



**Eðlileg fæðing og fæðingarumhverfið: Skilgreiningar  
og viðhorf íslenskra ljósmæðra**

**Fagrýnirannsókni**

**Sigrún Huld Gunnarsdóttir**

**Ritgerð til kandidatsprófs (12 einingar) í ljósmóðurfræði**

**Námsbraut í ljósmóðurfræði**



**HÁSKÓLI ÍSLANDS**  
**HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ**

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

**Eðlileg fæðing og fæðingarumhverfið: Skilgreiningar og viðhorf  
íslenskra ljósmæðra**  
*Fagrýnirannsókn*

Sigrún Huld Gunnarsdóttir

Ritgerð til kandidatsprófs í ljósmóðurfræði

Leiðbeinandi: Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Hjúkrunarfræðideild

Námsbraut í ljósmóðurfræði

Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2014

**Normal Childbirth and the Birth Environment: Definitions and  
Attitudes of Icelandic Midwives**  
*Focus Group Research*

Sigrún Huld Gunnarsdóttir

Thesis for a degree in Midwifery  
Candidata Obstetriciorum  
Advisor: Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Faculty of Nursing  
Department of Midwifery  
School of Health Sciences  
June 2014

Ritgerð þessi er til kandidatsprófs í ljósmóðurfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Sigrún Huld Gunnarsdóttir

Prentun: Háskólaprent

Staður, Ísland 2014

## Ágrip

Markmið þessarar rannsóknar var að skoða skilgreiningar íslenskra ljósmæðra á eðlilegum fæðingum og hvernig þær skapa fæðingarumhverfi sem stuðlar að eðlilegum fæðingum. Markmiðið er einnig að skoða hvort mismunandi starfsumhverfi ljósmæðra móti þær hugmyndir sem þær hafa um eðlilegar fæðingar og skilgreiningar þeirra á fyrirbærinu.

Notast var við eiginlega rannsóknaraðferð í formi rýnihóps þar sem átta ljósmæður með fjölbreytilegan bakgrunn og starfsreynslu tóku þátt. Þægingdaaðferð var notuð við val á þátttakendum og í viðtalinu var notast við opnar spurningar um efnið. Við greiningu gagna komu í ljós þrjú yfirþemu með undirþemum; **Hvað er eðlileg fæðing?- Mjög stór spurning, Ljósmóðurlist- Að vera fagleg** og **Fæðingarumhverfið- Flókið samspil**. Yfirþemun þrjú unnu öll saman og tengdust undirstöðupemanu **Konan sem sigurvegari**.

Í skilgreiningum ljósmæðranna á eðlilegum fæðingum lögðu þær áherslu á sjálfkrafa upphaf og lífeðlisfræðilegt ferli án inngripa, óháð áhættuþáttum fyrir fæðinguna. Áherslur í skilgreiningum ljósmæðranna voru mismunandi eftir starfsumhverfinu sem þær störfuðu í. Þær ræddu einnig mikilvægi þess að skilgreina hvað væru inngrip og mismunandi áhrif þeirra. Ljósmæðurnar álitu hlutverk sitt vera að skapa fæðingarumhverfi sem veitti konunni öryggistilfinningu og stuðlaði að jákvæðri fæðingarupplifun. Upplifun konunnar af að vera sigurvegari í fæðingunni var það mikilvægasta í huga ljósmæðranna og allar lögðu þær áherslu á að mæta konunni á hennar forsendum, þar sem hún væri við stjórn í eigin fæðingu. Ljósmæðrunum þótti miður að nú hefðu íslenskar konur ekki lengur val um að fæða í ljósmæðrastýrði einingu, í heimilislegu umhverfi á Landspítala og vonuðust til að stofnað yrði fæðingarheimili til að auka val kvenna um fæðingarstað.

Lykilorð: lífeðlisfræðileg fæðing - eðlileg fæðing - fæðingarumhverfi - samfelldur stuðningur - inngrip - mismunandi hugmyndafræðileg nálgun - hlutverk ljósmæðra

## Abstract

The aim of this study was to explore how Icelandic midwives define normal birth and how they create a birthing environment that promotes normal birth. The goal was furthermore to research whether midwives' working environment influences their definitions of normal birth.

A qualitative research method was used. A focus group interview, where eight midwives with different backgrounds and diverse working experience took part. When selecting participants a convenience method was applied. Three main themes with subthemes were analysed and they were as follows; ***What is Normal Birth?- A Very Big Question***, ***The Art of Midwifery- To be professional*** and ***The Birth environment- Complex interaction***. The three main themes were all interconnected with a ground theme ***The Woman as a Winner***.

In the midwives definitions of normal birth they emphasized the birth being physiological, having a spontaneous start without interventions where risk factors prior to the birth were not an issue. The midwives working environment seemed to affect their definitions of normal birth which emphasises the importance of defining what is an intervention and its effects on the physiological birthprocess. The midwives found that their role in birth is to create a birth environment that supports a positive experience and an environment where the woman feels safe. They found that the woman's sense of being a winner after birth was most important, as was caring for the woman based on her terms and her being in control of her own birth. The midwives were sorry that women did no longer have a choice to give birth in a midwifery led unit in Landspítali in a homelike birthcentre. All of the midwives hoped that in near future a freestanding birthing center would be established to enhance women's choices of place of birth.

Key search words: physiological birth - normal childbirth - birth settings - birth environment - continuous support - interventions - different theoretical approach - role of midwives

## **Þakkir**

Ég vil sérstaklega þakka þeim ljósmæðrum sem gáfu sér tíma til að taka þátt í rannsókninni, án þeirra hefði rannsóknin ekki orðið að veruleika. Ég vil einnig þakka leiðbeinanda mínum Dr. Ólöfu Ástu Ólafsdóttur fyrir skemmtilegar stundir, góða handleiðslu og hjálp við gerð rannsóknarinnar. Rannsóknin var unnin við Háskóla Íslands en þátttakendur í fagrýnihóp voru ljósmæður sem starfa sjálfstætt og á Kvennadeild Landspítalans.

Ljósmæðrunum Önnu Sigríði, Elínu Örnú og Kristbjörgu vil ég þakka fyrir aðstoð sem þær veittu við gerð ákveðinna kafla í rannsókninni. Umsjónarljósmæðrum mínum Gullu, Guðrúnu Sigríði, Guðríði og Jenný fyrir mikilvæga leiðsögn í náminu. Guðnýju vinkonu minni er ég afar þakklát fyrir ómetanlegan stuðning, hjálp og yfirlestur. Ég vil þakka Sóleyju vinkonu minni fyrir prófarkalestur sem hún tók að sér með engum fyrirvara. Ég er einnig mjög þakklát systur mínum Hildi Örnú og Bryndísi Snæfríði fyrir ýmsa aðstoð í formi yfirlesturs, barnapössunar og fleira síðan námið hófst. Jafnframt vil ég þakka foreldrum mínum fyrir alla aðstoðina og stuðninginn, en heima hjá þeim sat ég alla páskana og skrifaði. Vinkonu minni Guðrúnu Örnú vil ég einnig færa þakkir fyrir lán á margvíslegu lesefni og fyrir að hafa opnað augu mín fyrir því hversu örugg eðlileg fæðing í raun og veru er, sé hún látin í friði.

Ekki má gleyma að þakka eiginmanni mínum og börnum fyrir mikla þolinmæði og skilning í gegnum allt námið. Páfagaukurinn Frú Róbert á einnig þakkið fyrir veittan félagsskap við ritgerðarvinnuna. Síðast en ekki síst ber að þakka mínum yndislegu ljósusystur í hollinu fyrir frábær síðastliðin tvö ár.

# Efnisyfirlit

Ágrip .....	6
Abstract.....	7
Þakkir.....	8
Efnisyfirlit .....	9
Myndaskrá .....	11
Töfluskrá.....	11
1 Inngangur.....	12
2 Fræðileg úttekt .....	14
2.1 Mismunandi skilgreiningar eðlilegra fæðinga .....	14
2.2 Áhrif fæðingarhormóna á fæðingarferlið .....	15
2.3 Inngrip í fæðingarferlið.....	16
2.3.1 Keisaraskurðir.....	17
2.3.2 Fæðingarverkir- deyfingar og verkjalyf.....	18
2.3.3 Síritun fósturhjártsláttar .....	21
2.3.4 Belgjarof .....	22
2.3.5 Notkun hríðarörvandi lyfja .....	23
2.3.6 Spangarklipping.....	23
2.3.7 Virk meðferð á þriðja stigi.....	24
2.4 Inngrip í sjúkdómsvæddu umhverfi.....	25
2.5 Hvers konar umönnun stuðlar að eðlilegum fæðingum? .....	27
2.5.1 Ljósmeðrastýrð umönnun.....	28
2.5.2 Samfelld þjónusta í meðgöngu og fæðingu.....	28
2.5.2.1 Samvinnukerfi ljósmeðra með deilingu á álagi.....	28
2.5.2.2 Teymisvinna ljósmeðra.....	29
2.5.2.3 Yfirseta, samfelldur stuðningur í fæðingu .....	29
2.5.2.4 Fæðingarstaður .....	30
2.6 Tíminn og fæðingarferlið.....	31
3 Aðferðafræði .....	34
3.1 Rannsóknaraðferð .....	34
3.1.1 Tilgangur og vettvangur rannsóknar .....	34
3.2 Fagrýnihópar.....	34
3.2.1 Helstu kostir og gallar fagrýnihópa.....	35
3.3 Framkvæmd og meðhöndlun gagna.....	35
3.4 Val á þátttakendum .....	35
3.5 Staðsetning og lengd viðtals.....	36
3.6 Gagnagreining .....	36
3.7 Stjórnandi og athugandi.....	36
3.8 Siðferðileg álitamál.....	36
4 Niðurstöður og umræður.....	37
4.1 Þátttakendur.....	37
4.2 Niðurstöður gagnagreiningar .....	37
4.2.1 Hvað er eðlileg fæðing?- Mjög stór spurning .....	38
4.2.1.1 Inngrip í fæðingarferlið- Hvað er inngrip? .....	41



4.2.1.2	Ólík hugmyndafræðileg nálgun.....	42
4.2.2	Ljós móðurlist- Að vera fagleg.....	43
4.2.2.1	Stuðlað að eðlilegum fæðingum með fræðslu.....	43
4.2.2.2	Að grípa eða grípa ekki inní?.....	44
4.2.2.3	Öryggi og gagnkvæmt samband með yfirsetu.....	45
4.2.3	Fæðingarumhverfið- Flókið samspil.....	45
4.2.3.1	Að skapa gott fæðingarumhverfi út frá þörfum hvernar konu.....	46
4.2.3.2	Innra umhverfi.....	46
4.2.3.3	Ytra umhverfi.....	47
4.2.4	Konan sem sigurvegari.....	50
5	Samantekt.....	52
5.1	Samþætting fræðilegs yfirlits, niðurstaðna og umræðna.....	53
5.2	Styrkleikar rannsóknar.....	55
5.3	Takmarkanir rannsóknar.....	55
5.4	Þýðing fyrir ljósmóðurfræði og frekari rannsóknir.....	55
6	Lokaorð.....	57
	Heimildaskrá.....	58

## Myndaskrá

Mynd 1: Tíðni keisaraskurða og áhaldafæðinga 2003-2012 .....	17
Mynd 2: Síritun fósturhjartrsláttar- Flæðirit .....	22
Mynd 3: Fæðingargraf .....	32
Mynd 4: Greiningarlíkan- Þemu rannsóknar.....	38

## Töfluskrá

Tafla 1: Rannsóknartengsl mismunandi aðferða og áhrif þeirra á eðlilegar fæðingar .....	27
Tafla 2: Útskriftarár þátttakenda í fagrýnihóp .....	37

# 1 Inngangur

Margar mismunandi skilgreiningar hafa verið gefnar út fyrir hugtakið eðlileg fæðing og eru ástæður þess margþættar til dæmis geta stefnur og hugmyndafræði í barneignarþjónustu verið ólík. Mest áberandi eru tvær stefnur: lífeðlisfræði- félagsleg stefna og tækni-læknisfræðileg stefna. Sú fyrri er stefna sem flestar ljósmæður vinna eftir þar sem fæðingin er álitin vera eðlilegur lífeðlisfræðilegur atburður sem ætti að fylgjast með og ekki grípa inni að óþörfu. Fæðingarsársauki er talinn vera eðlilegur hluti af ferlinu (Walsh, 2008) og tímamörk hafa enga þýðingu í eðlilegri fæðingu (Berg, Ólafsdóttir og Lundgren, 2012; Walsh, 2008). Sú síðari er stefna sem flestir lækningar vinna eftir þar sem fæðing er álitin áhættusamur atburður sem þarf að grípa inni og að einungis sé hægt að álíta fæðingu eðlilega eftir að hún er afstaðin (Berg og félagar, 2012; Walsh, 2008). Samkvæmt henni skipta tímamörk í fæðingu máli og fæðingarsársauki er talinn óásættanlegur (Walsh, 2008). Heilbrigðiskerfi sem styðja lífeðlisfræðilegu- félagslegu stefnuna ásamt ljósmóðurfræðilegum líkönnum eru ekki algeng þar sem sjúkdómsvæðing ræður víðast hvar ríkjum í hinum vestræna heimi (Berg og félagar, 2012).

Að skilgreina eðlilega fæðingu er vandasamt og gefur hugtakið „eðlileg fæðing“ í skyn að annars konar fæðing sé óeðlileg. Þetta getur haft neikvæð áhrif bæði á konur og fagfólk sem starfar við barneignarþjónustu. Önnur orðasambönd eins og náttúruleg fæðing og lífeðlisfræðileg fæðing hafa því stundum verið notuð þegar fjallað er um eðlilega fæðingu (Lawrence Beech og Phipps, 2008).

Í fræðilegum hluta rannsóknarinnar verður farið yfir helstu hugtök er lúta að eðlilegum fæðingum eins og skilgreiningum sem settar hafa verið fram af mismunandi samtökum og í ólíkum löndum. Jafnframt verður farið yfir fæðingarskráningu á Íslandi og víðar, en skráning eðlilegra fæðinga er mikilvægur þáttur í að stuðla að þeim. Víða virðist þeirri skráningu ábótavant (Crabtree, 2008) og einungis eru teknar saman tölur um fæðingar um leggöng, áhaldafæðingar og keisaraskurði. Til eðlilegra fæðinga teljast þá allar fæðingar um leggöng án þess að tillit sé tekið til inngripa í ferlið. Rannsóknir á algengustu inngripum í fæðingarferlið verða skoðaðar en þær sýna fram á að sterkar ábendingar þurfi að vera til staðar fyrir því að grípa inn í eðlilegt ferli fæðingar. Oft virðist eitt inngrip leiða af öðru og þannig vinda uppá sig í svokölluðum inngripasnjóbolta (e. the intervention cascade) (Petersen, Poetter, Michelsen og Gross, 2013; Tracy, Sullivan, Wang, Black og Tracy, 2007; WHO, 1996). Samfelldur stuðningur í fæðingu (Hodnett, Gates, Hofmeyr og Sakala, 2013), ljósmóðurstýrð umönnun (Sandall, Soltani, Gates, Shennan og Devane, 2013) og samfella í umönnun í barneignarferli (McLachlan og félagar, 2012; Walsh, 2008) virðast samkvæmt rannsóknum stuðla að aukinni ánægju mæðra og minni inngripum í ferlið. Eigindlegar rannsóknir hafa sýnt fram á hversu mikil áhrif barnsfæðing hefur á líðan og líf fólks. Þar skiptir ekki síst máli hvort fæðingin er eðlileg (Lawrence Beech og Phipps, 2008). En langtímaáhrif fæðinga sem enda til dæmis með keisaraskurði eða spangarklippingu geta hafa áhrif á lífsgæði konunnar síðar meir (Carroli og Mignini, 2009; Meakin, 2011).

Rannsóknin er hluti af átaki um fjölgun eðlilegra fæðinga á Landspítala og innleiðingu ljósmóðurfræðilegs umönnunarlíkans í fæðingu sem er áætluð haustið 2014 á nýrri Fæðingarvakt 23B. Í líkaninu er áhersla lögð á að miða þjónustuna við óskir og þarfir fæðandi kvenna. Rannsókninni er ætlað að bæta við þekkingu á viðfangsefninu og vekja athygli á mikilvægi þess að skilgreina hugtakið

eðlileg fæðing, samhliða því að standa vörð um eðlilegar fæðingar og samspil þeirra við fæðingarumhverfið. Töluvert er til af rannsóknum um viðhorf ljósmæðra til fæðingarumhverfisins og aðferða þeirra til að styðja við eðlilegt fæðingarferli (Crabtree, 2008; Valgerður L. Sigurðardóttir og Ólóf Á. Ólafsdóttir, 2009; van Der Hulst, 1999). Einhverjar þessara rannsókna hafa um leið skoðað hvað ljósmæður álíta vera eðlilega fæðingu en við leit í gagnagrunnum og lestri bóka fundust ekki rannsóknir sem skoðuðu sérstaklega hvernig ljósmæður skilgreina það hugtak.

Til að geta fjallað ítarlega um skilgreiningar á eðlilegri fæðingu og fæðingarumhverfið var ákveðið að skoða og leita heimilda um skilgreiningar og áhrif inngripa á eðlilegt ferli. Fleiri inngrip í fæðingarferlið eru til en hér verður farið yfir. Til umfjöllunar verða helstu inngrip sem ljósmæður annað hvort framkvæma eða hafa eftirlit með.

Leitað var í gagnagrunnum eins og Cinahl, Epsco Host, PubMed, Scopus og Google Scholar. Helstu leitarorð á ensku voru; physiological birth, normal childbirth, birth settings, birth environment, continuous support, interventions, different approach and role of midwives en það skal tekið fram að þessi listi er ekki tæmandi. Áhuginn á þessum viðfangsefnum, eðlilegri fæðingu og fæðingarumhverfinu, kviknaði löngu áður en höfundur hóf nám í ljósmóðurfræðum. Endanleg ákvörðun um að skrifa lokaverkefni um þessi viðfangsefni var hins vegar innblásin af breytingum sem eru nýgengnar í gegn á fæðingarþjónustu Landspítalans.

Mikilvægt er að fá upplýsingar frá starfandi ljósmæðrum og læknum um þekkingarþróun í klínísku starfi til að stuðla að verndun eðlilegra fæðinga og kanna árangur breytinga sem verða á þjónustu til dæmis vegna sameiningar fæðingardeilda. Þó svo rannsóknir bendi til að fæðingarumhverfið og menning fæðingarstaða hafi áhrif á upplifun og útkomu fæðinga hefur lítið verið rannsakað beint frá sjónarhóli fagfólks hvaða þættir það eru í fæðingarumhverfinu sem stuðla að eðlilegri fæðingu út frá mismunandi skilgreiningum. Í þessari rannsókn er ætlunin er að fá fram skilgreiningar ljósmæðra á eðlilegum fæðingum og viðhorf þeirra til fæðingarumhverfisins. Ásamt því að skoða leiðir ljósmæðranna til þess að skapa fæðingarumhverfi sem stuðlar að eðlilegum fæðingum.

## 2 Fræðileg úttekt

### 2.1 Mismunandi skilgreiningar eðlilegra fæðinga

Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (e. World Health Organization, WHO) skilgreinir eðlilega fæðingu þegar sótt hefst sjálfkrafa hjá konu sem hefur ekki fyrri áhættuþætti, er með barn í höfuðstöðu, gengin 37-42 vikur og engir áhættuhættuþættir koma upp í fæðingunni. Eftir fæðinguna heilsast móður og barni vel. Hinsvegar geta fæðingar kvenna með áhættuþætti á meðgöngu hafist sjálfkrafa án þess að sérstakir áhættuþættir tengdir fæðingunni komi upp og þeirra fæðingar geta því talist eðlilegar. Eins geta komið upp áhættuþættir í fæðingu kvenna sem höfðu þá ekki í upphafi fæðingar. Í eðlilegri fæðingu eiga að vera sterkar ábendingar fyrir því að grípa inní náttúrulega ferlið (WHO, 1996). Alþjóðasamtök ljósmæðra (e. International Confederation of Midwives, ICM) skilgreinir eðlilega fæðingu sem síbreytilegt og einstakt ferli þar sem lífeðlisfræði, andleg og félagsleg líðan móður og barns spila saman með það að markmiði að þeim líði báðum vel. Í eðlilegri fæðingu á konan fæðinguna, vinnur sig í gegnum hana og klárar hana með sjálfkrafa hvirfilfæðingu án lyfja eða læknisfræðilegra inngripa en möguleikinn á flutningi á hærra áhættustig er til staðar (ICM, 2008). Margrét Hallgrímsdóttir ljósmóðir skrifaði grein í Ljósmæðrablaðið (1998) um eðlilegar fæðingar og hennar skilgreining reyndist vera: „Fæðing er eðlileg þegar konan fæðir barn sitt gegnum fæðingarveginn og svarar öllum ytri og innri áreitum á öllum stigum fæðingarinnar með jafnvægi og vellíðan“.

Samkvæmt fæðingarskráningu á Íslandi frá árinu 2012 fæddu 76% kvenna eðlilega og er eðlileg fæðing skilgreind sem sjálfkrafa hvirfilfæðing um leggöng án hjálpar áhalda eins og sogklukku eða tangar. Fæðingar með sogklukku eða töng voru 8,6% en keisarafæðingar 15,4%. Í fæðingarskráningunni eru jafnframt teknar saman tölur yfir inngrip eins og; gangsetningar, notkun hríðarörvandi lyfja, utanbastsdeyfingar og spangarklippingar, fyrir einstaka stofnanir en ekki landið í heild sinni. Ekki er tekin sérstaklega fram tíðni; belgjarofa í fæðingu (líknarbelgir rofnir með áhöldum), virkrar meðferðar á þriðja stigi eða siritunar fósturhjartsláttar (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur Pálsson, 2013).

Samkvæmt skýrslu Heilbrigðisráðuneytisins í Nýja- Sjálandi (Ministry of Health, MOH) frá árinu 2010 flokkast fæðingar þar í landi niður á eftirfarandi hátt;

- a) Sjálfkrafa hvirfilfæðing- fæðing án fæðingarfræðilegra inngripa (61.8% fæðinga)
- b) Heimafæðing- barn fætt í heimahúsi (3,8%)
- c) Sjálfkrafa sitjandi fæðing- fyrirsætur fósturhluti er sitjandi eða fætur (0,3%)
- d) Fæðing með keisaraskurði (23,6%)
- f) Fæðing með aðstoð- fæðingu er lokið með sogklukku eða töngum (8,9%)

Með fæðingarfræðilegum aðgerðum er átt við að tangar- og sogklukkufæðingar, sem teljast ekki til eðlilegra fæðinga. Fæðingar þar sem önnur fæðingarfræðileg inngrip, eins og utanbastsdeyfing (24,9%), spangarklipping (12,5%), notkun hríðarörvandi lyfja í fæðingu (28,6%) og gangsetningar (19,8%), eru framkvæmd, teljast til sjálfkrafa hvirfilfæðinga og þar með eðlilegra fæðinga. Í skýrslunni

er ekki talað um önnur inngrip eins og belgjarof, virka meðferð á þriðja stigi og siritun fósturhjartsláttar (MOH, 2012).

Það sem þessar skilgreiningar virðast eiga sameiginlegt er að lögð er áhersla á að fæðing barns sé um leggöng og án aðstoðar áhaldna eða skurðaðgerða. Að öðru leyti eru skilgreiningarnar ólíkar þar sem fæðing getur talist eðlileg samkvæmt sumum skilgreiningum þegar gripið hefur verið inni hana til dæmis með belgjarofi, notkun hriðarörvandi lyfja eða utanbastsdeyfingu. Samkvæmt öðrum skilgreiningum telst fæðing eðlileg þegar engin inngrip eiga sér stað í lífeðlisfræðilegt ferli fæðingarinnar. Beverley A. Lawrence Beech sem er í stjórn samtaka sem berjast fyrir bættri þjónustu í barneignarferli í Stóra Bretlandi (The Association for Improvements in the Maternity Services, AIMS) og Belinda Phipps stjórnarformaður National Childbirth Trust (2008) í London álykta að ljósmæður telji almennt að lífeðlisfræðileg fæðing með engum eða litlum inngripum sé eðlileg fæðing og samræmist það skilgreiningu Alþjóðasamtaka ljósmæðra.

## 2.2 Áhrif fæðingarhormóna á fæðingarferlið

Ýmis hormón stýra fæðingarferlinu sem geta truflast vegna umhverfisins og inngripa í eðlilegt ferli. Því er mikilvægt að skoða hvaða hormón eru að verki þegar fæðing er í gangi og auka þannig skilninginn á því hvers vegna það er mikilvægt að leyfa fæðingunni að eiga sér stað í friði þegar hún gengur eðlilega fyrir sig.

Ástarhormónið oxytósín er aðalhormónið í allri æxlunarhegðun bæði karla og kvenna. Það er framleitt í undirstúku heilans (e. hypothalamus) en er geymt og seytt frá heiladinglinum. Losun þess er stýrt frá heilastofninum (e. brain stem) og losnar það í púlsum (Robertson, 2004). Í fæðingu verður losun þess fyrst og fremst vegna þess að heilinn fær boð gegnum taugar í grindarholi sem verða vegna þrýstings frá fyrirsætum fósturluta á leghálsinn sem og í leggöngum þegar fæðingin er komin lengra á veg. Oxytósín hvatar samdráttum í leginu og þannig færast barnið neðar í grindina og leghálsinn opnar sig (McNabb, 2011). Deyfingar á borð við utanbastsdeyfingar, pudendal deyfingar (deyfing lögð á taugar í grindarbotni) og aðrar staðbundnar deyfingar trufla þessi taugaboð og geta þannig dregið úr seyti oxytósíns í fæðingu (Gaskin, 2003; Robertson, 2004). Oxytósín hvatar einnig fullnægingu í kynlífi, losunarviðbragði í brjóstgjöf og tilfinningu um ást og vilja til að vernda afkvæmi eða maka (Robertson, 2004). Hvers konar ótti eða truflun, innri eða ytri, getur hamlað losun oxytósíns vegna framleiðslu katekólámína og þá sérstaklega adrenalíns. Katekólámín eru framleidd í; heilanum, nýrnahettum, taugaendum og annars staðar í líkamanum. Við hræðslu eða ógn framleiðir líkaminn katekólámín og þau kveikja á leiðum okkar til að komast af við slíkar aðstæður (e. survival). Í fæðingu getur framleiðsla katekólámína leitt af sér stöðvun hriða, aukna hættu á blæðingu eftir fæðingu og töf á upphafi brjóstgjafar. Dauf lýsing, ró og næði eykur seyti oxytósíns (Odent, 2007) og hamlar losun katekólámína og kortisóls í blóði móður (Gaskin, 2003; McNabb, 2011; Robertson, 2004). Endorfín eru einnig mikilvæg hormón í fæðingu en þau eru náttúruleg verkjalyf sem eru framleidd í heilastofni, taugaendum og jafnvel í fylgju (Robertson, 2004). Endorfín styrkur í blóði hækkar við líkamlega áreynslu og veitir vellíðan, verkjastillingu og minni tilfinningu fyrir stað og stund (Gaskin, 2003; Robertson, 2004). Í fæðingu hækkar styrkur þess enn frekar eftir því sem líður á fæðinguna (Leap og Anderson, 2008). Samspil þessara hormóna er auðveldlega truflað af bæði ytri og innri aðstæðum og er fæðing því viðkvæmt ferli sem ekki ætti að trufla að óþörfu (Gaskin, 2003; McNabb, 2011; Robertson, 2004).

Michael Odent er franskur almennur skurðlæknir og rithöfundur sem á árunum 1962-1985 stýrði ásamt sex ljósmæðrum fæðingardeild á frönsku sjúkrahúsi. Hann er einn þekktasti talsmaður náttúrulegra fæðinga í heiminum og hefur hann skrifað fjölmargar bækur um það viðfangsefni ([www.midwifery.org](http://www.midwifery.org), e.d). Odent (2007) segir að fæðing sé lífeðlisfræðilegt ferli sem sé stýrt af heilanum. Samkvæmt hans kenningu er heilastofninn virkur á meðan fæðingu stendur og þaðan er seytingu fæðingarhormóna stýrt. Frumstæðasti hluti heilans (e. primitive brain) er staðsettur í heilastofni og er sá hluti heilans svipaður hjá öllum spendýrum. Þegar hann er virkur er samband við eðlishvatir og ósjálfráða líkamsstarfsemi sterkt. Nýheilabörkurinn (e. neocortex) er sá hluti heilans sem gerir okkur kleift að hugsa rökrétt, vísindalega og að hafa samskipti með orðum. Stærri og þróaðri nýheilabörkur í mannsheilanum er eitt af því sem aðskilur menn frá öðrum spendýrum. Nýheilabörkurinn hamlar eðlislægum hvötum og fæðingarhormónin stuðla að því að starfsemi hans sé í lágmarki, konan fer „á aðra plánetu“ og er úr sambandi við umheiminn. Þessi virkni fæðingarhormónanna er ein sú mikilvægasta í lífeðlisfræði fæðinga. Flestar hömlur fæðingarferlisins eiga uppruna sinn að rekja til nýheilabarkar en mjög mikilvægt er að vernda fæðandi konu fyrir hvers konar truflun úr umhverfinu. Það er jafnmikilvægt eins og að hún upplifi næði og vernd sem eru grundvallarþarfir spendýra í fæðingarumhverfi þeirra.

### 2.3 Inngrip í fæðingarferlið

Rannsóknir hafa sýnt fram á að í lágáhættufæðingum sé öruggast að láta fæðingarferlið í friði og ekki ætti að grípa inni það nema við ítrustu nauðsyn (Petersen og félagar, 2013; Tracy og félagar, 2007; WHO, 1996). Samspil fæðingarhormóna er viðkvæmt og það getur auðveldalega truflast af bæði ytri og innri aðstæðum og áreiti (Gaskin, 2003; McNabb, 2011; Robertson, 2004). Eitt inngrip getur kallað á annað inngrip og þannig rennur svokallaður inngripasnjóbolti af stað. Konur og börn geta borið skaða af ónauðsynlegum inngripum (WHO, 1996) en inngrip í fæðingu hafa oft verið réttlætt með því að segja að þau bjargi lífum. Samhliða aukinni inngripátíðni hefur ekki orðið lækkun á tíðni mæðra- og nýburadauða. Einungis minnihluti kvenna og barna þurfa á inngripum að halda í fæðingarferlinu. Það er mikilvægt að finna þær konur og börn svo að þau geti hlotið þá læknismeðferð sem þau þurfa (Lawrence Beech og Phipps, 2008). Lawrence Beech og Phipps (2008) telja að að gripið sé inni barneignarferlið hjá of mörgum konum að óþörfu og án þess að sýnt hafi verið fram á árangur inngripanna með rannsóknum. Þær benda á að eftirlit sem miða að því að finna þær konur sem þurfa á inngripum að halda eiga líka að taka mið af því hversu mikilvæg fæðingarupplifunin er. Jafnframt greina þær frá því að margar konur sem endað hafa í bráðainngripum í fæðingum segja oft frá því hversu heppnar þær hafi verið að hafa verið staddar á sjúkrahúsi. Margar þessara kvenna gera sér ekki grein fyrir því að hefðu þær til dæmis verið heima hjá sér hefðu inngripin í fæðingu þeirra aldrei átt sér stað og því líklegast aldrei verið nein þörf á bráðaaðgerðum.

Petersen, Poetter, Michelsen og Gross (2013) könnuðu röð og tímasetningu inngripa í fæðingarferlið og könnuðu í því sambandi lengd fæðinga og fæðingarmáta. Rannsóknin var hóprannsókn með langsníði sem var framkvæmd á fleiri en einu sjúkrahúsi (e. longitudinal multicenter cohort study) og voru gögn um inngrip í fæðingarferli frá: 3.955 konum í lífili áhættu (e. low risk women), 2.082 (52%) frumbyrjum og 1.873 (48%) fjölbyrjum, sem fæddu á 47 sjúkrahúsum í Þýskalandi skoðuð. Fæðingarnar hófust ýmist sjálfkrafa eða eftir gangsetningu með belgjarofi, prostaglandínum, hríðarörvun með gervioxytósíni eða laxerolíu. Þrjú inngrip voru skoðuð sérstaklega; belgjarof, notkun hríðarörvandi lyfja og utanbastsdeyfingar. Tímalengd frá upphafi fæðingar að fyrsta

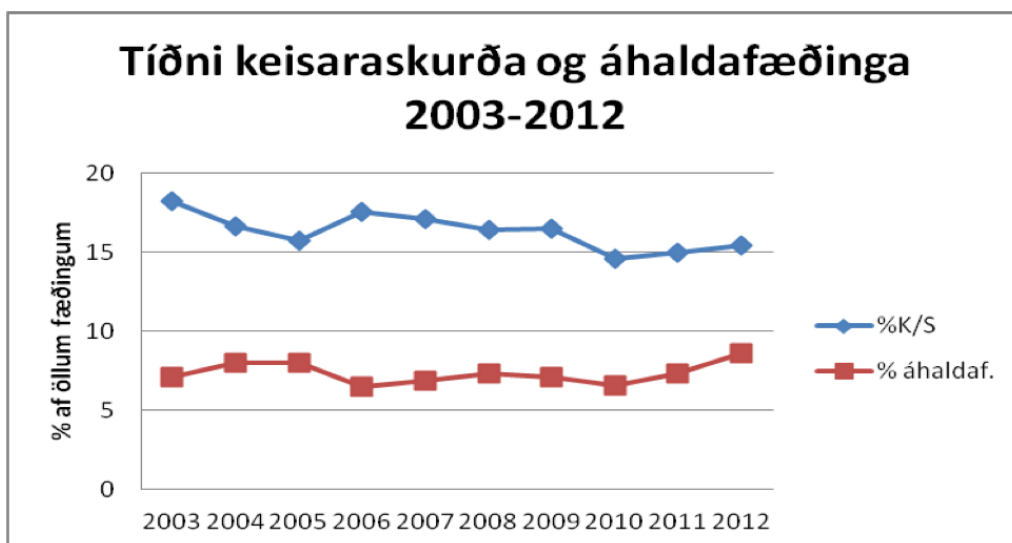
inngripi í fæðingarferlið og svo tímalengd milli annarra inngripa voru skráð. Inngrípin þrjú (belgjarof, notkun hríðarörvandi lyfja og utanbastsdeyfing) voru álitin vera í samkeppni hvað varðar aukna áhættu. Niðurstöður voru á þá leið að 73,2% frumbyrjanna og 59,6% fjölbyrjanna hlutu í það minnsta eitt inngríp í sínu fæðingarferli. Hins vegar fæddu 33,2% kvennana án þessara inngripa og töldust fæðingar þeirra því eðlilegar. Algengasta fyrsta inngríp í fæðingarferli frumbyrja var utanbastsdeyfing og fylgdi notkun hríðarörvandi lyfja í kjölfarið að meðaltali eftir 1 og 1/2 klukkutíma. Hjá fjölbyrjum var belgjarof algengasta inngrípið en tímalengd fæðingar og tíðni áhalda- og keisarafæðinga jukust eftir því sem inngrípin í fæðingarferlið urðu fleiri.

Fjárhagslegur ávinningur þess að fjölga eðlilegum fæðingum og fækka þar af leiðandi inngrípum er mikill en það má sjá með því að bera saman kostnað ólíkra fæðinga miðað við verðskrá Landspítalans frá október 2012. Áætlaður kostnaður fæðingar hjá konu sem fæðir eðlilega án fylgikvilla er 119.583 krónur. Þegar upp koma fylgikvillar hjá konu sem fæðir um leggöng eins og til dæmis blæðing eftir fæðingu er áætlaður kostnaður 486.446 krónur. Til samanburðar er áætlaður kostnaður fæðingar sem endar með keisaraskurði án fylgikvilla 699.972 krónur en komi upp fylgikvillar við keisaraskurðinn er áætlaður kostnaður enn hærri eða kr. 955.982 krónur (Anna S. Vernharðsdóttir, tölvupóstur 1. apríl 2014).

### 2.3.1 Keisaraskurðir

Keisaratiðni og inngrípum í eðlilegt ferli fæðingar hefur fjölgað á síðustu áratugum. Allt fram undir síðasta þriðjung 20. aldar var hlutfall keisaraskurða á Íslandi lágt eða um 1,5-3% fæðinga. Um það leyti fóru keisarafæðingar að verða öruggari og um leið tíðari. Árið 1980 var hlutfall keisaraskurða 8%, um 1990 var það komið í 13-14%, en hækkaði síðan eins og á Norðurlöndum og víða í Evrópu enn meira og á fyrstu árum eftir aldamótin var hlutfallið 18-19% (Reynir T. Geirsson, 2006). Árið 2012 var tíðni keisaraskurða 15,4% og tíðnin fer því lækkandi síðastliðinn áratug og er Ísland með lægstu keisaratiðnina á Norðurlöndunum (Ragnheiður I. Bjarnadóttir og félagar, 2013). Mynd 1 sýnir tíðni keisaraskurða á Íslandi síðastliðinn áratug.

Mynd 1: Tíðni keisaraskurða og áhaldafæðinga 2003-2012



(Ragnheiður I. Bjarnadóttir og félagar, 2013)



Árið 2012 var tíðni keisaraskurða í Bandaríkjunum 32,8% sem er þriðjungur allra barna fæddra þar í landi (Martin, Hamilton, Osterman, Curtin og Mathews, 2013). Ef tekin eru dæmi víðsvegar um heiminn frá árinu 2008 var tíðni keisaraskurða í; Brazílíu 45,9%, Íran 41,9%, Portúgal 34%, Ástralíu 30,3%, Kína 25,9%, Bretlandi 22%, Suður Afríku 20,6%, Rússlandi 18%, Japan 17,4% og Eritreu 2,8% (Gibbons og félagar, 2010). Áætlað hefur verið út frá rannsóknum að æskilegt hlutfall keisaraskurða skuli vera á milli 10-15%. Þar sem keisaratíðni undir 10% getur haft neikvæð áhrif á útkomu móður og barns en tíðni yfir 15% getur gert meiri skaða en gagn (Althabe og Belizán, 2006; Gibbons og félagar, 2010). Miðað við þessi mörk er tíðni hérlandis mjög nálægt settum viðmiðum eða 15,4% (Ragnheiður I. Bjarnadóttir og félagar, 2013). Á tímum tæknivæðingar þar sem inngripum í eðlilegt fæðingarferli og keisaratíðni fjölga, er til mikils að vinna að standa vörð um eðlilegar fæðingar. Sálrænar afleiðingar keisaraskurða geta verið svefnörðugleikar, þunglyndi, kvíði, vanmáttarkennd og áfallastreituröskun óháð því hvort að keisarinn var bráður eða fyrirfram ákveðinn (Meakin, 2011). Líkamlegir fylgikvillar geta verið skammvinnir eða langvinnir verkir í skurðsári eða baki, jafnframt er aukin hætta á blæðingu, myndun blóðtappa, sýkingum í legi, skurðsári eða þvagblöðru. Eftir keisaraskurð verður aukin hætta á fósturlátum síðar meir, fylgjujosi, fyrirsætri fylgju eða legrofi á næstu meðgöngu (Meakin, 2011). Í vestrænni menningu er fyrri keisaraskurður ástæðan fyrir um það bil 70% tilvika þar sem leg rofnar, legrof gerist oftast á síðasta þriðjungi í síðari meðgöngum eða fæðingum (Brock, 2011). Annar stór áhættuþáttur fyrir legrofi er notkun hríðarörvandi lyfja í fæðingum (McGeown, 2011). Meiri líkur eru á því að börn sem tekin eru með keisaraskurði lendi í öndunarerfiðleikum eftir fæðingu og þróa með sér astma síðar í æsku heldur en þau sem fædd eru um leggöng (Derbent og félagar, 2011; Thavagnanam, Fleming, Bromley, Shields og Cardwell, 2008). Jafnframt eru minni líkur á því að mæður sem fæða með keisaraskurði eigi farsæla brjóstagjöf (Ahluwalia, Li og Morrow, 2012).

Aukningin á keisaratíðni í heiminum hefur meðal annars verið tengd vali kvenna vegna þess að þær eru hræddar við óvissuna og sársaukann sem þær búast við að upplifa í fæðingu (Waldenström, Hildingsson og Ryding, 2006). Kvíði vegna sársauka virðist vera stór forspárþáttur fyrir neikvæðri fæðingarreynslu og andlegri vanlíðan (Green, Baston, Easton og McCormick, 2003; Waldenström og félagar, 2006). Sömu sögu er að segja um háa tíðni inngripa í fæðingarferlið en skoðun konunnar á inngripum skiptir máli hvað þetta varðar og því á ekki alltaf að reikna með að notkun tækni sé óvelkomin (Walsh, 2008). Hugafarið sem að konur taka með sér í fæðinguna er mjög mikilvægt og besti undirbúningstíminn fyrir rétta hugafarið fyrir hverja konu er á meðgöngunni.

### **2.3.2 Fæðingarverkir- deyfingar og verkjalyf**

Notkun utanbastsdeyfinga hefur síðustu áratugi orðið mjög vinsæl í fæðingum. Í utanbastsdeyfingu er grönnum plastlegg komið fyrir af svæfingarlækni í utanbastsbili milli mænubasts (e. dura mater) og mænuskúms (e. arachnoid mater). Í legginn er sprautað staðdeyfilyfjum sem baða taugarnar í mænurótartaglinu (e. cauda equina) sem liggja út í grindarhol og stöðva þannig sársaukaboðin frá legi, leghálsi og grindarbotni. Við þetta getur orðið truflun á flæði hríðarhormónsins oxytósíns vegna rasks á taugaboðum frá þrýstingsnemunum í leghálsi og grindarbotni (Bartholomew og Yerby, 2011). Rannsóknir hafa sýnt fram á að tengsl séu á milli notkunar á utanbastsdeyfingum í fæðingum og annarra inngripa

eins og notkun hríðarörvandi lyfja (í formi gervioxýtósins) og belgjarofs. Því hafa efasemdir vaknað um notkun slíkra deyfinga í eðlilegum fæðingum þar sem möguleiki er að skaðinn af notkunni verði meiri en gagnið (Kotaska, Klein og Liston, 2006; Leap og Anderson, 2008; Petersen og félagar, 2013; Tracy og félagar, 2007). Rannsóknir benda til þess að belgjarof og notkun hríðarörvandi lyfja auki ekki endilega tíðni utanbastsdeyfinga séu þau notuð í sitthvoru lagi. Hins vegar eykst tíðnin marktækt ef að belgjarof og notkun hríðarörvandi lyfja fara saman. Öfug tengsl hafa einnig verið skoðuð og getur notkun utanbastsdeyfinga aukið notkun hríðarörvandi lyfja. Þetta er mikilvægt þar sem að sýnt hefur verið fram á að samhliða notkun þessara inngripa auki hættuna á verri fæðingarútkomu (Petersen og félagar, 2013).

Ein þekktasta hliðarverkun utanbastsdeyfinga getur verið hiti í fæðingu (Lawrence Beech og Phipps, 2008; Segal, 2010). Áhrif þess geta verið óæskileg eða skaðleg bæði fyrir móður og barn. Áhrif hækkaðs líkamshita á móður eru helst hækkaður hjartsláttur, meiri framleiðsla kateóláminá, aukið útfall hjarta og aukin súrefnisþörf. Þessar aukaverkanir eru yfirleitt ekki hættulegar heilbrigðum konum en geta verið skaðlegar konum með hjarta- og lungnasjúkdóma. Hrollur og skjálfti geta valdið óþægindum fyrir mæður og konur sem fá hita í fæðingu eru útsettar fyrir óþarfa notkun sýklalyfja. Eins eru frumbyrjur sem eru hitalausar við innlögn en þróa með sér hita ( $> 37,5^{\circ}\text{C}$ ) í fæðingu tvisvar sinnum líklegri til að til að enda í keisara eða áhaldafæðingu samanborið við konur sem ekki fengu hita í fæðingu (Lieberman, Cohen, Lang, Frigoletto og Goetzl, 1999). Áhrif hitahækkunar móður á fóstrið og nýburann geta einnig verið óæskileg og jafnvel skaðleg eins og; hækkun á líkamshita fósturs, breyting á fósturhjaraslætti, lág apgar skor, óþarfa sýklalyfjagjafir og í alvarlegustu tilfellum fósturköfnun (súrefnisskortur í fæðingu með skaðlegum fylgikvillum) og fósturdauði (Segal, 2010).

Löng hefð hefur verið fyrir notkun pethidíns og morfínskyldra lyfja í fæðingum (Leap og Anderson, 2008). Hér á landi hefur notkun pethidíns minnkað og nú á Kvennadeild Landspítalans eru frekar notuð lyf eins og parkódín og morfín, sérstaklega við löngu forstigi fæðingar (Elín A. Gunnarsdóttir, Sigrún Arnardóttir og Gróa M. Jónsdóttir 2013). Áhrif pethidíns og annara morfínskyldra lyfja geta verið verri fæðingarupplifun og slævingaráhrif á barnið sem geta haft áhrif á upphaf brjóstgjafar og öndunartilburði þess eftir fæðingu. Slík lyf hafa yfirleitt ekki mikil verkjastillandi áhrif en vissulega eru áhrif þeirra róandi og slævandi (Leap og Anderson, 2008). Green, Baston, Easton og McCormick (2003) skoðuðu meðal annars væntingar kvenna til verkjastillinga fyrir fæðingu og svo reynslu þeirra eftir fæðingu. Svipuð rannsókn var gerð árið 1987 og var tilgangur þessarar rannsóknar meðal annars að skoða hvað hefði breyst með tilliti til væntinga og reynslu kvenna á þessum árum. Margar fleiri breytur eins og til dæmis hlutfall sjálfkrafa fæðinga, keisaraskurða, samfella í barneignarferlinu, inngrip í fæðingarferlið, andleg líðan kvennanna, ánægja með fæðingarupplifun og fleira voru skoðaðar í báðum rannsóknunum. Konurnar fylltu út spurningalista við um það bil 35 vikna meðgöngulend og aftur sex vikum eftir áætlaðan fæðingardag. Árið 1987 voru 9% frumbyrja með áhyggjur af sársauka í fæðingunni um það bil mánuði fyrir áætlaðan fæðingardag. Árið 2000 var sú tala orðin 26% og hafði frumbyrjum sem sögðust hafa engar áhyggjur af sársauka í fæðingu fækkað um sama hlutfall. Talsvert fleiri konur notuðu verkjalyf í fæðingunni árið 2000 heldur en upphaflega höfðu óskað þess og þetta átti sérstaklega við um utanbastdeyfingar. Um 60% frumbyrja voru alveg ákveðnar fyrir fæðingu að þiggja ekki utanbastsdeyfingu eða önnur verkjalyf í fæðingunni en um helmingur þeirra fékk að lokum

deyfingu. Árið 1987 fengu 24% frumbyrja utanbastsdeyfingu en árið 2000, á einungis 13 árum, hafði sú talað hækkað í 59%. Tíðni hafði einnig aukist hjá fjölbyrjum úr 4% í 23% eða um næstum fjórðung. Hlutfall bráðakeisara og áhaldafæðinga jókst einnig hjá frumbyrjum og hafði sjálfkrafa fæðingum fækkað um 23% á þessum 13 árum. Þetta er vissulega umhugsunarefni og sérstaklega það að fleiri þáðu verkjalyf en höfðu óskað þess fyrir fæðingu. Það vekur upp þá spurningu hvort að konur fái nægilegan stuðning frá ljósmæðrum í fæðingum (Leap og Anderson, 2008). Færri konur nutu samfellu í barneignarþjónustu (umönnun og eftirlit sama aðila gegnum meðgöngu, fæðingu og sængurlegu) árið 2000 en árið 1987 en rannsóknir hafa sýnt fram á að samfella í barneignarferli dragi úr verkjalyfjanotkun í fæðingu og fæðingarupplifun verður einnig jákvæðari (Leap og Anderson, 2008; McLachlan og félagar, 2012; Walsh, 2008). Nicky Leap prófessor í ljósmóðurfræðum og Tricia Anderson sjálfstæð ljósmóðir í Stóra Bretlandi (2008) hafa sett fram tillögur um hvernig megi ræða sársauka í fæðingu á meðgöngu til undirbúnings fyrir fæðingar. Leap og Anderson ræða leiðir til að takast á við sársauka á annan hátt en með deyfingu, meðal annars til að stuðla að fjölgun eðlilegra fæðinga. Þær leggja til að fræða ætti konur um að í réttu umhverfi og aðstæðum þá séu þær færar um að takast á við fæðingarsársaukann. Konur búa yfir innri mætti og líkamar þeirra framleiða eigin verkjalyf, ópíata, sem eru skyldir verkjalyfum á borð við morfín og kóðín. Þessi náttúrulegu verkjalyf sem líkaminn framleiðir munu svo vinna með fæðingarhormónunum og hvata samdrætti í leginu og stuðla þannig að eðlilegri fæðingu. Jafnframt getur verið gagnlegt að lýsa eðli samdráttanna í eðlilegri fæðingu. Samdrættirnir eru eins og regnbogar í laginu sem rísa og falla eins og andardráttur og standa sjaldan yfir í meira en eina mínútu í senn. Þeir byggja sig rólega upp, ná ákveðnu hámarki og byrja svo að líða rólega úr og þá tekur við töfratími sem er hvíldin á milli hríða. Á meðan fæðingin kemst lengra á veg og samdrættirnir verða sterkari framleiðir líkaminn sjálfur meiri verkjalyf sem hjálpa konum að takast á við sársaukann. Slíkar upplýsingar um fæðingarsársauka, fullvissa um góðan stuðning og eftirlit frá ljósmóður getur aukið sjálfstraust barnshafandi konu og dregið mikið úr fæðingarótta hennar (Leap og Anderson, 2008). Verkjadeyfing í langdregnum og erfiðum fæðingum á fullan rétt á sér. Að bjóða heilbrigðum konum í eðlilegri fæðingu deyfingu er hins vegar eins og að neita þeim um þá umbreytingu og þann sigur sem þær eru að ganga í gegnum (Sigríður Halldórsdóttir og Sigríður I. Karlsdóttir, 1996; Leap og Anderson, 2008). Ina May Gaskin (2003) er bandarísk ljósmóðir og rithöfundur sem hefur ötullega barist gegn sjúkdómsvæðingu barneignarferlisins í Bandaríkjunum og annars staðar í heiminum. Í bók sinni Ina May's Guide to Childbirth segir hún frá störfum ljósmæðranna á „The Farm“ sem er sjálfbært samfélag í Tennessee fylki í Bandaríkjunum. Ljósmæður þar veita samfellda þjónustu og segir Gaskin (2003) konur í þeirra umsjá vita að líkamar þeirra eru hafnir yfir læknavísindi og að geta líkamans er minni þegar að látið sé undan kvíða og hræðslu. Konurnar búast við því að fæða börnin sín um leggöng og vita að það getur verið sárt en þær vita einnig að fæðing getur verið styrkjandi og dásamleg upplifun. Þær þekkja og treysta ljósmæðrunum sem sinna þeim í ferlinu og kjósa frekar að upplifa fæðingarreynslu ódeyfðar og án lyfja til þess að njóta hennar til fullnustu.

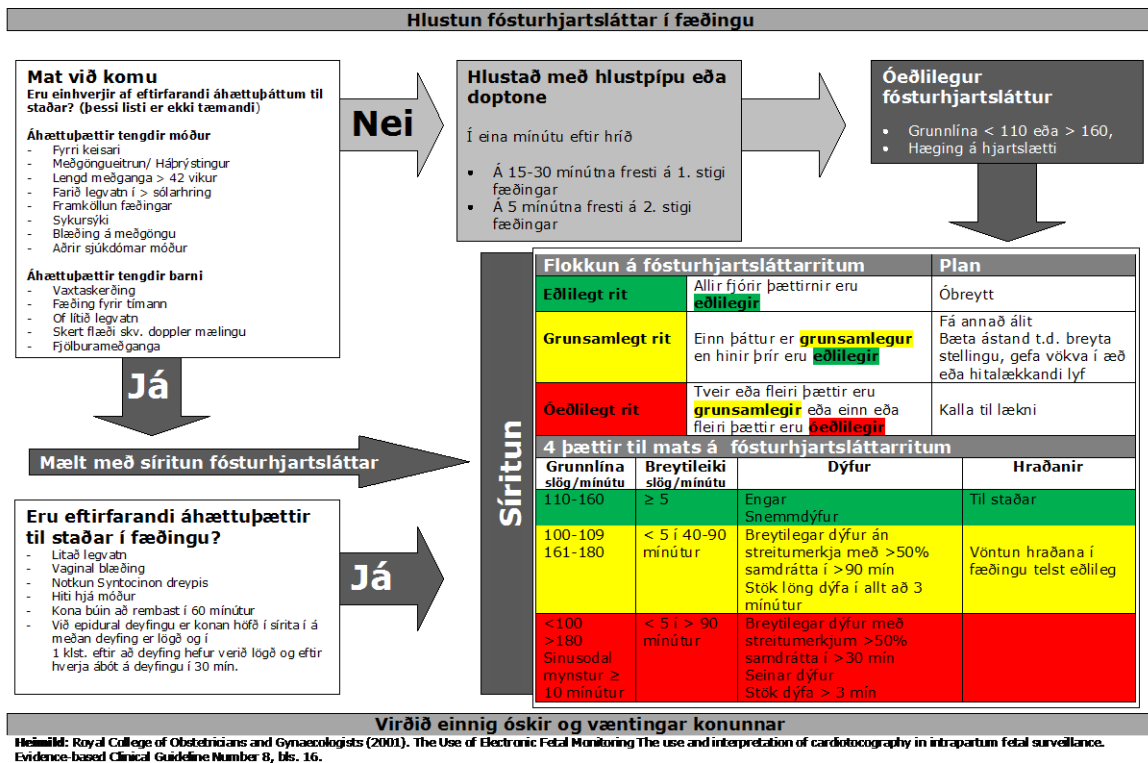
Aðrar verkjameðferðir sem hefur verið sýnt fram á að dragi úr verkjaupplifun í fæðingu eru notkun baðs, nálastungur og dáleiðsla (Leap og Anderson, 2008). Lawrence Beech og Phipps (2008) benda á að notkun baðs hafi því miður verið hætt á mörgum fæðingarstöðum í Bretlandi vegna áhrifa frá

barnalæknum sem lýsa meðal annars yfir miklum áhyggjum af hækkun líkamshita móður sem getur orðið í baði sé baðvatn of heitt. Slíkt er ekki æskilegt í fæðingu og getur haft óæskileg áhrif á fóstrið. Merkillegt þykir að barnalæknar hafa aldrei haft áhyggjur af hækkun líkamshita móður sem aukaverkun eftir utanbastsdeygingu. Ekki er vitað um sjúkrahús í Bretlandi sem hefur hætt að bjóða uppá utanbastsdeygingar vegna þessa.

### 2.3.3 Síritun fósturhjartsláttar

Eitt algengasta inngrip í fæðingarferlið víðsvegar um heiminn er síritun fósturhjartsláttar. Þrátt fyrir að sýnt hafi verið fram á hátt hlutfall falskt jákvæðra ritana, aukna tíðni inngripa og keisaraskurða við notkun þeirra (Alfirevic, Devane og Gyte, 2006; Mead, 2008). Síritun fósturhjartsláttar sýnir breytingar á fósturhjartslætti í tengslum við samdrætti í legi. Markmið síritunar er að finna börn sem eru að súrna vegna súrefnisskorts í fæðingum til þess að geta metið líðan barnsins enn frekar eða lokið fæðingunni fyrr með áhöldum eða keisara. Þegar notast er við síritun fósturhjartsláttar eru konur oft heftar við rúmið og geta ekki hreyft sig eins frjálsglega og eftir sínum þörfum. Oft eru þær látnar vera frekar í stellingu sem „hentar ritinu betur“ en þeim sjálfum (Alfirevic og félagar, 2006). Alfirevic, Devane og Gyte (2006) tóku saman tólf rannsóknir (>37.000 konur) þar sem bornar voru saman útkomur barna eftir fæðingu með síritun fósturhjartsláttar (með og án blóðprufu úr kolli) við hléhlustun fósturhjartsláttar. Þegar notast er við hléhlustun fósturhjartsláttar í fæðingu er hlustað með Pinard's hlustunarpípu (hlustunarpípa úr tré hönnuð til að hlusta á fósturhjartslátt í móðurkviði) eða Doppler (lítið tæki sem sendir ómbylgjur gegnum kvið móður og nemur hjartslátt fósturs) á hjartslátt fóstursins á ca. 15 mín fresti í eina mínútu eftir hríð á fyrsta stiga fæðingar. Á öðru stigi fæðingar er eftirlit aukið og hlustað er á fimm mínútna fresti í eina mínútu eftir hríð (Walsh, 2011). Markmið rannsókna Alfirevic, Devane og Gyte (2006) var að meta verkan síritunar í fæðingu. Helstu niðurstöður voru á þá leið að enginn munur var á nýburadauða á milli hópanna þar sem notast var við hléhlustun eða síritun hjartsláttar í fæðingu. Hins vegar krömpuðu marktækt færri börn eftir fæðingu þar sem notast var við síritun hjartsláttar en krampar eftir fæðingu voru sjaldgæfir í báðum hópum. Enginn munur var á heilalömun barna í hópnum tveimur. Jafnframt voru marktækt fleiri keisaraskurðir og áhaldafæðingar í hópnum þar sem notast var við síritun heldur en hléhlustun. Ekki var marktækur munur á þessum niðurstöðum milli undirhópa kvenna í; lítilli áhættu, mikilli áhættu eða fyrirburafæðingu. Aðgangur að tækjum til að meta líðan fósturs með blóðprufum úr kolli virtust heldur ekki hafa áhrif á niðurstöðurnar. Á Fæðingarvakt Kvennadeildar Landspítalans er síritun fósturhjartsláttar notuð við fæðingar þar sem einhver áhætta er til staðar í fæðingunni eins og sjá má á flæðiritinu á mynd 2. Þar er einnig tekið fram að skoðun og óskir konunnar skulu virtar. National Institute for Health Clinical Excellence (NICE) mælir með hléhlustun hjá heilbrigðum konum sem hafa gengið í gegnum eðlilega meðgöngu (NICE, 2007).

## Mynd 2: Siritun fósturhjártsláttar- Flæðirit



(Anna S. Vernharðsdóttir og félagar, 2013)

### 2.3.4 Belgjarof

Belgjarof er eitt algengasta inngripið í fæðingarferlið og því miður þá álíta alltof margir það ekki vera inngrip þrátt fyrir að áhrif þess geti verið neikvæð fyrir fæðinguna (Mead, 2008; Smyth, Aldred og Markham, 2013). Belgjarof er yfirleitt framkvæmt í þeim tilgangi að auka kraft samdráttanna og þannig hraða á fæðingunni (Smyth og félagar, 2013). Smyth, Aldred og Markham (2013) skoðuðu fimmtán rannsóknir (5583 konur) með tilliti til virkni og öryggis belgjarofs sem aðferðar til að hraða á fæðingum sem hefjast sjálfkrafa. Rannsóknirnar fimmtán sem voru skoðaðar báru saman fæðingar þar sem belgjarof var notað eitt og sér til hríðarörvunar og fæðingar þar sem beðið var eftir að belgir rofnuðu sjálfkrafa. Ekki var marktækur munur á lengd fyrsta stigs fæðingar hjá konum þar sem belgjarof hafði verið framkvæmt og hjá þeim þar sem belgir rofnuðu sjálfkrafa eða héldust heilir. Niðurstöðurnar voru því að ekki sé mælt með belgjarofi sem leið til að hraða á fæðingum þar sem sótt hefst sjálfkrafa. Aðrar breytur sem voru skoðaðar voru keisaraskurðir, ánægja mæðra og apgar skor nýbura og fannst enginn marktækur munur á þeim breytum heldur. Vitað er að möguleiki er á breytingum á hjartslætti fósturs í kjölfar belgjarofs vegna hugsanlegs framfalls á naflstreng, þrýstings á höfuð fósturs og þrýstings eða togs á naflastreng. Hjarta- og æða vagal viðbragð (e. vagal cardiovascular response) verður vegna aukins þrýstings á kollinn og þar með vagal taugina. SA hnúður (innbyggður gangráður) hjartans sendir þá færri boð og hjartslátturinn hægist. Einnig getur orðið erfiðara fyrir barnið að snúa sér úr framhöfuðstöðu eða annarri stöðu þar sem kollinn ber skakkt að í grindina. Jafnframt aukast líkurnar á að móðirin óski eftir deyfingu vegna aukinna verkja þar sem mögulegt er að sóttin harðni og

belgirnir sem umlykja kollinn dempa ekki lengur þrýstinginn á leghálsinn og afleiðingin verður sárari verkir (Church og Tracey, 2011; Meakin, 2011; Robertson, 2004). Þó að hættan sé lítil er jafnframt möguleiki á rofi á fósturæðum, sem geta legið útí belgjum (e. vasa previa), þegar gert er belgjarof. Við þessar aðstæður getur orðið mikil blæðing sem kemur frá barninu og eru um 60% líkur á dauða þess en hætta fyrir móður er lítil. Við þetta breytast lífsmörk móður lítið en breytingar á fósturhjartslætti sjást strax (Gilbert, 2010). Kostir órofinna belgja er meðal annars þeir að þá helst þrýstingur vatns sem umlykur barnið í fæðingunni sá sami og minni hætta er á sýkingu með órofnu belgi. Jafnframt verður minna álag og tog á fylgjubeðið en slíkt álag gæti orsakað minna blóðflæði um fylgju og auknar líkur verða á súrefnisþurrð hjá fóstri. Ávallt eiga að vera mjög sterkar ábendingar fyrir því að framkvæma skuli belgjarof (Church og Tracey, 2011).

### 2.3.5 Notkun hríðarörvandi lyfja

Hríðarörvandi lyf eru notuð til gangsetningar, til að örva samdrætti í fæðingu og til að koma í veg fyrir blæðingu eftir fæðingu eða stöðva hana. Til eru nokkrar gerðir hríðarörvandi lyfja og má þá helst nefna prostaglandín, gervioxýtósín (t.d. syntocinon), methergin og blöndu af gervioxýtósíni og methergini, (Jordan, 2011) en það síðastnefna er ekki notað hérlendis. Gæta skal fyllstu varúðar við notkun þessara lyfja þar sem oförvun getur komið í leg og blóðþurrð orðið í fylgju sem getur leitt af sér fósturköfnun. Notkun hríðarörvandi lyfja eykur einnig hættuna á legrofi (sérstaklega eftir fyrri keisaraskurð) og blæðingu eftir fæðingu (Jordan, 2011).

### 2.3.6 Spangarklipping

Í spangarklippingum (e. episiotomy) er spöng móður klippt með þar til gerðum skærum annað hvort í miðlínu eða í 45-60° halla frá miðlínu til að auka ummál fæðingarops við fæðingu (Kettle, 2011). Spangarklipping er í völdum tilfellum sögð draga úr líkum á þriðju og fjórðu gráðu spangarrifum, draga úr áhættunni á þvag- og hægðaleka og vernda barnið fyrir skaða og streitu í erfiðum fæðingum. Kynferðisleg virkni er talin verða betri og saumaskapur auðveldari eftir spangarklippingar heldur en eftir tættar spangarrifur. Spangarrifur af þriðju og fjórðu gráðu eru djúpar spangarrifur þar sem spöngin hefur rifnað niður í endaparmsvöðva eða hann farið í sundur. Í stórri samantekt um spangarklippingar frá Finnlandi kom fram að algengustu ástæðurnar fyrir spangarklippingu væru áhaldafæðing, þungburi og örvun með oxytósíni (Räsänen, Vehviläinen-Julkunen, Gisler og Heinonen, 2011). Ekki er mælt með spangarklippingum nema ábendingar séu fyrir notkun þeirra, til dæmis stíf spöng, fósturstreita, þegar móðir má ekki rembast kröftuglega vegna sjúkdóms, framhöfuðstaða, áhaldafæðing eða til að auðvelda fæðingu í sérstökum tilfellum axlarklemmu (Macdonald og Magill-Cuerden, 2011). Spangarklippingar geta haft í för með sér óþægindi og verki á spangarsvæði, óþægindi við kynlíf, ósamhverft útlit spangar, þvag- og hægðaleka og endaparms-legganga fistil (Carrolli og Mignini, 2009). Út frá þessu er ljóst að spangarklippingar geta leitt til þeirra áverka sem þeim er ætlað að koma í veg fyrir. Því skal ávallt meta hvort virkileg þörf sé á spangarklippingu og mikilvægt er að fá samþykki móður áður en hún er framkvæmd (Jones, 2011).

### 2.3.7 Virk meðferð á þriðja stigi

Virk meðferð á þriðja stigi er hugsanlega það inngrip í fæðingarferlið sem er hvað mest viðurkennt. Þar sem það er talið eiga rétt á sér vegna þess að ábendingar eru um að blóðmissir mæðra eftir fæðingu verði minni heldur en ef lífeðlisfræðilegri meðferð er beitt (Mead, 2008). Árið 2003 gáfu Alþjóðasamtök ljósmæðra (ICM) og Alþjóðasamtök kvensjúkdóma- og fæðingarlækna (International Federation of Gynaecologists and Obstetricians, FIGO) frá sér sameiginlega yfirlýsingu þess efnis að bjóða ætti öllum konum virka meðferð á þriðja stigi fæðingar til að draga úr líkum á blæðingu eftir fæðingu. Virk meðferð á þriðja stigi fæðingar felur í sér notkun samdráttarlyfja eins og gervioxýtósíns eða methergins, að skilið sé á milli móður og barns áður en fylgjan er fædd og stýrðu naflastrengstogi er beitt til að fá fylgjuna út sem fyrst og legið er nuddað eftir fæðingu fylgjunnar (ICM og FIGO, 2004). Lífeðlisfræðileg umönnun á þriðja stigi fæðingar er þegar losun fylgju verður vegna lífeðlisfræðilegra þátta og án notkunar samdráttarlyfja. Fylgjan fæðist sjálfkrafa fyrir tilstilli krafta frá móður og ekki er togað í streng til að hjálpa við fylgjufæðinguna. Jafnframt er beðið með að skilja á milli móður og barns þar til sláttur hættur í streng eða fylgjan er fædd (Begley og félagar, 2011; Medforth, Evans, Marsh og Walker, 2011) Æskilegt er að í umhverfinu séu dempuð ljós og rólegheit, móðirin verði ekki fyrir truflun, hún fái óhindrað að njóta nýfædds barns síns (Odent, 1998) og ekki á að nudda legbotn (Dóra B. Stephensen, 2013). Odent (1998) segir að ef þessum reglum sé framfylgt þá sé lítil hættu á blæðingu eftir fæðingu hjá konum án áhættuþátta. Begley og félagar (2011) tóku saman niðurstöður fimm rannsókna (6.486 konur) sem fóru fram á sjúkrahúsum í þróuðum löndum. Fjórar rannsóknir báru saman virka meðferð og lífeðlisfræðilega umönnun á þriðja stigi. Fyrir allar konur óháð áhættuþáttum blæðingar eftir fæðingu dró virk meðferð á þriðja stig úr alvarlegri blæðingu og blóðleysi hjá mæðrum. Það dró einnig úr fæðingarþyngd barna sem er talið endurspegla blóðmagnið sem verður eftir í fylgjunni þegar skilið er fljótt á milli. Blóðþrýstingur mæðra var hærri, þær höfðu meiri verki, notuðu frekar verkjalyf og lýstu ógleði oft en mæður sem hlutu lífeðlisfræðilega umönnun á þriðja stigi fæðingar. Aukaverkanirnar sem mæðurnar í hópnum sem hlaut virka meðferð á þriðja stigi upplifðu voru taldar vera vegna aukaverkana frá samdráttarlyfjum og þá sérstaklega methergins. Fjöldi mæðra sem komu aftur á sjúkrahús eftir útskrift vegna blæðinga var einnig marktækt hærri og er það talið vera vegna belgja- og eða fylgjuleyfa sem urðu eftir í legi þegar virku naflastrengstogi var beitt. Fyrir mæður í lítilli áhættu fyrir blæðingu voru niðurstöðurnar sambærilegar fyrir utan að í þeim hópi var ekki aukin áhætta á alvarlegri blæðingu eftir fæðingu. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin mælir nú með virku þriðja stigi og að beðið sé með að skilja á milli móður og barns þar til sláttur er hættur í streng. Rannsakendur ályktuðu að mæður ættu að vera fræddar um kosti og galla hvorrar meðferðar fyrir sig svo þær geti tekið upplýsta ákvörðun (Begley og félagar, 2011). Jafnframt er mikilvægt að sá sem veitir lífeðlisfræðilega umönnun á þriðja stigi geri það rétt því að þegar ósamstæðri meðferð er beitt, þar sem aðferðum úr virkri meðferð og lífeðlisfræðilegri umönnun er blandað saman, þá er mesta hættan á blæðingu eftir fæðingu (Fahy, 2009). Ljósmæður ættu því að fræða konur um hvora meðferðina fyrir sig, vega og meta áhættu- og umhverfispætti hverju sinni ásamt því að aðstoða þær við ákvarðanatöku um hvor meðferðin er rétt fyrir þær og þeirra fæðingu (Mead, 2008).

## 2.4 Inngrip í sjúkdómsvæddu umhverfi

Aðeins fimmtungur frumbyrja í Stóra Bretlandi eða 17% geta talist hafa átt lífeðlisfræðilega fæðingu samkvæmt rannsókn sem skoðaði inngrip í eðlilegt fæðingarferli þar í landi árið 2001. Í Ástralíu fæða minna en helmingur kvenna án inngripa í almenna heilbrigðiskerfinu en minna en 25% kvenna sem eru í umsjá einkaaðila (Walsh, 2008). Í Bandaríkjunum er hlutfall notkunar sírita í fæðingu 85%, gangsetninga 40%, notkun hríðarörvandi lyfja 70% (Germano og félagar, 2012) og utanbastsdeyfinga 61% (Osterman og Martin, 2011). Á stærstu fæðingarstöðum Íslands eða á Kvennadeild Landspítalans, Fjórðungssjúkrahúsins á Akureyri og Heilbrigðisstofnun Vesturlands Akranesi voru gagnsetningar á bilinu 22%-26% árið 2011 (Ragnheiður I. Bjarnadóttir og félagar, 2013). AIMS samtökin í Bretlandi hafa lýst yfir áhyggjum af því að komið hafi upp tilfelli þar sem ljósmæðranemar hafi farið í gegnum námið sitt án þess að fá að sjá eina einustu eðlilegu fæðingu (Walsh, 2008).

Í rannsókn Mead (2008) var skoðað hvernig ljósmæður í Stóra Bretlandi (11 ljósmæðrastýrðar einingar), Belgíu (128 ljósmæður og 26 ljósmæðranemar) og Frakklandi (270 ljósmæður) hugsuðu um heilbrigðar konur í lítilli áhættu á virku stigi fæðingar og hver skynjun þeirra á áhættu væri. Misjafnt var á milli landa hvernig umönnun var háttáð en í Frakklandi virtist áhættuskynjun vera mest. Þar í landi sögðust 99% ljósmæðranna taka svokölluð komurit þar sem hjartsláttur fósturs var ritaður með sírita í 20-30 mínútur þegar konan kom inn í fæðingu. Rúmlega helmingur þeirra kvaðst nota síritann alla fæðinguna og 86% bönnuðu fæðuinntöku um munn í virkri sótt. Í Frakklandi og Belgíu virtust innri skoðanir einnig vera tíðar eða á 1-2 klukkustunda fresti. Belgísku ljósmæðurnar virtust vera mitt á milli þeirra frönsku og bresku hvað varðar áhættuskynjun en umönnun þeirra bresku var síst áhættumiðuð. Einungis 3% þeirra sögðust nota sírita í fæðingu, 6% sögðust banna fæðuinntöku um munn og flestar framkvæmdu innri skoðanir á fjögurra klukkustunda fresti. Áhættuskynjun ljósmæðranna var einnig metin út frá því hversu líklegt þær teldu að heilbrigðar frumbyrjur í sjálfkrafa sótt, þar sem hugsanlega hefði verið framkvæmt belgjarof, enduðu í áhaldafæðingu eða bráðakeisara. Bresku ljósmæðurnar sem tóku þátt í rannsókninni virtust vera svartsýnni en raunveruleg þörf var á fyrir hönd þessara kvenna. Hins vegar voru þær of bjartsýnar fyrir hönd þeirra kvenna sem fengu utanbastsdeyfingu. Það sama var að segja um belgísku og frönsku ljósmæðurnar en utanbastsdeyfing var greinilega ekki álitin jafnmikill áhættuþáttur fyrir keisara og hún raunverulega er. Höfundur ályktaði að umhverfið sem ljósmæðurnar störfuðu í hefði áhrif á skynjun þeirra á áhættu sem samræmist niðurstöðum eigindlegrar íslenskrar rannsóknar sem hafði það að markmiði að skoða hvernig íslenskar ljósmæður skynja hugtökin „öryggi og áhætta“ við eðlilegar fæðingar. Markmiðið var einnig að athuga hvaða áhrif sú skynjun hafði á ákvarðanatöku um umönnun í fæðingu. Haldin voru tvö fagrýnihópaviðtöl við samtals 18 ljósmæður sem störfuðu í Hreiðri og á Fæðingargangi á Landspítala Háskólasjúkrahúsi árið 2006. Í ljós kom að menning fæðingarstaðar og áhættuhugsun í umhverfinu hafði áhrif á sjálfstraust ljósmæðranna. Innri þekking og skilgreining þeirra á eðlilegri fæðingu sveiflaðist einnig með umhverfinu (Valgerður L. Sigurðardóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009). Þetta hefur jafnframt komið fram í Hollandi þar sem heimafæðingar eru hvað algengastar í heiminum. Fæðingarumhverfið er ekki einungis annað fyrir foreldra ef þeir ákveða að fæða á sjúkrahúsi í stað heima heldur einnig fyrir ljósmæður. Þær þurfa að laga umönnun sína í fæðingu að umhverfinu hverju sinni (van Der Hulst, 1999). Í eigindlegri nýsjálenskri rannsókn Crabtree (2008) höfðu ljósmæður sömu sögu að segja,



starfsumhverfið hafði áhrif á hugsanagang og umönnun þeirra í fæðingum, meðal annars vegna þess að þar þurftu þær að starfa eftir reglum fæðingarstofnunarinnar. Verklagsreglum hefur fjölgað og er ástæða þess í mörgum tilfellum ótti ljósmæðra og lækna við lögsóknir eða rannsóknir á starfsemi. Til að komast hjá lögsóknum eru oft búnar til verklagsreglur og vinnuleiðbeiningar til varnar heilbrigðisstarfsfólki, komi til málsókna. Í mörgum tilfellum eiga slíkar reglur að minnka áhættu en stundum skortir að sýnt hafi verið fram á að slík vinnuferli minnki áhættu í raun. Í rannsókn Crabtree var markmiðið að skoða hvaða þýðingu eðlileg fæðing hefði í ljósmóðurstýrðri barneignarþjónustu sem var leiðandi þjónusta í Nýja Sjálandi í upphafi 21. aldarinnar. Níu ljósmæður sem einnig voru hjúkrunarfræðingar tóku þátt í rannsókninni, starfsreynsla þeirra var frá 18 mánuðum til 15 ár og störfuðu þær sjálfstætt og sinntu 30-60 konum á ári. Bakgrunnur þeirra var fjölbreyttur hvað varðar starfsstaði, staðsetningu og starfsumhverfi. Í rannsókninni kom skoðun ljósmæðranna á fæðingarumhverfinu innan sjúkrahúsa í ljós. Í sjúkrahúsfæðingum er fæðingarstofan tilbúin með sírita, hitamælir er til sýnis og rúmið er í miðju herberginu eins og það sé ætlast til þess að konan leggist í rúmið og hjartsláttur barns og hriðarnar séu ritaðar. Ljósmæðurnar töldu þetta hafa áhrif á hvort fæðing yrði eðlileg og lýstu því hvernig þær reyndu að gera stofurnar minna stofnanalegar með því að taka út það sem hægt var. Þær reyndu jafnframt að búa til umhverfi sem konunni leið vel í og jók sjálfstraust hennar.

## 2.5 Hvers konar umönnun stuðlar að eðlilegum fæðingum?

Áhrif mismunandi aðferða og forma umönnunar í barneignarþjónustu á eðlilega fæðingu hafa mikið verið skoðuð (Walsh, 2008). Tafla 1 sýnir yfirlit yfir aðferðir sem rannsóknir hafa sýnt að stuðli að eða geti haft skaðleg áhrif á eðlilegar fæðingar.

**Tafla 1: Rannsóknartengsl mismunandi aðferða og áhrif þeirra á eðlilegar fæðingar**

<b>Aðferðir sem hafa sterk rannsóknartengsl við góða útkomu í eðlilegum fæðingum</b>	<b>Aðferðir sem hafa miðlungs sterk rannsóknartengsl við góða útkomu í eðlilegum fæðingum</b>	<b>Aðferðir sem að geta gert skaða eða hafa ekki sýnt fram á árangur samkvæmt rannsóknarniðurstöðum</b>
Ytri vending til að koma í veg fyrir sitjandi fæðingu	Ljósmeðrastýrð umönnun fyrir konur sem ekki hafa alvarlega áhættuþætti	Síritun fósturhjartsláttar þar sem ekki er aðgangur að mælingum á blóðþrúfum úr fóstri
Að bjóða ekki gangsetningu fyrr enn eftir fulla 41 viku meðgöngu	Að konur hafi val um félaga í fæðingu	Síritun fósturhjartsláttar hjá heilbrigðum konum og börnum
Samfelldur stuðningur í fæðingu	Virða val kvenna um fæðingarstað	Liggjandi staða á öðru stigi fæðingar
	Að hafa fæðingarfélagi við innlögn í fæðingu	Venjubundnir eða frjálst val um spangarskurði
	Frelsi til að hreyfa sig um í fæðingu og breyta um stellingu getur einnig verið gagnlegt gegn verkjum	Venjubundin aðskilnaður móður og barns
	Breyta um stellingu þegar upp kemur fósturstreita	
	Vernda spöngina	

(Walsh, 2008)

### 2.5.1 Ljósmeðrastýrð umönnun

Sandall, Soltani, Gates, Shennan og Devane (2013) tóku saman niðurstöður 13 rannsókna (16.242 konur) þar sem ljósmeðrastýrð umönnun (e. midwife led care) á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu var borin saman við læknisstýrða umönnun (e. medical led care) og þar sem umönnun var sinnt af tveim eða fleiri stéttum heilbrigðisstarfsfólks. Rannsóknir þar sem tilviljun réði því hvers konar umönnun konurnar hlutu í barneignarferlinu uppfylltu skilyrðin til að vera með í samantektinni. Konur sem voru í umönnun ljósmeðra fengu síður deyfingar í fæðingu og hlutu færri spangarskurði en konur sem voru í umsjá lækna eða í sameiginlegri umsjá. Að auki voru færri áhaldafæðingar hjá konum í umsjá ljósmeðra en ekki var marktækur munur á keisaratiðni milli hópanna. Konur í umsjá ljósmeðra voru einnig ólíklegri til að missa fóstur fyrir 24 vikna meðgöngu og eignast fyrirbura. Höfundar ályktuðu að öllum konum nema þeim sem eiga við alvarleg heilbrigðis- eða fæðingarfræðileg vandamál að stríða ætti því að bjóða ljósmeðrastýrða umönnun. Ljósmeðrastýrð umönnun er einnig fjárhagslega hagkvæmari heldur en læknisstýrð umönnun (Sandall og félagar, 2013; Walsh, 2008).

### 2.5.2 Samfelld þjónusta í meðgöngu og fæðingu

Með samfelldri þjónustu er átt við að sama ljósmóðir sinnir konunni í öllu barneignarferlinu. Hún sinnir mæðravernd, tekur á móti barninu og sinnir konunni og barninu á sængurlegutímabilinu. Ljósmóðirin og konan kynnast hvor annarri vel og mynda gott meðferðarsamband (Walsh, 2008).

#### 2.5.2.1 Samvinnukerfi ljósmeðra með deilingu á álagi

Samvinnukerfi ljósmeðra með deilingu á álagi (e. caseload scheme) er eitt form samfelldrar þjónustu þar sem lítið teymi sem samanstendur af tveimur til þremur ljósmæðrum sinnir konum samfelld í öllu ferlinu. Hver kona fær eina ljósmóður sem sinn aðalumönnunaraðila og myndar gott samband við hana en þekkir hinar ljósmæðurnar líka þar sem þær vinna saman og deila álagi af bakvöktum og fleiru sín á milli. Samkvæmt ástralskri samanburðarrannsókn með slembiúrtaki (2.314 konur) voru konur í þess konar umönnun ólíklegri til að fara í keisara, fá utanbastsdeyfingar eða hljóta spangarskurð í fæðingu heldur en konur þar sem samfella í umönnun var minni. Börn þeirra voru einnig ólíklegri til að lenda á nýburagjörgæslu, þær áttu síður léttbura og voru skemur innlagðar á sjúkrahús eftir fæðingu (McLachlan og félagar, 2012). Nokkrar framskyggjar hóprannsóknir hafa að auki bent til þess að fæðingar þeirra eru sjaldnar örvaðar með lyfjum, þær rifna síður í fæðingu, fæða frekar heima eða á fæðingarheimilum og ánægja þeirra með fæðingar sínar og umönnun er meiri (Walsh, 2008). Ánægja ljósmeðra sem vinna saman á þennan hátt er einnig mikil þar sem þær geta myndað sterk sambönd við konuna og stýrt sínum vinnutíma. Þær brenna síður út og upplifa mikinn félagslegan og faglegan stuðning (Walsh, 2008).

Ljósmæðurnar á „The Farm“ sem talað var um hér að framan vinna í samvinnukerfi og hafa tekið á móti yfir 2200 börnum á heimilum foreldranna eða á fæðingarheimili svæðisins. Keisaratiðni kvennana á „The Farm“ árið 2000 var 1,4% en áhaldafæðingar voru 0,05%. Gaskin (2003) segir þær hafa náð þessum frábæra árangri án þess að hafa stofnað lífi kvennanna eða barnanna í nokkra hættu. Hún segir konurnar sem fæða á „The Farm“ ekki vera frábrugðnar öðrum konum í Bandaríkjunum þar sem keisaratiðnin var orðin 32,8% árið 2012 (Martin og félagar, 2013) nema að einu leyti. Í öruggum höndum ljósmæðranna eru þær síður hræddar við fæðingar vegna þess að þær treysta líkama sínum fyrir því verkefni sem fæðingin er.

### 2.5.2.2 Teymisvinna ljósmæðra

Annað form þjónustu, teymisvinna ljósmæðra, er mjög svipað samvinnukerfi með deilingu á álagi. Þar vinna oft sex til átta ljósmæður saman og sinna mæðrum samfelldu í barneignarferlinu. Slíkt kerfi stóð til boða hér á landi á árunum 1994-2006 og var kallað MFS (Meðganga, fæðing, sængurlega) þjónusta ljósmæðra. Þessari þjónustu sinntu tvö teymi sex (1994-2000) og sjö ljósmæðra (2000-2003) sem runnu saman í eitt teymi níu ljósmæðra árið 2003. Hópurinn þjónustaði konur samfelldu í öllu barneignarferlinu og skiptu ljósmæður á milli sín fæðingarbakvöktum og lagt var upp með að konurnar fæddu deyfingarlaust í Hreiðrinu. Markmiðið var að bjóða samfelldu þjónustu í barneignarferli, að gera foreldrum kleift að taka aukna ábyrgð á eigin ferli, að forðast óþarfa innngrip í eðlilega fæðingu og veita fjölskyldunni tækifæri til að vera saman eftir fæðingu með það fyrir augum að styrkja tengslamyndun. Þjónustan naut mikilla vinsælda og færri komust að en vildu en hún var lögð niður þegar Hreiðrið opnaði sem almenn fæðingardeild fyrir allar heilbrigðar konur í eðlilegu ferli í september 2006 (Arndís Mogensen og Hafdís Ólafsdóttir, 2007).

Í Lundúnum í Bretlandi var ljósmæðrarekin eining sem hét „The Albany Midwifery Practice“ og þar störfuðu ljósmæður í teymisvinnu í samfelldri barneignarþjónustu. Þær stýrðu umræðuhópum á meðgöngunni þar sem konur deildu sögum og við 36 vikna meðgöngulengd ræddi konan við sína ljósmóður um fæðinguna og val á fæðingarstað. Mjög hátt hlutfall kvenna í þeirra umsjá sem fæddu um leggöng eða 93,6% fæddu án nokkurra deyfinga eða verkjalyfja, 2,6% notuðu glaðloft og 3,4% fengu utanbastsdeyfingu. Leap og Anderson (2008) telja hugsanlegt að leiðir þessarar ljósmæðra til að hvetja konur til að fæða deyfingarlaust gætu haft ýmsar góðar afleiðingar í för með sér sem hafa jákvæð áhrif á lýðheilsu, kostnað og andlega líðan.

Walsh (2008) tók saman aðaltriði úr niðurstöðum sjö rannsókna sem báru saman teymisvinnu í samfelldri þjónustu í barneignarferli við hefðbundna þjónustu. Konur í umönnun ljósmæðra í teymisvinnu virtust leggjast sjaldnar inná sjúkrahús á meðgöngunni og tóku frekar þátt í fæðingarfræðslunámskeiðum. Þær notuðu síður verkjalyf í formi lyfja og deyfinga, siritar í fæðingu voru sjaldnar notaðir og sjaldnar var þörf á endurlífgun nýbura í þeim hópi. Jafnframt virtust þær betur undirbúnar og fá betri stuðning í fæðingu.

### 2.5.2.3 Yfirseta, samfelldur stuðningur í fæðingu

Yfirlitsgrein sem skoðaði niðurstöður 22 samanburðarrannsókna með slembiúrtökum hafði það að markmiði að skoða áhrif samfellds stuðnings í fæðingu á mæður og börn. Nokkrar breytur, meðal annars keisaratiðni, notkun utanbastsdeyfinga og siritun fósturhjartsláttar voru skoðaðar sérstaklega. Samanlagður fjöldi þátttakenda var 15.288 konur og fóru rannsóknirnar fram í 16 löndum við ólíkar aðstæður. Það sem rannsóknirnar áttu sameiginlegt var að meðferðarhópurinn hlaut samfelldan stuðning þar sem stuðningsaðilinn var ekki að hugsa um aðrar konur í fæðingu (e. continuous one-to-one support). Misjafnt var hver veitti stuðninginn en það gat til dæmis verið óheilbrigðismentaður einstaklingur sem hefur hlotið þjálfun í fæðingarstuðningi (e. doula) eða heilbrigðisstarfsmaður svo sem hjúkrunarfræðingur eða ljósmóðir. Eins gat stuðningsaðilinn verið fjölskyldumeðlimur eða vinkona og í sumum rannsóknunum voru stuðningsaðilarnir ókunnugir konunni fyrir fæðinguna. Samanburðarhópurinn hlaut svo hefðbundna meðferð án samfellds stuðnings eins og hún var

skilgreind hverju sinni. Niðurstöður voru á þá leið að konur sem hlutu samfelldan stuðning í fæðingu voru líklegri til að fæða um leggöng án hefðbundinna verkjalyfja og áhalda. Keisaratiðnin var einnig marktækt lægri í þeim hópi og börn þeirra voru ólíklegri til að fá lágan 5 mínútna apgar (<7) (einkunnagjöf sem metur ástand nýbura við fæðingu, gefin við einnar mínútu aldur og fimm mínútna aldur). Þær voru jafnframt líklegri til að eiga styttri fæðingar og vera ánægðari með fæðingarreynslu sína. Samfelldur stuðningur virtist ekki hafa neinar neikvæðar afleiðingar í för með sér og felur ekki í sér neina áhættu fyrir stuðningsaðilann heldur. Allar konur sem hlutu samfelldan stuðning höfðu jákvæðari útkomu fæðingar heldur en konur sem höfðu hann ekki. Stuðningur frá aðila sem var eingöngu til staðar fyrir konuna í þeim tilgangi, hefur reynslu af því að veita fæðingarstuðning og hefur hlotið þjálfun í því virtist vera gagnlegastur. Niðurstöður rannsóknarinnar voru ótvíræðar og á þá leið að konur ættu að hafa með sér stuðningsaðila í fæðingu sem getur veitt þeim samfelldan stuðning (Hodnett, Gates, Hofmeyr og Sakala, 2013). Hvað ljósmæður varðar þá getur aukin öryggistilfinning kvenna sem þær sinna haft gagnkvæm áhrif og verið styrkjandi þáttur fyrir ljósmóðurina (Elva B. Einarsdóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009; Valgerður L. Sigurðardóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009). Slíkt gagnkvæmt samband myndast með stöðugri yfirsetu sem veitir færi á að beita klínískri færni og velja bestu umönnun fyrir konuna (Berg og félagar, 2012; Valgerður L. Sigurðardóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009). Í samanburðarrannsókn með slembiúrtaki skoðuðu Hodnett og félagar (2002) áhrif samfellds stuðnings sérþjálfaðra hjúkrunarfræðinga í fæðingu á 13 hátæknisjúkrahúsum í Bandaríkjunum og Kanada. Öll sjúkrahúsin voru með mjög háa inngripatíðni. Þátttakendum (6.915 konum) var tilviljanakennt skipt í meðferðarhóp sem hlaut samfelldan stuðning hjúkrunarfræðings í fæðingu og samanburðarhóp sem hlaut hefðbundna meðferð. Konur sem voru gengnar að minnsta kosti 34 vikur og voru byrjaðar í fæðingu með lifandi einbura eða tvíbura uppfylltu inntökuskilyrði í rannsóknina. Rannsakendur skoðuðu fyrst og fremst keisaratiðni milli hópanna tveggja en niðurstöðurnar sýndu ekki fram á martækan mun á keisaratiðni. Aðrar breytur varðandi heilsu móður og barns eins og apgar skor og fæðingarþunglyndi komu einnig svipað út á meðal hópanna tveggja. Eini munurinn var að konurnar sem hlutu samfelldan stuðning í fæðingu myndu kjósa að fá hann aftur væri þeim gefinn kostur á því (Hodnett og félagar, 2002). Þrátt fyrir að samfelldur stuðningur í fæðingu sé ein af fáum leiðum sem hefur verið sýnt fram á að lækki keisaratiðni bendir þessi rannsókn til þess að í umhverfi hátækninnar eða þar sem stuðningur við eðlilega fæðingarferlið er lítil, þá verði áhrif samfellds stuðnings minni (Walsh, 2008). Jafnframt virðist keisaratiðni hækka í takt við fjölgun umönnunaraðila í fæðingu en mikilvægt er að halda fjölda þeirra sem sinna konu í fæðingu í lágmarki (Gagnon, Meier og Waghorn, 2007).

#### **2.5.2.4 Fæðingarstaður**

Rannsóknir á fæðingum í heimahúsum eða í aðstæðum sem líkjast heimilisaðstæðum undir stjórn ljósmæðra benda til þess að þær séu jafn öruggar og fæðingar á sjúkrahúsum hjá konum í lítili áhættu (Fullerton, Navarro og Young, 2007; Olsen og Clausen, 2012; Walsh, 2008). Stór samantekt þar sem teknar voru saman niðurstöður úr 26 rannsóknum á heima-fæðingum sem framkvæmdar voru víðs vegar um hinn þróaða heim sýndi að almennt er útkoma heima-fæðinganna góð bæði hjá móður og barni. Að auki var útkoma þeirra jafngóð eða betri borin saman við aðra fæðingarstaði eins og fæðingarheimili eða sjúkrahús (Fullerton og félagar, 2007). Í heima-fæðingum er ljósmóðirin gestur á

heimili foreldranna og hafa ljósmæður lýst því að starfshættir þeirra í heima-fæðingum og á sjúkrahúsi séu gjörólíkir (Crabtree, 2008; van Der Hulst, 1999).

Mjög stór hollensk rannsókn (529.688 konur) skoðaði útkomur barna mæðra í lítilli áhættu í fyrirfram áætlaðri heima-fæðingu þar í landi. Reyndar ljósmæður sem höfðu réttindi til þess að sinna heima-fæðingum sinntu konunum í fæðingu. Enginn tölfræðilegur munur var á innlögnum á nýburagjörgæslur, burðarmáls- og eða nýburadauða miðað við samanburðahópinn sem í voru konur í lítilli áhættu sem höfðu ákveðið að fæða á sjúkrahúsi (de Jonge og félagar, 2009). Heima-fæðingar eða fæðingar í umhverfi sem líkist heimilisaðstæðum hafa kosti á við minni inngripatíðni (Cheng, Snowden, King og Caughey, 2013; de Jonge og félagar, 2013; Wax og félagar, 2010) og aukna ánægju mæðra (Hodnett, Downe, Edwards og Walsh, 2010). Aðrir þættir eins og samfelldur stuðningur í fæðingu (Hodnett og félagar, 2013), ljósmæðrastýrð umönnun (Sandall og félagar, 2013) og samfella í barneignarþjónustu (McLachlan og félagar, 2012; Walsh, 2008) sem oftast tengjast heima-fæðingum hafa einnig sýnt fram á góða útkomu fyrir mæður og börn. Á sjúkrahúsum þurfa ljósmæður að vinna eftir vinnuleiðbeiningum og verklagsreglum sinnar deildar. Í mörgum tilfellum er þeim skylt að vinna eftir tækni- læknisfræðilegri stefnu í stað lífeðlisfræði- félagslegrar stefnu (Crabtree, 2008; van der Hulst, 1999).

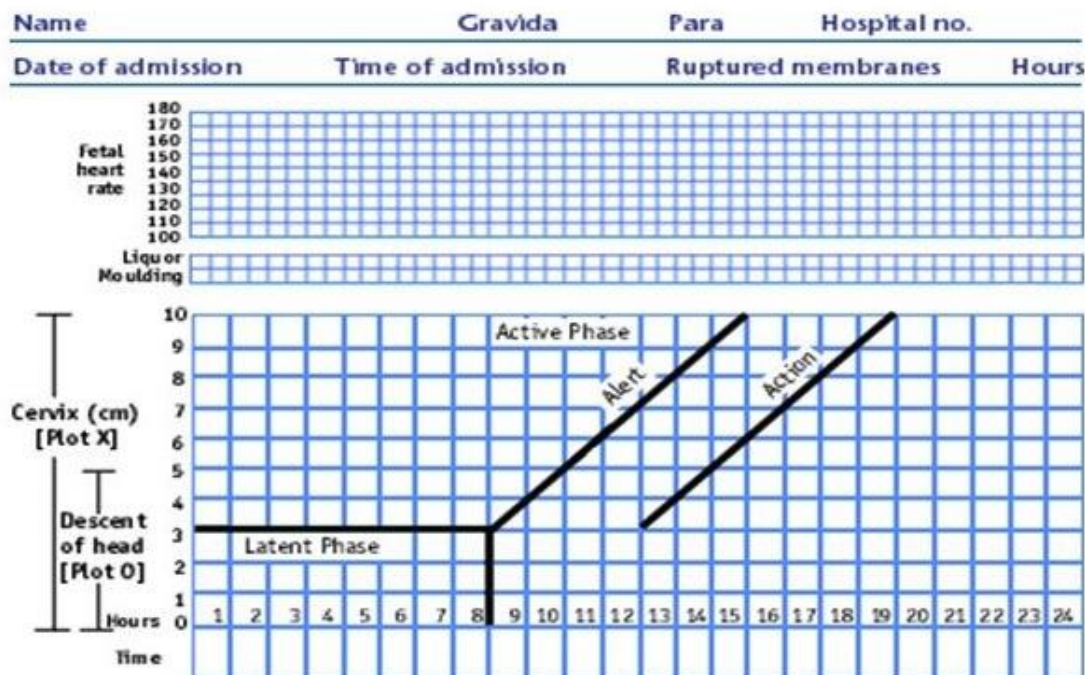
Fæðingarheimili bjóða uppá aðgengilega þjónustu við hæfi fyrir konur og fjölskyldur þeirra í barneignarferlinu. Möguleikinn á betri stuðning við konurnar, fjölskyldur þeirra og fagfólk virðist vera til staðar en það er ólíkt þjónustu sem er stýrð af læknisfræðilegum sjónarmiðum (Stewart, McCandlish, Henderson og Brocklehurst, 2005). Nýleg stór ensk rannsókn (64.538 konur) bar saman útkomur mæðra og barna í lítilli áhættu sem höfðu upphaflega ákveðið að fæða; heima, á sjálfstæðu fæðingarheimili, fæðingarheimili á sjúkrahúsi eða á fæðingardeild á sjúkrahúsi. Niðurstöðurnar voru flokkaðar eftir því hvar fæðingin hófst. Helstu niðurstöður voru á þá leið að konurnar sem hófu fæðingu heima og á fæðingarheimilum (sjálfstæðum eða á sjúkrahúsum) hlutu síður; örvun fæðingar með lyfjum, utanbasts- eða mænudeyfingu, spangarklippingu eða virka meðferð á þriðja stigi heldur en þær sem hófu fæðingu á fæðingardeild sjúkrahúss. Jafnframt var ólíklegra að þær færu í svæfingu, fæðingu þeirra yrði lokið með áhöldum eða keisarskurði og var þessi munur marktækur hjá öllum þátttakendum. Minnstar voru líkurnar á þessum inngripum hjá heima-fæðingahópnum og á sjálfstæðum fæðingarheimilum. Ekki voru tengsl á milli fæðingarstaðar og þarfar móður fyrir blóðgjöf eða alvarlegra spangarrifa en almennt voru líkurnar á þessum fylgikvillum minnstar fyrir konur sem fæddu á sjálfstæðum fæðingarheimilum. Útkomur barna voru góðar í öllum hópum, fyrir fjölbyrjur var enginn munur á útkomum barna þeirra sem fæddu ekki á fæðingardeild sjúkrahúss en hjá frumbyrjum sem fæddu heima voru meiri líkur á verri útkomu barns til dæmis fósturköfnun eða viðbeinsbroti. Rannsóknarniðurstöður studdu því þá stefnu að gefa konum í lítilli áhættu val um fæðingarstað (Brocklehurst og félagar, 2011).

## 2.6 Tíminn og fæðingarferlið

Á sjúkrahúsum er mjög algengt að fæðingargröf (e. partograms) séu notuð til að fylgjast með tímanum í fæðingarferlinu. Í fæðingargrafi er framgangur fæðingar settur fram myndrænt og inná það eru svo oft teiknaðar tvær línur útfrá því hvenær fæðingin hefst samkvæmt grafinu (Donnison, 2011). Þáttur tíma í

fæðingarferlinu virðist vera minni bæði í heima-fæðingum og á fæðingarheimilum heldur en á sjúkrahúsum. Taktur fæðingarinnar virðist vera meira í brennidepli heldur en framgangur hennar og minni áhersla er lögð á fæðingargröf og notkun þeirra frjálslægri (Walsh, 2008).. Í fæðingargrafi er oft reiknað með að útvíkkun sé 0,5cm/klst-1cm/klst í virku stigi fæðingar (misjafnt eftir fæðingarstofnunum) við það mark teiknast fyrri línan sem er aðvörunarlína (e. alert line). Sé framgangur fæðingar hægari og fari hann út fyrir aðvörunarlínuna þarf að fylgjast nánar með gangi fæðingar. Seinni línan er aðgerðarlína (e. action line) sem er teiknuð fjórum klukkustundum á eftir aðvörunarlínunni (Walsh, 2011). Fari framgangur fæðingar yfir aðgerðarlínuna á að grípa inni ferlið á einhvern hátt og getur inngripið verið allt frá belgjarofi til keisaraskurðar eftir því hvernig aðstæður í fæðingunni eru, með það að markmiði að flýta fæðingunni (Donnison, 2011). Dæmi um fæðingargraf má sjá á mynd 3.

**Mynd 3: Fæðingargraf**



(www.cpc.unc.edu (e.d))

Þessar viðmiðunarlínur voru fyrst kynntar af Philpott og Castle við upphaf áttunda áratugarins og tilgangur þeirra var að veita leiðbeiningar um hvenær þyrfti að grípa inni hæggar fæðingar þar sem afleiðingar teppts framgangs geta verið mjög alvarlegar (Walsh, 2011). Í dag styðjast fæðingardeildir við viðvörunar/aðgerðarlínur undir þeim formerkjum að þær geri notkun inngripa eins og belgjarofa og hriðarörvandi lyfja markvissari (Donnison, 2011). Jean Donnison (2011) er félagssagnfræðingur og höfundur bókarinnar *Midwives and Medical Men: A History of the Struggle for the Control of Childbirth* (Macdonald og Magill-Cuerden, 2011). Hún segir viðmiðunarlínurnar stuðla að færibandavinnu venjubundinna inngripa sem sé orðin svo algeng á fæðingardeildum nútímans. Hún kallar fæðingargraf fæðingarspennitreyju þar sem ljósmæðrum er stjórnað af þessu fæðingarlæknisfræðilega

verkfæri. Hún dregur í efa gagnsemi fæðingargrafs fyrir aðra en fæðingarlækna á stöðum þar sem þeir hafa fjárhagslegan ávinning af því að grípa inni fæðingarferlið. Með þessu verkfæri verður hið einstaklingsbundna fæðingarferli að einhverju sem er venjubundið og allar konur eru steyptar í sama mót. Misjafnar skoðanir eru á meðal ljósmæðra um notkun fæðingargrafs en sumar ljósmæður upplifa það sem mikla hömlun á þeirra faglega innsæi og dómgreind á meðan öðrum finnst það nytsamlegt tól (Donnison, 2011). Ekki hefur verið sýnt fram á að notkun þess bæti útkomu mæðra og barna í fæðingum (Donnison, 2011; Lavender, Hart og Smyth, 2013). Sé hins vegar notast við fæðingargraf á annað borð getur það reynst gagnlegt við að greina langdregnar fæðingar og ætti aðgerðarlínan þá að teiknast fjórum klukkustundum aftan við aðvörunarlínu og miða við að framgangur sé 0,5 cm/klst (Walsh, 2007). Að hafa aðgerðarlínu fjórum klukkustundum fyrir aftan viðvörunarlínu gefur betri útkomu með tilliti til hríðarörvunar og keisaraskurða heldur en ef bilið er haft styttra (Lavender og félagar, 2013).

Konur sem fæða á annasömum fæðingardeildum hafa lýst því að sér líði eins og þær séu á færíbandi og hafi tekið númer í biðröð. Þeim líður eins og að þær séu vél sem þarf að afkasta ákveðið miklu innan viss tímaramma og séu verkefni sem þarf að klára (Elva B. Einarsdóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009). Starfsfólk sjúkrahúsa reynir að koma þeim í gegnum kerfið svo starfsemin geti flætt áfram og þetta er meðal annars ástæða þess að tími er mikilvægur þáttur í sjúkrahúsfæðingum (Walsh, 2008). Oft virðist það vera þannig að þegar að kona kemur inná stofnun til að fæða barn sitt þá sé hún búin að afsala sér valdi sínu yfir eigin fæðingu. Hún lýtur valdi stofnunarinnar á meðan hún er þar innlögð og fær það aftur við útskrift (Elva B. Einarsdóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009). Fæðingarlæknirinn Michael Rosenthal segir: „Fyrsta inngripið í náttúrulega fæðingu er þegar heilbrigð kona fer út um útidyrnar heima hjá sér, hin inngripin munu fylgja á eftir því fyrsta“ („Quote of the day“, 2005).



## 3 Aðferðafræði

### 3.1 Rannsóknaraðferð

#### 3.1.1 Tilgangur og vettvangur rannsókna

Tilgangur rannsóknarinnar er að skoða hvernig íslenskar ljósmæður skilgreina eðlilega fæðingu og viðhorf þeirra til fæðingarumhverfis. Samfara breytingum á fæðingarumhverfi og þjónustu fæðingardeilda Landspítala var ákveðið að fara í áttak sem felur í sér að standa vörð um og fjölga eðlilegum fæðingum.

Tvær fæðingardeildir Landspítala, Fæðingardeild 23A og Hreiðrið 23B hafa frá 1. mars 2014 sameinast í eina deild Fæðingarvakt 23B. Síðan í september 2006 hefur Hreiðrið sinnt fæðingum heilbrigðra kvenna án áhættuþátta sem ekki þarfnast læknisfræðilegra inngripa eins og utanbastsdeyfinga eða hríðarörvandi lyfja. Fæðingardeild 23A sinnti á sama tíma áhættufæðingum og þeim konum sem þörfuðust deyfinga í fæðingu sem og þeim sem óskuðu þess að fæða þar. Hreiðrið hafði jafnframt sinnt sængurlegu heilbrigðra kvenna sem fætt höfðu um leggöng án þess að áhættuþættir eins og blæðing, alvarlegar spangarrifur eða veikindi nýbura hefðu komið upp. Nú hefur því verið breytt á þann hátt að sængurlega allra kvenna, heilbrigðra og þeirra með áhættuþætti, fer nú fram á Meðgöngu- og sængurlegudeild 22A. Konur sem eiga nýbura á vökudeild liggja nú á sængurlegu á stofum sem tilheyrðu áður húsnæði Hreiðursins vegna nálægðar þeirra við Vökudeildina.

Þáttur í áttakinu um að fjölga eðlilegum fæðingum er rannsókn sem hefst haustið 2014 um innleiðingu og mat á ummönunarlíkani í fæðingarhjálp sem byggir á ljósmóðurfræðilegri nálgun. Líkanið er byggt á gagnreyndri þekkingu, þróað og samþætt úr rannsóknarniðurstöðum 12 eigindlegra rannsókna um reynslu kvenna og ljósmæðra af fæðingarhjálp á Íslandi og í Svíþjóð (Berg og félagar, 2012). Líkanið sýnir hvernig umönnun í fæðingunni miðast við konuna. Það inniheldur fimm margþætt svið sem tengjast, eru sveigjanleg (þrjú í miðjunni og tvö utan við) og hafa áhrif hvert á annað. Ljósmæður leita jafnvægis, í að koma til móts við konuna í þeirri menningu sem er á fæðingarstofunni í gagnkvæmu sambandi milli konu og ljósmóður, fæðingarumhverfi sem styður við eðlilega fæðingu og margvísleg ígrunduð þekking er notuð í starfi. Jafnvægisáðferðir ljósmóður hafa áhrif á samskipti við konur og samstarfsfólk og menningarleg norm geta verið hvetjandi eða letjandi fyrir starf byggt á ljósmóðurfræðilegri nálgun. Rannsóknin er etnógrafísk fjölaðferða þátttökurannsókn (e. ethnographic mixed method action research) sem byggist á samvinnu þátttakenda og rannsakenda. Rannsókninni verður skipt niður í minni rannsóknir og er þessi rannsókn upphaf að einni þeirra um skilgreiningar á eðlilegri fæðingu og fæðingarumhverfið.

### 3.2 Fagrýnihópar

Þessi rannsókn byggir á eigindlegri rannsóknaraðferð þar sem tekin eru hópviðtöl í fagrýnihópaformi. Fagrýnihópur þótti heppileg aðferð við rannsóknina en sú aðferð er notuð til að öðlast betri skilning á viðhorfum tiltekins hóps gagnvart ákveðnu viðfangsefni. Tilgangurinn með fagrýnihóparannsókn er að

skoða mismunandi viðhorf og reynslu hjá hópi sem hefur svipaðan bakgrunn að einhverju leyti eins og til dæmis menntun, aldur eða atvinnu (Bender, 2003; Gibbs, 1997). Í þessu tilviki hafa þátttakendur í fagrýnihópum sameiginlega menntun og atvinnu þó að þeir hafi starfað á ólíkum stöðum sem ljósmæður. Notast var við opnar spurningar en lykilspurningar voru hvernig skilgreinið þið eðlilegar fæðingar og hvernig notið þið fæðingarumhverfið til að stuðla að eðlilegum fæðingum?

Fagrýnihópar eru ólíkir öðrum hópum að því leyti að ekki er verið að sækjast eftir sameiginlegu álitni hópsins. Ætlunin er að skoða margvísleg viðhorf, reynslu og eðli rannsóknarviðfangsefnisins. Samskipti milli þátttakenda gefa niðurstöður rannsóknarinnar (Gibbs, 1997). Ekki er verið að rannsaka hversu mikið eða hversu oft viðfangsefnið kemur upp (Bender, 2003). Tilgangurinn er að fá fram gildismat nokkurra þátttakenda á sama tíma gagnvart ákveðnu viðfangsefni og skoða hvernig þessi afstaða til málefnisins kemur fram í umræðu hóps og eru fagrýnihópar tilvalin leið til þess (Bender, 2003; Gibbs, 1997). Það þykir ekki æskilegt að nota fagrýnihópa þegar um viðkvæm eða persónuleg málefni ræðir (Gibbs, 1997).

### **3.2.1 Helstu kostir og gallar fagrýnihópa**

Þar sem notkun fagrýnihóps byggir á samskiptum fólks og hópastarfi er hægt safna fjölbreyttum gögnum frá mörgum aðilum á ódýran og skjótan hátt (Bender, 2003). Þegar umræðan fer fram í hóp geta komið fram upplýsingar sem ekki koma fram í einstaklingsviðtölum því þar gefst ekki færi á samskiptum milli margra þátttakenda. Hópumræður geta einnig opnað nýja sýn fyrir þátttakendum eða þeir fundið fyrir samkennd eða létti þar sem fram getur komið að aðrir þátttakendur hafa upplifað svipaðar aðstæður og tilfinningar (Bender, 2003; Gibbs, 1997). Það getur verið kostur og veitt öryggiskennd að þátttakendur þekkist áður svo að þeim finnist þeir frjálsari til að tjá sig (Gibbs, 1997). Í fagrýnihópnum í rannsókninni þekktust þátttakendur allir innbyrðis. Niðurstöður úr fagrýnirannsóknum hafa ekki alhæfingargildi, ekki er hægt að færa niðurstöður úr einum hóp yfir á almennt þýði en heppilegur fjöldi þátttakenda í fagrýnihópum eru oftast sex til tíu einstaklingar (Gibbs, 1997). Ríkjandi einstaklingar geta tekið yfir umræðuna og hún orðið einsleit og viðhorf fólks sem er feimið eða óframfærið koma hugsanlega ekki nógu vel fram (Gibbs, 1997).

### **3.3 Framkvæmd og meðhöndlun gagna**

Viðtalið var tekið upp með hjóðnema á einkatölvu rannsakanda. Viðtalið var ritað orðrétt upp og geymt á tölvutæku formi í læstu skjali í sömu tölvu en henni er læst með lykilorði. Upptökur af viðtölum voru geymdar á sama hátt sem og listi yfir þátttakendur, merki þeirra og öll önnur gögn tengd rannsókninni. Eftir að búið var að afrita viðtalið og vinna upplýsingar um þátttakendur var nöfnum þátttakenda eytt úr öllum gögnum. Allir þátttakendur fengu númer við afritun viðtalsins og lögð var áhersla á trúnað og nafnleynd við rannsóknina. Að lokinni úrvinnslu upplýsinga af upptökunni var henni einnig eytt. Ábyrgðarmaður rannsóknar hefur umráðarétt yfir gögnum.

### **3.4 Val á þátttakendum**

Þátttakendur voru valdir með þægindaaðferð en stefnt var að því að bakgrunnur þátttakenda væri fjölbreyttur hvað varðaði vinnustað og starfsreynslu. Farið var með kynningarbréf á fjórar deildir innan kvennadeildar Landspítala; Meðgöngu- og sængurkvennadeild, Fæðingarvakt 23B, Göngudeild

mæðraverndar 22B og Fósturgreiningardeild 21B en á þessum deildum starfar mikill fjöldi ljósmæðra með viðtæka starfsreynslu. Þær ljósmæður sem höfðu áhuga á að taka þátt voru beðnar um að hafa samband við rannsakanda símleiðis eða gegnum tölvupóst. Jafnframt var auglýst eftir þátttakendum á spjallsíðu Ljósmæðra inná samfélagsmiðlinum „Facebook“. Að lokum var haft samband við nokkra þátttakendur gegnum tölvupóst eða símleiðis þar sem rannsóknin var kynnt og óskað eftir þátttöku þeirra eða ljósmæður beðnar persónulega um að taka þátt.

### **3.5 Staðsetning og lengd viðtals**

Fagrýniviðtalið tók um það bil 70 mínútur og fór fram í Gamla Ljósmæðraskólanum á fjórðu hæð í Kvennadeildarhúsi Landspítala Háskólasjúkrahúss í byrjun apríl 2014.

### **3.6 Gagnagreining**

Áður en viðtalið fór fram var leitað í fræðilegum heimildum um eðlilegar fæðingar og fæðingarumhverfið. Farið var yfir fræðilegt efni tengt þessum viðfangsefnum og viðtalið þannig undirbúið. Í viðtalinu fór ákveðin gagnagreining fram og strax morguninn eftir viðtalið var hlustað á það í heild sinni og haldið var áfram að vinna í greiningu þess. Næst var hafist handa við að afrita viðtalið og það svo lesið í heild sinni. Eftir það var leitað að frekari fræðilegum heimildum er varða efnið til stuðnings rannsókninni. Viðtalið var svo greint niður í þemu eftir vandlega yfirferð og umhugsun og niðurstöður rannsóknarinnar tengdar við niðurstöður annarra fræðilegra heimilda. Hefðbundið er að skipta gagnagreiningunni í þrjú stig. Fyrsta stigið er á meðan viðtalinu stendur, annað stigið er strax eftir viðtalið og það þriðja er eftir að viðtalið hefur verið skrifað niður orðrétt (Bender, 2003). Við slíka aðferð var notast í þessari rannsókn.

### **3.7 Stjórnandi og athugandi**

Stjórnandi viðtalsins var rannsakandinn sjálfur og var hlutverk hans að kynna fyrir þátttakendum um hvað rannsóknin snérist og bjóða þátttekendur velkomna. Ásamt því stýra umræðum og gæta þess að þær héldust innan ramma viðfangsefnisins. Yfirleitt er það almennt hlutverk stjórnandans samhliða því að huga að fjölbreytni í umræðunni og gæta þess að allir komist að (Bender, 2003). Athugandi var leiðbeinandi og ábyrgðarmaður rannsóknarinnar. Athugandi sá um veitingar og að upptökubúnaður væri á réttum stað. Hann skráði einnig niður hjá sér athugasemdir, fylgdist með umræðum og tók þátt, og var stjórnanda til halds og trausts í umræðum og umgjörð eins og hefðbundið hlutverk athuganda er (Bender, 2003).

### **3.8 Siðferðileg álitamál**

Rannsóknin hafði ekki áhættu í för með sér fyrir þátttakendur og ekki komu upp siðferðileg álitamál þar sem ekki var um viðkvæmt né persónulegt umræðuefni að ræða. Í ljósi fámennis og að ljósmæður þekkjast vel, var ekki hægt að útiloka að hægt væri að rekja einstök svör ljósmæðra. Allar ljósmæðurnar fengu sent bréf um rannsóknina og mæting í fagrýnihópin skoðaðist sem upplýst samþykki um þátttöku og vinna mætti með svör þeirra.

## 4 Niðurstöður og umræður

### 4.1 Þátttakendur

Þátttakendur í fagrýnihópnum voru átta ljósmæður með fjölbreytta starfsreynslu. Þær áttu það allar sameiginlegt að hafa starfað við fæðingar á Landspítala. Þrjár höfðu eingöngu starfað á Fæðingardeildinni innan Landspítala og tvær eingöngu í Hreiðrinu en þrír þátttakendur höfðu starfað á báðum stöðum. Fjórar af ljósmæðrunum höfðu einnig reynslu af því að vinna við fæðingar úti á landi í lengri eða skemmri tíma og ein hafði unnið á erlendri grundu við afleysingar í nokkrar vikur. Jafnframt starfar ein ljósmóðir við heimafæðingar og önnur í heilsugæslu við mæðravernd. Ein ljósmæðranna sinnti konum í MFS- þjónustu ljósmæðra á meðan hún var við lýði. Hópurinn samanstóð því af ljósmæðrum með mjög fjölbreytta starfsreynslu úr mismunandi umhverfi. Tafla 2 sýnir útskriftarár ljósmæðranna en númerum hefur verið ruglað til að erfiðara verði að rekja einstök svör til þeirra og af sömu ástæðu eru starfsstaðir ekki settir inni töfluna.

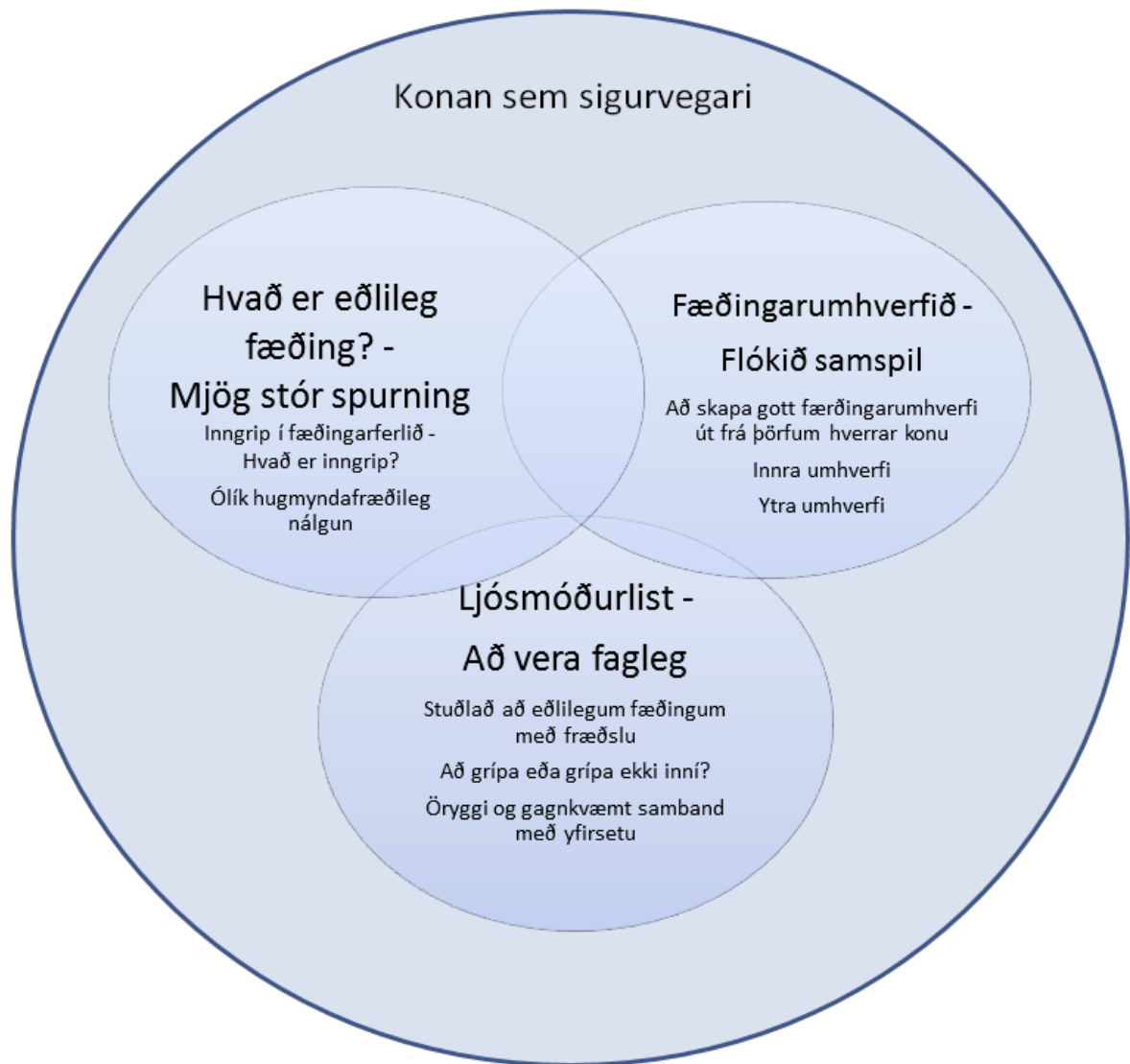
Tafla 2: Útskriftarár þátttakenda í fagrýnihóp

Ljósmóðir	Útskriftarár
Númer 1	1981
Númer 2	1983
Númer 3	2004
Númer 4	1991
Númer 5	1991
Númer 6	2007
Númer 7	2008
Númer 8	2001

### 4.2 Niðurstöður gagnagreiningar

Gögnin voru greind í samræmi við tvö aðalmarkmið rannsóknarinnar um eðlilega fæðingu og fæðingarumhverfið. Við greiningu gagna komu í ljós þrjú yfirþemu með undirþemum; **Hvað er eðlileg fæðing?- Mjög stór spurning, Ljósmóðurlist- Að vera fagleg og Fæðingarumhverfið- Flókið samspil.** Yfirþemun þrjú unnu öll saman og tengdust undirstöðuþemanu **Konan sem sigurvegari** en í heildrænu samhengi skipti jákvæð upplifun konunnar mestu máli. Mynd 4 sýnir greiningarlíkan um hvernig þemun tengjast hvort öðru innbyrðis og einnig hvaða hugtök (undirþemu) falla undir hvert þema fyrir sig.

Mynd 4: Greiningarlíkan- Þemu rannsóknar



Undirþemu endurspeglast í umræðunni um hina stóru spurningu „Hvað er eðlileg fæðing?“, út frá ólíkri hugmyndafræðilegri nálgun í barneignarþjónustu. Samspilið felst í því hvernig ljósmóðurlistin, fagleg færni ljósmóður og yfirseta stuðlar að gagnkvæmu sambandi við konu. Ásamt því hvort grípa eigi inn í ferlið til að stuðla að öryggi móður og barns og hvernig fræðsla getur stuðlað að eðlilegri fæðingu. Flókið samspil ytra og innra umhverfis á sér stað sem miðast við þarfir hverrar konu og fjölskyldu hennar.

#### 4.2.1 Hvað er eðlileg fæðing?- Mjög stór spurning

Í þessu þema kom fram að skilgreiningar ljósmæðranna í rýnihópnum á eðlilegri fæðingu tengjast umhverfinu sem þær starfa í. Einnig kom fram að inngrip er hægt að skilgreina og skoða í samræmi við mismunandi áherslur í ólíkri hugmyndafræði fæðinga. Ljósmæðurnar fylgdu lífeðlisfræðifélagslegri stefnu en þeim fannst læknar frekar fylgja tækni- læknisfræðilegri stefnu.

Allar ljósmæðurnar voru sammála um að í þeirra huga og hjarta væri eðlileg fæðing lífeðlisfræðileg fæðing í þeim skilningi að fæðingin hæfist sjálfkrafa og endaði sjálfkrafa án læknisfræðilegra inngripa.

Konan ynni með líkama sínum gegnum hið lífeðlisfræðilega ferli og nýtti sér þann stuðning sem hún þyrfti á að halda. Allar lögðu einnig áherslu á að mæta konunni þar sem hún var stödd óháð því hvort þær skilgreindu fæðingu hennar sem eðlilega eða ekki. Ljós móðir sem hefur meðal annars starfað lengi við heima fæðingar skilgreindi eðlilega fæðingu á eftirfarandi hátt:

*...maður fer oft að hugsa hvað er eðlileg fæðing? Og fyrir mér er þetta að verða bara meira og meira það sem er kallað bara „undisturbed birth“, þessi ótruflaða fæðing er að verða þessi eðlilega fæðing þegar að konan fær algjörlega að fylgja því sem að líkamann býður henni að gera. Og hún fær þann stuðning úr umhverfinu sem hún þarf.*

Ljós móðir nr. 5

Önnur ljós móðir sem starfaði um tíma úti á landi á stað þar sem engar deyfingar eru í boði og starfar nú á Landspítala lagði áherslu á margar hliðar í sinni skilgreiningu og meðal annars ætti að mæta konunni þar sem hún er í sínu ferli.

*Mér finnst í raun og veru bara því nú er ég búin að vera að vinna hérna í X ár í þessu „eðlilega“ með hinu náttúrulega auðvitað. Mér finnst sko bara eðlileg fæðing svolítið vera bara að mæta konunni þar sem hún er sko í sínu ferli. Mér finnst veik kona alveg geta átt eðlilega fæðingu...hérna eins og heilbrigð kona getur líka átt að manni finnst mjög óeðlilega fæðingu en eðlilegar...Skemmtilegustu fæðingarnar sem að ég er í eru þessar fæðingar þar sem maður tekst bara algjörlega á við þetta með konunni og ég fer ekkert ofan af því. En mér finnst líka sigur að fara í gegnum fæðingu með konu sem er fávæik og með fullt af áhættuþáttum og koma henni í gegnum þannig lagað séð eðlilega fæðingu. Þannig að ég horfi svona á þetta frá bara mörgum hliðum. En ég vík ekkert frá skilgreiningunni sem slíki um eðlilega fæðingu, inngripalaus og í kósíheitunum en það er bara því miður ekki alltaf þannig.*

Ljós móðir nr. 1

Hinar ljós mæðurnar samsinntu og umræða spannst um hversu mikilvægt það væri að halda ferlinu eins eðlilegu og hægt væri þrátt fyrir að einhvers staðar hefði verið gripið inni það. Til dæmis við gangsetningar þar sem alvarlegir áhættuþættir eins og meðgöngueitrun væru ekki til staðar, þá væri hægt að bíða eftir að konan væri komin í gang og þá gæti ferlið haldið áfram án frekari inngripa. Þetta viðhorf kom einnig fram í rannsókn Crabtree frá árinu 2008.

Ein af ljós mæðrunum sem hefur starfað í Hreiðri frá útskrift var þó ekki alveg sammála að veikar konur gætu átt eðlilegar fæðingar og tók fram að:

*Veikar konur geta átt mjög ljúfar, fallegar fæðingar sem eru samt ekki eðlilegar fæðingar...í okkar huga [ljós mæðranna] en...hún er kannski gangsett eða hún fær deyfingu til að lækka þrýsting eða...Fæðingin í fræðunum er þá ekki lengur eðlileg en hún getur verið jafn falleg og góð minning í huga konunnar og við þurfum svolítið að passa okkur sko af því að við náttúrulega aðgreinum allt sjúklegt ástand frá heilbrigðu. Þið vitið bara sem fagaðilar...að rugla þessu ekki saman.*

Ljós móðir nr. 6

Ljós mæðurnar í íslenska fagrýnihópnum áttu einnig í erfiðleikum með „grá svæði“ eins og þegar deyfingar eru notaðar.

*...mér hefur alltaf fundist...eðlileg fæðing vera fæðing sem er án allra inngripa og epiduraldeyfing er náttúrulega inngrip...heimikið inngrip. En auðvitað fæða þær, þær fæða sko í gegnum sín leggöng þessar konur og er það þá eðlileg fæðing? Mér finnst þetta bara stór spurning!*

*(Ljós móðir nr. 7)*

Í rannsókn Crabtree (2008) kom sama innri togstreita upp og ljós móðir sem rætt var við sagði að þegar barn fæðist eðlilega um fæðingarveginn, í þeim tilfellum þegar notast væri við utanbastsdeyfingu, væri hægt að skilgreina fæðinguna sem eðlilega með aðstoð. Móðirin gæti átt góða fæðingarupplifun með utanbastsdeyfingu. Það væri ekki hennar að segja að fæðingin hefði ekki verið góð en eðlileg væri hún hins vegar ekki.

*Í hjarta mínu finnst mér epidural fæðing ekki eðlileg fæðing.*

*Ljós móðir nr. 7*

Samkvæmt skilgreiningu Margrétar Hallgrímsóttur (1998) geta konur með áhættuþætti eða deyfingar átt eðlilegar fæðingar.

Ljós mæðurnar í fagrýnihópnum voru ekki á eitt sáttar um það hvort að fæðing konu með áhættuþætti geti talist eðlileg og þær nefndu að það vantaði mismunandi skilgreiningar á eðlilegri fæðingu og nákvæmari skráningu á þeim samkvæmt ICD- 10 kerfinu. „International Classification of Diseases (ICD)“ er staðlað greiningartæki sem er notað til að fylgjast með tíðni og algengi sjúkdóma og annarra heilbrigðisvandamála. Núverandi útgáfa sem er notuð á Landspítalanum er sú tíunda eða ICD-10 (www.who.int, e.d). Tvær ljós mæður nefndu til dæmis að þeim fyndist ekki við hæfi að segja sjálfkrafa hvirfilfæðing þegar upphaf fæðingarinnar væri ekki sjálfkrafa og ein hafði fundið eigin leið til að skrá þetta:

*Mér finnst svolítið gaman, ég skrifa oft þegar þær fá bara ekkert og eru að gera þetta bara sjálfar, þá skrifa ég bara eðlileg fæðing en ég skrifa hins vegar ef þær fá deyfingu eða eitthvað er...þá skrifa ég sjálfkrafa hvirfilfæðing.*

*Ljós móðir nr. 2*

Sú venja hefur skapast á Landspítalanum að skrifa einungis fyrri hluta ICD- 10 greiningarinnar „Sjálfkrafa hvirfilfæðing- Eðlileg fæðing“ á mæðraskrár eftir sjálfkrafa fæðingar um leggöng óháð því hversu mörg inngrip voru notuð í fæðingunni. Sú greining fer á allar fæðingar sem lauk ekki með áhöldum eða keisaraskurði óháð öðrum inngripum í ferlið (Ragnheiður I. Bjarnadóttir og félagar, 2013). Þarna lýsir ljós móðirin því hvernig hún reynir að nota greininguna til að lýsa fæðingunni betur. ICD- 10 greiningar eru settar fram útfrá lækisfræðilegum sjónarmiðum og þótti ljós mæðrunum þær takmarkaðar og ekki nógu lýsandi. Íslenska fæðingarskráningin hefur ekki tekið saman tölur fyrir inngripalausar fæðingar í heildina. Nú með nýju átaki til fjölgunar eðlilegra fæðinga á nýrri Fæðingarvakt 23B hafa verið settir inn nýir gæðavísar fyrir fæðingarskráningu þar sem fylgst verður með ICD-10 greininga- og aðgerðanúmerum; belgjarofa, örvanna með syntocinon, utanbastsdeyfinga, áhaldafæðingar, keisarafæðinga, gangsetninga, fósturkafnana, þriðju og fjórðu gráðu spangarrifa, spangarklippinga og sítunar fósturhjártsláttar í fæðingum þar sem sótt hefst sjálfkrafa. Einnig verður fylgst með tíðni náttúrulegra fæðinga, fæðinga með utanbastsdeyfingum og fæðingum án fylgikvilla,

sem búið er að skilgreina sérstaklega, með sérstökum rauntímamælingum sem verða aðgengilegar á innri vef Landspítalans á hverjum tíma (Elín A. Gunnarsdóttir, munnleg heimild 30. apríl 2014).

Ljósmeðurnar ræddu hvernig mismunandi skilgreiningar skipta máli og að þær væru mikilvægur liður í átakinu til að samræma skráningu eðlilegra fæðinga. Bent hefur verið á að víðsvegar um heiminn virðist skráningu á eðlilegum fæðingum án fæðingarfræðilegra inngripa ábótavant. Erfitt hefur reynst fyrir rannsakendur að taka saman tölur yfir eðlilegar fæðingar (náttúrulegar fæðingar) eða fæðingar sem hefjast sjálfkrafa og engin lyf né deyfingar eru notaðar og barnið fæðist sjálfkrafa um leggöng. Þar sem ekki er haldin opinber skráning á fæðingum, sem ekki hefur verið gripið inní, sendir það skilaboð til samfélagsins um að slík fæðing sé ekki mikilvæg (Crabtree, 2008). Í skýrslu fæðingarskráningar Heilbrigðisráðuneytis Bandaríkjanna er til dæmis mjög erfitt að nálgast tölur um inngrip í fæðingarferlið. Þar er skráningu skipt í tvennt, fæðingar um leggöng og keisaraskurðir. Sé þörf á nánari upplýsingum þarf að fletta upp í fjölmörgum töflum með mikilli fyrirhöfn. Í töflunum eru teknar saman tölur fyrir ýmsa hópa kvenna eftir til dæmis aldri eða uppruna. Oftar en ekki þá er einungis búið að bæta við áhaldafæðingum til aðgreiningar (Martin og félagar, 2013) en leita þarf á fleiri stöðum til að finna upplýsingar um önnur inngrip.

Allar ljósmeðurnar í fagrýnihópnum voru sammála um að spurningin „Hvað er eðlileg fæðing?“ væri stór spurning sem hægt væri að setja mörg spurningamerki við. Til dæmis þegar kæmi að spurningunni um hvað teldist vera inngrip í eðlilegt fæðingarferli.

#### 4.2.1.1 Inngrip í fæðingarferlið- Hvað er inngrip?

Það er torvelt að ræða eðlilegar fæðingar án allra inngripa án þess að ræða hvað telst til inngripa. Umræður um inngrip voru áhugaverðar en allar ljósmeðurnar voru sammála um að það þyrfti að vera rík ástæða til að grípa inní hið eðlilega lífeðlisfræðilega ferli fæðingar. Eitt inngrip leiddi oft af öðru og með fyrsta inngripinu færi svokallaður inngripasnjóbolti að rúlla. Það gæti leitt til þess að inngrip sem í upphafi átti að hjálpa gerði meira ógagn en gagn sem samræmist rannsóknarniðurstöðum (Petersen og félagar, 2013; Tracy og félagar, 2007; WHO, 1996).

*...alveg eins og eins og epiduralinn hann snýst uppí andhverfu sína oft. Af því að hann endar sem sko  
orsakavaldur að fleiri inngripum í staðinn fyrir að eiga í upphafi bara að vera hjálpartæki.*

*Ljós módír nr. 6*

Ljósmeðurnar í fagrýnihópnum voru flestar sammála um að þessi helstu inngrip eins og belgjarof, notkun hríðarörvandi lyfja, utanbastsdeyfing, síritun hjartsláttar og spangarklippingar ættu ekki heima í eðlilegum fæðingum og ef að þau væru notuð teldist fæðingin ekki lengur eðlileg. Önnur inngrip í fæðingarferlið voru hins vegar á „gráu svæði“ og þá var átt við inngrip eins og belgjalosun, að halda við brún í lok útvíkkunar, spangarstuðningur, nálastungur og að hvetja konu til rembinga. Eins gátu sum þessara inngripa, eins og síritun hjartsláttar, átt við í ákveðnum tilfellum sem viðeigandi eftirlitstæki en fæðingin teldist samt sem áður eðlileg.



*Pá er bara svo lítið sem að vantar uppá...smá touch.*

*Ljós móðir nr. 8*

Maður er náttúrulega stundum aðeins að þurfa að hjálpa og í rauninni trufla og þá er það ekkert 100% eðlileg fæðing.

*Ljós móðir nr. 5*

#### 4.2.1.2 Ólík hugmyndafræðileg nálgun

Það kom berlega í ljós að ljósmæðrunum fannst þær hafa aðrar hugmyndir um eðlilegar fæðingar heldur en samstarfsfélagar þeirra lækarnir. Ein sagði frá því að hún hefði verið með læknanema í fæðingu sem staðfesti að læknanemum væri kennt að sársauki í fæðingu væri óásættanlegur og utanbastsdeyving væri mjög lítið og saklaust inngríp. Mismunandi nálgun á þætti tíma í fæðingarferlinu var rædd og eftirfarandi samtal milli fyrrum Hreiðursljósmæðra lýsir skoðunum á áhrifum verklagsreglna á tíma í eðlilegri fæðingu vel.

*Er tímaþáttur eitthvað mál? Skiptir hann einhverju máli í eðlilegri fæðingu? Sumar konur geta fætt algjörlega eðlilega en þær eru alltaf 16, 18, 20 tíma að því. Ljós móðir nr. 5*

*Óþolinmæði! Ljós móðir nr. 6*

*Já það er orðið voða tímafaktor finnst mér með þessu þarna þessum strikum þarna. Ljós móðir nr. 7*

*Er farið að setja þessi strik líka á eðlilegar, grænar konur? Ljós móðir nr. 6*

*Já já...það finnst mér! Ljós móðir nr. 7*

*Þetta er bara glæpur að gera. Ljós móðir nr. 6*

*Þetta gerðum við ekki. Ljós móðir nr. 7*

*Þetta er bara glæpur...þetta á bara ekki að sjást. Ljós móðir nr. 6*

*Ég skil ekki bara þessa þróun í rauninni. Ljós móðir nr. 7*

*Það er náttúrulega ekkert hægt að skilja það! Ljós móðir nr. 8*

Með „þessum „strikum“ er átt við viðvörunarlínu og aðgerðarlínu sem eru teiknaðar inná fæðingargröf fæðandi kvenna. Ákveðið var að á nýrri Fæðingarvakt að teikna slíkar línur inná fæðingargröfin með þeim fyrirvara að konan sé komin í virka sótt. Valið var að hafa fjórar klukkustundir á milli línanna en löng hefð hefur verið fyrir notkun fæðingargrafs á fæðingardeildum Landspítalans (Elín A. Gunnarsdóttir munnleg heimild, 30. apríl 2014). Nokkrar af ljósmæðrunum, sérstaklega þær sem unnið höfðu við heima fæðingar eða í Hreiðrinu, lýstu áhyggjum af því að inngrípum myndi fjölga vegna þessa sem er í samræmi við skoðun Donnison (2011). Skoðanir ljósmæðranna í fagrýnihópnum á notkun viðmiðunarlínanna voru misjafnar og virtist sú skoðun haldast í hendur við fæðingarumhverfið sem þær voru vanar að vinna í. Ein ljósmóðir með margra ára reynslu í áhættufæðingum lét þetta ekki trufla sig heldur aðlagði hún notkun fæðingargrafsins að þörfum sínum og kvennanna sem má segja að sé hluti af ljósmóðurlistinni og í samræmi við jafnvægisaðferðir sem ljósmæður nota samkvæmt umönnunarlíkani Berg og félaga (2012).

*Þú veist maður setur bara...en það er náttúrulega með þessa eins og nr. 7 var að segja með þessa alert line og action line...þú eða allavega ég set hana bara ekkert fyrr en að konan er komin í góða sótt. Og yfirleitt þarf ég aldrei að hafa neinar áhyggjur af því og ég set hana ekkert bara nema mér henti hún sérstaklega vel.*

Í umræðu um samstarf og samræmingu í störfum lækna og ljósmæðra kom fram að kynna þyrfti heilðræna nálgun í ferlinu betur. Hugsanlegt væri að lækna hefðu minni fordóma í garð meðferða á borð við nálastungur, fæðingar í vatni og ilmkjarnaolíur ef þeir hefðu meiri þekkingu á þeim.

*Ég hef líka verið svolítið hissa yfir því námi sem að lækarnir fara í gegnum eða þeim námskeiðum sem þeim er boðið uppá eins og ALSO og því...þeim námskeiðum sem við sækjum hér á spítalanum. Námskeið í því eðlilega fyrir deildarlæknana og kynna svolítið meira...þessi eðlilegu ferli inni læknifræðina og þeir...kynni sér bara svolítið þetta óhefðbundna; ilmkjarnaolíur sem þeir fussa og sveia yfir, nálastungurnar sem þeir fussa og sveia yfir, fæðingar í...já í vatni sem þeir fussa og sveia yfir. Því sem að svona...][ miklir fordómar vegna þess að þeir þekkja það ekki.*

Ljósmæðrunum fannst einnig búið að sjúkdómsvæða ferlið of mikið og nefndu til dæmis að um leið og konan kæmi inná sjúkrahúsið væri hún strax komin í sjúklingshlutverk. Einnig var rætt um að eðlilegir hlutir eins til dæmis að vera fertug barnshafandi kona væri orðið „svólítið alvarlegur sjúkdómur“. Það er í samræmi við þróunina og læknisvæðingu fæðingarferlisins sem er ríkjandi í hinum vestræna heimi (Berg og félagar, 2012). Ísland og Norðurlöndin hafa þó þá stöðu að heilbrigðar konur í eðlilegri meðgöngu og fæðingu fá allar umönnun frá ljósmóður. Eins og fram hefur komið í stórri samantekt Sandall og félaga (2013) er útkoma kvenna í formlegri ljósmæðrastýrðri umönnun betri en kvenna í umsjá lækna. Ljósmæður sem höfðu starfað í Hreiðri og við heimafæðingar lýstu yfir áhyggjum sínum að með nýafstöðnum breytingum á fæðingarþjónustu Landspítalans gæti sjúkdómsvæðingin orðið enn meiri. Þær höfðu áhyggjur af því að hin náttúrulega sýn væri að hverfa og umhverfið væri orðið tæknivæddara. Mjög mikilvægt er að ljósmæður standi saman vörð um eðlilegar fæðingar og sporni gegn þessari þróun. Heilbrigðar konur þarfnast ekki umönnunar við sjúkdómum heldur einungis eftirlits, fræðslu og stuðnings. Í næsta þema um ljósmóðurlistina- að vera fagleg var meðal annars rætt um þetta viðfangsefni.

## 4.2.2 Ljósmóðurlist- Að vera fagleg

Ljósmæðurnar töldu fræðslu á meðgöngu mikilvægan þátt í að stuðla að eðlilegum fæðingum þar sem leikmenn þekktu ekki endilega ávinninginn sem í þeim felst. Í þessu þema birtast viðhorf ljósmæðranna á því hvað fólst í því að vera faglegar í vinnu sinni. Hin margslungna ljósmóðurlist fólst að þeirra mati að miklu leyti í fagmennsku. Auk þess var rætt hið gagnkvæma samband milli fæðandi konu og ljósmóður hennar og yfirsetuna sem felur í sér öryggi fyrir móður og barn.

### 4.2.2.1 Stuðlað að eðlilegum fæðingum með fræðslu

Ljósmæðurnar í fagrýnihópnum voru allar sammála því að utanbastsdeyfing væri frábær í völdum tilfellum en hana þyrftu kannski ekki svona margar konur. Tæplega helmingur kvenna eða 44,8% þeirra sem reyndu fæðingu um leggöng á Kvennadeild LSH árið 2012 fengu utanbastsdeyfingu. Á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri var hlutfallið 40,1% og á Fjórðungssjúkrahúsinu á Neskaupsstað var hlutfallið 46,1%. Taka skal tillit til að fjöldi kvenna sem fæða á fæðingarstöðum í dreibýli er lítil og tölur geta því sveiflast verulega milli ára. Á Heilbrigðisstofnun Vesturlands á Akranesi var tíðni

utanbastdeyfinga ekki tekin saman í fæðingarskráningu fyrir landið árið 2012 (Ragnheiður I. Bjarnadóttir og félagar, 2013). Ljósmeðurnar töluðu einnig um að það væri þeirra mál að fræða konur um mikilvægi eðlilegra fæðinga og átak til fjölgunar eðlilegra fæðinga þyrfti að fara út í mæðraverndina.

*Auðvitað finnst manni frábært að það sé til epidural fyrir konur sem þurfa hann en það þurfa kannski ekki 50% kvenna hann.*

*Ljós móðir nr. 8*

Leap og Anderson (2008) lögðu fram tillögur um hvernig ljósmeður gætu undirbúið konur fyrir fæðingarsársaukann á meðgöngunni. Það gefur auga leið að í fæðingunni sjálfri er oft ekki rétti tíminn til að fara að ræða kosti og galla utanbastsdeyfinga. Fræðslan þarf því að fara fram fyrir svo að konan geti tekið upplýsta ákvörðun áður en að fæðing hefst. Að sjálfsgöðu er leyfilegt að skipta um skoðun en fram kom í rannsókn Green og féлага (2003) að um helmingur frumbyrja sem ekki ætluðu að fá sér deyfingu fyrir fæðingu fengu deyfingu að lokum. Leap og Anderson (2008) telja hugsanlega ástæðu þess vera ónægan stuðning frá ljósmeðrum.

Ein ljós móðir í fagrýnihópnum sagðist hafa snúið mörgum konum frá gangsetningu sem þær höfðu óskað eftir sjálfar, á innan við fimmtán mínútum með einfaldri fræðslu um muninn á gangsetningarfæðingum og eðlilegum fæðingum.

#### **4.2.2.2 Að grípa eða grípa ekki inní?**

Ljós móðurlistin fólst ásamt öðru í því að vera alltaf faglegur í starfi en það kom upp aftur og aftur í samræðunum í gegnum viðtalið. Að vera faglegur fól meðal annars í sér að geta greint á milli þess hvenær fæðingin væri eðlileg og hvenær ekki. Það ætti ekki að grípa inn í nema að sterkar ábendingar væru fyrir því. Stundum væri best að sitja á höndum sér og þurfa ekkert að gera nema að fylgjast með og hvetja konuna. Þegar komið væri út úr eðlilegri fæðingu væri hægt að styðjast við tæknina sem annars voru bara hjálpartæki uppá vegg sem voru notuð ef ljósmeðrunum hentaði og þörf væri á. Öryggið fælist fyrst og fremst í yfirsetunni og getunni til að meta hvenær notkun tækni og inngripa væri viðeigandi. Stundum væri meiri skaði sem fælist í notkun tækni heldur en öryggi. Ljós móðir úr Hreiðrinu sagði:

*Stundum skapa tæki miklu meiri áhættu heldur en nokkurn tímann öryggi bara af því að þau eru til staðar...af því að þá er tilhneiging til að nota þau.*

*Ljós móðir nr. 6*

*Við ættum náttúrulega að líta á þessi tæki sem hjálpartæki...þegar eitthvað bregður útaf. Þegar við erum komin út úr eðlilegri fæðingu.*

*Ljós móðir nr. 3*

Ljósmeður þurfa að hafa í huga að þrátt fyrir að það séu læknar sem að fyrirskipa inngripin þá eru það líka ljósmeður sem að óska eftir því að gripið sé inní. Listin felst í því að nota það besta frá báðum stefnum og vita hvað er viðeigandi hverju sinni ( Berg og félagar, 2012; Crabtree, 2008).

### 4.2.2.3 Öryggi og gagnkvæmt samband með yfirsetu

Yfirsetan var talin mjög mikilvæg af öllum ljósmæðrunum, hún var undirstaða þess að stuðla að góðri líðan konunnar, veita eftirlit og skapa öruggt fæðingarumhverfi en allt þetta spilar saman á flókin hátt í gegnum þemun.

*...því að þetta „í örygginu eins og á Fæðingargangi“ var stundum bara mjög sárt. Af því að bara fólk áttaði sig einhvern veginn ekki á öllu örygginu sem það var samt komið í þið vitið bara stöðuga yfirsetu, gott eftirlit og af því að fólk bara eðlilega...fólk úti í bæ það bara veit oft ekki út á hvað öryggið í raun gengur...að öryggið felst ekki í tækjum.*

*Ljósmóðir nr. 6*

Ljósmóðirin kemur þarna inn á það að með yfirsetunni myndast gagnkvæmt samband milli fæðandi kvenna og ljósmæðra, en rannsóknir hafa sýnt fram á að það sé mjög mikilvægt fyrir öryggi fæðinga (Berg og félagar, 2012; Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009; Valgerður L. Sigurðardóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009). Ef slíkt samband myndast ekki dregur úr öryggi ljósmóðurinnar við umönnun konunnar. Hið gagnkvæma samband styður við eðlilegt ferli þar sem að ljósmóðirin forðast að grípa inni nema að vandkvæði komi upp (Valgerður L. Sigurðardóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009). Til að veita sem besta umönnun út frá þörfum konunnar þurfa ljósmæður að stofna til þessa gagnkvæma sambands við konur, skapa fæðingarandrúmsloft sem miðlar trausti, öryggi og rólegheitum á meðan þær nýta þekkingu sína til að veita sem besta umönnun.

*Maður verður einhvern veginn að finna hvernig konan er stödd. Það er einhvern veginn listin. Það er þessi línudans...Og svo er það bara hvað maður kann danssporin vel.*

*Ljósmóðir nr. 8*

Þetta kalla Berg og félagar (2012) jafnvægisþátt (e. balancing act) sem er stundum eins og línudans þar sem ljósmæður vinna oft á fæðingardeildum þar sem er mikið að gera, regluverk stýrir starfsemi, þær þurfa að sinna mörgum verkefnum í einu og oftast en ekki stýrast vinnustaðirnir af tækni-læknisfræðilegum viðmiðum. Ljósmæðurnar í fagrýnihópnum lögðu mikla áherslu á að vernda yfirsetuna en það sama kom fram í eigindlegri íslenskri rannsókn frá árinu 2009 þar sem rætt var við hóp ljósmæðra. Í þeirri rannsókn óttuðust ljósmæður að með aukinni tækni myndi yfirsetan tapast og um leið ákveðin þekking, reynsla og handverk (Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009). Í áttakinu sem nú er í gangi á Landspítalanum um að fjölga eðlilegum fæðingum er eitt af markmiðunum að standa vörð um yfirsetuna (munnleg heimild Elín A. Gunnarsdóttir, 30. apríl 2014). Með yfirsetunni verður einnig auðveldara fyrir ljósmóðurina að lesa konuna og komast að því hvað það er hún sem þarfnast í sínu umhverfi, sem er hluti af næsta þema um fæðingarumhverfið.

### 4.2.3 Fæðingarumhverfið- Flókið samspil

Þetta þema endurspeglar hið flókna samspil umhverfisins, samskiptin við konuna í hennar innra og ytra umhverfi og listina að lesa hverjar þarfir hennar eru. Nýlegar breytingar á fæðingardeildum Landspítala hafa áhrif á umræðurnar en breytingarnar voru frekar nýlega gengnar í garð þegar að fagrýnivíðtalið var tekið. Þátttakendur sem höfðu starfað í Hreiðri höfðu sumar orð á því að þær væru

ekki búnað að jafna sig á breytingunum og að þær efuðust um jákvæð áhrif breytinganna á eðlilegar fæðingar.

#### **4.2.3.1 Að skapa gott fæðingarumhverfi út frá þörfum hvers konu**

Ljósmeðurnar töluðu um að sumar konur vildu láta stjórnara sér en aðrar ekki og það væri hluti af listinni að geta lesið hvernig konu maður væri með í höndunum. Um leið var leitast við að skapa fæðingarumhverfi sem veitti næði og vernd. Þá var kostur að konan og ljósmóðirin þekktust fyrir fæðinguna. Þessi umræða hefur komið upp í öðrum íslenskum rannsóknum og sýnt sig að hver ljósmóðir reynir að nýti þekkingu sína og innsæi til að meta hvað konan þarf (Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009; Valgerður L. Sigurðardóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009). Ein ljósmóðir nefndi að það væri hægt að læsa fæðingarstofunum og þannig tryggja næði. Önnur sagði að það kæmi aldrei neinn inná fæðingarstofur til sín nema að hún bæði sérstaklega um það. Ljósmeðurnar notuðu því greinilega mismunandi leiðir til að tryggja gott fæðingarumhverfi og ræddu þær möguleikann á að halda vinnusmiðju þar sem ljósmæður skiptust á ráðum sem þær nýttu sér við fæðingarhjálp. Ljósmeðurnar ræddu einnig hvernig hægt væri að stýra konunum eða styðja þær í eðlilegri fæðingu. Tvær ljósmæður töluðu um að það væri mikilvægt að spyrja konurnar alltaf hvað þær vildu gera svo að það væri ekki verið að stjórnast með þær eins og tilhneiging væri stundum til. Þá bentu aðrar á að hvernig maður stjórnandi skipti máli og stundum væri betra að tala til kvenna í stað þess að tala beint við þær. Með því áttu þær við að í stað þess að spyrja „viltu fara að pissa?“ væri betra að segja „nú væri gott að þú myndir pissa“ þegar ljósmóðurinni þætti kominn tími á salernisferð. Valið væri samt konunnar því hún gæti alltaf neitað. Samskiptum með orðum getur fylgt mikið áreiti og er það jafn mikilvægt fyrir fæðandi konu eins og að hún upplifi næði og vernd að hún sé ekki áreitt með orðasamskiptum, sérstaklega þeim sem kalla á svar. Orðasamskipti eru eitt af því sem örva nýheilabörkinn hvað mest og hamla því að konan fari í sinn eigin fæðingarheim og í samband við eðlishvatir sínar (Odent, 2007). Ein spurning á borð við „hver er kennitalan þín?“ getur vakið nýheilabörkinn og stöðvað framgang fæðingar (Gaskin, 2003; Odent, 2007). Að gera konu kleift að takast á við fæðinguna án truflunar getur talist vera hluti af starfi ljósmæðra sem verndarar eðlilegra fæðinga. Listin er að gera ekkert nema að verja verndað svæði þar sem konan getur tekist á við fæðinguna án ónæðis ásamt því að bjóða gott eftirlit án þess að trufla (Crabtree, 2008). Að fá að takast á við fæðinguna óáreitt er hluti af næsta þema um innra umhverfið.

#### **4.2.3.2 Innra umhverfi**

Innra umhverfi felur í sér allt sem gerist í huga hinar fæðandi konu. Val, líðan, hugarfar, hugarástand og skoðanir kvenna hafa áhrif á hvernig fæðingar þeirra ganga og hvernig upplifun þeirra verður. Slökun í fæðingu er mikilvæg og getur rangt umhverfi hvort sem það er í formi manneskju sem sýnir ekki nærgætni við tilfinningar hinar fæðandi móður, móðir sem er ekki rétt innstillt, hrædd, á eitthvað óúppgert í huga sínum eða annað í ytra umhverfi, þá getur það haft hamlandi áhrif á fæðinguna. Hægst getur á fæðingunni, framgangur getur gengið til baka eða fæðing stöðvast. Séu þessir þættir í ytra eða innra umhverfi leiðréttir og leyst úr þessum hamlandi þáttum með þeim afleiðingum að móðirin nær slökun getur fæðingin haldið áfram (Gaskin, 2003). Ljósmeðurnar höfðu almennt trú á því

að konur hefðu innri þekkingu til að fæða barn, en þegar kæmi að því að styðja við eðlilega fæðingu væri hugurinn oft það sem helst truflaði.

*...að umhverfið skiptir svo miklu máli og ég held þetta sé rosalega mikið líka í höfðinu á konunum. Þarna hvernig þær sem sé sjá fyrir sér fæðinguna og vera sem sé óttalaus og trúa á líkamann og allt þetta.*

Ljósmóðir nr. 8

*Ég held að þessi eðlilega fæðing hún þurfi svolítið að fara fram inni þessari „laborland“ þú veist þegar að konur eru í þessu innra sjálfí. Af því ég hef þá trú að við höfum...allar þessa hérna innri þekkingu til að fæða. Þess vegna gengur þetta svona vel þegar konurnar eru óvart að fæða einar heima. Af því við höfum þessa þekkingu en við erum alltaf svo ógeðslega uppteknar hérna uppi í hausnum að reyna að yfirhugsa allt.*

Ljósmóðir nr. 5

Það kom einnig fram í rýnihópnum að hugarfarið fyrir fæðinguna, undirbúningurinn, val og skoðanir kvenna hefur áhrif á hvernig fæðingin og upplifunin verður.

*...ég legg svolítið áherslu á það í þeirri foreldrafræðslu sem ég er að kenna að maður taki með sér...innra með sér...það umhverfi og það sem maður vill hafa með sér inni fæðinguna. Og bara sú ró sem hvílir yfir fólki í fæðingu það er hún sem skilar því í rauninni svolítið hvernig fæðingin verður.*

Ljósmóðir nr. 5

Þetta samræmist kenningum Odent (2007) um nýheilabörkinn og að mikilvægt sé að halda virkni hans í lágmarki á meðan fæðingu stendur. Hann segir jafnframt að konur þurfi að treysta innsæi líkama síns og þeirri ósjálfráðu getu sem þær hafa til að fæða barn. Þetta kallar Gaskin (2003) hugar/líkamstengsl (e. mind/body connection) og lýsir hún því að konur geti haft mjög mikil áhrif á framgang fæðinga sinna með huganum einum. Hugarfarið sem konur taka með sér í fæðingu er því mjög mikilvægt og besti undirbúningstíminn fyrir rétta hugarfarið fyrir hverja konu er á meðgöngunni.

#### 4.2.3.3 Ytra umhverfi

Ytra umhverfi vísar meðal annars til þess hvar fæðingin fer fram og er þá átt við fæðingarstofurnar sjálfar og útlit þeirra. Með því að bjóða konuna velkomna í heimilislegu umhverfi þá líður henni eins og á „heimavelli“ og að hún hafi stjórn á eigin fæðingu. Vald í fæðingu er einnig hluti af ytra umhverfinu en það er konan en ekki ljósmóðirin eða lækurinn sem er að fæða barnið.

*Má ég segja eitt varðandi sko umhverfisþættina að mér finnst líka skipta svo miklu máli að bjóða konuna...velkomna, bara að það sé hún sem er með stjórnina og það erum við sem erum svolítið svona í þjónustuhlutverki. Vertu velkomin það ert þú sem að ræður hér og segir mér hvað ég get gert til þess að aðstoða þig í gegnum þetta. Og þá verður sko umhverfið að vera þannig að henni líður sem best til þess að hérna...og hvar líður okkur vel...okkur líður vel heima hjá okkur ef við treystum okkur og erum með fagaðila sem við treystum. Ef við erum inná stofnun þar sem að engin svona sýnileg truflun er. Það er ekki monitor sjáanlegur, það er ekki vökvastatíf sjáanlegt að þetta sé svolítið falíð eins og var hægt að gera inná Hreiðri. Og „kertaljós“ þið vitið hérna...rafmagnskertaljós. Þannig að þessir umhverfisþættir...þannig hún gat upplifað sig svolítið svona innan svona hvað á maður að segja svolítið svona á heimavelli. Það er hún sem að hefur stjórnina og ég hef svolítið trú á þessu. Að við séum ekki farnar að vera með þetta óeðlilega með þessa*

*tæknilegu hluti eins og kannski er frekar inná fæðingargangi. Mér finnst það skipta ótrúlega miklu máli þessi...að það séum ekki við sem að stjórnunumst með konuna eins og við eigum stundum til að gera.*

*Ljós móðir nr. 4*

Odent (2007) leggur áherslu á heimilislegt umhverfi þar sem lýsing er dempuð og dregið er fyrir glugga og tilfinning um næði aukin. Eitt af áreitunum sem örvar starfsemi nýheilabarkar er ljós en í gegnum sjónina áreitist nýheilabörkurinn auðveldlega. Flæði fæðingarhormóna er best þegar ljós í umhverfinu eru dempuð og sjónaréiti er í lágmarki. Íslensku ljósmæðurnar ræddu að viljinn fyrir því að gera umhverfið heimilislegra væri fyrir hendi, til dæmis með því að hafa hluti á borð við vökvastatif, blóðþrýstingsmæla og sírita ekki sýnilega, en húsnæðið byði ekki uppá það. Eins var rætt að rúmið gæti farið til hliðar svo það væri ekki miðpunktur stofunnar en það væri til staðar svo möguleiki væri að leggjast niður ef konan kysir það.

Samkvæmt lífeðlisfræði- félagslegri stefnu er það móðirin sem stýrir og ber ábyrgð á fæðingunni með ljósmóður sér við hlið sem eftirlitsaðila og ráðgefanda. Í tækni- læknisfræðilegri stefnu er það lækinn sem stýrir og ber ábyrgð á ferlinu (Walsh, 2008). Hér í fagrýnihópnum kom í ljós að flestar ljósmæður vildu vinna eftir hugmyndafræði lífeðlisfræði- félagslegrar stefnu þar sem konurnar hefðu stjórnina en ljósmæðurnar veittu fæðingarhjálp í formi yfirsetu sem fól í sér eftirlit og ráðgjöf. Hins vegar bar á togstreitu við regluverk vinnustaðarins og kom í ljós að stundum setti vinnustaðurinn þeim viss mörk. Þetta er í samræmi við niðurstöður annarra íslenskra rannsókna (Elva B. Einarsdóttir, og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009; Valgerður L. Sigurðardóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009) og erlendra rannsókna frá Írlandi (Keating og Fleming, 2007) og Hollandi (van der Hulst, 1999) þar sem ljósmæður hafa lýst þessari sömu togstreitu við regluverk vinnustaða.

*En núna eru komnar svo margar verklagsreglur þannig að nú er alltaf farið sko svona að þrengja meira að manni. Eins og til dæmis bara með þennan tímafaktor samkv. verklagsreglum að þá...] [Við erum samt rosalega mikið að vinna í þröngum kassa...miðað við þær konur sem að geta fætt heima.*

*Ljós móðir nr. 4*

Umræðan í fagrýnihópnum fór líka út í hvers vegna verklagsreglurnar væru settar sem væri í samræmi við þróun barneignarþjónustu annars staðar (Crabtree, 2008)

*En mig langar að segja með verklagsreglurnar hérna sko inná stofnuninni það er jú...við erum kannski ekki alltaf alveg sammála en það er náttúrulega svolítið líka hugsað bæði til að vernda okkur og skjólstæðinga okkar...það er nú bara svoleiðis. Af því við erum nú alltaf að komast meira og meira í þetta lögumhverfi.*

*Ljós móðir nr. 3*

Nokkrar ljósmæður í fagrýnihópnum lýstu því að hægt væri að líta á verklagsreglur til leiðbeininga eins og við meðhöndlun á þriðja stigi fæðingar en mælt er með virkri meðferð á þriðja stigi fæðingar við fæðingar á Landspítalanum (Hulda Hjartardóttir og félagar, 2012).

Ljósmæður sögðust meta þörf á innri skoðunum og skoðuðu ekki endilega eftir klukku eins og mælt væri til. Þarna löguðu ljósmæður sig að umhverfinu sem þær starfa í sem er hluti af ljósmóðurlistinni. Skiptar skoðanir voru á notkun reglna og leiðbeininga, en það sem skipti þær mestu

máli var að sýna fagmennsku í starfi, sem er hluti af hinu flókna samspili ljósmóðurlistar og umhverfisins, með því að geta ávallt fært rök fyrir ákvörðunum sem teknar væru.

*Og þá verð ég náttúrulega að geta í þessu eins og í öllum inngripum bara í fæðingum...ég verð að geta fært rök fyrir því sem ég segi eða geri...]] Bara þegar við erum að gera belgjarof sem að okkur finnst vera voðalega lítið inngrip...þannig séð...svo skrifarðu ekki bara eða þú veist...þú gerir ekki bara belgjarof og segir „Gert belgjarof“...þú verður náttúrulega að segja af hverju þú ert að grípa inni. Og það er eitthvað sem við þurfum svólítið mikið að bæta hjá okkur. Af því við eigum náttúrulega alltaf að leggja upp með því að grípa sem minnst inni þennan eðlilega ferli...]] þetta er held ég svólítill vandi hjá okkur að við erum ekki nógu duglegar að að gera þetta.*

*Ljósmóðir nr. 3*

Ljósmæðurnar lýstu því að þeim fyndist synd kvennanna vegna að nú væru færri valkostir um fæðingarstað. Áður en breytingar á fæðingarþjónustunni gengu í gegn þá hafi verið sýnilegt val um fæðingardeildina eða Hreiðrið og mismunandi nálgun hvað varðar umhverfi fyrir eðlilega fæðingu.

*Þess vegna var svo gott að geta valið á hvorn staðinn maður fór...]] hvort maður vildi hafa tæki og tól sýnileg eða ekki en það er svólítið dapurt í dag af því að konurnar hafa ekki lengur þetta val þegar þær mæta með því að taka þessa afstöðu.*

*Ljósmóðir nr. 5*

Öðrum fannst að áður en breytingar á fæðingarþjónustunni gengu í gegn þá hefði í raun ekki átt að vera val. Heilbrigðar konur í eðlilegu ferli hefði átt að hvetja til að hefja fæðingu í Hreiðrinu.

*Fyrir konur í eðlilegu ferli þá átti bara að stefna þeim öllum á einn stað og veikum konum á hinn staðinn.*

*Ljósmóðir nr. 6*

Spurningin er því hver á að hafa valdið? Niðurstöður íslenskrar rannsóknar Elvu Bjargar Einarsdóttir og Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2009) um vald og val á fæðingarstað sýndu fram á að konur völdu sér fæðingarstað þar sem þær myndu til öryggis en það er mjög mismunandi hvar fólk finnur sitt öryggi. Erfitt er að ætla að ákveða fyrir konur hvar er best fyrir þær að fæða. Ljósmæðurnar voru sammála um að það væri best að konur fengju góða fræðslu á meðgöngu og útfra því gætu þær tekið upplýsta ákvörðun um fæðingarstað þar sem þær myndu til öryggis. Hvort sem sá staður er heima, á fæðingarheimili eða á sjúkrahúsi. Ljósmæðurnar í rýnihópnum töluðu einnig um að það væri kominn tími til að ljósmæður stofnuðu fæðingarheimili. Þannig væri hægt að veita góða þjónustu í barneignarferli fyrir heilbrigðar konur sem kjósa heima fæðingar eða fæðingu á stofnun sem er ekki hátækni sjúkrahús. Á sama tíma væri konum með áhættuþætti boðin góð þjónusta á sjúkrahúsi og konum sem myndu öryggið sitt á sjúkrahúsum gætu einnig valið þann kost.

Það er mikilvægt að styðja val kvenna en vera um leið á varðbergi gagnvart því að konan litist ekki af skoðunum ljósmæðranna. Viðhorf og skoðanir ljósmæðra eru stór áhrifaþáttur og geta haft meira að segja um fæðinguna en það hvar hún á sér stað. Crabtree (2008) segir að sterkar ábendingar séu fyrir því að frekar þurfi að breyta viðhorfi umsjáraðila í fæðingum heldur en starfsemi fæðingardeilda. Þeirra innra umhverfi, hugur og viðhorf skipti ekki síður máli en konunnar og saman í gagnkvæmu sambandi ættu þær að hafa valdið (Elva B. Einarsdóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009)



...þetta snýst svolítið um það hvað fólk hvernig fólk finnur sitt öryggi sumir finna öryggið í því að sjá öll þessi áhöld og tól...en á meðan aðrir einmitt sjá þessi tæki og tól sem áminningu um það að það getur margt komið upp á.

Ljósmynd nr. 5

Ljósmyndurnar tóku undir með Crabtree (2008) að tækni og inngrip væru samþykkt og þeirra er jafnvel vænst í fæðingum og þær þyrftu að mæta konum þar sem þær væru staddar. Þó væru þær oft ekki sammála því sem verið væri að gera, til dæmis hvað varðar gangsetningar. Margir virðast hafa misst tenginguna við það hvað er „eðlilegt“ og fyrir mörgum er hátækni umhverfið orðið eðlilegt umhverfi fæðinga og hitt er orðið óeðlilegt. Sumar ljósmyndurnar lýstu áhyggjum sínum og fannst þær finna þessa breytingar á Íslandi og fannst þetta vera afturför.

#### 4.2.4 Konan sem sigurvegari

Þetta þema reyndist vera undirstöðupema, því að upplifun konunnar af fæðingunni virtist vera það sem skipti mestu máli að mati ljósmyndaranna. Samþætting þemana um þá stóru spurninguna „Hvað er eðlileg fæðing?“, að vera faglegur í ljósmyndurlistinni í flóknu samspili innra og ytra fæðingarumhverfis og í gagnkvæmu sambandi við konuna, hefur áhrif á upplifunina. Það kom fram að upplifun konunnar væri ekki endilega sú sama og ljósmyndurinnar og að það væri list að hjálpa konunni að sætta sig við hvernig fæðingin æxlaðist og um leið aðstoða hana við að líða eins og sigurvegara.

Eftirfarandi samtal milli ljósmyndaranna lýsir því vel hversu mikilvægt þeim finnst að konan upplifi sig sem sigurvegara.

*Já er það ekki upplifun...að að fæðingarreynsla konunnar sé góð að hennar mati. Að hún upplifi bara já gleði og hamingju í sínu fæðingarferli og að hún komi auðvitað hérna...hvað á maður að segja bara heil á líkama og sál og eignist hérna...en þið vitið eignist barn... Ljósmynd nr. 4*

*Eða það...að sama hvernig það endar að hún hafi gert það sem hún gat. Ljósmynd nr. 5*

*Að hún sé sigurvegari...mér finnst það svona Ljósmynd nr. 6*

*Sigurvegari... Ljósmynd nr. 4*

*Það sem ég er að segja að hún komi sem sterkur einstaklingur...það er...að hún fari heim með það þú veist að hún hafi staðið sig ógeðslega vel. Ljósmynd nr. 2*

Í skilgreiningu Margrétar Hallgríms (1998) á eðlilegri fæðingu er áherslan lögð á upplifun konunnar sem hægt er að tengja við skilgreiningu Alþjóðasamtaka ljósmyndara að markmiðið sé að konu og barni líði báðum vel. Konan getur upplifað fæðingu sem mikið áfall og erfiða lífsreynslu á meðan ljósmyndirin upplifir góða og fallega fæðingu og öfugt. Ein ljósmyndirin lýsti slíku dæmi hjá konu sem hafði að mati ljósmyndurinnar átt mjög erfiða fyrstu fæðingu. Ljósmyndurinni hafði fundist allt ganga á afturfótunum og þegar konan kom aftur til hennar í mæðravernd þegar hún var orðin barnshafandi á ný og það kom að því að ræða fyrri fæðingarreynslu vissi ljósmyndirin ekki við hverju hún ætti að búast.

*...og ég hugsa guð...hvað segir hún um fyrri fæðinguna? Og ég segi við hana „Ertu kannski til að skrifa hérna í mæðraskrána hvernig þú upplifðir síðustu fæðingu?“ Og vitið hvað hún skrifaði...Hún skrifaði þarna...„Góð reynsla, dýrmæt gjöf“.*

Ljósmynd nr. 8

Þessi dæmisaga sýnir vel hve ólík upplifun hvers einstaklings getur verið. Ljósmeðurnar nefndu að auki hversu frábær „Ljáðu mér eyra“ þjónustan, þar sem konur geta rætt erfiðar fæðingarreynslu við ljósmóður, væri. Oft þyrfti ekki nema eina litla útskýringu til að konan gengi út með fæðingarreynslu á bakinu sem hún réði betur við en áður.

Sumum ljósmæðrum fannst mikilvægt að fara varlega í það hvernig við orðuðum hlutina. Ekki mætti gefa í skyn að kona sem væri gangsett eða fengi utanbastsdeyfinngu væri annars flokks vegna þess að hún hefði ekki fætt „eðlilega“ eða væri „aumingi“ af því að hún hafði fengið deyfinngu. Eins og í tilfellum þegar kona sem hefur áður farið í keisaraskurð, fæðir um leggöng og er í sírita allan tímann má ekki segja við þá konu að hún hafi ekki átt eðlilega fæðingu. Þetta er það sem er varhugavert við orðasambandið eðlileg fæðing en það gefur í skyn að annars konar fæðing sé óeðlileg (Lawrence Beech og Phipps, 2008). Ljósmæðrunum fannst mikilvægt að konur upplifðu sig samt sem sigurvegara og að þær hefðu gert sitt besta í fæðingunni. Þær lögðu áherslu á vandaða umræðu um þessi málefni og að aðgát skyldi höfð í nærveru sálar.

*...hvernig við tölum um hana [epiduraldeyfinguna] ef að kona þarf á epiduraldeyfinngu að halda stundum gerist það...og þá má hún ekki vera „looser“.*

*Ljósmóðir nr. 3*

Það var líka list að láta konunni líða sem sigurvegara, og styrkja hana í sínum ákvörðunum og hjálpa henni að sættast við það sem fæðingarferlið færði henni. Það átti líka við þegar að fæðingin fór öðruvísi heldur en búist var við.

*Nei og það er líka bara þú veist okkar tap ef þeim líður þannig [illa með að hafa fengið deyfinngu eða endað í keisara]...því að sama hvaðan þær fá þessa tilfinningu þá er náttúrulega bara þú veist stundum þá komast börnin bara ekki niður. Það er bara eitthvað sem þær ráða ekki við og þá mega þær ekki upplifa það sem að þær hafi á einhvern hátt mistekist sitt verk.*

*Ljósmóðir nr. 2*

Ein ljósmóðirin lýsti því hvað henni fyndist erfitt þegar að konurnar væru ekki ánægðar með sig eftir fæðingu og hvernig hún reyndi að fá þær til að hugsa málið betur.

*„Voðalegur aumingi er ég að hafa fengið deyfinngu“. Mér finnst það rosalega erfitt. Það er enginn kona aumingi! [Ég spyr þær oft „Ef að þú hefðir horft á aðra konu líða eins og þér leið hvernig...hefðirðu sagt henni að hún væri aumingi?“ Flestar alveg bara „Nei!“*

*Ljósmóðir nr. 8*

Það var ljóst á umræðunum að allar ljósmæðurnar vildu fyrst fremst að konan gengi út sem sterkari einstaklingur, ánægð með sjálfa sig og liði sem sigurvegara eftir fæðingu óháð því á hverju hefði gengið í fæðingunni.

## 5 Samantekt

Mismunandi skilgreiningar hafa verið settar fram um eðlilegar fæðingar. Í skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar er ekki rætt um inngrip í fæðingarferlið, en lögð er áhersla á að fæðingin hefjist sjálfkrafa og að áhættuþættir hjá móður og barni fyrir, í og eftir fæðingu séu ekki til staðar eða þeim fylgi lítil áhætta (WHO, 1996). Alþjóðasamtök ljósmæðra skilgreina eðlilega fæðingu sem síbreytilegt ferli þar sem margir þættir spila saman: fæðingin hefst sjálfkrafa og konan vinnur sig í gegnum hana án inngripa (ICM, 2008). Samþættar skilgreiningar ljósmæðranna í þessari rannsókn er samofin af þessum tveimur skilgreiningum, þar sem að íslensku ljósmæðurnar lögðu áherslu á jákvæða upplifun kvenna og sjálfkrafa upphaf og lífeðlisfræðilegt ferli án inngripa, óháð áhættuþáttum fyrir fæðinguna.

Áherslur í skilgreiningum ljósmæðranna voru mismunandi eftir starfsumhverfinu sem þær störfuðu í og fannst þeim spurningin um hvað væri eðlileg fæðing vera stór. Eftir að búið var að skilgreina eðlilega fæðingu sem inngripalaus þurfti að skilgreina hvað teldist til inngripa. Inngripin belgjarof, utanbastsdeyfing, notkun hríðarörvandi lyfja og síritun í fæðingu áttu ekki við í eðlilegum fæðingum. Sum inngrip voru á gráu svæði og fór það líka eftir því í hvaða samhengi þau voru notuð. Notkun sírita á til að mynda ekki við í eðlilegum fæðingum án áhættuþátta þar sem notkun hans getur stuðlað að frekari inngripum. Hins vegar er mælt með síritun í fæðingu kvenna með áhættuþætti eins og keisaraör á legi en fæði konan án annara inngripa um leggöng þá er fæðing hennar samt sem áður eðlileg. Matsatriði var hvort að nálastungur, belgjalosun, brún sem er ýtt upp í lok útvíkkunar eða hvatning í rembingi teldust til inngripa. Ljósmæður vinna í þröngum kassa innan stofnunarinnar sem setur ákveðnar reglur sem er ætlað vernda bæði starfsmenn og skjólstæðinga. Ljósmæður nota þekkingu sína og faglegt mat til að vinna innan þess ramma og reyna eftir bestu getu að leyfa konunni að stýra eigin fæðingu. Þannig vinna þær samkvæmt lífeðlisfræði- félagslegri stefnu innan rammans sem þeim er settur af tækni- læknisfræðilegri stefnu. Átak um að fjölga eðlilegum fæðingum þarf að byrja í mæðraverndinni og stórt hlutverk ljósmæðra er að upplýsa konur og fræða um mikilvægi eðlilegra fæðinga. Rætt var um að þörf væri á að gera umhverfið heimilislegra inná Landspítalanum með því að hafa tæki og tól minna sýnileg á sumum stofum. Viljinn fyrir þessum umhverfisbreytingum væri til staðar en húsnæðið byði ekki uppá að taka hluti eins vökvastaffin og síritana út. Rúmin væri hins vegar hægt að setja til hliðar þó að það væri óþarfi að taka þau útaf stofunum. Sumum ljósmæðrunum þótti miður að val um heimilislegra fæðingarumhverfi væri ekki lengur til staðar fyrir konur eftir að breytingar á fæðingarþjónustu Landspítalans gengu í gegn. Umræður spunnust um að stofna þyrfti fæðingarheimili til að auka val kvenna um fæðingarstaði. Allar ljósmæðurnar lögðu áherslu á að mæta konunni þar sem hún var stödd og að hún kæmi út úr fæðingunni sem sigurvegari og sterkari einstaklingur. Hlutverk ljósmóður var að styðja konuna, veita eftirlit og vernd. Ásamt því að skapa fæðingarumhverfi sem veitti konunni tilfinningu um öryggi og stuðlaði að slökun og vellíðan. Hvernig ljósmóðirin skapaði þess konar umhverfi fór eftir því hvernig konu hún var með í höndunum en hluti af ljósmóðurlistinni var að lesa skjólstæðinginn rétt.

## 5.1 Samþætting fræðilegs yfirlits, niðurstaðna og umræðna

Þessi fagrýnirannsókn bætir við þekkingu á skilgreiningu eðlilegra fæðinga, hvernig hægt er að standa vörð um þær og efla barneignarþjónustu í samráði við konur. Það sem virðist sammerkt í rannsóknum er lúta að fæðingarupplifun er að samfella í umönnun skiptir miklu máli (Green og félagar, 2003; Hodnett og félagar, 2013; Leap og Anderson, 2008; McLachlan og félagar, 2012; Walsh, 2008) og stuðlar að eðlilegum fæðingum (Green og félagar, 2003; Hodnett og félagar, 2013; McLachlan og félagar, 2012). Óskir konunnar, væntingar fyrir fæðingu og að hún sé við stjórn eru líka þættir sem skipta máli (Crabtree, 2008; Elva B. Einarsdóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009; Walsh, 2008). Þegar ljósmóðir hefur kynnst konunni þá þekkir hún óskir hennar og viðhorf og getur þannig stutt hana á hennar forsendum í gegnum fæðingarferlið sem stuðlar að betri fæðingarupplifun. Keisaratiðni fer hækkandi í heiminum en útfrá rannsóknum hefur verið áætlað að keisaratiðni eigi að vera 10%-15% (Althabe og Belizán, 2006; Gibbons og félagar, 2010). Í mörgum þróuðum löndum er keisaratiðnin langt yfir þessum mörkum og má til dæmis nefna að í Brazílu árið 2008 var tíðnin 45,9% og í Bandaríkjunum var hún 32,9% árið 2012. Ísland er með lægstu keisaratiðni á Norðurlöndum árið 2012 eða 15,4% sem er mjög nálægt fyrrgreindum viðmiðum. Keisaraskurðum fylgir ýmis áhætta eins og aukin hættu á blæðingu í fæðingu og legrofi á næstu meðgöngu. Ástæðurnar fyrir aukningu á tíðni keisaraskurða eru margvíslegar (Meakin, 2011). Þrátt fyrir aukningu á inngripum og keisaratiðni, sem réttlætt eru með því að þau bjargi lífum, hefur tíðni mæðra og nýburadauða ekki lækkað samfara þessari aukningu (Lawrence Beech og Phipps, 2008). Samfelldur stuðningur í fæðingu er það eina sem sýnt hefur verið fram á að lækki keisaratiðni (Hodnett og félagar, 2013; Walsh, 2008). Hins vegar eru ábendingar um að samfelld umönnun ljósmóður í samvinnukerfi með deilingu á álagi geti einnig lækkað keisaratiðni (McLachlan og félagar, 2012). Konur í slíku kerfi og þær sem hljóta samfelldan stuðning í fæðingu eru einnig ólíklegri til að fá deyfingar og að spöng þeirra sé klippt í fæðingu (Hodnett og félagar, 2013; McLachlan og félagar, 2012). Það sama er að segja um konur í ljósmóðurstýrðri umönnun á meðgöngu og fæðingu borið saman við þær sem voru í umönnun lækna (Sandall og félagar, 2013). Aftur á móti er mjög mikilvægt að finna þær konur sem þurfa á lækni meðferð og inngripum að halda með góðu eftirliti, en hafa skal í huga það þarf einnig að taka tillit til upplifunar konunnar (Lawrence Beech og Phipps, 2008). Þetta kom fram í fagrýnirannsókninni og það þótti stór hluti af því að vera faglegur að kunna að koma auga á hvenær þörf væri á inngripum og að kunna einnig að gera ekkert utan þess að bjóða stuðning og eftirlit. Samfelldur stuðningur í fæðingu og umönnun ljósmóður virðist hafa jákvæð áhrif á líðan og fæðingarútkomu kvenna. Ljósmæðurnar í rannsóknninni lögðu áherslu á mikilvægi yfirsetunnar en eigindlegar rannsóknir hafa bent til þess að þannig verði gagnkvæmt samband til sem miðlar trausti og vellíðan bæði ljósmóður og fæðandi konu (Berg og félagar, 2012; Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009; Valgerður L. Sigurðardóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009). Þannig stuðla ljósmæður líka að eðlilegri fæðingu þar sem samfelldur stuðningur minnkar líkur á notkun deyfinga (Hodnett og félagar, 2013; McLachlan og félagar, 2012) og þegar gagnkvæmt samband myndast styður ljósmóðirin enn frekar við eðlilegt ferli fæðingarinnar þar sem hún forðast að grípa inn í (Valgerður L. Sigurðardóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009). Stuðningur ljósmæðra í fæðingu er eitt form verkjameðferðar í fæðingu og mikilvægt er að standa vörð um yfirsetuna meðal annars til að fækka utanbastsdeyfingum og svo ákveðið handverk og þekking tapist

ekki (Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009). Ljósmeðrunum þótti einnig mikilvægt að átakið um að fjölga eðlilegum fæðingum byrjaði í meðraverndinni en ýmislegt gefur til kynna að hugarfarið sem konur taka með sér inní fæðingu skili sér í betri útkomu. Gaskin (2003) segir frá því að konur sem treysti líkama sínum fyrir fæðingunni og séu óhræddar eigi frekar inngrípalausar fæðingar og að í fæðingu geti konur upplifað alsælu. Hræðsla við fæðingarsársauka hefur aukist (Green og félagar, 2003) og sífellt fleiri konur óska eftir keisaraskurði vegna þessa (Waldenström og félagar, 2006). Það sem konurnar sem „The Farm Midwives“, „The Albany Midwives“ og ljósmeðurnar í rannsókn McLachlan (2012) sinntu áttu sameiginlegt var samfelld umönnun ljósmeðra á meðgöngu og í fæðingu. Hugsanlega hefur fræðsla þeirra og stuðningur á meðgöngu og fæðingu þessi jákvæðu áhrif á fæðingar kvenna. Þær virðast fæða sjaldnar án inngripa og lenda síður í keisaraskurðum. Umhverfið hefur áhrif á starfshætti og umönnun ljósmeðra þar sem stofnanir setja reglur sem oftast en ekki taka mið af læknsifræðilegum forsendum (Crabtree, 2008; Keating og Fleming, 2007; Valgerður L. Sigurðardóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009; van Der Hulst, 1999). Ljósmeður sem starfa í heima-fæðingum eða á ljósmóðurstýrðum fæðingarheimilum þurfa ekki að vinna eftir þess konar reglum og þáttur tíma verður minni (Walsh, 2008). Reglur stofnana eru oft settar vegna hræðslu um lögsóknir og er þeim ætlað að vernda skjólstæðinga og starfsfólk (Crabtree, 2008). Einnig þarf að koma konum í gegnum kerfi stofnunarinnar og þáttur tíma verður mikilvægur, (Donnison, 2011; Walsh, 2008) konur geta fundið fyrir þessari tímapressu og liðið eins og þær séu vél á færubandi sem ætlast er til að afkasti ákveðið miklu innan fyrirfram settra tímamarka (Valgerður L. Einarsdóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009). Nokkrar ljósmeður í rannsókninni voru á móti notkun viðmiðunarlína á fæðingargrafi en skoðun ljósmeðranna á þeim virtist haldast í hendur við umhverfið sem þær störfuðu í. Þær ljósmeður sem höfðu starfað í heima-fæðingum eða á ljósmóðurstýrðum einingum þótti þáttur tíma í eðlilegri fæðingu ekki skipta máli. Ljósmeðurnar lýstu því að að þær reyndu að sveigja reglur stofnunarinnar eftir þörfum konunnar, meðal annars til að vernda þær gegn óþarfa inngripum. Ljósmeðurnar litu á verklagsreglur til leiðbeininga og fylgdu klínísku mati til að meta hvort þær færu eftir þeim eða ekki. Þetta átti til dæmis við notkun virkrar meðferðar á þriðja stigi fæðingar, en rannsóknir benda til að konum sem ekki hafa áhættuþætti fyrir blæðingu eftir fæðingu sé óhætt að veita lífeðlisfræðilega nálgun á þriðja stigi (Begley og félagar, 2011). Að geta lesið konuna rétt og veitt henni þá umönnun sem skapaði það umhverfi sem henni leið vel í var hluti af ljósmóðurlistinni. Þetta samræmist áherslum í umönnunarlíkani Berg og féлага (2012) þar sem ljósmeður leita jafnvægis, í að koma til móts við konuna í þeirri menningu sem er á fæðingarstofunni í gagnkvæmu sambandi milli konu og ljósmóður, fæðingarumhverfi sem styður við eðlilega fæðingu og margvísleg ígrunduð þekking er notuð í starfi.

Ljósmeðurnar ræddu um að það væri mismunandi í hverju konum fyndist öryggið liggja en það hefur sýnt sig í eigindlegum rannsóknum að konur fæða þar sem þær finna til öryggis (Elva B. Einarsdóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir, 2009). Rannsóknir gefa til kynna að fæðingar í heimahúsi hjá konum í lítili áhættu undir eftirliti ljósmóður séu jafn öruggar og spítalafæðingar fyrir móður og barn (Fullerton og félagar, 2007). Í heima-fæðingum hljóta konur líka oft samfellda og ljósmóðurstýrða umönnun en hvort tveggja hefur verið tengt við góða útkomu. Fæðingarheimili bjóða uppá aðgengilega þjónustu við hæfi í heimilislegu umhverfi fyrir konur og fjölskyldur þeirra í barneignarferlinu. Möguleikinn á betri stuðning við konurnar, fjölskyldur þeirra og fagfólk virðist vera til staðar, en það er ólíkt þjónustu sem er stýrð

með læknisfræðilegum sjónarmiðum (Stewart og félagar, 2005). Útkoma kvenna sem fæða á fæðingarheimilum og barna þeirra virðist einnig vera góð (Brocklehurst og félagar, 2011) en það hefur ekki verið rannsakað jafn mikið og útkoma þeirra úr heimafæðingum. Ljósmeðurnar í rannsókninni vonuðust til þess að fljótlegra yrði opnað fæðingarheimili á Íslandi. Á sjúkrahúsi er mögulegt að gera umhverfið heimilislegra með því að draga fyrir glugga, dempa ljós og loka hurðum. Næði og vernd frá umhverfisáreitum eru mikilvæg fyrir fæðandi konur (Odent, 2003). Ljósmeðurnar vildu draga úr umhverfisáreitum fyrir þær konur sem kusu heimilislegra umhverfi og þær lögðu einnig áherslu á að konan réði sinni fæðingu og hún yrði ekki trufluð með óþarfa orðasamskiptum, þá sérstaklega þeim sem kölluðu á svar. Oft væri betra að tala til kvenna í stað þess að spyrja þær beint út. Þetta samræmist kenningum um nýheilabörkinn og að starfsemi hans skuli haldið í lágmarki í fæðingum (Odent, 2003). Niðurstöður þessarar fagrýnirannsóknar styðja við og samræmast ljósmóðurfræðilegri nálgun umönnunarlíkans í fæðingarhjálp sem áætlað er að innleiða á Fæðingarvakt Landspítalans. Jafnvægisáðferðir hafa áhrif á samskipti við konur og samstarfsfólk og menningarleg norm geta verið hvetjandi eða letjandi fyrir starf byggt á ljósmóðurfræðilegri nálgun (Berg og félagar, 2012). Ljósmeðurunum var tíðrætt um mismunandi nálgun ljósmæðra og lækna en listin er að nota það sem við á hverju sinni, nýta þekkingu sína og veita konum einstaklingsmiðaða umönnun og styðja eðlilegt barneignarferli hjá öllum konum. Með því að nýta það besta úr báðum stefnum verður barneignarþjónustan best og konan upplifir sig frekar sem sigurvegara.

## 5.2 Styrkleikar rannsóknar

Fræðilegur hluti rannsóknarinnar er byggður á rannsóknarniðurstöðum um viðfangsefnið. Niðurstöður þessarar rannsóknar samræmast öðrum rannsóknarniðurstöðum. Með notkun rýnihóps var ætlunin að ná fram betri skilningi á viðhorfum ljósmæðra gagnvart eðlilegum fæðingum og fæðingarumhverfi. Bakgrunnur og starfsreynsla ljósmæðranna sem tóku þátt var fjölbreytileg. Mismunandi viðhorf og skoðanir komu fram og líflegar umræður sköpuðust sem skila sér í rannsóknarniðurstöðunum. Rannsóknin bætir við þekkingu um skilgreiningar á eðlilegum fæðingum á Landspítala og í íslensku samhengi hvað það er í fæðingarumhverfinu sem getur stuðlað að eðlilegum fæðingum.

## 5.3 Takmarkanir rannsóknar

Ekki er hægt að alhæfa út frá niðurstöðum rýnihópa og einungis var tekið eitt viðtal við átta ljósmæður, stuttu eftir breytingar á starfsumhverfi og barneignarþjónustu á Landspítalanum, en sú staðreynd gæti hafa litað umræðurnar og haft áhrif á gæði gagna. Rannsóknarniðurstöður gefa því aðeins hugmynd um skoðanir alls þýðis íslenskra ljósmæðra. Að auki er mögulegt að skoðanir rannsakenda liti hvaða rannsóknir voru fyrir valinu í fræðilegri umfjöllun og umræðum. Ekki kom fram margt nýtt í rannsókninni sem ekki hefur komið fram áður í svipuðum rannsóknum um sömu viðfangsefni. Vegna stærðar verkefnis var ekki alltaf hægt að ná dýpt í umfjöllun og ýmis hugtök sem gætu skipt máli varðandi viðfangsefnið urðu útundan í umræðum.

## 5.4 Þýðing fyrir ljósmóðurfræði og frekari rannsóknir

Niðurstöður rannsóknarinnar ættu að vekja umræður og vera liður í því að ljósmæður fái eðlilegar fæðingar „á heilann“ og taki þátt í átaki um fjölgun eðlilegra fæðinga á Landspítalanum. Þær

samræmast einnig og nýtast við innleiðingu á ljósmóðurfræðilegu umönnunarlíkani í fæðingarhjálp sem ætlunin er að innleiða á Landspítala. Áhugavert væri að gera stærri rannsókn með fleiri rýnihópum og taka þá rýnihóp lækna eða blandaðan rýnihóp lækna og ljósmæðra. Jafnframt að ræða við konur um þeirra skilgreiningar á eðlilegum fæðingum og viðhorf til fæðingarumhverfis. Langtímarannsókn þar sem sömu konum yrði fylgt eftir frá því áður en þær hefja barneignir, á meðan á þeim stendur og að lokum eftir að þeim lýkur væri til dæmis möguleg. Hægt væri að fylgjast með viðhorfum þeirra til viðfangsefnanna þróast. Eins gæti verið gagnlegt að skoða nánar skilgreiningar á inngripum og hvers vegna þau aukast eins og til dæmis notkun verkjalyfja í fæðingu og hvað ljósmæður geta gert til að sporna gegn þeirri þróun. Hvernig er hægt styðja betur við bakið á konum í þeim tilgangi að þær treysti sér í gegnum ódeyfða fæðingu? Að auki væri athyglisvert að skoða nánar fæðingarumhverfið eitt og sér og leggja þá aðaláhersluna á ytra umhverfið, húsnæðið og skoða hvernig hægt er að nota umhverfið til að stuðla að eðlilegum fæðingum. Litlir og einfaldir hlutir, eins og að dempa ljósin, draga fyrir glugga, setja rúmið upp að vegg, taka hluti sem konur tengja við veikindi (vökvastaff, blóðþrýstingsmæla og fleira) út af stofunni, hafa ró og spyrja ekki spurninga, geta skipt miklu máli í fæðingarumhverfinu. Eins væri áhugavert að skoða þýðingu eðlilegar fæðingar fyrir umhverfisvernd. Eðlileg fæðing er umhverfisvæn í þeim skilningi óendurvinnanlegur úrgangur er talsvert minni eftir eðlilega fæðingu heldur en eftir fæðingar þar sem notast var við tól og tæki eins í utanbastsdeyfingum, sogklukku- og tangarfæðingum og keisarafæðingum.

## 6 Lokaorð

Á Íslandi er venja að heilbrigðar konur séu í umsjá ljósmæðra á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu. Sjúkdómsvæðing barneignarferlisins er varhugaverð og ljósmæður þurfa að vera á varðbergi gagnvart henni og gæta þess að heilbrigðar konur fái viðeigandi ljósmóðurstýrða umönnun og eftirlit þar sem áherslan er á hið eðlilega. Á sama tíma er afar mikilvægt að eftirlitið finni þær konur sem þurfa á inngripum og lækniástoð að halda. Niðurstöður rannsóknarinnar undirstrika mikilvægi þess að ljósmæður kunni að skilja á milli eðlilegs og óeðlilegs ferlis: hvenær sé best að sitja á höndum sér og gera ekkert nema veita eftirlit og stuðning þegar að inngrip eiga ekki við og hvenær sé við hæfi að grípa inni og veita viðeigandi meðferð. Ávallt skulu vera sterkar ábendingar fyrir hvers konar inngripum í eðlilegt ferli og því er mikilvægt að staldra við og spyrja sjálfan sig áður en inngrip er framkvæmt „Hvers vegna ætla ég að gera þetta?“

Þessi rannsókn býður upp á umræðu um málefni sem mörgum ljósmæðrum er hugleikið en ekki er rætt um dagsdaglega. Niðurstöður hennar eru í samræmi við innihald ljósmóðurfræðilegs umönnunarlíkans í fæðingarhjálp og ættu þær að nýtast í átaki um að fjölda eðlilegum fæðingum á Landspítala. Mikilvægt er að standa vörð um eðlilegt ferli fæðingar og það sem stuðlar að því að konum líði vel eftir fæðingar barna sinna. Rannsóknarniðurstöður minna á mikilvægi yfirsetunnar og hversu mikil þörf er á að hún varðveitist á tímum hraða og tæknivæðingar. Mikil áhersla er lögð á ljósmóðurstýrða umönnun í fæðingu heilbrigðra kvenna á nýrri Fæðingarvakt og þar þurfa ljósmæður að standa saman. Það verður spennandi að taka þátt í átaki um fjölgun eðlilegra fæðinga á Fæðingarvakt Landspítalans í nánustu framtíð og vonandi verður einnig hægt að færa þá vinnu út í mæðraverndina. Stór þáttur í starfi ljósmæðra er fræðsla og kom það fram hér í rannsókninni að með góðri fræðslu er mögulegt að hafa jákvæð áhrif og stuðla að eðlilegum fæðingum.



## Heimildaskrá

- Ahluwalia, I. B., Li, R. og Morrow, B. (2012). Breastfeeding practices: does method of delivery matter? *Maternal and Child Health Journal*, 16 (2), 231–237. doi:10.1007/s10995-012-1093-9
- Alfirevic, Z., Devane, D. og Gyte, G. M. (2006). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD006066. doi:10.1002/14651858.CD006066
- Althabe, F. og Belizán, J. M. (2006). Caesarean section: the paradox. *Lancet*, 368 (9546), 1472–1473. doi:10.1016/S0140-6736(06)69616-5
- Anna S. Vernharðdóttir, Gróa M. Jónsóttir, Hulda Hjartardóttir, Brynja Ragnarsdóttir, Brynja P. Helgadóttir og Halla Halldórsdóttir (ritstj.) (2013) *Gæðahandbók Landspítala, verklagsregla 068-4.01.03 Hlustun fósturhjarðsláttar- flæðirit*. Reykjavík: Landspítali. Sótt frá innri vef Landspítala: <http://heitur/focal/Gaedahandbaekur/GNHljasm.nsf/0/6FBE2D3A243ACB9B0025721A003B0D83>
- Arndís Mogensen og Hafdís Ólafsdóttir (2007). MFS einingin- Sögulegt yfirlit. *Ljósmeðrblaðið*, 49–53. Sótt frá <http://lsh.openrepository.com/lsh/bitstream/2336/18177/1/L2007-02-85-G4.pdf>
- Bartholomew, C. M. og Yerby, M. (2011). Pain, labour and women's choice of pain relief. Í J. Magill-Cuerden og S. Macdonald (Ritstj.), *Mayes Midwifery: A Textbook for midwives* (14. útgáfa). Edinborg: Elsevier: Bailliere Tindall.
- Begley, C. M., Gyte, G. M., Murphy, D. J., Devane, D., McDonald, S. J. og McGuire, W. (2011). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD007412. doi:10.1002/14651858.CD007412.pub2
- Berg, M., Ólafsdóttir, Ó. og Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3, 79–87.
- Bloom, S. L., Casey, B. M., Schaffer, J. I., McIntire, D. D. og Leveno, K. J. (2006). A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194 (1), 10–13. doi:10.1016/j.ajog.2005.06.022
- Brock, M. (2011). Disproportion, obstructed labour and uterine rupture. Í J. Magill-Cuerden og S. Macdonald (Ritstj.), *Mayes Midwifery: A Textbook for midwives* (14. útgáfa). Edinborg: Elsevier: Bailliere Tindall.
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C. og félagar (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343. doi:10.1136/bmj.d7400
- Carolina Population Center; The University of North Carolina at Chapel Hill (e. d). *Partograph*. Sótt frá: [http://www.cpc.unc.edu/measure/prh/rh\\_indicators/specific/nb/partograph.JPG/image\\_preview](http://www.cpc.unc.edu/measure/prh/rh_indicators/specific/nb/partograph.JPG/image_preview)
- Carroli, G. og Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD000081. doi:10.1002/14651858.CD000081.pub2
- Cheng, Y. W., Snowden, J. M., King, T. L. og Caughey, A. B. (2013). Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 209 (4), 325, 1–8. doi:10.1016/j.ajog.2013.06.022
- Church, S. og Tracey, H. (2011). Rythmic variations of labour. Í J. Magill-Cuerden og S. Macdonald (Ritstj.), *Mayes Midwifery: A Textbook for midwives* (14. útgáfa). Edinborg: Elsevier: Bailliere Tindall.
- Crabtree, S. (2008). Midwives constructing “normal birth.” Í S. Downe (Ritstj.), *Normal Childbirth: Evidence and Debate* (2. útgáfa, bls. 97–113). Edinborg: Elsevier: Churchill Livingstone.

- De Jonge, A., Mesman, J. A., Manniën, J., Zwart, J. J., van Dillen, J. og van Roosmalen, J. (2013). Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 346, doi:10.1136/bmj.f3263.
- De Jonge, A., van der Goes, B. Y., Ravelli, A. C. J., Amelink-Verburg, M. P., Mol, B. W., Nijhuis, J. G. og félagar (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116 (9), 1177–1184. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x
- Derbent, A., Tatli, M. M., Duran, M., Tonbul, A., Kafali, H., Akyol, M. og Turhan, N. O. (2011). Transient tachypnea of the newborn: effects of labor and delivery type in term and preterm pregnancies. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283 (5), 947–951. doi:10.1007/s00404-010-1473-6
- Donnison, J. (2011). A history of midwifery profession in the United Kingdom. Í J. Magill-Cuerden og S. Macdonald (Ritstj.), *Mayes Midwifery: A Textbook for midwives* (14. útgáfa). Edinborg: Elsevier: Bailliere Tindall.
- Dóra B. Stephensen (2013). *Priðja stig fæðingar. Er öruggt að veita konum í eðlilegri fæðingu lífeðlisfræðilega umönnun*. Háskóli Íslands.
- Elín A. Gunnarsdóttir, Sigrún Arnardóttir og Gróa M. Jónsdóttir (ritstj.) (2013). Gæðahandbók Landspítala, verklagsregla 077- 4.01.01 *Verkjameðferð á forstigi fæðingar*. Reykjavík: Landspítali. Sótt frá innri vef Landspítala:  
<http://heitur/focal/Gaedahandbaekur/GNHljom.nsf/0/1E9F40B72C28B19900257BEF0052BAAC>
- Elva B. Einarsdóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir (2009). Vald og val á fæðingarstað. Í Helgu Gottfreðsdóttur og Sigfríði I. Karlsdóttur (Ritstj.), *Lausnarsteinar: Ljós móðurfræði og Ljós móðurlist* (1. útgáfa, bls. 172–192). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag; Ljós mæðrafélag Íslands.
- Fahy, K. M. (2009). Third stage of labour care for women at low risk of postpartum haemorrhage. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54 (5), 380–386. doi:10.1016/j.jmwh.2008.12.016
- Fullerton, J. T., Navarro, A. M. og Young, S. H. (2007). Outcomes of planned home birth: an integrative review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52 (4), 323–333. doi:10.1016/j.jmwh.2007.02.016
- Gagnon, A. J., Meier, K. M. og Waghorn, K. (2007). Continuity of nursing care and its link to cesarean birth rate. *Birth*, 34 (1), 26–31. doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00143.x
- Gaskin, I. M. (2003). *Ina May's Guide to Childbirth* (Fyrsta útgáfa). New York: Random House.
- Germano, E., Greenfield, M., Jordan, R., Kane-Low, L., Kennedy, H. P., King, T. og Pinger, W. (2012). The Pearls of Midwifery. *American College of Nurse- Midwives*.
- Gibbons, L., Belizán, J. M., Lauer, J. A., Betrán, A. P., Meriáldi, M. og Althabe, F. (2010). *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year : Overuse as a Barrier to Universal Coverage*. World Health Organization.
- Gibbs, A. (1997). Focus Groups. *Social Research Update*, (19).
- Gilbert, E. S. (2010). *Manual of High Risk Pregnancy and Delivery* (5. útgáfa). Elsevier: Mosby.
- Green, J., Baston, H., Easton, S. og McCormick, F. (2003). *Greater Expectations: The inter-relationships between women's expectations and experiences of decision making, continuity, choice and control in labour, and psychological outcomes. Summary report*. National Health Service. Leeds.

- Hulda Hjartardóttir, Gróa M. Jónsdóttir, Reynir T. Geirsson, Anna S. Vernharðsdóttir, Gréta R. Árnadóttir, Jón H. Friðriksson (ritstj.) (2012) *Gæðahandbók Landspítala, verklagsregla 08131-038-4.4. Þriðja stig fæðingar*. Reykjavík: Landspítali. Sótt frá á innri vef Landspítala: <http://heitur/focal/Gaedahandbaekur/GNHljosm.nsf/0/e067b3c610d68fe300256f9d00466d83?OpenDocument&TableRow=3.0#3>.
- Hodnett, E. D., Downe, S., Edwards, N. og Walsh, D. (2010). Home-like versus conventional institutional settings for birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD000012. doi:10.1002/14651858.CD000012.pub2
- Hodnett, E. D., Lowe, N. K., Hannah, M. E., Willan, A. R., Stevens, B., Weston, J. A. og félagar (2002). Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 288 (11), 1373–1381. Sótt frá <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12234231>
- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G. J. og Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub5
- ICM (International Confederation of Midwives) (2008). *Keeping Birth Normal : Position Statement* (bls. 1–3). Glasgow.
- ICM (International Confederation of Midwives) og FIGO (International Federation of Gynaecologists and Obstetricians) (2004). Joint statement: management of the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(1), 76–77.
- Jones, S. (2011). Ethics and midwifery practice. Í J. Magill-Cuerden og S. Macdonald (Ritstj.), *Mayes Midwifery: A Textbook for midwives* (14. útgáfa). Edinborg: Elsevier: Bailliere Tindall.
- Jordan, S. (2011). Pharmacology and the midwife. Í J. Magill-Cuerden og S. Macdonald (Ritstj.), *Mayes Midwifery: A Textbook for midwives*. Edinborg: Elsevier: Bailliere Tindall.
- Kaufman, K. (2000). Commentary: Have We Yet Learned About the Effects of Continuity of Midwifery Care? *Birth*, 27 (3), 174–176. doi:10.1046/j.1523-536x.2000.00174.x
- Keating, A. og Fleming, V. E. M. (2007). Midwives' experiences of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective. *Midwifery*, 25 (5), 518–27. doi:10.1016/j.midw.2007.08.009
- Kettle, C. (2011). The Pelvic floor. Í J. Magill-Cuerden og S. Macdonald (Ritstj.), *Mayes Midwifery: A Textbook for midwives* (14. útgáfa). Edinborg: Elsevier: Bailliere Tindall.
- Kotaska, A. J., Klein, M. C. og Liston, R. M. (2006). Epidural analgesia associated with low-dose oxytocin augmentation increases cesarean births: a critical look at the external validity of randomized trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194 (3), 809–814. doi:10.1016/j.ajog.2005.09.014
- Lavender, T., Hart, A. og Smyth, R. M. D. (2013). Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD005461. doi:10.1002/14651858.CD005461.pub4
- Lawrence Beech, B. A. og Phipps, B. (2008). Normal birth: women's stories. Í S. Downe (Ritstj.), *Normal Childbirth: Evidence and Debate* (Önnur útgáfa, bls. 67–79). Edinburgh: Elsevier: Churchill Livingstone.
- Leap, N. og Anderson, T. (2008). The role of pain in normal birth and the empowerment of women. Í S. Downe (Ritstj.), *Normal Childbirth: Evidence and Debate* (Önnur útgáfa, bls. 29–46). Edinburgh: Elsevier: Churchill Livingstone.
- Lieberman, E., Cohen, A., Lang, J., Frigoletto, F. og Goetzl, L. (1999). Maternal intrapartum temperature elevation as a risk factor for cesarean delivery and assisted vaginal delivery. *American Journal of Public Health*, 89 (4), 506–510.

- Macdonald, S. og Magill-Cuerden, J. (2011). *Mayes' Midwifery: A Textbook for Midwives* (14. útgáfa). Elsevier: Bailliere Tindall.
- Margrét Hallgrímsdóttir (1998). Eðlileg fæðing. *Ljósmaðrablaðið*, 76 (3), 26–28.
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., Osterman, M. J., Curtin, S. C. og Mathews, T. J. (2013). *Births: Final Data for 2012* (Bindi 62, bls. 1–25). United States Center for Disease Control and Prevention.
- McGeown, P. (2011). Induction of labour and post-term pregnancy. Í J. Magill-Cuerden og S. Macdonald (Ritstj.), *Mayes Midwifery: A Textbook for midwives* (14. útgáfa). Edinborg: Elsevier: Bailliere Tindall.
- McLachlan, H. L., Forster, D. A., Davey, M. A., Farrell, T., Gold, L., Biro, M. A. og félagar (2012). Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119 (12), 1483–1492. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x
- McNabb, M. (2011). Physiological changes from late pregnancy until the onset of lactation. Í J. Magill-Cuerden og S. Macdonald (Ritstj.), *Mayes Midwifery: A Textbook for midwives* (14. útgáfa). Edinborg: Elsevier: Bailliere Tindall.
- Mead, M. (2008). Midwives' practices in 11 UK maternity units. Í S. Downe (Ritstj.), *Normal Childbirth: Evidence and Debate* (Önnur útgáfa, bls. 81–95). Edinburgh: Elsevier: Churchill Livingstone.
- Meakin, S. (2011). Procedures in obstetrics. Í J. Magill-Cuerden og S. Macdonald (Ritstj.), *Mayes Midwifery: A Textbook for midwives* (14. útgáfa). Edinborg: Elsevier: Bailliere Tindall.
- Medforth, J., Evans, S., Marsh, B. og Walker, A. (2011). *Oxford handbook of midwifery*. New York: Oxford University Press.
- Midwifery Today (e.d) *Midwifery Today Biographies*. Sótt frá: <http://www.midwiferytoday.com/bio/default.asp?name=odent>
- MOH (Ministry of Health) 2012. *Report on Maternity, 2010*. Wellington: Ministry of Health.
- National Institute for Health Clinical Excellence (2007). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. NICE, London.
- Nilsson, C., Bondas, T. og Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 39 (3), 298–309. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x
- Odent, M. (1998). Don't manage the third stage of labour! *The practising midwife*, 1(9), 31.
- Odent, M. (2007). *Birth and Breastfeeding: Rediscovering the Needs of Women During Pregnancy and Childbirth* (2. útgáfa). East Sussex: Clairview Books.
- Olsen, O. og Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD000352. doi:10.1002/14651858.CD000352.pub2
- Ólöf Á. Ólafsdóttir (2009). Lærdómur af fæðingarsögum: Nærvera, tengsl við konur og þekking ljósmæðra. Í Helgu Gottfreðsdóttur og Sigfríði I. Karlsdóttur (Ritstj.), *Lausnarsteinar: Ljósmodurfræði og Ljósmodurlist* (1. útgáfa, bls. 215–239). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag; Ljósmaðrafélag Íslands.
- Osterman, M. J. og Martin, J. A. (2011). Epidural and Spinal Anesthesia Use During Labor: 27-state Reporting Area, 2008. *National Vital Statistics Reports*, 59 (5).
- Petersen, A., Poetter, U., Michelsen, C. og Gross, M. M. (2013). The sequence of intrapartum interventions: a descriptive approach to the cascade of interventions. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288 (2), 245–254. doi:10.1007/s00404-013-2737-8
- Quote of the day. (2005) *Midwifery Today E- News*, 7 (24). Sótt frá: <http://www.midwiferytoday.com/enews/enews0724.asp>

- Räisänen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Gisler, M. og Heinonen, S. (2011). A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 115 (1), 26–30. doi:10.1016/j.ijgo.2011.05.008
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson, og Gestur Pálsson (2013). *Skýrsla frá Fæðingaskráningunni fyrir árið 2012* (bls. 1–37). Kvenna- og Barnasvið Landspítala Háskólasjúkrahúss.
- Reynir T. Geirsson (2006). Er ávinningur af fleiri keisaraskurðum? *Læknablaðið*, 92, 185–187.
- Robertson, A. (2004). *The Midwife Companion. The Art of support during birth* (Önnur útgáfa). Camperdown: Birth International.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. og Devane, D. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD004667. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub3
- Segal, S. (2010). Labor epidural analgesia and maternal fever. *Anesthesia and Analgesia*, 111 (6), 1467–1475. doi:10.1213/ANE.0b013e3181f713d4
- Sigríður Halldórsdóttir og Sigríður I. Karlsdóttir (1996). Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth. *Midwifery*, 12 (2), 48–61. Sótt frá <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8718109>
- Valgerður L. Sigurðardóttir og Ólöf Á. Ólafsdóttir (2009). Skynjun íslenskra ljósmæðra á öryggi og áhættu við eðlilegar fæðingar. Í Helgu Gottfreðsdóttur og Sigríði I. Karlsdóttur (Ritstj.), *Lausnarsteinar: Ljósmóðurfræði og Ljósmóðurlist* (1. útgáfa, bls. 193–214). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag; Ljósmæðrafélag Íslands.
- Simpson, K. R. (2006). When and how to push: providing the most current information about second-stage labor to women during childbirth education. *The Journal of Perinatal Education*, 15 (4), 6–9. doi:10.1624/105812406X151367
- Simpson, K. R. og James, D. C. (2006). Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. *Nursing Research*, 54 (3), 149–157. Sótt frá <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15897790>
- Smyth, R. M., Aldred, S. K. og Markham, C. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD006167. doi:10.1002/14651858.CD006167.pub3
- Sóley Bender. (2003). Rýnihópar. Í Sigríði Halldórsdóttur og Kristjáni Kristjánssyni (Ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknunum í heilbrigðisvísindum* (1. útgáfa, bls. 85–101). Akureyri.
- Stewart, M., McCandlish, R., Henderson, J. og Brocklehurst, P. (2005). *Report of a structured review of birth centre outcomes*. National Perinatal Epidemiology Unit. Oxford. Sótt frá <http://www.npeu.ox.ac.uk/files/downloads/reports/Birth-Centre-Review.pdf>
- Thavagnanam, S., Fleming, J., Bromley, A., Shields, M. D. og Cardwell, C. R. (2008). A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma. *Clinical and Experimental Allergy: Journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology*, 38 (4), 629–633. doi:10.1111/j.1365-2222.2007.02780.x
- Tracy, S. K., Sullivan, E., Wang, Y. A., Black, D. og Tracy, M. (2007). Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: a population-based study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 20 (2), 41–48. doi:10.1016/j.wombi.2007.03.005
- Van Der Hulst, L. A. M. (1999). Dutch midwives: relational care and birth location. *Health and Social Care in the Community*, 7 (4), 242–247. Sótt frá <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11560639>

- Waldenström, U., Hildingsson, I. og Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113 (6), 638–46. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x
- Walsh, D. (2007). *Rhythms in the first stage of labour. Evidence-based care for normal labour and birth* (1. útgáfa, bls. 29–45). London og New York: Routledge.
- Walsh, D. (2008). Promoting normal birth: weighing the evidence. Í S. Downe (Ritstj.), *Normal Childbirth: Evidence and Debate* (2. útgáfa, bls. 175–189). Edinborg: Elsevier: Churchill Livingstone.
- Walsh, D. (2011). Care in the first stage of labour. Í J. Magill-Cuerden og S. Macdonald (Ritstj.), *Mayes Midwifery: A Textbook for midwives* (14. útgáfa). Edinborg.
- Wax, J. R., Lucas, F. L., Lamont, M., Pinette, M. G., Cartin, A. og Blackstone, J. (2010). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203 (3). doi:10.1016/j.ajog.2010.05.028
- WHO (World Health Organisation) (1996). *Care in Normal birth: a practical guide*. Geneva. Sótt frá [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1)
- WHO (World Health Organization) (e.d). *International Classification of Diseases (ICD)*. Sótt frá: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Þóra F. Fischer. Þóra Steingrímsdóttir. Ingibjörg Eiríksdóttir. Birna G Jónsdóttir (ritstj.) (2007). *Gæðahandbók Landspítala, verklagsregla 4.05 Verklagsreglur um tvíburafæðingar*. Reykjavík: Landspítali.