vel sem verkjastilling, þar leið henni vel og gat tekist á við hriðarnar í róandi umhverfi.

Útvíkkunin gekk nokkuð hratt og vel fyrir sig eftir að Guðrún fór í baðið og fljótlega var kominn tími til að rembast. Guðrún var orðin þreytt á þessu tímabili en gleymir aldrei augnablikinu og stoltinu af sjálfri sér þegar dóttir hennar kom ljúflega í heiminn í nokkrum rembingum, um kl. 22 að kvöldi. Birtist upp úr vatninu yfirvegusð og róleg hraust stúlka sem hún fékk beint í fangið. Eftir fæðinguna fékk Guðrún svo að vita að um væri að ræða fyrsta stúlkubarnið og þriðja barnið til þess að fæðast í vatni á fæðingardeildinni á Selfossi. Fannst Guðrúnu það virkilega skemmtilegt og svolítið „sögulegt“ því þetta voru jafnframt fyrstu vatnsfæðingarnar innan heilbrigðisstofnunar á Íslandi.

Upplifun Guðrúnar af vatnsfæðingunni var að hún hefði fætt við náttúrulegar, notalegar og rólegar aðstæður en ekki í hinu „klassíska“ spítalaumhverfi. Hún upplifði stolt og fannst það valdeflandi að hafa náð að fæða stúlkuna um fæðingarveg án nokkurra verkjalyfja. Einnig fannst henni stuðningur og upplýsingaflæði ljósmóðurinnar í fæðingunni ýta undir jákvæða fæðingarreynslu sína og er þakklát fyrir það.

Einkennandi hugtök

Fæðingarsaga Guðrúnar einkennist af jákvæðri upplifun. Hún fór vel undirbúin inn í fæðinguna og fann fyrir miklu sjálfstrausti til að fæða barnið á „náttúrulegan“ hátt. Hugtakið sjálfstraust verðandi móður eða trú á eigin getu/styrk til að fara í gegnum lífeðlisfræðilega fæðingu (e. *maternal confidence for physiologic childbirth*) var einkennandi þáttur í gegnum alla frásögn Guðrúnar, allt frá meðgöngunni þar til barnið var fætt. Hún upplifði mikla eftirvæntingu, styrk og trú á líkama sinn til að fæða barnið í heiminn á sem náttúrulegastan hátt, þ.e. án inngripa. Hræðsla eða kvíði voru tilfinningar sem hún upplifði ekki. Neerland (2018) greindi hugtakið

út frá aðferð Rodgers. Þar lýsir hún hugtakinu sem trú konunnar á lífeðlisfræðilegri fæðingu sem byggir m.a. á því að fæðing er eðlilegt ferli og meðfædd geta kvenlíkamans, ásamt því að fyrri reynsla og þekking geti haft áhrif (Neerland, 2018).

Guðrún upplifði gott samband við ljósmóður sína, bæði á meðgöngunni og í fæðingunni sjálfri og var viss um að það ýtti undir trú hennar á sjálfri sér til að fæða barnið. Ljósmóðirin veitti henni fræðslu fyrir fæðinguna sem ýtti undir það að Guðrún upplifði sig tilbúna til að takast á við fæðinguna. Hún sinnti Guðrúnu af virðingu og veitti stuðning, hvatningu og var með stöðugt upplýsingaflæði í fæðingunni sjálfri. Eigindleg rannsókn Avery og félaga skoðaði hvað það er sem hefur áhrif á að konur upplifi trú á sjálfa sig til að fara í gegnum lífeðlisfræðilega fæðingu. Niðurstöður þeirrar rannsóknar sýna fram á að gott samband við ljósmóður á meðgöngu er m.a. mikilvægur þáttur í því að konur upplifi sjálfstraust fyrir fæðinguna (Avery o.fl., 2018). Það styður niðurstöður Neerland varðandi undanfara hugtaksins en þar kemur m.a. fram að hvatning og traust samband við ljósmóður og fæðingarfélaga, góð samskipti, þekking og fræðsla ýti undir trú konunnar á sjálfri sér til að takast á við lífeðlisfræðilega fæðingu og styðji við jákvæða fæðingarupplifun (Neerland, 2018). Barnshafandi konur sem hafa trú á sjálfum sér og fara óhræddar inn í fæðingu eru líklegri til að meta fæðingarreynslu sína jákvæða (Karlström o.fl., 2015), sem er í samræmi við fæðingarreynslu Guðrúnar.

Í fæðingarsögu Guðrúnar var áberandi löngun hennar til að eiga sem „náttúrulegasta fæðingu“, þ.e. án inngripa og mikilvægi rólegs umhverfis. Eftir að hafa fengið fræðslu á meðgöngunni fannst henni vatnsfæðing vera aðlaðandi kostur. Guðrún lýsir því að hafa átt góða stund í baðkarinu, hún upplifði sig rólega og fannst að hún hefði náð að takast vel á við hriðarnar í notalegu umhverfi. Dado o.fl. (2022) gerðu eigindlega rannsókn á reynslu 9 kvenna af notkun vatns í fæðingu á spítala á Írlandi. Þar kom í ljós að konur upplifðu fæðingu sína „eðlilega“ í róandi umhverfi þrátt fyrir að vera inni á spítala. Konurnar lýstu því einnig að þær upplifðu sig ná stjórn á líkama sínum í vatninu sem ýtti undir traust til líkamans til að koma barninu í heiminn. Enn fremur kom í ljós að vatnsfæðing ýtti undir jákvæða, náttúrulega fæðingarupplifun.

Samantekt

Við greiningu á fæðingarsögu Guðrúnar kom í ljós að jákvæð fæðingarupplifun byggir á samspili margra þátta. Í sögu Guðrúnar var áhugavert að sjá að upplifun hennar mótaðist ekki einungis af fæðingunni sjálfri heldur einnig af meðgöngunni og undirbúningunum fyrir fæðinguna. Trú kvenna á eigin getu og styrk til að ganga í gegnum lífeðlis-fræðilega fæðingu getur stuðlað að jákvæðri fæðingarreynslu (Karlström o.fl., 2015). Einnig getur gott meðferðarsamband verðandi mæðra og ljós-móður sem byggir á virðingu, stuðningi og fræðslu spilað þar veigamikil hlutverk (Avery o.fl., 2018; Neerland, 2018). Fæðingarumhverfi er annar þáttur sem getur skipt miklu máli fyrir upplifun kvenna, þ.e. að konan upplifi sig í umhverfi sem henni líði vel í. Baðkar á fæðingarstofu er dæmi um slíkt en notkun vatns í fæðingu getur stuðlað að því að konan upplifi sig í rólegu og náttúrulegu umhverfi sem ýti undir jákvæða fæðingarupplifun (Dado o.fl., 2022).

Ljósmaður starfa í nánnum samskiptum við barnshafandi konur og fjölskyldur þeirra og eru þar af leiðandi í lykilstöðu til þess að stuðla að jákvæðri reynslu hvernar og einnar konu. Því telur höfundur

að mikilvægt sé fyrir ljósmaður og ljósmaðranema að kynna sér og vera meðvitaðar um þá margvíslegu þætti sem geta haft áhrif á fæðingarupplifun kvenna. Það geta þær m.a. gert með því að mæta konunum af virðingu og hlusta á það sem þær hafa að segja til þess að geta mætt þörfum þeirra á einstaklingsbundinn hátt og reyna þannig að stuðla að jákvæðri upplifun eftir bestu getu.

Heimildaskrá

- Avery, M. D., Neerland, C. E. og Saftner, M. A. (2018). Women's Perceptions of Prenatal Influences on Maternal Confidence for Physiologic Birth. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 64(2), 201-208. doi.org/10.1111/jmwh.12897.
- Dado, M., Smith, V. og Barry, P. (2022). Women's experiences of water immersion during labour and childbirth in a hospital setting in Ireland: A qualitative study. *Midwifery* 108(2022). doi.org/10.1016/j.midw.2022.103278.
- Karlström, A., Nystedt, A. og Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(251). doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0.
- Neerland, C. E. (2018). Maternal Confidence for Physiologic Childbirth: A Concept Analysis. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 63(4), 425-435. doi.org/10.1111/jmwh.12719.
- Sigrún Tinna Gunnarsdóttir. (2013). *Sitjandafæðingar á kvennadeild Landspítala 2006-2012*. Óbirt ritgerð til BS gráðu: Háskóli Íslands, Læknadeild, Reykjavík.

Ljósa

Ný og fjölbreytt ljósmaðraþjónusta

HÖFUNDUR RITSTJÓRN

Mikil gróska hefur verið í ljósmaðrasamfélaginu síðustu misserin. Ný fyrirtæki og fæðingarheimili ásamt fjölbreyttum námskeiðum og þjónustu hafa litið dagsins ljós. *Ljósmaðrablaðið* fór á stúfana og kíkti í heimsókn til þeirra Helgu Reynisdóttur og Hildar Sólveigar Ragnarsdóttur, ljósmaðra, sem nýverið opnuðu ljósmaðraþjónustuna *Ljósu* í Lífs-gæðasetrinu á St. Jóseppspítala í Hafnarfirði.

Það er upplifun út af fyrir sig að koma inn í þetta fallega og sögufræga hús í hjarta Hafnarfjarðar. Í húsinu var rekið sjúkrahús frá árinu 1926 til ársins 2011, fyrst af St. Jóseppssysturum og síðar af ríkinu og bænum en eftir að sjúkrahúsinu var lokað stóð það autt í nokkur ár og lá fyrir skemmdum. En húsið er ekki bara merkilegt vegna þeirrar starfsemi sem þar var rekin því byggingin sjálf er einstaklega falleg og var teiknuð af Guðjóni Samúelssyni, húsameistara ríkisins. Guðjón teiknaði einnig margar af okkar þekktustu byggingum frá þessum tíma eins og til dæmis Hallgrímskirkju, aðalbyggingu Háskóla Íslands, Landspítalann og Þjóðleikhúsið. Hafn-firðingum hefur alltaf þótt vænt um St. Jóseppspítala og þegar bærinn keypti húsið skuldbatt hann sig til að reka þar almannaþjónustu. Árið 2019 opnaði Lífsgæðasetrið í húsinu og hýsir það nú fjölda fyrir-tækja og samtaka, eins og Alzheimersamtökin og Sorgarmiðstöðina, sem öll deila því markmiði að auka lífsgæði skjólstæðinga sinna.

Hildur og Helga hafa starfað á fæðingarvakt Landspítalans um árabíl ásamt því að hafa báðar talsverða reynslu af námskeiðahaldi í fæðingar-fræðslu. Þær útskrifuðust saman úr ljósmóðurfræði árið 2013 og hafa frá útskrift stefnt að því að nýta þessa einstöku menntun til að gera eitthvað skapandi saman. Þegar þær svo fengu vilyrði fyrir rekstri á ljósmaðraþjónustu í Lífsgæðasetrinu settu þær allt í gang, keyptu sér sónartæki og létu áralangan draum rætast.

Starfsemi *Ljósu* fellur afar vel að hugmyndafræði hússins að sögn Hildar og Helgu og þeirri heilsu-eflandi hugmyndafræði sem þær ríkir. Þær bjóða upp á sónarskoðanir, bæði kynjasónar og þrívíddarsónar.



Hildur Sólveig og Helga.

Einnig er boðið upp á fæðingarfræðslunámskeið, viðtöl; bæði úrvinnsluviðtöl og undirbúningsviðtöl, nálastungur, bumbuhittinga og foreldramorgna. Á haustmánuðum bætist svo við brjóstaráðgjöf og brjóstagjafanámskeið. Hornsteinn þjónustunnar eru sónarskoðanir. Þær segja að margar konur hafi þörf fyrir fleiri skoðanir en tvo fósturgreiningarsónara sem boðið er upp á í kerfinu og að konur komi til þeirra allt frá 10. viku meðgöngu til að fá að sjá barnið sitt.

En getur óbreytt ljósmóðir bara ýtt á „on“ takkann og byrjað að sónarskoða? Er þetta ekki færni sem krefst mikillar þekkingar og þjálfunar? Jú, vissulega taka Helga og Hildur heilshugar undir það og segja mikla undirbúningsvinnu liggja að baki. Þær hafa fengið mikla kennslu á tækni sjálft frá framleiðanda, fengið aðstoð og sýnikennslu frá reyndum sónaristum, lesið sér til og síðast en ekki síst æft sig mikið.

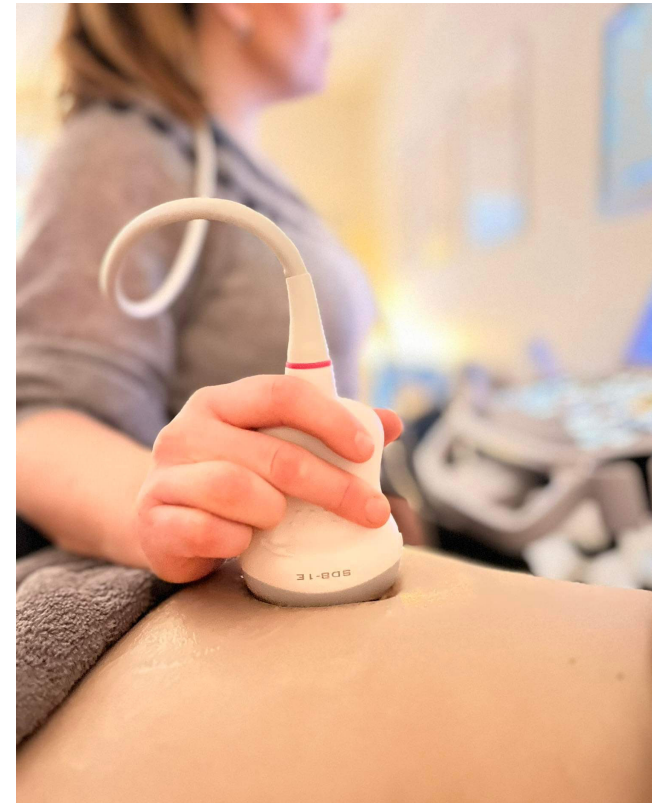


Hildur og nýja sónartækið.

Með blik í auga segja þær stöllur frá því að dýrmætast þyki þeim þegar samfella myndist í þjónustunni. Þær sjái jafnvel konu í sónarskoðun, á fæðingarfræðslunámskeiði og í bumbuhittingi og þá hafi þær líka nokkrum sinnum tekið á móti hjá „sínunum konum“. Þeim finnst mikilvægt að aðgengi kvenna að ljósmæðrum sé gott og hafa bumbuhittingar þeirra verið afar vinsælir. Þar bjóða þær konum sem eru svipað langt gengnar að koma saman, þiggja veitingar, fá fræðslu og spjalla við hvor aðra og ljósmæðurnar um það sem þeim liggur á hjarta. Þannig skapast vettvangur fyrir félagsleg tengsl og jafningjastuðning sem ekki allar konur sækja sér sjálfar í sínu nánasta umhverfi. Þær segja gleðilegt hvað ljósmæður hafi verið frjóar síðustu ár

og að foreldrar á Íslandi hafi allt þetta val. „Þör geta farið á fæðingarfræðslunámskeið á heilsugæslunni, á fæðingarheimilum, hjá ljósmóður eða doulu, á staðnum eða á netinu og á fleiri tungumálum en íslensku. Við erum öll ólík og með mismunandi þarfir en allir geta fundið eitthvað við sitt hæfi. Þetta er breytt landslag, sem er frábært“ segir Helga. Það er von þeirra í *Ljósu* að þjónusta til handa verðandi foreldrum haldi áfram að vaxa og dafna og að þær geti tekið þátt í að auðga þá flóru og stuðla að bættri upplifun og líðan foreldra í barneignarferlinu.

Ljósmæðrablaðið sendir ljósmæðrunum í *Ljósu* velfarnaðar- og hamingjuóskir.

Hlýlegt andrúmsloft í *Ljósu*.

Útskrift ljósmæðra frá Háskóla Íslands vorið 2023

HÖFUNDUR ELÍN INGA LÁRUSDÓTTIR

Í ár útskrifuðust ellefu ljósmæður frá Háskóla Íslands með MSc gráðu til starfsréttinda í ljósmóðurfræði. Með nýrri námskrá sem tók gildi fyrir fimm árum síðan urðu meistaraverkefni hluti af námi ljósmæðra og er þetta þriðji árgangurinn sem skilar nú sínum ritgerðum. Hér má sjá stutt ágríp úr verkefnum vorsins en rann-sóknarverkefnin má skoða í heild sinni á vefnum *skemman.is*. Einnig má ætla að hluti þessara verkefna verði að ritryndum rann-sóknargreinum á næstunni. Verkefnin eru jafn fjölbreytt og þau eru mörg og ljósmæður geta leyft sér að hlakka til fjörugra og uppbyggilegra umræðna um afraksturinn. Yndislegu nýútskrifuðu ljósmæður, við hlökkum til að fá ykkur ferskar í hópinn!



Útskriftarárgangur 2023, frá vinstri: Ragnhildur Anna Ólafsdóttir, Sunna Líf Guðmundsdóttir, Ragnheiður Ragnarsdóttir, Ágústa Gísladóttir, Guðrún Anna Hákonardóttir, Tinna Halldórsdóttir, Anna Rósa Arnarsdóttir, Hugrún Jóna Hilmarsdóttir, Ilmur Sól Eiríksdóttir, Björk Jómundsdóttir og Birta Hildardóttir.

HEITI VERKEFNIS

Tengsl áfallastreitueinkenna í kjölfar fæðingar við algengi og upplifun brjóstagjafar. Lýsandi þversniðsrannsókn.

HÖFUNDUR

Anna Rósa Arnarsdóttir

LEIÐBEINENDUR

Dr. Valgerður Lís Sigurðardóttir og Hallfríður Kristín Jónsdóttir

HEITI VERKEFNIS

Brjóstagjöf mánuði eftir fæðingu. Lýsandi þversniðsrannsókn meðal kvenna á Íslandi.

HÖFUNDUR

Ágústa Gísladóttir

LEIÐBEINENDUR

Dr. Emma Marie Swift og Edythe L. Mangindin

HEITI VERKEFNIS

Tengsl Milou miðlægs fósturhjartsláttarkerfis við útkomu fæðinga á Landspítala. Afturvirk ferilrannsókn.

HÖFUNDUR

Birta Hildardóttir

LEIÐBEINENDUR

Dr. Helga Gottfreðsdóttir og Halla Ósk Halldórsdóttir

HEITI VERKEFNIS

Reynsla og upplifun foreldra síðfyrirbura á þjónustu á meðgöngu- og sængurlegudeild Landspítala. Viðtalsrannsókn.

HÖFUNDUR

Björk Jómundsdóttir

LEIÐBEINENDUR

Dr. Helga Gottfreðsdóttir og Dr. Rakel Björg Jónsdóttir

Anna Rósa skoðaði tengsl áfallastreitueinkenna í kjölfar fæðingar við algengi og upplifun brjóstagjafar 6–12 vikum eftir fæðingu. Um er að ræða þversniðsrannsókn þar sem lokaúrtakið innihélt 685 konur á Íslandi. Niðurstöður leiddu í ljós að konur með áfallastreitueinkenni í kjölfar fæðingar voru síður líklegar til að hafa barn sitt á brjósti og líklegri til að upplifa brjóstagjöf á nei-kvæðan hátt miðað við konur án áfallastreitueinkenna. Hlutfall kvenna með áfallastreitueinkenni í kjölfar fæðingar var 5,7% sem er lítill hópur en afar mikilvægur og niðurstöður sýna að huga þurfi sérstaklega að þeim og finna leið til að veita þeim aukinn stuðning.

Ágústa kannaði tíðni brjóstagjafar meðal kvenna á Íslandi mánuði eftir fæðingu. Niðurstöður sýndu að mánuði eftir fæðingu höfðu 69% íslenskra kvenna barnið sitt einungis á brjósti. Fjölbýrjur búsettar á höfuðborgarsvæðinu með herra menntunarstig og meðaltekjur voru líklegri til að vera með barnið sitt eingöngu á brjósti mánuði eftir fæðingu og konur sem þáðu gangsetningu, fengu mænurótardeyfingu eða fóru í keisaraskurð voru ólíklegri til að vera með barnið sitt á brjósti. Niðurstöður benda til þess að skoða þurfi enn fremur með hvaða hætti megi styðja betur við þann hóp kvenna sem hætta brjóstagjöf á fyrstu vikum eftir fæðingu.

Birta skoðaði gögn fengin úr fæðingarskrá til að kanna tengsl Milou miðlægs fósturhjartsláttarkerfis við útkomu fæðinga á fæðingavakt Landspítala m.t.t. tíðni áhaldafæðinga, bráða-keisaraskurða og útkomu nýbura eftir fæðingu. Niðurstöður sýna að innleiðing á Milou tengist hvorki fjölgun á inngrípum né bættri útkomu nýbura. Tilgangur þess að taka upp miðlæga vöktun á fósturhjartslætti var og er að auka öryggi skjólstaðinga þar sem fleira starfsfólk sér fósturhjartsláttarritin í rauntíma en áður, ásamt því að bæta skráningu og varðveislu gagna. Nauðsynlegt er að vera áfram vakandi fyrir áhrifum Milou á útkomu fæðinga á Landspítala og er frekari rannsókna þörf á efninu.

Björk skygndist inn í hugarheima foreldra síðfyrirbura og kannaði reynslu þeirra af dvöl á meðgöngu- og sængurlegudeild Landspítalans. Fimm pör sögðu frá reynslu sinni og samhljómur var um vöntun á samhæfðri fræðslu og auknum stuðningi. Mæðurnar voru sammála um að brjóstagjöfin væri afar krefjandi og höfðu þær stöðugar áhyggjur af lélegri næringarinntöku barnsins og ónógri mjólkurframleiðslu. Foreldrarnir voru sammála því að þeir hefðu mætt góðu viðmóti starfsfólks og upplifað sig í öruggum höndum en lakar aðstæður fyrir maka, annir á deild og ósamræmi í svörum starfsfólks litaði þó óneitanlega reynslu þeirra. Nýta má niðurstöður þessarar rannsóknar til ýmissa verka til dæmis að búa til og bæta fræðsluefni um síðfyrirbura.

HEITI VERKEFNIS

Tengsl áfallastreitueinkenna í kjölfar fæðingar við tengsl móður við ungbarn. Lýsandi þversniðs-rannsókn.

HÖFUNDUR

Guðrún Anna Hákonardóttir

LEIÐBEINENDUR

Dr. Valgerður Lísá Sigurðardóttir og Stefanía Birna Arnardóttir

Þessi grein er byggð á vísindalegri rannsókn sem varðfarir á tengslum milli fæðingar og tengsla móður við ungbarn. Hér er fjallað um niðurstöður og ástæður fyrir þessum niðurstöðum.

Guðrún Anna skoðaði hvort tengsl væru milli áfallastreitueinkenna í kjölfar fæðingar og tengsla móður við ungbarn sitt. Sambærileg rannsókn hefur ekki verið gerð hér á landi áður en úrtakið innihélt 597 konur. Niðurstöður benda til þess að áfallastreitueinkenni í kjölfar fæðingar hafi neikvæð áhrif á tengsl móður við ungbarn. Því til viðbótar virðast frumbyrjur og mæður sem glíma við þunglyndiseinkenni vera líklegri til að upplifa röskun á tengslum við ungbarn sitt samanborið við fjölbyrjur og mæður án þunglyndiseinkenna. Niðurstöður þessarar rannsóknar undirstrika mikilvægi þess að við ljósmæður hlúum vel að þessum viðkvæma hópi og séum vakandi fyrir áskorunum við tengslamyndun.

Hugrún skoðaði hvaða áhrif hækkandi aldur móður hefur á útkomu nýbura. Úrtakið í rannsókninni innihélt 44.019 konur á aldrinum 15-54 ára og mat á hvernig nýburanum reiddi af fór fram með því að skoða meðgöngulengd, APGAR-einkunn, fæðingarþyngd og innlögn á vökudeild eður ei. Niðurstöður leiddu í ljós að útkoma nýbura á Íslandi er almennt góð, sér í lagi hjá mæðrum allt að 40 ára. Mæður á aldrinum 30–39 ára voru með hæsta hlutfall góðrar útkomu nýbura en mæður á aldrinum ≥45 ára voru með lægsta hlutfall góðrar útkomu. Gera má ráð fyrir að skimun í mæðravernd og inngrip í fæðingu skili þessum niðurstöðum.

HÖFUNDUR

Hugrún Jóna Hilmarsdóttir

LEIÐBEINENDUR

Dr. Emma Marie Swift og Dr. Kristjana Einarsdóttir

Þessi grein er byggð á vísindalegri rannsókn sem varðfarir á tengslum milli fæðingar og tengsla móður við ungbarn. Hér er fjallað um niðurstöður og ástæður fyrir þessum niðurstöðum.

Verkefni Ilmar snerist um að hanna, þróa og forprófa útkomu-breytulista fyrir fæðingu sem byggir á heilsuefandi hugmynda-fræði. Innan heilbrigðiskerfisins er stöðugt verið að meta útkomur en af þeim útkomubreytum sem safnað er í barneignar-ferlinu eru fáar sem heyra undir heilsuefandi útkomur. Með hjálp fleiri ljósmæðra var því búinn til útkomubreytulisti sem nota má í fæðingum og til frekari rannsókna en sá listi inniheldur meðal annars breytur eins og samfelld þjónusta, eðlileg fæðing, hreyfanleiki í fæðingu, upplifun móður af verkjum í fæðingu og jákvæð fæðingarupplifun ásamt fleiru. Með því er hægt að skoða barneignarferlið á heildrænni hátt en ef einungis er notast við útkomubreytur eins og utanbastsdeyfing, keisari, APGAR-einkunn nýbura eða annað slíkt.

HÖFUNDUR

Ilmur Sól Eiríksdóttir

LEIÐBEINANDI

Embla Ýr Guðmundsdóttir

Þessi grein er byggð á vísindalegri rannsókn sem varðfarir á tengslum milli fæðingar og tengsla móður við ungbarn. Hér er fjallað um niðurstöður og ástæður fyrir þessum niðurstöðum.

Guðrún Anna skoðaði hvort tengsl væru milli áfallastreitueinkenna í kjölfar fæðingar og tengsla móður við ungbarn sitt. Sambærileg rannsókn hefur ekki verið gerð hér á landi áður en úrtakið innihélt 597 konur. Niðurstöður benda til þess að áfallastreitueinkenni í kjölfar fæðingar hafi neikvæð áhrif á tengsl móður við ungbarn. Því til viðbótar virðast frumbyrjur og mæður sem glíma við þunglyndiseinkenni vera líklegri til að upplifa röskun á tengslum við ungbarn sitt samanborið við fjölbyrjur og mæður án þunglyndiseinkenna. Niðurstöður þessarar rannsóknar undirstrika mikilvægi þess að við ljósmæður hlúum vel að þessum viðkvæma hópi og séum vakandi fyrir áskorunum við tengslamyndun.

Hugrún skoðaði hvaða áhrif hækkandi aldur móður hefur á útkomu nýbura. Úrtakið í rannsókninni innihélt 44.019 konur á aldrinum 15-54 ára og mat á hvernig nýburanum reiddi af fór fram með því að skoða meðgöngulengd, APGAR-einkunn, fæðingarþyngd og innlögn á vökudeild eður ei. Niðurstöður leiddu í ljós að útkoma nýbura á Íslandi er almennt góð, sér í lagi hjá mæðrum allt að 40 ára. Mæður á aldrinum 30–39 ára voru með hæsta hlutfall góðrar útkomu nýbura en mæður á aldrinum ≥45 ára voru með lægsta hlutfall góðrar útkomu. Gera má ráð fyrir að skimun í mæðravernd og inngrip í fæðingu skili þessum niðurstöðum.

Verkefni Ilmar snerist um að hanna, þróa og forprófa útkomu-breytulista fyrir fæðingu sem byggir á heilsuefandi hugmynda-fræði. Innan heilbrigðiskerfisins er stöðugt verið að meta útkomur en af þeim útkomubreytum sem safnað er í barneignar-ferlinu eru fáar sem heyra undir heilsuefandi útkomur. Með hjálp fleiri ljósmæðra var því búinn til útkomubreytulisti sem nota má í fæðingum og til frekari rannsókna en sá listi inniheldur meðal annars breytur eins og samfelld þjónusta, eðlileg fæðing, hreyfanleiki í fæðingu, upplifun móður af verkjum í fæðingu og jákvæð fæðingarupplifun ásamt fleiru. Með því er hægt að skoða barneignarferlið á heildrænni hátt en ef einungis er notast við útkomubreytur eins og utanbastsdeyfing, keisari, APGAR-einkunn nýbura eða annað slíkt.

HÖFUNDUR

Ragnheiður Ragnarsdóttir

LEIÐBEINENDUR

Dr. Berglind Hálfðánsdóttir og Bryndís Sunna Jóhannesdóttir

Guðrún Anna skoðaði hvort tengsl væru milli áfallastreitueinkenna í kjölfar fæðingar og tengsla móður við ungbarn sitt. Sambærileg rannsókn hefur ekki verið gerð hér á landi áður en úrtakið innihélt 597 konur. Niðurstöður benda til þess að áfallastreitueinkenni í kjölfar fæðingar hafi neikvæð áhrif á tengsl móður við ungbarn. Því til viðbótar virðast frumbyrjur og mæður sem glíma við þunglyndiseinkenni vera líklegri til að upplifa röskun á tengslum við ungbarn sitt samanborið við fjölbyrjur og mæður án þunglyndiseinkenna. Niðurstöður þessarar rannsóknar undirstrika mikilvægi þess að við ljósmæður hlúum vel að þessum viðkvæma hópi og séum vakandi fyrir áskorunum við tengslamyndun.

Hugrún skoðaði hvaða áhrif hækkandi aldur móður hefur á útkomu nýbura. Úrtakið í rannsókninni innihélt 44.019 konur á aldrinum 15-54 ára og mat á hvernig nýburanum reiddi af fór fram með því að skoða meðgöngulengd, APGAR-einkunn, fæðingarþyngd og innlögn á vökudeild eður ei. Niðurstöður leiddu í ljós að útkoma nýbura á Íslandi er almennt góð, sér í lagi hjá mæðrum allt að 40 ára. Mæður á aldrinum 30–39 ára voru með hæsta hlutfall góðrar útkomu nýbura en mæður á aldrinum ≥45 ára voru með lægsta hlutfall góðrar útkomu. Gera má ráð fyrir að skimun í mæðravernd og inngrip í fæðingu skili þessum niðurstöðum.

Hugrún skoðaði hvaða áhrif hækkandi aldur móður hefur á útkomu nýbura. Úrtakið í rannsókninni innihélt 44.019 konur á aldrinum 15-54 ára og mat á hvernig nýburanum reiddi af fór fram með því að skoða meðgöngulengd, APGAR-einkunn, fæðingarþyngd og innlögn á vökudeild eður ei. Niðurstöður leiddu í ljós að útkoma nýbura á Íslandi er almennt góð, sér í lagi hjá mæðrum allt að 40 ára. Mæður á aldrinum 30–39 ára voru með hæsta hlutfall góðrar útkomu nýbura en mæður á aldrinum ≥45 ára voru með lægsta hlutfall góðrar útkomu. Gera má ráð fyrir að skimun í mæðravernd og inngrip í fæðingu skili þessum niðurstöðum.

Verkefni Ilmar snerist um að hanna, þróa og forprófa útkomu-breytulista fyrir fæðingu sem byggir á heilsuefandi hugmynda-fræði. Innan heilbrigðiskerfisins er stöðugt verið að meta útkomur en af þeim útkomubreytum sem safnað er í barneignar-ferlinu eru fáar sem heyra undir heilsuefandi útkomur. Með hjálp fleiri ljósmæðra var því búinn til útkomubreytulisti sem nota má í fæðingum og til frekari rannsókna en sá listi inniheldur meðal annars breytur eins og samfelld þjónusta, eðlileg fæðing, hreyfanleiki í fæðingu, upplifun móður af verkjum í fæðingu og jákvæð fæðingarupplifun ásamt fleiru. Með því er hægt að skoða barneignarferlið á heildrænni hátt en ef einungis er notast við útkomubreytur eins og utanbastsdeyfing, keisari, APGAR-einkunn nýbura eða annað slíkt.

Guðrún Anna skoðaði hvort tengsl væru milli áfallastreitueinkenna í kjölfar fæðingar og tengsla móður við ungbarn sitt. Sambærileg rannsókn hefur ekki verið gerð hér á landi áður en úrtakið innihélt 597 konur. Niðurstöður benda til þess að áfallastreitueinkenni í kjölfar fæðingar hafi neikvæð áhrif á tengsl móður við ungbarn. Því til viðbótar virðast frumbyrjur og mæður sem glíma við þunglyndiseinkenni vera líklegri til að upplifa röskun á tengslum við ungbarn sitt samanborið við fjölbyrjur og mæður án þunglyndiseinkenna. Niðurstöður þessarar rannsóknar undirstrika mikilvægi þess að við ljósmæður hlúum vel að þessum viðkvæma hópi og séum vakandi fyrir áskorunum við tengslamyndun.

Ragnheiður gerði kerfisbundna samantekt til þess að skoða tengsl ytra oxýtósíns í fæðingu við þróun einhverfu og ADHD hjá börnum. Átta rannsóknir stóðust inntökuskilyrði og fjölluðu um áhrif ytra oxýtósíns í fæðingu á þróun einhverfu barna og reyndust fimm (62,5%) þeirra sýna einhver tengsl þar á milli. Tvær af fimm rannsóknum (40%) sýndu einhver tengsl á milli notkunar ytra oxýtósíns í fæðingu og þróunar á ADHD hjá börnum. Niðurstöður Ragnheiðar gefa mögulega ástæðu til að endurskoða þurfi þá miklu notkun sem er á lyfinu í fæðingar-þjónustu hérlandis sem og erlendis en að sjálfsögðu með ávinning notkunarinnar því til hliðsjónar.

HEITI VERKEFNIS

Tíðni eðlilegra fæðinga eftir sameiningu fæðingardeilda á Landspítala. Afturvirk ferilrannsókn á langtímaáhrifum fyrirbyggjandi aðgerða.

HÖFUNDUR

Ragnhildur Anna Ólafsdóttir

LEIÐBEINENDUR

Dr. Berglind Hálfðánsdóttir og Sigurveig Ósk Pálsdóttir

Þessi grein er byggð á vísindalegri rannsókn sem varðfarir á tengslum milli fæðingar og tengsla móður við ungbarn. Hér er fjallað um niðurstöður og ástæður fyrir þessum niðurstöðum.

Guðrún Anna skoðaði hvort tengsl væru milli áfallastreitueinkenna í kjölfar fæðingar og tengsla móður við ungbarn sitt. Sambærileg rannsókn hefur ekki verið gerð hér á landi áður en úrtakið innihélt 597 konur. Niðurstöður benda til þess að áfallastreitueinkenni í kjölfar fæðingar hafi neikvæð áhrif á tengsl móður við ungbarn. Því til viðbótar virðast frumbyrjur og mæður sem glíma við þunglyndiseinkenni vera líklegri til að upplifa röskun á tengslum við ungbarn sitt samanborið við fjölbyrjur og mæður án þunglyndiseinkenna. Niðurstöður þessarar rannsóknar undirstrika mikilvægi þess að við ljósmæður hlúum vel að þessum viðkvæma hópi og séum vakandi fyrir áskorunum við tengslamyndun.

HEITI VERKEFNIS

Viðhorf nýlega útskrifaðra ljósmæðra til eðlilegra fæðinga og verndun þeirra á Fæðingarkvæði Landspítala. Eigindleg viðtals-rannsókn.

HÖFUNDUR

Sunna Líf Guðmundsdóttir

LEIÐBEINANDI

Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Þessi grein er byggð á vísindalegri rannsókn sem varðfarir á tengslum milli fæðingar og tengsla móður við ungbarn. Hér er fjallað um niðurstöður og ástæður fyrir þessum niðurstöðum.

Guðrún Anna skoðaði hvort tengsl væru milli áfallastreitueinkenna í kjölfar fæðingar og tengsla móður við ungbarn sitt. Sambærileg rannsókn hefur ekki verið gerð hér á landi áður en úrtakið innihélt 597 konur. Niðurstöður benda til þess að áfallastreitueinkenni í kjölfar fæðingar hafi neikvæð áhrif á tengsl móður við ungbarn. Því til viðbótar virðast frumbyrjur og mæður sem glíma við þunglyndiseinkenni vera líklegri til að upplifa röskun á tengslum við ungbarn sitt samanborið við fjölbyrjur og mæður án þunglyndiseinkenna. Niðurstöður þessarar rannsóknar undirstrika mikilvægi þess að við ljósmæður hlúum vel að þessum viðkvæma hópi og séum vakandi fyrir áskorunum við tengslamyndun.

HEITI VERKEFNIS

Hverjar eru ástæður þess að hraustum nýburum er gefin ábót á fyrstu viku eftir fæðingu á sjúkrahúsi og hvaða leiðir eru til úrbóta? Kerfisbundin fræðileg samantekt.

HÖFUNDUR

Tinna Halldórsdóttir

LEIÐBEINENDUR

Dr. Helga Gottfreðsdóttir og Hallfríður Kristín Jónsdóttir

Ragnhildur gerði sameiningu fæðingardeilda Landspítalans að umfjöllunarefni þar sem tíðni eðlilegra fæðinga, fæðingarinngripa og fylgikvilla var í brennidepli. Helstu niðurstöður voru þær að tíðni eðlilegra fæðinga jókst marktækt á Landspítala eftir sameiningu. Marktækur munur var á tíðni fæðingarinngripa þar sem dró úr tíðni belgjarofs og hriðaörvunar með oxýtósíni en tíðni spangarklippinga og utanbastsdeyfinga jókst á tímabilinu 4-5 árum eftir sameiningu. Lægri tíðni var á innlögnum á vökudeild og lágum APGAR-stigum 4-5 árum eftir sameiningu, borið saman við tímabilið fyrir sameiningu. Niðurstöður benda til þess að hægt sé að standa vörð um eðlilegar fæðingar í áhættu umhverfi með markvissum aðgerðum en möguleiki er á að áhrif þess séu þó farin að sjást að nýju.

Guðrún Anna skoðaði hvort tengsl væru milli áfallastreitueinkenna í kjölfar fæðingar og tengsla móður við ungbarn sitt. Sambærileg rannsókn hefur ekki verið gerð hér á landi áður en úrtakið innihélt 597 konur. Niðurstöður benda til þess að áfallastreitueinkenni í kjölfar fæðingar hafi neikvæð áhrif á tengsl móður við ungbarn. Því til viðbótar virðast frumbyrjur og mæður sem glíma við þunglyndiseinkenni vera líklegri til að upplifa röskun á tengslum við ungbarn sitt samanborið við fjölbyrjur og mæður án þunglyndiseinkenna. Niðurstöður þessarar rannsóknar undirstrika mikilvægi þess að við ljósmæður hlúum vel að þessum viðkvæma hópi og séum vakandi fyrir áskorunum við tengslamyndun.

Meistaraverkefni Sunnu er hluti af samstarfsrannsókn milli ljósmæðraskóla á Norður- og Eystrasaltslöndunum og er tilgangur hennar að skoða skilgreiningu og viðhorf ljósmæðra til eðlilegrar fæðingar og hvernig er unnið að verndun þeirra á þverfræðilegum fæðingardeildum sjúkrahúsa. Sunna tók þess vegna viðtöl við nýútskrifaðar ljósmæður sem vinna á Landspítalanum og komst meðal annars að því að ljósmæður voru með fleiri en eina skilgreiningu á eðlilegri fæðingu en upplifun konunnar var þeim efst í huga. Yfirsetan reyndist vera grundvöllur þess að vernda fæðingar að mati þeirra en ýmsar hindranir svo sem aukin inngripatíðni og álag höfðu neikvæð áhrif. Þær kölluðu eftir auknum stuðningi við nýútskrifaðar ljósmæður og betri undirbúning í náminu fyrir áhættu umhverfið.

Guðrún Anna skoðaði hvort tengsl væru milli áfallastreitueinkenna í kjölfar fæðingar og tengsla móður við ungbarn sitt. Sambærileg rannsókn hefur ekki verið gerð hér á landi áður en úrtakið innihélt 597 konur. Niðurstöður benda til þess að áfallastreitueinkenni í kjölfar fæðingar hafi neikvæð áhrif á tengsl móður við ungbarn. Því til viðbótar virðast frumbyrjur og mæður sem glíma við þunglyndiseinkenni vera líklegri til að upplifa röskun á tengslum við ungbarn sitt samanborið við fjölbyrjur og mæður án þunglyndiseinkenna. Niðurstöður þessarar rannsóknar undirstrika mikilvægi þess að við ljósmæður hlúum vel að þessum viðkvæma hópi og séum vakandi fyrir áskorunum við tengslamyndun.

Tinna skoðaði rannsóknir á því af hverju hraustum nýburum er gefin ábót og í þeim átta rannsóknum sem uppfylltu leitar-skilyrðin kom í ljós að 16.9–82.5% hraustra nýbura er gefin ábót án læknisfræðilegra ástæðna fyrstu vikuna eftir fæðingu á sjúkrahúsi. Algengustu ástæður ábótagjafa voru: upplifun móður um ónóga mjólk, liðan nýbura, þreytt móðir og vandamál tengd brjóstagjöf. Helstu þættir sem höfðu áhrif á ábótagjafir voru meðal annars fæðing með keisaraskurði, vandamál tengd brjóstagjöf og að vera frumbyrja. Til að sporna við þessu komst Tinna að því að auka þarf fræðslu til mæðra og ekki síður starfsfólks á sængurlegudeildum um brjóstagjöf, ábótagjafir og eðlilegt atferli nýburans fyrstu dagana eftir fæðingu.

Alltaf ljósmóðir

Hugleiðingar ljósmóður á erfiðum tíma í lífinu

HÖFUNDUR RITSTJÓRN OG STEINA ÞÓREY RAGNARSDÓTTIR

Fyrir ári síðan sendi Steina Þórey *Ljósmaðrablaðinu* hugleiðingar ljósmóður á erfiðum tíma í lífi sínu sem hún kallaði „Alltaf ljós-móðir“. Það tekur okkur sárt að þessar hugleiðingar birtust ekki í blaðinu áður en Steina Þórey lést, en þessar hugleiðingar birtast nú lesendum blaðsins í hennar minningu. Steina Þórey lauk hjúkrunarfræðiprófi frá Háskóla Íslands árið 1999, ljósmæðraprófi frá sama skóla árið 2002 og bætti við sig meistaragráðu í ljós-móðurfræði árið 2013. Þá hlaut hún starfsréttindi sem sérfræði-ljósmóðir í fæðingarhjálp árið 2015.

Steina Þórey vann alla sína starfsævi á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja og sinnti þar meðal annars starfi aðstoðaryfirljós-móður. Hún sat í stjórn Ljósmæðrafélags Íslands árið 2012–2014 og var formaður fræðslunefndar félagsins árin 2006–2010. *Ljós-mæðrablaðið* vottar ástvinum Steinu Þóreyjar samúðar í tengslum við ótímabært fráfall þessarar eftirminnilegu ljósmóður, en Steina Þórey var ljósmóðir af lífi og sál eins og hún lýsir sjálf í eigin hug-leiðingum.

Ég hef alltaf sagt að ljósmóðurfræði sé ekki einungis starfsheiti heldur einnig listgrein, að vera með for-eldrum í barneignarferlinu er list og til að geta veitt þeim toppþjónustu sem þau þurfa, sem innt er af ástúð og fagmennsku þá þarf ákveðna hæfileika til þess svona eins og listamaðurinn hefur.

Það eru nokkrir titlar í lífinu sem gefa manni mikið eins og að vera móðir, amma þar sem hjartað stækkar um nokkur númer en það að vera ljósmóðir stækkar einnig hjartað töluvert, eða alla vega mitt hjarta. Þegar sá tími kemur í lífinu að ákveða að læra eitthvað sem er svo unnið við þá fær maður ákveðið starfsheiti og mitt starfsheiti er ekki einungis faglegt heldur er það svo mikill hluti af því hver ég er. Ég verð aldrei fyrrverandi ljósmóðir eins og stendur svo oft í minningargreinum heldur verð ég ljósmóðir þar til yfir lýkur.

Þegar ég greindist með krabbamein sem ég hef því miður greinst með tvisvar sinnum þá var það alltaf svo mikil gulrót að komast aftur til starfa og



Steina Þórey Ragnarsdóttir, ljósmóðir. Fædd 29. Nóvember 1664, dáin 24. Mars 2023.

sinna konunum mínum og fjölskyldum þeirra og ég var svo lánsöm að hafa getað snúið aftur til starfa. Það að greinast með ólæknandi krabbamein sem verið er að reyna að halda niðri er erfitt en ég gerði mér ekki grein fyrir því hversu erfitt það er að geta ekki hugsanlega snúið aftur á minn starfsvettvang þar sem ég er ljósmóðirin Steina Þórey sem er svo stór og mikill hluti af mér. Það hefur reynst mér erfiðast í öllu þessu ferli að geta ekki sinnt því sem ég elska en það er að taka á móti börnum í heiminn og sinna foreldrum þeirra í barneignarferlinu.

Vonandi gerast kraftaverk og ég get komist aftur til starfa þar sem hjarta mitt kvartar yfir því að geta ekki sinnt því líka að vera Ljósmóðir og fylgir því mikil sorg. Við erum alltaf ljósmæður af lífi og sál þrátt fyrir að geta ekki stundað þá vinnu, svo mikill er þessi titill. Ljósmóðir er ekki bara fallegasta orðið í íslenskri tungu heldur einnig fallegasta starfsheitið, fyrir mig að minnsta kosti.

Upphaf

HÖFUNDUR SUNNA MARÍA SCHRAM, ljósmóðir í Björkinni

Hvar á ég að byrja þegar ég hugsa um upphaf? Ég starfa sem ljósmóðir en fyrst og fremst er ég kona sem hef óbilandi trú á konum og kvennakrafti. Ég er svo lánsöm að fá að vitna um hina mögnuðu hringrás lífsins á degi hverjum, sem á sér upphaf og endi og heldur svo áfram, hring eftir hring. Ég fylgi konum í gegnum barneignarferlið, á meðgöngu, í fæðingu og eftir fæðingu. Þetta er tímabil stórra kaflaskila í lífinu. Umbreytandi, mögnuð, viðkvæm og kraftmikil í senn.

Samkvæmt fornri frumbyggjatrú skiptist líf manneskjunnar í fjórar árstíðir líkt og við þekkjum úr náttúrunni. Hver árstíð hefur sitt upphaf og endi, vor, sumar, haust, vetur og svo endurtekur hringrásin sig. Tíðarhringurinn hefur sama hrynjanda og fæð-ingin gerir það líka með sínum ólíku köflum. Í hinu stóra og smáa endurtekur hringrásin sig.

Þegar stúlkubarn fæðist hefst ferðalagið hennar og mætti líkja frumbersku hennar og fram að kynþroska við vorið, náttúran vaknar og lagður er grunnur að því sem koma skal. Stúlkan kynnist kraftinum sem í henni býr. Við tekur sumarið og stúlkan breytist úr barni í unga konu, eða frá maiden í menarche samkvæmt trúnni. Afstaða hennar og umhverfis hennar til þessara breytinga hefur áhrif á hvernig hún upplifir sig sem konu, hvort hún fái rými til að stækka og beita kraftinum sem í henni býr. Sumarið er tíminn og allt er í blóma. Unga konan verður móðir sem gengur með, fæðir, nærir og klæðir. Hún elskar og hjartað stækkar í gegnum umhyggju og móðurhlutverkið.

Þessi samlíking um ævi kvenna og hinar fjórar árstíðir, hvernig kona kynnist og beitir krafti sínum og að lokum verður að honum og miðlar, er að finna í shamanískum fræðum. Hin ástralska Jane Hard-wicke Collins hefur helgað lífi sínu kvennakrafti og miðlar hún þessum fræðum til kvenna um allan heim sem shaman, feminískur leiðtogi og ljósmóðir.

En nú er sumar, þú ert sumar og þú ert komin til mín og við hittumst í fyrsta sinn. Okkar upphaf. Þú ert stödd í miðju verkefni, meðgöngunni. Vegferð sem hófst með mikla hveli og nýtt líf hóf að vaxa og dafna í legi þínu.

Við ræðum hvernig fæðingin líkist náttúruham-förum, þegar allt leikur á reiðiskjálfi, náttúran kastar hamnum og frumkrafturinn leikur á alls oddi. Þegar yfir lýkur hefur náttúran breyst.

Þú treystir mér fyrir þér og sögunni þinni. Þín upphöf eru mörg, stór og smá. Áföll, sorgir og sigrar. Rauði þráðurinn þinn nær í gegnum alla þína sögu, kaðall af sögum formæðranna, móður, ömmu, lang-ömmu... óteljandi sögur og mynstur kvenna sem allar eiga sinn þátt í að skapa þig sem konu. Og nú bráðum afkvæmi þitt.

Jörðin nötrar og eitthvað liggur í loftinu. Ég heyri það á röddinni og á hljóðunum. Barnið þitt er tilbúið og líkaminn er byrjaður að vinna vinnuna sína. Hormónin flæða í fullkomnum samhljómi, fæðingardansinn er hafinn. Hver hrið færir þig nær barninu og þú andar þig í gegnum hana, flæðir með henni. Ég fylgist með þér, fjarlæg og einbeitt, komin í þinn heim.

Fyrsta kaflanum er að ljúka, þú kemst upp á yfir-borðið, í raunheima, í augnablik og þú horfir beint til mín, leitar eftir staðfestingu á að allt sé eins og það á að vera. Líkaminn tekur yfir á ný og hljóðin breytast... hringurinn er að klárast, vetur, dauði, endurfæðing. Kröftugt öskur hins nýja lífs ómar, móðurhjartað tekur kipp, heilög ró færist yfir. Upphaf.

Náttúruhamfarið hafa gengið yfir og við blasir hið nýja landslag. Svo framandi en samt svo kunnuglegt. Hið nýja líf er ekki óskrifað blað, heldur eins og bók sem enn er ólesin. Rauði kaðallinn lengist.

Þú ert full af orku og nýrri ást en á sama tíma örmagna eftir ölduganginn. Hugrekkið fylgdi þér alla leið og þú finnur stoltið flæða um brjóstið.

Síðar í framtíðinni mun hausta og þú stígur inn í nýjan kafla. Þú hefur kynnst og beitt krafti þínum en nú er komið að því að uppskera og verða að krafti þínum. Veturinn breiðist að lokum yfir, þú lítur yfir farinn veg, sleppir tökunum, horfir inn á við. Þú ert vitur kona sem miðlar kraftinum sínum til komandi kynslóða. Brátt lýkurðu ferðalagi þínu. Dauði. Endurfæðing. Upphaf.

Til allra kvenna, mæðra og dætra. Til heiðurs öllum okkar upphöfum og hinni heilögu hringrás.



RITSTJÓRAR ALMENNS EFNIS
S. Rut Guðmundsdóttir
srutgudmunds@gmail.com
Steinunn H. Blöndal
steinablondal@gmail.com

RITSTJÓRI FRÆÐILEGS EFNIS
Berglind Hálfðánsdóttir
berglinde@hi.is

RITSTJÓRN
Anna Guðný Hallgrímsdóttir
anna.gudny.hallgrimsdottir@
heilsugaeslan.is
Berglind Hálfðánsdóttir
berglinde@hi.is
Edythe L. Mangindin
edythe.mangindin@gmail.com
Elín Inga Lárusdóttir
eliningalarusar@gmail.com
Emma Marie Swift
emmas@hi.is
Guðlaug Erla Vilhjálmisdóttir
gudlaug@simnet.is
S. Rut Guðmundsdóttir
srutgudmunds@gmail.com
Steinunn H. Blöndal
steinablondal@gmail.com

FRÆÐILEG RITSTJÓRN
Berglind Hálfðánsdóttir
berglinde@hi.is
Edythe L. Mangindin
edythe.mangindin@gmail.com
Emma Marie Swift
emmas@hi.is



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

ÁBYRGÐARMAÐUR
Unnur Berglind Friðriksdóttir,
formaður LMFÍ
formadur@ljosmaedrafelag.is

MYNDIR
Í einkaeigu með leyfi,
ábyrgð ritstjórn

PRÓFARKALESTUR
Kristín Edda Búadóttir

AUGLÝSINGAR
Ljósmeðrafélag Íslands

HÖNNUN OG UMBROT
Sóley Ylja A. Bartsch

PRENTVINNSLA
Prentun.is

VERK Á FORSÍÐU
Freyja, Hildur Hákonardóttir

ISSN nr. 1670-2670

Ljósmeðrablaðið er opinbert tímarit
Ljósmeðrafélags Íslands og er öllum
ljósmeðrum heimilt að senda efni í
blaðið. Greinar sem birtast í blaðinu
eru alfarið á ábyrgð greinahöfunda
og endurspegla ekki endilega viðhorf
ritstjóra, ritnefndar eða Ljósmeðra-
félagsins.

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
ljósmeðra 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.

Digital Fósturdoppler

- Nettur og handhægur doppler
- Háskerpuskjár
- Hleðslubatterí
- Áfastur vatnsheldur prób sem hægt er að nota við fæðingar í vatni



FASTUS



MEÐ ÞÉR ALLLAÆVI

LSR er til staðar fyrir þig á mörgum helstu tímamótum ævinnar.
Sem sjóðfélagi öðlastu viðtæk réttindi – kynntu þér þau á lsr.is.

Hjá okkur geturðu líka fengið **séreignarsparnað**, sem er ekki aðeins
bein launahækkun fyrir þig, heldur líka ein besta sparnaðarleið sem völ
er á. Við bjóðum einnig **fasteignalán**, bæði verðtryggð og óverðtryggð.

Nú geturðu sótt um bæði séreignarsparnað og fasteignalán
á vefnum okkar. Kynntu þér málið á lsr.is.