

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ

102. ÁRGANGUR

REYKJAVÍK, DESEMBER 2024

2. TÖLUBLAÐ



ISSN nr. 1670-2670

Efnisyfirlit

4	Ritstjórnarpistill S. Rut Guðmundsdóttir og Steinunn H. Blöndal	48	Gjöf til allra kvenna á Íslandi Björk Steindórsdóttir
6	Ávarp formanns Ljósmeðrafélagsins Unnur Berglind Friðriksdóttir	50	Tengsl notkunar ytra oxytósins í fæðingu við brjóstagjöf: Kerfisbundin fræðileg samantekt RITRÝND FRÆDIGREIN Bryndís Sunna Jóhannesdóttir, Marianne E. Klinke og Dr. Berglind Háldánsdóttir
7	Forsíðan: <i>Veðurskrift í bláma X</i> Oddný Eir og Guðrún Kristjánsdóttir	66	Alþjóðahornið: Skiptinám í ljósmóðurfræði Valgerður Lísu Sigurðardóttir, Oddný Silja Friðriksdóttir, Hafrún Hlín Sigfúsdóttir og Arna Huld Sigurðardóttir
10	Félagslífið haustið 2024 Unnur Berglind Friðriksdóttir	72	Fréttir frá fagráði um ljósmæðraþjónustu á Landspítala Valgerður Lísu Sigurðardóttir
12	Ófrjósemi Elín Inga Lárusdóttir	74	Aðalfundur EMA – Evrópusamtaka ljósmæðra Kristín Háldánardóttir og Kristbjörg Magnúsdóttir
13	Velkomin í heim ófrjóseminnar: Ófrjósemissaga Hörpu Harpa Dís Hákonardóttir	76	„Ég áttaði mig fljótt á því að það var algjört aukaatriði hvernig fæðingin leit út á pappírur, þetta snýst um upplifun“: <i>Ljáðu mér eyra</i> í 25 ár S. Rut Guðmundsdóttir
16	Frjósemissstofan Sunna: Viðtal við Ingunni Jónsdóttur Anna Guðný Hallgrímsdóttir	84	Útskriftarverkefni ljósmæðra til MSc gráðu til viðbótar við Cand.Obst. gráðu árið 2024 Berglind Háldánsdóttir
18	Reynsluheimur kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd: Kerfisbundin fræðileg samantekt á eigindlegum rannsóknum RITRÝND FRÆDIGREIN Dr. Valgerður Lísu Sigurðardóttir og Anna Margrét Gunnlaugsdóttir	86	Spinning babies-námskeið á Íslandi Edythe L. Mangindin
33	Hvað verður um sjálfíð þegar kona verður móðir? Elín Ásbjarnardóttir Strandberg, Emma Marie Swift og Sigríður Þorgeirsdóttir	88	Viðhorf, þekking og reynsla ljósmæðra sem starfa á fæðingarvakt Landspítala af vatnsfæðingum: „Að yfirfæra hið jákvæða fæðingarumhverfi vatnsfæðinga yfir á allar fæðingar“ RITRÝND FRÆDIGREIN Klara Jenný H. Arinbjörnsdóttir, Steinunn H. Blöndal og Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir
36	„Dvaldi í faðmi ljósmæðra fyrstu mánuði lífsins“: Viðtal við Ingibjörgu Jónsdóttur „Indu“, yfirljósmóður fæðingardeildar Sjúkrahússins á Akureyri Elín Inga Lárusdóttir	100	Hugleiðingar ljósmóður Edythe L. Mangindin
43	Fæðingarsaga – nemaverkefni af fyrsta ári í ljósmóðurfræði Laufey Karlsdóttir		
46	Fæðingarsaga Lubba, Lukku Láka, Ljóna, Lillu, Lappa, Loga og Leós Anna Sigríður Vernharðsdóttir		

Ritstjórnarpistill



HÖFUNDAR S. RUT GUÐMUNDSDÓTTIR OG STEINUNN H. BLÖNDAL



Jól og sumar til skiptis? Kunnuglegt stef í þessu tvískipta árferði sem við þekkjum svo vel á Íslandi. Útgáfa *Ljósmaðrablaðsins* gengur líka í þessum tvískipta takti, sumarblað og svo jólablað og alltaf af nógu að taka.

Í lok árs er við hæfi að spyrja um árið sem er að líða og hvað standi upp úr? Árið hefur verið viðburðaríkt, tvennar kosningar hérlandis, ógnvænleg stríðsátök víða um veröld og endurtekið minnir móðir náttúra á sig þar sem mannlegar varnir mega sín lítils. Fréttir af aðstæðum kvenna í Afganistan, þar sem konum hefur verið bannað að læra hjúkrunar- og ljósmóðurfræði, minntu óneitanlega á mikilvægi þess að standa vörð um mannréttindi og kvenfrelsi nú sem aldrei fyrr. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur lengi varað við þeirri þróun sem nú á sér stað í þessum heimshluta. Um leið er gott að minna á að þær framfarir sem áttu sér stað varðandi bættu heilsu kvenna og ungbarna á síðustu öld voru fyrst og síðast tengdar aukinni menntun og réttindum kvenna, ásamt aðgengi að grunnheilbrigðisþjónustu, öflugri meðgöngu- og ungbarnavernd með áherslu á brjóstagjöf og bólusetningar. Í heimi þar sem forgangsróðun í heilbrigðiskerfinu er eðlileg væru fyrrnefndir þættir sjálfsagðir og þjóðhagslega hagkvæmir.

Blaðið er að vanda fullt af fjölbreyttu efni. Fastir liðir blaðsins eru sem fyrr á sínum stað: fæðingarsaga, pistill frá formanni félagsins, fréttir úr félagsstarfi, bakþankar ljósmóður og fleira. Verk eftir Guðrúnu Kristjánsdóttur prýðir forsiðu blaðsins að þessu sinni. Verkið nefnist *Veðurskrift í bláma X* en Guðrún hefur í verkum sínum meðal annars málað landslagsverk með frumlegu sjónarhorni sem varpar nýju ljósi á skynjun fólks á náttúrunni. Guðrún og dóttir hennar Oddný Eir Ævarsdóttir rithöfundur gáfu nýlega út bókina *Bláleiðir*, sem byggir á höfundarverki Guðrúnar. Um leið er bókin samtal og hugleiðing dóttur sem fylgst hefur náði með vinnulagi móður sinnar sem myndlistarmaður frá barnæsku til fullorðinsára. Oddný lýsir því hvernig hún sér myndlistarverk verða til, minningar úr hálendisferðum fjölskyldunnar lifna við í málverkinu á vinnustofu mömmu hennar og fjölbreyttir þræðir tvinnast saman í einstaklega næmri og fállegri bók.

Að þessu sinni eru þrjár ritrýndar fræðigreinar eftir ljósmæður í blaðinu, sem ber vott um blómlegt rannsóknarstarf innan greinarinnar. Sú fyrsta nefnist *Reynslubeimur kvenna með vímuefnavanda á meðgöngu: Kerfisbundin fræðileg samantekt á eigindlegum rannsóknnum*, þar sem markmið höfunda, Önnu Margrétar Gunnlaugsdóttur og Valgerðar Lísu Sigurðardóttur er að varpa ljósi á upplifun kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd. Niðurstöðurnar benda til þess að þessi viðkvæmi skjólstæðingahópur upplifi flóknar tilfinningar og oft neikvæð viðhorf umönnunaraðila. Þær geta upplifað ótta við mæðraverndina og því afar mikilvægt að þeim sé mætt af virðingu, án fordóma og að þær fái stuðning og hvata til að þiggja meðgönguvernd. Greinin veitir ljósmæðrum dýrmæta innsýn í upplifanir og áskoranir kvenna með vímuefnavanda. Þá er áhugavert að í greininni er starfsemi fjölskyldugöngudeildar í Danmörku kynnt en ekkert slíkt úrræði er í boði hér á landi.

Önnur ritrýnda greinin er byggð á meistara- verkefni Klöru Jennýjar H. Arnbjörnsdóttur og nefnist *Viðhorf, þekking og reynsla ljósmæðra sem starfa á fæðingarvakt Landspítala af vatnsfæðingum – „Að yfirfæra hið jákvæða fæðingarumhverfi vatnsfæðinga yfir á allar fæðingar“*. Í þessari rannsókn er viðhorf, þekking og reynsla ljósmæðra á fæðingarvakt Landspítala til vatnsfæðinga könnuð. Saga vatnsfæðinga hérlandis spannar nú tæp 30 ár en verklag um þær á Landspítala nær frá árinu 2007. Það hljómar framandi í dag að hugsa til þeirrar hörðu andstöðu sem var ríkjandi gegn vatnsfæðingum á upphafsárum þeirra, enda kom í ljós í þessari rannsókn að ljósmæður á Landspítala eru almennt mjög jákvæðar í garð vatnsfæðinga, þótt svigrúm sé til að efla þekkingu og færni.

Þriðja ritrýnda greinin nefnist *Tengsl notkunar ytra oxýtósíns í fæðingu við brjóstagjöf: Kerfisbundin fræðileg samantekt*, og eru höfundar hennar Bryndís Sunna Jóhannesdóttir, Marianne E. Klinke og Berglind Hálfðánsdóttir. Í þessari nýstárlegu og áhugaverðu grein er fjallað um rannsóknir sem beint hafa spjótum sínum að tengslum brjóstagjafar við notkun ytra oxýtósíns í fæðingum en notkun ytra oxýtósíns

í fæðingum er mikil og fer vaxandi. Leiða má að því líkum að flestar konur á Íslandi þiggi ytra oxýtócín á þriðja stigi fæðingar, en notkun þess hér á landi í fæðingunni sjálfri virðist vera frá 30–50% eftir sjúkrahúsum. Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa til kynna að notkun ytra oxýtósíns í fæðingu gæti haft neikvæð tengsl við hegðun barns í brjóstagjöf skömmu eftir fæðingu, en tengsl við upphaf brjóstagjafar og brjóstagjöf til lengri tíma voru síður afgerandi en gáfu til kynna neikvæð tengsl. Þótt vissulega hafi ljósmæður verið meðvitaðar um tengsl brjóstagjafar við hormónið oxytósín er sömuleiðis áhugavert að sjá að þessi tengsl hafa lengi verið skoðuð í rannsóknum. Þá er hægt að hvetja ljósmæður til að kynna sér þær rannsóknir sem greinin er byggð á, en vönduð samantekt úr rannsóknunum fylgir með greininni.

Þar sem ljósmæður koma saman eru yfirleitt sagðar fæðingarsögur og *Ljósmaðrablaðið* er þar ekki undanskilið. Í blaðinu birtast fæðingasöguverkefni ljósmæðranema fyrir hver jól og oft leynast sögur af fæðingum í öðrum pistlum eða greinum. Á haustmánuðum kom blaðið svo að beinu gagni í fæðingu þegar tvær ljósmæður sátu yfir þeirri þriðju í heima-fæðingu og sárlega vantaði blævang – eins gott að við erum enn að prenta blaðið. Nú verða sagðar tvær fæðingarsögur, ein frá ljósmæðranema eins og hefð er fyrir, og önnur öllu óhefðbundnari af Össu, sem er ástralskur fjárhundur og fæddi sjö hvolpa undir dyggum verndarvæng fyrrverandi yfirljósmóður og vökudeildarhjúkrunarfræðings.

En fyrir sumar konur geta fæðingarsögur verið stuðandi og gleðin sem fylgir barneignum allt í kringum okkur verið stöðug áminning um það sem ekki varð og þau áföll sem fylgja á þeirri vegferð. Þar sem er ljós eru líka skuggar – og þegar við fjöllum um frjósemi og barneignir er mikilvægt að við áttum okkur á hinni hliðinni sem er veruleiki sístækkandi hóps, þ.e. ófrjósemi og barnleysi. Okkur í ritstjórn þykir mikilvægt að raddir þessa hóps fái að heyrast hér í *Ljósmaðrablaðinu* með von um að umræðan opnist og skilningur aukist. Við fáum bæði að forvitnast um nýstofnaða meðferðarstofu, *Frjósemissstofuna Sunnu* og

heyrum hjartnæma sögu Hörpu Dísar Hákonardóttur sem hún deilir með lesendum af auðmýkt og hugrekki.

Við vitum það nú, hversu mikilvægt það er að vinna úr áföllum, segja frá erfiðri reynslu, fá hlustun og viðurkenningu á tilfinningum okkar og veita þeim farveg. Í ár eru 25 ár síðan *Ljáðu mér eyra* hóf störf, úrræði sem konur geta leitað í ef þær sitja uppi með erfiða reynslu af fæðingu sinni. Árið 1999, þegar farið var af stað með verkefnið var umræða og þekking á áföllum og áhrifum þeirra aldeilis ekki á sama stað. Í tilefni af afmælinu fáum við að heyra söguna af því hvernig hugmyndin að *Ljáðu mér eyra* varð til og hvernig þjónustan hefur þróast síðasta aldarfjórðung. Við tökum frumkvöðlana sjálfa tali ásamt öðrum ljósmæðrum sem unnið hafa óeigingjarnt starf í gegnum árin og ljáð hundruðum kvenna eyra sitt.

Það er jú ýmislegt sem breytist í lífi okkar við það að eignast barn, jafnvel okkar eigið sjálf. Í fræðslugrein blaðsins veltir Elín Ásbjarnardóttir Strandberg heimspekingur, í félagi við Sigríði Þorgeirsdóttur heimspeking og Emmu Marie Swift ljósmóður, fyrir sér móðurmótunarskeiðinu og hugmyndinni um að konur verði „aftur þær sjálfar“ sex vikum frá fæðingu.

Er það ekki einmitt svo að öll reynsla mótar okkur á einn eða annan hátt, meðvitað eða ómeðvitað? Ef til vill varð sú reynsla Indu (Ingibjargar Jónsdóttur) að dvelja fyrstu mánuði lífsins í faðmi ljósmæðra til þess að hún varð ljósmóðir sjálf, hver veit? Inda hefur verið farsæll deildarstjóri fæðingardeildar sjúkrahússins á Akureyri í þrjá áratugi og hefur blaðið að geyma dásamlegt viðtal við þessa merkilegu konu.

Við í ritnefnd *Ljósmaðrablaðsins* erum þakklátar fyrir fjölmargar ábendingar um áhugavert efni í blaðið og hvetjum nú sem áður, allar ljósmæður sem annað hvort hafa áhuga á að skrifa í blaðið eða koma með hugmynd að umfjöllunarefni, að setja sig í samband við ritnefndina. Þá standa vonir til þess að stigið verði mikilvægt skref í því að bæta rafræna útgáfu blaðsins á árinu sem senn gengur í garð.

Við óskum lesendum *Ljósmaðrablaðsins* gleðilegra jóla og sendum út ósk um kærleika og frið á nýju ári.

Ávarp formanns Ljósmeðrafélagsins



HÖFUNDUR UNNUR BERGLIND FRÍÐRIKSDÓTTIR

Árið 2025 verður kvennaár á Íslandi, en þá verða liðin 50 ár frá því að 25 þúsund konur komu saman í Lækjar-götu á kvennafrídegnum þann 24. október 1975 og lögðu niður launuð sem ólaunuð störf og kröfðust jafn-réttis. Þrátt fyrir þrotlausa baráttu síðan þá er langt í land með að fullu jafnrétti sé náð hér á landi. Konur búa enn við margvíslega mismunun, launamisrétti og kynbundið ofbeldi. Konur af erlendum uppruna, hinsegin konur, konur með fötlun, láglaunakonur og heimilislausar konur eru í enn viðkvæmari stöðu og oft verr settar. Kynjamisréttið gengur á heilsu og velferð kvenna, en stærsti hluti örorkulífeyrisþega hér á landi eru konur. Þessar upplýsingar er að finna á heimasíðunni [kvennaar.is](#) ásamt aðgerðaráætlun og kröfum á stjórnvöld um aðgerðir. Konur eru hvattar til að taka höndum saman og nýta sameiginlega krafta sína **því við getum, þorum og viljum!**

Já, ég held að íslenskar konur **geti** svo sannarlega, **þori** og **vilji**. Við höfum kjarkinn og búum í umhverfi þar sem við getum látið í okkur heyra, án teljandi af-leiðinga. En það er svo sannarlega ekki veruleiki systra okkar í Mið-Austurlöndum. Þær fréttir bárust okkur á adventunni að konum í Afganistan er nú bannað að læra ljósmóður- og hjúkrunarfræði. Þar með er þeirra síðasta vígi til menntunar fallið. Frá árinu 2021, þegar talibanar tóku aftur við völdum þar í landi, hafa aðstæður kvenna farið sífellt versnandi. Þær mega nú ekki stunda nám af neinu tagi, mega ekki fara ferða sinna án fylgdar karlmanns og þurfa að klæðast búrkum utandyra. Nú í haust var konum í Afganistan einnig bannað að starfa annars staðar en á lægri stigum í heilbrigðiskerfinu fyrir hið opinbera. Konum var þó í raun orðið ófært að veita örugga heilbrigðisþjónustu. Ljósmeðrum og kvenkyns læknum var gert að hafa sína eigin fundi þar sem þær máttu ekki eiga samskipti við karlkyns samstarfsfólk. Þær máttu til dæmis ekki hringja eftir rannsóknarniðurstöðum eða eiga í sam-skiptum við annað karlkyns starfsfólk sem voru í ráðandi stöðum eða starfandi á rannsóknarstofum eða í blóðbanka. Konum er nú, sem fyrr segir, ekki heimilt að stunda neins konar nám, þær mega ekki lengur starfa fyrir hið opinbera og þar sem þeim er ekki heldur heimilt að eiga í samskiptum við karlmenn utan heimilis geta þær ekki þegið neina þjónustu af þeim. Þær eiga einnig erfitt með að sækja sér þjónustu

ljósmeðra og kvenlækna þar sem þær mega ekki fara út af heimilinu nema í fylgd karla og því undir þeim komið hvort þær geti sótt þá þjónustu. Það er verulegt áhyggjuefni að rödd kvenna í Afganistan heyrist ekki. Á eingöngu þremur árum hefur orðið kúvending á lifnaðarháttum og heilsu þeirra og öryggi er ógnað á alla vegu. Þannig hefur orðið ólýsanlegt bakslag á stöðu kvenna í Afganistan.

Í Íran hafa nú verið sett siðferðislög sem beinast fyrst og fremst gegn konum sem vilja ekki bera höfuð-klúta. Geta konur þar í landi átt yfir höfði sér dauða-dóm eða allt að fimmtán ára fangelsi ef þær brjóta gegn nýju lögunum. Fyrir tveimur árum síðan brutust út fjölmenn mótmæli í Íran eftir að tuttugu og tveggja ára kona lést í haldi lögreglu en hún hafði verið hand-tekin fyrir að bera ekki höfuðklút sinn rétt. Í dag gætu sömu konur ekki efnt til mótmæla án þess að eiga yfir höfði sér langan fangelsisdóm, vistun á geðsjúkra-húsi eða jafnvel dauðadóm. Í Íran er verið að lögleiða skerðingu á frelsi kvenna.

Í Sýrlandi eru komnir nýir valdamenn og enn er óljóst hver staða kvenna verður þar í landi með nýjum ráðamönnum. Tíminn einn á eftir að leiða það í ljós og á meðan getum við ekki annað en beðið og vonað að konur fái að njóta í það minnsta grunn-mannréttinda og að jafnrétti muni aukast.

Verandi kona fædd og uppalin hér á Íslandi er mér í raun ómögulegt að setja mig í spor þessara kvenna. Forseti Íslands er kona, biskup Íslands er kona og þegar þetta er skrifað bíðum við eftir því að „valkyrjurnar“ þrjár myndi nýja ríkisstjórn. Þrjár sterkar konur sem allar leiða stjórn málaflokka sem unnu sigra í síðustu alþingiskosningum. Konur taka pláss hér á landi og það heyrir í þeim og þannig á það að vera.

Ljósmeður á Íslandi eru í kjöraðstæðum til að stuðla að enn frekari valdeflingu kvenna í gegnum barneignarferlið sem gerir okkar starf dásamlegt og fallett. Sameinaðar getum við, þorum og viljum og erum vonandi góðar fyrirmyndir fyrir aðra. Það er okkar að hefja upp raustina til varnar þeim konum sem beittar hafa verið ofbeldi og kúgun og þaggað niður í. Vonandi hefur það jafnrétti sem ríkir hér á landi áhrif á aðrar þjóðir. Við getum ekki annað en vonað og reynt að hafa áhrif til góðs.

Forsíðan: *Veðurskrift í bláma X*

HÖFUNDAR ODDNÝ EIR OG GUÐRÚN KRISTJÁNSDÓTTIR

Guðrún Kristjánsdóttir er fædd árið 1950. Hún stundaði myndlistarnám við Myndlistarskóla Reykja-víkur og í Aix en Provence í Frakklandi um nokkurra ára skeið. Áður en Guðrún sneri sér alfarið að mynd-list vann hún við hjúkrun og einn vetur á Fjórðungs-sjúkrahúsinu í Neskaupsstað þar sem hún meðal annars aðstoðaði við fæðingar. Varð henni þá hugsað til föðurömmu sinnar Guðrúnar Halldórsdóttur (f. 1882) sem var ljósmóðir og ferðaðist um Norður-Þíngeyjarsýslu á hesti, tók á móti fjölda barna og þótti farsæl í starfi. Sem hjúkrunarfræðingur vann Guðrún á ýmsum spítaladeildum, síðast við geð-hjúkrun á Hvítabandinu. En þótt henni líkaði vel við húkrunarstarfið sótti myndlistin á.

Guðrún Kristjánsdóttir hefur verið virk í mynd-list í yfir fjórutíu ár, haldið á fjórða tug einkasýninga og tekið þátt í fjölda samsýninga á Íslandi, í Evrópu, Kína og í Bandaríkjunum en *Gallery Luise Ross* í New York var lengi fastur punktur í sýningarhaldi hennar. Verk eftir Guðrúnu eru í eigu opinberra stofnanna og safna á Íslandi og í *Listasögu Íslands* er Guðrúnar getið sem listamanns sem feti slóð fjarri almannaleið en sé um leið í áhugaverðu samtali við samtímann. Guðrún hefur margsinnis hlotið listamannalaun og árið 1995 hlaut hún hinn alþjóðlega Pollock Krasner styrk. Guðrún hefur samhliða myndlist unnið að sýningar-stjórn, ritstjórn og kennslu og gegndi trúnaðarstörfum í þágu myndlistar. Hún var í hópi kvenna sem beittu sér fyrir ritun annars konar listasögu út frá sjónarhorni listamanna, ekki síst listakvennanna sjálfra, og gáfu út bókina *Að finna listinni samastað*. Árið 2024 kom út bókverkið *Bláleiðir; Leiðarvísir um innlönd, auðn og ein-stigi* en það er um æviverk Guðrúnar og arfleifð hennar sem myndlistarkonu og móður. Bókverkið er unnið í samstarfi listakonunnar við dóttur sína Oddnýju Eir, rithöfund og Snæfríði Þorsteins, hönnuð.



Guðrún Kristjánsdóttir, 2024. Ljósmynd: Sophie Green.

Guðrún Kristjánsdóttir hefur unnið í samstarfi við myndlistarfólk og tónskáld, rithöfunda, fræðafólk, hönnuði og arkitekta. Samstarf hennar við Studio Bua að uppbyggingu nýrrar vinnustofu og heimilis á rústum gamallar hlöðu á heimili hennar á Hlöðubergi á Skarðs-strönd hefur hlotið alþjóðleg hönnunarverðlaun. Á nýju vinnustofunni við sjóinn heldur Guðrún áfram að kanna tengsl innsæis og útsýnis og skapa leikrými og jafnvægi milli fjölskyldulífs og listar, samræðu og íhugunar.

Í fjöldamörg ár ferðaðist Guðrún um hálendi landsins með fjölskyldu sinni og voru þær ferðir eins konar rannsóknarleiðangrar þar sem hún safnaði í sarpinn áhrifum og athugunum, hélt ferðadagbækur í formi orða og teikninga. Hún lærði að lesa landið á sinn hátt og miðlaði táknmyndunum – veðurskrift eilífra umhleypinga, í ólíka miðla, oft á tíðum marga samtímis og má þar nefna stórar innsetningar þar sem vídeó-, prent-, og hljóðmyndir kallast á við hefðbundin olíumálverk, ljósmyndir, teikningar, texta. Verk hennar eru eins og umritanir milli miðla þar sem hringrásir náttúrunnar endurtaka sig í verklagi þar sem eitt lag bætist ofan á annað. Í *Bláleiðum* fáum við innsýn í ævi- verk Guðrúnar, vinnuferli og sýn í gegnum samræður á ferðalagi um ferilinn¹ og þar segir um fjöllin:

Að liggja í tjaldi úti í náttúrunni er eitt það allra besta sem ég veit og ef hjátar á í lífinu fer ég í huganum upp á hálendið og ligg þar í litlu tjaldi.

Hálendi Íslands er mikilvæg uppspretta í minni list. Fjalllendi og eyðileg víðátta óbyggðanna tefla saman fjarlægð og skýrum formum. Þrátt fyrir nekt sína og einfaldleika veita þessi tignarlegu form innblástur sem laðar fram undirgefni og auðmýkt. Mál- verkin eru á mörkum þess blutbundna og óblutbundna. Ég leitast við að vinna með einfalda og almenna þætti náttúrunnar í málverkum mínum, til dæmis sjóndeildar- bringinn eða útlínur fjalls í ljósaskiptum.

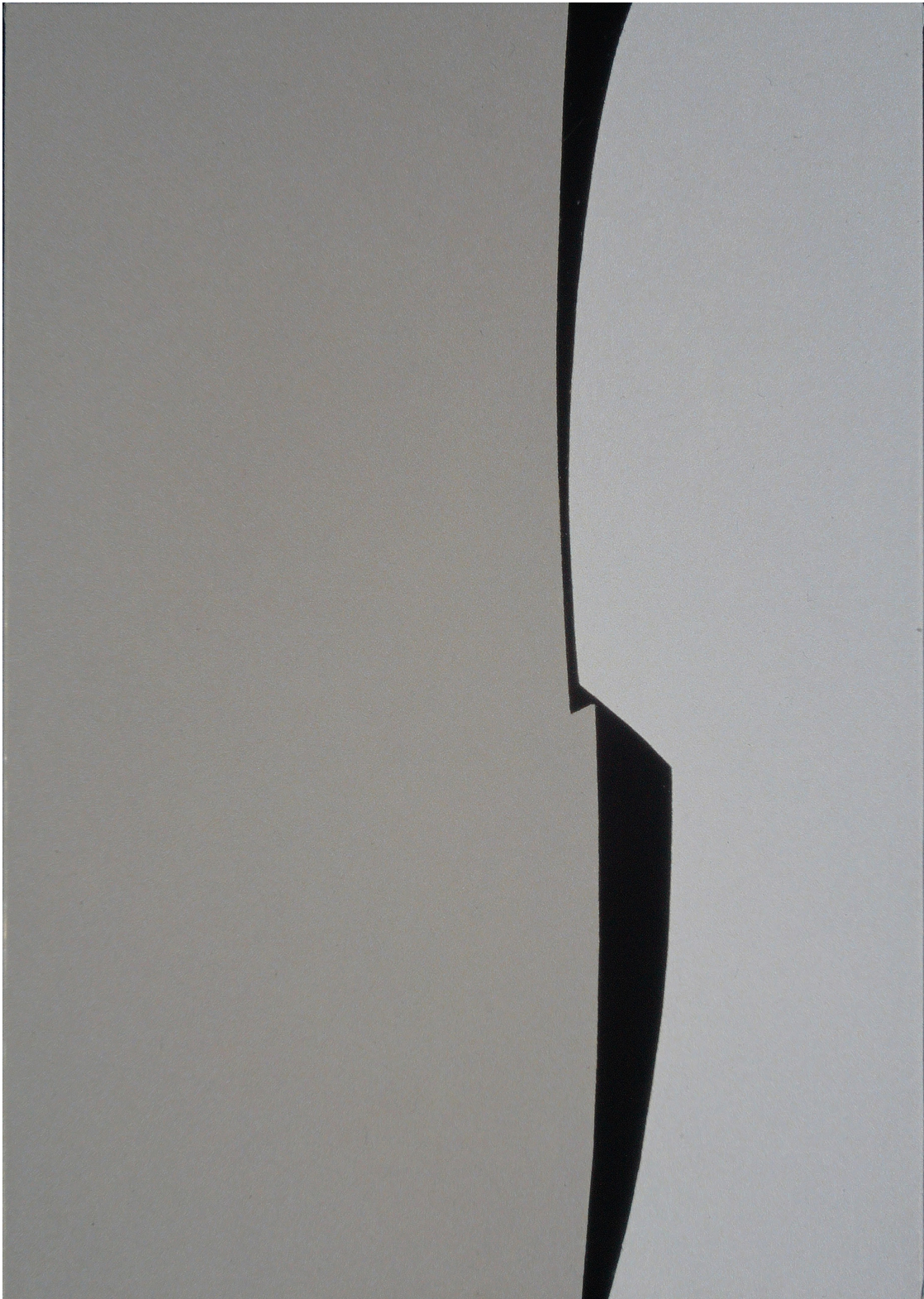
Ég eyði löngum tíma í að fylgjast með sam- spili jarðar og snjós. Og ég geri margar seríur um það, finn endalausar varíasjónir.

Sjáðu, ef þú snýrð þessu málverki mínu svona þá leikur ljósið við það og landslagið breytist algerlega, það fer eftir því frá hvaða sjónar- horni þú horfir. Það er alltaf ljós á þessu fjalli. Það tók mig langan tíma að skilja og finna út úr því. Ég málaði þetta heima, inni, með ljósið í huga – málaði tilfinninguna fyrir því.

Já, það er mér mikilvægt að náttúran sé fólki mikilvæg.²

Það er eins og helgihús, hof og fjöll renni saman í huganum. Í einu uppflöttiriti um kvenlega visku og launmál segir að fjöllin séu táknmynd móðurinnar: Í hellum fjallanna leita skjóls þeir lærlingar sem vilja hverfa aftur til nándar móðurinnar og nálgast þannig guðdóminn. Fjallið í laginu eins og lendar eða brjóst sem geymir í iðrum sínum brjóstvit sem tengir einn tíma við annan. Orðin sem fæðast í innlöndunum eru kryptísk, bellaristur, dul- rúnir. Vatnið úr uppsprettum fjalla rennur eins og móðurmjólk handa hvítvöðungum. Við skiljum ekki lögmál náttúrunnar og hina alda- gömlu visku en leitum að næringu og nánd.³

1 Sjá nánar á www.gudrun.is og www.hloduberg.buzzsprout.com.
2 Guðrún Kristjánsdóttir, *Bláleiðir*, s.144.
3 Oddný Eir, *Bláleiðir*, s. 378.



Snerting, olía á hörstriga. 90×65cm, 1990.

Félagslífið haustið 2024



HÖFUNDUR UNNUR BERGLIND FRÍÐRIKSDÓTTIR

Ljósmeðrafélagið hefur haft í ýmsu að snúast þetta árið eins og oftast er. Það sem ber hæst er kannski að í september síðastliðnum kom það í okkar hlut að halda aðalfund Evrópusamtaka ljósmeðra hér á Íslandi. Fundurinn heppnaðist gríðarlega vel og hafa fjöldi skilaboða borist félaginu frá ánægðum ljósmeðrum sem sóttu fundinn. Lesa má nánar um fundinn í pistli Kristínar og Kristbjargar hér í blaðinu. Ég vil nota tækifærið og þakka þeim sem tóku þátt í undirbúningnum og voru með erindi á fundinum kærlega fyrir sitt framlag.

Um mánaðarmótin september/október hélt LMFÍ tvö námskeið í saumaskap í samstarfi við GynZone og eins og áður komust færri að en vildu. Að þessu sinni var námskeiðið í þrjá daga þar sem allt það nýjasta í greiningum á rifum, saumaskap og deyfingum var kennt. Við stefnum á að halda aftur námskeið næsta haust, en tímasetning verður auglýst tímanlega. Það má taka það fram að GynZone ásamt Medela voru styrktaraðilar okkar á Evrópufundinum.

Stjórn félagsins fór í námsferð til Lundúna í nóvember þar sem við heimsóttum kollega okkar í breska ljósmeðrafélaginu Royal College of Midwives (RCM). RCM er bæði stéttar- og fagfélag ljósmeðra í Englandi, Skotlandi, Wales og norður Írlandi. Virkilega vel var tekið á móti okkur af Mervi Jokinen, sem hafði skipulagt fyrirlestra og kynningar frá hinum ýmsu sviðum félagsins. Auk þess heimsóttum við St. Thomas sjúkrahúsið og kynntumst starfseminni þar. Það sem stendur upp úr frá þeirri heimsókn, fyrir utan erilinn á deildunum, er útsýnið frá fæðingarstofunum yfir Thames ána, Big Ben og Westminster. Ferðin var mjög lærdómsrík og vafalaust margt sem við getum nýtt okkur í starfinu hér heima. Það er gaman að fá innsýn í starfsemi annarra ljósmeðrafélaga, þó vissulega sé mikill stærðarmunur á félögunum, en hjá RCM eru um 1000 starfsmenn.

Jólastund ljósmeðra var haldin þann 11. desember í Borgartúni 6. Enn og aftur var frábær mæting en 54 ljósmeður komu þrátt fyrir leiðindaveður. Illugi

Jökulsson rithöfundur, var sérstakur gestur og las hann smásögur úr nýútkominni bók sinni *Rétt áðan* sem hefur að geyma sögur og minningar höfundar úr ýmsum áttum.

Félagið kynnti nýja hönnun á heimasíðunni ljósmodir.is sem náðist að setja í loftið um klukkustund áður en jólastundin okkar hófst. Hugsmiðjan hannaði síðuna ásamt ljósmeðrunum Ilmi Björgu Einarsdóttur og Elfu Lind Einarsdóttur, en þær hafa einnig unnið hörðum höndum að því að yfirfara allt efni síðunnar og yfirfara og laga alla tengla. Ógrynni af upplýsingum hefur safnast á ljósmodir.is á rétt rúmum tuttugu árum. Það er gaman að segja frá því að það voru ljósmeður sem útskrifuðust árið 2003 sem áttu hugmyndina að þessari heimasíðu upphaflega. Þær sáu um að hanna síðuna og héldu utan um hana fyrstu árin, ásamt því að svara öllum fyrirspurnum og skrifa fjölbreytta fróðleiksmola. Ljósmeðurnar gáfu síðan Ljósmeðrafélagi Íslands síðuna og hafa margar ljósmeður komið að því að halda utan um hana í gegnum árin, sem við erum afskaplega þakklátar fyrir. Það var svo sannarlega tímabært að uppfæra síðuna og gera hana síma- og notendavæna enda vinsæl fræðslusíða og dýrmætt fyrir ljósmeður að geta bent skjólstaðingum sínum á örugga síðu með traustum upplýsingum.

Líklega verður þetta með síðustu uppákomum í þessu húsnæði, sem nú hefur verið á sölu í heilt ár. Lítið sem ekkert viðhald hefur verið á salnum eftir að ákvörðun var tekin um að selja húsnæðið og farið að vanta ýmsan tækjabúnað og borðbúnað, sem hefur verið seldur. Hvert félagið flytur á enn eftir að koma í ljós.

Vegna anna voru ekki haldnir zoomfundir þetta haustið en við munum spýta í lófana á nýju ári og þið megið eiga von á góðum erindum, sem við hlökkum til að kynna fyrir ykkur.



Myndir frá heimsókn stjórnar LMFÍ til Lundúna.



Elfa Lind Einarsdóttir og Ilmur Björg Einarsdóttir kynna nýja útgáfu á heimasíðunni ljósmodir.is.



Jólafundur Ljósmeðrafélagsins.



GynZone saumanámskeið.

Ófrjósemi



HÖFUNDUR ELÍN INGA LÁRUSDÓTTIR

Sem ljósmæður sinnum við fjölskyldum með ýmiss konar bakgrunn og er ófrjósemi hluti af sögu margra. Samkvæmt tölum *Alþjóðaheilbrigðismálastofnunar* (WHO) glímir um 12,5% fólks við ófrjósemi og einn af hverjum sex glímir við ófrjósemi einhvern tímann á ævinni. Tölfræðin er ekki svo ólík milli landa en í hátekjulöndum glíma 17,8% fólks við ófrjósemi einhvern tímann á ævinni miðað við 16,5% fólks í mið- og lágtækjulöndum. Ófrjósemi gerir því ekki greinarmun milli landa eða einstaklinga.

Ófrjósemi er skilgreind af WHO sem árangurslausar tilraunir til þungunar þegar reglulegt kynlíf hefur verið stundað í eitt ár án getnaðarvarna. Orsökinn getur legið bæði hjá konum og körlum en stundum finnast engar skýringar við nánari athugun. Dæmi um orsakir ófrjósemi kvenna eru meðal annars stíflaðir eggjaleiðarar, endómetríósa (legslímufلاك) og egglosvandamál. Dæmi um orsakir hjá körlum eru lág sæðistala, lokaðar sáðrásir og fleira. Þá geta lífsstílsatriði haft áhrif svo sem reykingar, áfengisneysla, offita og vannæring. Í sumum tilvikum finnst engin skýring og þá er talað um óútskýrða ófrjósemi. Hér á landi eru starfrækt tvö fyrirtæki sem hjálpa einstaklingum með ófrjósemisvanda, *Livio* og *Frjósemissstofan Sunna* en einnig leita sumir út fyrir landsteinana eftir aðstoð. Meðferðarúrræðin eru ólík eftir orsökum en fela meðal annars í sér hjálp með egglos, tæknisæðingar og glasafrjóvganir. Fólk sem glímir við ófrjósemi er ekki eini hópurinn sem nýtir sér þá þjónustu en einstakar mæður og samkynja pör geta til dæmis fengið hjálp þar við að stofna fjölskyldu þó ekki sé endilega um eiginlega ófrjósemi að ræða.

Ófrjósemi getur haft margvísleg áhrif á andlega heilsu og geðheilbrigði þeirra sem við hana glíma oft með tilheyrandi kvíða, streitu, jafnvel skömm og þunglyndi þar sem mismunandi tilfinningar takast á: gleði og sorg, von og vonleysi. Þá getur ófrjósemi einnig haft mikil áhrif á parasambandið, kynheilbrigði, fjárhag og leitt til fjárhagserfiðleika og áhyggja. Það er fagnaðarefni að á undanförunum árum hefur umræðan um ófrjósemi opnast og möguleikar fólks til að fá aðstoð aukist til muna. Mikilvægt er að ljósmæður séu meðvitaðar um að stór hópur skjólstæðinga okkar kemur inn í meðgöngu, fæðingu og sængurlegu með brothætt hjórtu eftir röð vonbrigða í aðdraganda þungunar. Þessi hópur er oftast en ekki kominn með meistaragráðu í seiglu og væntingastjórnun en hefur jafnvel aukna þörf fyrir þétt utanumhald og nærgætni. Sögur þeirra eru eins mismunandi og þær eru margar og mikilvægt að þær fái að heyrast.

Í þessu tölublaði *Ljósmæðrablaðsins* beinum við sjónum okkar að þeim hópi skjólstæðinga sem glímir við ófrjósemi og þeim aðstæðum sem þau eru í. Anna Guðný Ljósmóðir tók viðtal við Ingunni Jónsdóttur forsprakka nýopnaðrar frjósemissstofu hér á landi og Harpa Dís Hákonardóttur segir okkur á einlægan hátt frá reynslu sinni af ófrjósemi og viðtækum áhrifum þess á líf hennar og mannsins hennar Snorra.

Upplýsingar og heimildir voru fengnar úr skýrslu WHO frá 2023 sem nefnist Infertility prevalence estimates, 1990–2021 sem og af heimasíðum Tilveru – samtaka um ófrjósemi, Livio og frjósemissstofunnar Sunnu.

Velkomin í heim ófrjóseminnar

Ófrjósemissaga Hörpu

HÖFUNDUR HARPA DÍS HÁKONARDÓTTIR

Blaðran

Þetta byrjaði allt saman eina helgi í júní árið 2019. Ég var, einu sinni sem oftast, að byrja á blæðingum og fann fyrir undarlegum stingjum í öðrum eggjastokknum. Þetta voru sárir verkir sem vörðu stutt í einu, eins og einhver væri að stinga mig í kviðinn með tituprjóni. Í tíma hjá kvensjúkdómalækni kom í ljós blaðra á eggjastokknum. Hún var lítil og ekki annað að gera en að fylgjast með. Málin þróuðust þannig að blaðran stækkaði jafnt og þétt og í janúar 2020 var ákveðið að gera kviðarholsspeglun og fjarlægja hana.

Ég var rétt að verða 27 ára. Þetta var í fyrsta skipti sem ég fór í aðgerð, svæfingu og lagðist inn á sjúkrahús. Ég hafði alltaf verið svo lánsöm að vera heilsuhaus og því var þetta nýr reynsluheimur. Blaðran fékk nafn, endómetríósa, og þar með var ég orðin endó-kona.

Mánuði seinna fékk ég símtal frá spítalanum þess efnis að niðurstöður vefjarannsóknarinnar hefðu sýnt frumubreytingar í blöðrunni. Því var mælt með því að eggjastokkurinn yrði tekinn. Þessar fréttir komu eins og þruma úr heiðskíru lofti. Við Snorri, kærastinn minn, vorum á þessum tíma farin að spá í barneignir og því var mín fyrsta spurning hvernig þetta hefði áhrif á það. Mér var sagt að þetta þyrfti ekki að breyta neinu, hinn eggjastokkurinn tæki yfir. Þetta var í upphafi COVID-faraldursins og allt samfélagið að lokast. Ég náði þó að fá álit annars læknis og í júní þetta sama ár var eggjastokkurinn tekinn. Það er sérstök upplifun að missa líffæri og ákveðin sorg sem helltist yfir mig, sorg sem ég vissi ekki alveg hvernig væri best að takast á við. Hjá okkur Snorra var samt ekki eftir neinu að biða og þegar ég var komin á gott ról eftir aðgerðina var sett í gang að reyna að eignast barn.

Velkomin í heim ófrjósemi

Ég verð að viðurkenna að ég fór kannski ekki inn í þetta verkefni full jákvæðni og léttleika. Það hafði verið krukkað tvisvar í mér á sex mánaða tímabili og helmingur eggjabúskapar míns tekinn. Á þessum



Harpa Dís, Snorri og drengurinn þeirra. Ljósmynd tók Gunnhildur Lind Photography.

nótum leið heilt ár með reglulegum en sárum blæðingum og nýrri von um þungun. Með hverjum mánuðinum stefndi í það sem mig grunaði, að þetta verkefni færi í átt sem ég vildi alls ekki fara í. Ég er úr fjölmönnum fjölskyldum í báðar ættir og engin

frjósemisvandamál höfðu verið hjá foreldrum mínum eða systkinum. Ég hafði heldur aldrei staðið á hliðar-línunni hjá einhverjum sem fór í gegnum slíkt ferli. Snorri lét athuga stöðuna hjá sér á þessum tíma og allt kom eðlilega út. Að ári liðnu fór ég og hitti minn kvensjúkdómalækni. Endómetríósublaðra hafði tekið sig upp á eggjastokknum sem eftir var. Sama dag vorum við komin á lista hjá Livio. Þetta var í byrjun september 2021 og allt að opnast að nýju eftir COVID og uppsafnaður biðlisti. Mér var sagt að lágmark þriggja mánaða bið væri eftir fyrsta viðtali. Þrír mánuðir urðu fjórir og fjórir að fimm.

Árið mikla

Ég er í áhættuhópi fyrir krabbamein, með breytingu í BRCA1 og hafði verið í eftirliti í nokkur ár. Í október fór ég í mína reglubundnu brjóstamyndatöku og mér að övörum var ég boðuð í frekari rannsóknir í fram-haldinu. Fram að áramótum var ég í biðstöðu, eftir viðtali hjá Livio og niðurstöðum frá Brjóstamiðstöð. Það fór svo að ég fór í fleygskurð á hægri brjósti fyrstu vikuna í janúar 2022 og við Snorri fórum í fyrsta viðtal hjá Livio nokkrum dögum síðar. Fleyg-skurðurinn leiddi í ljós forstigsbreytingar og því var brjóstið tekið í lok janúar. Átta dögum eftir þá aðgerð fórum við í annað viðtal hjá Livio.

Þegar við Snorri byrjuðum í ferlinu hjá Livio lágu allar upplýsingar fyrir, endómetríósugreiningin mín og eðlilegur forði hjá honum og því var hægt að hefjast strax handa. Draumur okkar Snorra var að eignast fleira en eitt barn og því mælti læknirinn okkar hjá Livio með fósturvísasöfnun í ljósi minnar áhættu og krabbameinssögu – að gera tvær til þrjár egghéimtumedferðir og safna í frysti.

Mér fannst Brjóstamiðstöð sýna stöðu minni mikinn skilning og var allt gert til þess að ég gæti lokið meðferðinni hjá þeim sem fyrst og farið í næsta aðkallandi verkefni. Ég fékk brjóstapúða í lok mars og svo byrjaði fyrsta örvunarmedferðin hjá Livio mánaðarmótin maí júní.

Enn á ný opnaðist fyrir mér nýr heimur, heimur hormónasprautna. Í ómskoðun virtist eggjastokkurinn svara meðferðinni vel og nokkur eggbú mættu kröfu um ástungu. Við Snorri mættum því full vonar í fyrstu egghéimtu. Í ljós kom þó að aðeins var egg í einu egg-búanna. Ég man hvernig eitthvað hrundi innra með mér við þessa niðurstöðu. Ég hafði reynt að stilla væntingum í hóf en þetta var neðar mínum verstu spám. Eftir á að hyggja þá vissi ég og við í raun ekkert hvað við værum að fara út í en það átti eftir að breytast hratt. Eggið frjóvgaðist og í framhaldinu fór af stað þessi hræðilega vikubið eftir niðurstöðum um hvernig egginu reiðir af. Aftur kom skellur, meðferðin hafði ekki borið ávöxt.

Hormónamaraðon

Við Snorri fórum í viðtal í Livio viku eftir niður-stöðuna. Ég upplifði það sem hálfgert dómisdagsviðtal. Við vorum vöruð við að ef við fengjum sömu niður-stöðu í næstu meðferð þá ættum við að íhuga aðra möguleika til þess að verða foreldrar. Ég held ég geti fullyrt að ég hafi aldrei verið jafn niðurbrotin og treysti mér ekki til þess að mæta til vinnu í nokkra daga á eftir. Var ég, sem þarna var ekki orðin þrítug, of sein? Þarna fannst mér Livio, sem mér hafði annars fundist heldur ósveigjanleg stofnun, sýna aðra hlið. Okkur var boðið að hefja strax aðra meðferð og það var einmitt það sem við þurftum. Því var farið, beint eftir viðtalið, niður í Apótekarann í Glæsibæ og nýr sprautuskammtur leystur út. Það var ákveðið að prófa aðra samsetningu lyfja og þessi meðferð virkaði. Það komu sjö egg og hægt var að frysta tvo fósturvísa. Okkur fannst takmarkið handan við hornið. Við vorum bókuð í næstu meðferð mánuði síðar og þá átti að reyna uppsetningu.

Það má ekki gleyma að á þessum tíma var ég líka að jafna mig eftir brjóstnámsferlið. Ég var í endur-hæfingu í *Ljósínu* og að byggja mig upp líkamlega eftir aðgerðirnar. Fyrir næstu egghéimtumedferð ákvað ég að taka veikindaleyfi frá vinnu, ég var upp-gefin andlega og líkamlega. Þegar þarna var komið sögu var ég búin með veikindarétt hjá vinnuveitanda og ég man hvað mér fannst það óþægilegt. Að vera orðin veika konan, þessi sem þarf að leita til stéttar-félagsins eftir réttindum.

Fyrir þriðju örvunarmedferðina var ákveðið að bæla tíðahringinn fyrst og því var ég á bælunarlyfjum í tvær vikur áður en tveggja vikna örvunarmedferð hófst. Þrjú egg komu við egghéimtu og tvö frjóvguðust. Fósturvísar eru ræktaðir í fimm til sex daga eftir frjóvgun áður en hægt er að reyna ferska uppsetningu eða frýstingu og í millitíðinni byrjaði ég að taka prógesterónstíla. Annar fósturvísirinn datt úr leik þessa viku en það átti að sjá til hvort ekki væri hægt að setja hinn upp. Tæpum klukkutíma áður en upp-setningin átti að fara fram hringdi Livio. Þessi með-ferð hafði heldur ekki borið árangur.

Með æðruleysi að vopni

Það var komið fram í september og ég man hvað mér fannst erfitt að fara inn í haustið. Ég var föst á stað í lífinu sem ég vildi alls ekki vera á og það var ekkert sem ég gat gert í því. Á þessum tíma sótti ég mér stuðning í *Krafti*. Það var einhver huggun að umgangast aðra sem höfðu lent í lífinu. Ég átti mjög erfitt með samfélagsmiðla og lokaði á þá að miklu leyti enda á miðjum barneignaraldri og óléttutíl-kynningar og fjölskyldumyndir daglegt brauð.

Við Snorri reyndum eins og við gátum að lifa eðlilegu lífi. Það voru komin tvö ár síðan við byrjuðum að reyna að verða foreldrar og þetta ferli hafði hálf-partinn tekið yfir allt.

Læknirinn okkar hjá Livio lagði til að við hægðum á og gæfum þessu verkefni veturinn. Við vorum því bókuð í meðferð í nóvember og aðra í febrúar árið eftir. Í þeim meðferðum voru notuð sömu hormónalyf og í annarri meðferðinni sem hafði gengið svo vel.

Við Snorri sögðum nánast engum frá fjórðu meðferðinni. Það er svo óþægilegt að fá spurningar sem þú veist ekki svör við, ófrjósemismedferð snýst að mestu leyti um að biða og vona. Það skipti sem ég reyndi að gera allt rétt, tók út áfengi og fylgdi ströngu mataræði sem á að hjálpa konum með endómetríósu, kom versta niðurstaðan og það skipti sem ég spáði ekki í slíku kom besta niðurstaðan. Það getur líka verið svo erfitt að fá hvatningu og reynslusögur þegar þú hefur lagt trúna á hilluna, ekki vegna þess að hún sé ekki lengur til staðar heldur vegna þess að von-brigðin eru svo óendanlega sár. Það var komið yfir okkur Snorra eitthvert æðruleysi eða ef til vill var það reynsla. Það komu tvö egg sem bæði frjóvguðust. Þessi vikubið eftir frekari fréttum var alltaf þung á heimilinu, ekki að það væri ósætti heldur var ekkert að segja. Annar fósturvísirinn komst í frysti og loksins virtist takmarkið nálgast. Ég var staðráðin í að næsta meðferð yrði sú síðasta. Þessi fimmta meðferð yrði líka sú síðasta sem Sjúkratryggingar styddu við. Við höfðum fengið niðurgreiðslu Sjúkratrygginga í öllum meðferðunum vegna krabbameinsgreiningar minnar og lyfin ókeypis þar sem ég var með lyfjakort *Krafts*. Við vorum líka svo lánsöm að geta sótt okkur góðar endurgreiðslur hjá stéttarfélögum, sem gerði það að verkum að við gátum tekið þetta í slíku maraþoni sem við gerðum.

Enn komu jól og ég var ekki ófrísk. Næstu jól yrði ég með bumbu, það bara varð að fara þannig.

Bogmaður kemur í heiminn

Nýtt ár gekk í garð, árið 2023, þrítugsárið mitt. Það var eins og einhverju fargi væri af mér létt að skilja við þetta erfiða ár sem ég vona að ég muni aldrei þurfa að upplifa aftur. Ég útskrifaðist úr *Ljósínu* og fannst ég í fyrsta skipti í langan tíma vera ég sjálf. Síðasta egghéimtumedferðin endaði með trompi, átta eggjum, einum fósturvísi sem fór í frysti og öðrum sem fór í ferska uppsetningu. Ég hafði ekki reiknað með að það yrði hægt að gera strax uppsetningu, hvað þá að verða ólétt í fyrstu tilraun svo það kom verulega á óvart

þegar við Snorri sáum fram á að verða foreldrar fyrir lok árs. Nýtt tímabil gekk í garð sem einkenndist af gleði og tilhlökkun. Það eru ef til vill skemmtilegustu fréttir sem ég hef sagt fólki að ég væri ófrísk og svo gaman að geta tárast saman. Ég fann þarna hvað fólkið mitt hafði verið áhyggjufullt og því var ennþá gleðilegra að geta fært þessar fréttir. Mér leið svo vel að vera ófrísk og fann aftur til míns gamla sjálfs. Ég var ekki lengur ófrjóa krabbameinskonan heldur ung kona með barn í maganum.

Gegnum þessar fimm meðferðir notaði ég 94 hormónasprautur, alltaf á hæsta skammti. Með hverju skiptinu fannst mér taka lengri tíma að jafna mig og lyfin fara verr í mig. Það er skritið að horfa til baka, meðferðirnar voru svo stór hluti af lífi okkar, öll plön voru gerð út frá þeim og endalaust pukur með sprauturnar, í matarboði, bústað og ósjaldan var brunað heim til þess að sprauta á réttum tíma. Stuðningur Snorra var ómetanlegur í þessu öllu, hann missti aldrei trúna og reif mig upp úr lægðunum sem voru ófáar.

Ég upplifði það sem forréttindi að vera ófrísk og naut mín almennt á meðgöngunni. Mín helsta hræðsla var ef til vill að eitthvað óvænt kæmi upp á, annað áfall. Ég var sífellt í streitustjórnun, alltaf tilbúin að hliðra til og létta á ef ég sá fram á erfiðan tíma, alltaf tilbúin til þess að takast á við næsta áfall. Þegar kom að því að velja fæðingarstað féll ég strax fyrir *Fæðingarheimili Reykjavíkur*. Ég þráði að fá eitthvað í þessu ferli án inngripa, getnaðurinn hafði verið eins langt frá því og hugsast gat og þar áður hafði svo mikið verið krukkað í líkamanum. Því skráðum við Snorri okkur þar í barneignarþjónustu. Ég tók því þó aldrei sem gefnu að fæðingin myndi enda þar. Svo fór þó að eitt mánudagskvöld í lok nóvember fæddist litli drengurinn okkar á *Fæðingar-heimili Reykjavíkur*. Fæðingin gaf mér svo mikið, ég trúði því varla að ég gæti verið svona lánsöm. Drengurinn braggaðist vel og ég var ákveðin í því að hafa hann á brjósti. Það var mikil vinna að halda framleiðslunni gangandi og finna jafnvægi á milli brjóstisins míns eina og ábótar.

Núna er drengurinn okkar Snorra að verða eins árs. Frjósemisklukka mín tífar á öðrum hraða en jafn-aldra minna, hún fer á BRCA hraða og ég á því ekki mörg ár eftir þar til mælt er með að eggjastokkur og brjóst verði tekin. Við Snorri erum því farin að undir-búa okkur fyrir næstu uppsetningu og ég ætla að leyfa mér að vera bjartsýn.

Frjósemissstofan Sunna

Viðtal við Ingunni Jónsdóttur



HÖFUNDUR ANNA GUÐNÝ HALLLGRÍMSDÓTTIR

Frjósemissstofan Sunna var stofnuð nú í haust af hjónunum Ingunni Jónsdóttur, kvensjúkdóma- og fæðingarlækni og Þóri Harðarsyni, sérfræðingi í frjósemi. Stofan er staðsett í Urðarhvarfi 8 í Kópavogi og var formlega opnuð með opnunarhátíð 18. október síðastliðinn. Ég leit í heimsókn til þeirra og fékk Ingunni til að segja lesendum *Ljósmeðrablaðsins* frá þessari nýju viðbót í þjónustu við foreldra sem glíma við ófrjósemi en hingað til hefur þessum hópi aðeins staðið einn valkostur til boða hér á landi. Ingunn sagði mér að þegar þau hefðu tekið við húsnæðinu í vor hefði það verið eins og stór geymur, það átti alveg eftir að hanna og innrétta staðinn fyrir starfsemina. Það var því þeirra fyrsta verkefni og tókst vel til að mati undirritaðrar. Þegar komið er inn má sjá hversu vel var vandað til verka, umgjörðin hlýleg og falleg og útsýni sem opnar upp rýmið.

Það fyrsta sem mig langar að spyrja Ingunni að er hvenær og hvernig sú hugmynd kom upp að stofna frjósemissstofu?

Hugmyndin hefur nú alltaf blundað í okkur allt frá því við hættum á Livio fyrir um fimm árum. Það var svo ekki fyrr en samkeppnisbanni mínu lauk nú í febrúar sem við ákváðum að ráðast í þetta. Við höfum bæði langa reynslu af þessu og höfðum alltaf ætlað okkur að starfa á þessum vettvangi.

Það hlýtur að vera erfitt að fara af stað í svona verkefni aðeins tvö. Hverja fenguð þið til liðs við ykkur? Okkar stærstu samstarfsaðilar eru Ósar ehf. sem hefur verið góður stuðningur á ýmsum sviðum. Svo fengum við auðvitað til liðs við okkur einvala lið starfsfólks sem hefur lagt sig fram um að koma þessu í gang með okkur sem hefur verið ómetanlegt.

Hverjar eru helstu áherslur í starfsemi Sunnu?

Hvert er markmiðið með starfseminni?

Við viljum leggja áherslu á persónulega þjónustu, góða upplýsingagjöf og gott aðgengi. Við gerum okkur grein fyrir því að þetta er erfið vegferð fyrir allflesta og viljum gera okkar besta til að fólki liði eins vel og kostur er á meðan á meðferðum stendur.

Hvaða þjónustu bjóðið þið upp á? Er einhver stoðþjónusta í boði?

Við bjóðum upp á allar helstu frjósemismeðferðir. Við störfum í teymum og fólk hefur alltaf aðgang að sínum tengilið sem er hjúkrunarfræðingur. Einnig eru í samstarfi við okkur bæði sálfræðingur með mikla reynslu af ófrjósemissmálum ásamt félagsráðgjafa. Sálfræðingurinn starfar ekki í húsnæði Sunnu heldur kys að taka á móti skjólstæðingum annars staðar þar sem viðkomandi telur að það geti verið gott að hittast og taka á málum á hlutlausum stað.

Hafa pör nú þegar hafið meðferð hjá ykkur?

Hvenær er von á fyrsta barninu sem er getið með aðstoð Sunnu?

Já, við erum hægt og rólega að komast í gang með meðferðir. Fyrstu skjólstæðingarnir eru búnir að koma og sífellt bætast fleiri við. Vonandi sjáum við árangur þeirra meðferða næsta sumar.

Nú er starfandi önnur frjósemismiðstöð á Íslandi. Er eftirspurnin nægilega mikil hér á okkar litla Íslandi til þess að reka aðra slíka stöð?

Það á eftir að koma í ljós. Auðvitað er markaðurinn á Íslandi takmarkaður en eftirspurn eftir meðferðum virðist samt hafa verið að aukast jafnt og þétt. Ég tel mikilvægt að fólk hafi valkost í þessu sem öðru. Svo er ekki útilokað að fá hingað erlenda skjólstæðinga þegar fram liða stundir.

Er einhver munur á starfsemi ykkar og Livio?

Það er erfitt fyrir mig að tjá mig um það, get ekki svarað fyrir hvernig hlutirnir eru gerðir þar. Við bjóðum upp á sambærilegar meðferðir en auðvitað verður alltaf einhver áherslumunur og mikilvægt fyrir fólk að hafa val.

Er ófrjósemi vaxandi vandamál í okkar samfélagi? Ef svo er, er hægt að gera eitthvað í því með fyrirbyggjandi aðgerðum eða fræðslu? Hver er algengasta orsökina fyrir ófrjósemi hér á landi?

Það sem helst má nefna er tilhneiging fólks til að seinka barneignum. Meðalaldur frumbyrja á Íslandi er alltaf að hækka og frjósemi er mjög svo háð aldri kvenna. Konur eru á hátindi frjósemi sinnar um tvítugt en fæstar held ég gera sér grein fyrir því. Það mætti fræða fólk betur um frjósemi og aldur og ekki leggja eingöngu áherslu á notkun getnaðarvarna þó vissulega sé það mikilvægt líka.

Geta allir þegið aðstoð frá Sunnu eða hafið þið einhverjar viðmiðunarreglur varðandi aldur, heilsufar eða aðra þætti?

Við höfum það aldursviðmið sem hefur tíðkast á Íslandi um árabil að ekki eru settir fósturvísar í leg kvenna eftir 49 ára afmælisdaginn. Að öðru leyti höfum við ekki neinar nákvæmar verklagsreglur um það hverjir mega koma í meðferð og hverjir ekki, slíkt verður alltaf að meta í hverju tilfelli fyrir sig út frá því hvað er raunhæft.

Er þjónustan niðurgreidd að einhverju leyti?

Ef ekki, hver er skoðun þín á því?

Sjúkratryggingar Íslands niðurgreiða að hluta fyrstu fjórar glasafrjövgunarmeðferðirnar. Tæknisæðingar eru ekki niðurgreiddar og uppsetningar frystra fósturvísa ekki heldur. Mín skoðun er sú að þar mætti gera mikið betur og kannski hafa hin Norðurlöndin til fyrirmyndar en þar er algengt að þrjár meðferðir séu alveg niðurgreiddar og allar þær uppsetningar sem þeim fylgja.

Hjá Sunnu starfa kvensjúkdóma- og fæðingarlæknar, fósturfræðingar, hjúkrunarfræðingar og móttökuritarar. Heldur þú að það sé grundvöllur fyrir því að ráða ljósmóður til starfa? Og hvert gæti hlutverk hennar verið?

Það kæmi vel til greina að ráða ljósmóður til Sunnu. Það er algengt að ljósmæður starfi við frjósemissstofur. Það mætti sjá fyrir sér að þær gætu til dæmis séð meira um tæknisæðingar og jafnvel uppsetningar fósturvísa ásamt fleiru.



Ingunn Jónsdóttir, kvensjúkdóma- og fæðingarlæknir.

Það var virkilega gaman að koma í heimsókn á frjósemissstofuna Sunnu og fræðast um starfsemi þeirra. Þau hjónin hafa lagt mikla vinnu við stofnun stofunnar og starfa hlið við hlið bæði þar sem og á heimili þeirra. Ingunn nefndi að það yrði gott þegar hlutirnir verða farnir að ganga nokkuð vel og eðlilega fyrir sig svo samtöl þeirra hjóna geti snúist um eitthvað annað. Hlýlegt viðmót og góður andi sveif yfir á kaffistofunni og því greinilegt að þeim hefur tekist vel til við að ná í gott samstarfsfólk. Ég óska þeim velfarnaðar í nýju starfi og vonast til þess að hitta ánægða skjólstæðinga þeirra í mínu eigin starfi síðar.

Reynsluheimur kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd: Kerfisbundin fræðileg samantekt á eigindlegum rannsóknum

The Experience of Pregnant Women With Substance-use Disorder of Prenatal Care: a Qualitative Systematic Meta-aggregation

TENGILIDUR valgerds@hi.is

Höfundar



Valgerður Lísa Sigurðardóttir, sérfræðiljós móðir, PhD^{1,2}



Anna Margrét Gunnlaugsdóttir, ljósmóðir, MSc^{1,3}

Ágrip

Inngangur

Konur með vímuefnavanda sækja síður meðgönguvernd en aðrir hópar. Um er að ræða viðkvæman hóp þar sem samspil margra heilsufars- og félagslegra áhrifa-þátta hefur áhrif. Hérlandis hafa ekki verið gerðar rannsóknir á upplifun kvenna með vímuefnavanda á meðgöngu af meðgönguvernd. Markmið samantektarinnar er að varpa ljósi á upplifun kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd.

Efniviður og aðferð

Kerfisbundin fræðileg samantekt á eigindlegum rannsóknum var notuð til að safna saman eigindlegum niðurstöðum og þær settar fram sem samsett heildarmynd. Leit var gerð í viðurkenndu gagnasöfnunum PubMed, CINAHL, Scopus og PsycInfo. Við gæðamat var stuðst við JBI-QARI gæðamatskvarða.

Niðurstöður

Alls fengust 2.094 niðurstöður, 16 rannsóknir uppfylltu inntökuskilyrði og voru teknar með í samantektina. Alls voru 64 niðurstöður og undirþemu dregin út úr öllum rannsóknum. Niðurstöðurnar leiddu til fjögurra flokka: *flóknar tilfinningar, viðhorf þjónustuaðila, áskoranir og stuðningur*. Úr varð samsett niðurstaða sem nefnist *reynsluheimur kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd*.

Ályktanir

Niðurstöður benda til að konur með vímuefnavanda á meðgöngu standi frammi fyrir margvíslegum hindrunum og upplifi flóknar tilfinningar og neikvæð viðhorf frá umönnunaraðilum. Meðgönguvernd er álitin áhættuþáttur vegna ótta við að missa barn til barnaverndaryfirvalda. Stuðningur var hvati og leiddi til jákvæðrar upplifunar. Barneignarþjónustan þarf að byggja á nálgun sem hvetur konur til að sækja meðgönguvernd þar sem þeim er mætt af virðingu, á þeirra forsendum og án fordóma. Tryggja þarf aðgengi fagaðila að þjálfun í samskiptum við viðkvæma hópa.

Lykilorð

meðganga
meðgönguvernd
vímuefnavandi
upplifun
samsett heildarmynd

Inngangur

Ljósmaður gegna lykilhlutverki í meðgönguvernd á Íslandi en þar er lagður mikilvægur grunnur að heilbrigði og velferð móður og barns til framtíðar. Meðgönguvernd felur í sér skimun, greiningu og meðferð frávika, undirbúning fyrir fæðingu og foreldrahlutverk og stuðning. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin kveður á um að allar konur og fjölskyldur þeirra eigi að hafa aðgengi að forvörnum og heilbrigðisþjónustu til að draga úr og/eða koma í veg fyrir notkun vímuefna á meðgöngu til að hámarka góða heilsu og vellíðan kvenna og barna (1). Undir vímuefni flokkast öll efni sem hafa hugbreytandi áhrif svo sem áfengi, ólöglegir vímugjafar (t.d. amfetamín, kókaín, kannabis, heróín) og ávanabindandi lyf (t.d. ópíóíðar, róandi lyf, svefnlyf) (1).

Umfang vímuefnavanda á meðgöngu hérlandis er ekki þekkt en á árunum 2017–2023 var 30–50 konum vísað til Fíkni- og geðteymis (FOG) fæðingarþjónustu á Landspítala ár hvert vegna nýlegrar eða virkrar vímuefnanotkunar (munnleg heimild María G. Þórisdóttir, yfirljós móðir). Á heimsvísu er talið að um 10% kvenna hafi neytt áfengis á meðgöngu (2) en á Norðurlöndunum virðist áfengisnotkun vera á bilinu 4,1–16,7% (3). Notkun annarra vímuefna á meðgöngu virðist vera á bilinu 3,6–19,2% í Danmörku og Bandaríkjunum (4, 5). Kannabis virðist vera algengasta ólöglega vímuefnið sem notað er á meðgöngu og hefur það aukist á undanförunum áratugum um allan heim (6). Um 92% þeirra sem nota vímuefni á meðgöngu segjast nota kannabis, 15% amfetamín, 9% kókaín og 9% heróín (5). Þá hefur fjöldi þeirra sem greinast með ópíóíðafíkn á meðgöngu og/eða við fæðingu farið vaxandi en í Bandaríkjunum rúmlega fjórfaldaðist sá hópur á árunum 1999 til 2014 (7).

Vímuefnavanda fylgja oft ýmsar heilsufars- og félagslegar áskoranir sem einnig geta haft áhrif á velferð verðandi móður og ófædds barns. Líklegra er að verðandi maður með vímuefnavanda glími við líkamlegan og/eða geðrænan heilsuvanda, flóknar félagslegar aðstæður s.s. fátækt eða heimilisleysi, áfallasögu og hafi sögu um tilfinningalegt, líkamlegt eða kynferðislegt ofbeldi. Hjá þessum hópi er líka oftar en ekki saga um vanrækslu í æsku eða ofbeldi í nánnum samböndum. Þá eru konur með vímuefnavanda líklegri en aðrar til að vera félagslega einangraðar og að vera í sambúð með maka sem einnig á við vímuefnavanda að stríða (8, 9). Tilhneiging virðist vera til að vímuefnanotkun sé heldur algengari innan yngri hópa (5).

Afleiðingar vímuefnaneyslu á meðgöngu eru margvíslegar með neikvæðum áhrifum á heilsu og velferð móður og ófædds barns. Flest vímuefni flytjast auðveldlega yfir fylgju til ófædds barns og geta aukið líkur á fæðingargöllum, fósturláti, andvana fæðingu, lágri fæðingarþyngd og fyrirburafæðingu. Einnig geta þau haft bein áhrif á virkni og blóðflæði til legs og fylgju. Vímuefni geta haft lífeðlisfræðileg áhrif á móðurina, t.d. með aukinni seytun streituhormóna sem geta síðan borist yfir fylgju (10) og þannig haft neikvæð áhrif á heilaproska og heilsu ófædds barns (11–13). Vímuefni geta einnig borist með móðurmjólk og haft skaðleg áhrif á barnið ef það er á brjósti (1, 10).

Í ljósi alvarlegra afleiðinga vímuefnanotkunar fyrir bæði móður og ófætt barn er mikilvægt að fá verðandi maður með nýlega eða núverandi sögu um vímuefnavanda sem fyrst inn í meðgönguvernd. Þannig má stuðla að betri útkomu meðgöngunnar s.s. lægri tíðni fyrirburafæðinga og hærri fæðingarþyngd – þrátt fyrir að ekki hafi tekist að stöðva notkun vímuefna (14). Í meðgönguvernd skapast einstakt tækifæri fyrir fagaðila innan barneignarþjónustu til að skima, meðhöndla og veita konum með vímuefnavanda einstaklingshæfða þjónustu á meðgöngu, í fæðingu og eftir fæðingu (15). Hins vegar er raunveruleikinn sá að konur með vímuefnavanda virðast síður sækja meðgönguvernd en aðrir hópar og þær eru einnig líklegri til að leita seint á meðgöngu eftir þjónustu (16, 17).

Konur í þessum sporum virðast vera líklegri til að sækja heilbrigðisþjónustu ef hún er sveigjanleg og aðgengileg (18). En hvað skyldi sveigjanleg og aðgengileg meðgönguvernd fela í sér? Samkvæmt hugmyndafræði og alþjóðasiðareglum ljósmæðra eiga ljósmaður að mæta konum þar sem þær eru staddar, á þeirra forsendum og bregðast við sálrænum, líkamlegum, tilfinningalegum og andlegum þörfum þeirra, hverjar sem aðstæður þeirra eru (19). Sama á við um viðmið sem sett voru fram um gæði barneignarþjónustu í yfirlitsgrein Renfrew o.fl. (20). Í viðtölum sem tekin voru við 12 ástralskar ljósmæður sem sinna konum með vímuefnavanda á meðgöngu kom fram að meðferðarsamband sem byggir á djúpri virðingu, trausti og samkennd var lykilatriði í því að koma á gagnkvæmri samvinnu. Þannig gátu þær eftt konurnar í að taka ábyrgð á sinni eigin meðgöngu (18).

Að takast á við vímuefnavanda er almennt mikil áskorun fyrir hvern þann sem er í þeim sporum en þegar kona uppgötvar þungun má segja að hún standi frammi fyrir tveimur stórum verkefnum samtímis; hún er að verða móðir og þarf um leið að vinna með sinn vímuefnavanda. Í ljósi þess að meðgönguvernd getur bætt útkomu fyrir móður og barn er mikilvægt að skoða upplifun verðandi mæðra af meðgönguvernd.

Markmið þessarar samantektar er að samþætta niðurstöður eigindlegra rannsókna sem lýsa upplifun kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd. Ekki hafa verið birtar rannsóknir á því sviði hérlandis og verður því byggt á erlendum rannsóknum í samantektinni. Tilgangurinn er að samþætta þekkingu til að svara rannsóknarspurningunni: Hver er upplifun kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd? Samantektin getur nýst fagfólki til að veita barneignarþjónustu sem sniðin er að þörfum þessa hóps og hvetur þær til að sækja meðgönguvernd.

Tafla 1 Leit í gagnasöfnum að rannsóknum á upplifun kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd.

Leit	Leitarorð	Niður- stöður
PubMed	Pregnancy [Mesh] OR Prenatal Care [Mesh] AND Substance Related Disorders [Mesh] AND experience.	799
Scopus	Pregnancy OR Prenatal Care AND Substance-Related Disorders AND experience.	478
CiNAHL	Pregnancy [MH] OR Prenatal Care [MH] AND Substance-Related Disorders [MH] AND experience.	621
PsychInfo	Pregnancy OR Prenatal Care AND Substance-Related Disorders AND experience.	196
Takmarkanir: enskt og íslenskt tungumál		

Aðferðir

Kerfisbundin fræðileg samantekt var notuð til að taka saman niðurstöður rannsókna á upplifun kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd. Stuðst var við aðferð Joanna Briggs Institute (JBI) og gerð samsett heildarmynd (e. *meta-aggregation*) til að samþætta niðurstöður eigindlegra rannsókna á viðfangsefninu (21). Helstu eiginleikar samsettrar heildarmyndar eru að rannsakandi forðast endurtúlkun á rannsóknum líkt og gert er í mörgum öðrum aðferðum við eigindlega samantekt. Þess í stað er leitast við að setja fram nákvæmar og upprunalegar niðurstöður (21). Í upphafi var skoðað hvort sambærilegar kerfisbundnar samantektir væri að finna í gagnagrunnum Cochrane, JBI og PROSPERO en svo reyndist ekki vera. Í kjölfarið var leitað að rannsóknum í PubMed, CINAHL, Scopus og PsycInfo með leitarorðunum *vímuefnavandi* (e. substance-related disorders), *meðgönguvernd* (e. prenatal care), *meðganga* (e. pregnancy) og *upplifun* (e. experience). Aðalleit var gerð 1. janúar 2022 og viðbótarleit 1. október 2024 (sjá töflu 1). Upphaflega var leitin ekki takmörkuð við eigindlega aðferð en við yfirferð kom í ljós að rannsóknir á persónulegri reynslu kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd var eingöngu að finna í eigindlegum rannsóknum. Höfundar völdu því að byggja samantektina á eigindlegum rannsóknum til að geta svarað rannsóknarspurningunni.

Inntökuskilyrði í samantektina voru eigindlegar rannsóknir á konum sem höfðu nýlega eða núverandi sögu um notkun vímuefna á meðgöngu þar sem upplifun þeirra af meðgönguvernd var skoðuð. Engin tímamörk voru sett um birtingu rannsókna og miðað var við að greinar væru ritaðar á ensku eða íslensku (sjá töflu 2). Gæðamat rannsókna miðaðist við ≥7 stig af 10 á JBI-QARI gæðamatskvarða (Joanna Briggs Institute, 2020). Greinar voru útilokaðar ef þær voru metnar með <7

Tafla 2 Inntöku- og útilokunarskilyrði rannsókna á upplifun kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd.

Inntökuskilyrði	Útilokunarskilyrði
Þátttakendur: Konur sem hafa sögu um vímuefnavanda á meðgöngu og reynslu af meðgönguvernd.	Ef eingöngu var verið að skoða tóbaksnotkun á meðgöngu.
Útkomubreytur: Skoðaðar voru breytur sem endurspegla sálfélagslega líðan eins og upplifun.	Breytur ótengdar rannsóknarspurningu.
Tegund rannsókna og aðgengi: Ritrýndar eigindlegar rannsóknir sem eru aðgengilegar í viðurkenndum rafrænum gagnasöfnum.	Samantektarrannsóknir og rannsóknir með annarri aðferðafræði en eigindlegri. Blandaðar aðferðir ef ekki var hægt að aðgreina eigindlega hlutann frá.
Útgáfuár og tungumál: Engin tímatakmörk og greinar skulu ritaðar á ensku eða íslensku.	
Gæði: Rannsóknin varð að skora ≥7 af 10 í JBI-QARI matskvarða.	Rannsóknir sem skora <7 af 10 í JBI-QARI matskvarða.

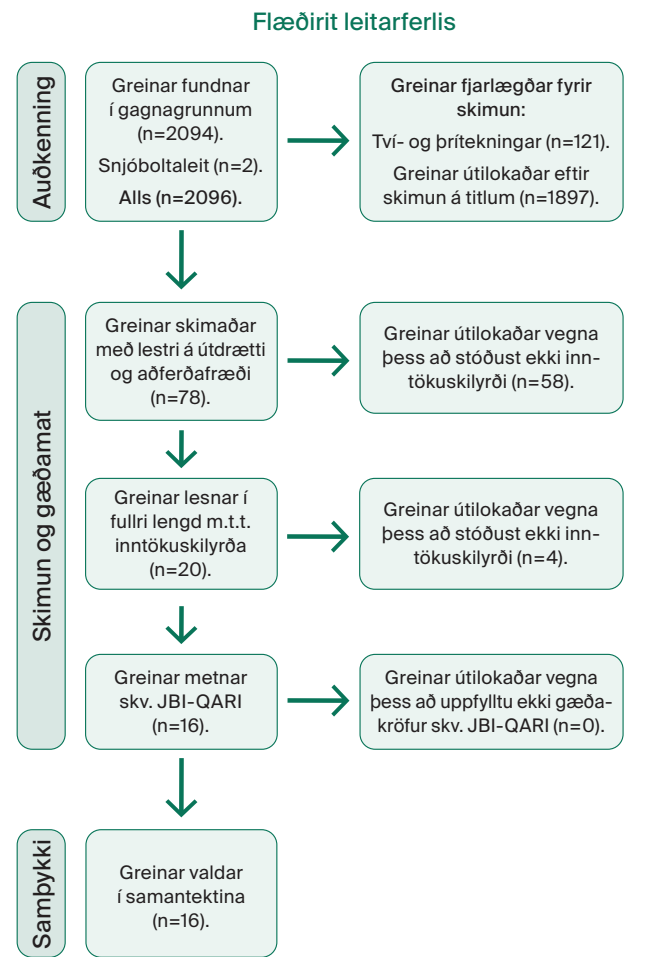
á JBI-QARI gæðamatskvarða, innihéldu ekki upprunalegar eigindlegar niðurstöður eða notuðu blandaðar aðferðir þar sem ekki var hægt að aðgreina eigindlegar niðurstöður frá megindlegum. Þá voru rannsóknir á tóbaksnotkun eingöngu, útilokaðar frá samantektinni.

Ferli gagnagreiningar var í þremur skrefum. Fyrst var leitast við að draga fram frumgögn, þ.e. niðurstöður úr eigindlegu rannsóknunum, samkvæmt skilgreiningu í þeim. Næst var þeim raðað í flokka með því að draga saman svipaða merkingu úr einstaka niðurstöðum og sett fram stutt lýsing á lykilhugtaki sem varð til við samsöfnun tveggja eða fleiri svipaðra niðurstaðna. Að lokum var flokkunum raðað saman svo úr varð samsett heildarmynd. Skrefin þrjú eru grundvöllur samsettrar heildarmyndar og tákna skýra samsetningu með kerfisbundnum hætti (21). Stuðst var við PRISMA yfirlýsingu (e. *Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis*) við framsetningu gagna (22).

Niðurstöður

Alls fengust 2.094 greinar úr þessum fjórum gagnagrunnum (sjá mynd 1) og tvær greinar fundust til viðbótar með snjóboltaleit. Upplýsingar um úrvinnslu leitar og mat á greinum má sjá á mynd 1. Útilokun greina var samkvæmt inntöku- og útilokunarskilyrðum og gæðamati (sjá töflu 2). Eftir stóðu 16 eigindlegar rannsóknir sem uppfylltu inntökuskilyrði og gæðamat til að vera með í samantektinni.

Mynd 1 Flæðirit leitar í gagnagrunnum og úrvinnslu rannsókna í kerfisbundinni fræðilegri samantekt um upplifun kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd.



Eigindlegu rannsóknirnar í samantektinni voru gerðar á árunum 2002 til 2021 í Ástralíu (n=1), Bandaríkjunum (n=10), Finnlandi (n=1), Kanada (n=3) og Svíþjóð (n=1). Engin þeirra var með blönduðu rannsóknarsniði. Þrjár rannsóknanna voru viðtækari og einblíndu einnig á fleiri hópa, s.s. fagaðila eða aðra viðkvæma hópa og var þeim hluta niðurstaðna sleppt í samantektinni. Einstaklings- eða rýnihópaviðtöl voru notuð við gagnasöfnun í öllum rannsóknunum nema einni sem var kortlagning á vegferð einstaklinga (e. patient journey maps) (23). Mismunandi greiningaraðferðir voru notaðar í rannsóknunum þar sem flestir notuðu innihaldsgreiningu (n=4), etnógrafíu (n=4) og þemagreiningu (n=5). Í tveimur rannsóknum var túlkandi fyrirbærafræði notuð og í einni grunduð kenning (sjá töflu 3).

Sextíu og fjórar niðurstöður og undirniðurstöður leiddu í ljós fjóra flokka sem voru myndaðir með því að draga saman svipaðar merkingar einstakra niðurstaðna sem unnið var úr (sjá töflu 4). Á bilinu tvær til níu niðurstöður komu fram í hverri rannsókn.

Fyrsti flokkurinn, *Flóknar tilfinningar*, samanstendur af 27 niðurstöðum. Annar flokkurinn, *Viðhorf umönnunaraðila*, samanstendur af 18 niðurstöðum. Þriðji flokkurinn, *Áskoranir*, samanstendur af 13 niðurstöðum. Fjórdi og síðasti flokkurinn, *Stuðningur*, samanstendur af 19 niðurstöðum.

Flóknar tilfinningar

Flokkur eitt var víðtækur og innihélt margar niðurstöður. Í öllum rannsóknunum greindu konurnar frá margs konar flóknum tilfinningum. Margar þeirra upplifðu innri streituvalda og fordóma sem einkenndust af skömm, sektarkennd og ótta (24, 25). Sumar kvennanna upplifðu stöðugan kvíða og áhyggjur sem gat ýtt undir vímuefnanotkun til að draga úr streitu (24, 26). Í rannsókn Paris o.fl. tjáðu konur „að þær væru hræðilegar og töluðu um hvernig þær hötuðu sjálfar sig fyrir að vera með vímuefnavanda og fyrir að nota vímuefni á meðgöngu“ (27). Vímuefnanotkun var þannig lýst eins og baráttu með margs konar innri og ytri streituvöldum sem gat ýtt undir notkun vímuefna í þeim tilgangi að takast á við eða flýja raunveruleikann (25).

Margar konur óttuðust að vera dæmdar af fagfólki þegar þær leituðu sér þjónustu. Þær upplifðu fagaðila innan heilbrigðis- og félagsþjónustu ýmist sem bandamenn eða andstæðinga og stór hluti þeirra skynjaði fordóma frá þeim (28, 29) og sem „áhættusama“ (26, 30) þar sem greint var frá ótta kvenna vegna aðkomu félagsþjónustu eða barnaverndar. Jafnframt upplifðu þær oft vantraust og tortryggni gagnvart heilbrigðisstarfsfólki þar sem ótti við að farið væri á bak við þær t.d. með tilkynningu til barnaverndar varð þess valdandi að þær upplýstu ekki um vímuefnanotkun sína (25, 29–31).

Á hinn bóginn gat þungun virkað sem hvatning til lífsstílsbreytinga og lýstu þátttakendur meðgöngu og móðurhlutverki sem hvatningu í átt að bata. Umhyggja fyrir ófæddu barni og ótti við að missa barn í umsjá barnaverndar gat leitt til ákvörðunar um að afhjúpa sig og vera heiðarlegar um vímuefnanotkun til að fá viðeigandi aðstoð (25, 27, 32). Meðgönguvernd gat létt á sektarkennd hjá sumum konum og þær upplifðu að þær væru að gera eitthvað rétt, sem leiddi til aukins sjálfstrausts (27, 32, 33). Sumar konurnar lýstu þó ákveðinni vantrú á getu sinni til að draga úr eða hætta að nota vímuefni (25, 30). Trú á eigin getu til breytinga á vímuefnanotkun og til að fylgja þeim eftir var mikilvægur þáttur sem gat stuðlað að breytingum til lengri tíma (25).

Viðhorf umönnunaraðila

Upplifun kvenna af umönnunaraðilum var misjöfn í rannsóknunum þar sem meginþemun tengdust neikvæðu viðhorfi umönnunaraðila, fordómum, mismunun, virðingarleysi og stimulun (e. stigma) (24, 29, 30, 32). Konurnar upplifðu jafnvel algjört valdleysi þegar kom að umönnun þeirra og fannst eins og þær væru álitnar „glæpamenn“ (34, 35). Í rannsókn sem gerð var í Kanada sótti meirihluti kvennanna ekki meðgönguvernd fyrr en þær voru komnar fimm eða sex mánuði á leið vegna þess að annað hvort höfðu þær ekki orðið varar við þungunina

Höfundar (ár) Land Gæðamat JBI-QARI	Rannsóknar-snið Aðferð	Tilgangur	Pátttakendur	Niðurstöður
Blair o.fl. (2021) (36) USA 10	Innihaldsgreining. Hálfstöðluð viðtöl.	Að lýsa upplifun einstaklinga með ópióiðafíkn af stuðningi í barn-eignarferlinu.	11 konur eftir fæðingu sem báðu viðhaldsmeðferð vegna ópióiðafíknar.	Fjögur þemu voru greind um reynslu af stuðningi: upplýsingagjöf, tengsl, samþykki og heildrænn stuðningur. Pátttakendur greindu að mestu leyti frá jákvæðri reynslu af meðgönguvernd og umönnun nýbura á núverandi meðgöngu og/eða fæðingu.
Howard (2015) (24) USA 9	Túlkandi fyrirbæra-fræði. Hópvíðtöl innan 6 mánaða eftir fæðingu.	Að skoða reynslu kvenna með ópióiðafíkn af umönnun á meðgöngu, í fæðingu og eftir fæðingu.	20 konur eftir fæðingu sem höfðu notað ópióiða á meðgöngu.	Skynjun á sjálfri sér – stigma, innra og ytra. Innra stigma felur í sér sjálfshatur, skömm, sektarkennd og ótta. Ytra stigma felur í sér staðfestingu á stimulun eða mismunun gagnvart barnshafandi konu með ópióiða-fíkn. Stimplun var frá tveimur hliðum; ópióiðafíkn er ekki viðurkennd í samfélaginu og svo þegar við bætist að kona með vímu-efnavanda er barnshafandi því „góðar mæður“ nota ekki vímuefni. Meirihlutinn upplifði ytri fordóma, skömm og sektar-kennd.
Kim o.fl. (2022) (29) USA 7	Rýnihópar. Þemagreining.	Að skoða reynslu einstaklinga með ópióiðavanda á meðgöngu og eftir fæðingu	24 einstaklingar með ópióiðavanda á meðgöngu og eftir fæðingu.	Fjögur meginþemu voru greind en einungis tvö af þeim áttu við um meðgönguvernd: 1) umönnun sem einkenndist af skorti á virðingu og neikvæð samskipti þar sem þær upplifðu að vera dæmdar og undir stöðugu eftirliti; 2) takmörkuð heilbrigðis- og félagsþjónusta sem mætti ekki þörfum þeirra.
Kramlich o.fl. (2018) (31) USA 10	Etnógrafía. Hálfstöðluð viðtöl.	Að skilja reynslu kvenna af aðgengi að umönnun sem nauðsynleg er vegna bata, meðgöngu og uppeldi.	13 konur eftir fæðingu, flestar fjölbyrjur í samböndum og með forræði yfir börnum sínum. Meira en helmingur nýburanna þurfti meðferð vegna fráhrarfs-einkenna.	Þrjú þemu sem innihalda áskoranir varðandi meðferð og umönnun, tækifærum til að tengjast og mikilvægi samskipta. Niðurstöður benda á nauðsyn þess að umönnunaraðilar og stefnumótendur dragi úr hindrunum í meðferð og umönnun sem tengist skipulagningu, fordómum og skorti á skilningi á vímuefnaneyslu á meðgöngu.
Latuskie o.fl. (2019) (25) Kanada 10	Fyrirbærafræði. Rýnihópar.	Að skilja reynslu kvenna af notkun vímuefna á meðgöngu og ástæður þess að konur halda áfram og/eða hætta að nota vímuefni.	11 konur á meðgöngu eða eftir fæðingu, pátttakendur í snemmihlutun <i>Breaking the Cycle</i> (BTC). Höfðu verið í þjónustu hjá BTC í 4–71 mánuði og í bata frá vímuefnaneyslu í 6–84 mánuði.	Konur upplifðu ytri og innri streituvalda, sektarkennd, litla sjálfsgetu og takmarkaðan skilning á afleiðingum vímuefnaneyslu sem gat ýtt undir áframhald á notkun vímuefna. Konur lögðu áherslu á mikilvægi aukinnar eigin getu og góðum samskiptum þegar þær reyndu að gera jákvæðar breytingar ávímuefnanotkun á meðgögunni.
Leiner o.fl. (2021) (28) USA 8	Grunduð kenning. Hálfstöðluð viðtöl, rýnihópar. Þátttökuathugun.	Að kanna reynslu kvenna sem neyta ópióiða og þiggja umönnun á meðgöngu.	27 konur með ópióiðafíkn á meðgöngu og voru meðhöndlaðar með Buprenorphine.	Þrjú þemu voru greind: ótti við aðkomu félagsþjónustu, undirbúningur fyrir fæðingu og viðbrögð umönnunaraðila við ótta. Áhyggjur komu fram af aðkomu félagsþjónustunnar í kjölfar upplýsingagjafar um vímuefnanotkun á meðgöngu.
Leppo, A. (2012) (30) Finnland 9	Etnógrafía. Hálfstöðluð viðtöl.	Að kanna/lýsa rök-hugsun barns-hafandi kvenna um áhættu sem fylgir fíkniefnanotkun á meðgöngu.	14 konur eftir fæðingu sem höfðu notað ólögleg vímuefni á meðgöngu og höfðu mætt reglulega í meðgöngu-vernd.	Það sem konur óttuðust mest í tengslum við notkun ólöglegra vímuefna á meðgöngu var að fæða barn með fráhrarfseinkenni, að-koma barnaverndar og missir barna í kjölfarið. Ekki voru áhyggjur af áhættu fyrir eigin heilsu. Þær höfðu áhyggjur af neikvæðum viðhorfum fagaðila ef þær leituðu aðstoðar og óttuðust að hætta notkun vímuefna því þær töldu það ekki áhættulaust að halda sig alveg frá þeim. Tilhugsunin um vímuefnalausan lífsstíl fól í sér ótta sem tengdist líkamlegum og andlegum sársauka og félagslegum þáttum. Vinir og kunningjar kvennanna gegndu lykilhlutverki varðandi þekkingu á áhættuþáttum.

← **Tafla 3** Yfirlit eigindlegra rannsókna á upplifun kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd. (framhald á næstu síðu)

Höfundar (ár) Land Gæðamat JBI-QARI	Rannsóknar-snið Aðferð	Tilgangur	Pátttakendur	Niðurstöður
Milligan o.fl. (2002) (37) USA 8	Etnógrafía. Rýnihópar.	Að safna upp-lýsingum um upp-lifun af barneignar-þjónustu hjá konum í viðkvæmri stöðu.	62 heimilislausar konur á meðgöngu eða eftir fæðingu með núverandi eða fyrri sögu um vímu-efnanotkun. Búa í samfélagi með háa tíðni ungbarna-dauða og fátæktar-vísitölu og skort á fullnægjandi fæðingarhjálp.	Þrjú þemu sem innihéldu vímuefnalífsstíl sem hindrun þess að sækja barneignarþjónustu, hlutverk maka/stuðningsaðila og viðhorf fagaðila annaðhvort hvetjandi eða hindrandi. Leggja þarf áherslu á viðhorf fagaðila og hlutverk maka/stuðningsaðila.
Mitchell-Foster o.fl. (2021) (23) Kanada 9	Þemagreining. Kortlagning á vegferð (e. Patient journey maps) barnshafandi kvenna með vímu-efnavanda.	Að skoða upplifun kvenna með vímu-efnavanda af meðgönguvernd. Einnig var skynjun fagaðila sem sinnu konum með vímuefnavanda á meðgöngu.	3 konur með vímu-efnavanda. 20 fagaðilar í meðgönguvernd.	Konur lýstu tilfinningum um sársauka, missi, fordóma og reiði í samskiptum við barn-eignarþjónustu á meðgöngu. Umönnunar-aðilar lýstu ákveðnu þekkingarleysi á vímu-efnaneyslu á meðgöngu og skaðaminnkun, þrátt fyrir að þeir hafi almennt litíð svo á að þeir veittu samúð án afstöðu. Benti kortlagning á vegferð kvennanna til fordóma af hálfu umönnunaraðila. Fordómar fela í sér margvíslegar hindranir fyrir konurnar. Umönnunaraðilar gegna lykilhlutverki í að hvetja eða hindra umönnun.
Morris o.fl. (2012) (34) Ástralía 9	Etnógrafía. Viðtöl: tvö á meðgöngu og eitt eftir fæðingu.	Að kanna að hve miklu leyti sérhæfð meðgönguvernd uppfyllir þarfir kvenna með vímu-efnavanda.	20 barnshafandi konur með vímu-efnavanda sem sóttu sérhæfða meðgönguvernd fyrir konur með vímuefnavanda.	Margir þættir höfðu áhrif á þróun og viðhald fíknar m.a. óstöðugleiki í fjölskyldu, fjölskyldu-saga um eiturlyf og áfengi, kynferðisofbeldi í æsku, að eiga maka í neyslu og jafnvel með geðsjúkdóm. Góð upplýsingaöflun mikilvæg sem og að virkja konur snemma á meðgöngu og samfella í umönnun. Sérstaklega umönnun ljósmæðra og eftirfylgd eftir fæðingu. Ósamræmi kom fram milli fagaðila og væntinga kvennanna. Áherslan á eftirlitinu var mikið á ófædda barnið – þar sem konan (og ófætt barnið) voru stöðugt undir vöku-lu auga fagaðila í gegnum alls kyns rannsóknir. („eins og þær væru „baby incubator“). Fyrir sumar konur spratt móþrói upp úr því að þeim fannst ekki vera hlustað á sig.
Nordenfors og Höjer (2017) (38) Svíþjóð 8	Innihaldsgreining. Hálfstöðluð viðtöl.	Að skoða reynslu kvenna af stuðningi sérhæfðs teymis fyrir mæður með áfengis- og/eða vímuefnavanda (MBHV) og hvaða áhrif það hafði á upplifun þeirra af barneignarferlinu og getu til að halda sér frá áfengi og/eða fíkniefnum.	17 konur sem nýttu sér þjónustu MBHV teymis á meðgöngu og fyrstu sex mánuði eftir fæðingu.	Mikilvægt er að fagaðilar finni jafnvægi milli eftirlits og stuðnings. Jafnframt þurfa viðhorf þeirra að vera án fordóma til að hægt sé að byggja upp traust samband við konurnar. Stuðningur. Aðgengilegt. Heildrænn nálgun. Traust í sambandi/pátttaka. Séð sem manneskja og ekki vera dæmd. 360° snúningur... öðruvísi líf.

Tafla 3 (framhald) Yfirlit eigindlegra rannsókna á upplifun kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd.

Höfundar (ár) Land Gæðamat JBI-QARI	Rannsóknar-snið Aðferð	Tilgangur	Þátttakendur	Niðurstöður
O'Rourke-Suchoff o.fl. (2020) (32) USA 9	Innihaldsgreining. Hálfstöðluð viðtöl.	Að skoða upplifun af meðgöngu og fæðingu frá sjónar-hóli kvenna með ópíóiðafíkn.	9 konur eftir fæðingu sem voru á viðhalds-meðferð á meðgöngu vegna ópíóiðafíknar og höfðu sögu um kynferðisofbeldi.	Jákvæð reynsla á meðgöngu: hvatning og aðgengi að meðferðarúrræðum. Þátt-takendur töldu meðgöngu vera ástæðu til að viðhalda bata og betra aðgengi að úr-ræðum á meðgöngu. Áhyggjur voru af verkjastjórnun í fæðingu, aðkomu barna-verndar og fordómum umönnunaraðila sem myndi leiða til neikvæðra samskipta við heilbrigðiskerfið.
Paris o.fl. (2020) (27) USA 9	Innihaldsgreining. Viðtöl.	Að skilja hvers vegna barnshafandi konur með vímuefnavanda kjósa að greina ekki frá vímuefnanotkun í meðgönguvernd.	21 kona með ung börn sem höfðu verið útsett fyrir ópíóiðum, kókaíni eða viðhaldsmeð-ferð á meðgöngu.	Fjögur þemu voru greind: ástæður þess að segja ekki frá vímuefnanotkun, leiðir til að halda henni leyndri, ástæður fyrir að segja frá og leiðir til að segja frá. Konur greindu frá togstreitu um hvort upplýsa ætti umönnunaraðila um notkun vímuefna á meðgöngu.
Roberts og Pies (2011) (33) USA 8	Þemagreining. Hálfstöðluð viðtöl. Rýnihópar.	Að fá fram sjónarmið kvenna á hindrunum fyrir meðgönguvernd og hvernig vímuefna-notkun og þættir sem tengjast henni eru hindrandi.	38 konur, barns-hafandi eða með börn yngri en 2ja ára. Flestar höfðu fengið einhverja þjónustu á síðustu meðgöngu. Flestar notuðu fleiri en eitt vímuefni.	Konur sem nota vímuefni sækja og forðast barneignarþjónustu af ástæðum sem tengjast ekki endilega fíkniefnanotkun þeirra. Þar má nefna áhyggjur af heilsu barnsins, félagslegan stuðning og ytri hindranir eins og sjúkratryggingar og samgöngur. Fíkní-efnanotkunin sjálf er hindrun fyrir sumar konur. Auk notkunar fíkniefna upplifa konur marga áhættuþætti samhliða neyslunni sem veldur erfiðleikum við að leysa ytri hindranir. Konur óttast einnig áhrif fíkniefnanotkunar á heilsu barnsins og óttast að vera tilkynntar til barnaverndar.
Stengel (2014) (26) Kanada 8	Þemagreining. Hálfstöðluð viðtöl.	Að öðlast innsýn í hvernig konur sem neyttu vímuefna á meðgöngu skildu, brugðust við innra með sér og hvernig þær brugðust við áhættu, ásamt því að vinna með heil-brigðis- og félags-þjónustu.	13 barnshafandi konur og konur sem höfðu neytt fíkniefna á meðgöngu og fengu umönnun frá HerWay, prógrammi í Kanada.	Fagaðilar heilbrigðis- og félagsþjónustu sem andstæðingar og bandamenn. Stimplun felur í sér áhættu (<i>Risk internalised as stigma</i>) Konurnar í rannsókninni höfðu mismunandi skilning á áhættu á meðgöngu tengt vímuefnaneyslu. Konurnar upplifðu fordóma frá fagaðilum innan heilbrigðis- og félagsþjónustunnar sem leiddi til minni sjálfsgetu og verri líðanar. Það leiddi til þess að þær sóttu síður meðgönguvernd.
Syvertsen o.fl. (2021) (35) USA 8	Þemagreining. Hálfstöðluð djúp-viðtöl.	Að skoða hvernig fordómar komu fram á meðgöngu kvenna.	28 konur með sögu um misnotkun á ópíóiðum á með-göngu eða höfðu nýlega fætt barn. Langflestar á við-haldsmeðferð. 18 heilbrigðisstarfs-menn.	Meðganga var hvati fyrir meðferð, en konurnar stóðu frammi fyrir margvíslegum fordómum, jafnvel þegar þær reyndu að „gera allt rétt“ með því að þiggja viðhalds-meðferð. Fordómar komu fram í heilbrigðis-þjónustu sem var hindrun í umönnun. Fordómar komu helst þannig fram að þær upplifðu sig dæmdar eða sem birtist í lakari umönnun.

fyrir eða vegna þess að þær höfðu áhyggjur af neikvæðu viðhorfi umönnunaraðila (26). Þrátt fyrir að sumar konur hafi greint frá jákvæðum stuðningi í samskiptum við heilbrigðisstarfsfólk þá komu einnig fram ýmsir neikvæðir þættir í samskiptum við um-önnunaraðila, þar á meðal tilfinning um jaðarsetningu, að vera dæmdar, ekki sé hlustað á þær, talað sé niður til þeirra og að þær væru meðhöndlaðar á annan hátt en aðrar konur (29, 36). Ef konur upplifðu að umönnunaraðili hlustaði ekki eða tæki ekki mark á þeim var það hindrun fyrir að sækja meðgönguvernd (31, 33). Neikvæð upplifun af umönnunaraðilum vakti tilfinningar um sektarkennd, skömm og jafnvel reiði (23, 25). Hins vegar ef ljósmóðir sýndi konu einlægan áhuga, hafði skilning á for-sögu hennar og valdi að ræða jafnt um persónulega hagsmuni sem heilbrigðistengd mál þá upplifðu þær meiri kraft og aukinn áhuga á meðgöngu sinni og þeim áskorunum sem fram undan voru (34).

Í einni rannsókninni kom fram að upplifun kvenna og umönnunaraðila á umönnun var ólík – konurnar upplifðu að þær væru dæmdar af umönnunaraðilum, þrátt fyrir að umönnunaraðilar hafi almennt litið svo á að þeir hafi veitt samúðarfulla umönnun án hlutdrægni (23).

Áskoranir

Konur með vímuefnavanda á meðgöngu stóðu frammi fyrir ýmsum hindrunum og áskorunum. Ef margar hindranir voru samtímis jók það á erfiðleika við að yfirstíga þær og þannig varð áskorunin enn meiri (33). Í fjórum rannsóknum greindu konur frá hvernig lífsstíll sem gjarnan fylgir vímuefnanotkun væri ákveðin hindrun fyrir þær. Nokkrar konur sögðust hafa forgangsraðað tækifærum til að neyta vímuefna frekar enn að sækja meðgönguvernd og þurftu að grípa til lyga eða ákveðinnar hagræðingar til að halda vímuefnanotkun sinni leyndri. Þær óttuðust einnig líkamleg og sálræn fráhrarfseinkenni sem erfitt var að yfirstíga (27, 30, 33, 37). Heilsulæsi var einn af þeim þáttum sem gat verið hindrun í bata og tengdist minni hvatningu til að sækja meðgönguvernd og minni þekkingu á áhættu af notkun vímuefna fyrir ófædda barnið (25, 31).

Konurnar stóðu einnig frammi fyrir ytri hindrunum eins og erfiðleikum við samgöngur, fátækt, heimilisleysi, skort á sjúkratryggingum, tímasetningar og aðgengi að heilbrigðis-þjónustu (29, 31, 33). Ein konan lýsti því hvernig margir hlutir þyrftu að ganga upp samtímis og mikinn stuðning þyrfti til að ná árangri (30).

Stuðningur

Samskipti við umönnunaraðila sem einkenndust af virðingu, skilningi, samkennd og vingjarnlegu viðmóti voru hvati fyrir konurnar til að sækja meðgönguvernd (31, 37). Umönnun sem fól í sér hlýju, umhyggju og stuðning var hvatning til að vera heiðarleg um vímuefnanotkun sína. Það var mikilvægur liður í að konurnar myndu þiggja ráðgjöf og meðferð (25). Samvinna, góð samskipti og þátttaka í ákvarðanatöku um umönnun í með-gönguverndinni var þeim mikilvæg. Það skipti máli að upplifa viðurkenningu og að komið væri fram við þær eins og aðrar

konur, án þess að einblínt væri um of á sögu þeirra um vímu-efnanotkun (31, 36). Konurnar lýstu yfir mikilvægi þess að hafa gott aðgengi að þjónustunni og að þekkja umönnunaraðila en upplifðu óþægindi ef einhverjar breytingar urðu á umönnunar-aðilum sem sinnti þeim (31). Í rannsókn Nordenfors og Höjer (38) höfðu flestar konurnar jákvæða reynslu af meðgönguvernd, starfsfólkið var ljúft, auðmjúkt, mannlegt, umhyggjusamt og skilningsríkt og hafði hlustað á þær. Það skipti miklu máli að þeim væri mætt þar sem þær voru staddar og að umönnunar-aðilar hefðu skilning á hversu erfið fíknin og batinn væri, en fannst hins vegar erfitt ef það var ekki gert. Flestar konur með vímuefnavanda virtust álíta að þær væru meðhöndlaðar sem „áhættusamar“ og væru því háðar auknu eftirliti á meðgöngu. Sem dæmi sögðust nokkrar konur hafa farið í vímuefnapróf reglulega á meðgöngunni og að þeim hefði ekki verið gefið val um slík próf. Hins vegar sögðust sumar konur vera ánægðar með þetta aukna eftirlit þar sem þær gætu þá sýnt fram á að þær væru ekki að nota vímuefni á meðgöngunni (26, 31).

Fram kom að konur með vímuefnavanda óttast aðkomu barnaverndar og möguleg fráhrarfseinkenni nýbura. Þeim fannst erfitt að vera óundirbúnar því sem tæki við eftir fæðingu og mögulegri þörf fyrir lyfjameðferð hjá barninu. Þeim fannst mikilvægt að fá fræðslu og undirbúning fyrir fæðingu. Það fólst meðal annars í upplýsingum um hvernig aðkoma félags-þjónustunnar yrði og hverju mætti búast við eftir fæðingu. Þá mátu þær mikils að fá upplýsingar um hvernig fylgst yrði með nýfæddum börnum þeirra og hvernig þau yrðu meðhöndluð ef á þyrfti að halda (28, 31, 36).

Heildrænn stuðningur var mikilvægur fyrir margar konur, ekki bara stuðningur umönnunaraðila heldur einnig maka, fjöl-skyldu og vina. Upplýsandi og áþreifanlegur stuðningur hjálpaði konunum að leysa ytri hindranir. Stuðningurinn var þeim einnig hvatning til að takast á við áskoranir eins og fíkn, foreldrahlut-verkið og félagsleg samskipti (25, 36, 38).

Samsett heildarmynd: Reynsluheimur kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd
Þessir fjórir flokkar leiddu til myndunar á samsettri heildar-mynd sem nefnist *reynsluheimur kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd* og dregur saman niðurstöður um reynslu þátttakenda í rannsóknunum (mynd 2).

Umræða

Þessi eigindlega samantekt um upplifun af meðgönguvernd varpar ljósi á reynsluheim kvenna með vímuefnavanda frá þeirra sjónarhóli. Samsetta niðurstaðan er mynduð úr fjórum flokkum sem fela í sér flóknar tilfinningar, viðhorf umönnunaraðila, áskoranir og stuðning. Í gegnum alla flokkana má greina að samskipti barnshafandi kvenna við umönnunaraðila gegna lykil-hlutverki í upplifun þeirra. Traust og gagnkvæmni í þeim sam-skiptum virðist vera grundvallaratriði í árangri – þær lýstu því að góð samskipti við umönnunaraðila sem mætti þeim á þeirra

Tafla 4 Niðurstöður úr frumgögnum rannsókna á upplifun kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd.

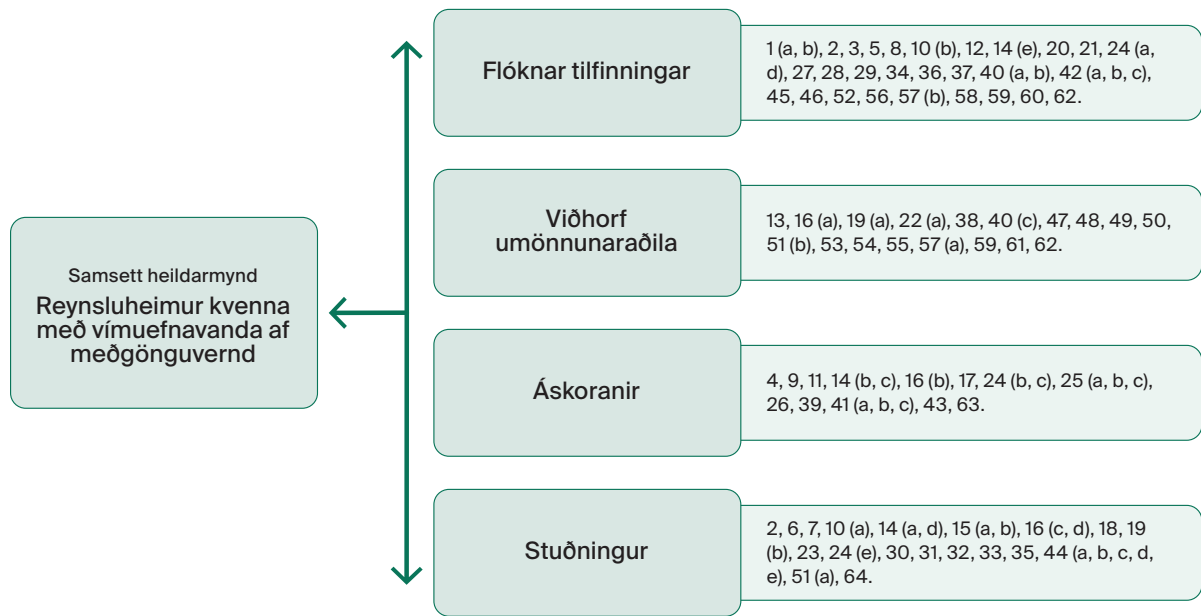
Rannsókn	Númer frumgagna	Niðurstöður úr frumgögnum
Latuskie o.fl. (2019) (25)	9 (1–9)	Á meðgöngu: 1. Innri og ytri streituvaldar: a) Innri: Sektarkennd vegna vímuefnaneyslu eða vanhæfni til að hætta að nota vímuefni. b) Ytri: Samfélagslegur þrýstingur, sambönd maka og fjárhagslegt álag. 2. Veruleikaflótti. 3. Sjálfsgeta: Hafa ekki trú á sjálfri sér til að stöðva vímuefnanotkun. 4. Almenn þekking á vísindunum: Skortur á skilningi á áhættu af notkun vímuefna á meðgöngu. Sex mánaða bati eftir fæðingu: 5. Neikvæður utanaðkomandi þrýstingur 6. Jákvæð tengsl við umönnunaraðila: Hljýja, fordómaleysi og skilningur. 7. Jákvæð persónuleg samskipti: Tengsl og stuðningur. 8. Sjálfsgeta: Að hafa trú á eigin getu til að ná markmiðum sínum. 9. Lífeðlislegar breytingar á meðgöngu.
O’Rourke-Suchoff o.fl. (2020) (32)	4 (10–13)	10. Jákvæð reynsla á meðgöngu: a) Stuðningur og aðgangur að bataáætlun. b) Meðganga og móðurhlutverk sem hvatning. 11. Áskoranir í fæðingu: Verkjastjórnun í fæðingu. 12. Áskoranir við umönnun eftir fæðingu: Þátttaka barnaverndar. 13. Áskoranir í tengslum við meðgöngu og fæðingu: Stimplun
Kramlich o.fl. (2018) (31)	3 (14–15)	14. Áskoranir um að fá umönnun og meðferð: a) Framboð þjónustu, b) fjarlægð, staðsetning, c) samgöngur, d) samvinna og samhæfing milli þjónustuaðila, e) ótti um líkamlegt og tilfinningalegt öryggi. 15. Tækifæri til að tengjast: a) stuðningur eða hindrun við að tengjast barni, b) upplýsingar og undirbúningur. 16. Mikilvægi tengsla: a) Virðing, samkennd, að vera dæmd, b) að skilja áskoranirnar, c) stöðugleiki umönnunar, d) samráð, þátttaka.
Milligan o.fl. (2002) (37)	3 (17–19)	17. Vímuefnalífsstíll: Hindrun í meðgönguvernd. 18. Hlutverk og þátttaka barnsföður: Hvatning 19. Viðhorf starfsfólks: a) Neikvæð viðhorf – hindrun, b) Jákvæð samskipti – hvatning.
Mitchell-Foster o.fl. (2021) (23)	4 (20–23)	20. Heildartilfinning um sársauka, missi og að vera dæmd. 21. Aðkoma barnaverndar, vantraust. 22. Reiði gagnvart heilbrigðisþjónustu á meðgöngu. 23. Jákvætt viðhorf: Umhyggja, skilningur og öryggi frá umönnunaraðilum.
Robert og Pies (2011) 33)	3 (24–28)	24. Að sækja meðgönguvernd af ástæðum sem ekki eru tengdar vímuefnanotkun þeirra: a) Fullvissa um heilbrigði barns, b) Sækja upplýsingar, c) Að hafa sjúkratryggingu, d) Félagslegur stuðningur. 25. Að sniðganga meðgönguvernd af ástæðum sem ekki tengdust vímuefnanotkun þeirra: a)Ytri hindranir s.s. sjúkratryggingar, samgöngur og tímabókanir, b) Félagslegur stuðningur, c) Tímaskortur starfsfólks. 26. Vímuefnaneyslan sjálf samhliða áhættuþáttum sem hindrun. 27. Vímuefnanotkun og von um heilbrigtt barn. 28. Ótti við barnavernd.
Leiner o.fl. (2021) (28)	3 (29–31)	29. Áhyggjur af aðkomu barnaverndar. 30. Undirbúningur fæðingar. 31. Umönnunaraðilar sem bregðast við ótta.
Blair o.fl. (2021) (36)	4 (32–35)	32. Mikilvægi upplýsinga. 33. Tengsl við umönnunaraðila. 34. Tilfinning um viðurkenningu. 35. Heildrænn stuðningur.
Leppo, A. (2012) (30)	4 (36–39)	36. Ótti við fráhrarfseinkenni nýbura 37. Aðkoma barnaverndar og missir barna í kjölfarið. 38. Neikvæð viðhorf þegar aðstoðar er leitað hjá fagfólki sem vöktu tilfinningar á borð við sektarkennd, skömm, kvíða, reiði og jafnvel örvæntingu. 39. Að hætta vímuefnaneyslu.

Rannsókn	Númer frumgagna	Niðurstöður úr frumgögnum
Paris o.fl. (2020) (27)	4 (40–43)	40. Ástæður þess að halda vímuefnanotkun leyndri: a) Ótti, b) Skömm/sektarkennd, c) Tilfinning um að vera dæmd af öðrum. 41. Leiðir til að halda vímuefnanotkun leyndri: a) forðun, b) hagræðing, c) lygar. 42. Sækja þjónustu: a) umhyggja fyrir barni, b) þörf fyrir aðstoð, c) þörf á breytingum. 43. Að finna leið til að upplýsa heilbrigðisstarfsfólk og fjölskyldu.
Nordenfors og Höjer (2017) (38)	2 (44–45)	44. Stuðningur: a) tíð samskipti og eftirlit, b) framboð þjónustu, c) heildrænn þjónusta, d) traust tengsl og þátttaka, e) að vera séð sem einstaklingur og ekki dæmd. 45. Þungun sem hvati til að hætta notkun vímuefna.
Morris o.fl. (2012) (34)	6 (46–51)	46. Viðhorf og skynjun kvenna á umönnun. 47. Ósamræmi milli fagfólks og væntinga kvenna – löngun til að vera meðhöndlaðar eins og aðrar barnshafandi konur. 48. Starfsvenjur fagaðila í heilbrigðisþjónustu. 49. Viðurkenning á þekkingu kvennanna – þekking og reynsla lítilsvirt í ákvarðanatöku. 50. Berskjöldun og höfnun – samskipti á biðstofum, erfitt að ná augnsambandi, orð þeirra vanmetin. 51. Samvinna og ákjósanleg samskipti: a) mikilvægt að fá að taka þátt, b) konur upplifa sig dæmdar og jaðarsettar.
Howard (2015) (24)	1 (52–53)	52. Innri fordómar – skömm og sektarkennd. 53. Ytri fordómar – tilfinning fyrir fordómum frá öðrum þar á meðal fagaðilum heilbrigðisþjónustu.
Syvertsen o.fl. (2021) (35)	1 (54–56)	54. Uppbygging kerfisins, fordómar og stimplun. 55. Sýnileg stimplun heilbrigðisstarfsfólks. 56. Fyrirséð stimplun – aðkoma barnaverndar.
Stengel, C. (2013) (26)	3 (57–60)	57. Fagaðilar innan heilbrigðis- og félagsþjónustu sem andstæðingar og bandamenn: a) virðingarleysi, gagnrýni, ekki tekna alvarlega, læknis-fræðileg meðferð, b) félagsþjónusta mikilvægur þáttur – ótti við að missa forsjá yfir barni. 58. Innri stimplun – skömm, sektarkennd og aðrar neikvæðar tilfinningar tengdar vímuefnanotkun. 59. Stimplun fagaðila innan heilbrigðisþjónustu. 60. Skilningur á áhættu – aðkoma barnaverndar.
Kim o.fl. (2022) (29)	4 (61–64)	61. Umönnun einkennist af skorti á virðingu. 62. Að vera dæmd. 63. Stöðugt eftirlit. 64. Þjónusta mætir ekki þörfum (heilbrigðis- og félags).

forsendum stuðlaði að betri upplifun af meðgönguvernd og ýtti undir jákvæðar breytingar hjá þeim. Það var þeim hvatning til að sækja meðgönguvernd. Hins vegar upplifðu þær bæði innri og ytri fordóma og margþættar áskoranir sem litaði upplifun þeirra á meðgönguvernd og hvort þær vildu yfir höfuð þiggja hana. Flestar kvennanna hafa staðið frammi fyrir ýmsum áskorunum vegna flókinna aðstæðna í lífinu og glíma oft við fjölþætt vandamál, s.s. fyrri áföll, ungan aldur, fátækt og tilheyrja jafnvel minnihlutahópum (5, 9, 25). Þær eru einnig líklegri til að vera með geðheilsuvanda og upplifa flókna tilfinningar eins og streitu, sektarkennd, skömm, ótta og skort á sjálfsgetu (25, 27, 30). Aðkoma barnaverndar var ein af mikilvægum ástæðum fyrir óttatilfinningu kvenna og lakari aðsókn í meðgönguvernd. Skortur á félagslegum stuðningi jók einnig á ótta og því ættu umönnunaraðilar að leggja áherslu á fræðslu um hlutverk barnaverndar sem stuðning fyrir þær í foreldrahlutverkinu og þannig mætti draga úr ótta kvenna við aðkomu þeirra (26, 28).

Þátttakendur rannsókna greindu frá bæði jákvæðum og neikvæðum viðhorfum umönnunaraðila og hafði það áhrif á tilfinningar þeirra, notkun vímuefna og mætingu í meðgönguvernd. Þar sem andleg vanlíðan getur valdið bakslagi í bata vegna vímuefnavanda er mikilvægt að umönnun á meðgöngu feli í sér náíð eftirlit með andlegri líðan og boð um viðeigandi sálfélagslegan og tilfinningalegan stuðning. Umönnunaraðilar í meðgönguvernd þurfa að búa yfir hæfni til að bera kennsl á breytingar á líðan kvenna og til að eiga samræður við konur um vímuefnanotkun, andlega vanlíðan og ofbeldi til að hægt sé að mæta einstaklingsbundnum þörfum þeirra og efla heilbrigði á meðgöngu. Samskipti og virðing milli kvenna og umönnunaraðila gegna lykilhlutverki í að tryggja viðeigandi og árangursríka umönnun (39).

Mynd 2 Reynsluheimur kvenna með vímuefnavanda af meðgönguvernd – samsett heildarmynd sem byggir á númerum niðurstaðna í töflu 4.



Áskoranir gátu reynst konunum erfiðar, sérstaklega ef verið var að takast á við margar á sama tíma (33). Meðganga getur þó virkað sem hvatning fyrir konur til að breyta lífsstíl sínum og draga úr eða hætta notkun vímuefna (40). Í því sambandi reyndist heildrænn stuðningur án fordæmandi viðhorfa mikilvægur þáttur (26, 32). Flóknar tilfinningar urðu til þess að konur áttu erfitt með að horfast í augu við raunveruleikann og sóttu kannski ekki nauðsynlega heilbrigðisþjónustu og meðferð á meðgöngu. Í sambærilegri samantekt þar sem upplifun barnshafandi kvenna með vímuefnavanda af barneignarþjónustu í stærra samhengi var skoðuð, komu fram vísbendingar um að meirihluti kvenna með vímuefnavanda upplifði barn-eignarþjónustu á neikvæðan hátt og lýstu henni sem ákveðinni baráttu. Þær lýstu brestum í umönnun og upplifðu fordóma, vanmátt og skort á virðingu (41) sem var þó ekki í samræmi við sýn umönnunaraðila sem töldu sig veita konunum samúðarfulla umönnun án hlutdrægni (23). Svona mismunandi sýn undir-strikar mikilvægi þess að umönnunaraðilar hlusti á konur sem tilheyra þessum viðkvæma hópi, setji sig í spor þeirra og mæti þeim á þeirra forsendum. Þeir fagaðilar sem koma að umönnun kvenna með vímuefnavanda á meðgöngu verða að vera meðvitaðir um þær hindranir sem kunna að valda því að konur sækja síður meðgönguvernd og þær neikvæðu afleiðingar sem fordómar geta haft á barnshafandi konur með vímuefnavanda. Til þess þurfa umönnunaraðilar að þekkja félagslegar aðstæður þessa hóps og búa yfir góðri samskiptafærni sem skapar traust og stuðlar að góðu meðferðarsambandi. Rannsóknir hafa sýnt að heildræn nálgun þar sem hugað er að líkamlegum, sálfélagslegum og menningarlegum þáttum er valdeflandi og árangursrík leið til að auka aðsókn í meðgönguvernd (41, 42), ekki síst fyrir konur í viðkvæmri

stöðu. Því gegnir skilningur fagfólks á reynsluheimi kvenna veigamiklu hlutverki í umönnun svo hægt sé að veita skilvirka og viðeigandi umönnun til að styðja barnshafandi konur með vímuefnavanda og tryggja bætt lífsgæði ófæddra barna þeirra. Í ljósi þess að konur með vímuefnavanda hafa flóknar þarfir er vert að skoða hvort barneignarþjónustan geti mætt þörfum þeirra betur líkt og gert er í nágrannalöndum okkar þ.e. Noregi, Svíþjóð og Danmörku. Þar hefur verið byggð upp sérhæfð barneignarþjónusta sem miðar að snemmtækri íhlutun og þverfaglegri samvinnu (39). Áhersla er lögð á færniþjálfun fagfólks sem felur í sér þjálfun í samtaltækni og æfingar til að styrkja hæfni í samskiptum. Markmiðið er að styrkja fagfólk sem gjarnan þarf að eiga viðkvæm samtöl við skjólstæðinga sína og auka þannig líkur á að greina áhættuþætti og veita barnshafandi konum og fjölskyldum þeirra snemmtæka íhlutun. Auk þess eru gefnar leiðbeiningar og ráðleggingar um þverfagleg samskipti þar sem fagaðilum gefst kostur á að deila þekkingu sinni og reynslu. Sem dæmi um það hafa verið starfræktar sérstakar fjölskyldugöngudeildir í Danmörku sem að koma lækna, ljósmæður, sálfræðingar og félagsráðgjafar. Úttektir á göngudeildunum benda til að konur sem neyta vímuefna og sækja þjónustuna dragi úr eða hætti notkun þeirra. Meðferð á fjölskyldugöngudeildum getur teygst sig yfir langan tíma, allt frá því snemma á meðgöngu og þar til barnið nær skólaaldri (39). Í Danmörku er eftirfylgd í mörg ár ef talin er þörf á en þá er hlutverk ljósmæðra augljóslega mest í meðgönguvernd, fæðingarhjálp og sængurlegu. Hérlandis eru ekki starfræktar sambærilegar fjölskyldugöngudeildir eins og lýst er hér að ofan og heilt yfir má segja að barneignarþjónusta fyrir þennan hóp sé frekar brotakennd

þar sem takmörkuð samfella er í þjónustunni á milli meðgöngu, fæðingar og sængurlegu. Þá er Ísland eina norræna ríkið þar sem ekki er gert ráð fyrir að þverfagleg teymi séu mynduð formlega í kringum viðkvæmar fjölskyldur (39). Biðlistar eftir þjónustu eru of algengir þrátt fyrir að barnshafandi konur og ungbrarna-fjölskyldur séu í forgangi.

Hagnýting á niðurstöðum í meðgönguvernd
Ljóst er að hér á landi þarf margt að bæta í uppbyggingu barn-eignarþjónustu fyrir konur með vímuefnavanda. Vel mætti taka nágranna okkar á Norðurlöndunum til fyrirmyndar við uppbyggingu barneignarþjónustu fyrir þennan hóp. Brynt er að efla samfellu í þjónustu en einnig þarf að efla þverfaglegt samstarf milli fagaðila, þjónustustiga og stofnana. Með aukinni samfellu í þjónustu má betur stuðla að myndun trausts og gagnkvæmni í sambandi umönnunaraðila og kvenna (20) sem getur verið hvetjandi til að þiggja meðgönguvernd (26, 31, 34). Þannig umönnunarmódel er í samræmi við hugmyndafræði ljósmóðurfræðinnar þar sem nálgun umönnunar miðar að því að konum sé mætt á þeirra forsendum (19, 20, 43). Bæta þarf aðgengi að þverfaglegum stuðningi bæði fyrir og eftir fæðingu líkt og gert er í nágrannalöndunum en, eins og staðan er í dag, eru ýmsar hindranir fyrir sérhæfðri þjónustu fyrir þennan hóp, m.a. vegna biðlista og ófullnægjandi samstarfs milli stofnana. (39, 40). Binda má vonir við að lög um farsæld barna, sem tóku gildi árið 2021, styðji við uppbyggingu þverfaglegrar, aðgengilegrar og heildrænnar þjónustu við þennan hóp, en þar er beinlínis gert ráð fyrir auknu samstarfi stofnana til að mæta barnafjölskyldum sem þörf hafa fyrir aukinn stuðning. Í lögum er lögð rík áhersla á að gengið sé út frá forsendum barna við skipulag þjónustu við fjölskyldur í viðkvæmri stöðu (44). Ljósmæður eru lykilaðilar í meðgönguvernd hér á landi og því mikilvægir talsmenn kvenna með vímuefnavanda á meðgöngu. En samstarf við aðra fagaðila er nauðsynlegt til að hægt sé að mæta flóknum þörfum þessa viðkvæma hóps (45, 46). Margþætt umönnun sem hefur það að markmiði að draga úr tíðni og alvarleika vímuefnanotkunar ætti að vera leiðarljós um leið og hugað er að þáttum sem hvetja konurnar til að sækja meðgönguvernd (45). Forvarnir og meðferð þurfa að fela í sér fyrirbyggingu fordóma, mismununar og jaðarsetningar og stuðla að jákvæðum tengslum við aðra meðferðaraðila. Tryggja þarf faglega þróun í starfi með þjálfun og símenntun svo umönnunaraðilar séu betur í stakk búnir til að bjóða umönnun sem endurspeglar margþættan vanda þessa hóps (18, 47) með hugmyndafræði ljósmóðurfræði um konumiðaða umönnun að leiðarljósi (19, 20). Það getur verið heilmikil áskorun fyrir umönnunaraðila að veita ákjósanlega þjónustu ef einstaklingar eru ekki tilbúnir til samstarfs. Ef ekki tekst að byggja upp gagnvirk samskipti sem byggja á trausti er síður hægt að veita þann stuðning og meðferð sem þarf til að ná árangri í bata (34). Í því sambandi er traust grundvallaratriði og því ætti að leggja áherslu á að byggja upp traust samband milli umönnunaraðila og barnshafandi kvenna í meðgönguvernd (40).

Styrkleikar og takmarkanir
Helsti styrkleiki samantektarinnar er að hún er unnin skipulega og á kerfisbundin hátt. Leitin er skilgreind og skipulega unnin og aðeins viðurkenndir gagnagrunnar notaðir. Ákveðinn styrkleiki felst einnig í því að leitað var viðtækt í nokkrum gagnagrunnum og einungis er notast við frumrannsóknir. Einnig er styrkleiki samsettrar heildarmyndar að nákvæmar og upprunalegar niðurstöður eru settar fram fremur en að höfundar endurtúlki þær. Til að tryggja gæði rannsóknanna í samantektinni var gæðamat framkvæmt skipulega af tveimur aðilum og það byggt á viðurkenndum aðferðum. Helstu takmarkanir felast í að greinar á öðrum tungumálum voru útilokaðar í leitinni og því hætta á að mikilvægar rannsóknir hafi ekki verið teknar með. Einnig voru rannsóknirnar í samantektinni að mestu frá Bandaríkjunum og Kanada en fáar frá Evrópu eða Norðurlöndunum. Vegna ólíkrar uppbyggingar á barn-eignarþjónustu sem og menningar í þessum löndum þarf að fara varlega í að yfirfæra niðurstöður rannsókna á íslenskar konur.

Ályktun

Niðurstaða þessarar eigindlegu kerfisbundnu samantektar bendir til að barnshafandi konur með vímuefnavanda standi frammi fyrir margs konar erfiðleikum og áskorunum sem þó má vel mæta með stuðningi fagfólks. Upplifun á fordómum liggur sem rauður þráður í gegnum frásagnir kvenna og ótti þeirra m.a. við að missa barnið frá sér getur dregið úr hvatningu þeirra til að sækja meðgönguvernd. Niðurstöðurnar gefa umönnunaraðilum og þá sérstaklega ljósmæðrum hugmyndir um með hvaða hætti er hægt að mæta konum með vímuefnavanda á meðgöngu með ljósmóðurfræðilegri nálgun og þannig auka hvata þeirra til að þiggja meðgönguvernd – sem ljóst er að stuðlar að bættri útkomu móður og barns. Hugmyndafræði umönnunar á meðgöngu ætti að styðja við valdeflingu konunnar, efla trú hennar á eigin getu og tryggja að hún upplifi sig velkomna og án jaðarsetningar. Til þess þarf að huga að þjálfun fagfólks sem þarf að fela í sér viðeigandi stuðning, fræðslu og aukna vitund um sín eigin viðhorf.

Samantektin er mikilvægur grunnur fyrir framtíðar-rannsóknir en brynt er að skoða upplifun íslenskra kvenna með sögu um vímuefnanotkun af meðgönguvernd og hvernig hægt er að mæta væntingum þeirra. Raddir kvenna í þessari stöðu verða að heyrast svo hægt sé að byggja upp barneignarþjónustu sem er valdeflandi, án fordóma og mætir þörfum þeirra.

Þakkir

Inga Ágústsdóttir bókasafnsfræðingur á Landspítala fær bestu þakkir fyrir leiðsögn við mótun leitarorða og leitar í gagnagrunnum.

Heimildir

1.

World Health Organization (WHO). WHO recommendations: Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy; 2014. www.who.int/publications/i/item/9789241548731

2.

Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017;5(3):e290–e9.

3.

Mårdby A-C, Lupattelli A, Hensing G, Nordeng H. Consumption of alcohol during pregnancy—A multinational European study. *Women and Birth*. 2017;30(4):e207–e13. doi.org/10.1016/j.wombi.2017.01.003

4.

Rausgaard NL, Ibsen IO, Jørgensen JS, Lamont RF, Ravn P. Prevalence of substance abuse in pregnancy among Danish women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2015;94(2):215–9. doi.org/10.1111/aogs.12528

5.

Nidey N, Kair LR, Wilder C, Froehlich TE, Weber S, Folger A, et al. Substance use and utilization of prenatal and postpartum care. *Journal of Addiction Medicine*. 2022;16(1):84–92. doi.org/10.1097/ADM.0000000000000843

6.

England LJ, Bennett C, Denny CH, Honein MA, Gilboa SM, Kim SY, et al. Alcohol use and co-use of other substances among pregnant females aged 12–44 years—United States, 2015–2018. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(31):1009. doi.org/10.15585/mmwr.mm6931a1

7.

Haight SC, Ko JY, Tong VT, Bohm MK, Callaghan WM. Opioid use disorder documented at delivery hospitalization—United States, 1999–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2018;67(31):845. doi.org/10.15585/mmwr.mm6731a1

8.

Hubberstey C, Rutman D, Schmidt RA, Van Bibber M, Poole N. Multi-service programs for pregnant and parenting women with substance use concerns: women's perspectives on why they seek help and their significant changes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(18):3299. doi.org/10.3390/ijerph16183299

9.

O'Connor A, Harris E, Hamilton D, Fisher C, Sachmann M. The experiences of pregnant women attending a specialist service and using methamphetamine. *Women and Birth*. 2021;34(2):170–9. doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.011

10.

Ross EJ, Graham DL, Money KM, Stanwood GD. Developmental consequences of fetal exposure to drugs: what we know and what we still must learn. *Neuropsychopharmacology*. 2015;40(1):61–87. doi.org/10.1038/npp.2014.147

11.

Lautarescu A, Craig MC, Glover V. Chapter Two - Prenatal stress: Effects on fetal and child brain development. In: Clow A, Smyth N, editors. *International Review of Neurobiology*. 150: Academic Press; 2020. p. 17–40. doi.org/10.1016/bs.irn.2019.11.002

12.

Makris G, Eleftheriades A, Pervanidou P. Early life stress, hormones, and neurodevelopmental disorders. *Hormone Research in Paediatrics*. 2023;96(1):17–24. doi.org/10.1159/000523942

13.

Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI, Ayers., Galán-Paredes A, Caracuel-Romero A. Assessment of posttraumatic stress disorder among women after childbirth using the City Birth Trauma Scale in Spain. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*. 2021;13(5):545–554. doi.org/10.1037/tra0001007

14.

Rayment-Jones H, Butler E, Miller C, Nay C, O'Dowd J. A multisite audit to assess how women with complex social factors access and engage with maternity services. *Midwifery*. 2017;52:71–7.

15.

Kotelchuck M, Cheng ER, Belanoff C, Cabral HJ, Babakhanlou-Chase H, Derrington TM, et al. The prevalence and impact of substance use disorder and treatment on maternal obstetric experiences and birth outcomes among singleton deliveries in Massachusetts. *Maternal and Child Health Journal*. doi.org/10.1007/s10995-016-2190-y

16.

Haddrill R, Jones GL, Mitchell CA, Anumba DO. Understanding delayed access to antenatal care: a qualitative interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14(1):1–14. doi.org/10.1186/1471-2393-14-207

17.

Economidoy E, Klimi A, Vivilaki VG. Caring for substance abuse pregnant women: The role of the midwife. *Health Science Journal*. 2012;6(1):161.

18.

Miles M, Chapman Y, Francis K, Taylor B. Midwives experiences of establishing partnerships: Working with pregnant women who use illicit drugs. *Midwifery*. 2014;30(10):1082–7. doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.020

19.

International Confederation of Midwives. The International Code of Ethics for Midwives. 2014. internationalmidwives.org/resources/international-code-of-ethics-for-midwives/

20.

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. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)

21.

Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *JBIM Evidence Implementation*. 2015;13(3):179–87. doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062

22.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group*. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*. 2009;151(4):264–9. doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097

23.

Mitchell-Foster SM, Emon CE, Brouwer M, Duncan Elder L, King J. Disconnected perspectives: Patient and care provider's experiences of substance use in pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2021;155(2):170–8. doi.org/10.1002/ijgo.13919

24.

Howard H. Reducing stigma: Lessons from opioid-dependent women. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. 2015;15(4):418–38. doi.org/10.1080/1533256X.2015.1091003

25.

Latuskie KA, Andrews NC, Motz M, Leibson T, Austin Z, Ito S, et al. Reasons for substance use continuation and discontinuation during pregnancy: A qualitative study. *Women and Birth*. 2019;32(1):e57–e64. doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.001

26.

Stengel C. The risk of being ‘too honest’: Drug use, stigma and pregnancy. *Health, Risk & Society*. 2014;16(1):36–50. doi.org/10.1080/13698575.2013.868408

27.

Paris R, Herriott AL, Maru M, Hacking SE, Sommer AR. Secrecy versus disclosure: Women with substance use disorders share experiences in help seeking during pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*. 2020;24:1396–403. doi.org/10.1007/s10995-020-03006-1

28.

Leiner C, Cody T, Mullins N, Ramage M, Ostrach BM. “The elephant in the room;” a qualitative study of perinatal fears in opioid use disorder treatment in Southern Appalachia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021;21:1–12. doi.org/10.1080/00952990.2022.2122483

29.

Kim J, Busse M, Kantrowitz-Gordon I, Altman MR. Health Care Experiences During Pregnancy and Parenting with an Opioid Use Disorder. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*. 2022;47(2):100–6. doi.org/10.1097/NMC.0000000000000805

30.

Leppo A. “Subutex is safe”: Perceptions of risk in using illicit drugs during pregnancy. *International Journal of Drug Policy*. 2012;23(5):365–73. doi.org/10.1186/s12939-015-0206-7

31.

Kramlich D, Kronk R, Marcellus L, Colbert A, Jakub K. Rural postpartum women with substance use disorders. *Qualitative Health Research*. 2018;28(9):1449–61. doi.org/10.1177/1049732318765720

32.

O'Rourke-Suchoff D, Sobel L, Holland E, Perkins R, Saia K, Bell S. The labor and birth experience of women with opioid use disorder: A qualitative study. *Women and Birth*. 2020;33(6):592–7. doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.006

33.

Roberts SC, Pies C. Complex calculations: how drug use during pregnancy becomes a barrier to prenatal care. *Maternal and Child Health Journal*. 2011;15:333–41. doi.org/10.1007/s10995-010-0594-7

34.

Morris M, Seibold C, Webber R. Drugs and having babies: an exploration of how a specialist clinic meets the needs of chemically dependent pregnant women. *Midwifery*. 2012;28(2):163–172. doi.org/10.1016/j.midw.2011.03.002

35.

Syvertsen JL, Toneff H, Howard H, Spadola C, Madden D, Clapp J. Conceptualizing stigma in contexts of pregnancy and opioid misuse: A qualitative study with women and healthcare providers in Ohio. *Drug and Alcohol Dependence*. 2021;222: 108677. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108677

36.

Blair LM, Ashford K, Gentry L, Bell S, Fallin-Bennett A. Care experiences of persons with perinatal opioid use: A Qualitative Study. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2021;35(4):320–329. doi.org/10.1097/JPN.0000000000000597

37.

Milligan K, Niccols A, Sword W, Thabane L, Henderson J, Smith A, et al. Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: a meta-analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2010;5:1–14. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-5-21>

38.

Nordenfors M, Höjer I. Mothers with substance and alcohol abuse—support through pregnancy and early infancy. *Social work in health care*. 2017;56(5):381–399. doi.org/10.1080/00981389.2017.1299072

39.

Ingudóttir SD. The first 1000 days in the Nordic Countries: A situation analysis. 2020. www.norden.org/en/publication/first-1000-days-nordic-countries-situation-analysis

40.

Frederiksen N, Nissinen N-M. Identifying use of alcohol and other substances during pregnancy: A Nordic overview. 2020. nordicwelfare.org/en/publikationer/fasd/

41.

Renbarger KM, Shieh C, Moorman M, Latham-Mintus K, Draucker C. Health care encounters of pregnant and postpartum women with substance use disorders. *Western Journal of Nursing Research*. 2020;42(8):612–28. doi.org/10.1177/0193945919893372

42.

Hajizadeh S, Ramezani Tehrani F, Simbar M, Farzadfar F. Factors influencing the use of prenatal care: a systematic review. *Journal of Midwifery and reproductive Health*. 2016;4(1):544–57. doi.org/10.22038/jmrh.2016.6431

43.

Berg M, Ólafsdóttir ÓÁ, Lundgren I. A midwifery model of woman-centred childbirth care—In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2012;3(2):79–87. doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001

44.

Alþingi Íslands. Lög um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna nr. 2021/86. www.althingi.is/lagasafn/pdf/153b/2021086.pdf

45.

Hui K, Angelotta C, Fisher CE. Criminalizing substance use in pregnancy: misplaced priorities. *Addiction*. 2017;112(7):1123–5. doi.org/10.1111/add.13776

46.

Shogren MD. Midwives uniquely suited to deliver woman-centered care and decrease stigma for women with substance use disorders. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2020;52(3):194–8. doi.org/10.1177/0844562120931663

47.

Puurunen K, Vis J-A. Pregnancy as an opportunity for trauma-intervention among women who are addicted to substances. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2019;28(3):281–96. doi.org/10.1186/s40352-015-0015-5

ENGLISH SUMMARY

The Experience of Pregnant Women With Substance-use Disorder of Prenatal Care: a Qualitative Systematic Meta-aggregation

CONTACT valgerds@hi.is

Authors



Valgerður Lís Sigurðardóttir, Clinical Midwife Specialist, PhD^{1,2}



Anna Margrét Gunnlaugsdóttir, midwife, MSc^{1,3}

Abstract

Introduction

Women with substance abuse issues are less likely to seek prenatal care than other groups. This is a vulnerable population affected by a combination of health and social factors. No research has been conducted in Iceland on the experiences of pregnant women with substance abuse problems regarding prenatal care. The aim of this review is to explore their experiences.

Materials and Methods

A systematic review of qualitative studies was conducted, collecting qualitative findings to create a comprehensive overview. Searches were performed in the databases PubMed, CINAHL, Scopus, and PsycInfo. The JBI-QARI quality assessment scale was used for quality evaluation.

Results

A total of 2,094 results were found, and 16 studies met the inclusion criteria. Sixty-four findings and sub-themes were extracted from these studies. The results were categorized into four themes: *complex emotions, provider attitudes, challenges, and support*. These formed the composite picture of *the experience of pregnant women with substance-use disorder of prenatal care*.

Conclusions

The findings indicate that pregnant women with substance abuse problems face multiple barriers, experience complex emotions, and encounter negative attitudes from care providers. Prenatal care is seen as a risk factor due to fears of losing custody to child protective services. Support was a motivating factor and led to a positive experience. Maternity services should adopt a respectful, non-judgmental approach that encourages women to seek care on their own terms. Professionals must have access to training in communication with vulnerable groups.

Key words

pregnancy
prenatal care
substance related disorder
experience
meta-aggregation

1 Faculty of Nursing and Midwifery, University of Iceland.
2 The National University Hospital, Women's and Children's Clinic, Reykjavik.
3 West Iceland Health Care Clinic.

Hvað verður um sjálfíð þegar kona verður móðir?

HÖFUNDAR ELÍN ÁSBJARNARDÓTTIR STRANDBERG, EMMA MARIE SWIFT OG SIGRÍÐUR PORGEIRSDÓTTIR

Sjálfsveran, eða sjálfíð, er það sem einstaklingurinn upplifir og hvernig hann skynjar sig í grunninn, óháð starfi hans og stöðu. Heimspekingum kemur ekki öllum saman um hvað það er í raun sem sjálfíð er, enda er það hvorki haldbært né mælanlegt sem slíkt. En almennt er fjallað um sjálfíð sem þann hluta af einstaklingnum sem hefur meðvitund um sjálfan sig. Einstaklingurinn hefur kjarna sem í daglegu tali er kallað „ég“ og þetta sjálf er eitthvað sem þróast og þroskast samhliða þeim áskorunum sem einstaklingurinn tekst á við í sínu lífi. Þetta sjálf er því ekki stöðugt sem slíkt heldur þróast með tímanum. Við getum þannig til dæmis sagt að við séum ekki þau sömu og við vorum þegar við höfum grunnskólagöngu og aðrir einstaklingar geta ekki gert þá kröfu á okkur að við séum óbreytt sjálf í gegnum lífið, því við mótumst statt og stöðugt af þeim atburðum sem við göngum í gegnum.

Að takast á við móðurhlutverkið eftir fæðingu barns getur virkað eins og stækkunargler á hið almenna umbreytingarferli sjálfsins. Þar gefur að líta umbreytingarskeið sem mætir einstaklingnum samhliða nýju ábyrgðarhlutverki sem getur reynst afar krefjandi. Að auki eru ýmsar líkamlegar breytingar, bæði ósýnilegar svo sem hormónasveiflur sem tengjast meðgöngu, fæðingu og brjóstagjöf og sýnilegar líkamlegar breytingar á meðgöngu og eftir fæðingu. Þetta getur haft þau áhrif að tengsl einstaklingsins við eigið sjálf rofnar á ákveðinn hátt og dæmi eru um að það geti tekið eitt til tvö ár að ná þessari tengingu aftur. Þessi rofna tenging getur valdið því að einstaklingur upplifir sig „týndan“ eða í óvissu með sjálfan sig, jafnvel væri hægt að kalla það sjálfsmyndarkrísu í kjölfar fæðingar. Þó að sjálfíð sé stöðugt að mótast þá er þetta ferli tímabil þar sem sjálfíð tekur svo að segja kipp en á sama tíma upplifir einstaklingurinn rofna tengingu við það, sem er ólíkt því sem almennt gengur og gerist í þróunarferli sjálfsins.

Móðurmótunarskeiðið

Það ferli sem móðirin gengur í gegnum á þessu tímabili hefur verið kallað á ensku matrescence og við höfum ákveðið að kalla það móðurmótunarskeið á íslensku. Móðurmótunarskeið lýsir þeirri mögnuðu umbreytingu sem verður þegar kona verður móðir. Þessi breyting er fjölþætt og er allt í senn líkamleg, sálræn og félagsleg. Hugtakið á rætur sínar að rekja til mannfræðingsins Dana Raphael en hún setti það fram í grein árið 1973. Með þessu hugtaki vildi hún varpa ljósi á hversu lítið rými sú lífsbreytandi reynsla að verða móðir hafði fengið í mannfræði þess tíma. Hugtakið á enn vel við í dag og snýr að gjörvöllu lífi einstaklings sem ætla má að finni fyrir áhrifum þessa nýja hlutverks hvað snertir breytingu á félagslegri stöðu og stöðu gagnvart maka og nánustu fjölskyldu. Móðurmótunarskeiðið einkennist engu minna af breytingum á áhugamálum, tilfinningalífi, líkamsvitund og hugarfari sem skapar nýjar tengingar við eigið sjálf.

Hugtakið skírskotar til annars skeiðs í lífi einstaklinga sem einnig er mikið umbreytingarskeið, en það er gelgjuskeiðið (e. adolescence). Þegar einstaklingur fer frá því að vera barn yfir í að verða fullorðinn einstaklingur á sér stað algjör kúvending á sjálfinu, líkama, áhuga, löngunum og tilfinningum. Með því að færast frá því að vera barn yfir í að verða unglingur verða augljósar breytingar á útliti og líkama. Hormónabreytingar hafa áhrif á útlit og líðan, unglingurinn finnur sig í nýjum veruleika með því að staðsetja sig innan vinahópsins og öðlast aukið sjálfstæði frá foreldrum og fjölskyldu. Það má segja að það sé talsverður samhljómur með gelgjuskeiðinu og móðurmótunarskeiðinu þegar kona verður barnshafandi og líkami hennar breytist, hormónabreytingar hafa áhrif á útlit hennar og líðan og hún öðlast nýja stöðu í samfélaginu sem móðir.



Móðurhlutverkið getur verið krefjandi, ekki aðeins vegna þess að þá hefur konan fengið nýfætt barn í hendurnar sem hún ber ábyrgð á heldur einnig vegna þeirra stóru umskipta sem felast í þessari breytingu. Ofuráhersla er gjarnan lögð á hvað skuli kaupa og hvernig skuli undirbúa heimili og fjölskyldu fyrir komu nýs einstaklings inn í þá heild, eðlilega, en þar með gleymist gjarnan að reikna með því að móðirin er að fara að ganga í gegnum einhverja þá stórkostlegustu breytingu sem hún mun verða fyrir á lífsleiðinni. Þar sem áherslan er á barnið sem mun bætast í fjölskylduna er oft minni áhersla lögð á þá staðreynd að líf konunnar muni taka miklum stakkaskiptum, út frá upplifun hennar á eigin sjálfi. Áherslan er aftur á móti gjarnan á hvíld og að hún skuli reikna með allt að sex vikna sængurlegu þar til líkami hennar ætti alla jafna að vera tilbúinn til þess að fara aftur að stunda líkamsrækt og kynlíf. Líkamleg vellíðan móður er mikilvæg og getur verið einn þáttur í því að kona finni aftur leiðina að tengingu sinni við eigið sjálf og líkama sem hún þekkir frá því fyrir meðgöngu. Spyrrja má hvort einnig megi gera meira til að styðja við þær andlegu, tilfinningalegu og félagslegu breytingar sem konan mun óhjákvæmilega finna fyrir á þessu umbreytingarskeiði.

Endurheimt

Það er hjálplegt fyrir konur að fá upplýsingar um þessar miklu breytingar sem verða á líkama og sál og sú fræðsla ætti að fara fram áður en hún ákveður að ganga með barn, á meðgöngu og eftir fæðinguna. Það mætti þá leggja áherslu á hvernig hún geti sem best hlúð að sjálfri sér samhliða móðurhlutverkinu og að það að upplifa rofin tengsl við eigið sjálf og sjálfsmyndarkrísu innan móðurhlutverksins sé eðlilegt. Námskeiðið *Endurheimt*, sem þróað var í samvinnu við Fæðingarheimili Reykjavíkur, var einmitt sett á laggirnar í þessum tilgangi og er námskeið fyrir nýbakaðar mæður með áherslu á fræðslu og samveru undir handleiðslu þverfaglegs hóps sérfræðinga. Á námskeiðinu, sem fékk árið 2024 styrk frá Lýðheilsu-sjóði, fá nýjar mæður tækifæri til þess að ræða um líkamlegar breytingar með sjúkraþjálfara, fæðingarupplifunina með ljósmóður, parasambandið með kynfræðingi og breytingar á sjálfinu með heimspekingi. Á námskeiðinu er myndaður lokaður hópur með um tíu konum sem hittast reglulega yfir fimm vikna tímabil og ræða upplifun sína af móðurhlutverkinu.

„Ég hélt ég væri bara ein að upplifa þetta“

Á námskeiðunum heyrir mjög reglulega „ég hélt ég væri bara ein að upplifa þetta“ og það að jafningja-stuðningurinn sem þær finna í hópnum sé valdeflandi í sjálfu sér. Þær nefna líka að það hafi komið þeim á óvart hversu jákvætt það sé fyrir þær að fá að setja fókus á sjálfar sig í stað þess að allt sem þær gera og hugsa snúist um barnið þeirra. Námskeiðið er liður í því að bjóða upp á opið samtal fyrir mæður um það hvernig þær hafa það og hvernig þær geti sem best styrkt sjálfar sig á þessu tímabili umbreytinga.

Námskeiðið var að hluta til unnið upp úr viðtals-rannsókn sem framkvæmd var af Elínu Ásbjarnardóttur Strandberg og var leiðbeinandi hennar Sigríður Þorgeirsdóttir, prófessor í heimspeki við Háskóla Íslands. Rannsóknin hlaut styrk frá Nýsköpunarsjóði námsmanna árið 2022 og bar heitið *Hulin þekking kvenna í kjölfar barnsburðar*. Rannsóknin snerist um að draga fram þekkingu kvennanna á því að verða mæður en slík þekking gengur gjarnan mæðra á milli. Markmið rannsóknarinnar var að skrásetja upplifanir þátttakenda og leitast þannig við að varpa skýrara ljósi á sameiginlega fleti innan þessa þekkingarheims mæðra. Tekin voru 20 viðtöl við mæður sem allar skilgreindu sig sem konur og höfðu sjálfar gengið með börn sín. Rannsóknin var framkvæmd á heimspeki-legan hátt með örfyrirbærafræðilegum djúpvíðtölum (e. micro-phenomenological interview¹). Konurnar voru meðal annars spurðar út í upplifanir á því hvernig það væri að vera „ég“ og hvort og þá hvernig, sú tenging hefði breyst samhliða móðurhlutverkinu, t.d. horfið, staðið í stað eða rofnað tímabundið. Ein þeirra svaraði þessum hugleiðingum á afar áhugaverðan hátt með því að líkja ástandinu við að vera í símtali, vera sett á bið (e. hold) og biða á línunni eftir að ná aftur í gegn, móðurhlutverkið væri þannig að setja sjálfíð svolítið á bið. Algengasta svarið um það hvenær stöðug, eða stöðugari, tenging næðist aftur við sjálfíð væri um það bil einu til tveimur árum eftir fæðingu, að því gefnu að viðkomandi fæddi ekki annað barn í millitíðinni.

Valdefling og fræðsla

Margt gerist á fyrstu tveimur árum í lífi nýfædds barns og það sama gildir um móður þess. Þetta er tímabilið þar sem allar áherslur breytast, áhugamálum er ýtt til hliðar og barnið er það sem flest samtöl snúast um. Áherslur í sambandi við maka eru aðrar, enda nýr einstaklingur aukalega í sambandinu og það breytir

því sem áður var venjan. Þetta eru árin þar sem mæður geta fundið fyrir djúpum áhrifum á breyttar félagslegar aðstæður. Þær eru að miklu leyti einar í fæðingarorlofi á meðan maki sinnir vinnu eða alfarið einar ef þær eru einstæðar eða einstakar. Félagsleg einangrun getur fylgt fæðingarorlofinu, einmanaleiki og þrá eftir samskiptum við aðra einstaklinga sem einnig eru að upplifa móðurmótunarskeiðið. Þetta eru árin þar sem einhverjar mæður finna fyrir einkennum fæðingarþunglyndis og óvelkomnum hugsunum (e. intrusive thoughts) sem valda kvíða og geta jafnvel haldið vöku fyrir mæðrum sem eru þreyttar fyrir. Þetta eru einnig árin þar sem ný tengsl geta skapast, t.d. sterkt og fallegt samband við barnið, ný tengsl við aðstandendur í gegnum þeirra upplifun af nýju hlutverki, svo sem ömmur, afar, frænkur, frændur og svo framvegis. Það myndast nýtt og dýrmætt traust sem hægt er að byggja upp milli maka, nánustu vina og vinkvenna með tilliti til þátttöku þeirra í lífi þessa nýja einstaklings sem óx innra með konunni og hún fær nú að sjá þau elska eins og hún gerir sjálf. Til þess að þetta tímabil megi vera sem gjöfúlast fyrir móðurina er mikilvægt að hún hafi gott veganesti og bakland í gegnum allt ferlið.

Þegar námskeiðið *Endurheimt* var þróað höfðum við hugfast hvernig best væri að grípa nýjar mæður og hvaða fletir það eru sem gott væri að fara yfir með þeim til að byggja þær sem best upp. Teymið samanstendur af Emmu Swift, ljósmóður á Fæðingarheimili Reykjavíkur, sem leiðir mæðurnar í gegnum opið samtal um fæðingarreynslu þeirra og upplifanir tengdar því og Elínu Ásbjarnardóttur Strandberg, heimspekingi

sem fer yfir hugmyndir tengdar sjálfinu og hvernig konur geti sem best hlúð að sjálfum sér á þessum umbreytingartímum. Hildur Guðný Ásgeirsdóttir, sjúkraþjálfari, ræðir hvernig þær geta sem best sinnt sér líkamlega, beitingu líkamans við brjósta-/pelagjafir og hvernig virkja megi grindarbotninn eftir fæðingu. Indíana Rós Ægisdóttir, kynfræðingur fer yfir kynlíf eftir fæðingu og hvernig það er að upplifa sig sem kynveru samhliða móðurhlutverkinu. Hugmyndir okkar í teyminu eru þær að með því að fræða verðandi mæður um móðurmótunarskeiðið og tryggja þeim félagslegt tengslanet jafningja, megi hjálpa þeim að líða betur á móðurmótunarskeiðinu og mögulega draga úr kvillum á borð við fæðingarþunglyndi og kvíða. Þessi nálgun byggir á hugmyndafræði sem hefur verið notuð með mjög góðum árangri víða erlendis á meðgöngu og eftir fæðingu og kallast þá jafnan hópmeðgöngu-vernd (e. centering pregnancy) eða foreldrahópar (e. centering parenting).

Þessi nálgun fellur mjög vel að hugmyndafræði ljósmæðra um mikilvægi þess að valdefla konur á þessu tímabili í lífi þeirra og fræða þær um hvernig móðurmótunarskeiðið geti haft áhrif á líðan þeirra og e.t.v. breyta lífssýn þeirra og löngunum. Einnig hvernig það geti haft áhrif á samskipti þeirra við sína nánustu og aðra og að það sé eðlilegt að þær upplifi tímabundið að tenging þeirra við eigið sjálf sé „sett á bið“. Mikilvægast af öllu er að þær viti að þær eru ekki einar um þessar upplifanir og þar er jafningjastuðningur lykilatriði.

„Dvaldi í faðmi ljósmæðra fyrstu tvo mánuði lífsins“

Viðtal við Ingibjörgu Jónsdóttur „Indu“, yfirljósmóður fæðingadeildar Sjúkrahússins á Akureyri



HÖFUNDUR ELÍN INGA LÁRUSDÓTTIR

Vorið fyrir útskrift fengum við ljósusystur tölvupóst að norðan með boði um starf á Sjúkrahúsinu á Akureyri. Blessað meistaraverkefnið sem við vorum í óða önn að skrifa virtist alls ekki skrifa sig sjálft á þessum úldna mars degi og það var svo gaman að fá áminningu um að vorið og sumarið væri handan við hornið. „Sumarstarf á SAK? Það hlýtur að vera eitthvað“, hugsuðum við nokkrar og enduðum fjórar á að ráða okkur þar um sumarið. Á einmitt þessum téða degi í mars leit út fyrir að útskrift væri í ljósára fjarlægð en hana nú, þremur mánuðum síðar pakkaði ég í bílinn og stefndi til Akureyrar þar sem planið var að taka mín fyrstu skref sem ljósmóðir.

Á Sjúkrahúsinu á Akureyri tók á móti mér konan sem kvittaði undir póstinn þarna í mars, hún Inda. Ég hafði aldrei inn á Sjúkrahúsið á Akureyri komið en féll kylliflöt fyrir fæðingadeildinni þar. Hvort sem það var útsýnið, samfellan í þjónustunni eða norðlenska loftið þá gerði ég mér fljótt grein fyrir því að Inda hafði líka töfra. Strax fyrsta daginn var hún búin að lána mér hjólið sitt og hjálminn og skrifa upp lista á Post It miða yfir allar fjallgöngurnar sem ég átti að og vildi fara í þarna um sumarið. Hún las mig eins og opna bók. Daginn eftir var Inda svo farin til Ítalíu í sitt hjólaævintýri en bauð mér strax í kaffi til sín þegar hún kom til baka þar sem ég fékk að njóta gestrisni hennar og líta fallega heimilið hennar augum. Ég vildi að ég hefði getað boðið mér heim til hennar eða henni til mín fyrir þetta viðtal en símtal og tölvupóstar urðu að nægja í þetta skiptið.

Hvar ert þú fædd og uppalin?

Ég er fædd á Akureyri og ólst upp hjá foreldrum og einni eldri systur. Pabbi minn hét Jón Tryggvason (d. 2005) og hann rak saumastofu. Mamma heitir Inga og er 92 ára, hún vann á saumastofunni hjá pabba. Allt heimilislíf var rólegt, yfirvegað og gleði sem réði ríkjum. Mér fannst ég búa við mikla væntumþykju og fékk gott uppeldi sem er eitthvað sem hefur fylgt mér í gegnum allt lífið.

Flestar okkar eiga sögu um hvernig það kom til að við urðum ljósmæður. Hver er sagan á bak við ljósmæðradrauminn þinn?

Ég segi stundum í gríni frá fyrstu mánuðunum í lífi mínu og að þeir hafi haft áhrif á val mitt um þetta starf. Ég er fædd þann 13. desember árið 1960 en dvaldi í faðmi ljósmæðra á fæðingadeild SAK í tvo mánuði. Mamma var Rh neg (Rhesus neikvæð) og hefur verið immuniseruð því ég varð mjög gul og hefði þurft blóðskipti. Á þessum tíma var hins vegar ekki hægt að framkvæma blóðskipti, þannig að mér var gefið blóð aftur og aftur og aðeins óvíst um tíma hvað yrði um mig. Mamma fór sjálf heim af fæðingadeildinni eftir um það bil viku, því það þótti ástæðulaust að hún dveldi á deildinni.

Mamma segir sjálf að þessi jól hafa verið þau erfiðustu sem hún hefur lifað því á sama tíma og ég var að berjast fyrir lífi mínu var eldri systir mín, Björk, inniliggjandi á Landspítalanum, en þar lá hún í eitt og hálf t ár vegna þess að hún var luxeruð á mjöðmum. Á þessum tíma var ekki gert Ortolani prófið til að meta stöðugleika í mjöðmum og þegar Björk byrjaði að ganga aflöguðust mjaðmaskálarnar mikið. Þegar hún var tveggja ára var svo tekin sú ákvörðun að hún færi í aðgerð og í kjölfarið lá hún í gipsi í meira og minna tvö ár.

Á þessum tíma heimsóttu mamma og pabbi hana bara einu sinni. Bæði var þetta mjög langt ferðalag og ekki þótti æskilegt að foreldrar væru að heimsækja börnin sín á spítala því þá væru þau svo óvær þegar foreldrar færu frá þeim. Mamma segir alltaf að það hafi verið mjög erfitt að njóta jólanna án beggja barna sinna.

Ég sjálf dafnaði hins vegar vel hjá ljósmæðrum fæðingadeildarinnar og þegar ég byrjaði að vinna þar sem gangastúlka í sumarvinnu mundu sumar



Ingibjörg Jónsdóttir, yfirljósmóðir fæðingadeildar Sjúkrahússins á Akureyri.

eldri ljósmæðurnar vel eftir mér og sögðu að ég hefði verið sítrónugul megnið af þessum tveimur mánuðum.

Á menntaskólaárunum var ég svo alveg ráðalaus um það hvað mig langaði „að verða“. Þær greinar sem ég velti fyrir mér voru lífeindafræði, stærðfræði og sjúkrapjálfun en svo veit ég í raun ekki alveg af hverju mér datt í hug að velja ljósmóðurstarfið.

Hvenær fórst þú í ljósmæðranámið og hvernig þreifstu í náminu?

Ég byrjaði í ljósmóðurnáminu árið 1980 þá tæplega tvítug. Skilyrði fyrir inngöngu voru meðal annars að vera orðin 20 ára en ég skrifaði bréf þar sem ég reyndi að færa rök fyrir því að ég væri alveg nógu þroskuð. Ég hringdi líka í skólann og var alveg ákveðin í að komast inn, sem gekk eftir og ég hóf nám í *Ljósmæðraskóla Íslands* árið 1980. Þetta var frábær tími. Hópurinn var yndislegur og við vorum tólf talsins sem hófum námið. Á þessum tíma voru það læknar sem kenndu mikinn hluta af náminu en einnig ljósmæður. Við vorum síðasti hópurinn sem var tekinn beint inn í *Ljósmæðraskóla Íslands* og eftir útskrift vann ég í um það bil ár á fæðingargangi en fór svo í hjúkrun ásamt fleiri hollsysturum mínum.

Þannig að þú tókst hjúkrun á eftir ljósmæðranáminu?

Já, ég vildi hafa hjúkrunarnámið líka því ég vissi að allar ljósmæður sem myndu útskrifast á eftir okkur væru með hjúkrun. Við höfðum áhyggjur af því að við yrðum úreltar eftir einhver ár og höfðum því samband við *Nýja hjúkrunarskólann* sem útbjó sérsniðið nám fyrir okkur út frá því sem við vorum búnar að læra og úr varð þriggja ára hjúkrunarnám. Ég var mjög ánægð með hjúkrunarnámið og fannst það skemmtilegt, eins og alltaf, það er gaman í skóla.

Þessum tíma fylgdu samt ákveðnar áskoranir. Ég varð náttúrulega akkúrat ólétt þarna, skólinn byrjaði 1. september og ég fæddi frumburðinn 8. september. Ég hringdi upp í skóla og sagðist vera búin að fæða og gæti því ekki mætt strax. Því var svarað með því að segja að það væri skyldumæting og því miður dytti ég út úr náminu ef ég mætti ekki. Mér fannst þetta alveg hræðilegt og skyldi ekki af hverju ég mætti ekki bara koma með barnið með mér. Við vorum tvær í sömu stöðu, fæddum með eins dags millibili, og eftir fundarhöld fengum við þetta í gegn.

Drengurinn minn og stúlka vinkonu minnar mættu því með okkur og lágu í burðarrúmum á gólfinu meðan við fórum í gegnum bóklega námið í hjúkrun á fyrsta ári, en eftir áramót fór sonur minn til dagmömmu, þá þriggja mánaða. Mér



fannst það rosalega erfitt á þessum tíma en maður gerði það bara. Í dag fæ ég samt hnút í magann ef ég hugsa um að þetta væru barnabörnin mín sem væru í þessari aðstöðu. Eftir á að hyggja var þetta samt líka kómískt. Ég hljóp á milli spítalans og dagmömmunnar í hádeginu til að gefa brjóst. Svo þurfti auðvitað að baða öll börn daglega á þessum tíma og skipta um á rúminu, hrein og straujuð sængurföt á hverjum degi svo ég vaknaði alla daga klukkan sex til að hafa hann og mig tilbúin inn í daginn.

Þú hefur lagt mikið á þig til þess að vera með hjúkrunarmenntunina líka. Hvað finnst þér um það fyrirkomulag?

Mér finnst vera hagur af því að hafa hjúkrunina líka og ég er sjálf alltaf þínu á bremsunni varðandi það hvernig eða hvort við viljum breyta náminu okkar. Konur sem fæða í dag eru orðnar veikari en þær voru og þær eru stundum á flóknum og fjölbreyttum lyfjum. Þar má nefna allskonar hjartasjúkdóma, nýrnasjúkdóma, sjálfsónæmissjúkdóma og gigtarsjúkdóma og þá er ótrúlega gagnlegt að hafa hjúkrunina því ég lærði náttúrulega ekkert um þetta í mínu ljósmæðranámi. Þetta snýst nefnilega ekki bara um að taka á móti barninu, það er margt orðið flóknara í kringum konuna og maður vill skilja hvað er að gerast og hvers vegna maður veitir ákveðna meðferð. Svo má ekki gleyma því að auðvitað gagnast öll menntun manni.

Hvert réðstu þig þá í vinnu eftir að hjúkrunar-náminu lauk?

Eftir útskrift úr hjúkrun fór ég til Húsavíkur. Ég réði mig sem hjúkrunarfræðing, því það vantaði ekki ljósmæður, mig minnir að þær hafi verið fjórar sem unnu á Húsavík á þessum tíma. Þá varð ég ólétt og við 20 vikur fannst mér kúlan vera svo lítil, það sást ekkert á mér og þetta var eitthvað öðruvísi en það átti að vera. Á þeim tíma var gerður 20 vikna sónar á Húsavík, þá var allt gert á Húsavík. Í sónarnum sást strax að það var ekkert legvatn. Í framhaldinu fór ég til Akureyrar og þá kom í ljós að barnið virtist ekki vera með nýru og líka spurning um fleiri fósturgalla. Fyrir sunnan var það svo staðfest að engin nýru voru til staðar, sem skýrði af hverju það var ekkert legvatn og erfitt var að meta útlit útlima svo mér var í raun boðið að fara í þungunarrof. Ég sagði strax „ég vil fara í þungunarrof“ því ég sá ekki að þetta barn myndi búa við mikil lífsgæði. Ég fæddi hann fyrir norðan og hann reyndist vera með

Caudal Regression Syndrome og engin nýru. Eldri ljósmæðurnar sem voru á deildinni vissu að ég væri nýútskrifuð ljósmóðir og voru pínulítið hræddar við að ræða þetta við mig. Þegar hann fæddist þá ætluðu þær að taka hann í burtu frá mér því þær sögðust halda að það væri ekki gott fyrir mig að sjá hann. Ég neitaði því og sagði að það væri alveg nauðsynlegt fyrir mig að fá að sjá hann. Þetta fannst þeim erfitt því á þessum tíma var enn þá verið að fela þessi börn fyrir foreldrum til þess að hlífa þeim. Þeim fannst erfitt að ég væri að hringla með hann og halda á honum en það er svo gott að eiga þessa minningu um hann. Mér finnst hún bæði falleg og yndisleg. Ég hef aldrei séð eftir þessari ákvörðun. Það er kannski vegna þessarar reynslu sem ég sogaðist inn í að hugsa um fjölskyldur sem eru að ganga í gegnum þessa reynslu sem andvana fæðingar og þungunarrof eru. Manni fannst maður hafa aukinn skilning eftir þessa persónulegu reynslu og betur átta sig á því hvernig foreldrum líður sem eru í þeirri aðstöðu að þurfa að takast á við slíkt áfall og erfiðar ákvarðanir.

Nú veit ég að þú hefur lengi verið deildarstjóri, hversu mörg ár ertu búin að vera í forsvari fyrir deildinni og hvers vegna finnur þú þig svo vel í þessu starfi?

Eftir að hafa búið á Húsavík lá leiðin á ný á fæðingargang fyrir sunnan en ég flutti svo aftur til Akureyrar árið 1990. Ég byrjaði fyrst sem almenn ljósmóðir og hafði nóg að gera, tók á móti barni á hverri vakt. Það var gaman að vinna með eldri ljósmæðrunum sem við kölluðum gömlurnar. Þær mundu vel eftir mér frá því ég eyddi með þeim jólonum þrjátíu árum áður og þær höfðu svo margar skemmtilegar sögur að segja. Á þessum fyrstu árum mínum á Akureyri lágu allar konur sængurlegu og samveran var því mikil við fjölskyldurnar. Það var svo dásamlegt að geta veitt þeim þennan tíma. Margar þessara kvenna komu úr sveit með stór heimili, unnu fram á síðasta dag og höfðu jafnvel tekið mjaltir rétt áður en þær komu í fæðingu. Þær sögðu sumar að þetta hefði verið mesta hvíldin sem þær fengu í lífinu, að liggja sængurlegu. Þetta eru svo breyttir tímar núna, það er eins og maður sé orðin 118 ára!

Ég tók svo við sem deildarstjóri á SAK árið 1992. Þetta eru víst orðin 32 ár, sem mér finnst hrikalega langur tími þegar ég hugsa um það. Til að byrja með sótti ég um starfið því ég var ein með tvo drengi og dagvinnan hentaði mér, en

ég var líka hvött til að sækja um. Þetta hefur oft verið krefjandi tími en mér hefur oftast liðið vel í starfinu. Kannski er það þessi gamla góða seigla sem hefur hjálpað mér í öll þessi ár, veit það svo sem ekki. Ég hugsa ekki mikið um það.

Þú talar um seiglu, kom hún með reynslunni, með auknum aldri eða uppeldinu?

Ég held það sé blanda af öllu en líklega kemur seiglan heilmikið úr uppeldinu. Ég var mjög feimin sem barn, lítill og mjó og frekar hlédræg. Foreldrar mínir lögðu hins vegar mikið upp úr því að það væri eðlilegt að lífið væri erfitt en brýndu fyrir mér að ég gæti tekist á við erfiðleika og sögðu mér og sýndu það í verki af mikilli hlýju. Að alast upp hjá dásamlegum foreldrum sem styðja mann og eru til staðar á jákvæðan hátt en taka ekki af manni erfið verkefni, það er held ég besta veganestið út í lífið. Því svo býður lífið manni upp á alls konar erfið áföll og þá er svo gott að hafa þennan grunn og bjargráð sem því fylgja. Í deildarstjórastarfinu sé ég líka að maður lærir inn á sjálfan sig og auðvitað af reynslunni. Til að byrja með gerði ég ekki endilega allt gáfulega en maður lærir af reynslunni og svo á þetta ekkert endilega að vera létt starf. Deildarstjórastarfinu fylgja krefjandi verkefni.

Hvað sérð þú sem sérstöðu fæðingadeildarinnar á Sjúkrahúsinu á Akureyri?

Það sem mér finnst vera styrkleiki deildarinnar er stærð hennar sem gerir það að verkum að þjónustan getur verið mjög persónuleg. Það er ákveðin samfella í þjónustunni hjá okkur því við sinnum líka konum í áhættumeðgöngu og sængurlegu hjá þeim sem það þurfa og sumar ljósmæður á deildinni vinna líka við mæðra-vernd. Fyrstu árin mín hér vorum við líka með kvensjúkdómadeildina ásamt krabbameins-meðferð kvenna sem var oft krefjandi viðbót.

Þú hefur þéttan og sterkan hóp ljósmæðra á þinni deild. Hver er galdurinn?

Í dag er ég með frábæran hóp ljósmæðra sem er samsettur af ljósmæðrum með langan starfsaldur og mikla reynslu ásamt frábærum ferskum yngri ljósmæðrum. Allar geta deilt þekkingu á milli sín, samskipti eru opin og það er auðvelt að fá stuðning frá hver annarri. Við erum einnig með mjög samstilltan og góðan hóp fæðingarlækna og samvinnan milli þessara fagstétta er mjög góð sem skiptir miklu máli. Mönnun á deildinni hefur ekki alltaf verið svona góð eins og núna og þegar ég hugsa til baka höfum við oft

þurft að takast á við erfið tímabil vegna skorts á ljósmæðrum. Á lítilli deild er hver ljósmóðir mjög dýrmæt og lítið má út af bregða til að við lendum í vandræðum mönnunarlega séð.

Hvernig finnst þér starfsumhverfi ljósmæðra hafa breyst frá því þú byrjaðir sem ljósmóðir?

Það er svo ótal margt sem hefur breyst. Í mæðra-verndinni vorum við til dæmis aðallega að gera ákveðnar mælingar og lítið verið að spyrja um andlega líðan. Konurnar gerðu ráð fyrir því að vera þreyttar og að meðgangan gæti verið álag. Þær gerðu enga kröfu um stuðning frá okkur. Umönnun í fæðingu var líka öðruvísi. Oft var ferlið þannig að þegar konan kom inn og var kannski með fjóra cm í útvíkkun var henni oftast gefið pethidin. Eftir það dormuðu þær í smá stund og svo gerði maður belgjarof og þær kláruðu útvíkkun hægt og sigandi á pethidininu. Þegar konur komu í fæðingu gáfum við þeim líka gjarnan stólpípur og rökuðum þær. Yfirsetan var hins vegar í hávegum höfð og nærveran mikil.

Fyrstu árin sem ég vann notuðum við tréhlustunar-pípuna til að hlusta hjartslátt barnsins, því það voru bara áhættukonur sem voru settar í monitor. Í rembingnum var svo klippt þegar kollur var farinn að þrýsta á spöng og við ljósmæðurnar því mjög flinkar að sauma spangar-klippingar. Það sem hefur líka breyst er að við spurðum konurnar oftast ekki hvort við mættum gera þetta eða hitt. Mín upplifun er samt sú að þessi kynslóð hafi verið sáttt við þetta fyrirkomulag, þær þekktu ekkert annað. Blæðingar eftir fæðingu voru líka sjaldgæfar, flestar konur voru í kjörþyngd og framköllun á fæðingum voru sjaldgæfar. Þá voru engar verklagsleiðbeiningar til um eitt né neitt sem er frábrugðið því sem nú er. Aðstæður hafa því breyst mikið miðað við það sem blasir við okkur í dag.

Konurnar lágu hjá okkur sængurlegu í 5–7 daga og allar fóru í vaginal skoðun sem framkvæmd var af aðstoðarlækni á fjórða degi þar sem skoðað var upp á leghálsinn og saumaskapur metinn. Það er eitt sem mér finnst svo fyndið svona eftir á. Eftir fæðingu þá þvoðum við sængurkonurnar liggjandi í rúminu alveg óháð því hvort þær gátu farið á fætur eða ekki. Þær þurftu líka að pissa í bekken til að „minnka sýkingarhættu“. Nýburarnir voru ekki inni hjá mæðrum sínum á næturnar heldur voru þeir á barnastofunni til, að mig minnir, klukkan 5:30. Þá rúlluðum við öllum grátandi börnunum inn til mæðra sinna sem voru að springa úr stálma því þær fengu bara að leggja á brjóst á fjögurra klukkustunda



fresti. Þetta er vissulega breytt núna en það verður samt að passa að dæma ekki fortíðina út frá nútíðinni. Aðstæður voru aðrar og fólk að gera sitt besta með þá þekkingu sem það hafði á þeim tíma.

Í dag hafa flestar konur sem betur fer ákveðnar hugmyndir um óskir og væntingar varðandi fæðinguna sína og hafa kynnt sér þetta ferli vel. Hins vegar virðist andleg líðan kvenna vera verri en á árum áður og finnst mér það mikið áhyggjuefni.

Ég deili þessum áhyggjum með þér, hvað heldur þú að valdi þessu?

Aðstaða foreldra hefur breyst svo mikið á síðustu árum og kröfurnar virðast meiri. Samanburður er mikill með allar þessar instagramsíður og allt virðist svo fullkomið hjá öllum nema þér. Þetta hlýtur að skapa vanlíðan. Á meðgöngunni þarf svo að halda kynjaveislu, babyshower, nafnaveislu og svo framvegis. Þetta virkar svo flókið líf þegar maður bætir svo við aðstæðunum sem ungt fólk býr við núna; erfitt að kaupa hús-



næði, háir vextir og streitan í samfélaginu einnig meiri. Mín upplifun er líka sú að þol fyrir mótlæti og að lífið sé hnökrótt sé minna. En kannski var það bara að konur báru harm sinn meira í hljóði áður fyrr. Ég held allavega að allt þetta samanlagt smitist út í lífið. Það er eins og við þurfum að núllstillast okkur, sama hvernig við gerum það.

Nú hafa orðið miklar breytingar á þjónustu við fæðandi konur á landsbyggðinni á síðustu árum og áratugum. Hvernig finnið þið fyrir þeim breytingum?

Fæðingadeild SAK er eina fæðingadeildin á Norðurlandi og einn þriðji hluti okkar kvenna er utan Akureyrar og þurfa margar að fara um langan veg til þess að fæða. Fyrir þessar konur skiptir öllu máli að hafa góðar ljósmæður í heimahéraði. Þær ljósmæður eru í góðu samstarfi við okkur á fæðingadeildinni, en þær eru líka mjög sjálfstæðar í starfi sem er ómetanlegt fyrir konurnar.

Náttúran og veðurfar hefur auðvitað líka töluverð áhrif á lífið hér fyrir norðan. Hér er oft mikill snjó og vetrarharka og konurnar koma stundum til



Starfsfólk fæðingadeildar Sjúkrahússins á Akureyri í jólaskapi.

Akureyrar og dvelja nokkra daga ef fyrirséð er að fjallvegir muni lokast. Þessu fylgir álag en konurnar taka þessu af miklu æðruleysi og þekkja náttúruna vel.

Er eitthvað ákveðið augnablik á ljósmæðraferlinum sem er þér sérlega minnisstætt? Í raun er það kannski dagurinn þegar ég útskrifaðist sem ljósmóðir. Ég var að springa úr stolti og fannst ég svo þroskuð, 21 árs gamalt barnið. Í raun eru samt mörg atriði sem ég man vel eftir, bæði sköndin og skemmtileg, en ekkert sérstakt sem ég vil nefna. Mér finnst ljósmóðurstarfið allt mjög skemmtilegt og fjölbreytt. Oftast er mikil gleði en því getur líka fylgt mikil sorg. Eins og ég talaði um þá hef ég líka talsvert sinnt konum sem fætt hafa andvana börn og mér finnst það mjög gefandi.

Ljósmóðurstarfið getur oft verið krefjandi, hvernig hefur þú tekist á við það? Á erfiðum tímum er ómetanlegt að eiga gott samstarfsfólk að, geta þústað, fengið faðmlag og grátið. Einnig nýti ég útivist mikið sem slökun og til að hreinsa hugann. Fyrstu árin mín í stjórnunarstöðu, þegar ég kunni ekki neitt og álagið var mikið þá fór ég oft á skíði á veturna og brunaði niður brekkurnar og fannst álagið fjúka út úr höfðinu á mér.

Þegar við segjum frá okkur sjálfum þá er starfið okkar oft stór hluti af sjálfsmyndinni. Hver er Índa fyrir utan ljósmóðurina? Ég bý ein hér á Akureyri, á tvo uppkomna syni sem búa í borginni en ég er í miklu og dásamlegu sambandi við þá. Barnabörnin eru orðin þrjú, meðal annars eitt nýfætt, og tvö sem ég fékk í bónus. Ég elska að vera með þeim. Fyrir utan það er ég dugleg að njóta lífsins. Ég elska alla útiveru, hlaup, göngur, hjól, skíði og bara allt sem hægt er að gera utandyra. Ég hef hjólað og gengið talsvert í útlöndum og þá sérstaklega á Ítalíu, sem ég elska. Svo á ég frábærar vinkonur sem ég flækist með, ég fer með þeim á tónleika og út að borða en ég kann líka að hanga í sófanum og glápa á þætti.

Er eitthvað ferðalag eða ævintýri sem stendur upp úr? Ég get í raun ekki gert upp á milli ferða en gönguferðin í Dolomitunum var algjörlega mögnuð. Einnig verð ég að nefna það þegar ég hljóp Laugavegin, sem var brjáláð erfitt en eftir á hrikalega gaman.

Fæðingarsaga – nemaverkefni af fyrsta ári í ljósmóðurfræði

HÖFUNDUR LAUFEY KARLSDÓTTIR, 1. árs ljósmóðurnemi



Af og til hefur birst í *Ljósmæðrablaðinu* efni sem unnið er úr verkefni nemenda á fyrra ári í ljósmóðurfræði. Efnið er unnið upp úr viðtali sem tekið er í upphafi ljósmóðurnáms í námskeiðinu Þekking og aðferðir í ljósmóðurfræði. Nemandi fær það hlutverk að taka viðtal um reynslu konu eða pars um málefni sem tengist barneignarferlinu. Oftast verður saga af fæðingu fyrir valinu. Í þessari frásögn skyggnumst við inn í reynslu frumbyrju af meðgöngueitrun í lok meðgöngu og gangsetningu fæðingar sem fylgir í kjölfarið. Í frásögninni má sjá hversu mikilvæg nærvera ljósmóðurinnar er konunni í fæðingunni. Konan lýsir góðri upplýsingagjöf á meðan á ferlinu stendur og þeirri hvatningu og hrósi sem hún fær frá ljósmóðurinni, eftir því sem fæðingunni vindur fram. Í frásögninni hefur nöfnum parsins verið breytt.

Yfirseta eða nærvera er kjarninn í starfi ljósmæðra sem sinna fæðingarhjálp sem hefur áhrif á upplifun kvenna af fæðingarreynslunni. Að konur upplifi valdeflingu í fæðingu er stór partur af jákvæðri og farsælli fæðingarreynslu eins og lýst er í sögunni hér að neðan. Þar gildir einu hvort um er að ræða áhaldafæðingu og gangsetningu eða fæðingu án allra læknisfræðilegra inngripa.

HELGA GOTTFREÐSDÓTTIR, prófessor í ljósmóðurfræði

Aðdragandi fæðingar
Aldís og Jón voru að eignast sitt fyrsta barn saman og tilhlökkunin var því mikil. Aldís hafði verið dugleg að undirbúa sig fyrir fæðinguna en þrátt fyrir það kom fram óöryggi þar sem hún vissi ekki nákvæmlega hvað biði hennar. Aldís hafði verið með sömu ljósmóður í mæðraskoðunum og sú hafði yfir 30 ára reynslu og upplifði Aldís mikið traust til hennar, enda hafði meðgangan gengið vel framan af.

Þegar liða tók á seinnipart meðgöngunnar var Aldís komin með einkenni meðgöngueitrunar, en ljósmóðirin hafði þó ekki óskað eftir frekari rannsóknum. Þegar Aldís mætir í meðgönguvernd á sinni heilsugæslu á 39. viku tekur á móti henni önnur ljósmóðir sem þar var í afleysingum. Þessi ljósmóðir mat ástand Aldísar alvarlegt og eftir skoðanir var ákveðið að senda Aldísi í gangsetningu á Landspítalanum seinnipart þann sama dag. Aldís vissi ekkert um meðgöngueitrun og í rauninni upplifði hún að enginn hefði frætt hana

almennilega um það, hvorki í meðgönguverndinni né á Landspítalanum. Það eina sem hún vissi var að þetta gæti verið henni og barninu hættulegt.

Fyrsta stig fæðingar
Þegar Aldís og Jón mæta á fæðingardeildina tók á móti þeim hlýleg og vingjarnleg ljósmóðir að sögn Aldísar sem leiddi parið inn á fæðingarstofuna. Ljósmóðirin sagði Aldísi að hún mætti búast við að ferlið framundan tæki langan tíma þar sem hún væri frumbyrja. Aldís fékk lyf (töflur) til að koma fæðingunni af stað og í endurminningunni tók það talsverðan tíma. Þar sem töflurnar dugðu ekki til, var ákveðið að setja upp dreypi daginn eftir til að hraða á ferlinu og fljótlega eftir að það var sett upp byrjaði Aldís að finna fyrir fyrstu hriðunum. Hriðarnar urðu fljótt mjög sterkar og reglulegar en upplifun Aldísar var að það liði langur tími þar til hún var komin með

fulla útvíkkun. Í fæðingunni sjálfri var henni boðið glaðloft til að hjálpa til við verkina og virkaði það ágætlega til að byrja með.

Þessi tími var mjög krefjandi fyrir Aldísi sem endaði á því að hún ákvað að biðja um mænurótardeyfingu. Mænurótardeyfingin virkaði þó aðeins vinstra megin og það ljósmóðirin Aldísi þess vegna að leggjast á hægri hliðina til að leyfa deyfingunni að leka yfir á þá hlið, en sagði að það væri þó ekki víst að það myndi hjálpa henni. Aldís minnst þess að hafa aldrei verið ein á meðan á þessu ferli stóð. Það var alltaf ein ljósmóðir með henni inni á fæðingarherberginu og voru allar ljósmæðurnar sem sinntu henni í fæðingunni duglegar að upplýsa hana um gang mála. Þetta gaf henni ákveðið öryggi, þótt Aldís væri farin að finna fyrir mikilli þreytu og kvíða, enda ferlið farið að teygja sig á annan sólarhring.

Annað stig fæðingar

Þegar Aldís vissi að nú færi að stytast í fulla útvíkkun voru vaktaskipti. Hún segist hafa hugsað með sér að nýja ljósmóðirin, sem fengi líklega það hlutverk að taka á móti barninu þeirra, væri full ákveðin og Aldís hafði ekki trú á því að hún myndi vera til staðar eins og hinar ljósmæðurnar sem hún hafði hitt. Það reyndist þó ekki rétt ályktun, því þegar loksins kom að því að Aldís mátti byrja að rembast var ljósmóðirin henni mikill styrkur og hvatti hana áfram. Aldís segist lítið hafa fundið fyrir hríðunum vegna mænurótardeyfingarinnar og henni leið eins og hún væri að missa stjórn á aðstæðum, hún hefði verið algjörlega háð ljósmóðurinni og tækjunum til að leiðbeina sér.

Eftir að hafa rembst lengi var ákveðið að setja upp elektróðu á höfuð barnsins en hjartsláttarrit barnsins var ekki alveg eðlilegt og líklegt að barnið væri orðið þreytt. Á þessum tímapunkti var ákveðið að kalla til fæðingarlækni þar sem barnið gekk ekki betur niður í grindina og konan og barnið bæði orðin þreytt. Inn á fæðingarstofuna kom hópur fólks og upplifði Aldís þá mikla hræðslu og óvissu um það hvort allt væri í lagi með barnið. Aldís lýsir því að þarna hafi ljósmóðirin alltaf verið við hlið hennar, hún hélt í höndina á henni, hvatti hana áfram og útskýrði hvað væri að gerast. Ljósmóðirin reyndi sitt besta til að róa Aldísi og veita henni

stuðning. Aldís upplifði hana sem ljós í myrkrinu og með hennar hjálp fann hún styrk til að klára fæðinguna. Eftir að nota þurfti sogklukku til að koma barninu í heiminn minnst Aldís þess að hún heyrði barnið sitt ekki gráta í dágóða stund. Ljósmóðirin hélt hins vegar alltaf ró sinni og það gerði það að verkum að Aldís varð líka rólegri. Að lokum fékk Aldís litla barnið sitt í fangið og lífið breyttist við það.

Í lok viðtals nefnir Aldís sérstaklega hversu mikið þakklæti hún hafi fundið í garð ljósmæðranna sem höfðu stutt hana í gegnum þessa löngu og strembnu fæðingu.

Lykilhugtök í sögunni

Þau hugtök sem voru áberandi í frásögn Aldísar af sinni fæðingu voru hrós, hvatning og stuðningur. Aldís lýsir því að hafa fundið fyrir meira öryggi og sjálfstrausti samfara stuðningi og hvatningu frá ljósmæðrunum sem sinntu henni í fæðingunni. Hún upplifði einnig aukna trú á eigin getu þegar hún fékk hrós frá ljósmóður. Hvernig getur hrós, hvatning og stuðningur haft jákvæð áhrif á konur í fæðingu? Með því að finna fyrir hvatningu og stuðningi í fæðingunni þá upplifa konur frekar að þær séu við stjórn í ferlinu (1).

Jákvæð fæðingarupplifun getur haft mikil áhrif á framgang fæðingarinnar, en líka á tímabilið eftir fæðingu. Þar er bæði vísað í andlega líðan konunnar, tengslamyndun við barnið, brjóstagiöf og samskipti við aðstandendur. Það felst því mikill ávinningur í því að ljósmæður stuðli að því að kona upplifi fæðinguna sína á jákvæðan hátt (2). Samband ljósmóður og móður í fæðingu skiptir jafnframt miklu máli fyrir fæðingarupplifun kvenna en ef sambandið byggir á trausti og ljósmóðir sýnir umhyggju er líklegra að konan upplifi fæðinguna á jákvæðan hátt. Nærvera ljósmóður, þekking, samskiptahæfni hennar og skilningur á einstaklingsbundnum þörfum hefur einnig mikil áhrif á fæðingarupplifun kvenna (3). Samkvæmt Alþjóða Heilbrigðismálastofnuninni (WHO) er hægt að bæta upplifun kvenna af fæðingarreynslunni með því að tryggja samfelldan stuðning frá ljósmóður. Þegar ljósmóðir sýnir konu í fæðingu virðingu, hvetur hana áfram og upplýsir hana vel í gegnum fæðinguna stuðlar það að betri líðan og

minnkar áhættu á sálrænum afleiðingum eins og fæðingarþunglyndi og kvíða (4). Hvatning og hrós ljósmóður eykur sjálfstraust konunnar og trú á eigin getu til að taka ákvarðanir varðandi eigin heilsu. Sjálfs-traust konunnar eykur svo tilfinningu konunnar á sjálfsstjórn og getu til að takast á við áskoranir sem upp geta komið á meðgöngu og í fæðingu (1).

Hrós, hvatning og stuðningur er stór partur af því að valdefla konu í fæðingu. Valdefling (e. empowerment) er hugtak sem nær yfir tilfinningalegan, klínískan og félagslegan stuðning. Samkvæmt ráðleggingum Alþjóða Heilbrigðismálastofnuninni eru þær konur sem hafa trú á eigin getu, hafa gott sjálfstraust, hafa aðgang að upplýsingum, hafa gott stuðningsnet bæði maka og ljósmóður og taka þátt í ákvörðunum varðandi sína fæðingu og meðgöngu líklegri til að upplifa valdeflingu í sinni fæðingu (5). Þetta kemur skýrt fram í frásögn Aldísar þar sem hún nefnir að ljósmæður hafi verið duglegar að styðja hana og hvetja í fæðingunni. Aldís upplifði að vegna þessa stuðnings og hvatningar hafi hún haft betri stjórn á aðstæðum sem henni fannst hún á ákveðnum tímapunkti vera að missa stjórn á.

Samkvæmt frásögn Aldísar voru ljósmæðurnar jafnframt duglegar að upplýsa hana um það sem væri að gerast hjá henni sem hjálpaði henni einnig að hafa stjórn á aðstæðum.

Heimildaskrá

1. Nieuwenhuijze, M. og Leahy-Warren, P. (2019). Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Midwifery*, 78, 1–10. doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.015
2. Landspítali. (2022). Erfið fæðingarreynsla. Landspítali – miðstöð um sjúklingafræðslu.
3. Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A., Selboe, S., Torvik, H. M. og Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 2–7. doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001
4. World Health Organization. (2020). *Meeting women's emotional, psychological, and clinical needs during childbirth*. www.who.int/news/item/20-08-2020-meeting-women-s-emotional-psychological-and-clinical-needs-during-childbirth
5. World Health Organization. (2013). *Counselling for Maternal and Newborn Health Care: A Handbook for Building Skills*. iris.who.int/bitstream/handle/10665/44016/9789241547628_eng.pdf?sequence=1World Health Organization



Fæðingarsaga Lubba, Lukku Láka, Ljóna, Lillu, Lappa, Loga og Leós



HÖFUNDUR ANNA SIGRÍÐUR VERNHARÐSDÓTTIR

Það var vor í lofti og allt tilbúið fyrir got hvolpanna hennar Össu minnar sem er dásamleg tik af áströlsku fjárhundakyni. Samkvæmt pörunardagsetningu var áætlaður fæðingardagur 22. maí síðast liðinn og samkvæmt ómskoðun var von á að minnsta kosti þremur hvolpum þótt líklega yrðu þeir fleiri. Það er erfitt að áætla fjölda hvolpa með ómskoðun en gott að fá staðfestingu á að það séu fleiri en einn hvolpur væntanlegur. Það getur nefnilega reynst erfitt fyrir tik að koma frá sér hvolpi sem er einn í goti því þá eru meiri líkur á að hvolpurinn sé of stór fyrir grind tíkarinnar. Það hefði verið mögulegt að vita nákvæman fjölda hvolpa með röntgenmynd en við ákváðum að taka ekki slíka mynd.

Á fallegu vorkvöldi þann 18. maí sáust fyrstu merki þess að komið væri að goti hjá Össu. Hún var eirðarlaus og andaði af og til ótt og títt. Hún missti þó ekki matarlystina og drakk eins og venjulega. Svona gekk þetta áfram um nóttina en þó með einhverjum hléum þannig að við fjölskyldan gátum öll hvílst. Þessa nótt sváfum við Palli, maðurinn minn, við hliðina á gotkassanum hennar Össu, eins og við höfðum gert síðustu nætur til að veita henni stuðning og öryggi.

Næsta morgun var liðan Össu á svipuðum nótum en um hádegisbil vorum við alveg viss um að fæðingarferlið væri komið af stað. Klukkan 13:35 fór svo vatnið og þá fór ekki á milli mála að hvolparnir væru væntanlegir. Ég var spennt og ég hlakkaði til að takast á við þetta með henni. Sem ljósmóðir á fæðingardeild í 18 ár hef ég tekið á móti mörgum börnum og svo er ég heppin að hafa líka reynslu af hvolpagotum frá því að Tara mín eignaðist hvolpa á heimili foreldra minna fyrir rúmlega 30 árum. Palli var ekki alveg eins öruggur með sig í þessum aðstæðum og bauðst til að hringja í Silju vinkonu okkar allra til að fá hana til aðstoðar. Silja var búin að gefa kost á sér í að vera til aðstoðar við gotið. Silja er hjúkrunarfræðingur á Vökudeild og því þaulvön að vera viðstödd fæðingar og aðstoða ungviði á fyrstu mínútum, klukkustundum og dögum lífsins. Betri aðstoð var ekki hægt að hugsa sér. Það sama á við um hvolpagot og barnsfæðingu þegar kemur að umhverfi og truflunum: þá er betra að hafa

einungis fólk á staðnum sem tíkin þekkir vel, til að eiga ekki á hættu að trufla fæðingarferlið. Tíkin þarf að finna fyrir öryggi og hún þarf að vita að hún geti treyst þeim sem eru með henni. Teymið sem var til staðar fyrir Össu í gotinu var sem sagt bara fólk sem hún þekkti vel. Palli var sterkur á kantinum og sá um að rétta okkur það sem á þurfti að halda og svo skráði hann samviskusamlega það sem við *fagmennirnir* vildum skrásetja.

Assa var sem sagt komin í hvolpakassann og fljótlega bólaði í loppur! Ups! Ætli það sé í lagi hugsaði ég og greip símann til að gúggla „puppy birth feet first“ og var fegin að sjá svarið sem *Google* færði mér: „It is normal for puppies to be born both head-first or feet-first.“ Silja kom akkúrat á þessari stundu, svo þetta var bara alveg eins og á fæðingarvaktinni þegar starfsfólk Vökudeildar kemur rétt fyrir fæðingu. Frumburðurinn kom svo ljúflega í heiminn kl. 14:21. Hann var sprækur og var rækilega sleiktur af mömmu sinni.

„Hands off“ hugmyndafræðin á við í hvolpagoti og gengur enn lengra en við barnsfæðingu. Ekki er æskilegt að snerta hvolpana fyrstu 2 vikurnar í lífi þeirra til að trufla ekki tengslin á milli móður og afkvæmis, nema ef það reynist algjörlega nauðsynlegt. Við í fæðingarteyminu vildum því ekki vera að snerta hvolpinn að óþörfu til að sjá kynið, en sáum þó fljótlega að þetta var rakki. Við Palli vorum búin að ákveða að allir hvolparnir myndu fá nafn sem byrjaði á L-i. Fyrsti rakkinn fengi þann heiður að fá nafnið Lubbi, í höfuðið á okkar gamla góða Lubba, sem var einstakur Golden Retriever hundur og kær fjölskyldumeðlimur í 13 ár. Fyrsta tíkin átti svo að fá nafnið Lilla í höfuðið á mömmu hans Palla. Á þessum tímapunkti var sem sagt Lubbi mættur og hann fékk frábærar móttökur hjá mömmu sinni sem hætti ekki að sleikja hann fyrr en næsti hvolpur kom í heiminn 22 mín. síðar. Okkur sýndist að nú væri fædd tik og töldum því Lillu vera mætta. Assa stóð sig frábærlega og það var svo magnað að sjá hvernig eðlishvötin leiddi hana í gegnum ferlið og smám saman fann hún taktinn í þessu nýja móðurhlutverki.



Anna Sígga gefur ábót og Assa fylgist umhyggjusöm með.

Klukkan 15:45 fæddist fullkomlega skapaður rakki í eðlilegri stærð, en því miður var hann andvana og lifði ekki. Við reyndum allt sem við gátum til að koma í hann lífi, en án árangurs. Við tókum smá stund til að syrgja en héldum svo áfram að styðja Össu og hina hvolpana. Fimm mínútum síðar kom fjórði hvolpurinn sem var agnarsmár og reyndist vera tik. Okkur fannst hún hafa í krafti smæðar sinnar gert tilkall til Lillu nafnsins, við myndum finna nýtt nafn á fyrstu tíkina. Þrátt fyrir smæðina var Lilla strax kraftmikil og full af lífsþrótti. Lappi kom svo kl. 16:16 og Logi kl. 17:43, báðir í eðlilegri stærð og báðir fæddir í belgunum eins og reyndar allir hvolparnir nema frumburðurinn.

Móðurástin leyndi sér ekki hjá Össu og hún umvafði alla hvolpana sína ást, hlýju og umhyggju. Það er tíkum eðlislægt að skilja á milli, éta fylgjur, belgi og naflastrengi svo Assa sá um það eins og allt annað. Við hin vorum bara þarna á hliðarlínunni til stuðnings en gripum þó einu sinni inn í ferlið þegar blæddi riflega frá naflastreng eins hvolpsins.

Þegar þrír tímar voru liðnir frá því að síðasti hvolpur fæddist buðum við Össu að fara út í garð til að gera þarfir sínar. Okkur í fæðingarteyminu til mikillar undrunar fæddist sjöundi og síðasti hvolpurinn úti í garði og ég rétt náði að grípa hvolpinn, en náði þó ekki að fara í hanska þar sem þetta kom okkur í opna skjöldu og var mjög óvænt. Assa var hins vegar hin rólegasta, skildi á milli, át fylgiuna og svo trítluðum við öll inn í öryggið á ný. Hvolparnir tóku vel á móti Össu og nýja hvolpinum og Logi hjálpaði mömmu sinni að sleikja litla bróður. Enn einn sterkur og heilbrigður rakki hafði litið dagsins ljós og sá kippti sér ekki upp við að koma í heiminn í ausandi rigningu. Hann fékk nafnið Leó og er mesti myndarpafi eins og nafni hans í sögunni Adventu.

Hvolpurinn sem fæddist annar í röðinni og okkur sýndist í fyrstu vera tik reyndist vera rakki. Hann fékk nafnið Lukku Láki og því var Lillan okkar eina tíkin



í gotinu og bar nafn með rentu. Á öðrum degi fór reyndar að halla undan fæti hjá Lillu. Hún hafði lést of mikið og þurfti að fá þurrmjólkurábót á þriggja tíma fresti úr pela í nokkra daga. Lilla fékk pelann, en var líka á spena og hún útskrifaði sig sjálf úr ábota-gjöfum með því að spýta út úr sér pelanum. Lilla litla var ótrúlega kraftmikil og var dugleg að smeygja sér á milli bræðranna til að ná í sinn spena og við pössuðum líka upp á að hún væri alltaf í fyrsta forgangi á spena þegar þeir voru í boði. Hún braggaðist hratt og vel og er frábær hvolpur sem er alveg að verða unglingur núna.

Assa okkar eignaðist sex kraftmikla hvolpa og einn engil, allir dásamlega fallegir. Að fylgjast með henni annast þá af næmni og hlýju fyllti okkur af aðdáun og virðingu. Þessi ógleymanlega reynsla minnti okkur á fegurðina, gleðina og sorgina sem fylgir ljósmóðurstörfum hvort sem er með mönnum eða dýrum.

Hvolparnir fylltu húsið af lífi, gleði og kærleik. Sumarið var tileinkað hvolpagleði sem er án efa það krúttlegasta sem við hjónakornin höfum upplifað.

Gjöf til allra kvenna á Íslandi



HÖFUNDUR BJÖRK STEINDÓRSDÓTTIR, yfirljósmóðir Heilbrigðisstofnunar Suðurlands

Árið 2019 var stofnuð afmælisnefnd Kvenfélaga-sambands Íslands í tilefni 90 ára afmælis félagsins. Afmælisnefndin var stórhuga og ákvað að safna fyrir gjöf sem myndi gagnast öllum konum á Íslandi. Nefndin hafði fljótlega samband við yfirljósmóður og yfirlækni á fæðingarvakt Landspítalans, sem þá voru Anna Sigríður Vernharðsdóttir og Hulda Hjartardóttir. Í samvinnu við þær kviknaði hugmynd að gjöf, sem væri að tengja miðlæga hjartsláttarhlustun (Milou eða Astraia) við fæðingarstaði á landsbyggðinni, en miðlæg hjartsláttarhlustun hefur verið notuð á Landspítalanum frá árinu 2017.

Söfnun afmælisnefndarinnar hófst formlega 1. febrúar árið 2020 og stóð yfir í eitt ár. Alls söfnuðust um 30 milljónir króna. Með mikilli elju og vinnusemi kvenfélagskvenna víðs vegar að um landið, kom stærsti hluti framlaga í söfnunina beint frá kvenfélögum sjálfum. Þá studdu fjölmörg fyrirtæki og almenningur söfnunina með beinum framlögum.

Innleiðing verkefnisins – Miðlæg hjartsláttarhlustun (Milou) möguleiki fyrir fæðingarstaði á landsbyggðinni

Með þeirri tækni sem Milou býður upp á, er möguleiki fyrir fæðingarstaði á landsbyggðinni að tengjast rafrænt við miðlægt kerfi þar sem sérfræðingar annars staðar að gefa sitt álit. Þannig getur starfsfólk í heimabyggð sem er í beinum samskiptum við konuna fengið faglegt mat í samskiptum við sérfræðinga í rauntíma, nálgast mikilvægar upplýsingar og rætt niðurstöður.

Þessi tækniþróun er mikið framfaraskref og getur bætt öryggi fyrir konur og starfsfólk landsbyggðarinnar. Með þessari þróun sjáum við sem störfum á landsbyggðinni fram á faglegan stuðning þegar þörf er á, en einnig gæti þessi tækni sparað fjölskyldum ferðalög, kostnað og önnur óþægindi í ákveðnum aðstæðum. Þá verður öll vistun gagna í fæðingarþjónustu með þessari viðbót miðlæg og mun öruggari og endingarbetri en áður var.

Innleiðing verkefnisins hefur verið í höndum starfshóps, þar sem eftirtaldir aðilar hafa verið í samstarfi: Kvenfélagasamband Íslands, Landspítali, Embætti landlæknis, Ljósmaðrafélagið og fæðingarstaðir

á landsbyggðinni. Ákveðið var að velja Heilbrigðisstofnun Vesturlands á Akranesi sem tilraunastað og þann 13. júní síðast liðinn var opnað á samtengingu kerfisins við Landspítalann. Staðan núna er sú að allir fæðingarstaðir landsins eru tilbúnir að taka við tengingum við Landspítalann og verður unnið í tímalínu í samvinnu við tæknisvið Landspítalans og seljendur hugbúnaðarins, Medexa.

Þetta verkefni hefur tekið lengri tíma en búist var við og innleiðing verið vegferð margra áskoranna. COVID-faraldurinn setti til dæmis strik í reikninginn og hægði verulega á innleiðingargetunni. Það hefur tekið á að sigla verkefninu í höfn. Margar tæknilegar áskoranir hafa komið upp við keyrslu og samstillingu hugbúnaðarins sem var misflókið að greiða úr, auk þess sem það hefur verið tímafrekt og kostnaðarsamt og sumt er enn óleyst. Eins og staðan er núna ættu þó allir fæðingarstaðir á landsbyggðinni að vera tengdir við Milou vorið 2025.

Tekið á móti gjöfinni á Heilbrigðisstofnun Vesturlands

Það var ánægjuleg og hátíðleg stund á Heilbrigðisstofnun Vesturlands þann 26. september síðast liðinn þegar tekið var á móti þessari veglegu gjöf fyrir hönd kvenfélagskvenna. Auk stjórnar Kvenfélagasambands Íslands var afmælisnefnd félagsins, formannaráði og heiðursfélögum Kvenfélagasambands Íslands boðið til að vera fulltrúar allra þeirra fjölmörgu kvenfélaga sem lögðu söfnuninni lið. Auk kvenfélagskvenna voru á afhendingunni starfsfólk landlæknis, starfsfólk Landspítala sem unnu að innleiðingunni og starfsfólk Heilbrigðisstofnunar Vesturlands.

Dagmar Elín Sigurðardóttir, forseti KÍ afhenti gjöfina formlega fyrir hönd sambandsins og þakkaði áður nefndum aðilum sem höfðu lagt söfnuninni lið. Jafnframt kom hún á framfæri þakklæti til starfsfólks landlæknis, Landspítala og annarra sem unnið höfðu að því að gera þessa tækni að veruleika. Dagmar benti einnig á að kvenfélagskonur væru þess fullvissar að með þessari gjöf væri stigið mikilvægt skref í átt að fjarlægningum sem nýtast muni um ókomin ár.



Frá vinstri: Elínborg Sigurðardóttir, Guðrún Þórðardóttir, Dagmar Elín Sigurðardóttir, forseti KÍ, Björk Steindórsdóttir, Hrafnhildur Ólafsdóttir, Þórný Jóhannsdóttir, Ágústa Magnúsdóttir, Linda B. Sverrisdóttir og Jenný Jóakimsdóttir. Ljósmyndari: Silla Páls.

Guðrún Þórðardóttir, sem var forseti Kvenfélagasambandsins á meðan á söfnuninni stóð, tók einnig til máls við afhendingu gjafarinnar og áréttaði hversu ánægjulegt það væri að sjá verkefnið lifna við, en markmið afmælisnefndar hefði verið að standa að söfnun sem myndi nýtast konum um land allt. Það væru konur í landinu sem hefðu gefið konum landsins og fjölskyldum þeirra þessa gjöf.

Björk Steindórsdóttir yfirljósmóðir á Heilbrigðisstofnun Suðurlands tók formlega á móti gjöfinni, en Björk hefur fylgt innleiðingunni eftir og verið í forsvari í samskiptum við fæðingarstaði og starfsfólk landlæknis. Björk þakkaði Kvenfélagasambandi Íslands fyrir þessa kjörkuðu og áræðnu gjöf, sem hefur í raun stækkað margfalt með tímanum við það tæknilega mótlæti sem komið hefur upp á. Í upphafi voru kvenfélagskonur stórhuga og þeirra leiðarljós var að þessi nýi hugbúnaður þyrfti að nýtast öllum konum landsins, ekki bara skjólstæðingum Landspítala. Þá áréttaði Björk að ljósmaður og læknar, sem vinna úti á landi, bíði af mikilli tilhlökkun og gleði yfir samtengingu kerfisins.

Að lokum tók til máls Hrafnhildur Ólafsdóttir yfirljósmóðir á Heilbrigðisstofnun Vesturlands og sagði frá því hvernig hefði gengið að vera tilraunastaður verkefnisins í innleiðingunni og nefndi nokkrar áskoranir sem þau hafa tekist á við.

Við ljósmaður notum tækifærið hér í *Ljósmaðrablaðinu* og þökkum fyrir þessa góðu gjöf frá Kvenfélagasambandi Íslands.

Tengsl notkunar ytra oxýtósíns í fæðingu við brjóstagjöf: Kerfisbundin fræðileg samantekt

The Relationship Between Intrapartum Synthetic Oxytocin and Breastfeeding: a Systematic Review of the Literature

TENGILIÐUR bryndis.sunna@outlook.com

Höfundar



Bryndís Sunna Jóhannesdóttir, ljósmóðir, MSc¹



Marianne E. Klinke, hjúkrunarfræðingur, PhD²



Berglind Hálfðánsdóttir, ljósmóðir, PhD²

Ágrip

Inngangur

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur í áratugi mælt með því að börn nærast eingöngu á brjósti fyrstu sex mánuðina og lengur samhliða annarri fæðu. Víða samræmist tíðni brjóstagjafar þó ekki ráðleggingum. Hormónið oxýtósín gegnir lykilhlutverki í barneignarferlinu. Notkun ytra oxýtósíns í fæðingum er mikil og fer vaxandi. Vísbendingar eru um að notkun þess í fæðingu gæti haft neikvæð tengsl við brjóstagjöf. Markmið rannsókna var að skoða tengsl notkunar ytra oxýtósíns í fæðingu við brjóstagjöf.

Efniviður og aðferðir

Kerfisbundin fræðileg samantekt megindlegra rannsókna. Farið var eftir aðferð Joanna Briggs stofnunarinnar og PRISMA-yfirlýsingin höfð til hlið-sjónar við framsetningu niðurstaðna. Heimildaleit var framkvæmd í gagna-söfnum PubMed, CINAHL, PsycInfo og ProQuest og framkvæmd afturvirk snjóboltaleit í greinum sem fundust í heimildaleit. Matstæki frá JBI voru notuð til að meta gæði og aðferðafræðilega skekkju rannsókna sem uppfylltu inntökuskilyrðin. Lykilupplýsingar úr rannsóknunum voru skipulega framsettar í fylkistöflu áður en niðurstöður voru samþættar með lóðréttri gagnagreiningu.

Niðurstöður

Fjórtán ferilrannsóknir og ein slembin íhlutunarrannsókn uppfylltu inntöku-skilyrði. Í rannsóknar- og samanburðar-hópunum voru samanlagt 52.439 pör af mæðrum og börnum þeirra. Niðurstöður gáfu til kynna að notkun ytra oxýtósíns í fæðingu gæti haft neikvæð tengsl við hegðun barns í brjóstagjöf skömmu eftir fæðingu. Niðurstöður rannsókna á tengslum ytra oxýtósíns í fæðingu við upphaf brjóstagjafar og brjóstagjöf til lengri tíma voru síður afgerandi en gáfu til kynna neikvæð tengsl.

Ályktanir

Veita ætti verðandi foreldrum fræðslu um möguleg tengsl ytra oxýtósíns í fæðingu við brjóstagjöf til að stuðla að upplýstri ákvarðanatöku um notkun lyfsins. Styðja ætti sérstaklega við brjóstagjöf kvenna sem fá ytra oxýtósín í fæðingu.

Lykilorð

oxýtósín
ytra oxýtósín
fæðing
brjóstagjöf
ljósmóðurfræði

Inngangur

Oxýtósín er hormón og taugaboðefni sem gegnir veigamiklu hlutverki í barneignarferlinu. Það hefur áhrif á frumur og vefi í líkamanum, til að mynda með því að stuðla að samdráttum í legi í fæðingu. Ásamt því hefur oxýtósín viðtak áhrif á þroska barns, heilsufar, félagslega hegðun og fleira¹. Eftir barnsfæðingu ýtir oxýtósín undir umönnunartilfinningu móður í garð barns og hefur jákvæð áhrif á tengslamyndun². Oxýtósín er einnig lykilhormón í brjóstagjöf og stuðlar að mjólkurlosun þegar barn sýgur brjóst¹.

Í fræðslugrein yfirlæknis á kvennasviði Landspítala sem birtist í *Ljósmæðrablaðinu* 2004 kom fram að hér á landi hefur ytra oxýtósín á lyfjaformi verið notað til framköllunar fæðingar, hríðaörvunar og til að fyrirbyggja eða draga úr blæðingu eftir fæðingu^{3,4}, sem er ein helsta ógnin við líf og heilsu móður. Mikil-vægi aðgengis að ytra oxýtósíni í fæðingum er því ótvírætt⁵. Tíðni inngripa sem tengjast notkun á ytra oxýtósíni er mikil og vaxandi hér á landi⁶. Óhófleg notkun lyfsins kann hins vegar að valda skaða, en rannsóknir hafa meðal annars varpað ljósi á tengsl við streitu, hegðun móður og barns, aðlögun í móður-hlutverki⁷ og blóðgildi innra oxýtósíns móður við brjóstagjöf⁸.

Kostir brjóstagjafar fyrir móður og barn eru margir. Í safngreiningu frá árinu 2016 kom fram að sjúkdóma- og dánar-tíðni væri lægri meðal barna sem nærðust lengur á brjósti, auk þess sem brjóstagjöf virtist draga úr tíðni sykursýki og krabba-meins í brjóstum og eggjastokkum hjá mæðrum⁹. Vegna þessa hafa Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin og Barnahjálp Sameinuðu þjóðanna mælt með að öll ungbörn fái brjóstamjólk ef mögulegt er. Víða er tíðni brjóstagjafar þó ekki í samræmi við ráðleggingar¹⁰. Stuðningur heilbrigðisstarfsfólks virðist hafa jákvæð áhrif á tíðni brjóstagjafar samkvæmt niðurstöðum stórrar samantektar frá árinu 2017¹¹. Einnig hefur komið fram í þversniðsrannsókn að aukin þekking mæðra á brjóstagjöf virðist hafa áhrif á tímalengd brjóstagjafar¹².

Hugmyndafræði ljósmæðra kveður á um stuðning við eðlilegt barneignarferli og rétt foreldra til upplýstrar ákvarðana-töku sem byggir á þekkingu á áhættu og ávinningi ólíkra þjónustukosta í barneignarferlinu. Hugmyndafræðin leggur þá kröfu á herðar ljósmæðra að taka þátt í að skapa nýja þekkingu á áhrifum fæðingarinngripa. Í ljósi hlutverks innra oxýtósíns í brjóstagjöf og vaxandi notkunar ytra oxýtósíns í fæðingum er tilefni til að grannskoða tengsl á milli notkunar ytra oxýtósíns í fæðingu og brjóstagjafar. Markmið þessarar kerfisbundnu fræðilegu samantektar var að samþætta niðurstöður rannsókna um tengsl ytra oxýtósíns í fæðingu við brjóstagjöf. Tilgangur rann-sóknarinnar var að styðja við upplýst val kvenna um notkun lyfsins í fæðingu og að skapa grundvöll fyrir áframhaldandi þróun verk-lags í tengslum við notkun ytra oxýtósíns í fæðingarþjónustu.

Notkun ytra oxýtósíns í fæðingum

Notkun ytra oxýtósíns í fæðingum hófst á sjöunda áratug síðustu aldar. Í dag er lyfið iðulega gefið í æð þegar verið er að framkalla fæðingu eða örva sótt sem gengur hægt. Eftir fæðingu barns er það ýmist gefið í vöðva eða í æð til að draga úr eða koma í veg fyrir blæðingu³.

Stór hluti kvenna á Íslandi fær ytra oxýtósín í fæðingu. Í íslensku fæðingaskránni fyrir árið 2019 kom fram að ytra oxy-tósín var notað til hríðaörvunar hjá 26,2% frumbyrja og 6,6% fjölbyrja í sjálfkrafa sótt á Landspítala. Hlutfallið var enn hærri á sjúkrahúsinu á Akureyri (53,1%/15,7%) og á Heilbrigðis-stofnun Vesturlands (43,7%/10,2%)¹³. Nákvæm tíðni á gjöf ytra oxýtósíns á öllu landinu er óþekkt, þar sem þær upplýsingar eru ekki teknar saman í skýrslu fæðingarskráningar, auk þess sem ekki eru gögn í fæðingarskrá um tíðni gjafa ytra oxýtósíns á þriðja stigi fæðingar. Þó er líklegt að margar konur fái lyfið á þriðja stigi, þar sem á Landspítala, sem sinnir rúmlega 73% allra fæðinga á landsvísi¹³, hefur verið mælt með virkri meðferð síðustu ár⁴.

Áhrif ytra oxýtósíns á innra oxýtósínkerfið

Notkun oxýtósínsídreypis í fæðingu virðist auka magn oxýtósíns í plasma hjá mæðrum og virðast áhrifin vera skammtaháð, en í nýlegri kerfisbundinni fræðilegri samantekt kom fram að þegar innrennslishraði ytra oxýtósíns var aukinn um helming tvöfaldaðist magn oxýtósíns í plasma¹⁴. Áður hafði verið lýst í samantekt frá árinu 2004 að þegar ytra oxýtósín væri gefið í sídreypi í fæðingu gæti styrkur þess orðið allt að 130–150x meiri en innra oxýtósíns í sjálfkrafa fæðingu².

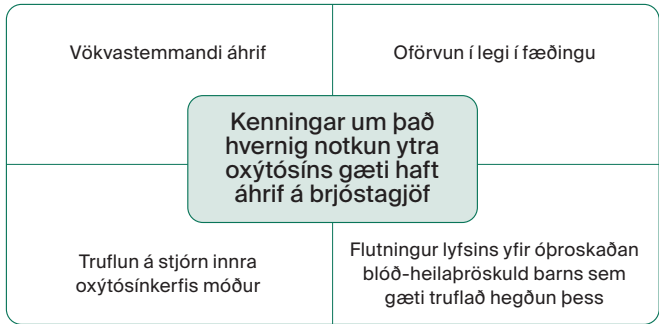
Jonas og félagar gerðu árið 2009 lýsandi samanburðar-rannsókn þar sem skoðuð voru gildi oxýtósíns og prolaktíns í blóðvökva mæðra þegar þær voru með barn á brjósti á öðrum degi eftir fæðingu. Í niðurstöðum rannsóknarinnar kom fram að því meira ytra oxýtósín sem konurnar fengu í fæðingu því lægra var gildi innra oxýtósíns í brjóstagjöf á öðrum degi eftir fæðingu, ásamt því að ytra oxýtósín í fæðingu hafði áhrif á gildi prolaktíns⁸.

Kenningar um tengsl ytra oxýtósíns við brjóstagjöf

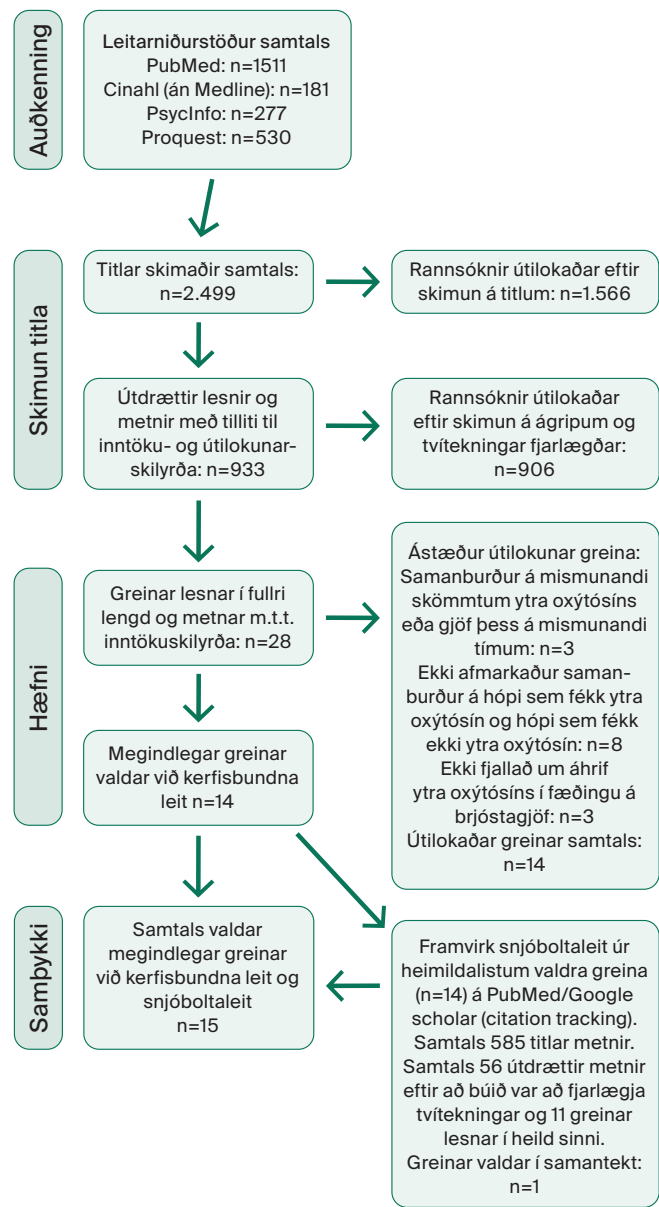
Fæðingarlæknirinn Michel Odent setti fram þá tilgátu að orsök aukinna erfiðleika við brjóstagjöf og þess að fleiri mæður hætti henni snemma vegna vandkvæða gæti tengst notkun ytra oxy-tósíns í fæðingu¹⁵. Í framvirkri rannsókn á 200 mæðrum og börnum þeirra hefur komið fram að ytra oxýtósín hefur væg vökvastemmandi áhrif og mikil notkun þess í fæðingu gæti því valdið meiri fyllingu í brjóstum eftir fæðingu og leitt til erfið-leika hjá nýburum við að grípa brjóstið¹⁶.

1 Vökudeild, Landspítali, Reykjavík.
2 Hjúkrunar- og ljósmóður-fræðideild, Háskóli Íslands, Reykjavík.

Mynd 1 Kenningar um það hvernig notkun ytra oxýtósins gæti haft áhrif á brjóstagjöf.^{15, 17}



Mynd 2 Flæðirit með niðurstöðum heimildaleitar fyrir kerfisbundna fræðilega samantekt á tengslum ytra oxýtósins í fæðingu við brjóstagjöf.



Notkun ytra oxýtósins í fæðingu gæti einnig truflað brjóstagjöf með því að hafa áhrif á hegðun barns^{7,17} eða líkamsstarfsemi móður^{8,17}. Cadwell og Brimdyr reyndu að skýra möguleg tengsl notkunar ytra oxýtósins í fæðingu við brjóstagjöf í samantekt sinni árið 2017. Höfundar bentu á að ytra oxýtósín gæti haft áhrif á þrjá lífeðlisfræðilega ferla: það gæti truflað stjórn innra oxýtósínkerfis móður, valdið oförvun í legi og farið yfir blóð-heilapröskuld nýbura, sem síðan gæti haft neikvæð áhrif á brjóstagjöf (mynd 1). Höfundar líktu trufluninni á innra oxýtósínkerfi kvenna við það sem gerist þegar ójafnvægi verður á insúlínkerfinu og insúlínviðnám eykst hjá einstaklingum með sykursýki. Með öðrum orðum, ytra oxýtósín gæti valdið neikvæðri svörun og dregið úr eigin oxýtósínframleiðslu konunnar. Þau áhrif gætu síðan varað mánuðum eftir fæðingu¹⁷.

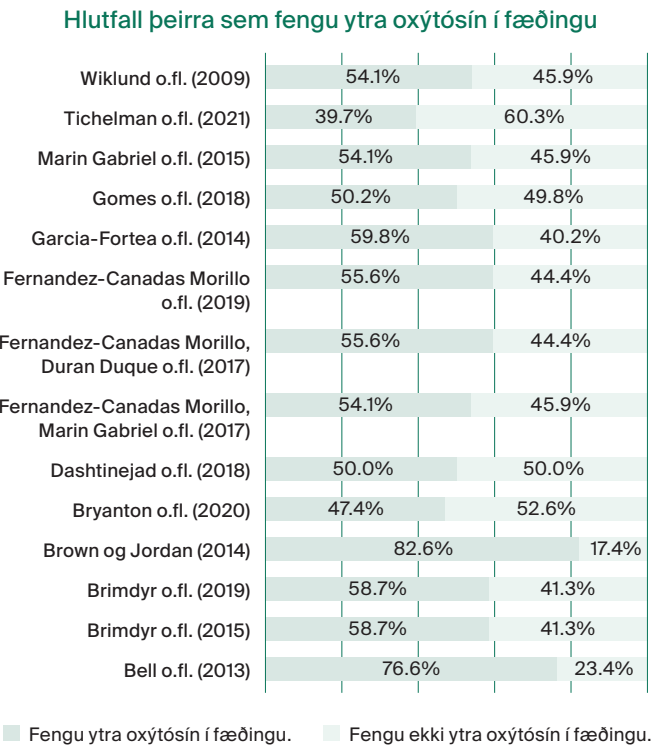
Cadwell og Brimdyr bentu einnig á að ef ytra oxýtósín er gefið stöðugt í háum skömmtum geti legið orðið oförvað, sem getur leitt til fósturstreitu og óæskilegra áhrifa á getu barns til að taka brjóst eftir fæðingu. Minnkuð samdráttarhæfni legsins og aukin blæðingarhætta eftir fæðingu gæti einnig dregið úr mjólkurframleiðslu móður. Þar að auki gæti óþroskaður blóð-heilapröskuldur nýbura gert oxýtósínviðtaka í miðtaugakerfi þeirra minna næma sem gæti truflað hegðunareiginleika barnsins í tengslum við brjóstagjöf (e. prefeeding cues), haft neikvæð áhrif á sog, kyngingu og getu þess til að taka brjóst¹⁷. Í kerfisbundinni fræðilegri samantekt frá 2023 kom hins vegar fram að gjöf ytra oxýtósins í fæðingu virtist ekki hækka oxýtósíngildi í plasma nýbura en höfundar tóku undir það að ytra oxýtósín gæti haft óbein áhrif á nýbura í tengslum við oförvun á legi og fósturstreitu vegna þess¹⁴.

Fyrri samantektarrannsóknir á tengslum ytra oxýtósins við brjóstagjöf

Erickson og félagar gerðu samþætt yfirlit á 26 rannsóknum um tengsl notkunar ytra oxýtósins við brjóstagjöf, en niðurstöður þeirra voru að hluta til misvísandi. Helmingur rannsóknanna greindi frá tengslum milli notkunar ytra oxýtósins og verri útkomu brjóstagjafar, tæpur fjórðungur fann engin tengsl, en í öðrum fjórðungi voru niðurstöður breytilegar eftir undirhópum, s.s. frumbyrjum og fjölbyrjum. Höfundar bentu á að fáar rannsóknir væru til og að frekari rannsóknir væru nauðsynlegar vegna mikillar notkunar ytra oxýtósins í fæðingu¹⁸. Eftir að samantekt Erickson o.fl. var birt höfðu nýjar rannsóknir komið fram um tengsl ytra oxýtósins við brjóstagjöf sem kallaði á gerð nýrrar samantektar, en almennt hefur fjöldi rannsókna um efnið aukist síðustu 1–2 áratugi.

Á meðan þessi samantekt var í vinnslu birtu Monks o.fl. árið 2021 kerfisbundið fræðilegt yfirlit þar sem skoðuð voru tengsl notkunar ytra oxýtósins í fæðingu við ýmsar útkomubreytur, þar með talið brjóstagjöf. Þeir notuðu aðeins eitt gagnasafn og völdu einungis fimm rannsóknir um áhrif ytra oxýtósins á brjóstagjöf. Höfundar bentu á að ytra oxýtósín gæti haft neikvæð tengsl við brjóstagjöf, en úrtakið og aðferðafræðin voru takmörkuð¹⁹. Þörf fyrir nýja og umfangsmeiri kerfisbundna fræðilega samantekt um tengsl ytra oxýtósins í fæðingu við brjóstagjöf lá þannig ljóst fyrir, þar sem allnokkrar rannsóknir voru birtar eftir samantekt

Mynd 3 Hlutfall þátttakenda sem fékk ytra oxýtósín í fæðingu í rannsóknum samantektar á tengslum þess við brjóstagjöf.



Erickson og féлага¹⁸ og Monks og félagar¹⁹ fjölluðu aðeins um hluta þeirra rannsókna sem til eru um efnið. Því var framkvæmd kerfisbundin fræðileg samantekt á rannsóknum sem birtar voru á árunum 2007–2021 til að svara rannsóknarspurningunni: Eru tengsl milli notkunar ytra oxýtósins í fæðingu og brjóstagjafar?

Efniviður og aðferðir

Aðferðin sem stuðst var við í þessari rannsókn var kerfisbundin fræðileg samantekt. Kerfisbundnar fræðilegar samantektir eru undirstaða gagnreyndrar þekkingar og geta nýst við gerð klínískra leiðbeininga og til að undirbyggja gagnarannsóknir²⁰. Þar sem engin rannsókn á tengslum ytra oxýtósins í fæðingu við brjóstagjöf hefur farið fram hér á landi varð samantekt fyrir valinu sem fyrsta skref í ferli sem vonast er til að leiði til gagnarannsókna hér á landi.

Heimildaleit og inntökuskilyrði rannsókna

Heimildaleit var framkvæmd í gagnasöfnum PubMed, CINAHL, PsycInfo og ProQuest. Prófuð voru ýmis viðeigandi leitarorð og samsetningar, bæði með og án MeSH orða, til að hámarka árangur leitar. Lokaleit var yfirfarin af bókasafnsfræðingi og samþykkt af öllum höfundum. Notuð voru leitarorðin; „Oxytocin“ (MeSH), „Birth“, „Labor“, „Labour“, „Childbirth“, „Parturition“, „Intrapartum“, „Peripartum“, „Augmentation“ og „Induction“.

Leit í gagnasöfnum var höfð opin og lögð ríkari áhersla á að sía út greinar við skimun, til að ganga úr skugga um að rannsóknir sem gætu uppfyllt inntökuskilyrðin færu ekki forgörðum.

Inntökuskilyrði í samantektina voru framsett í samræmi við rannsóknarspurninguna en þau voru eftirfarandi:

- Megindlegar samanburðarrannsóknir.
- Ritýndar greinar gefnar út í ritrýndum tímaritum á tímabilinu 1.1.2007–31.12.2021, en á því tímabili varð mikil aukning á birtingu greina um viðfangsefnið.
- Greinar á íslensku/ensku.
- Samanburður á hópi kvenna sem fékk ytra oxýtósín í æð/vöðva á einhverju stigi fæðingar og hópi kvenna sem fékk ekki ytra oxýtósín í fæðingu, eða samanburður á hópi kvenna sem fékk ytra oxýtósín á tilteknu stigi fæðingar við hóp kvenna sem fékk ekki ytra oxýtósín á því stigi fæðingar.
- Útkomubreytan var tengsl við brjóstagjöf eða hegðun barns í brjóstagjöf. Engar takmarkanir voru settar á hvers konar útkomubreytur brjóstagjafar voru metnar eða hvernig.
- Ytra oxýtósín gefið hvenær sem er frá framköllun fæðingar eða frá því að sjálfkrafa fæðing hófst þar til fæðingarþjónusta lauk og sængurleguþjónusta tók við.

Við gagnaöflun var skimað yfir alla titla og útdrætti sem birtust í heimildaleit í rafrænum gagnasöfnum. Rannsakendur (BSJ og BH) lögðu mat á hvort innihald þeirra gæfi til kynna að greinin gæti uppfyllt inntökuskilyrði rannsóknarinnar. Greinar voru lesnar í heild sinni og metnar með tilliti til inntöku- og útilokunarskilyrða. Síðar var gerð afturvirk snjóboltaleit í heimilda-skrám greina sem fundust í fyrstu leit, að rannsóknum sem gætu uppfyllt inntökuskilyrði samantektarinnar.

Hver rannsókn sem valin var í samantektina var gæðametin af tveimur rannsakendum (annars vegar BSJ og BH og hins vegar BSJ og MEK) með viðeigandi gæðamatstækjum fyrir hvert rannsóknarsnið frá Joanna Briggs stofnuninni. Notuð voru gæðamatstæki fyrir ferilrannsóknir (e. cohort studies) og slembnar íhlutunarrannsóknir (e. randomized controlled trials). Meðrannsakendur (BH og MEK) framkvæmdu blindað gæðamat til að auka réttmæti. Ákveðið var að útiloka ekki rannsóknir á grundvelli gæðamats heldur lýsa niðurstöðum þeirra og mati á aðferðafræðilegri skekkju. Flæðirit með niðurstöðum heimildaleitar og vali á rannsóknum er að finna á mynd 2. Einkenni og niðurstöður rannsókna voru skráð í fylkistöflu (e. matrix). Gerð var lóðrétt gagnagreining á fylkistöflum þar sem einkenni og niðurstöður rannsókna voru samþætt, þar á meðal skilgreining útsetningarbreyta og útkomubreyta.

Á næstu fimm síðum er að finna töflu eitt.

Tafla 1 Fylkistafla með einkennum rannsókna í samantekt um tengsl notkunar ytra oxýtósins í fæðingu við brjóstagjöf.

Fyrsti höfundur (ár) Útgáfuland Rannsóknarsnið Gæðamat	Tilgangur	Rannsóknarhópur Samanburðarhópur	Inntökuskilyrði Útilokunarskilyrði Leiðrétting	Niðurstöður
Bell, A. F. (2013) ²⁶ Bandaríkin Framskyggn ferilrannsókn JBI: 8/10 stig	Að kanna hvort notkun ytra oxy- tósíns í fæðingu (framköllun fæðingar/hríða- örvun) hafi áhrif á hegðun nýbura í brjóstagjöf 45–50 mínútum eftir fæðingu.	47 nýburar. YO í fæðingu: 36 (76,6%). Ekki YO í fæðingu: 11 (23,4%).	Inntökuskilyrði: Móðir: ensku eða spænskumælandi, >18 ára, eðlileg fæðing. Nýburi: 37–42v meðgöngu- lengd, ekki fósturstreita, fæðingar- þyngd ≥2500g, Apgar við 1 og 5 mín ≥7, fæðing í höfuðstöðu, ekki áhaldafæðing, ekki endurlífgun barns, ekki þekkt litningafrávik s.s. skarð í vör/góm. Útilokandi þættir: Fósturstreita (fósturhjartsláttur <110sl/mín eða >170sl/mín, seinar dýfur, minnkaður breytileiki), notkun áhalda í fæðingu, Apgar <7 við 1 eða 5 mín. Leiðrétt fyrir: Kyni barns, með- göngulengd, fæðingarþyngd, tímalengd fæðingar, notkun utan- bastsdeyfigar (lógistísk aðhvarfs- greining).	Marktækt færri hegðunareigin- leikar í tengslum við brjóstagjöf (e. prefeeding organization) komu fram hjá nýburum þegar móðir hafði fengið ytra oxytósín í fæðingu samanborið við óútsetta hópinn. Niðurstöðurnar voru marktækar fyrir hegðunareiginleika þar sem barn færði hendi í átt að munni í stutta stund og í lengri tíma. 44% nýbura mæðra sem fengu ytra oxytósín í fæðingu sýndu lítil merki um hegðunareiginleika í tengslum við brjóstagjöf samanborið við 0% í óútsetta hópnum. 25% í útsetta og 64% óútsetta hópnum sýndu mikla hegðunareiginleika í tengslum við brjóstagjöf. Eftir að leiðrétt var fyrir áhrifsbreytum voru nýburar mæðra sem fengu ytra oxytósín í fæðingu 11,5x (95% CI=1.8–73.3) líklegri til að sýna litla/meðalmikla hegðunar- eiginleika í tengslum við brjóstagjöf samanborið við mikla hegðunar- eiginleika í tengslum við brjóstagjöf meðal nýbura sem ekki fengu ytra oxytósín.
Brimdyr, K. (2015) ²⁸ Bandaríkin Framskyggn samanburðar- rannsókn (prospective comparative design) JBI: 10/10 stig	Að kanna áhrif utanbastsdeyfiga og ytra oxytósíns sem gefið er í fæðingu á getu nýbura til að taka brjóst á fyrstu klukkustund eftir fæðingu þegar barn liggur húð við húð móður.	63 mæður og börn þeirra. YO í fæðingu: 37 (58,7%). Ekki YO í fæðingu: 26 (41,3%).	Inntökuskilyrði: Móðir: ≥18 ára, hraust, móðurmál enska eða spænska, 37–42v meðgöngulengd, áætluð fæðing um leggöng. Nýburi: Hraustur, fullburða, ekki þekkt frávik. Útilokandi þættir: Áhættufæðing, vandamál móður þess eðlis að hún gat ekki haft barn á brjósti, keisara- skurður, utanbastsdeyfig, móðir fékk remifentanyl í æð, aðskilnaður barns frá móður í >10 mínútur s.s. vegna aðhlynningar/innlagnar á nýburagjörgæslu. Leiðrétt fyrir: Magni fentanyls í utanbastsdeyfigu, tímalengd utanbastsdeyfigar, magni ytra oxytósíns, Apgarskori við 5 mínútur (lógistísk aðhvarfsgreining).	Nýburar mæðra sem fengu ytra oxytósín í fæðingu voru marktækt ólíklegri til að taka brjóst á fyrstu klukkustund eftir fæðingu (p=0,026) samanborið við óútsetta hópinn. Magn ytra oxytósíns hafði áhrif. Þar sem sumar mæður fengu bæði ytra oxytósín og utanbastsdeyfigu í fæðingu voru áhrifabreyturnar greindar í sitthvoru lagi. Sterk neik- kvæð tengsl milli magns ytra oxytósíns og magns og tímalengdar utanbastsdeyfigar (fentanyls) í fæðingu og getu barns til að sjúga brjóst á fyrstu klukkustund eftir fæðingu.
Brimdyr, K. (2019) ²⁹ Bandaríkin Framskyggn ferilrannsókn JBI: 9/10 stig	Að kanna áhrif algengra lyfja sem gefin eru í fæðingu á hegðun heil- brigðra nýbura á fyrstu klukkustund eftir fæðingu.	63 mæður og börn þeirra. YO í fæðingu: 37 (58,7%). Ekki YO í fæðingu: 26 (41,3%).	Inntökuskilyrði: Móðir: ≥18 ára, hraust, móðurmál enska eða spænska, 37–42v meðgöngulengd, áætluð fæðing um leggöng. Nýburi: Hraustur, fullburða og ekki þekkt frávik. Útilokandi þættir: Áhættufæðing, vandamál móður þess eðlis að hún gat ekki haft barn á brjósti, keisaraskurður, mænudeyfig, móðir fékk remifentanyl í æð, að- skilnaður barns frá móður í >10 mínútur s.s. vegna aðhlynningar/ innlagnar á nýburagjörgæslu. Leiðrétt fyrir: Meðgöngulengd, fæðingarþyngd, Apgarskori við 1 og 5 mínútur, aldri móður, fjölda fyrri fæðinga, magni lyfs í utanbastsdeyfigu og notkun ytra oxytósíns (pörun, Bonferroni leiðrétting).	Stig 1 (fæðingargrátur): Börn mæðra sem hvorki fengu YO né UBD í fæðingu grétu marktækt lengur en börn mæðra sem fengu YO en ekki UBD (p=,02) og börn mæðra sem fengu bæði YO og UBD (p=,03). Stig 2 (slökun), 3 (vaknar upp) 4 (hreyfir sig): Ekki munur milli hópa. Stig 5 (hvíld): Börn mæðra sem fengu YO en ekki UBD voru styttra í hvíld samanborið við börn mæðra sem hvorki fengu YO né UBD (p=,05). Stig 6 (mjakar sér að brjósti): Börn mæðra sem hvorki fengu YO né UBD voru marktækt fljótari að færa sig að brjóstinu en börn mæðra sem fengu YO en ekki UBD (p<,002) og þeirra sem fengu bæði YO og UBD (p=,04). Stig 7 (kynnir sér brjóstið og sleikir): Börn mæðra sem fengu bæði YO og UBD voru marktækt styttra á stigi 7 en börn mæðra sem fengu YO en ekki UBD (p<,001) og börn mæðra sem fengu UBD en ekki YO (p<,001). Stig 8 (gripur brjóst/sýgur): Börn mæðra sem fengu YO og UBD voru ólíklegri til að byrja að sjúga samanborið við börn sem hvorki fengu YO né UBD (p<,001). Stig 9 (sofnar): Aðeins eitt barn náði stigi 9 en móðir þess fékk hvorki YO né UBD.

Fyrsti höfundur (ár) Útgáfuland Rannsóknarsnið Gæðamat	Tilgangur	Rannsóknarhópur Samanburðarhópur	Inntökuskilyrði Útilokunarskilyrði Leiðrétting	Niðurstöður
Brown, A. (2014) ³⁰ Bretland Afturskyggn lýsandi rannsókn JBI: 9/9 stig	Að kanna reynslu mæðra sem hættu brjóstagjöf í tengslum við gjöf samdráttarlyfja í fæðingu til að fyrir- byggja blæðingu.	288 mæður og börn þeirra. YO í fæðingu: 238 (82,6%) fengu virka með- ferð á 3. stigi fæðingar (YO eða YO+ergometrin) Ekki YO í fæðingu: 50 (17,4%) hlutu lífeðlisfræðilega meðferð á 3. stigi fæðingar.	Inntökuskilyrði: Þægindaúrtak, fæðing um leggöng. Útilokandi þættir: Keisaraskurður, fjölburaefæðing, fæðingarþyngd <2500g, fyrirburaefæðing <37v meðgöngulengd. Leiðrétt fyrir: Aldri móður, menntun, fæðingarmáta, verkjalyfjanotkun í fæðingu s.s. utanbastsdeyfig (fjölbreytugreining).	Ekki marktæk tengsl milli notkunar samdráttarlyfja í fæðingu og hvernig barn nærðist fyrst eftir fæðingu þ.e. á brjósti eða með þurrmjólk. Hins vegar voru mæður sem fengu samdráttarlyf í fæðingu marktækt ólíklegri til að vera með barn á brjósti 2 og 6 vikum eftir fæðingu (OR 0,35 og 0,38). Meðal mæðra sem hættu brjóstagjöf voru þær sem höfðu fengið samdráttarlyf marktækt líklegri til að tjá að brjóstagjöf hefði verið hætt vegna líkamlegra ástæðna s.s. sársauka eða erfiðleika.
Bryanton, J. (2020) ²² Kanada Framskyggn langsniðs ferilrannsókn JBI: 11/11 stig	Að kanna tengslin milli þátta, sem er hugsanlega hægt að breyta, í fæðingu sem hafa áhrif á upphaf brjóstagjafar u.þ.b. 36 klst. e. fæðingu, tímalengd brjóstagjafar og ein- göngu brjóstagjöf við útskrift af sjúkra- húsi, 2v, 2 mán, og 6 mán eftir fæðingu hjá frumbyrjum. Einnig að kanna hvort einhverjir aðrir þættir sem hægt er að breyta og áhrifa- breytur hafi áhrif á sambandið milli þátta í tengslum við fæðingu og brjósta- gjafarútkomu.	97 mæður og börn þeirra. YO í fæðingu: 26 (26,8%) framköllun fæðingar. 20 (20,6%) hríðaörvun. Ekki YO í fæðingu: 51 (52,6%).	Inntökuskilyrði: Þægindaúrtak á fæðingardeildum á tveimur sjúkra- húsum. Móðir: Frumbyrja, ≥18 ára, enskumælandi, upplýst samþykki, áætlun að hafa barn á brjósti. Með- göngulengd ≥37 vikur. Útilokandi þættir: Fjölburaþungun, saga um fíknivanda, brjóstaminnkun, óleyst vandkvæði/ veikindi eftir fæðingu, andvanafæðing, stórvægi- leg meðfædd frávik barns, fæðingar- áverkar, fæðingarþyngd <2500g, innlögn á nýburagjörgæslu, barn í umsjá félagsþjónustu eða ættleiðing. Leiðrétt fyrir: Likamsþyngd móður, LATCH stigum, þyngdartapi ný- bura, meðgöngulengd, faglegum stuðningi, húð við húð meðferð, tíðni gjafa á fyrstu 2 sólarhringum, Apgar við 1 mín, spangarklipping/áverkar (lógistísk aðhvarfsgreining).	Framköllun fæðingar með ytra oxytósíni hafði neikvæð áhrif á upphaf brjóstagjafar en hafði ekki áhrif brjóstagjöf síðar og hvort mæður voru eingöngu með barnið á brjósti. Ytra oxytósín í fæðingu tengdist marktækt lægra LATCH skori (árangursríku upphafi brjóstagjafar) við 36 klst. aldur barns (p=,02).
Dashtinejad (2018) ³⁵ Íran Slembin íhlutunar- rannsókn (RCT) JBI: 9/13 stig	Að bera saman áhrif örvunar brjósta með mjaltavél við gjöf YO í tengslum við tímalengd 3. stigs fæðingar, blæðingu eftir fæðingu og blóðleysi eftir fæðingu.	106 mæður og börn þeirra. YO í fæðingu: 53 (50%) fengu YO á þriðja stigi fæðingar. Ekki YO í fæðingu: 53 (50%) örvun með mjaltavél á þriðja stigi fæðingar.	Inntökuskilyrði: Aldur móður 18–35 ára, einburi, meðgöngulengd 37–42v, eðlilegur blóðþrýstingur móður, fyrsta eða önnur þungun, hemóglóbín fyrir fæðingu >11g/dL, BMI á fyrsta þriðjungi meðgöngu 20–30kg/m2, áætluð þyngd barns 2500g–4000g, eðlileg fæðing um leggöng. Útilokandi þættir: Fylgjulos, fyrir- sæt fylgja, fæðingarteppe, læknis- fræðileg vandamál, saga um fyrri keisaraskurð, framköllun fæðingar eða hríðaörvun, saga um blæðingu á þriðja stigi fæðingar, saga um þungunarrof/fósturlát. Leiðrétt fyrir: Ekki leiðrétt fyrir áhrifsbreytum.	Fjöldi brjóstagjafa fyrsta sólar- hringinn var hærri meðal mæðra sem notuðu örvun mjaltavélar samanborið við mæður sem fengu ytra oxytósín á 3. stigi fæðingar (9.14±1.41 vs. 8.51±2.16) en munurinn var ekki marktækur (p=0.16). Fyrsta brjóstagjöf gekk vel hjá (n=51) 96,2% kvenna sem notuðu örvun mjaltavélar en (n=46) 86,7% hjá konum sem fengu ytra oxytósín á 3. stigi fæðingar. Munurinn var þó ekki marktækur (p=0.16). Ekki marktækur munur á árangri fyrstu brjóstagjafar milli hópa. Ekki marktækur munur á tíðni brjóstagjafa fyrsta sólarhring milli hópa.
Fernandez-Canadas Morillo, A. (2017a) ³¹ Spánn Framskyggn lýsandi ferilrannsókn JBI: 9/11 stig	Að kanna hvort ytra oxytósín sem notað er fyrir framköllun fæðingar/hríðaörvun hafi áhrif á upphaf og/eða tímalengd brjóstagjafar.	98 mæður og börn þeirra. YO í fæðingu: 53 (54,1%). Ekki YO í fæðingu: 45 (45,9%).	Inntökuskilyrði: Heilbrigft fullburða barn, leggangafæðing, Apgarskor a.m.k. 7 við 5 mínútur, móðir hafði áætlanir um brjóstagjöf á meðgöngu. Útilokandi þættir: Fyrirburar, litningafrávik sem greind voru á meðgöngu, innlögn móður á gjörgæslu, innlögn barns á nýburagjörgæslu innan 48 klst. frá fæðingu, móðir ætlaði sér ekki að hafa barnið á brjósti, tungumálaörðugleikar, keisaraskurðir. Leiðrétt fyrir: Ekki leiðrétt fyrir áhrifsbreytum.	Ekki reyndist marktækur munur á eingöngu brjóstagjöf eða brjósta- gjöf milli hópanna. Hlutfall þeirra sem voru eingöngu með barn sitt á brjósti við útskrift af sjúkrahúsi var 97,3% í hópnum sem var ekki útsettur fyrir ytra oxytósíni og 87,1% í hópnum sem var útsettur (p=0.14). 3 mánuðum eftir fæðingu var eingöngu brjóstagjöf 72,5% í hópnum sem var ekki útsettur fyrir ytra oxytósíni en 65,9% í útsetta hópnum (p=0.71). 6 mánuðum eftir fæðingu var hlutfall brjóstagjafar 31,4% í hópnum sem var ekki útsettur en 27,9% í hópnum sem var útsettur fyrir ytra oxytósíni í fæðingu (p=0.53).

Fyrsti höfundur (ár) Útgáfuland Rannsóknarsnið Gæðamat	Tilgangur	Rannsóknarhópur Samanburðarhópur	Inntökuskilyrði Útilokunarskilyrði Leiðrétting	Niðurstöður
Fernandez-Canadas Morillo, A. (2017b) ³³ Spánn Framskyggn feril-rannsókn JBI: 10/11 stig	Að kanna tengslin milli ýmissa þátta í fæðingu og félagslegra þátta og að eingöngu brjóstagjöf sé hætt 3 og 6 mánuðum eftir fæðingu	529 mæður og börn þeirra. YO í fæðingu: 294 (55,6%). Ekki YO í fæðingu: 235 (44,4%).	Inntökuskilyrði: Fullburða einburar, Apgar >7 við 5 mínútur, áætlun móður á meðgöngu að hafa barn á brjósti. Útilokandi þættir: Fyrirburafæðing, litningafrávik eða önnur frávik sem gætu haft áhrif á aðlögun barns eftir fæðingu, innlög móður eða barns á gjörgæslu innan 48 klukku-stunda frá fæðingu, áætlun móður á meðgöngu um að gefa barni þurr-mjólk eftir fæðingu, svæfingalyf, tungumálaörðugleikar. Leiðrétt fyrir: Fæðingarmáta, utanbastsdeyfingu, meðgöngulengd, fæðingarþyngd, aldri móður, uppruna móður, menntunarstigi móður, hjúskaparstöðu, fjölda fyrri fæðinga, fæðingarfræðslu (fjöl-breytu aðhvarfsgreining).	Hlutfall þeirra sem hófu brjóstagjöf var 90,4%. 3 mánuðum eftir fæðingu voru 64,4% mæðra enn með börn sín eingöngu á brjósti og 31,4% 6 mánuðum eftir fæðingu. Ekki reyndust vera marktæk tengsl milli gjafar ytra oxýtósins í fæðingu og að eingöngu brjóstagjöf væri hætt 3 og 6 mánuðum eftir fæðingu.
Fernandez-Canadas Morillo, A. (2019) ³² Spánn Framskyggn feril-rannsókn JBI: 11/11 stig	Að kanna hvort YO í fæðingu og fæðingarmáti tengdist því að eingöngu brjóstagjöf væri hætt á mismunandi tíma-punktum. Einnig að kanna hvort mismunandi skammtar YO tengdust því að brjóstagjöf væri hætt.	529 mæður og börn þeirra. YO í fæðingu: 270 (51%) fæddu um leggöng og YO útsetning í fæðingu. 24 (4,5%) keisara-skurður og YO útsetning í fæðingu. Ekki YO í fæðingu: 153 (28,9%) fæðing um leggöng og ekki útsetning fyrir YO. 82 (15,5%) valkeisaraskurður og ekki YO útsetning í fæðingu.	Inntökuskilyrði: Einburi, full meðgöngulengd, Apgarskor >7 við 5 mínútur, móðir hafði áætlanir um brjóstagjöf á meðgöngu, upplýst samþykki fyrir þátttöku í rannsókninni fyrir fæðingu. Útilokandi þættir: Fyrirburafæðing, litningafrávik eða önnur frávik greind á meðgöngu sen gætu haft áhrif á barn eftir fæðingu, flutningur móður á gjörgæslu, flutningur barns á nýburagjörgæslu innan 48 klist frá fæðingu, áætlun móður fyrir fæðingu um að gefa barni þurrmjólk, svæfingarlyf, tungumálaörðugleikar. Leiðrétt fyrir: Fæðingarmáta, gjöf ytra oxýtósins og eingöngu brjóstagjöf hætt, menntunarstigi móður, notkun snuðs, móðir aftur á atvinnumarkað, frumbyrjur, sóttu ekki stuðningshóp fyrir brjóstagjöf. Ekki leiðrétt fyrir notkun utanbastsdeyfingar sem var ólík milli hópa.	Hlutfall eingöngu brjóstagjafar lækkaði í öllum hópum með tímanum. Eftir að leiðrétt var fyrir áhrifsbreytum var hópurinn sem fór í valkeisara og fékk ekki ytra oxýtósín í mestri hættu á að hætta eingöngu brjóstagjöf (OR [95% confidence interval], 2.51 [1.53–4.12]). Ekki reyndust vera tengsl milli magns ytra oxýtósins sem gefið var í eða eftir fæðingu og að eingöngu brjóstagjöf væri hætt.
Garcia-Fortea, P. (2014) ²³ Spánn Afturskyggn feril-rannsókn JBI: 9/11 stig	Að kanna hugsanleg tengsl milli gjafar YO í fæðingu og tímalengd brjóstagjafar.	316 mæður og börn þeirra. YO í fæðingu: 189 (59,8%). Ekki YO í fæðingu: 127 (40,2%) sjálfkrafa sótt eða valkeisaraskurður.	Inntökuskilyrði: Slembiúrtak, 400 mæðrum af 7246 sem fæddu barn á sjúkrahúsi í Malaga árið 2006 boðin þátttaka. Útilokandi þættir: Neituðu þátttöku (10), náðist ekki í (74). Leiðrétt fyrir: Aldri móður, notkun pela, kyni barns, meðgöngulengd, vandkvæðum á meðgöngu, óeðlilegu fósturhjartsláttarríti, tvíburameðgöngu, fæðingarmáta (lógistísk aðhvarfsgreining).	Notkun ytra oxýtósins í fæðingu jók líkurnar á pelanotkun um 1,451 (95% CI 1.28–1.63). Notkun ytra oxýtósins í fæðingu jók einnig líkurnar á að brjóstagjöf væri hætt við 3 mánaða aldur barns um 2,29 (95% CI 1.41–3.74). Áhrifabreytur voru aldur móður, þar sem meiri hætta var á að brjóstagjöf væri hætt fyrir mæður sem voru yngri en 27 ára. Ytra oxýtósín í fæðingu tengdist lægri tíðni brjóstagjafar (63,5% þeirra sem voru útsettar fyrir ytra oxýtósíni, samanborið 92,1% ekki útsettra) (RR, 1.45; 95% CI, 1.288–1.635). Notkun ytra oxýtósins í fæðingu stytti tímabil brjóstagjafar um 33 daga að meðaltali.

Fyrsti höfundur (ár) Útgáfuland Rannsóknarsnið Gæðamat	Tilgangur	Rannsóknarhópur Samanburðarhópur	Inntökuskilyrði Útilokunarskilyrði Leiðrétting	Niðurstöður
Gomes, M. (2018) ²⁴ Portúgal Afturskyggn feril-rannsókn JBI: 9/9 stig	Að kanna hvort gjöf YO í fæðingu hafi áhrif á brjóstagjöf.	201 móðir og börn þeirra. YO í fæðingu: 101 (50,2%). Ekki YO í fæðingu: 100 (49,8%).	Inntökuskilyrði: Slembiúrtak, börn sem fæddust á fæðingardeild í Alto Minho 2015–2016. Einburi, barn í höfuðstöðu, ætlun móður að hafa barn á brjósti. Útilokandi þættir: Keisaraskurður, áhaldafæðing, fyrirburi, flutningur móður á gjörgæslu, flutningur barns á nýburagjörgæslu innan 48 klukku-stunda frá fæðingu, Apgarskor <7 við 1 eða 5 mín, ef ekki náðist samband við móður 3 mánuðum eftir fæðingu, ef móðir var aftur farin á atvinnu-markað 3 mánuðum eftir fæðingu. Leiðrétt fyrir: Aldri móður, fjölda fyrri fæðinga, BMI fyrir meðgöngu, menntunarstigi (lógistísk aðhvarfsgreining).	Notkun ytra oxýtósins í fæðingu tengdist verri útkomu brjóstagjafar á fyrstu klukkustund eftir fæðingu (OR=2.493, CI: 1.05–5.92; p=.038). Mæður sem tjáðu vandkvæði í brjóstagjöf á fyrstu klukkustund eftir fæðingu voru marktækt líklegri en ekki til að hafa fengið ytra oxýtósín í fæðingu. Marktækt færri börn mæðra sem fengu ytra oxýtósín í fæðingu voru á brjósti á fyrstu klukkustund eftir fæðingu (p=,003) samanborið við börn mæðra sem ekki fengu ytra oxýtósín í fæðingu. Þremur mánuðum eftir fæðingu voru 26,7% kvenna sem fengu ytra oxýtósín í fæðingu og 14% kvenna sem ekki fengu ytra oxýtósín í fæðingu ekki með barn á brjósti (p=.035). Þremur mánuðum eftir fæðingu voru færri börn mæðra sem voru útsettar fyrir ytra oxýtósíni á brjósti (p=.025) en niðurstöðurnar voru ekki marktækar þegar búið var að leiðrétta fyrir hugsanlegum áhrifsbreytum.
Jordan, S. (2009) ²¹ Bretland Afturskyggn feril-rannsókn JBI: 7/9 stig	Að kanna hugsanleg áhrif lyfja sem reglulega eru gefin í fæðingu á brjóstagjöf hjá heilbrigðum konum og börnum.	48.366 mæður og börn þeirra. YO í fæðingu: 5,6% framköllun fæðingar. 9,8% hriðaðrvun. 97,5% á þriðja stigi fæðingar. Ekki YO í fæðingu: 1,7% fengu engin samdráttarlyf á þriðja stigi fæðingar.	Inntökuskilyrði: Heilsuhraustar mæður, sem fæddu fullburða einbura, fæðingarþyngd ≥2500g, Apgar við 5 mín ≥4. Útilokandi þættir: Meðfædd frávik barns eða aðstæður sem kröfðust innlagnar á gjörgæslu, mæður þurftu innlög्न á gjörgæslu, blóðmissir >1L, dvöl á sjúkrahúsi >7 daga eftir fæðingu þar sem aðstæður gætu haft neikvæð áhrif á brjóstagjöf. Leiðrétt fyrir: Notkun glaðlofts, notkun ópíóða, utanbastsdeyfingu, staðdeyfingu, þjóðfélagsstöðu, fjölda fyrri fæðinga, aðferð við örvun fæðingar, framköllun fæðingar, lyf gefin á þriðja stigi fæðingar, aldri móður, Townsend vísitölu skorts.	Ekki marktækur munur á upphafi brjóstagjafar hjá konum sem fengu ytra oxýtósín til framköllunar fæðingar eða hriðaðrvunar, borið saman við konur sem fengu ekki ytra oxýtósín á fyrsta eða öðru stigi fæðingar. Notkun ytra oxýtósins eingöngu eða ytra oxýtósins ásamt ergometrine, á þriðja stigi fæðingar, tengdist 6–8% lægri tíðni brjóstagjafar, 48 klukkustundum eftir fæðingu (oxýtósín í vöðva OR 0.75, 95% CI 0.61–0.91, oxýtósín í æð OR 0.68, 95% CI 0.57–0.82, oxýtósín/ergometrine OR 0.77, 95% CI 0.65–0.91). Tengslin voru sterkust hjá konum ef ekki hafði verið beitt öðrum inngrípum áður s.s. framköllun fæðingar, hriðaðrvun eða notuð utanbastsdeyfing í fæðingu. Tengslin voru áfram þegar litið var á undirhópa s.s. frumbyrjur.
Marin Gabriel, M. A. (2015) ²⁷ Spánn Framskyggn feril-rannsókn JBI: 8/11 stig	Að kanna hvort gjöf ytra oxýtósins í fæðingu hafi áhrif á hegðun barns (e. primitive neonatal reflexes) eftir fæðingu og hvort áhrifin séu háð magni lyfs/ skammtastærð.	98 nýburar YO í fæðingu: 53 (54,1%). Ekki YO í fæðingu: 45 (45,9%).	Inntökuskilyrði: Heilbrigður, fullburða einburi, fæðing um leggöng, Apgarskor við 5 mín >7, móðir stefndi á brjóstagjöf, upplýst samþykki móður. Útilokandi þættir: Fyrirburi, litningafrávik eða önnur frávik greind á meðgöngu sem gætu haft áhrif á barn eftir fæðingu, flutningur móður á gjörgæslu, flutningur barns á nýburagjörgæslu innan 48 klukku-stunda frá fæðingu, áætlun móður fyrir fæðingu um að gefa barni þurrmjólk, tungumálaörðugleikar, keisaraskurður. Leiðrétt fyrir: Fjölda fyrri fæðinga, fæðingarmáta, utanbastsdeyfingu, tímasetningu upptöku (fjölbreytu-aðhvarfsgreining).	Færri meðfædd viðbrögð (e. primitive neonatal reflexes) voru greind hjá nýburum mæðra sem fengu ytra oxýtósín í fæðingu samanborið við nýbura mæðra sem ekki fengu ytra oxýtósín í fæðingu. Rhythmic reflexes (p=0.01), the antigravity reflex (p=0.04) og total primitive neonatal reflexes (p=0.02) voru færri í hópnum sem var útsettur fyrir YO í fæðingu samanborið við hópinn sem var ekki útsettur fyrir YO í fæðingu. Ekki reyndust vera tengsl milli skammta YO og hlutfalls meðfæddra viðbragða (reflexa) sem nýburi sýndi (r=0.03; p=0.82).

Fyrsti höfundur (ár) Útgáfuland Rannsóknarsnið Gæðamat	Tilgangur	Rannsóknarhópur Samanburðarhópur	Inntökuskilyrði Útilokunarskilyrði Leiðrétting	Niðurstöður
Tichelman, E. (2021) ³⁴ Holland Framskyggn feril- rannsókn JBI: 11/11 stig	Að kanna tengsl ytra oxýtósins í fæðingu við hegðunar- og tilfinningavanda barna og að kanna hvort einkenni fæðingarþunglyndis eða kvíða móður eða tengslamyndun móður og barns hafi áhrif þar á.	1.528 mæður og börn þeirra YO í fæðingu: 607 (39,7%). Ekki YO í fæðingu: 921 (60,3%).	Inntökuskilyrði: Geta lesið og talað hollensku. Útilokandi þættir: Fjölburapungun, fyrirburafæðing. Leiðrétt fyrir: Aldri móður, fjölda fyrri fæðinga, menntun, menningarlegum bakgrunni, fyrri sögu um þunglyndis- og/eða kvíða einkenni, fæðingarmáta, lengd 1. og 2. stigs fæðingar (Einbreytu og fjölbreytu línuleg aðhvarfsgreining og lógistísk aðhvarfsgreining).	6 mánuðum eftir fæðingu voru 48% kvenna sem ekki voru útsettar fyrir ytra oxýtósíni í fæðingu og 39% kvenna sem útsettar voru fyrir ytra oxýtósíni í fæðingu, með barn á brjósti (p=0,01).
Wiklund, I. (2009) ²⁵ Svíþjóð Afturskyggn samanburðar- rannsókn JBI: 9/9 stig	Að kanna hegðun fullburða nýbura í tengslum við brjóstagjöf hjá mæðrum sem fengu utanbastsdeyfingu í annars eðlilegri fæðingu og bera saman við nýbura mæðra sem ekki fengu utanbastsdeyfingu í fæðingu.	702 mæður og börn þeirra YO í fæðingu: 277 (39,5%) fengu YO og UBD. 103 (14,7%) fengu YO en ekki UBD. Ekki YO í fæðingu: 74 (10,5%) ekki YO en fengu UBD. 248 (35,3%) fengu hvorki YO né UBD.	Inntökuskilyrði: Allar konur sem fæddu barn á sjúkrahúsi í Norður-Stokkhólmi milli janúar 2000–apríl 2000 og fengu utanbastsdeyfingu í fæðingu. Eðlileg meðganga og fæðing, heilbriggt barn og ekki aðskilnaður móður og barns. Útilokandi þættir: Keisaraskurður, áhaldafæðing, sitjandafæðing, fjölburameðganga, andvanafæðing, Apgarskor <7 við 5 mínútur, innlögn barns á nýburagjörgæslu. Leiðrétt fyrir: Fjöldi fyrri fæðinga, aldri, meðgöngulengd við fæðingu (pörun). Gáfu ekki brjóst innan 4 klukkustunda frá fæðingu, gáfu þurrmjólk á meðan á sjúkrahúsdvöl stóð, gáfu brjóst við útskrift (lógistísk aðhvarfsgreining).	Notkun ytra oxýtósins á 1. og/eða 2. stigi fæðingar tengdist marktækt seinkuðu upphafi brjóstagjafar (OR 3,28) þ.e. að brjóstagjöf hófst >4 klst eftir fæðingu. Ekki var marktækur munur á brjóstagjöf við útskrift af sjúkrahúsi meðal mæðra sem fengu ytra oxýtósín á 1. og /eða 2. stigi fæðingar.

Niðurstöður

Einkenni rannsókna

Samtals uppfylltu 15 rannsóknir úr 13 rannsóknarverkefnum inntökuskilyrði samantektarinnar. Í töflu 1 má sjá yfirlit yfir rannsóknirnar og einkenni þeirra.

Útsetning fyrir ytra oxýtósíni

Í rannsókn Jordan og félaga²¹ fengu 5,6% kvenna ytra oxýtósín til að framkalla fæðingu (n=2.680), 9,8% til að örva sjálfkrafa sótt (n=4.669) og 97,5% á þriðja stigi fæðingar (n=46.946). Óljóst var hversu mikið hópar sem fengu ytra oxýtósín með þessum þremur aðferðum sköruðust. Því var ekki hægt að tilgreina heildarstærð útsetts hóps. Rannsóknin lýsti leiðréttum gagnlíkindahlutföllum fyrir útsetningu fyrir ytra oxýtósíni 1) við framköllun fæðingar, 2) til hriðaörvunar og 3) á þriðja stigi fæðingar, þar sem samanburður var við þann hóp sem ekki var útsettur á hverju stigi fæðingar fyrir sig.

Í rannsóknarhópunum sem fengu ytra oxýtósín í fæðingu í hinum fjórtán rannsóknunum voru samanlagt 2.087 pör af mæðrum og börnum. Í samanburðarhópunum voru samtals 1.986 pör af mæðrum og börnum. Í sumum tilvikum voru sömu rannsóknarhópar í fleiri en einni rannsókn, og var það tekið til greina. Hlutfall þeirra sem fengu ytra oxýtósín í fæðingu í rannsóknunum fjórtán er sýnt á mynd 3. Tímasetningu á gjöf ytra

oxýtósins í fæðingu má sjá í töflu 2, en þar kemur fram hvort um útsetningu var að ræða til framköllunar eða örvunar fæðingar á fyrsta eða öðru stigi fæðingar, eða hvort útsetning varð á þriðja stigi. Í flestum rannsóknum var um að ræða samanburð á útsetningu á fyrsta eða öðru stigi fæðingar þar sem útsetning á þriðja stigi var ýmist óþekkt eða átti sér stað í bæði rannsóknar- og samanburðarhópi.

Tímasetning og mat útkomubreyta

Eftirfylgd í rannsóknum spannaði allt frá fyrstu klukkustund að 5 árum eftir fæðingu (mynd 4). Margvíslegar aðferðir voru notaðar til að meta brjóstagjöf sem útkomubreytu, s.s. gagnaöflun úr sjúkraskrá^{21,22,23,24,25}, mat á hegðun nýbura í brjóstagjöf með NBAS-mælitækinu^{26,27} eða samkvæmt 9 skrefum Widström^{28,29}. LATCH-matstækið var einnig notað²², ásamt spurningalistum og/eða viðtölum^{22,23,24,29,30,31,32,33,34}. Í einni rannsókn²² héldu þátttakendur eigin skráningu yfir ýmsa þætti í brjóstagjöf.

Ytra oxýtósín og upphaf brjóstagjafar

Í sjö rannsóknum voru skoðuð áhrif notkunar ytra oxýtósins í fæðingu á upphaf brjóstagjafar, eða brjóstagjöf fyrir útskrift af fæðingarstað^{21,22,23,24,25,30,35} (tafla 3). Í fjórum þeirra fundust tengsl milli notkunar ytra oxýtósins til framköllunar fæðingar

Tafla 2 Tímasetning gjafar ytra oxýtósins í fæðingu í samantekt um tengsl notkunar ytra oxýtósins í fæðingu við brjóstagjöf.

Rannsókn	Rannsóknarhópur fékk ytra oxýtósín á fyrsta/ öðru stigi fæðingar	Rannsóknarhópur fékk ytra oxýtósín á þriðja stigi fæðingar	Samanburðarhópur fékk ytra oxýtósín á þriðja stigi fæðingar
Bell o.fl. (2013) ²⁶	FF+HÖ	X	X
Brimdyr o.fl. (2015) ²⁸	FF+HÖ	X	X
Brimdyr o.fl. (2019) ²⁹	Já en ekki greint frá hvort hafi verið FF eða HÖ	X	X
Brown og Jordan (2014) ³⁰	Nei	Já	Nei
Bryanton o.fl. (2020) ²²	FF+HÖ	X	X
Dashtinejad o.fl. (2018) ³⁵	Nei	Já	Nei
Fernandez-Canadas Morillo, Marin Gabriel o.fl. (2017) ³¹	FF+HÖ	Já	Já
Fernandez-Canadas Morillo, Duran Duque o.fl. (2017) ³³	FF+HÖ	Já	Já
Fernandez-Canadas Morillo o.fl. (2019) ³²	FF+HÖ	Já	Já
Garcia-Fortea o.fl. (2014) ²³	FF+HÖ	Já	Já
Gomes o.fl. (2018) ²⁴	FF+HÖ	Já	Já
Jordan o.fl. (2009) ²¹	FF+HÖ	Já	Nei
Marin Gabriel o.fl. (2015) ²⁷	FF	Já	Já
Tichelman o.fl. (2021) ³⁴	FF+HÖ	X	X
Wiklund o.fl. (2009) ²⁵	FF+HÖ	X	X
FF: Framköllun fæðingar. HÖ: Hriðaörvun. X: Upplýsingar ekki til staðar.			

og hriðaörvunar í fæðingu og verra upphafs brjóstagjafar. Marktæk tengsl voru við lægri tíðni þess að konur hæfu brjóstagjöf²³, lægra hlutfall barna sem fóru á brjóst á fyrstu klukkustund eftir fæðingu, meiri vandkvæði í brjóstagjöf²⁴, og færri stig á LATCH-matstækinu í brjóstagjöf við 36 klukkustunda aldur barns²² þegar konur sem fengu ytra oxýtósín til framköllunar fæðingar eða hriðaörvunar voru bornar saman við þær sem ekki fengu lyfið. Í rannsókn Wiklund o.fl.²⁵ fundust marktæk tengsl milli notkunar ytra oxýtósins til framköllunar fæðingar eða hriðaörvunar og seinkaðs upphafs brjóstagjafar, en tengslin voru ekki marktæk við útskrift af fæðingarstað. Jordan o.fl.²¹ fundu ekkert samband milli notkunar ytra oxýtósins til framköllunar fæðingar eða hriðaörvunar og upphafs brjóstagjafar. Hins vegar voru marktæk tengsl milli notkunar ytra oxýtósins á þriðja stigi fæðingar og 6–8% lægri tíðni brjóstagjafar. Tengslin voru sterkust hjá konum þar sem ekki hafði verið beitt inn gripum áður s.s. framköllun fæðingar, hriðaörvun eða utanbastsdeyfingu²¹.

Í öðrum rannsóknum sem könnuðu tengsl milli notkunar ytra oxýtósins á þriðja stigi fæðingar og brjóstagjafar strax eftir fæðingu³⁰ eða brjóstagjafar sólarhring eftir fæðingu³⁵, fundust ekki tengsl.

Ytra oxýtósín og hegðun nýbura í brjóstagjöf

Tengsl milli notkunar ytra oxýtósins í fæðingu og hegðunar barns í brjóstagjöf voru skoðuð í fimm rannsóknum^{25,26,27,28,29}, þar sem marktæk tengsl fundust í öllum tilfellum. Í fjórum rannsóknnum voru notaðar myndbandsupptökur til að greina hegðun nýbura. Hegðunareiginleikar nýbura í tengslum við brjóstagjöf voru metnir með NBAS-mælitækinu í tveimur af rannsóknum. Þar kom í ljós að marktækt færri jákvæðir hegðunarþættir greindust hjá börnum mæðra sem fengu ytra oxýtósín í fæðingu samanborið við óútsetta hópinn^{26,27}. Eftir leiðréttingu fyrir áhrifabreytum voru börn mæðra sem fengu ytra oxýtósín í fæðingu 11,5 sinnum (95% CI=1,8–73,3) líklegri til að sýna litla eða meðalmikla tilburði við brjóstagjöf samanborið við mikla tilburði meðal barna mæðra sem ekki fengu ytra oxýtósín²⁶.

Tafla 3 Tengsl notkunar ytra oxýtósíns í fæðingu við upphaf brjóstagjafar.

Rannsókn	Hvenær ytra oxýtósín var gefið	Tímasetning útkomubreytu	Tengsl YO við upphaf brjóstagjafar
Brown og Jordan (2014) ³⁰	Á þriðja stigi fæðingar	Strax eftir fæðingu	Ekki tengsl
Dashtinejad o.fl. (2018) ³⁵	Á þriðja stigi fæðingar	Fyrsta brjóstagjöf og í sólarhring eftir fæðingu	Ekki tengsl
Jordan o.fl. (2009) ²¹	FF+HÖ + þriðja stig fæðingar	Fyrstu 48 klukku-stundir eftir fæðingu	Tengsl
Bryanton o.fl. (2020) ²²	FF+HÖ	36 klukkustundum eftir fæðingu	Tengsl
Garcia-Fortea o.fl. (2014) ²³	FF+HÖ	Upphaf brjóstagjafar	Tengsl
Gomes o.fl. (2018) ²⁴	FF+HÖ	Fyrsta klukkustund eftir fæðingu	Tengsl
Wiklund o.fl. (2009) ²⁵	FF+HÖ	Upphaf brjóstagjafar og fyrir útskrift af fæðingarstað	Tengsl að hluta
FF: Framköllun fæðingar. HÖ: Hríðaörvun. YO: Ytra oxýtósín.			

Tafla 4 Tengsl notkunar ytra oxýtósíns í fæðingu við hegðun barns í brjóstagjöf.

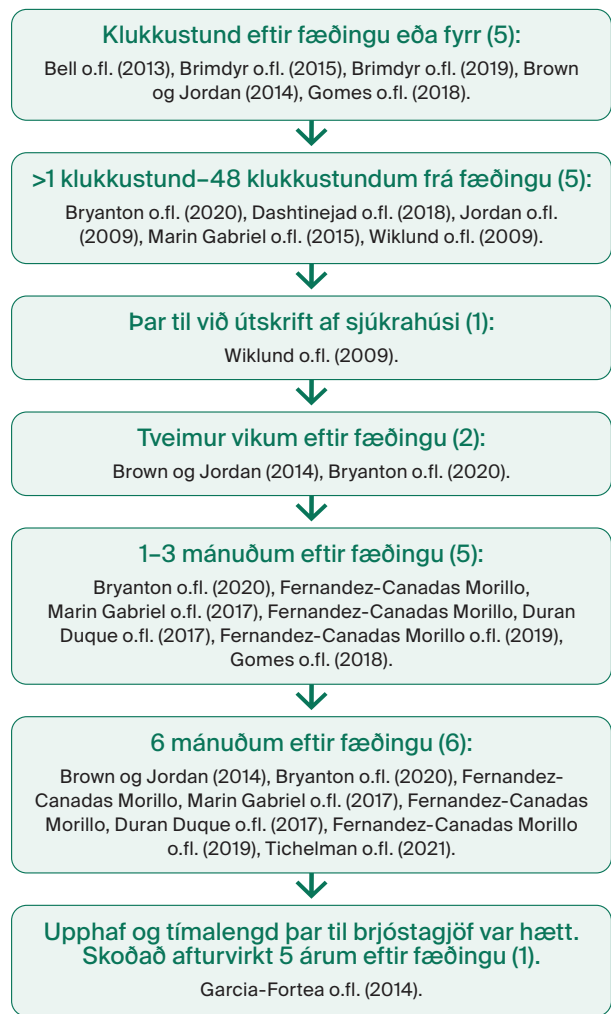
Rannsókn	Hvenær var ytra oxytósín gefið	Tímasetning útkomubreytu	Tengsl YO við hegðun barns í brjóstagjöf
Bell o.fl. (2013) ²⁶	FF+HÖ	45-50 mínútum eftir fæðingu	Tengsl
Marin Gabriel o.fl. (2015) ²⁷	FF	Innan tveggja sólarhringa frá fæðingu en a.m.k. 1 klukkustund eftir síðustu brjóstagjöf	Tengsl
Brimdyr o.fl. (2015) ²⁸	FF+HÖ	Fyrsta klukkustund eftir fæðingu	Tengsl
Brimdyr o.fl. (2019) ²⁹	Fyrsta og/eða annað stig fæðingar. Ekki greint frá hvort hafi verið FF eða HÖ	Fyrsta klukkustund eftir fæðingu	Tengsl
Wiklund o.fl. (2009) ²⁵	FF+HÖ	Innan 4 klukku-stunda frá fæðingu	Tengsl

FF: Framköllun fæðingar. HÖ: Hríðaörvun.

Í hinum tveimur rannsóknunum þar sem myndbands-
upptökur voru notaðar^{28, 29} voru þær greindar í samræmi við 9
skref Widström. Í einni þeirra var skoðað hvort barn næði stigi
8, þ.e. að sjúga og hefja brjóstagjöf²⁸. Þar kom fram að börn
mæðra sem fengu ytra oxýtósín í fæðingu voru marktækt ólík-
legri til að sjúga á fyrstu klukkustund eftir fæðingu, og tengslin
háð skömmtum. Sterk neikvæð tengsl reyndust vera milli magns
lyfsins og sögs barns á fyrstu klukkustund eftir fæðingu. Í hinni
rannsókninni²⁹ var skoðuð tímalengd þess hve lengi barn dvaldi

í hverju þrepi. Þar kom fram að marktækur munur var á hegðun barna kvenna sem fengu ytra oxýtósín í fæðingu í skrefi 1 (fæðingargrátur), 5 (hvíld), 6 (færa sig að brjóstinu), 7 (kynna sér brjostið), og 8 (sjúga). Enginn munur var hins vegar á milli hópa í skrefum 2 (slökun), 3 (opna augu, blikka, hreyfa munn, hendur og axlir) og 4 (stærri líkamlegar hreyfingar), samanborið við börn mæðra sem ekki fengu lyfið. Aðeins eitt barn náði skrefi 9 (að sofna), en móðir þess hafði hvorki fengið ytra oxýtósín né fentanýl í fæðingu.

Mynd 4 Tímasetning skoðunar útkomubreyta í samantekt um tengsl notkunar ytra oxýtósíns í fæðingu við brjóstagjöf.



Í fimmtu rannsókninni var gagna aflað í sjúkraskrá til að athuga hvort barn hefði sogið brjóst á fyrstu 4 klukkustundunum eftir fæðingu. Þar kom fram að marktækt færri börn mæðra sem fengu ytra oxytósín í fæðingu náðu þeim áfanga, samanborið við börn mæðra sem ekki voru útsettar²⁵. Samantekt á tengslum notkunar ytra oxytósíns í fæðingu við hegðun nýbura í brjóstagjöf er að finna í töflu 4.

Ytra oxýtósín og brjóstagjöf til lengri tíma
Í átta rannsóknum voru skoðuð tengsl notkunar ytra oxýtósíns í fæðingu við brjóstagjöf til lengri tíma^{22, 23, 24, 30, 31, 32, 33, 34}, allt frá tveimur vikum að hálfu ári eftir fæðingu, auk heildartímalengdar brjóstagjafar. Gagna var ýmist aflað úr sjúkraskrá, með spurninga- listum eða viðtölum. Í fimm rannsóknum fundust engin tengsl milli notkunar ytra oxýtósíns í fæðingu og brjóstagjafar^{22, 24, 31, 32, 33}. Í einni af rannsóknum reyndist tíðni brjóstagjafar sex mánuðum eftir fæðingu marktækt lægri meðal kvenna sem fengu ytra oxýtósín til framköllunar fæðingar eða hriðäörvunar á fyrsta

eda öðru stigi fæðingar, samanborið við óútsettar konur (39% vs. 48%)³⁴. Einnig fundust tengsl milli notkunar ytra oxýtósin á þriðja stigi fæðingar og verri útkomu brjóstagjafar til lengri tíma í annarri rannsókn³⁰. Niðurstöður leiddu í ljós að mæður sem fengu ytra oxýtósin voru marktækt ólíklegri til að vera með barn sitt á brjósti tveimur og sex vikum eftir fæðingu samanborið við hópinn sem hlaut lífeðlisfræðilega meðferð á þriðja stigi fæðingar.

Tengsl notkunar ytra oxýtósins við meðaltímalengd brjóstagjafar voru skoðuð afturvirkir í einni rannsókn²³. Meðaltímalengd brjóstagjafar hjá mæðrum sem fengu ytra oxýtósín í fæðingu var marktækt styttri en meðaltímalengd brjóstagjafar meðal óútsetta hópsins (102,7 vs. 135,8 dagar). Samantekt á tengslum notkunar ytra oxýtósins í fæðingu við brjóstgjöf til lengri tíma er að finna í töflu 5.

Samantekt á tengslum notkunar ytra oxýtósins í fæðingu við brjóstagjöf

Niðurstöður 11 rannsókna af 15 (73,3%) benda til þess að gjöf ytra oxýtósins í fæðingu hafi neikvæð tengsl við brjóstagjöf eða hegðun barns í brjóstagjöf. Í fjórum þessara rannsókna (26,7%) var greint frá neikvæðum tengslum við einhverja þætti brjóstagjafar eða á einhverjum tímapunktum, en ekki öllum. Í 4/15 rannsókna (26,7%) fundust ekki tengsl milli notkunar ytra oxýtósins í fæðingu og útkomu brjóstagjafar. Engin rannsóknanna sýndi jákvæð tengsl milli notkunar ytra oxýtósins í fæðingu og brjóstagjafar (tafla 6).

Umræður

Samþættar hafa verið niðurstöður 15 rannsókna af miklum gæðum um tengsl notkunar ytra oxýtósíns í fæðingu við brjóstagjöf. Meirihluti niðurstaðna rannsókna (73,3%) gaf til kynna neikvæð tengsl milli notkunar ytra oxýtósíns í fæðingu og brjóstagjafar, í nokkrum fannst ekki samband en engar þeirra lýstu jákvæðum tengslum þar á milli.

Tengsl notkunar ytra oxýtósíns í fæðingu við brjóstagjöf
Niðurstöður sýna að notkun ytra oxýtósíns í fæðingu geti haft neikvæð áhrif á hegðun nýbura í brjóstagjöf, þar á meðal minni áhuga á brjóstinu. Einnig eru vísbendingar um að notkun ytra oxýtósíns í fæðingu geti haft neikvæð tengsl við ýmsa þætti í upphafi brjóstagjafar og að meðaltímalengd brjóstagjafar sé styttri hjá þeim sem fengu lyfið, þó að þessar niðurstöður séu ekki jafn afgerandi.

Erickson og félagar¹⁸ greindu frá því að notkun ytra oxytósíns í fæðingu gæti haft neikvæð áhrif á brjóstagið, en bentu á að þörf væri á frekari rannsóknum. Monks og félagar¹⁹ tóku í sama streng og lögðu áherslu á að erfitt væri að túlka niðurstöður slíkra rannsókna vegna fjölda áhrifabreyta, líkt og notkunar utanbastsdeyfingar, ópíóða í fæðingu, mismunandi fæðingarmáta, áætlunar móður um brjóstagið og brjóstagjafastuðnings sem mæðrum standi til boða. Höfundar bentu á að huga

Tafla 5 Tengsl notkunar ytra oxýtósins í fæðingu við brjóstagjöf til lengri tíma.

Rannsókn	Hvenær var ytra oxýtósín var gefið í fæðingu/tilgangur	Tímasetning útkomubreytu	Tengsl notkunar ytra oxýtósins í fæðingu við brjósta-gjöf til lengri tíma
Brown og Jordan (2014) ³⁰	Á þriðja stigi fæðingar	2 og 6 vikum eftir fæðingu	Tengsl
Bryanton o.fl. (2020) ²²	FF+HÖ	2 vikum, 2 mánuðum og 6 mánuðum eftir fæðingu	Ekki tengsl
Fernandez-Canadas Morillo, Marin Gabriel o.fl. (2017) ³¹	FF+HÖ	3 og 6 mánuðum eftir fæðingu	Ekki tengsl
Fernandez-Canadas Morillo, Duran Duque o.fl. (2017) ³³	FF+HÖ	3 og 6 mánuðum eftir fæðingu	Ekki tengsl
Fernandez-Canadas Morillo o.fl. (2019) ³²	FF+HÖ	1, 3 og 6 mánuðum eftir fæðingu	Ekki tengsl
Gomes o.fl. (2018) ²⁴	FF+HÖ	3 mánuðum eftir fæðingu	Ekki tengsl
Garcia-Fortea o.fl. (2014) ²³	FF+HÖ	Meðaltímalengd brjóstagjafar skoðuð afturvirk 5 árum eftir fæðingu	Tengsl
Tichelman o.fl. (2021) ³⁴	FF+HÖ	6 mánuðum eftir fæðingu	Tengsl
FF: Framköllun fæðingar. HÖ: Hríðaörvun.			

mætti að gerð slembinnar íhlutunarrannsóknar á tengslunum. Nú þegar hefur ein slík verið framkvæmd³⁵, en umdeilt er hvort slík slembing íhlutunar sé siðferðilega réttlætanleg. Í þessari samantekt eru sex nýjar rannsóknir^{22,29,31,33,34,35}, sem ekki voru notaðar í fyrri samantektum^{18,19}. Í helmingi þeirra er lýst einhverjum neikvæðum tengslum milli notkunar ytra oxýtósins í fæðingu og brjóstagjafar^{22,29,34} en í hinum helmingnum fundust ekki tengsl þar á milli^{31,33,35}.

Tengsl notkunar ytra oxýtósins í fæðingu við upphaf brjóstagjafar
Misvísandi niðurstöður komu fram í rannsóknunum sjö sem skoðuðu tengsl ytra oxýtósins í fæðingu við upphaf brjóstagjafar. Í meirihluta þessara rannsókna reyndist notkun ytra oxýtósins leiða til verri útkomu upphafs brjóstagjafar. Niðurstöður þessarar samantektar eru því nokkurn veginn í samræmi við samantekt Erickson og félaga¹⁸, en veita þó aðeins sterkari vísbendingar um sambandið. Sérstaka athygli vekur að tvær nýlegar rannsóknir^{30,35} sem ekki fundu tengsl milli notkunar ytra oxýtósins í fæðingu og upphafs brjóstagjafar, skoðuðu eingöngu gjöf ytra oxýtósins á þriðja stigi. Nýburar í þeim rannsóknum voru því ekki útsettir fyrir lyfinu í fæðingu, þó móðir þeirra hafi fengið lyfið. Í öllum rannsóknum sem skoðuðu gjöf oxýtósins á fyrri stigum fæðingar voru einhver tengsl við verri útkomu upphafs brjóstagjafar. Þetta

bendir til þess að hugsanleg orsakatengsl séu fólgin í áhrifum lyfsins á nýbura frekar en áhrifum á mæður.

Tengsl notkunar ytra oxýtósins í fæðingu við hegðun barns í brjóstagjöf
Athyglisvert er hve áberandi niðurstöður rannsókna um tengsl ytra oxýtósins í fæðingu við hegðun nýbura í brjóstagjöf voru. Allar fimm þeirra sem skoðuðu tengslin greindu frá óæskilegum áhrifum notkunar ytra oxýtósins í fæðingu á hegðun nýbura í brjóstagjöf. Hugsanlega útskýringu má finna í tilgátu Cadwell og Brimdyr¹⁷ um að ytra oxýtósín gæti farið yfir óþroskaðan blóð-heilaþröskuld nýbura og valdið breytingu á hegðun þeirra. Í þversögn við þá kenningu greindu Buckley o.fl. þó frá því að gjöf ytra oxýtósins í fæðingu virtist ekki hafa áhrif á oxýtósín-gildi í blóði nýbura. Sú ályktun var dregin að ytra oxýtósín flytjist ekki úr blóðrásarkerfi móður til barns í fæðingu¹⁴. Hins vegar voru höfundar sammála um að notkun ytra oxýtósins í fæðingu gæti valdið oförvun á legi, sem aftur gæti leitt til súrefnisskorts og streitu hjá barninu í fæðingu. Þetta gæti haft í för með sér að barnið væri ekki eins tilbúið að taka brjóst eftir fæðingu^{14,17}.

Flestar rannsóknirnar skoðuðu hegðun nýbura á fyrstu klukkustund eftir fæðingu en upptökur áttu sér stað síðar í rannsókn Marin Gabriel og félaga²⁷. Börnin í þeirri rannsókn höfðu því lengri tíma til að jafna sig eftir fæðinguna en tengslanna virtist þó gæta áfram.

Tafla 6 Samantekt á tengslum notkunar ytra oxýtósins í fæðingu við brjósta-gjöf.

Neikvæð tengsl við brjóstagjöf	Neikvæð tengsl við brjóstagjöf að hluta þ.e. á einhverja þætti eða á einhverjum tímapunkti	Ekki fundust tengsl við brjóstagjöf
Bell o.fl. (2013) ²⁶ Brimdyr o.fl. (2015) ²⁸ Brimdyr o.fl. (2019) ²⁹ Garcia-Fortea o.fl. (2014) ²³ Jordan o.fl. (2009) ²¹ Marin Gabriel o.fl. (2015) ²⁷ Tichelman o.fl. (2021) ³⁴	Brown og Jordan (2014) ³⁰ Bryanton o.fl. (2020) ²² Gomes o.fl. (2018) ²⁴ Wiklund o.fl. (2009) ²⁵	Dashtinejad o.fl. (2018) ³⁵ Fernandez-Canadas Morillo, Marin Gabriel o.fl. (2017) ³¹ Fernandez-Canadas Morillo, Duran Duque o.fl. (2017) ³² Fernandez-Canadas Morillo o.fl. (2019) ³³

Tengsl notkunar ytra oxýtósins í fæðingu við brjóstagjöf til lengri tíma
Mikil áhersla hefur verið lögð á farsælt upphaf brjóstagjafar vegna tengsla þess við útkomu brjóstagjafar til lengri tíma³⁶. Þrátt fyrir að samantektin sýni tengsl ytra oxýtósins í fæðingu við hegðun nýbura, auk vísbendinga um neikvæð tengsl við upphaf brjóstagjafar, greindu flestar rannsóknir ekki samband milli notkunar ytra oxýtósins í fæðingu og verri útkomu brjósta-gjafar til lengri tíma. Einungis tvær af átta rannsóknum (25%) sem skoðuðu tengsl notkunar ytra oxýtósins í fæðingu við brjóstagjöf til lengri tíma fundu neikvæð tengsl, en sambærilegt hlutfall í samantekt Erickson og félaga¹⁸ var 62,5%. Vert er að velta fyrir sér hvort hugsanlegra áhrifa ytra oxýtósins í fæðingu á innra oxýtósín-kerfið⁸, brjóstagjöf¹⁶ og hegðun nýbura¹⁷, sem áður hefur verið lýst, gæti einungis til skamms tíma. Niðurstöður rannsóknar Brown og Jordan³⁰ bentu til þess að ytra oxýtósín í fæðingu hefði ekki tengsl við upphaf brjóstagjafar en hefði þó neikvæð tengsl við brjóstagjöf til lengri tíma. Vert er að taka fram að í þeirri rannsókn var ytra oxýtósín þó aðeins gefið á þriðja stigi fæðingar. Nýburar í rannsókninni voru því ekki útsettir fyrir ytra oxýtósíni í fæðingu sem hefði mögulega getað truflað hegðun þeirra¹⁷ og haft áhrif á upphaf brjóstagjafar. Orsakasamhengi tengsla til lengri tíma gæti því mögulega legið frekar hjá móður en barni.

Mat á kerfisbundnum skekkjum í rannsókninni
Umfangsmikil heimildaleit fór fram og heildarföldi þátttakenda í rannsóknunum var mikill, sem eykur yfirfærslugildi á önnur þýði. Einnig voru rannsóknirnar af miklum gæðum samkvæmt gæðamatstækjum JBI og mikil samvinna var milli rannsakennda í þessari rannsókn við heimildaleit og túlkun gagna. Útkomu-breytur og tímasetning mælinga var ólík milli rannsókna, sem hindrar safngreiningu. Takmarkanir samantektar felast meðal annars í því að ekki var leitað að greinum á öllum tungumálum og að skortur var á breidd rannsóknarsniða í greinum sem uppfylltu inntöku-skilyrði. Fjórar rannsóknir nýttu sömu tvo rannsóknarhópa þó útkomubreytur væru ólíkar. Að auki fengu samanburðarhóparnir í flestum rannsóknaanna ytra oxýtósín á þriðja stigi fæðingar. Beinn samanburður á áhrifum ytra oxýtósins í fæðingu átti sér aðeins stað í tveimur rannsóknum^{30,35}.

Framtíðarrannsóknir
Þörf er á frekari rannsóknum á tengslum notkunar ytra oxýtósins í fæðingu við brjóstagjöf. Áhugavert væri að gera ferilrannsókn á viðfangsefninu hérlandis. Framtíðarrannsóknir ættu að miða að því að lágmarka gruggun frá þekktum áhrifabreytum líkt og notkun utanbastsdeyfingar, keisaraskurðum og reykingum móður, ásamt því að reyna að hafa hreinan samanburð á áhrifum ytra oxýtósins þar sem samanburðarhópur fær ekki ytra oxýtósín á þriðja stigi fæðingar. Mikilvægt er að rannsakendur víða um lönd komi sér saman um ákveðnar lykilstærir sem skoðaðar verði með tilliti til safngreiningar.

Hagnýting samantektar
Hagnýting þessarar samantektar fyrir ljósmóðurfræði er fjölbætt. Þótt niðurstöður rannsóknaanna séu ekki einhliða gefa þær vísbendingar um tengsl milli notkunar ytra oxýtósins í fæðingu og brjóstagjafar sem hægt er að ræða við fjölskyldur í barneignar-ferlinu til að stuðla að upplýstri ákvarðanatöku. Niðurstöður nýtast einnig við áframhaldandi þróun verklags um notkun ytra oxýtósins í fæðingarþjónustu og um stuðning í brjóstagjöf fyrir konur sem fá lyfið í fæðingu. Samantektin veitir jafnframt traustan grunn fyrir frekari rannsóknir á þessu sviði.

Ályktanir

Niðurstöður þessarar kerfisbundnu fræðilegu samantektar gefa til kynna að notkun ytra oxýtósins í fæðingu geti haft neikvæð tengsl við brjóstagjöf, sér í lagi hegðun barns í brjóstagjöf. Niður-stöður rannsókna á tengslum ytra oxýtósins í fæðingu við upphaf brjóstagjafar og brjóstagjöf til lengri tíma eru síður afgerandi en tengsl virðast þó vera til staðar. Þörf er á frekari rannsóknum um viðfangsefnið. Veita ætti verðandi foreldrum fræðslu um möguleg tengsl notkunar ytra oxýtósins í fæðingu við brjóstagjöf til þess að stuðla að upplýstri ákvarðanatöku og frekari þróun verklags um notkun lyfsins. Styðja ætti við einstaklingsbundnar þarfir allra kvenna í barneignarferlinu, sérstaklega þeirra sem fá ytra oxýtósín í fæðingu vegna mögulegra áhrifa þess á brjóstagjöf. Ljósmæður ættu að vera vakandi fyrir vandkvæðum í brjóstagjöf hjá konum sem fá ytra oxýtósín í fæðingu og tryggja mæðrum viðeigandi stuðning.

Alþjóðahornið: Skiptinám í ljósmóðurfræði



HÖFUNDUR VALGERÐUR LÍSA SIGURÐARDÓTTIR

Nemendur í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands geta sótt um að fara erlendis í klínískt nám í eina til tvær vikur á seinna ári í gegnum þá háskóla sem námsbraut í ljósmóðurfræði er í samstarfi við. Veturinn 2023–2024 var hægt að sækja um að fara í skiptinám til hinna Norðurlandanna og til Eystrasaltsríkjanna í gegnum norrænt samstarf sem nefnist *Nordejordemodern* eða *Midwife of the North* (1). Einnig bauðst nemendum að sækja um skiptinám til Berlínar í gegnum samning við Charité – Universitätsmedizin (2) á ljósmæðrareikið fæðingarheimili *Geburtshaus Charlottenburg* (3).

Nordejordemodern eða *Midwife of the North* er tengslanet 13 háskóla og þriggja sjúkrahúsa innan Norðurlandanna og Eystrasaltsríkjanna. Samstarfið var sett á stofn um miðjan tíunda áratug síðustu aldar, aðallega í þeim tilgangi að efla ljósmóðurfræði innan landanna en einnig til að skapa vettvang fyrir tengsl nemenda og kennara í ljósmóðurfræðum. Innan tengslanetsins hafa nemendur getað sótt um skiptinám en einnig hafa verið haldin námskeið og ráðstefnur fyrir bæði nemendur og kennara. Það hefur reynst dýr-mætt fyrir alla aðila að hitta samstarfsfólk í þessum löndum, finna hversu margt við eigum í raun sameiginlegt og geta deilt sameiginlegri reynslu og þekkingu. Í samræðum ljósmæðrakennara og nemenda um fagleg málefni verða til skapandi hugmyndir um hvernig við getum þróað fagið okkar og haldið hugmyndafræði ljósmóðurfræðinnar á lofti. Dæmi um það er rannsóknarverkefnið *Promoting Normal Birth in Hospital Settings* en þar unnu nemendur og kennarar frá 10 löndum saman að rannsókn sem samanstóð af lokaverkefnum nemenda til MSc eða BSc prófs í ljósmóðurfræði. Í rannsókninni tóku ljósmæðranemarnir viðtöl við ljósmæður á fæðingardeildum sjúkrahúsa um þeirra sýn á eðlilegar fæðingar innan sjúkrahúsa og hvernig mætti efla þær. Nemendur unnu svo að greiningu viðtalanna undir leiðsögn kennara. Í tengslum við rannsóknina skapaðist frjó umræða um skilgreiningar á eðlilegri fæðingu en gert er ráð fyrir að birta grein í alþjóðlegu tímariti um sameiginlegar niðurstöður. Í kjölfarið kviknaði sömuleiðis hugmynd að framhaldsverkefni sem þegar er hafið, en það felur

í sér að nemendur taka viðtöl við aðra ljósmæðranema og konur sem nýlega hafa fætt barn um þeirra sýn á eðlilegt og heilbriggt fæðingarferli og leiðir til að standa vörð um það (1).

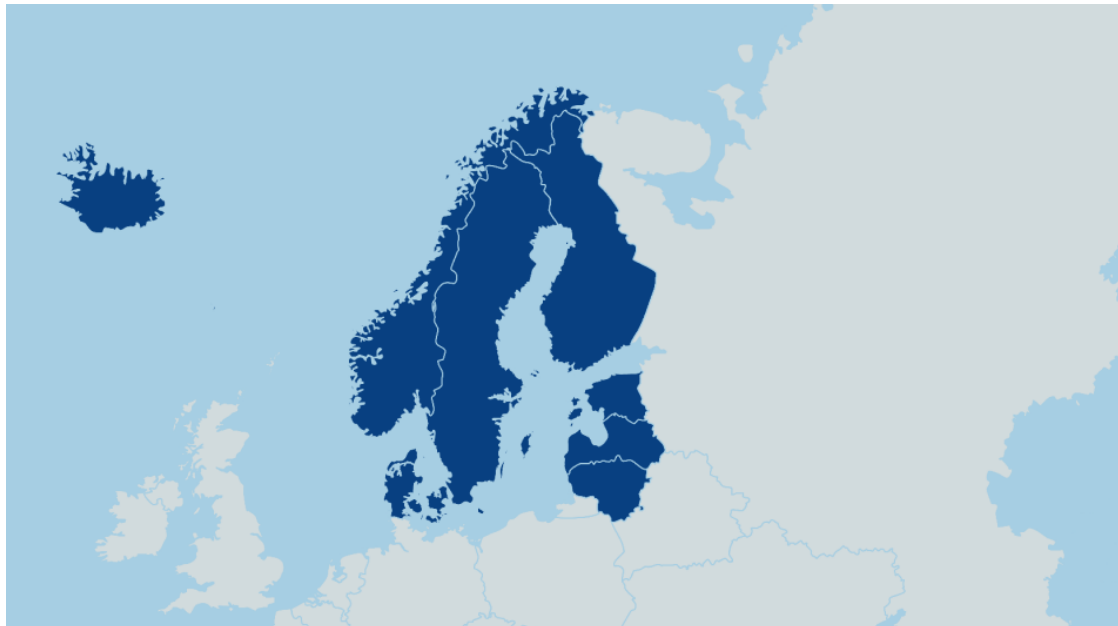
Midwife of the North samstarfið er styrkt af *Nordplus higher education* (4) og geta nemendur sótt um styrk til að standa straum af kostnaði við ferðir og gistingu. Veturinn 2023–2024 fór einn nemandi til Lundar og fyrirhugað er að tveir nemendur fari til Færeyja á vormisseri 2025. Við höfum tekið á móti einum ljósmóðurnema frá Lundi sem var í tvær vikur á meðgöngu- og sængurlegudeild Landspítalans og Fæðingarheimili Reykjavíkur. Þá kom ljósmóðurnemi frá Bergen sem var í eina viku í Björkinni. Frá stofnun tengslanetsins var Ólöf Ásta Ólafsdóttir fulltrúi námsbrautar í ljósmóðurfræði í þessu samstarfi en árið 2022 tók Valgerður Lísá Sigurðardóttir við því hlutverki.

Samstarfið við *Charité – Universitätsmedizin* í Berlín (2) er mun yngra en það hófst árið 2023 þegar nám í ljósmóðurfræði við skólann var nýlega hafið. Nú þegar hafa þrír ljósmæðranemar farið frá HÍ til Berlínar í tveggja vikna klínískt nám á *Geburtshaus Charlottenburg* (3). Hingað hafa svo komið fjórir nemar þaðan í klínískt nám á Fæðingarheimili Reykjavíkur, Björkina og fæðingardeildina á Akranesi. Nemendur sem fóru frá Íslandi til Berlínar fengu Erasmus styrk til að standa straum af kostnaði við ferðir og gistingu.

Skiptir máli að hafa aðgengi að skiptinámi? Nemendur svara því...

Heimildir

- Midwife of the North. A Nordplus network in higher education in midwifery. Sótt á vefsíðu: midwifeofthenorth.com/
- Charité – Universitätsmedizin Berlin. Sótt á vefsíðu: www.charite.de/en/
- Geburtshaus Charlottenburg. Sótt á vefsíðu: www.geburtshaus-charlottenburg.de/
- Nordplus higher education. Nordic and Baltic cooperation. Sótt á vefsíðu: www.nordplusonline.org/



Mynd frá vefsíðu Midwife of the North¹.

Skiptinám í Berlín – Þakklæti er efst í huga

NEMANDI: ODDNÝ SILJA FRÍDRIKSDÓTTIR

Það fyrsta sem kemur upp í hugann í tengslum við skiptinámið mitt er rík þakklætistilfinning. Þakklætið er marglega og minnir reglulega á sig hér heima í daglegum störfum. Fyrst og fremst þakklæti fyrir það að hafa fengið tækifæri til að ferðast til annars lands og geta með því móti víkkað sjóndeildarhringinn minn.

Því næst er ég þakklát fyrir það sem ég lærði af þýsku ljósmæðrunum sem ég fylgdi þessar tvær vikur. Það var ýmislegt nýtt og öðruvísi í störfum þeirra sem ég finn að ég hugsa oft með hlýju til og nýti mér í starfi á Íslandi.

Að lokum er þakklætið fyrir þá barneignarþjónustu sem við ljósmæður og annað heilbrigðisstarfsfólk getum veitt hér á Íslandi, því það varð mér svo undur ljóst að ekkert slíkt er sjálfsagt.

Það kom á óvart hvað tvær vikur gáfu mikið í minninga- og reynslubankann. Á fæðingarheimilinu í Berlín fann ég að margt af því sem ljósmæðurnar sinntu var nákvæmlega eins og á Íslandi: að ljósmæðrahendur tala sama tungumál. Bliðar, ákveðnar og æðrulausar, allt í senn.

Áherslur úr náminu heima á Íslandi voru svipaðar og margar af þeim verklagsreglum sem þýsku ljósmæðurnar unnu eftir keimlíkar. Í raun fann ég til öryggis við að þekkja til þeirrar þjónustu sem var verið að veita, það gerði tungumálaþröskuldinn lægri. Til að

mynda var mæðraverndin sambærileg þar sem fylgst var með frávikum frá hinu eðlilega, meðal annars breytingum á blóðþrýstingi, blóðsykri, vexti barnsins og andlegri líðan móður.

Mesti munurinn fannst mér þó liggja í einhvers konar ró, hver tími í mæðraverndinni var lengri og mæðurnar komu oftar í skoðun. Ytri skoðun var framkvæmd í hverri skoðun frá þritugustu viku. Engir raf-rænir blóðþrýstingsmælar voru á fæðingarheimilinu og gamla góða Pinard hlustunarpípan var notuð í hvert sinn í mæðraskoðun, þótt aðgangur væri að doppler eins og við notum heima. Mér leið svolítið eins og ég fengi að taka nokkur skref aftur í tímann.

Eitt af því sem vakti líka athygli mína var ákveðin vitund kvenna þar í landi um meðgöngu, fæðingu og sængurlegu sem ég upplifði frábrugðna því sem ég rekst oft á hér heima. Talað er um „wochenbett“, sem felst í grófum dráttum í því að á fyrstu átta vikum eftir fæðingu eigi konur að taka því rólega, spara kraftana, liggja mikið og sitja, drekka heita drykki og næringarríkan mat og vera húð við húð með barninu. Þessi hugsun tengdist líka brjóstagjöfnni og að koma henni af stað með sem bestu móti, tengslamyndun við barnið, en líka við áherslur á gróanda í tengslum við grindarbotninn eftir fæðinguna. Þessi vitund var samt ekki kynnt sem fræðsla frá ljósmæðrum heldur



meira eins og almenn vitneskja þeirra mæðra sem ég hitti í mæðravernd og í heimaþjónustu. Konurnar undirbjuggu sig fyrir þriðja þriðjung meðgöngu og sængurlegu með hvíld, ró og næði í huga. Þá var til dæmis talið eðlilegt, og allt að því nauðsynlegt að hætta að vinna við 36 vikur enda sér ríkið um greiðslur á meðgöngu fram að fæðingu frá þeim tíma. Eftir fæðingu var svo áhersla á hvíld og ró og utanað- komandi heimsóknum til nýburans haldið í skefum samkvæmt þeim ljósmæðrum og þeim mæðrum sem ég hitti. Það virtist algeng og almenn vitund að konur og börn eiga að vera sem mest saman í og kringum rúmið fyrstu þrjár til sex vikurnar. Þessi hugsun virðist vera almenn í þjóðarvitundinni og mér finnst hún falleg og til eftirbreytni. Ég sé fyrir mér að það gæti verið hjálplegt fyrir íslenskar konur að kynnst þessum viðmiðum.

Heimafæðingar og fæðingar á fæðingarheimilum eru þó ekki tíðar í Þýskalandi eða um eitt til tvö prósent fæðinga. Ég gerði mér grein fyrir því að sú innsýn sem ég fékk að njóta með ljósmæðrunum í Geburtshaus í þeirra góða umhverfi var einstök hvað varðar umhverfi ljósmæðra í Þýskalandi. Flestar fæðingar þar í landi fara fram á spítölum með fæðingarlækna í aðalhlutverki. Þar er til að mynda mun algengara að frumbyrjur endi í sogklukkufæðingu og með spangarklippingu en hér á landi, og jafnvel allt að því búist við því (munnleg heimild ljósmæðranna úti). Ljósmæðurnar sögðu mér líka að ef konur fengu mænurótardeyfingu væru þær nánast orðnar rúmfastar og að það væri hin dæmigerða umönnun sem konur með deyfingu fá. Sem sagt, ekki er lögð höfuðáhersla á hið eðlilega og náttúrulega.

Mæðraverndin er eins og áður sagði tíðari en á Íslandi, konum er ráðlagt að hitta fæðingarlækni á fjögurra vikna fresti fyrstu sjö mánuði meðgöngunnar og síðan á tveggja vikna fresti fram að 40 vikum. Þess á milli er einnig mæðravernd hjá ljósmóður sem annars vegar kemur á heimili kvenna til að sinna henni eða þá að konurnar koma á klíníkina til ljósmæðranna. Ef konur velja fæðingu á fæðingarheimili koma þær einnig í mæðravernd þangað, en eru þess á milli bókaðar á milli vikna hjá fæðingarlæknum. Þá geta ekki allar konur fengið aðgang að ljósmóður en í Þýskalandi er ljósmæðraskortur og í þeim tilfellum verða konur af mæðravernd og heimaþjónustu ljósmóður.

Skráningin er enn á pappírsmoti sem er nýr veruleiki fyrir ljósmóðurnema sem er alinn upp við sögukerfið, therapy og milou. Konurnar mættu í mæðraverndina svo klyfjaðar af pappírurum sem þær báru svo á milli ljósmæðra og lækna. Þá fá þær svo-kallaðan mutterpass sem er í bókarformi og er bókin fyllt út á meðgöngu. Önnur slík bók fylgir skráningu barnsins í ungubarnavernd fram að sex ára aldri.

Mín mynd af þjónustu í barneignarferli í Þýskalandi er því lituð af öðru umhverfi en því sem almennt gengur og gerist. Ég má þó til með að deila reynslu af samskiptum sem ég varð vitni að eftir fæðingu á fæðingarheimilinu. Stuttu eftir fæðingu barnsins fór barnið að stynja og þurfti þá að ná í barnalækna sem voru í næsta húsi. Samskiptin sem nú fóru í hönd á milli ljósmæðra og lækna voru mjög óþægileg og formleg. Það var augljóst að ekki ríkti traust milli læknanna og ljósmæðranna, en samkvæmt ljósmæðrunum var almennt ekki vel séð í hinu opinbera þýska kerfi að halda uppi fæðingar-þjónustu utan spítala og margir háir þröskuldar fyrir ljósmæður sem vilja styðja við mæður og börn utan spítala. Sem áhorfandi þessara aðstæðna fylltist ég þakklæti yfir því hversu góð okkar samskipti á Íslandi eru og fyrir það frábæra samstarf sem er á milli ljós- mæðra og fæðingarlækna á kvenna- og barnasviði Landspítala. Um leið fannst mér ég ákaflega heppin að fá að kynnst því persónulega og fallega starfi sem var haldið úti í Geburtshaus.

Að lokum langar mig að minnst á það sem ég aðhyllist hvað mest við barneignarþjónustuna í Þýskalandi og ég mun að öllum líkindum beita mér fyrir í minni faglegu framtíð á Íslandi að bæta hérlandis. Það er aðgengi að heimaþjónustu, en hver móðir í Þýskalandi hefur rétt á heimaþjónstu fyrstu þrjá mánuði eftir fæðingu og hver ljósmóðir metur þörf móður og barns fyrir áframhaldandi þjónustu þó algengast sé að þær fylgi fjölskyldum í þrjár vikur. Þessari þjónustu má svo halda áfram til eins árs aldurs barns ef aðstæður krefjast þess.



Oddný Silja fyrir utan fæðingarheimilið í Berlín.



Önnur fæðingarstofa.



Alls konar stimplar.



Fæðingarstofan á fæðingarheimilinu í Berlín.



Baðið á fæðingarstofunni.

Skiptinám í Berlín – Að stíga út fyrir þægindarammann

NEMANDI: HAFRÚN HLÍN SIGFÚSDÓTTIR



Ég hef alltaf haft gaman af að ferðast og kynnast nýjum menningarheimum. Mér fannst því tilvalið að nýta tækifærið og víkka sjóndeildarhringinn í tengslum við ljósmæðrastarfið þegar ég sá auglýsingu í skólanum um tveggja vikna skiptinám erlendis fyrir okkur annars árs ljósmóðurnema. Í október árið 2023 lögðum við bekkjarsystir mín, Oddný Silja, land undir fót og héldum til Berlínar í Þýskalandi.

Námið fór fram á yndislegu fæðingarheimili sem heitir *Gebursthaus Charlottenburg*. Heimilið er afar notalegt og heimilislegt en það er ljósmæðrarekið og sinnir konum og fjölskyldum þeirra í barneignarferlinu. Starfsemin er sett upp á svipaðan hátt og á fæðingarheimilum hér á Íslandi, þ.e. boðið er upp á meðgönguvernd, fæðingarþjónustu ef meðganga er án áhættuþátta, heimaþjónustu og fjölbreytt nám-skeið og fræðslu.

Upplifun mín af skiptináminu var mjög góð. Ljósmæðurnar tóku einstaklega vel á móti mér og leyfðu mér að kynnast og taka þátt í öllu starfinu sem fram fór á fæðingarheimilinu, þá fékk ég einnig góða kynningu á barneignarþjónustunni í Þýskalandi. Á þessum tveimur vikum tók ég meðal annars þátt í meðgönguvernd og var viðstödd tvær dásamlegar fæðingar, þar sem önnur var vatnsfæðing. Einnig fylgdi ég ljósmæðrum í heimaþjónustur.

Það sem kom mér mest á óvart var hinn mikli menningarmunur á milli Íslands og Þýskalands. Til að mynda er barneignarþjónustan í Þýskalandi almennt mjög læknað. Þar er tiltölulega algengt að sérfræðilæknar á einkarekinni stofu sinni meðgönguvernd að öllu leyti án aðkomu ljósmóður sem mér þótti mjög athyglisvert og ólíkt því sem við þekkjum hér heima. Að auki var sumt í vinnuferlinu eins og að fara nokkur ár aftur í tímann miðað við Ísland. Allt var skráð á pappír og engin miðlæg tölvukerfi sem tala saman líkt og hér á landi. Þannig þurftu konurnar að passa að hafa pappírana sína með sér í alla tíma til þess að upplýsingar kæmust til skila á milli fagaðila. Einnig var einungis notast við gamaldags blóðþrýstingsmæla, ásamt því að ljósmæðurnar notuðu enn þá Pinard tréhlustunarpípur til þess að hlusta á fósturhjársláttinn í meðgönguverndinni (höfðu þó aðgang að doppler tækjum), sem mér þótti mjög áhugavert og lærdómsríkt. En það var ótrúlega gaman að læra betur færnina við að nýta þessi upprunalegu óstafrænu tæki.

Starf ljósmæðranna var þó í grunninn mjög svipað því sem við þekkjum hérlandis, þ.e. svipaðar áherslur og skoðanir framkvæmdar í meðgöngu-verndinni og verið að fylgjast með sömu þáttum,



Við Oddný fyrir utan fæðingarheimilið.



Við Oddný við baðið inni á einni fæðingarstofunni.

í fæðingum og heimaþjónustu. Þó voru mismunandi vinnubrögð við sumt og skipulagið annað. Sem dæmi má nefna voru allir meðgönguverndartímar á fæðingarheimilinu ein og hálf klukkustund. Því gafst alltaf mjög gott tækifæri til þess að kynnast og eiga samtál við konurnar og fjölskyldur þeirra, gera rannsóknir, framkvæma mæðraskoðun og veita viðeigandi fræðslu. Í heimaþjónustunni má nefna að þar er lögð mikil áhersla á grindarbotninn og hvernig hægt er að styrkja hann eftir fæðingu sem mér þótti mjög lærdómsríkt og eitthvað sem við gætum tileinkað okkur betur.

Ég er afskaplega þakklát fyrir að hafa fengið að stíga út fyrir þægindarammann og fara erlendis í skiptinám. Mér finnst mjög mikilvægt að slíkt nám sé áfram í boði fyrir þá nemendur sem áhuga hafa á því. Það var margt líkt með störfum íslenskra og þýskra ljósmæðra og sumt ólíkt, en eftir stendur þakklæti og lærdómur fyrir að fá tækifæri til þess að kynnast ljósmæðrum og ljósmóðurnemum frá öðrum löndum, læra um menningu þeirra, nám, starfsumhverfi og starfshætti. Ég kom því klárlega reynslunni ríkari heim og tel skiptinámið hafa víkkað sýn mína á ljósmóðurstarfið og aukið áhuga minn enn frekar á ljósmóðurfræðum.

Skyggst inn á ungmennamóttöku í Lundi – skiptinám í ljósmóðurnámi.

NEMANDI: ARNA HULD SIGURDARDÓTTIR

Þegar það kom til tals að í boði væri skiptinám í ljósmóðurnáminu var ég harðakveðin í að sækja um. Ég hafði heyrt frá útskrifuðum ljósmæðrum að þeim hefði fundist einstaklega gaman að fara í skiptinám og ég vildi nýta tækifærið til að sjá og læra meira! Það hafði þó ekkert með það að gera að ekki væru nóg námstækifæri í boði hér heima, heldur langaði mig til að útvíkka sjóndeildarhringinn.

Ég valdi að fara til Lundar í Svíþjóð, en ég er fædd og uppalin í Svíþjóð og á vini í Lundi. Ég náði því að slá nokkrar flugur í einu höggi og ekki skemmdi fyrir að fá að tala sænsku. Skiptinámið mitt fór fram á ungmennamóttöku eða *Ungdomsmottagningen* og fór ég til Svíþjóðar í lok apríl og dvaldi þar í tvær vikur. Íslensk ljósmóðir tók á móti mér og var mér til halds og trausts á meðan á skiptináminu stóð, en allt starfsfólkið á ungmennamóttökunni var einstaklega almennilegt og tilbúið að leyfa mér að fylgjast með og aðstoða þegar hægt var.

Á þessari ungmennamóttöku er þjónusta fyrir 13–23 ára gömul ungmenni, stelpur, stráka og trans einstaklinga. Á móttökunni vinna ljósmæður, ásamt fleira heilbrigðisstarfsfólki. Á móttökunni er mjög fjölbreytt starfsemi, en þar geta ungmenni t.d. fengið getnaðarvarnarráðgjöf, lyfseðla fyrir getnaðarvörn, fengið uppsettan staf eða lykkju, tekið kynsjúkdómatæst og/eða þungunarpróf. Þá er fjölbreytt fræðsla í boði sem veitt er af fagfólki, t.d. fræðsla um líkamann, kynlíf, heilbrigð sambönd og samskipti og þá eru einnig veitt viðtöl ef andleg vanlíðan er til staðar. Ungmennin geta komið hvenær sem er þegar móttakan er opin og hversu oft sem þau vilja t.d. til að fá fría smokka, en þar er sérstakt „smokkaherbergi“. Ungmennin geta pantað viðtal á móttökunni, sem fer annaðhvort fram með myndsiðtali eða á staðnum. Tvo daga í viku er í boði „drop-in“, en þá er hægt að koma án bókanar og hitta ljósmóður eða annan heilbrigðisstarfsmann, eftir því sem við á. Annan daginn er þessi starfsemi einungis fyrir yngri börn, eða börn á aldrinum 13–16 ára. Öll þjónusta á móttökunni er ungmennunum að kostnaðarlausu, sem og nær allar getnaðarvarnir sem í boði eru.

Ég er enn mjög heilluð af þessari starfsemi og mig myndi langa til að sjá útfærslu á svipaðri starfsemi hérlandis. Mér fannst virkilega lærdómsríkt að fá að fylgjast með ljósmæðrunum og áhugavert að sjá að þótt við berum okkur oft saman við hin Norðurlöndin, þá var margt ólíkt á milli Svíþjóðar og Íslands. Í Svíþjóð hafa ljósmæður mátt skrifa upp á getnaðarvarnir í tugi ára, á meðan við ljósmæður hérlandis erum að stíga okkar fyrstu skref. Að sama skapi skynjaði ég að starfsumhverfi ljósmæðra innan spítala er betra hér á Íslandi.

Á þessum tveimur vikum fékk ég að hlusta á og taka þátt í mörgum getnaðarvarnarráðgjafaviðtölum, ég fékk að taka lykkju, taka staf og setja nýjan, horfa á uppsetningu á lykkju og vera með í smitrakningu kynsjúkdóms. Einnig fékk ég að fara með í grunnskóla þar sem starfsfólk ungmennamóttökunnar var með fræðslu fyrir 9. bekk og taka þátt í Valborgarmessuhátíð, þar sem starfsfólk móttökunnar útteildi smokkum til menntaskólakrakka sem höfðu safnast saman í einum af listigörðum borgarinnar.

Það sem kom mér mest á óvart við starfsemi ungmennamóttökunnar var hvað krökkunum fannst þessi starfsemi eðlileg. Það var engin feimni eða skömm til staðar, bara sjálfsagt mál að koma á slíka ungmennamóttöku og þiggja þjónustu, sama af hvaða tagi hún var. Mér fannst aðdáunarvert að hlusta á og fylgjast með ljósmæðrunum í samskiptum við ungmennin og það er eitthvað sem ég vil og ætla að tileinka mér.

Þetta skiptinám veitti mér enn betri innsýn í hversu fjölbreytt þekking ljósmæðra er og hvað okkar nám getur nýst á mörgum sviðum. Ég er staðráðin í að leggja mitt af mörkum til að geta veitt ungmennum, sem og öðrum, stuðning og fræðslu þegar kemur að kynheilbrigði. Ég mæli eindregið með því að sækjast eftir skiptinámi, ef það er í boði, það bæði styrkir mann og gleður.



Fréttir frá fagráði um ljósmæðra- þjónustu á Landspítala



HÖFUNDUR VALGERÐUR LÍSKA SIGURÐARDÓTTIR, ljósmóðir og formaður fagráðs ljósmæðra

Fagrád ljósmæðra var stofnað á kvenna- og barnasviði Landspítala árið 2008 í kjölfar samstarfssamnings milli Háskóla Íslands og Landspítala sem undirritaður var árið 2006. Samningurinn var endurnýjaður árið 2012 og í honum segir m.a. að eitt af fimm meginhlutverkum Háskóla Íslands gagnvart Landspítala sé að taka þátt í þróun klínískrar starfsemi á spítalanum. Nafni fagráðsins var breytt í byrjun árs 2021 og heitir nú *Fagrád um ljósmæðraþjónustu* á Landspítala.

Fagrád innan hjúkrunar- og ljósmóðurfræða eru skilgreind sem samstarfsvettvangur Landspítala og Háskóla Íslands. Meginhlutverk fagráðanna er að móta stefnu um þjónustu, rannsóknir, kennslu, nám og starfsþróun innan sérgreina hjúkrunar- og ljósmóðurfræða¹.

Fagrád um ljósmæðraþjónustu er vettvangur til að þróa og efla ljósmæðraþjónustu, kennslu og rannsóknir á Landspítala í samstarfi við námsbraut í ljósmóðurfræði í Háskóla Íslands. Samkvæmt samkomulagi um starfsemi fagráða á Landspítala frá árinu 2020 sitja í fagráðinu forstöðumaður fræðasviðs, sérfræðiljósmæður, doktors- eða meistaramenntaðar ljósmæður, yfirljósmæður og eftir atvikum aðrir faglegir leiðtogar innan ljósmóðurfræða¹.

Innan fagráðs er kosin stjórn til tveggja ára í senn. Formaður fagráðs skal hafa skilgreindan tíma til að sinna verkefnum sínum og tekur hann jafnframt þátt í faglegri uppbyggingu stjórnendahóps hvers kjarna¹. Frá árinu 2020 hefur Valgerður Líska Sigurðardóttir verið formaður stjórnar fagráðs en í stjórn sitja nú við árslok 2024 Helga Gottfredsdóttir varaformaður, Bryndís Ásta Bragadóttir ritari, Edda Sveinsdóttir, Erla Björk Sigurðardóttir fulltrúi stjórnenda, Hallfríður Kristín Jónsdóttir, Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir og María Sunna Einarsdóttir.

Nokkur atriði úr ársskýrslu fagráðs um ljósmæðraþjónustu 2024

Stjórn fagráðs hefur unnið að fjölbreyttum verkefnum frá stofnun um ýmis mál sem tengjast ljósmæðrafaginu og þróun ljósmæðraþjónustu innan Landspítala. Þá má nefna vinnu fagráðs í tengslum við mótun hæfni- viðmiða fyrir ljósmæður á Landspítala en sú vinna hefur verið mun umfangsmeiri en gert var ráð fyrir í upphafi. Þá hefur fagráðið látið sig varða reglugerð um veitingu sérfræðileyfa innan ljósmóðurfræða og hefur fulltrúi fagráðs meðal annars fundað með Ljósmæðrafélaginu og heilbrigðisráðuneytinu um atriði því tengdu. Stjórnin fundaði einnig með yfirljósmæðrum barneignarþjónustu, forstöðuhjúkrunarfræðingi og framkvæmdastjóra hjúkrunar á Landspítala um ýmis mál sem tengjast faginu og þróun ljósmæðraþjónustu innan Landspítala.

Rúmlega ellefu ár eru liðin frá því fyrstu ljósmæðurnar hlutu sérfræðileyfi hér á landi, en samkvæmt starfsleyfaskrá Embættis landlæknis við árslok eru 19 ljósmæður með sérfræðileyfi á landinu og þar af eru 11 í starfi á Landspítala. Þann 1. desember síðast liðinn voru sjö ljósmæður í alls 4,8 stöðugildum sérfræðiljósmæðra á Landspítala. Enn vantar stöður sérfræðiljósmæðra á nokkrum mikilvægum sviðum barneignarþjónustu innan spítalans og telur fagráðið brýnt að unnið verði markvisst að fjölgun þeirra.

Á árinu voru fjórar málstofur haldnar á vegum fagráðsins undir heitinu *Rannsóknakaffi*. Þessar málstofur eru tilvalinn vettvangur fyrir ljósmæður til að kynna rannsóknarverkefni sín, en flest erindi síðasta árs voru flutt af ljósmæðrum. *Rannsóknakaffið* skapar tækifæri til umræðu á klínískum vettvangi um niðurstöður rannsókna og hvernig hægt er að nýta þær til að bæta barneignarþjónustu. Aðsókn var með ágætum á flestar málstofurnar.



Frá Rannsóknakaffi í september síðastliðnum.



Frá Rannsóknakaffinu núna í desember.

Fyrsta *Rannsóknakaffið* var haldið í febrúar og þá voru eftirfarandi erindi flutt:

- *Gedðheilsuvernd á meðgöngu: skimun, viðhorf og áskoranir ljósmæðra*. Arndís Mogensen ljósmóðir MS.
- *Áfallaeinkenni í kjölfar fæðingar og upplifun móður á tengslum við ungbarn*. Valgerður Líska Sigurðardóttir sérfræðiljósmóðir PhD og Guðrún Anna Hákonardóttir ljósmóðir MS.

Annað *Rannsóknakaffið* var haldið í apríl og þá voru eftirfarandi erindi flutt:

- *„Staðurinn skiptir ekki máli... bara ef ég hefði rétta fólkið með mér“ – Reynsla kvenna sem flytjast milli fæðingarstaða í fæðingu: Eigindleg fyrirbærafræðileg rannsókn*. Guðlaug Jóna Karlsdóttir ljósmóðir MS.
- *„Sækið Hildi ljósmóður“ – Innsýn í líf og störf béradsljósmóður á Austurlandi á seinni hluta 20. aldar: Tilfællarannsókn og frásagnargreining*. Stella I. Steinþórsdóttir ljósmóðir MS.

Þriðja *Rannsóknakaffið* var haldið í september og þá voru eftirfarandi erindi flutt:

- *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*. Tinna Halldórsdóttir ljósmóðir MS.
- *Brjóstagjöf mánuði eftir fæðingu: Lysandi þver-sniðsrannsókn meðal kvenna á Íslandi*. Ágústa Gísladóttir ljósmóðir MS.

Fjórða og síðasta *Rannsóknakaffið* var haldið í desember með hátíðarbrag þar sem boðið var upp á heitt súkkulaði með rjóma og smákökur. Eftirfarandi erindi voru flutt þar:

- *Meðgönguhjátrú*. Eva Þórdís Ebenezersdóttir doktorsnemi í þjóðfræði.
- *Reynsla kvenna af yfirsetu ljósmóður í fæðingu: Þýðing og staðfæring spurningalistans PPI*. Hulda Víktorsdóttir ljósmóðir MS.

1 Fagrád og stefnuráð hjúkrunar og ljósmóðurfræða á Landspítala, samþykkt í framkvæmdastjórn Landspítala 02.06.2020.

Aðalfundur EMA – Evrópusamtaka ljósmæðra



HÖFUNDAR KRISTÍN HÁLFÁNARDÓTTIR OG KRISTBJÖRG MAGNÚSDÓTTIR

Aðalfundur Evrópusamtaka ljósmæðra (e. *European midwives association* (EMA)), var haldinn á Íslandi dagana 26.–28. september. Á fundinum voru samankomnar ljósmæður frá 28 Evrópulöndum og rædd voru mikilvæg málefni ljósmæðra í Evrópu. Einnig fékk Ljósmæðrafélag Íslands tækifæri til að kynna störf og rannsóknir íslenskra ljósmæðra og fræðakvenna á sviði kvenheilsu.

Þétt dagskrá hófst á fimmtudeginum 26. september í Ráðhúsi Reykjavíkur þar sem Reykjavíkurborg bauð þátttakendum í móttöku og var það góð leið fyrir evrópskar ljósmæður til að hittast fyrir fundarstörf. Þórdís Lóa Þórhallsdóttir formaður borgarráðs, hélt þar ávarp. Hún fjallaði meðal annars um að orðið ljósmóðir hefði verið valið fallegasta orð íslenskrar tungu og mikilvægi þess fyrir stéttina.

Föstudaginn 27. september hófust svo formleg fundarstörf. Í upphafi fundar voru flutt ávörp af Victoriu Vivilaki, formanni EMA, Unni Berglindi Friðriksdóttur, formanni Ljósmæðrafélags Íslands og Höllu Tómasdóttur, Forseta Íslands. Ávarp Höllu Tómasdóttur vakti mikla athygli, bæði fyrir þær sakir að Forseti Íslands væri kona, en einnig vegna þess hve fallega hún talaði um ljósmæður og störf ljósmæðra.

Á ætlun hjá Evrópusambandinu er að setja inn tilskipanir um menntun ljósmæðra og fékk aðalfundurinn kynningu frá starfskonu sambandsins um það. Tilgangurinn er sá að samræma nám ljósmæðra í Evrópu til að auðveldara sé fyrir ljósmæður að starfa annars staðar en í heimalandi sínu. Eins og staðan er núna eru mörg lönd sem telja núverandi kröfur vera hámarkskröfur og reyna að halda menntuninni í algeru lágmarki. Því verða settar inn skýrar lágmarkskröfur um lengd námsins ásamt skilyrðum um reynslu meðan á náminu stendur. Hvert land getur þó alltaf sett aukin skilyrði til að ljósmóðir fái starfsleyfi þar.

Menntunarráðstefna EMA er haldin á þriggja ára fresti. Næst verður hún haldin árið 2025 á Möltu og fékk aðalfundurinn stutta kynningu frá þeim. Í kjölfarið var kosið um hvar næsta slíka ráðstefna verður haldin og var niðurstaðan Vín í Austurríki, árið 2028.

Farið var yfir fjármál síðasta árs og farið yfir fjárhagsáætlun þess næsta. Þá var farið yfir hugmynd á breytingu á samþykktum félagsins. Stjórn EMA var ekki fullskipuð og vantaði því einstakling í stjórn. Tveir frambjóðendur gáfu kost á sér og fengu þær jafna kosningu. Því var ákveðið að breyta reglum til að þær gætu báðar tekið sæti í stjórn.

Í lok dags bauð Ljósmæðrafélag Íslands þátttakendum svo til kvöldverðar á Nauthól, þar sem evrópskar ljósmæður fengu að njóta íslenskrar matargerðar.

Laugardagurinn 28. september hófst svo með pompi og prakt þar sem ljósmæðurnar Dr. Valgerður Lísu Sigurðardóttir, Dr. Berglind Hálfðánsdóttir og Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir kynntu störf og nám ljósmæðra á Íslandi ásamt tölfraði fæðinga á Íslandi.

Í kjölfarið kynnti Dr. Hulda Hjartardóttir, fæðingarlæknir, rannsókn sína um notkun ómtækja í fæðingum. Hún fjallaði einnig stuttlega um rannsóknir íslenskra ljósmæðra á efninu.

Síðasta erindi okkar Íslendinga var Dr. Helga Sól Ólafsdóttir, félagsráðgjafi, og fjallaði hún um þungunarrof á Íslandi eftir breytingar á lögum þess efnis frá árinu 2019. Í kjölfarið sköpuðust töluverðar umræður, en þungunarrof eru mjög umdeild víða í Evrópu.

Fyrir á árinu var gefin út stefnuyfirlýsing (e. *position paper*) í samstarfi við EAPM (European Association of Perinatal Medicine) um ofbeldi í fæðingarferlinu (e. *obstetric violence*). Mikið ósætti hefur verið meðal aðildarfélaga um útgáfu þessarar yfirlýsingar. Í yfirlýsingunni er lagt til að ekki eigi að tala um ofbeldi í fæðingarferlinu, þar sem þá sé gefið í skyn að læknar og ljósmæður séu með vilja að beita ofbeldi, heldur tala frekar um ófullnægjandi og virðingarlitla meðferð í fæðingarferlinu (e. *substandard and disrespectful care in labour*). Sum ljósmæðrafélög höfðu fengið kvartanir frá hagsmunafélögum (e. *stakeholders*) í sínum samfélögum um ósætti vegna yfirlýsingarinnar, þar sem konurnar upplifðu að með þessari framsetningu væri verið að gera lítið úr þeirra reynslu. Ljósmæður í öðrum



Ný stjórn EMA kosin í Reykjavík.



Frá EMA fundinum.



Stjórn EMA og stjórn Ljósmæðrafélagsins í ráðhúsi Reykjavíkur.



Forseti Íslands, Halla Tómasdóttir, ávarpar fundinn.

löndum, þá sérstaklega löndum þar sem sjálfstæði ljósmæðra er veikt og ljósmæður álitnar aðstoðarkonur lækna, höfðu hins vegar fundið fyrir aukinni virðingu frá læknum því þarna kom yfirlýsing frá félagi ljósmæðra sem sýndi samstöðu við félag fæðingarlækna.

Út frá þessu sköpuðust heitar umræður á fundinum ýmist með og á móti hvort EMA ætti yfir höfuð að gefa út slíkar yfirlýsingar án þess að ráðfæra sig við aðildarfélögin og hvort EMA ætti hreinlega að draga nafn sitt af þessari yfirlýsingu.

Niðurstaðan var sú að EMA myndi ekki draga sig af þessari yfirlýsingu en í framtíðinni verða slíkar yfirlýsingar bornar undir aðildarfélög áður en þær eru gefnar út, sérstaklega ef þær eru einnig í samráði við önnur stór fagfélög, eins og t.d. EAPM.

Eftir fjórlegar umræður og mikla kaffidrykkju var helginni slitið á glæðlegum nótum og allir spenntir að hittast að ári í Lettlandi.

„Ég áttaði mig fljótt á því að það var algjört aukaatriði hvernig fæðingin leit út á pappírnum, þetta snýst um upplifun“

Ljáðu mér eyra í 25 ár



HÖFUNDUR S. RUT GUÐMUNDSDÓTTIR



Guðlaug Pálsdóttir, Birna Ólafsdóttir, Jóhanna Hauksdóttir, Valgerður Lís Sigurðardóttir, Steinunn Zophaníasdóttir og Hrafnhildur Ólafsdóttir.

Árið 1999 hóf *Ljáðu mér eyra* starfsemi sína á Landspítalanum. Hugmyndinni um að veita konum með erfiða upplifun af fæðingum viðtöl var vel tekið en hún þótti líka róttæk. Margir álitu það mikinn óþarfa og jafnvel skaðlegt að grafa í erfiðum upplifunum fólks, hvað þá að opna fyrir kvartanir kvenna um starfsfólk eða vinnulag. Starfsemi *Ljáðu mér eyra* er merkileg saga um frumkvöðlastarf ljósmæðra hér á landi og því vel við hæfi að staldra við á þessum 25 ára tíma-mótum, líta um öxl og horfa fram á veginn.

Umræða um áföll og kerfisbundið ofbeldi gegn konum hefur tekið stakkaskiptum á síðustu árum

og því mjög forvitnilegt að heyra frá stofnendunum sjálfum upp úr hvaða jarðvegi hugmyndin um *Ljáðu mér eyra* spratt og hvernig hún raungerðist.

Af þessu tilefni var fjórum ljósmæðrum boðið í afmæliskaffi, en þær eiga það sameiginlegt að hafa ljáð hundruðum kvenna eyra sitt; Jóhanna Hauksdóttir og Guðlaug Pálsdóttur, stofnendur og frumkvöðlar, Hafdis Hanna Birgisdóttir sem gekk til liðs við teymið árið 2017 og Valgerður Lís Sigurðardóttir sem kom til starfa árið 2008. Valgerður hefur auk þess staðið í stafni síðustu ár og byggt undir starfseminu með mikilvægum rannsóknum sínum.

Þegar ég hugsa um tíunda áratug síðustu aldar þá hugsa ég um karlrembumenningu, klámvæðingu og konur sem sakaðar voru um falskar minningar þegar þær tjáðu sig um kynferðisofbeldi á opinberum vettvangi. Það var ekki mikil þekking á áföllum og margþættum áhrifum þeirra og hvað þá um mikilvægi þess að þau séu viðurkennd og rædd. Jóhanna – upp úr hvaða jarðvegi kemur þessi hugmynd til þín, að opna úrræði fyrir konur með erfiða fæðingarreynslu?

JÓHANNA Ég var að vinna við fæðingar á þessum tíma og mér fannst svo oft eins og konur sætu uppi með einhverjar tilfinningar sem hindruðu þær í fæðingunni. Þær komu oft hræddar í fæðinguna sína og hugsanir eins og „þetta var svona síðast“ poppuðu gjarnan upp. Ég fór að hugsa um hvað það eru ótrúlega margar konur sem hafa, langt aftur í tímann, upplifað áföll í kringum fæðingar. Bæði samskiptalega séð en líka bókstaflega, mjög trámatiskar fæðingar sem þótti eðlilegt að byrgja inni og konur áttu helst ekki að tala um. Erfið reynsla eða jafnvel tráma í fæðingu var að einhverju leyti normaliserað: „Það er vont og erfitt að fæða barn og konur hafa gert það í gegnum tíðina“.

Ég fékk þá hugmynd um að stofna teymi sem gæti skapað þennan vettvang fyrir konur, að veita þeim tækifæri til að losa um þessar tilfinningar. Hugsunin var ekki endilega að galdra fram lausnir heldur leyfa konum að tala um reynslu sína og upplifanir og fá viðurkenningu á liðan sinni. Ég talaði fyrst við Gullu (Guðlaugu Pálsdóttur) og spurði hvort hún vildir vera með mér í þessu og við töluðum svo við Ólöfu Leifs og Þóru Steingrímsdóttur sem tóku vel í hugmyndina. Guðrún Eggertsdóttir, deildarstjóri á fæðingar-gangi, eins og deildin hét þá, tók líka strax vel í hugmyndina.

Umræður skapast yfir rjúkandi kaffinu um það hvernig oft var talað þegar konur opnuðu sig um erfiða fæðingarreynslu á þessum tíma. Setningar eins og: „þú lifðir af“, „þú fórst heim með heilbriggt barn, vertu glöð með það“, „harkaðu af þér“ og „það gengur bara betur næst“, heyrðust gjarnan og gert var lítið úr upplifun kvennanna og reynt að normalisera trámatiskar upplifanir.

GUÐLAUG Sumar konur komu 15 eða 20 árum eftir fæðinguna til að ræða reynslu sína.

JÓHANNA Og reynslan sat enn þá svo sárt í þeim. Þær sögðu gjarnan „það nennir enginn að hlusta á okkur lengur“. Þá voru þær kannski búnar

að margreyna að opna á þetta en fengu hvergi hlustun eða skilning.

GUÐLAUG Ég man það að Guðrún Eggerts tók stundum að sér að hitta konur sem höfðu haft samband við deildina. Þetta voru konur sem voru svo hræddar og kvíðnar, kannski alveg að koma að fæðingu hjá þeim og þær þorðu ekki að koma inn í húsið, gátu ekki einu sinni keyrt fram hjá. Þær voru sumar með alvarleg einkenni áfallastreituröskunar.

Hvernig fór undirbúningurinn fram áður en þið byrjuðuð? Voru einhverjar fyrirmyndir til staðar í löndunum í kringum okkur?

GUÐLAUG Ég man eftir því eins og það hafi gerst í gær þegar Jóhanna dró mig inn á lyfjaherbergi og sagði mér frá þessari hugmynd sem hún var með og bað mig um að vera með. Það stóð ekki á mér og við fórum strax að undirbúa okkur. Við byrjuðum á því að hafa samband við ljósmæður í Svíþjóð og í Bretlandi af því að við vissum að þetta væri til þar. Við lásum allar greinar sem við komumst í og fórum á námskeið í samskipta- og viðtalstækni hérna heima og á eftirminnilega vinnusmiðju hjá Sheilu Kitzinger.

Svo hefur þetta hugarfóstur dafnað í öll í þessi ár og það er búið að vinna fullt af rannsóknum sem hafa skipt máli fyrir konur. Mér finnst bara alveg svakalega mikill heiður að vera hluti af þessu teymi sem stofnaði *Ljáðu mér eyra*.

JÓHANNA Mér er það svo minnisstætt þegar við heim-sóttum unga ljósmóður í Bretlandi sem var að sinna konum sem höfðu misst á meðgöngu. Það var kapella sem konunum var boðið að koma í og skrifa tilfinningar sínar niður í bók ef þær treystu sér til. Nokkrum mánuðum síðar, þegar þær voru búnar að fá nokkur viðtöl hjá ljósmóðurinni, var þeim boðið að koma aftur í kapelluna og skrifa í bókina og þá kom batinn svo greinilega fram. Þetta fannst mér mjög eftirminnilegt, þó að það hafi ekki nýst okkur með beinum hætti.

Svo var alls kyns praktískur undirbúningur líka. Við þurftum að gera allt sjálfar og hugsa fyrir ýmsum atriðum eins og að láta prenta journala og út-búa lógó.

GUÐLAUG Jóhanna hannaði lógóið sjálf, þetta sem er enn þá notað í dag. Ég man að við sátum í tölvuverinu að reyna að finna út úr þessu saman og fengum aðstoð hjá tæknimanni þar. Þetta eru breyttir tímar.

Hvert var markmiðið með þjónustunni þegar þið fóruð af stað, var það fyrst og fremst að veita konum með erfiða reynslu þennan farveg og hlustun eða vilduð þið líka reyna að breyta einhverju?

JÓHANNA Já algjörlega, fyrst og fremst að hlusta – að ljá þeim eyra.

GUÐLAUG Og freista þess að bæta líðan þeirra líka, draga úr kvíðanum.

JÓHANNA Stundum komu upp alvarleg tilfelli þar sem angistin var svo mikil að þær urðu að fá það staðfest strax og þær mættu í viðtal að þær gætu farið í keisaraskurð, þær væru ekki tilbúnar að ræða neitt nema að fá þessa staðfestingu. Þá var ekkert annað í stöðunni en að segja „já, þú færð keisara“. Í þessum tilfellum var rosalega gott að hafa Þóru Steingrímsdóttur með í teyminu, við létum hana þá vita af stöðunni og hún talaði þá yfirleitt líka við konuna. Við reyndum samt að gera sem minnst af því að leysa málin með inn-gripum eða sérstökum lausnum en í einstaka tilfellum var það nauðsynlegt. Við báðum konur samt oft um að gera óskalista og þá er ég ekki að tala um óskalista með atriðum eins og „pabbinn á að klippa á strenginn“ heldur sam-skipta-óskalista. „Hvers væntir þú í fæðingunni? Hvað vilt þú? Hvernig viltu að sé talað við þig? Hvernig viltu hafa þetta þannig að þér líði betur í fæðingunni?“ Hitt vitum við.

VALGERÐUR Einmitt og þetta gerum við enn, notum orðalag eins og: „Hvernig sérð þú fyrir þér að næsta fæðing eða upplifun geti orðið betri?“ Og biðjum þær um að hugsa þetta þannig og setja það niður á blað.

Vitum við hvort konurnar séu ánægðar með þjónustu *Ljáðu mér eyra* eða hvort það sé árangur af viðtölunum? Valgerður, hvenær gengur þú til liðs við Jóhönnu og Gullu?

VALGERÐUR Ég hafði lengi fylgst með starfsemi *Ljáðu mér eyra* og verið spennt fyrir því sem þær voru að gera og þegar ég fór að vinna á göngudeild mæðraverndar árið 2008 skapaðist svigrúm fyrir mig að koma inn í teymið. Þá voru komin 10 ár frá stofnun og við ákváðum af því tilefni að fara af stað með spurningakönnun og spyrja konurnar hvernig þeim líkaði þjónustan, hvað mætti gera betur o.s.frv. Við þróuðum spurningalista og keyrðum á þetta, sendum út og fengum 130 svör. Ég horfði bara á þetta og hugsaði með

mér hvernig í ósköpunum ég ætti að vinna úr þessum gögnum. Þetta var sem sagt kveikjan að því að ég fór í doktorsnám. Ég var með öll þessi gögn í höndunum og ákvað bara að gera þetta almennilega.

Upp úr þessu spruttu tvær ritrýndar greinar sem hafa verið birtar. Sú fyrri er aðallega um einkenni hópsins sem leitaði til *Ljáðu mér eyra* á árunum 2006–2011 og hvernig þeim fannst þjónustan. Seinni greinin birtist í Midwifery árið 2019 og hún var unnin upp úr því sem konurnar höfðu skrifað aftast í könnuninni þar sem voru fjórar opnar spurningar um hvernig hægt væri að bæta þjónustuna, hvaða væntingar þær höfðu og hvort þeim fyndist þeim væntingum hafa verið mætt. Við áttum ekki sérstaklega von á því að fá mörg svör við þessum spurningum, bæði var spurningalistinn langur og auðvitað á pappír á þessum tíma þannig að konur þurftu að setja þetta í umslag sem þær fengu með og fara með aftur á pósthúsið.

En sem sagt, af 130 konum sem svöruðu þá voru held ég 125 sem skrifuðu eitthvað við opnu spurningarnar og oft var skrifað á spássíur, þvers og kruss og aftan á blöðin. Konum lá mikið á hjarta. Í doktorsnáminu mínu gerði ég innihalds-greiningu á þessum svörum sem birtast í þessari seinni grein. Þegar þið talið um viðtölin og þarfir kvennanna, þá eruð þið að lýsa þessum þemum sem birtust í rannsókninni. Það sem konunum fannst skipta mestu máli var að á þær væri hlustað, þær vildu að þeim væri mætt á eigin forsendum og að sá sem tæki viðtalið áttaði sig á því hverjar væntingar þeirra væru. Þeim fannst mörgum mjög gott að fara í gegnum fæðingarskýrsluna sína en það voru ekki allar sem fannst það vera sín mesta þörf. Þeim fannst skipta máli að við áttuðum okkur á því hvað það var sem þær þurftu og að við værum ekki í vörn heldur gætum tekið á móti þeirra upplifun og viðurkennt hana. En það kom svo skýrt fram að númer eitt, tvö og þrjú var að fá hlustun.

GUÐLAUG Það er mjög mikilvægt að fara ekki í vörn. Með því að verja kerfið þá ertu ekki að viðurkenna líðan viðkomandi og þá lokar þú á samtalið.

HAFDÍS Það er líka svo mikilvægt að við séum ekki að reyna að sannfæra þær um hvað sé best.

VALGERÐUR Það er einmitt þetta sem Jóhanna nefndi í upphafi sem skiptir svo miklu máli. Konur eru stundum í vörn þegar þær koma til okkar og halda að við ætlum að tala þær ofan af því að



Merki *Ljáðu mér eyra*.

velja sér keisara. Ef maður segir þeim að maður sé alls ekki að fara að gera það og býður þeim að segja frá líðan sinni – þá um leið fara þær að hugsa aðrar leiðir sjálfar. Þær fá stjórnina aftur, fá hlustun og upplifa að þær séu við stjórnvölinn.

JÓHANNA Það var fljótt sem maður áttaði sig á því að það þýddi lítið að áætla upplifun konunnar út frá fæðingarskýrslunni. Stundum skoðar maður partogrammið og hugsaði með sér „guð minn góður, þetta er draumafæðing“. En ég áttaði mig fljótt á því að það var algjört aukaatriði hvernig fæðingin leit út á pappírnum, þetta snýst um upp-lifun. Oft kom í ljós að konan hafði upplifað stjórnleysi, það er eitt af því sem getur haft mikil áhrif – að missa tökin.

GUÐLAUG Já, ég er sammála því. Í viðtölunum var oft talað um stjórnleysi eða að missa tökin á sjálfum sér eða aðstæðum. Þeim fannst líka starfsfólk oft tala um sig og yfir sig en ekki við sig. Þá upplifðu þær sig oft eins og eitthvað kjötstykki eða bara eins og þær væru ekki á staðnum. Ég held sem betur fer að þetta sé liðin tíð.

VALGERÐUR Því miður þá heyrir þetta enn þá en vonandi hefur það minnkað.

Eru viðfangsefni viðtalanna þá svipuð í dag og þau voru fyrir 25 árum? Skortur á hlustun og stuðningi og tilfinning um að missa stjórn eða að missa tökin?

HAFDÍS Það er mín tilfinning að þessi atriði sem þið lýsið sem kveikjunni að því að stofna *Ljáðu mér eyra* séu þau sömu og í viðtölunum í dag – það

er þetta með skort á stuðningi sem nær yfir svo margt. Því miður er það enn þá algengt að konur upplifi að það sé ekki verið að lesa í þarfir þeirra, að fæðingarstofan sé ekki lesin rétt t.d. þegar starfsfólk kemur inn í fæðinguna á viðkvæmu augnabliki og hegðar sér ekki í samræmi við það sem er að gerast.

VALGERÐUR Varðandi þetta um að „stofan sé ekki lesin“, þá getur það bæði verið að þeim finnst nærvera þess sem er inni hjá þeim óþægileg, en líka að ljósmóðirin sé ekki nógu mikið inni á stofunni. Í báðum tilvikum skapast óöryggi og þá missa þær frekar tökin og maður hugsar að ekki hafi myndast þetta mikilvæga gagnkvæma samband á milli konunnar og ljósmóðurinnar sem er svo mikilvægt.

JÓHANNA Ég man alveg eftir nokkrum tilvikum þar sem maður var á viðkvæmu stigi í fæðingunni með konum – þar sem þær eru flestar tilbúnar að selja sálu sína fyrir að komast í gegnum þetta. Þá reynir mikið á stuðning og traust þannig að ef inn kom mjög lausnarmiðaður einstaklingur sem slengdi fram hugmyndum um verkjastillingu – þá um leið var búið að rjúfa þessi mikilvægu tengsl á einhvern hátt.

GUÐLAUG Ég held að í grunninn séu þetta ennþá sömu stefin sem við erum að fást við í viðtölunum. Það er mín tilfinning að það hafi verið meira um kvartanir um hryssingsleg samskipti þegar við vorum að byrja, ég held að það hafi lagast. En svo er líka algengt að konur tali um skort á upplýsingum – það er gríðarlega mikilvægt að við upplýsum fólk vel um allt sem við erum að gera og af hverju þannig að þau séu vel með á nótunum og skilji aðstæður sínar. Ekki þegja yfir hlutum eða þískra um þá við annað starfsfólk – heldur bara láta fólk vita „nú er þetta svona og þá væri gott að...“. Mér finnst konur svo oft tala um hvað það hafi hjálpað þeim mikið að hafa verið vel upplýstar, þegar fólk hefur skilning og er með á nótunum þá finnst mér iðulega eins og það gangi allt miklu betur.

Svo skiptir auðvitað líka máli að sýna konum umhyggju, að láta sig varða um það hvernig konunni líður í raun og veru og tala við þær af virðingu. Að bjóða þeim í stað þess að segja „nú ætla ég að...“ Leyfa þeim að finna að þær hafi eitthvað um málin að segja og geti ákveðið sjálfar – þó að sumar biðji mann um að segja sér hvað sé best að gera.



Guðlaug Pálsdóttir og Jóhanna Hauksdóttir.

En getur þetta ekki verið flókið, þetta með að missa stjórn – maður þarf jú að sleppa töknum til að geta fætt barn?

VALGERÐUR Jú, auðvitað er eðlilegt að missa ákveðin tók, hormónin eru alveg í botni á þessum tíma- punkti og mikið að gerast en að sama skapi má ekki einhver annar taka þessa stjórn af þér. Það er líka mjög sterk tilfinning ef þú færð ekki upp- lýsingar og veist ekki alveg hvað er í gangi, þá getur þú misst stjórnina og orðið hræddur og jafnvel óttast um öryggi þitt og barnsins. Ef fólk er vel upplýst getur það komið í veg fyrir að þetta gerist, þú nærð að halda taktinum. Um leið og fólk upplifir að það sé einhver atburðarás komin í gang sem það nær ekki að fylgjast með er hætt við að þau missi tökin – þetta geta t.d. verið alls konar ákvarðanir sem eru teknar án samráðs, kannski bara frammi – sem því miður er of mikið um og hefur líklega aukist frekar en hitt eftir að Milou kom til sögunnar. Ég nefni sem dæmi ákvörðun um að setja upp dreypi frammi án þess að það hafi nokkurn tímann verið rætt við konuna. Þarna held ég að við ljósmæður getum tekið okkur á, við þurfum að standa í fæturna með þetta – að ákvarðanir um fæðinguna séu ekki teknar nema þær séu ræddar við konuna sjálfa, hvort sem það er ljósmóðirin eða læknirinn sem gerir það.

GUÐLAUG Mér finnst því miður eins og þetta hafi versnað mikið með yfirsetuna.

JÓHANNA Ég man eftir því þegar við vorum að læra að það var lögð svo mikil áhersla á yfirsetuna. Okkur var sagt að sitja inni hjá konunni, fá leyfi hjá henni til að hafa hendurnar á kúlunni og finna hriðarnar. Að þjálfa upp þessa list sem yfirsetan er fæst ekki nema með mikilli yfirsetu og nærveru.

Getur verið að aukinn hraði í samfélaginu, aukið áreiti og styttri athyglisþráður sé farinn að smjúga inn í fæðingarþjónustuna? Hafa ljósmæður minnkandi þolinmæði í yfirsetuna? Eða hafa konur óraunhæfar væntingar um fæðinguna í gegnum t.d. samfélags- miðla?

VALGERÐUR Það er svolítið eins og núvítundaræfing að vera í fæðingu. Mér finnst þetta mjög góður punktur. Kannski þurfum við að taka þetta inn í námið, að kenna núvítund og listina að gera ekki neitt. Það er kannski enn meiri áskorun í þessu nú en áður.

JÓHANNA Einu sinni var einn pabbinn sem sagði við mig að ljósmæður ættu eiginlega að kalla sig þolinmæður – þetta er eitt mesta hrós sem ég hef fengið.

Hvernig hefur starfsemi *Ljáðu mér eyra* þróast og hvernig er henni háttað í dag?

VALGERÐUR Það er gaman að fara yfir það hvernig „barnið“ ykkar hefur þróast – en það má eigin- lega segja að nú sé barnið búið að eignast barn.

JÓHANNA Markmið okkar Gullu var alltaf að gera okkur óþarfar – að þetta yrði hluti af almennum störfum ljósmæðra, helst á heilsugæslunni.

VALGERÐUR Og það er í raun það sem er að gerast. Það tókst að byggja undir þennan draum með rannsóknum. Mér þykir svo vænt um að það er í raun afrakstur doktorsnámsins míns að þetta skref var tekið, að koma þessu inn í heilsu- gæsluna. Það kom skýrt fram í rannsókninni minni að konur óskuðu sér þess að einhver hefði haft frumkvæði að því að bjóða þeim aðstoð. Ein konan sagði til dæmis að hún vildi að einhver hefði hnippt í sig fyrir fimm eða sjö árum síðan því hún fyndi hvað það létti mikið á sér að tala um þessa reynslu. Konurnar kölluðu eftir því að þetta yrði meira eðlilegur hluti af því að skoða liðan þeirra eftir fæðingu.



Steinunn Zophaníasdóttir, Hafðís Hanna Birgis- dóttir, Valgerður Lísa Sigurðardóttir, Hrafnhildur Ólafsdóttir og Guðlaug Pálsdóttir

Ég veit að ljósmæður eru oft að ræða fæðingarupp- lifun í heimaþjónustunni, en hún takmarkast við fyrstu tíu dagana. Svo tekur ung- og smábarna- verndin við, og þá er kannski ekki verið að hugsa mikið um liðan kvenna gagnvart fæðingunni sjálfri. Við höfum lengi skimað fyrir þunglyndi og kvíða, bæði á meðgöngu og eftir fæðingu en heilsugæslan hefur lengi kallað eftir því að koma á einhverri útgáfu af eftirfylgniviðtölum eftir fæðingu. Það eru fordæmi fyrir því annars staðar, til dæmis í Svíþjóð er öllum konum boðið að hitta ljósmóður, bæði til að ræða getnaðar- varnir og til að viðra fæðingarreynsluna. Þetta hafa þær gert í fimmtíu ár.

Það er svo sannarlega stórt skref að koma þessari þjónustu inn í heilsugæsluna – en við höfum þurft að taka lítil skref í einu. Heilsugæslan gat ekki tekið við þessu í einu skrefi, að öllum konum yrði boðið viðtal, það var ótti um að þetta yrði of mikið og ekki nægur mannskapur. Fyrirkomulagið er því þannig núna að konurnar geta bókað sér tíma sjálfar en ég sé fyrir mér að næsta skref sé að við bjóðum öllum konum viðtal.

HAFDÍS Ég held að það hafi staðið okkur fyrir þrifum þar til nú nýlega að geta ekki boðið upp á getnaðarvarnaþjónustu. Í Svíþjóð hafa þær í lengri tíma sett upp lykkjuna og skrifað út aðrar getnaðarvarnir. Konur geta þá komið og hitt ljós- móðurina sína nokkrum vikum eftir fæðingu og rætt þessi mál og þá gefst líka svigrúm til að ræða fæðingarreynsluna ef þörf er á.

VALGERÐUR Það var hugsunin að þetta yrði þannig hér. Við erum búin að vera að undirbúa þetta í nokkur ár og öllum ljósmæðrum í heilsugæslunni hefur staðið til boða að sækja undirbúningsnámskeið til að geta veitt viðtölin.



Viðtalsherbergi *Ljáðu mér eyra*.

JÓHANNA Ég verð að segja, lítil skref og allt það – en ég man svo vel eftir því þegar við vorum að byrja og vorum með kynningu um *Ljáðu mér eyra* fyrir ljósmæður í Eirbergi. Við fundum því miður fyrir miklum fordómum, það var alveg verkefni líka að vinna ljósmæður á sitt band. Þær höfðu oft áhyggjur af því að konurnar væru að kvarta undan þeim sjálfum og við höfum örugglega allar fengið spurningar frá ljósmæðrum eins og „læturðu mig ekki vita ef það verður kvartað undan mér?“. En líka spurningar eins og „er þetta nú nauðsynlegt, að vera að grafa þetta upp?“ Það er virkilega ánægjulegt að heyra hvernig þetta hefur þróast og hvað þessi þjónusta er orðin viðurkennd. Þó að það vilji kannski ekki allir taka þátt.

VALGERÐUR Auðvitað er alltaf einhver mótstaða þegar breytingar verða en það kom mér á óvart hvað ljósmæður í heilsugæslunni voru áhugasamar og spenntar, þessu var ótrúlega vel tekið. Það helsta sem mér fannst þær hafa áhyggjur af var tíma- skortur. Nú er heilsugæslan fyrsti viðkomustaður ef fólk vill fara yfir fæðinguna sína og *Ljáðu mér eyra* er orðið tilvísunarúrræði.

GUÐLAUG Þetta er góð þróun, því fjöldinn var orðinn svo mikill hjá okkur og við fundum að í mörgum tilfellum hefðu þör geta fengið lausn sinna mála á heilsugæslunni.

VALGERÐUR Aðsóknin í *Ljáðu mér eyra* hafði verið stöðug í mörg ár, 60–80 viðtöl á ári en svo í kringum árið 2017 jókst eftirspurnin svo mikið að við vorum farnar að taka hátt í 180 viðtöl á ári. Við sem vinnum við að taka viðtölin reynum að hittast reglulega og bera saman bækur okkar. Við fengum það á tilfinninguna að viðtölin væru orðin „léttari“ og meira um að fólk væri að koma

til að fá útskýringar á einhverju sem var gert eða eitthvað slíkt. Það studdi enn betur við þá ákvörðun að færa þetta í nærþjónustuna.

JÓHANNA Það er auðvitað ótrúlegt að hugsa um þessi 25 ár og allar þær breytingar sem orðið hafa á samfélaginu á þeim tíma. Ungar ljósmæður í dag eru miklu opnari fyrir því að þetta sé hluti af þjónustunni og því að vinna úr áföllum, hvort sem þau eru tengd fæðingunni eða ekki. Við höfum orðið vitni af byltingum í þessum málum eins og með *me-too* og fleiru. Landslagið hefur gjörbreyst frá því að við byrjuðum árið 1999.

VALGERÐUR Ég útskrifaðist árið 1998, fyrir 26 árum og þá var bara engin umræða um áföll. Þetta er allt annar jarðvegur og síðasta áratuginn hefur orðið þvílík sprenging í allri umræðu um áföll og hvaða áhrif þau geta haft á líf fólks. Nú er þetta þrætt inn í ljósmæðranámið og umræðan miklu opnari. Á þessum tíma vorum við bara rétt að byrja að ræða hvort það væri möguleiki að skima fyrir þunglyndiseinkennum eftir fæðingu, það þorði enginn að tala um þetta. Konur áttu bara að vera á bleika skýinu heima með barnið þó að það væri mikil vanlíðan og allir grátandi. Þetta er alveg himinn og haf – og ég held að það sé hluti af ástæðunni fyrir því að aðsóknin jókst svona skyndilega. Umræðan opnaðist og fólk er farið að gera sér grein fyrir því að það má tala um reynslu og líðan.

HAFDÍS Við erum líka búin að opna augun fyrir því og skiljum miklu betur hvaða áhrif t.d. kynferðis- ofbeldi hefur á þetta ferli og það er oft það sem þær eru að vinna úr í kjölfar fæðingar.

JÓHANNA Við þurfum líka að yfirstíga ákveðnar hindranir hjá okkur sjálfum. Ég man hvað mér fannst erfitt að spyrja um kynferðisofbeldi fyrst. Ég fór örugglega í kringum þetta, af því að á þeim tíma var þetta svo mikið tabú.

VALGERÐUR Alveg eins og það var í eldgamla daga að spyrja um reykingar og áfengisneyslu, það var feimnismál. Þetta er svona þegar verið er að opna á eitthvað sem hefur verið tabú.

Þegar ég las rannsóknirnar þínar Valgerður kom það mér á óvart að hópurinn sem tók þátt var frekar eins-leitur. Það var hátt hlutfall af háskólamenntuðum, giftum konum og allar íslenskar. Nú vitum við svo miklu meira um viðkvæma hópa eins og erlendar konur og aðrar konur í viðkvæmri stöðu. Við vitum að

þær eru útsettari fyrir erfiðri upplifun, er ekki áhyggju-efni að þær séu ekki að nota þjónustuna?

VALGERÐUR Jú, þetta er mjög góður punktur og mikilvægt að við tökum smá umræðu um þetta. Við höfðum áhyggjur af þessu þegar við sáum niðurstöðurnar. Það má segja að það séu tvær skýringar á þessu. Í fyrsta lagi þá held ég að konur með hærra menntunarstig séu líklegri til þess að vita hvernig þær geti sótt sér hjálp og kannski líklegri til að gera það. Svo eru þær líka líklegri til að taka þátt í rannsóknum. Við getum ekki alveg sagt að það séu bara þær sem leita til okkar en hins vegar segir þetta okkur það og styður við það að við eigum að bjóða konum að koma í viðtölin frekar en að biða eftir því að þær panti sér tíma. Erlendar konur til dæmis, sem kunna varla tungumálið, þær finna ekki út úr því að panta sér tíma, geta ekki lesið sér til því það er meira og minna allt á íslensku á vefsíðunum. Því miður er það teljandi á fingrum annarar handar öll þau ár sem ég hef verið í *Ljáðu mér eyra* að ég hafi veitt viðtal á ensku og það er áhyggjuefni.

Hvað með forvarnir? Hvernig getum við minnkað líkurnar á því að konur upplifi fæðinguna sem erfiða eða neikvæða reynslu?

JÓHANNA Ég held að það sé mjög mikilvægt að hlúa að andlegri heilsu ungs fólks. Þetta eru foreldrar framtíðarinnar. Ég heyrði af nýrri rannsókn um daginn þar sem kom í ljós að helmingur stúlkna í 10. bekk sagðist vera með kviða. Þetta eru mæður framtíðarinnar og þetta er ekki góður grunnur. Maður hélt einhvern veginn að ungar konur væru að valdeflast en svo kemur í ljós að áhrif samfélagsmiðla eru niðurbjótandi að einhverju leyti. Við sjáum bæði konur á samfélagsmiðlum sem segja frá fæðingum og sýna hálfgerða glansmynd af reynslunni og svo eru aðrar sem hafa komið fram og rífið niður eðlilegar fæðingar, jafnvel konur sem eru fyrir-myndir – þetta eru svolítið ýktar andstæður.

HAFDÍS Það er stundum eins og konur átti sig ekki á því að það að fæða barn sé mjög krefjandi verkefni og þess eðlis að það er ekki hægt að bera sig saman við aðra.

VALGERÐUR Við þurfum að byrja snemma að efla seiglu og þrautseigju til þess að konur upplifi sig ekki vanmáttugar. En svo er líka ákveðin forvörn í því að fagfólk sé vel upplýst og þekki algengustu ástæður þess að konur upplifi fæðinguna sína

illa. Fyrir parið er þetta ein af stærstu stundum lífsins. Við sem fagfólk þurfum að vera meðvituð um þetta, að við erum í hversdeginum en ekki þau. Þó að við getum auðvitað ekki verið að upplifa stærsta dag lífsins alla daga er mikilvægt að við séum meðvituð um að við erum að taka þátt í lífi fólks á viðkvæmu augnabliki.

HAFDÍS Ég er sammála þessu, þetta er mikil kúnst og áskorun fyrir okkur ljósmæður.

Höfum við kannski gleymt ljósmæðrunum – aðal áherslan er skiljanlega á konurnar en það hlýtur að vera dýrmæt forvörn fólgin í því að ljósmæðrum líði vel í starfi og að þær fái svigrúm til að vera með fólki á þessari viðkvæmu stund. Er raunhæft að ætla ljós-mæðrum að vera rétt stilltar átta tíma á dag, fimm daga vikunnar, dag og nótt? Mér hefur alltaf fundist eins og fullt starf í fæðingum ætti að vera svona þrjár til fjórar vaktir í viku – svo hægt sé að hlaða sig og núllstillta fyrir næstu fæðingu.

HAFDÍS Oft skilum við fleiri klukkutímum en aðrir í 100% vinnu. Við verðum að hlúa að ljósmæðrum líka, það er ótrúlega mikilvægt. Ég hef unnið í kerfi erlendis á stórum fæðingardeildum þar sem ljósmæður sinna tveimur til þremur konum í einu og það er engin yfirseta. Þær eru allar að bugast, fá ekkert svigrúm til að hlúa að sjálfum sér, fara í mat eða á klósettið og eru bara að drukkna. Það er mjög erfitt að lesa rétt í viðkvæmar aðstæður og mæta öllum þörfum við þær aðstæður. Nú eru komin sjö ár síðan ég flutti heim, við erum oft svona tíu árum á eftir Skandinavíu með margt og mér finnst við vera að nálgast þetta hægt og rólega. Við erum til dæmis með mjög margar ljósmæður í veikindaleyfi vegna kulnunar.

VALGERÐUR Það er margt í kerfinu okkar sem mætti bæta. Við vitum að samfelld þjónusta er verndandi þáttur og mætti kannski hugsa um hana sem forvörn. Það er búið að rannsaka það aftur og aftur að samfella í þjónustu bætir upplifun og útkomu fæðinga.

HAFDÍS Við sjáum það hjá okkur í Fæðingarheimilinu, eins og í Björkinni og í heima-fæðingum að þó við séum með frískar og heilbrigðar konur þá er það nokkuð algengt að þær leiti í samfelldu þjónustuna vegna erfiðrar upplifunar og sækjast eftir meiri stjórn á aðstæðum.

JÓHANNA Við könnumst allar við það að það getur verið ofboðslega erfitt að fara frá konu þegar

hún er á viðkvæmasta hluta fæðingarinnar. Þú ert búin að mynda góð tengsl og þarft svo að yfirgefa þær. Þetta er ekki bara erfitt fyrir konuna, ljósmóðirin fer oft heim með slæma tilfinningu eða tilfinningu um að hafa ekki klárað verkefnið eða jafnvel brugðist konunni. Einstaka sinnum er auðvitað gott að skipta um, ljósmóðirin orðin þreytt og búið að ausa úr öllum brunnum. En ég man svo eftir því að hafa farið heim og verið með hugann stöðugt hjá konunni sem var ennþá í sínu verkefni.

HAFDÍS Maður hringdi oft og spurði eða fór og athugaði daginn eftir hvernig hafði gengið.

VALGERÐUR Ég hef svo oft hugsað þegar ég er með konu fyrir framan mig sem á von á sér að ég geti ekki boðið henni það sem hún þarf mest á að halda og það er að hún viti hver verði hjá henni þegar hún fæðir næst.

Að lokum – hvernig sjáið þið framtíðina fyrir ykkur fyrir *Ljáðu mér eyra* – hvernig verða næstu 10 eða 20 ár?

VALGERÐUR Minn draumur er sá að mikilvægi fæðingarreynslunnar verið jafn sjálfsagt og allt annað sem við gerum í mæðraverndinni. Að við tökum utan um fæðingarreynsluna rétt eins og við tökum á legi eftir fæðingu.

HAFDÍS Að fæðingunni sé ekki lokið fyrr en það er búið að ræða hana!

VALGERÐUR Svo væri auðvitað best ef það væru ljós-mæður sem sinntu konum meira og minna fyrstu sex vikurnar eftir fæðingu. Það er svo margt sem gerist á þessum vikum og full þörf á því að það séu tengsl við ljósmóður. Ég vildi líka óska að það væru fleiri úrræði fyrir konur. Þær eru oft svo logandi hræddar þegar þær hafa upplifað svona erfiðleika. Að það væri til dæmis til kerfi fyrir þær sem ekki geta fætt utan spítala, einhvers konar samfella fyrir þær sem eru með áhættuþætti. Þær sem eru kandidatar í að fæða á fæðingarheimilum eða heima það er kerfi sem grípur þær. Ég held að það gæti bæði virkað sem fyrirbygging á erfiðri reynslu, en líka mætt þeim sem hafa slíka reynslu.

Ég held að *Ljáðu mér eyra* sé búið að festa sig í sessi og verði áfram til. Þörfin fyrir þjónustuna mun líklega aldrei þurrkast út en sú þróun sem hefur orðið að bjóða upp á úrvinnsluviðtöl í heilsu-gæslunni finnst mér mikið heillaskref.

Útskriftarverkefni ljósmæðra til MSc gráðu til viðbótar við Cand.Obst. gráðu árið 2024



HÖFUNDUR BERGLIND HÁLFHÁNSDÓTTIR

Ljósmæðrablaðið hóf á síðasta ári að birta í síðara tölublaði ársins yfirlit þar sem stuttlega er gerð grein fyrir viðfangsefnum meistara-verkefna sem ljósmæður hafa unnið í námi sínu til MSc gráðu til viðbótar við eldri Cand.Obst. gráðu til starfsréttinda. Rannsóknar-efni ljósmæðranna eru gjarnan fjölbreytt, byggja á ólíkri reynslu þeirra í starfi og ættu því að vekja áhuga meðal lesenda blaðsins. *Ljósmæðrablaðið* hvetur þessar ljósmæður eindregið til að koma rannsóknum sínum á framfæri með greinarskrifum í *Ljósmæðra- blaðinu* eða öðrum fagtímaritum, en meistaraverkefni þeirra má finna á vefnum skemman.is. Árið 2024 luku fjórar ljósmæður MSc gráðu til viðbótar við fyrri gráðu sína til starfsréttinda og óskar rit- nefnd *Ljósmæðrablaðsins* þeim til hamingju. Verkefnin eru áhuga- verð og fjölbreytt og endurspegla hvernig rannsóknarhugmyndir geta kviknað meðal ljósmæðra sem starfað hafa á klínískum vett- vangi til nokkurra ára.

Útskrift júní 2024



HEITI VERKEFNIS

„Ég tengi ómskoðunina bara við létti“: Upplifun frumbyrja af mati á framgangi fæðingar með ytri ómskoðun um kvið og spöng miðað við innri þreifingu um leggöng: Eigindleg rannsókn.

HÖFUNDUR

Hilda Friðfinnsdóttir

LEIÐBEINENDUR

Valgerður Lís Sigurðardóttir
Hulda Hjartardóttir
Elsa Ruth Gylfadóttir

Hilda kannaði upplifun frumbyrja sem fæddu á fæðingavakt Landspítala af mati á framgangi fæðingar með ytri ómskoðun um kvið og spöng. Tekin voru einstaklingsviðtöl við 15 frum- byrjur. Í ljós komu fjögur þemu ásamt undirþemum. Aðalþemað var: „Að vera upplýst og tilfinning um stjórn“. Önnur þemu voru „Innri þreifing sársaukafull en nauðsynleg“, „Ég tengi ómskoðunina bara við létti“ og „Aðferðirnar bæta hvor aðra upp“. Konurnar höfðu mikla þörf fyrir upplýsingar. Að jafnaði þótti þeim ómskoðunin þægilegri og nákvæmari en sáu samt fyrir sér að heppilegast væri ef hægt væri að nýta það besta sem hvor aðferð hefði upp á að bjóða.



HEITI VERKEFNIS

Líðan og stuðningsþarfir kvenna sem hætta brjóstagjöf á fyrstu þremur mánuðum eftir fæðingu: Eigindleg rannsókn.

HÖFUNDUR

Kristín Greta Bjarnadóttir

LEIÐBEINENDUR

Helga Gottfredsdóttir
Marianne Elisabeth Klinke

Kristín Greta kannaði líðan og stuðningsþarfir kvenna sem hafa hætt brjóstagjöf innan þriggja mánaða frá fæðingu. Tekin voru einstaklingsviðtöl við átta konur. Í ljós komu tvö yfirþemu sem hvort um sig hafði þrjú undirþemu, en yfirþemun voru: „Væntingar til brjóstagjafar á skjön við raunveruleikann“ og „Að vera gripin og finna öryggi í nýjum aðstæðum.“ Nauðsynlegt er að auka stuðning, fræðslu og valdeflingu kvenna sem hætta brjóstagjöf á fyrstu þremur mánuðum eftir fæðingu, en þar eru ljósmæður og hjúkrunarfræðingar í lykilstöðu. Auka þarf skilning og samkennd í garð kvenna með þessa reynslu og stuðla að orðræðu sem mildar viðhorf samfélagsins.

Útskrift október 2024



HEITI VERKEFNIS

Væntingar og mat kvenna með háþrýstingssjúkdóma á fræðslu á meðgöngu og fyrstu vikurnar eftir fæðingu: Forpröfun á mælitæki og greining viðtala.

HÖFUNDUR

Erla Björk Sigurðardóttir

LEIÐBEINENDUR

Helga Gottfredsdóttir
Brynja Ingadóttir

Erla Björk forprófaði mælitæki til að greina væntingar til og upplifun af fræðslu meðal barnshafandi kvenna með háþrýstings- sjúkdóma. Gagna var aflað á meðgöngu og eftir fæðingu með forpröfun mælitækis og einstaklingsviðtölum (n=30). Niðurstöður sýndu að fræðsluþarfir kvenna voru miklar en að fengin fræðsla var marktækt minni en væntingar þeirra. Viðtöl leiddu jafnframt í ljós að fræðsluþörfum kvenna var ekki mætt, þær óskuðu eftir meiri þátttöku í meðferð, upplifðu ósamræmi í upplýsingagjöf og vildu meiri eftirfylgni eftir fæðingu. Fræðsluþarfir kvenna með háþrýstingssjúkdóma á meðgöngu eru fjölþættar og þeim ekki mætt á fullnægjandi hátt. Þörf er á að þróa fræðsluferil og fræðsluefni sem mætir fræðsluþörfum þeirra.



HEITI VERKEFNIS

Hefur aukin líkamsþyngd barns- hafandi kvenna áhrif á útkomu fæðingar? Afturvirk ferilrannsókn.

HÖFUNDUR

Árný Anna Svavarsdóttir

LEIÐBEINENDUR

Berglind Hálfhánsdóttir
Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir

Árný Anna kannaði hvort aukin líkamsþyngd kvenna í upphafi meðgöngu hafi áhrif á útkomu fæðingar. Rannsakað var allt þýði kvenna sem fæddu einbura á Landspítala árið 2022 (n=3051) þar sem konur í ofþyngd og með offitu voru bornar saman við konur í kjörþyngd. Í ljós kom að framköllun fæðingar, keisaraskurðir, blæðing eftir fæðingu og þungburar voru marktækt algengari meðal kvenna í ofþyngd og með offitu, en sogklukka og spangar- klipping voru marktækt sjaldgæfari. Aukin líkamsþyngd móður gæti því haft neikvæð áhrif á útkomu fæðingar, bæði hjá konum í ofþyngd sem og með offitu. Þörf er á frekari þróun þjónustu við þennan hóp kvenna.



HÖFUNDUR EDYTHE L. MANGINDIN

Spinning Babies-námskeið á Íslandi

Árið 2023 ferðaðist ég ásamt Sigurveigu Ósk Pálsdóttur ljósusystur minni til Oslóar, til að taka þátt í tveggja daga Spinning Babies námskeiði undir leiðsögn Claire Eccleston ljósmóður. Við vorum báðar sammála um að við hefðum lært mikið á þessu námskeiði og að það yrði frábært fyrir ljósmæður og barnshafandi konur á Íslandi ef Claire væri tilbúin að koma til landsins og miðla af reynslu sinni og þekkingu. Claire leist strax vel á hugmyndina og undirbúningur fyrir komu hennar hófst.

Claire hefur 25 ára reynslu sem ljósmóðir á Nýja Sjálandi, en á þeim tíma hefur hún sinnt barnshafandi konum í heima-fæðingum, á fæðingarheimilum og á spítölum. Claire er auk þess meðgöngujógakennari, höfuðbeina- og spjaldhryggsjafnari og þriggja barna móðir. Hún hefur ferðast víða um heim til að halda Spinning Babies námskeið, fyrirlestra um innsæi kvenna í fæðingum og haldið vinnustofum um heima-fæðingar á mörgum ráðstefnum. Þá tekur hún reglulega þátt í hjálparstarfi í þróunarlöndum þar sem hún þjálfar ljósmæður í fæðingarhjálp út frá þeirri menningu og aðstæðum sem þær búa við. Á námskeiðinu í Osló vorum við Ósk sammála um að Claire nái mjög vel til fólks og myndi góða tengingu við þátttakendur. Hún kemur efninu vel til skila á einföldu og skiljanlegu máli með því að tengja það áhuga-verðum fæðingarsögum sem byggir undir fræðin. Það skín í gegn að hún hefur yfirgripsmikla reynslu og haldgóða þekkingu, en er auk þess mjög næm og heillandi manneskja.

Þetta fyrsta Spinning Babies námskeið sem haldið var á Íslandi fór fram dagana 21.–22. september síðastliðinn í sal BHM í Borgartúni. Ljósmæður námskeiðsins voru þrjátíu talsins frá ólíkum vinnustöðum: Landspítalanum, Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins, Björkinni, Fæðingarheimili Reykjavíkur, Heilbrigðisstofnun Austurlands og Akureyri. Auk ljósmæðranna voru þátttakendur ljósmóðurnemi, pólsk doula, kanadísk doula, sjúkrahjálpari og bandarískur kirópraktor. Það var samdóma álit þátttakenda að námskeiðið hafi verið lærdómsríkt og ánægjulegt.

Spinning Babies aðferðin byggir á því að þátttakendur eru hvattir til að spyrja nýrra spurninga í fæðingum, sérstaklega ef framgangur er hægur og ef

fæðingin er sérstaklega sársaukafull. Í stað þess að einblína um of á útvíkkun leghálsins ættu ljósmæður að temja sér fleiri lykilsurningar eins og: „hvar er barnið í grindinni?“ Og „Í hvernig stöðu er barnið?“ Lega barnsins gefur vísbendingu um anatómíu konunnar í fæðingarferlinu og með því að gera ákveðnar æfingar er hægt að skapa meira rými fyrir barnið.

Á námskeiðinu var byrjað á því að rifja upp líf-færafræðina og læra betur um það hvernig bein og mjúkvæfir (bandvefur, vöðvar og liðbönd) í mjaðmagrindinni geta haft áhrif á fæðinguna. Þá var farið í meginreglurnar þrjár: jafnvægi, þyngdarafl og hreyfingu og æfðar jafnvægisstillingar eins og Side-Lying Release og Forward Leaning Inversion sem konur geta gert á meðgöngu frá 22. viku. Áhersla var lögð á að ráðleggja konum ákveðnar hreyfingar/stellingar eftir því hvar höfuð barnsins er í mjaðmagrind, þ.e. hvort höfuð sé við grindarinnangang (e. inlet), í miðgrind (e. midpelvis) eða við grindarútgang (e. outlet). Síðast en ekki síst var hugtakið *samþykki* þegar kemur að snertingu á meðgöngu og í fæðingu vel útlistað.

Áhugi á námskeiðinu fór fram úr björtustu vonum og því er nú þegar hafinn undirbúningur fyrir öðru námskeiði á næsta ári. Opnað hefur verið fyrir skráningu á námskeiðið og hvetjum við áhugasamar ljósmæður til að skrá sig sem fyrst.

Hægt er að skrá sig á:

- Spinning Babies námskeið 4.–5. september 2025
lms.spinningbabies.com/Custom/WorkshopDetails.aspx?purchase_public_ticket=F6B50E16-7220-4D26-A26C-810ACB1C42CF
- BirthCraft námskeið 6. september 2025
www.eventbrite.co.nz/e/copy-of-birthcraft-the-art-of-midwifery-skillsiceland-tickets-1090507470199?aff=oddtcreator
- Womb Craft námskeið 7. september 2025:
www.eventbrite.com/e/1109564891459?aff=ebdsshios

Lesið má meira um Claire á vefsíðunni:
www.claireecclestonmidwife.com



Ýmsar myndir frá námskeiðinu.

Viðhorf, þekking og reynsla ljósmæðra sem starfa á fæðingarvakt Landspítala af vatnsfæðingum: „Að yfirfæra hið jákvæða fæðingarumhverfi vatnsfæðinga yfir á allar fæðingar“

Attitude, Knowledge and Experience of Waterbirths Among Midwives in Landspítali Labour Ward: “Bringing the Positive Environment of Waterbirths to All Births”

TENGILIÐUR klarajennyha@gmail.com

Höfundar



Klara Jenný H. Arnbjörnsdóttir, ljósmóðir, MSc¹



Steinunn H. Blöndal, ljósmóðir, MSc¹



Ólöf Ásta Ólafsdóttir, ljósmóðir, PhD²

Ágrip

Inngangur

Á síðustu áratugum hefur tíðni vatnsfæðinga aukist um allan heim. Þetta má meðal annars rekja til aukinnar þekkingar og skilnings á því að vatnsfæðingar og umgjörð þeirra auki líkur á eðlilegri fæðingu. Á sama tíma hefur inngripatiðni í eðlilegt fæðingarferli aukist verulega á fæðingar-deildum innan sjúkrahúsa sem er áskorun fyrir ljósmæður. Markmið rannsóknarinnar var að skoða viðhorf, þekkingu og reynslu ljósmæðra sem starfa á fæðingarvakt Landspítala af vatnsfæðingum.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin er með blönduðu rannsóknar-sniði þar sem rafrænn spurningalisti var lagður fyrir þátttakendur sem valdir voru með kvótaúrtaki. Stuðst var við lýsandi tölfræði ásamt Fishers prófi við úrvinnslu gagna í lokuðum spurningum, en þema-greiningu á svörum úr opnum spurningum.

Niðurstöður

Alls tóku 55 ljósmæður þátt sem er 83% svarhlutfall. Í ljós kom að meirihluti ljósmæðra (60%) taldi sig hafa góða þekkingu á verklagi um vatnsfæðingar og voru þær líklegri til að upplifa sig öruggar þegar konur óskuðu eftir því að fæða í vatni. Allar ljósmæðurnar höfðu tekið á móti barni í vatni og almennt voru viðhorf þeirra jákvæð (90%). Í þemagreiningu voru greind eftirfarandi yfirþemu: 1) Verndarhjúpur fyrir truflun á eðlilegu ferli, 2) Vald-eflandi andrúmsloft og mýkri fæðing, 3) Áskoranir í umhverfinu og 4) Að styðja val kvenna – það skiptir mestu máli.

Ályktanir

Svigrúm er til að efla þekkingu og færni ljósmæðra á fæðingarvakt Landspítala sem gæti orðið til að fleiri konur nýti sér vatnsmeðferð í fæðingum. Mikilvægt er að bæta aðstæður í kringum vatnsfæðingar og eftirsóknarvert væri að yfirfæra hið jákvæða fæðingarumhverfi vatnsfæðinga yfir á allar fæðingar.

Lykilorð
vatnsfæðing
ljósmæður
þekking
viðhorf

Inngangur

Vatnsfæðing er þegar konur fæða börn sín í vatni og er ólík þeim fæðingum þar sem vatn er einungis notað á meðan á hriðum stendur en ekki í fæðingunni sjálfri (1). Konur hafa lýst því að fæðing í vatni geti verið valdeflandi reynsla. Rannsóknir síðustu ára af útkomu vatnsfæðinga hafa leitt í ljós að þær auki ekki áhættu fyrir konur eða börn (1, 2, 3). Þá hefur það sýnt sig að vatnsfæðingar draga úr notkun verkjalyfja ásamt því að stuðla frekar að eðlilegri fæðingu (4, 5).

Áhugi á rannsóknarefninu kviknaði út frá reynslu í ljós-móðurstarfi og brennandi áhuga á að auka við reynslu og þekkingu á vatnsfæðingum á fæðingarvakt Landspítalans, en fyrsti höfundur hefur unnið þar frá árinu 2020. Vatnsfæðingar hafa staðið konum til boða á fæðingarvaktinni frá árinu 2007, en sú reynsla hefur lítið verið rannsökuð hingað til. Tilgangur rannsóknarinnar og markmið var að auka þekkingu og skilning á vatnsfæðingum og rannsaka viðhorf, þekkingu og reynslu ljósmæðra sem starfa á fæðingarvakt Landspítala. Rannsóknarspurningin sem lögð var fram er: „Hver eru viðhorf, þekking og reynsla ljósmæðra sem starfa á fæðingarvakt Landspítala af vatnsfæðingum?“

Upphaf vatnsfæðinga má rekja til Rússlands á sjöunda áratug síðustu aldar. Rússneski sundkennarinn Igor Tjarkovskíjs setti þá fram nýjar tilgátur varðandi áhrifamátt vatns í fæðingum spendýra og yfirfærði hugmyndir sínar yfir á barnshafandi konur (6). Í kringum 1980 fóru vinsældir á notkun vatns í fæðingum að aukast í hinum vestræna heimi og fljótlega fóru konur líka að velja að fæða í vatni sem hluti af nýrri fæðingarmenningu (7). Fyrsta vatnsfæðing hérlendis, sem vitað er um, var árið 1987 þegar Dýrfinna Sigurjónsdóttir ljósmóðir tók á móti barni í vatni í vel undirbúnni heimafæðingu. Árið 1997 fæddist svo í fyrsta sinn hérlendis, barn í vatni á sjúkrahúsi þegar Heilbrigðisstofnun Suðurlands á Selfossi ruddi brautina fyrir önnur sjúkrahús (7). Á Landspítalanum var fyrsta þaðkarið tekið í notkun árið 2001 en í upphafi voru fæðingar í vatni ekki leyfðar heldur var baðið eingöngu notað til verkjastillingar í fæðingu. Óhjákvæmilega fæddust þó nokkur börn í vatninu á þessum upphafsárum frá 2001–2006 eða samtals 28 börn (7). Löng barátta ljósmæðra fyrir vatnsfæðingum átti sér stað hérlendis áður en Landspítali gaf út verklag um leyfi til vatnsfæðinga árið 2007. Stuttu áður, eða í byrjun þess árs, hafði Ljósmæðrafélagið boðið upp á vinnusmiðju um vatnsfæðingar hjá Ethel Burns, sem hafði viðtæka reynslu frá Bretlandi af vatnsfæðingum og þekkingu á rannsóknum þeim tengdum. Ethel stappaði stálinu í íslenskar ljósmæður og fræddi þær um öryggi vatnsfæðinga (8, 9).

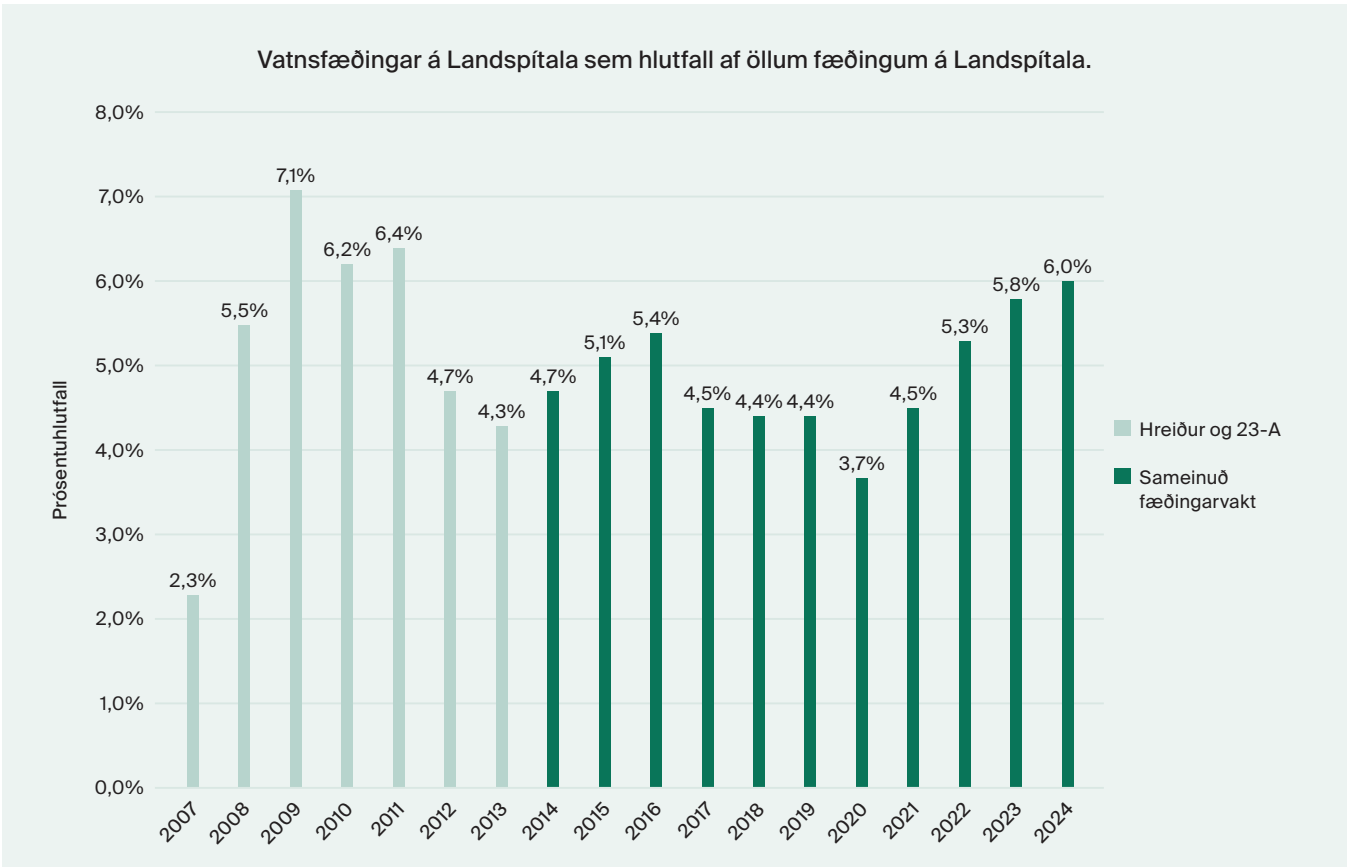
Frá því vatnsfæðingar urðu almennt viðurkenndar má segja að þær hafi strax fallið í góðan jarðveg hjá konum hérlendis, sérstaklega í heimafæðingum, á fæðingarheimilum og á minni fæðingarstöðum þar sem tíðni vatnsfæðinga er nú á bilinu 30–60 prósent (10). Það segir sína sögu að Áslaug Hauksdóttir, sem er ein af frumkvöðlum endurkomu heimafæðinga hérlendis sem og í vatnsfæðingum, lýsir sannkölluðum vatnaskilum á ljósmóður-ferli sínum þegar kemur að vatnsböðum og vatnsfæðingum: „ég tala um mig sem ljósmóður fyrir og eftir það“ (s. 26, 11).

Síðustu áratugi hafa flestar fæðingar á Íslandi átt sér stað innan veggja Landspítala eða um 75% allra fæðinga (10). Í fyrstu var tíðni vatnsfæðinga á Landspítala í kringum 6–7% (12) en í kjölfar mikilvægs átaksverkefnis árið 2011 um verndun spangar þar sem tíðni alvarlegra spangaráverka á Íslandi var sú hæsta á Norðurlöndum, sást strax þó nokkur fækkun vatnsfæðinga. Skýringa má meðal annars leita í ólíkri hugmyndafræðilegri nálgun, en í vatnsfæðingum er gert ráð fyrir að fæðingin sé nánast óáreitt og fullur spangarstuðningur því ekki viðeigandi (4, 12, 13). Efasemdarmenn um vatnsfæðingar hafa lengi haldið því fram að vatnsfæðing geti leitt til alvarlegrri spangaráverka en í fæðingum á landi, en í nýlegri stórri rannsókn frá Bretlandi kemur í ljós að þær áhyggjur eiga ekki við rök að styðjast (3). Svipaða niðurstöðu má finna í nýlegri rannsókn þar sem útkoma spangar í vatnsfæðingum var skoðuð meðal kvenna sem áætluðu heimafæðingu á Norðurlöndum. Niðurstöður voru þær að munur á útkomu var hverfandi saman-borið við heimafæðingar á landi og tíðni alvarlegra spangaráverka mjög lág (14). Nýjustu upplýsingar frá vöruhúsi gagna á Landspítala síðast liðin 10 ár sýna að tíðni vatnsfæðinga sé á bilinu 3,7%–6% (15).

Niðurstöður rannsókna hafa sýnt jákvæð áhrif vatnsfæðinga á lífeðlislegan gang fæðinga ásamt því að minnka líkur á inngrípum (4, 6). Inngrípum í fæðingarferlið hefur fjölgað á síðastliðnum áratugum sem má rekja meðal annars til aukinnar sjúkdómsvæðingar í barneignarferlinu. Aukin inngrip geta haft margvísleg áhrif á fæðingarreynslu kvenna (2, 16). Í leiðbeiningum frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni kemur fram að stefna skuli að jákvæðri fæðingarreynslu og virðingu í umönnun allra kvenna og að stuðningur ljósmæðra í öruggu umhverfi spili þar stórt hlutverk (16).

Í kerfisbundinni samantekt Edward og fleiri (17) á sex slembiröðuðum samanburðarrannsóknum tengdum vatnsfæðingum kom fram að í vatnsfæðingum voru minni líkur á notkun hriðaðröngu lyfja og mænurótardeyfingu en auknar líkur á jákvæðari fæðingarreynslu. Ekki hefur komið fram marktækur munur á blæðingu eftir fæðingu, útkomu spangar, fæðingarmáta eða útkomu barna þegar vatnsfæðingar eru bornar saman við fæðingar á landi (17, 18, 19). Ekki hefur verið sýnt fram á að vatnsfæðingar tengist aukinni hættu á fylgikvillum, sjúkdómum eða dauðsföllum móður eða barns. Mikilvægt er að fagfólk fái viðeigandi þjálfun til að öðlast öryggi í vatnsfæðingum og geti þannig stutt konur í heilbrigðri meðgöngu til að nota það í fæðingu og fæða börn sín í vatni ef þær óska þess (5, 18, 19). Stór þáttur í því að öðlast og viðhalda sjálfstrausti ljósmæðra í vatnsfæðingum er að vinna eftir umönnunarlíkani sem styður við náttúrulega, lífeðlisfræðilega fæðingu barns (20). Eins hafa ljósmæður lýst því hvernig verklagsreglur um vatnsfæðingar á fæðingardeildum hvetji þær til að fylgjast með gagnreyndri þekkingu og hjálpar þeim að öðlast færni til að verða bæði öruggar og hæfar í því að taka á móti börnum í vatni (5, 6, 21).

Mynd 1 Tíðni vatnsfæðinga á Landspítala sem hlutfall allra fæðinga árin 2007–2024 (4. des 2024) (12, 15).



Viðhorf ljósmæðra og þeirra sem sinna fæðingarþjónustu til vatnsfæðinga geta oft verið byggð á félagslegri sannfæringu eða menningarlegum áhrifum (21, 22). Niðurstöður úr rannsókn Ulfsdottir og fleiri á meðal sænskra heilbrigðisstarfsmanna (23) sýndu að neikvæð viðhorf til vatnsfæðinga gátu verið til staðar. Þær fáu ljósmæður sem sögðust ekki vilja taka á móti börnum í vatni sögðu það helst vera vegna skorts á reynslu og þekkingu. Á Íslandi og í Svíþjóð hafa verið þróuð ljósmóðurfræðileg líkön eins og MiMó (e. midwifery model of woman-centered care) sem hefur verið notað í ljósmæðrakennslu hér á landi. MiMó leggur áherslu á stuðning við eðlilegt ferli fæðingar, gagnkvæmt samband milli ljósmæðra og kvenna þar sem óskum kvennanna er mætt og umönnun veitt á þeirra forsendum (24).

Í vatnsfæðingum snýst umönnun meira um „að vera“ en „að gera“ sem getur aukið tengsl milli ljósmóður og konu í fæðingu. Ljósmæður halda þá að mestu að sér höndum í samræmi við þeirra hugmyndafræði og ýta undir valdeflingu kvenna í fæðingu út frá sjónarmiðum salutogenesis (6). Segja má að vatnsfæðing sé lífsviðburður sem samræmist vel ljósmóðurfræðilegri nálgun sem horfir á barneignarferlið sem eðlilegt ferli (2, 5, 24).

Efniviður og aðferðir

Í rannsókninni var notuð blönduð aðferð sem byggist á samleitandi sniði. Það felur í sér að safna og greina bæði meginleg og eigindleg gögn í sömu rannsókn á sama tíma (25). Blönduð aðferð er talin heppileg til að fá fram breiðari og dýpri skilning á viðfangsefninu og þar með auka gæði og réttmæti rannsókna (26).

Þýði rannsóknarinnar voru ljósmæður á Íslandi sem starfa við fæðingar á Landspítala en úrtakið var kvótaúrtak sem er ein tegund hentugleikaúrtaka þar sem allar ljósmæður sem störfuðu á fæðingavakt Landspítala voru beðnar um að taka þátt. Þannig var leitast við að ná til reyndra ljósmæðra með mismunandi bakgrunn úr námi og með langa starfsreynslu en einnig til yngri ljósmæðra með minni starfsreynslu. Ljósmæðurnar veittu allar upplýst samþykki fyrir þátttöku, þagnarskylda var viðhöfð og nafnleynd og trúnaði heitið til að gæta persónuverndar ljósmæðranna. Ekki var hægt að rekja upplýsingar til tiltekinna ljósmæðra við úrvinnslu gagna.

Tafla 1 Frumbreytur rannsóknar.

Frumbreytur	Hvernig breyta	Gildi
Þekking	Tvígild flokkabreyta	Minni þekking, meiri þekking
Viðhorf	Tvígild flokkabreyta	Neikvætt viðhorf, jákvætt viðhorf

Tafla 2 Fylgibreytur rannsóknar.

Frumbreytur	Hvernig breyta	Gildi
Öryggi	5 punkta Likert-kvarði	Mjög ósammála til mjög sammála
Tíðni	Fjörgild flokkabreyta	1–3x í mánuði, 1–3x á 3 mánuðum, 1–3x á 6 mánuðum, 1–3x á 12 mánuðum

Gagnasöfnun

Gagnasöfnun fyrir rannsóknina hófst í mars 2023, þegar tilskilin leyfi Siðanefndar stjórnarsýslurannsókna á Landspítala lágu fyrir (nr. 04_2023). Sendur var rafrænn spurningalisti sem unninn var samkvæmt General Data Protection Regulation (27) til allra ljósmæðra á fæðingavakt. Spurningalistinn innihélt 19 spurningar, lokaðar og opnar, um viðhorf, þekkingu og reynslu ljósmæðra af vatnsfæðingum. Við hönnun spurningalistans var meðal annars fengið leyfi og stuðst við lista úr rannsókn Ulfsdottir o.fl. (23). Spurningalistinn var fyrst forþröfaður af fimm ljósmæðrum sem höfðu reynslu af vatnsfæðingum og störfuðu ekki á Landspítala. Í lokuðum spurningum spurningalistans voru ljósmæðurnar beðnar annars vegar um að svara spurningum á fimm punkta Likert-kvarða frá „mjög ósammála“ til „mjög sammála“ og hins vegar að svara spurningum þar sem beðið var um að haka við einn eða fleiri af fyrirframgefnum svarmöguleikum. Í lok spurningalistans voru opnar spurningar þar sem ljósmæðurnar gátu svarað með eigin orðum um persónulega reynslu af vatnsfæðingum.

Gagnaúrvinnsla

Gögn úr eigindlega og meginleglega hluta rannsóknar voru greind í sitthvoru lagi eftir samleitandi sniði og síðan samþætt í umræðukafla rannsóknar (25). Meginleg gagnagreining fól í sér lýsandi tölfraði og einnig var notað Fisher’s próf. Greining á eigindlegum gögnum fól í sér að flokka og finna þemu og merkingu í gögnunum (28). Stuðst var við hugbúnaðinn R (RStudio team) í allri tölfraðilegri úrvinnslu þar sem gögnin voru kóðuð og breytur bornar saman en einnig var töflureiknirinn Microsoft Excel notaður við úrvinnslu á töflum. Unnið var með breytur á nafnkvarða sem var annars vegar skipt í tvíkostakvarða þar sem tvö gildi voru til staðar og hins vegar í flokkakvarða sem tók þrjú eða fleiri gildi. Einnig var notast við raðkvarða þar sem ljósmæðurnar svöruðu spurningum á Likert-kvarða.

Breytur voru flokkaðar í frum- og fylgibreytur. Þá var notað tölfraðipróf til að svara eftirfarandi spurningum tengdum markmiði rannsóknarinnar:

- Er munur á öryggi ljósmæðra í vatnsfæðingum eftir þekkingu þeirra á vatnsfæðingum?
- Er munur á tíðni vatnsfæðinga eftir viðhorfi ljósmæðra til vatnsfæðinga?

Þær frumbreytur sem unnið var með í rannsókninni má sjá í töflu 1. Spurningin sem mældi þekkingu ljósmæðra fólst í sjálfsmati þeirra og var á fimm punkta Likert-kvarða sem dregin var saman í tveggja flokka breytu við úrvinnslu gagna, þar sem „hvorki né“ svarkosturinn var flokkaður með „minni þekkingu“. Sama átti við um spurninguna sem tengdist viðhorfum ljósmæðra, spurningin var dregin saman í tveggja flokka breytu þar sem „hvorki né“ svarkosturinn flokkaðist með „neikvæðu viðhorfi“.

Fylgibreytur sem unnið var með í rannsókninni má sjá í töflu 2. Frum- og fylgibreytur voru bornar saman með Fishers prófi vegna lítils úrtaks og notast var við 95% marktektarpróf, $p < 0,05$ (29). Við úrvinnslu gagna fylgdi hlutlaus valmöguleiki „hvorki né“ staðhæfingunni „ósammála/mjög ósammála“ til að komast hjá brestum í forsendum.

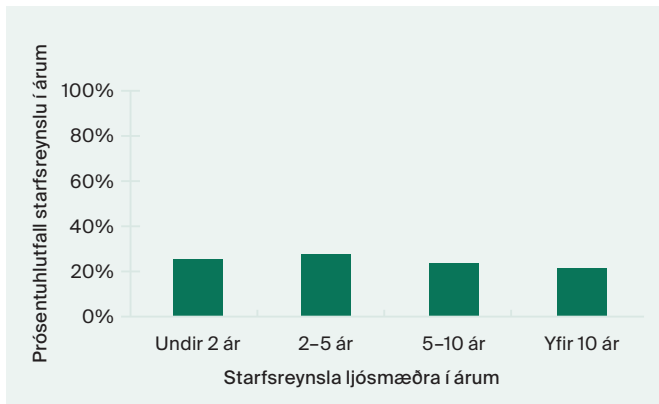
Í eigindlegri gagnagreiningu rannsóknarinnar var notast við þemagreiningu en hún er talin góður kostur til að bera kennsl á, skipuleggja og fá innsýn í sameiginlega reynslu sem fram kemur í gögnum sem síðan er hægt að flokka í yfir- og undirþemu (30). Að greina viðamikil gögn getur verið flókið en með því að flokka og skilgreina þemu í gögnum getur það aukið áreiðanleika og gefið réttari mynd af fyrirbærinu (29). Við úrvinnslu gagna voru svör afrituð orðrétt í tölvu yfir í Wordskjal og hófst þá gagnagreining samkvæmt sex skrefa nálgun þemagreiningar (30). Passað var eftir bestu getu að láta ekki eigin viðhorf hafa áhrif á greiningu gagna og niðurstöður rannsóknarinnar. Yfir- og undirþemu voru greind sameiginlega af rannsakanda og leiðbeinendum.

Niðurstöður

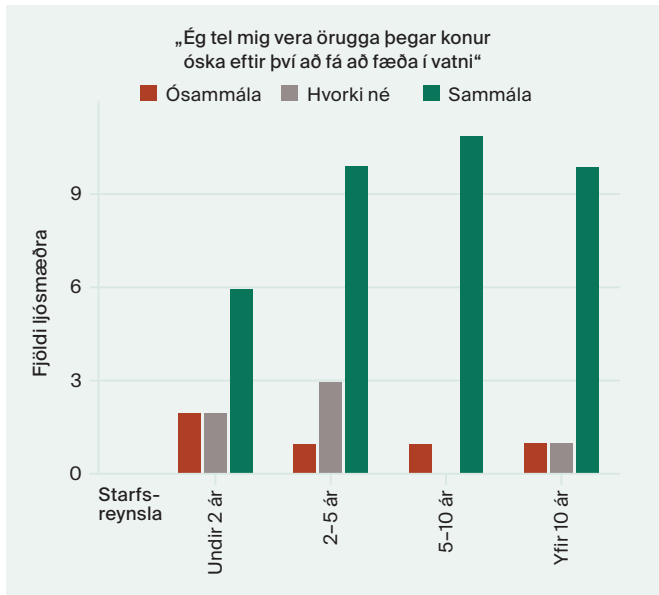
Meginlegi hluti: Lýsandi tölfraði

Alls tóku 55 ljósmæður þátt í rannsókninni sem er 83% svarhlutfall. Svör við öllum spurningum bárust ekki frá öllum þátttakendum (sjá myndir 2–5). Þær höfðu allt frá innan við tveggja ára starfsreynslu upp í meira en 10 ára starfsreynslu (sjá mynd 2). Allar ljósmæðurnar höfðu tekið á móti barni í vatni og flestar að meðaltali 1–3 sinnum á þriggja mánaða tímabili (43%). Í niðurstöðum mátti sjá að meirihluti ljósmæðranna (70%) taldi sig hafa góða færni í vatnsfæðingum. Þegar þær voru spurðar um aðstöðu á fæðingardeildinni til vatnsfæðinga töldu 72% hana vera ófullnægjandi. Stór hluti ljósmæðranna upplifði vatnsfæðingar sem valdeflandi reynslu fyrir konur (67%) og reyndust viðhorf þeirra almennt vera jákvæð þegar kom að vatnsfæðingum (90%). Flestar voru

Mynd 2 Starfsreynsla ljósmæðra á fæðingarvakt Landspítala, n=54.



Mynd 3 Dreifing öryggis ljósmæðra í vatnsfæðingum eftir starfsaldri, n=48.



sammála því að ekki væri sérstök áhætta fyrir mæður að fæða í vatni (88%), né heldur nýburann (77%), en rúm 40% ljósmæðranna töldu það vera ávinning fyrir barn að fæðast í vatni. Þegar borinn var saman starfsaldur ljósmæðra og öryggi ljósmæðra í vatnsfæðingum út frá fullyrðingunni: *Ég tel mig vera örugga þegar kona óskar eftir því að fá að fæða í vatninu*, kom í ljós að þær ljósmæður sem oftast upplifðu sig óöruggar eða svöruðu „hvorki né“ voru ljósmæður með undir fimm ára starfsreynslu. Ljósmæðurnar voru yfir höfuð sammála fullyrðingunni að þær væru öruggar í vatnsfæðingum, en öryggi í vatnsfæðingum var hæst meðal ljósmæðra með 5–10 ára starfsreynslu á fæðingarvaktinni (sjá mynd 3).

Í fjölvalsspurningu um ástæður ljósmæðra fyrir að ráðleggja konu ekki vatnsfæðingu svöruðu 49 ljósmæður spurningunni. Meirihluti þeirra taldi fyrri sögu um til dæmis axlarklemmu vera

helstu ástæðu fyrir frábendingu (80%) en þar á eftir kom hátt BMI hjá konum (51%). Sjá mynd 4. Einnig var spurt um helstu ástæður fyrir því að ljósmæður vildu fá konu upp úr baðinu á öðru stigi fæðingar. Þær töldu allar að óeðlilegt rit hjá barni væri ein af ástæðunum (100%), en auk þess var lengt annað stig fæðingar (84%) og eigið faglegt innsæi (70%) oft nefnt sem ástæða. Sjá mynd 5.

Með Fishers prófi kom í ljós marktækur munur á upplifðu öryggi, $p < 0,05$, en þær ljósmæður sem töldu sig hafa góða þekkingu á nýlegum rannsóknarniðurstöðum og verklagi um vatnsfæðingar voru líklegri til að upplifa sig öruggar þegar konur óskuðu eftir vatnsfæðingu. Eins var skoðað hvort munur væri á tíðni vatnsfæðinga eftir viðhorfi til vatnsfæðinga en ekki kom fram marktækur munur.

Blönduð gagnagreining

Þær ljósmæður sem hökuðu við „annað“ í fjölvalsspurningum rannsóknarinnar gafst kostur á að skrifa frekari athugasemd til útskýringar. Þessi svör voru kóðuð og sett upp í töflu með lýsandi tilvitnunum til útskýringa.

Eigindlegur hluti: Þemagreining

Við úrvinnslu eigindlegra gagna úr opinni spurningu, mátti strax sjá samhljóm við megindleg svör um reynslu ljósmæðra af vatnsfæðingum. Þessu er lýst í eftirfarandi fjórum yfirþemum með tíu undirþemum: 1. Verndarhjúpur fyrir truflun á eðlilegu ferli, 2. Valdeffandi andrúmsloft og mýkri fæðing, 3. Áskoranir í umhverfinu til að bæta aðstæður og 4. Að styðja val kvenna – það skiptir mestu máli. Sjá mynd 6.

Verndarhjúpur fyrir truflun á eðlilegu ferli

Niðurstöður greiningar á eigindlegum gögnum um persónulega reynslu ljósmæðranna gáfu sterklega til kynna hvernig þær skynjuðu að vatnsfæðing væri verndandi fyrir konur í fæðingu. Ljósmæðurnar lýstu því hvernig vatnið myndaði nokkurs konar „hjúp“ utan um konur og ýtti þar með undir öryggi kvenna: „Vatnið er verndandi fyrir þær og veitir öryggistilfinningu.“

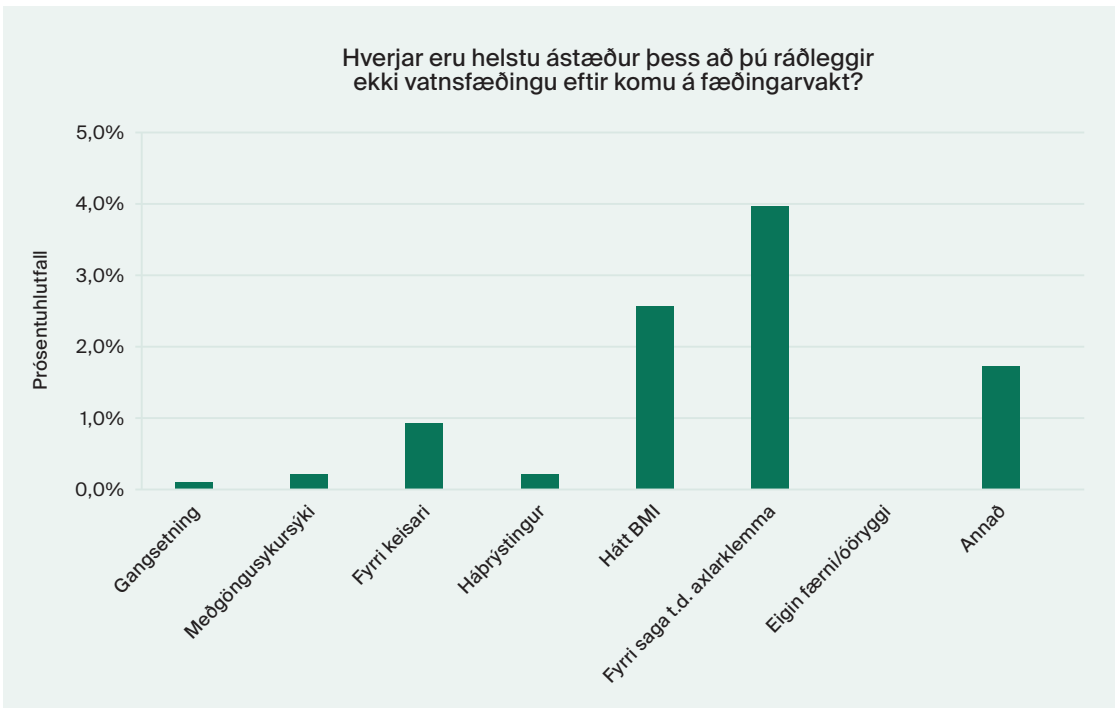
„Meiri friðhelgi í vatninu“

Ljósmæðurnar voru almennt sammála því að konur væru í ró og friði í baðinu sem hafði margvísleg jákvæð áhrif á fæðinguna: „...eru þar í sinni bubblu og ráða för“. Hlutverk ljósmæðra fólst því meira í að vera til staðar og minna að trufla: „Konan er meira við stjórnvölinn í baði en utan þess, vegna þess að hún er meira ein, minna hægt að fíkta í henni og hennar fæðingu“.

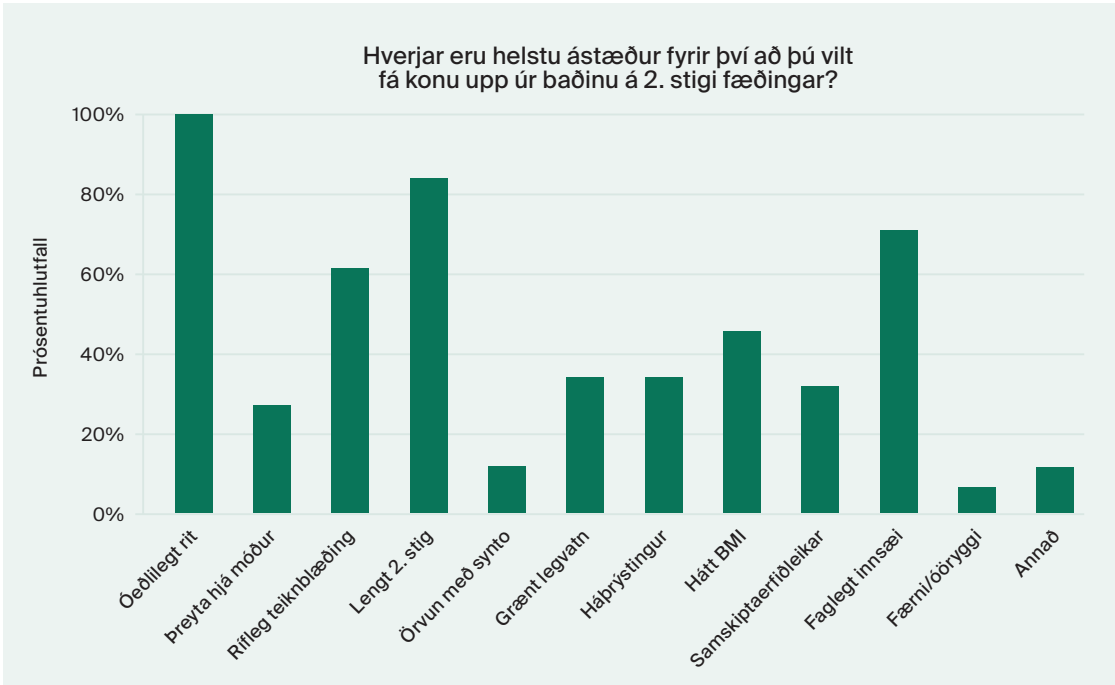
Að upplifa konur við stjórnvölinn

Ljósmæður upplifðu konur oft betur við stjórnvölinn í vatninu: „Hún hefur meiri stjórn á aðstæðum og þeir sem eru viðstaddir fæðingu eru frekar áhorfendur heldur en þátttakendur fæðingarinnar...“. Andrúmsloft sem mettað væri ákveðinni friðhelgi leiddi til þess að konan: „tekur nánast sjálf á móti barninu“.

Mynd 4 Ástæður þess að ljósmæður ráðleggja ekki vatnsfæðingar, n=49.



Mynd 5 Ástæður þess að ljósmæður vilja fá konur upp úr baðinu á öðru stigi fæðingar, n=44.



Tafla 3 Greining og athugasemdir ljósmæðra við „annað“ í fjölvalsspurningum rannsóknar.

Spurning	n (%)	Kóðun	Lýsandi tilvitnun
Hverjar eru helstu ástæður þess að þú ráðleggur ekki vatns-fæðingu eftir komu á fæðingarvakt?	17 (35%)	Áhætta hjá móður Áhætta hjá barni Verklagsregla Þörf fyrir frekari verkjastillingu Fyrri saga hjá móður	„Ef mjög alvarleg meðgöngusykursýki t.d. GIK dreypi í fæðingu“ „Alvarleg prea“ „Vaxtarskert barn og óeðlilegt rit“ „Fyrirburar, tviburar og sitjandi fæðingar“ „Epidural deyfing“ „Saga um alvarlega spangarrifu“
Hverjar eru helstu ástæðurnar fyrir því að þú vilt fá konu upp úr baðinu á 2. stigi fæðingar?	5 (11%)	Áhætta hjá móður Áhætta hjá barni Fyrri saga Spangarstuðningur	„Kona mjög ómóbíl hvort sem það er út af BMI eða öðru“ „Móðir með hita“ „Ef konan er algjörlega búin að missa stjórn, á erfitt með að rembast“ „Mjög dökkgrænt legvatn“ „Fyrri keisari“ „Spangarstuðningur ekki mögulegur“

Að leyfa þessu eðlilega ferli að hafa sinn gang
Ein ljósmóðir lýsti því hvernig umhverfi og aðstæður í vatns-fæðingum gátu verndað eðlilegt ferli fæðingar út frá náttúru-legum hormónum kvennanna:

Frábært þegar konum líður vel í vatninu, ná góðri slökun og hlusta á líkama sinn. Gengur svo vel og foreldrarnir virðast ánægðir. Það er eins og að í þeim aðstæðum gangi best að trufla lífæðlislega fæðingar-ferlið sem minnst á áhættufæðingardeild.

Víða mátti sjá í svörum ljósmæðranna að þær töldu vera minni líkur á inngripum í fæðingu þegar konur voru í baðinu: „Minni líkur á langdregnu ferli og þar með fósturstreitu...“.

Valdeflandi andrúmsloft og mýkri fæðing

Jákvæð fæðingarreynsla

Í rannsókninni var spurt um valdeflingu í tengslum við vatns-fæðingar. Flestar ljósmæðurnar töldu að vatnsfæðing stuðlaði að jákvæðri fæðingarreynslu fyrir konur: „upplifi konur almennt ánægðar þegar þær fæða í baði og finnst það önnur upplifun en fæðing á landi, oftast jákvæð reynsla“. Það tengdist einnig jákvæðri fæðingarreynslu að komast hjá frekari verkjastillingu eins og mænurótardeyfingu: „Þær hafa verið ánægðar með að hafa getað fætt í vatninu og sleppt epiduraldeyfingu“. Ein ljós-móðir lýsti eftirminnilegri frumbyrjufæðingu:

Hún fann svo vel allt sem var að gerast, þreifði sjálf kollinn og hvernig hann færðist niður. Tók á móti barninu sjálf og leið svo vel í baðinu og var þar í dagóða stund eftir fæðinguna. Henni fannst fæðingin mun betri en hún hafði ímyndað sér.

Ljúfari fæðing barns

Að mati ljósmæðranna töldu þær að vatnsfæðing gæti einnig verið jákvæð fyrir barnið, en því var lýst með þeim orðum að börnin kæmu í heiminn rólegri, ljúfari og það gæti verið mýkri lending en á landi: „...fæðist oft ljúflega og syndir í fang móður“. Ljósmæðurnar lýstu umgjörð vatnsfæðinga sem rólegu umhverfi, þar sem ekkert stress var til staðar og fyrstu tengsl móður og barns svo „kósý“. Eins var þessu lýst þannig að börnin fengju að vera meira í friði hjá móður fyrst eftir fæðinguna og ekki eins mikið verið að reyna að örva þau.

Að flytja andrúmsloft vatnsfæðinga yfir á allar fæðingar

Sterk sameiginleg rödd kom fram um að eftirsóknarvert væri að flytja hið jákvæða andrúmsloft sem oft fylgir vatnsfæðingum yfir á allar fæðingar. Að virða friðhelgina þegar barnið færi í fang móður ætti alltaf við:

Finnst framkoma starfsfólks og aðstoð í kringum vatnsfæðingar eitthvað sem mætti líka nota þegar konur eru ekki í vatni. Það er að þau fái að vera í friði. Starfsfólk er oft rólegra og truflar minna af því það er vatnsfæðing í gangi og sú framkoma er ekki eins þegar ekki er vatnsfæðing.

Í svörum ljósmæðranna kom hins vegar líka fram að konur gætu upplifað valdeflingu í fæðingum óháð fæðingarmáta og tengdu það því ekki sérstaklega við vatnið:

Tel það vera valdeflandi fyrir konur að fæða, hvort sem það er í vatni eða á landi. Það er fyrst og fremst það að konan hafi val, stjórní sinni meðferð og noti þau hjargráð sem henni líður best með.

Mynd 6 „Meiri friðhelgi í vatninu.“ Skýringar-mynd úr þemagreiningu á viðhorfum, þekkingu og reynslu ljósmæðra sem starfa á fæðingarvakt Landspítala af vatnsfæðingum.



Áskoranir í umhverfinu

Ýmislegt í starfsumhverfi ljósmæðranna hafði áhrif á það hvort vatnsfæðing færi fram. Nefndu þær meðal annars verklagsreglu í vatnsfæðingum, mismunandi viðhorf starfsstétta til vatns-fæðinga, aðstöðuna á deildinni sem væri ábótavant, ásamt því að ætíð færi fram mat á áhættupáttum hjá móður og barni fyrir og í vatnsfæðingu.

Klínísk færni ljósmæðra

Klínísk færni og þekking ljósmæðranna í þeim tilgangi að tryggja öryggi kvenna og nýbura, endurspegladist í skrifum þeirra. Þær nefndu aðstæður sem upp gátu komið í vatninu sem gerði þeim erfiðara fyrir að meta og bregðast við og nefndu þar meðal annars blæðingu eftir fæðingu og axlarklemmu hjá barni: „Tekur meiri tíma að grípa inn í ef þörf er á eins og t.d. í axlarklemmu, þá þarf að hjálpa konunni upp úr baðinu sem tekur dýrmætan tíma“. Lýsingar ljósmæðranna sýndu hvernig betri aðstæður fyrir vatns-fæðingar væru mikilvæg atriði til að geta brugðist fljótt við ef breyting yrði á eðlilegu ferli fæðingar. Oft væri erfiðara að aðstoða konur strax í baðinu ef upp kæmu bráðaaðstæður og erfiðara gæti verið að hlusta fósturhjartslátt í vatninu vegna stellingar móður í djúpu badkari sem gæti seinkað greiningu og viðbrögðum við fósturstreitu.

Varðandi spangaráverka og vatnsfæðingar komu fram mismunandi skoðanir, en erfitt er að veita hefðbundinn spangar-stuðning í baði, sem sumar ljósmæður töldu auka hættu á alvar-legum spangarrifum. Aðrar ljósmæður töldu hins vegar að sjálft

vatnið gæti verið verndandi fyrir spöngina: „...erfitt að veita spangarstuðning í vatnsfæðingu en á móti er vatnið að einhverju leyti verndandi þáttur þegar kemur að spangarrifum“.

Verklag og vinnustaðamenning skiptir máli

Ljósmæðurnar á fæðingarvaktinni unnu samkvæmt viðurkenndu verklagi deildarinnar, en vörpuðu líka fram hugmyndum um endurskoðun: „Mér finnst persónulega að það megi endurskoða verklag um morfingjafir og notkun vatns í fæðingum“.

Þá lýstu sumar ljósmæður því að það gæti verið áskorun að hlusta á neikvæð viðhorf annarra ljósmæðra og starfsstétta á deildinni sem hefði áhrif á öryggi þeirra og stuðning til kvennanna: „Mitt eigið óöryggi þegar starfsfólk frammi hefur neikvæðar skoðanir á því að frumbyrja fæði í vatni vegna hættu á rifu eða minn ótti við slæma rifu og að mér verði kennt um“.

Þegar spurt var um aðbúnað og aðstæður á fæðingar-vaktinni til vatnsfæðinga voru ljósmæðurnar sammála um að bæta þyrfti aðstæður til að stuðla að öruggu verklagi og jafn-ræði allra kvenna um möguleikann á notkun vatns í fæðingum, baðkör væru til dæmis of fá. Ljósmæðurnar lýstu löngun til að fá betri baðkör inn á allar stofur sem ekki væru of djúp, væru jafnvel hreyfanleg og með góðu aðgengi fyrir ljósmæður til að athafna sig. Ein ljósmóðirin fann til dæmis fyrir óöryggi þar sem hætta væri á að „vega salt“ á brún badkara sem væru of há sem gæti truflað mat á framgangi fæðingar.

Mynd 7 Fyrsti höfundur tekur á móti barni í vatnsfæðingu á fæðingarvakt Landspítala. Baðkörin eru misdjúp og misaðgengileg.



Að styðja val kvenna – það skiptir mestu máli Í svörum ljósmæðranna var lykilatriði að fara yfir valkosti og reyna eftir fremsta megni að hjálpa hverri konu að fá ósk sína uppfyllta þegar kom að fæðingarmáta, hvort sem fæðingin endaði á landi eða í vatni.

Að konur fái að prufa það sem þær vilja. Stór þáttur í starfi ljósmæðra byggir á sambandi og samvinnu við konuna: „Því finnst mér mestu máli skipta að hlusta á konuna og hvað hún vill. Valdefla hana í sínum ákvörðunum um verkjastillingar hvað sem hún notar“. Þegar konur völdu að prufa vatnið í fæðingu, var ósk um frekari verkjastillingu eins og mænurótardeygingu, helsta ástæðan fyrir því að þær fæddu ekki í vatninu. Það að virða óskir kvenna í slíkum aðstæðum var ljósmæðrunum mikilvægt: „Konur eiga aldrei að hugsa að þær séu að bregðast eða séu ekki nógu góðar hvað sem þær velja“.

„Að geta verið kamelljón og aðlagð okkur eftir aðstæðum og áhættu“ Fæðingarvakt Landspítala er eini fæðingarstaðurinn á Íslandi þar sem tekið er við öllum konum í fæðingu bæði hvað varðar meðgöngulengd og áhættumat. Þetta kallar á ríka aðlögunarhæfni hjá ljósmæðrum sem einnig er nauðsynlegur þáttur í ljósmóðurstarfinu: „Við erum með allt frá grænum konum í fæðingu til kvenna með hááhættu og þurfum að geta verið kamelljón og aðlagð okkur eftir aðstæðum og áhættu“. Þannig þurfa ljósmæður alltaf að meta aðstæður hjá hverri og einni konu í fæðingu og finna lausnamiðaða nálgun fyrir farsæla fæðingu.

Umræða

Helstu niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að flestar ljósmæður á fæðingarvakt telja sig hafa góða þekkingu á vatnsfæðingum og hafa jákvætt viðhorf til vatnsfæðinga en að svigrúm sé til staðar til að bæta við þekkingu þeirra og reynslu. Þær ljósmæður sem töldu sig hafa góða þekkingu á nýlegum rannsóknarniðurstöðum og verklagi um vatnsfæðingar á Landspítala voru líklegri til að upplifa sig öruggar þegar konur óskuðu eftir vatnsfæðingu. Það er í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna um að aukin þekking stuðlar að betri færni ljósmæðra bæði hvað varðar öryggi og hæfni til að auðvelda konum fæðingu í vatni (5, 6, 21). Í fæðingum í vatni sem og á landi gegna ljósmæður lykilhlutverki hvað varðar öryggi móður og barns en fram kom í þessari rannsókn að langur tími getur liðið á milli þess sem ljósmæður fá möguleika til að taka á móti í vatni sem hefur áhrif á upplifað öryggi og færni.

Áskoranir eru til staðar í starfsumhverfi Landspítala og gat aðbúnaður orsakað óöryggi hjá ljósmæðrum og verið hindrandi þáttur hjá þeim við að styðja konur í að velja vatnsfæðingu. Til að geta orðið við óskum allra þeirra kvenna sem óska eftir að nota vatn í fæðingu eða fæða í vatni tjáðu ljósmæðurnar í opnum spurningum að mikilvægt væri að baðkór væru til staðar á öllum fæðingarstofum, sem væru ekki of djúp og með góðu aðgengi svo hægt væri að athafna sig. Samræmist þetta niðurstöðum erlendra rannsókna þar sem talið er mikilvægt að bjóða konum upp á nægilega stór baðkór sem auðvelda konum að skipta um stellingar og að baðkörin séu aðgengileg fyrir ljósmæður ef upp koma bráðaaðstæður (2, 6).

Markmið Landspítala er að standa vörð um eðlilega fæðingu í sjúkrahúsumhverfi og tryggja lífeðlislegt ferli fæðingar með viðeigandi stuðningi og yfirsetu ljósmóður. Í eigindlegum gögnum rannsóknarinnar lýstu flestar ljósmæðurnar því hversu verndandi áhrif vatnið hafði á fæðingarumhverfið, hvernig það skapaði rólegt andrúmsloft og hvernig vatnsfæðing stuðlaði að eðlilegu ferli fæðingar. Er þetta í takt við erlendar rannsóknir sem hafa sýnt að umgjörð vatnsfæðinga stuðli að friðsælli og lífeðlislegri fæðingu sem getur verið valdeflandi fyrir konur (1, 2, 6).

Ljósmæðurnar tilgreindu ýmsa klíníska þætti sem væru hindrandi fyrir vatnsfæðingu, eins og sögu um axlar-klemmu, sögu um keisaraskurð eða blæðingu eftir fæðingu sem væru frábendingar fyrir vatnsfæðingu. Þessi tilteknu atriði eru hins vegar ekki frábending samkvæmt verklagsreglu fæðingarvaktar á Landspítala (9), sem vekur upp vangaveltur um hvort verklagið sé nægilega vel skýrt eða kynnt ljósmæðrum. Samkvæmt erlendum rannsóknum ættu allir fæðingarstaðir að styðjast við gagnreynda verklagsreglu um vatnsfæðingar. Slíkt verklag ýtir undir að ljósmæður geti veitt eins örugga umönnun og mögulegt er fyrir heilbrigðar konur sem óska eftir vatnsfæðingu (5, 6, 21).

Helmingur ljósmæðranna í rannsókninni ráðlagði ekki konum með háan líkamsþyngdarstuðul að fæða í vatni en konur með líkamsþyngdarstuðul yfir 35 eiga ekki að fæða í vatni samkvæmt verklagi Landspítala (9). Þó töldu sumar

Ljósmæður að endurskoða mætti verklagið í tengslum við konur með háan líkamsþyngdarstuðul og er það í samræmi við niðurstöður Burns og félaga (4) þar sem hár líkamsþyngdarstuðull er ekki talinn vera frábending fyrir vatnsfæðingu ef engir aðrir áhættuþættir eru til staðar. Í þeirri rannsókn er jafnvel álitíð að vatn gæti hjálpað konum í yfirþyngd að nota uppréttar stöður í fæðingu sem getur verið afar gagnlegt þegar kemur að framgangi fæðingar. Ýtir þetta undir mikilvægi þess að endurskoða verklagsreglu í vatnsfæðingum eftir nýjustu gagnreyndu rannsóknum. Eins að kynna hana fyrir ljósmæðrum á fæðingarvakt Landspítala í þeim tilgangi að bjóða fleiri konum upp á vatnsfæðingu sem mögulegan fæðingarmáta.

Áhugavert var að sjá að ekki var marktæk fylgni á milli viðhorfa ljósmæðra til vatnsfæðinga og hvort þær taki á móti í vatni, en ætla mætti að viðhorf ljósmóður hefði sterk áhrif á það hvort viðkomandi ljósmóðir tekur á móti í vatni (22, 23). Það gæti bæði tengst litlu úrtaki eða að ljósmæður á fæðingarvakt fylgi ljósmóðurfræðilegri sýn í sinni umönnun og setji óskir kvenna í efsta sæti varðandi fæðingarmáta, burtséð frá eigin viðhorfum. Mætti tengja það sömuleiðis við ljósmóðurfræðilega nálgun sem felst í því að mæta óskum kvenna og sinna þeim á þeirra forsendum en jafnframt stuðla að eðlilegu ferli fæðingar (24).

Styrkleikar og takmarkanir rannsóknar Styrkleikar rannsóknarinnar fela í sér blandað rannsóknarsnið sem gaf aukna innsýn í viðhorf, þekkingu og reynslu ljósmæðra af vatnsfæðingum. Með þemagreiningu eigindlegra gagna fékkst dýpri skilningur og nánari útskýringar á meginðlegum gögnum. Takmörkun rannsóknar er lítið úrtak og þegar leið á spurningalistann áttu ljósmæðurnar það til að sleppa að svara einstökum spurningum sem gæti vísað til viðhorfa ljósmæðranna til spurninganna eða að spurningarnar hafi ekki verið nógu skýrar. Óneitanlega er það þó styrkur hversu hátt svarhlutfallið var sem sýndi faglegan áhuga ljósmæðranna og eins gáfu niðurstöður rannsóknar mikilvægar upplýsingar og svöruðu rannsóknar-spurningunni.

Gildi fyrir ljósmóðurfræði og framtíðarsýn Niðurstöður rannsóknarinnar gefa góðar upplýsingar um viðhorf, þekkingu og reynslu ljósmæðra á fæðingarvakt Landspítala af vatnsfæðingum. Svigrúm er til að bæta við þekkingu ljósmæðranna á vatnsfæðingum og bæta fæðingarumhverfið. Niðurstöður ýta undir mikilvægi þess að endurnýja og kynna verklagsreglur reglulega í samræmi við nýjustu rannsóknarniðurstöður. Stundum virðist skorta þekkingu eins og til dæmis að vatnsfæðing ætti að standa konum með hærri BMI stuðul til boða.

Áhugavert væri að gera stærri rannsókn með breiðari hópi ljósmæðra, frá fjölbreyttum fæðingarstöðum og jafnvel á milli Norðurlanda, til að ná betur utan um reynslu ljósmæðra af vatnsfæðingum frá ólíkum menningarsvæðum. Einnig væri hægt að skoða nánar hvort viðhorf ljósmæðra geti haft áhrif á það hvort þær bjóði konum að fæða börn sín í vatni.

Áhugavert væri að rannsaka hvernig tæknilegt umhverfi fæðingarvaktarinnar og skortur á aðbúnaði hefur áhrif á tíðni vatnsfæðinga og eðlilegra fæðinga almennt. Sú hugmynd að mikilvægt sé að yfirfæra verndandi andrúmsloft vatnsfæðinga yfir á allar fæðingar er áhugaverð og gæti nýst í hugmynda- og stefnumótunarvinnu um hvernig hægt væri að koma því við, þar með bæta vinnuaðstæður og gæði þjónustunnar á fæðingarvaktinni.

Þakkir

Sérstakar þakkir fær Ólöf Ragna Einarsdóttir fyrir hjálpsemi í úrvinnslu meginðlegra gagna.

Heimildir

1. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(5).

2. Cooper M, McCutcheon H, Warland J. Water immersion policies and guidelines: How are they informed? *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*. 2019;32(3):246–54.

3. Sanders J, Barlow C, Brocklehurst P, Cannings-John R, Channon S, Cutter J, et al. Maternal and neonatal outcomes among spontaneous vaginal births occurring in or out of water following intrapartum water immersion: The POOL cohort study. *BJOG*. 2024; 00: 1–10. doi.org/10.1111/1471-0528.17878

4. Burns E, Feeley C, Hall PJ, Vanderlaan J. Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions, and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labour and waterbirth. *BMJ Open*. 2022;12(7):e056517.

5. Nutter E, Meyer S, Shaw-Battista J, Marowitz A. Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. *Journal of midwifery & women’s health*. 2014;59(3):286–319.

6. Camargo JC, Varela V, Ferreira FM, Pougy L, Ochiai AM, Santos ME, Grande MC. The Waterbirth Project: São Bernardo Hospital experience. *Women and Birth*. 2018 Oct 1;31(5):e325–33.

7. Steinunn H. Blöndal. Sagði að vatnið yrði framtíðin, „Peir fusuðu bara“. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir, ritstj. Lausnarsteinar. *Ljósmodurfræði og ljósmodurlist*; 2009. Bls. 277–298.

8. Guðrún Sigfríður Ólafsdóttir og Stefanía Guðmundsdóttir. Störf Fræðslu- og Endurmenntunar nefndar LMFÍ veturinn 2006–2007. *Ljósmaðrablaðið*, 2007;85(1):46–47.

9. Hulda Hjartardóttir, Kolbrún Gísladóttir og Margrét Sjöfn Torp, ritstj. Vinnulýsing. *Fæðing í vatni*. Landspítali; 2018.

10. Landspítali, Embætti landlæknis. Skýrsla fæðingarskráningar starfsárið 2020. 2021.

11. Áslaug Hauksdóttir. Vatnsfæðingar – Heimafæðingar. *Uppeldi*. 2002;15(2): 26–27.

12. Heiðdis Dögg Sigurbjörnsdóttir. Útkoma spangar í vatnsfæðingum: Fagleg og fræðileg úttekt. Óbirt ritgerð til kandidatespróf í ljósmodurfræði: Háskóli Íslands, Námsbraut í ljósmodurfræði; 2014. hdl.handle.net/1946/18424

13. Edda Sveinsdóttir. Áhrif innleiðingar breytts vinnulags á öðru stigi fæðingar á alvarlega spangaráverka á Landspítala. Íhlutunarrannsókn með hálfstöðluðu rannsóknarsniði. Óbirt meistararannsókn í ljósmodurfræði. Háskóli Íslands, Námsbraut í ljósmodurfræði; 2016. hdl.handle.net/1946/25034

14. Halfdansdottir B, Ellinger-Kaya K, Fjøsne K, Lindgren H, Hegaard HK, Blix E. The association between waterbirth and perineal injury or other adverse outcomes among low-risk women with physiological birth: Results from the Nordic Home Birth Cohort Study. *Women Birth*. 2024;37(4):101625. doi: 10.1016/j.wombi.2024.101625. Epub 2024 May 15. PMID: 38754250.

15. Birna Björg Másdóttir, munnleg heimild, verkefnastjóri hagdeildar Landspítala, 4. desember 2024.

16. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018. Available from: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1.

17. Edwards S, Angarita AM, Talasila S, Berghella V. Waterbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Perinatol*. Edwards S, Angarita AM, Talasila S, Berghella V. Waterbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Perinatol*. 2024; 41(09):1134–1142. doi: 10.1055/s-0043-1764145

18. Milton R, Sanders J, Barlow C, Brocklehurst P, Cannings-John R, Channon S, et al. Establishing the safety of waterbirth for mothers and babies: a cohort study with nested qualitative component: the protocol for the POOL study. *BMJ Open*. 2021;11(1):e040684.

19. Bovbjerg ML, Cheyney M, Caughey AB. Maternal and neonatal outcomes following waterbirth: a cohort study of 17 530 waterbirths and 17 530 propensity score-matched land births. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2022 May;129(6):950–8.

20. Lewis L, Hauck YL, Butt J, Western C, Overing H, Poletti C, et al. Midwives’ experience of their education, knowledge and practice around immersion in water for labour or birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–9.

21. Nicholls S, Hauck YL, Bayes S, Butt J. Exploring midwives’ perception of confidence around facilitating water birth in Western Australia: a qualitative descriptive study. *Midwifery*. 2016;33:73–81.

22. Russell K. Struggling to get into the pool room? A critical discourse analysis of labor ward midwives’ experiences of water birth. *International Journal of Childbirth*. 2011;1(1):52–60.

23. Ulfsdottir H, Saltvedt S, Georgsson S. Testing the waters—A cross-sectional survey of views about waterbirth among Swedish health professionals. *Women and Birth*. 2020;33(2):186–92.

24. Olafsdottir OA, Berg M. A Midwifery Model of Woman Centred Care (MiMo) developed in Nordic Context. In: Lundgren I, Blix E, Gottfredsdottir H., Wikberg A., Aagaard Nohr E., editors. *Theories and perspectives for midwifery A Nordic view*. Lund: Studentlitteratur AB; p. 219–31.

25. Creswell JW, Clark VLP. Designing and conducting mixed methods research. 2018.

26. Anna Ólafsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir. Rannsóknir með blönduðum aðferðum. Í Sigfríður Halldórsdóttir, ritstj. Rannsóknir: Handbók í aðferðafræði. Háskólinn á Akureyri; 2021. Bls. 637–651.

27. Hoofnagle CJ, Van Der Sloot B, Borgesius FZ. The European Union general data protection regulation: what it is and what it means. *Information & Communications Technology Law*. 2019 Jan 2;28(1):65–98.

28. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare; 2017.

29. Field, A. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*; 2018.

30. Kiger ME, Varpio L. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Med Teach*. 2020;42(8):846–54.

LJÓSMÆDRABLAÐIÐ

ENGLISH SUMMARY

Attitude, Knowledge and Experience of Waterbirths Among Midwives in Landspítali Labour Ward: “Bringing the Positive Environment of Waterbirths to All Births”

CONTACT klarajennyha@gmail.com

Authors

Klara Jenný H. Arnbjörnsdóttir, RN, RM, MSc,¹

Steinunn H. Blöndal, RN, RM, MSc,¹

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, RN, RM, PhD,²

Abstract

Introduction

Waterbirths have increased all over the world, due to increased knowledge that waterbirths increase the chances of a normal birth. The frequency of interventions in the birth process has risen significantly in labour wards within hospitals, which is a challenge for midwives. The aim of the study is to examine the attitudes, knowledge and experience of waterbirths among midwives working at the National University Hospital in Iceland’s labour ward.

Materials and Methods

A mixed method study was conducted using a web-based survey which was distributed to the participants selected by quota sampling. Descriptive statistics and Fisher’s exact tests were used to compare responses to closed questions, while thematic analysis was used to interpret responses to open questions.

Results

A total of 55 midwives participated, which is an 83% response rate. Results showed that the majority of midwives (60%) believed they had good knowledge of waterbirth guidelines and they were more confident when women requested to give birth in water. All the midwives had delivered a baby in water and their attitudes were generally positive (90%). In the thematic analysis the following main themes were identified: 1. A protective barrier against disruptions of the normal process, 2. An empowering atmosphere and a more gentle birth, 3. Challenges in the environment, and 4. Supporting women’s choices is what matters most.

Conclusions

The knowledge and skills of midwives could be further improved and may encourage women to use water during birth. It is important to improve the conditions surrounding waterbirths, and it would be desirable to transfer the positive birth environment of waterbirths to all births.

Key words

waterbirth
midwives
knowledge
attitude

1 Delivery ward, National University Hospital of Iceland, Reykjavík.
2 Faculty of Nursing and Midwifery, University of Iceland, Reykjavík.

98

2. TÖLUBLAÐ · IO2. ÁRGANGUR · DESEMBER 2024

2. TÖLUBLAÐ · IO2. ÁRGANGUR · DESEMBER 2024

99

Hugleiðingar ljósmóður



HÖFUNDUR EDYTHE L. MANGINDIN

Fyrir fimmtán árum síðan tók ég þá stóru ákvörðun að elta ástina í lífi mínu og flytja til Íslands frá Bandaríkjunum, Eftir komuna hingað til lands varð ég fljótlega barnshafandi í fyrsta sinn. Ég talaði ekki íslensku, þekkti ekki heilbrigðiskerfið og hélt að það væri eins og í Bandaríkjunum þar sem fæðingarlæknar sjá um allt. Fljótlega fór ég að kynna mér barneignarþjónustuna hérlandis og starf ljósmæðra. Ísland er þekkt fyrir framúrskarandi barneignarþjónustu sem tryggir að heilsa mæðra og barna sé sett í forgang og að þjónustan sé aðgengileg. Upplifun barnshafandi kvenna af erlendum uppruna endurspeglar hins vegar flókið samspil milli heilbrigðiskerfis, menningarmuns, tungumálaörðugleika og félagslegrar aðlögunar. Þótt heilbrigðisþjónusta á Íslandi ætti samkvæmt pappírum að vera aðgengileg fyrir alla getur upplifun erlendra kvenna verið önnur þar sem þættir eins og staða innflytjenda, félagshagfræðilegur bakgrunnur og persónuleg reynsla af fólksflutningum geta haft áhrif.

Hér á landi er hluti erlendra barnshafandi kvenna til dæmis einnig umsækjendur um alþjóðlega vernd, óskráðir innflytjendur eða atvinnulausar konur. Þessir viðkvæmu hópar geta staðið frammi fyrir fjárhagslegum hindrunum, ótta við brottvísun eða skorti á upplýsingaflæði í rafrænni mæðraskrá milli stofnana. Allir þessir þættir geta haft áhrif á hvort þær fái þá þjónustu sem þær þurfa. Þótt íslensk lög veiti ákveðna vernd, sérstaklega í tengslum við bráðaðþjónustu, getur skortur á fræðslu og upplýsingum skapað kvíða og ótta hjá þessum konum. Önnur stór áskorun sem margar erlendar konur standa frammi fyrir eru tungumálaörðugleikar. Jafnvel þótt heilbrigðisstarfsfólk tali yfirleitt ágætis ensku krefst umönnun – sérstaklega í fæðingu – skýrra samskipta til að tryggja öryggi og góðan stuðning. Tungumálahindranir geta flækt og tafið ferlið umtalsvert ef heilbrigðisstarfsfólk þarf að útskýra til dæmis bráðaaðstæður og setja í samhengi og skilja menningarlegar og persónulegar væntingar á sama tíma. Konur sem tala litla sem enga íslensku eða ensku geta upplifað mikla félagslega einangrun, tilfinningu um vanmátt eða ótta við að skilja ekki upplýsingar eða inngrip í fæðingu.

Þess má geta að menningarmunur getur haft mikil áhrif á upplifun af barneignarþjónustu. Hér á

landi tekur umönnunarlíkan í barneignarferlinu mið af ljósmóðurfræðilegri nálgun þar sem mikil áhersla er lögð á sjálfræði kvenna og eðlilega fæðingu. Sú hugsun getur stangast á við þá heilbrigðisþjónustu og væntingar sem erlendar konur eru vanar í sínu heimalandi. Til dæmis koma sumar konur frá löndum þar sem inngripatíðni er mjög há á meðgöngu og í fæðingu. Fyrir þetta fólk getur aðlögun að íslenskri barneignarþjónustu verið erfið og flókin, sérstaklega ef skortur er á menningarnæmri umönnun.

Þá má ekki gleyma því að hið viðtæka félagslega samhengi hefur einnig áhrif á upplifun erlendra kvenna sem eru barnshafandi. Margar þeirra hafa lítið eða ekkert bakland á Íslandi en sökum þess þurfa þær oft ennþá meiri stuðning á meðgöngu og í fæðingu samanborið við íslenskar konur. Fjölskyldumeðlimir, sérstaklega mæður og nánir ættingjar, geta verið fjarverandi sem getur skapað félagslega einangrun, einkum eftir fæðingu. Auk þess getur aðgangur að geðheilbrigðisþjónustu verið takmarkaður og flókinn þar sem innflytjendur eiga oft erfiitt með að fóta sig í kerfinu vegna tungumálahindrana eða annarra þátta. Án stuðningsnets upplifa erlendar konur oft meiri streitu sem getur haft áhrif á heilsu þeirra og ungbarna.

Þrátt fyrir að Ísland sé talið eitt af framsæknum löndum hvað varðar jafnrétti kynjanna er líklegt að erlendum konum sé á einhvern hátt mismunað í heilbrigðisþjónustunni, sérstaklega þeim sem ekki eru af vestrænum uppruna. Misjafnt er hvort sú mynd sé lúmsk eða augljós – að erlendar konur fái til dæmis ekki sömu þjónustu eða umönnun og þær innfæddu eða að hugmyndir heilbrigðisstarfsfólks mótist af staðalímyndum. Fyrir einstakling getur upplifun á kynþáttafordómum eða útlendingaandúð aukið streitu og varnarleysi sem þegar er til staðar á þessu tímabili.

Í doktorsnámi mínu hef ég rannsakað upplifun kvenna af erlendum uppruna út frá virðingu í barn-eignarþjónustu, sjálfræði og umönnun í fæðingu borið saman við íslenskar konur. Í mínum rannsóknum hefur komið í ljós að erlendar konur sem tóku þátt upplifðu minni virðingu, minna sjálfræði og fæðingar-reynsla þeirra var ekki eins jákvæð og hjá íslenskum konum. Sumar ljósmæður eru þó að vinna ötullega að því að taka á þessu misræmi með því að samþætta

menningarhæfni/læsi í störfum sínum og veita þjónustu og fræðsluefni á mörgum tungumálum. Á Fæðingarheimili Reykjavíkur, þar sem ég vinn, höfum við ljósmæðurnar þar lagt áherslu á menningarnæma þjónustu, eins og til dæmis að hafa námskeiðin okkar og vefsíðu á íslensku, ensku og pólsku, enda eru fjölskyldurnar sem við sinnum fjölbreyttur hópur.

Aðgengi að faglægðum tulkum og ljósmæðrum sem tala önnur tungumál, eins og þekkest á Landspítalanum, hjálpar til við að draga úr sumum hindrunum sem erlendar konur standa frammi fyrir. Mikilvægt er að tryggja að heilbrigðisstarfsfólk hafi tækifæri til að tileinka sér viðeigandi menningarhæfni, en því miður er sá veruleiki ekki alltaf til staðar. Við ljósmæður gegnum lykilhlutverki í barneignarþjónustunni hérlandis og okkar áhersla hefur verið fólgin í því að skapa traust og mynda tengsl við verðandi mæður/foreldra. Líklegt er að samfelld þjónusta myndi nýtast þessum hópi, erlendum konum, mjög vel. Þá væri ljósmóðir í lykilhlutverki við að mynda góða tenginu við þær, kynna þeim kerfið og þá möguleika sem eru í boði sem gæti haft jákvæð áhrif til framtíðar, jafnvel þótt viðkomandi upplifði einangrun og tungumálaerfiðleika.

Til að skapa jafnrétti innan heilbrigðiskerfisins án aðgreiningar er þörf á menningarhæfni, betri aðlögun innflytjenda að samfélaginu og aukinni vitund um sérstakar áskoranir sem þessar konur standa frammi fyrir. Þessar ákoranir snúast ekki aðeins um að bæta aðgengi að þjónustu heldur einnig að auka gæði umönnunar sem gæti birst í bættri líðan þessara erlendu kvenna þegar þær ganga inn í móðurhlutverkið í nýju landi. Með því að efla barneignarþjónustu sem er án aðgreiningar getum við stefnt að því að allar konur, óháð bakgrunni, fái þá umönnun sem þær þurfa og auka þar með líkur á að upplifun þeirra sé jákvæð á meðgöngu og í fæðingu.

Það hefur verið áhugavert fyrir mig að fylgjast með því hvernig samfélagið hefur mótast og breyst síðastliðin fimmtán ár og ég hlakka til að fylgjast áfram með því hvernig við ljósmæður bregðumst við og gerum okkar besta til að bæta barneignarþjónustu fyrir barnshafandi erlendar konur hér á Íslandi á komandi árum.

RITSTJÓRAR ALMENNS EFNIS

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

RITSTJÓRI FRÆÐILEGS EFNIS

Berglind Hálfðánsdóttir
berglin dh@hi.is

RITSTJÓRN

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

FRÆÐILEG RITSTJÓRN

Berglind Hálfðánsdóttir
berglin dh@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 ritstjórnar

PRÓFARKALESTUR

Kristín Edda Búadóttir

AUGLÝSINGAR

Ljósmeðrafélag Íslands

HÖNNUN OG UMBROT

Sóley Ylja A. Bartsch

PRENTVINNSLA

Prentun.is

VERK Á FORSIÐU

Guðrún Kristjánsdóttir
Veðurskrift í bláma X
Olía á hörstriga, 2011, 60x80 cm

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 Ljósmeðrafélagsins.

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.



Eucerin[®]

**Snýr sjáanlega
við 10 merkjum
um öldrun
húðarinnar**

**Byltingarkennd uppgötvun
í utangenaerfðum**

NÝTT

**Árangur á
4 vikum***



* Klínískar rannsóknir í 2 og 4 vikur með 43 sjálfboðaliðum. Heimaprófun með 160 sjálfboðaliðum í 4 vikur.