



Verkir við brjóstagjöf

Orsakir, meðferðir og mikilvægi stuðnings

Hildur Gunnarsdóttir
María Rós Gunnarsdóttir

Ritgerð til BS prófs (10 einingar)



HÁSKÓLI ÍSLANDS
HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

Verkir við brjóstagjöf
Orsakir, meðferðir og mikilvægi stuðnings

Hildur Gunnarsdóttir
María Rós Gunnarsdóttir

Ritgerð til BS prófs í hjúkrunarfræði
Leiðbeinandi: Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Hjúkrunarfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands
Júní 2019

Pain during breastfeeding
Causes, treatments and the importance of support

Hildur Gunnarsdóttir
María Rós Gunnarsdóttir

Thesis for the degree of Bachelor of Science

Supervisor: Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Faculty of Nursing
School of Health Sciences

June 2019

Ritgerð þessi er til BS prófs í hjúkrunarfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi réttshafa.

© Hildur Gunnarsdóttir og María Rós Gunnarsdóttir, 2019

Prentun: Háskólaprent

Reykjavík, Ísland 2019

Ágrip

Kostir brjóstamjólkur og brjóstagjafar hafa lengi verið þekktir, en bæði móðir og barn njóta góðs af farsælli brjóstagjöf. En þetta ferli gengur ekki alltaf áfallalaust fyrir sig og mikill hluti mæðra upplifir vandamál í tengslum við brjóstagjöfina sem valda verkjum. Verkir geta haft í för með sér slæmar afleiðingar á líkamlega og andlega heilsu móður og orðið til þess að hún hættir brjóstagjöfinni fyrr en æskilegt er. Mikilvægi brjóstamjólkur og brjóstagjafar, bæði fyrir móður og barn, kemur fram í minnkuðum líkum á allskonar sjúkdómum og sýkingum, bæði krónískum og smitsjúkdómum. Einnig dregur farsæl brjóstagjöf úr líkum á fæðingarþunglyndi og eflir tengslamyndun móður og barns.

Tilgangur þessarar fræðilegu samantektar er að taka saman helstu vandamál sem valda verkjum í brjóstagjöfinni, orsakir þeirra og meðferðir sem hafa gagnast. Mikilvægt er að komast að ástæðum verkja við brjóstagjöf þar sem verkir geta annars leitt til frekari vandamála eins og alvarlegra geirvörtu sára eða brjóstasýkinga.

Reynsla kvenna af verkjum misjöfn og það er mismunandi hverskonar aðstoð hentar hverri og hvert þær leita sér aðstoðar við vandamálum sem geta komið upp í tengslum við brjóstagjöfina. Mikilvægt er að þessar konur fái viðeigandi ráðgjöf og stuðning til að vinna í gegnum þessi vandamál og stuðla að farsælli brjóstagjöf. Í verkefninu er farið yfir þá þjónustu sem er í boði fyrir mæður hér á landi, hvaða þjónustu þær nýta sér helst og hvað gagnast þeim ásamt því að koma inn á hvaða ráðgjöf og fræðslu konur kjósa helst í tengslum við brjóstagjöf.

Lykilorð: Brjóstagjöf, erfiðleikar, verkir, vandamál, hlutverk hjúkrunar, reynsla af, misheppnuð brjóstagjöf og brjóstagjafaráðgjafi.

Abstract

The benefit of breastfeeding and breastmilk has long been known, and both mother and baby benefit from a successful breastfeeding. But this process does not always go smoothly and the majority of mothers experience problems related to breastfeeding that causes pain. But pain can negatively affect both the physical and emotional health of mothers and cause her to cease breastfeeding earlier than expected. The importance of breastmilk and breastfeeding is seen in the decreased probability of all kinds of diseases and infections, both chronic and infectious diseases. A successful breastfeeding also reduces the likelihood of postpartum depression and strengthens the bond between mother and baby.

The purpose of this theoretical summary is to compile the major problems that cause pain in breastfeeding, their causes and the treatments that work. It's important to find the cause of pain during breastfeeding as pain can lead to further problems, like severe nipple wounds or infections of the breast.

Women's experience of pain varies as does the assistance that fits best for each woman and from whom they seek help with problems that may arise in connection with breastfeeding. It's important that these women receive appropriate counseling and support to work through these problems to promote a successful breastfeeding. This paper reviews the services available for mothers in Iceland, what services they prefer to use and what works for them, as well as what advice and education women prefer in connection with breastfeeding.

Keywords: "breastfeeding", "difficulties", "pain", "problems", "role of nursing", "experience of", "breastfeeding failure" og "breastfeeding counselor"/"lactation consultant/consultation"

Þakkir

Við viljum byrja á að þakka leiðbeinanda okkar, Ólöfu Ástu Ólafsdóttur, fyrir góða leiðsögn og skemmtilegar umræður við gerð verkefnisins. Einnig fá fjölskyldur okkar ómældar þakkir fyrir stuðninginn á meðan skrifum stóð.

Sérstakar þakkir fá Hildur Sigurðardóttir, fyrir leyfi til að nota gögn úr óbirtri rannsókn, og Þórunn Pálsdóttir, fyrir upplýsingar varðandi brjóstgöngufarþjálfara á Íslandi.

Ástarþakkir til Te og Kaffi í Borgartúni, fyrir góða lærdómsaðstöðu, vinkjarnlegt viðmót starfsfólks, frítt wifi og besta kaffið í borginni.

Að lokum viljum við þakka hvor annarri fyrir góða samvinnu við gerð verkefnisins.

Efnisyfirlit

Ágrip.....	4
Abstract	5
Þakkir	6
Efnisyfirlit	7
Listi yfir skammstafanir	9
1 Inngangur	9
2 Aðferðir	11
3 Fræðileg samantekt.	12
3.1 Brjóstamjólk og mjólkurmyndun	12
3.1.1 Kostir brjóstagjafar.....	13
3.1.2 Algengi brjóstagjafar	14
3.1.3 Ráðleggingar varðandi brjóstagjöf	15
3.2 Vandamál tengd brjóstagjöf og verkir.....	17
3.2.1 Aumar og sárar geirvörtur.....	17
3.2.2 Sveppasýking.....	18
3.2.3 Stálmi og stíflur	18
3.2.4 Of lítil eða of mikil mjólkurframleiðsla	19
3.2.5 Brjóstabólga, með eða án sýkinga	19
3.2.6 Önnur vandamál	20
3.3 Reynsla af verkjum við brjóstagjöf.....	22
3.3.1 Orsök verkja við brjóstagjöf	22
3.3.2 Afleiðingar verkja við brjóstagjöf	23
3.3.3 Meðferðir við verkjum við brjóstagjöf	24
3.3.4 Hjálpartæki við brjóstagjöf.....	26
3.4 Þjónusta við konur sem upplifa vandamál og verki við brjóstagjöf.....	28
3.4.1 Brjóstagjafaráðgjöf.....	29
3.4.2 Áhrif og þörf fyrir stuðning og ráðgjöf við brjóstagjöf	30
4 Umræða	33
Lokaorð	36

Heimildaskrá.....	37
Fylgiskjöl.....	41

Listi yfir skammstafanir

WHO – World Health Organization (Alþjóðaheilbrigðismálastofnun)

UNICEF – United Nations International Childrens Emergency Fund

EPDS Þunglyndisskali – Edinburgh Postnatal Depression Scale

1 Inngangur

Samkvæmt ráðleggingum frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO) er mælt með að börn séu eingöngu á brjósti fyrstu sex mánuðina eftir fæðingu en síðan brjóstagjöf samhliða annarri fæðu til tveggja ára aldurs (World Health Organization, e.d.). Unicef hefur sömu ráðleggingar fram að færa en til þess að undirstrika mikilvægi brjóstamjólkur er fjallað um þá kosti sem hún hefur umfram aðra næringu (UNICEF, 2018). Í óútgefin rannsókn Hildar Sigurðardóttur, sem nánar verður sagt frá síðar, kom fram á að á Íslandi voru 58% mæðra ennþá með barn sitt eingöngu á brjósti við 6 mánaða aldur, á meðan 24,1% gáfu ennþá brjóst samhliða annarri fæðu (Anna Margrét Einarsdóttir og Helga Guðmundsdóttir, 2009). Skýrslan „*Upphaf brjóstagjafa*“ á vegum Embætti landlæknis sýndi að 84% barna voru eingöngu á brjósti fyrstu 48 klukkutímana á árunum 2004-2008. Þá voru einungis 50 % barna á brjósti fyrstu 4 mánuðina og fer þessi tala svo lækkandi eftir það (Hildur Björk Sigurbjörnsdóttir og Bryndís Elfa Gunnarsdóttir, 2012).

Brjóstagjöf er ekki sjálfsgöður hlutur hjá öllum mæðrum og geta komið upp vandamál sem valda því það hún gengur ekki eins vel og vonast var eftir (World Health Organization, e.d.). Þá getur verið nauðsynlegt fyrir konur að fá aðstoð við að leiðrétta möguleg vandamál til þess að koma brjóstagjöfni í farsælan farveg en heimaþjónusta ljósmæðra spilar þar stórt hlutverk á Íslandi vegna þess að þær eru næsti þjónustuaðili mæðra og sinna eftirliti með þeim fyrstu dagana eftir fæðingu (Hildur Sigurðardóttir, 2014). Í leiðbeiningum fyrir ung- og smábarnavernd kemur fram að brjóstagjöf eflir tengslin milli móður og barns og stuðlar þar með að góðri tengslamyndun (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015). Þegar brjóstagjöf gengur illa getur það haft veruleg áhrif á samband móður við barn sitt og hefur brjóstagjafa ferlinu því verið lýst sem mjög mikilvægu í því að læra á móðurhlutverkið og upplifa margar mæður að þeim sé að mistakast þegar það gengur ekki eins vel og búist var við (Kronborg, Harder og Hall, 2015).

Algengt er að upp komi vandamál tengd brjóstagjöf og rannsóknir hafa sýnt að verkir séu eitt helsta einkennið sem konur upplifa við brjóstagjöf (Mauri, Zobbi og Zannini, 2012. Leung, 2016. Anna Margrét Einarsdóttir og Helga Guðmundsdóttir, 2009). Fjöldi vandamála geta síðan valdið konum sársauka við brjóstagjöfina en það eru meðal annars; sárar og aumar geirvörtur, stálmi, brjóstabólga, sýkingar og stíflur (Giugliani, 2005. Brenner og Buescher, 2011. Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015). Þá er hlutfall kvenna sem upplifa verki við brjóstagjöfina misjafnt eftir rannsóknum en þar eru meðal annars niðurstöður að sýna að það eru allt frá 36% kvenna sem leita sér hjálpar vegna verkja (Kent o.fl., 2015) og upp í 96% kvenna sem segjast hafa upplifað einhverja verki við brjóstagjöfina fyrstu vikuna (Tait, 2000). Það er því ljóst að verkir eru mjög algengir hjá konum

sem gefa börnum sínum brjóst en munurinn hér gæti falist í hvort konurnar telji verkina vera orðna að vandamáli eða að þeir séu hluti af eðlilegu ferli brjóstgjafar.

Í þessari ritgerð leitumst við við að skoða kosti brjóstamjólkur og þau vandamál sem geta komið upp við brjóstgjöf með áherslu á verki, orsaki þeirra og áhrif á móður og barn. Einnig viljum við vita hvaða stuðning og ráðgjöf þessar konur þurfa og er í boði á Íslandi, hvað gagnast þeim og hvað þarf að bæta í þjónustunni.

Þær rannsóknarspurningar sem lagt var upp með:

1. Hver eru helstu vandamál sem valda verkjum við brjóstgjöf og hvers vegna er mikilvægt að vinna á þeim?
2. Hvaða þjónusta er í boði fyrir þessar konur, hvað gagnast þeim og hvað þarf að bæta ?

2 Aðferðir

Fræðileg samantekt var gerð til þess að kanna vandamál í brjóstgjöf, hvað veldur verkjum við brjóstgjöf, skoða þá þjónustu sem er í boði fyrir mæður sem upplifa verki og hvað af því hefur reynst mæðrum vel.

Gagnasöfn sem notuð voru í heimildaleitina voru Google Scholar og Pubmed. Einnig skoðaðar klínískar leiðbeiningar frá öðrum löndum, fræðilegt efni á vegum Embætti landlæknis, heilsuveru og heilsugæslu. Auk leiðbeininga og fræðsluefnis á heimasíðum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunar (WHO) og UNICEF. Að lokum voru notaðar heimildir sem fundust með snjóboltaaðferð þ.e. í gegnum aðrar rannsóknir og greinar sem og gagnasöfn tímarita; Journal of human lactation, Journal of midwifery and women's health og Ljósmaðrablaðið.

Rannsóknir sem notaðar eru í verkefninu eru víðsvegar að úr heiminum og eru á tímabilinu 1984 - 2017. En brjóstgjöf hefur verið mikið rannsökuð í gegnum árin og margar eldri greinar eiga enn vel við í dag. Við heimildaleit kom í ljós að lítið er um íslenskar heimildir um efnið og þá kannski sérstaklega þegar leitað var að heimildum um brjóstgjafaráðgjöf. Einnig vantar nýlegar tölulegar upplýsingar um algengi brjóstgjafa og vandamála á Íslandi, en þær síðustu er að finna frá árinu 2008 frá embætti landlæknis.

Höfundar gerðu óformlega könnun á samfélagsmiðlinum Facebook í hópnum „mæðra-tips“ en þegar könnunin var gerð voru í honum 18.281 mæður. En spurt var um verki tengda brjóstgjöf og þá aðstoð sem mæðurnar fengu vegna þeirra, sjá fylgiskjal.

3 Fræðileg samantekt.

3.1 Brjóstamjólk og mjólkurmyndun

Mikilvægi brjóstamjólkur er mest fyrstu tvö ár ævinnar vegna þess að hún hefur að geyma öll þau vítamín sem börnin þurfa ásamt steinefnum, ensímum og mótefnum sem eru nauðsynleg fyrir þau fyrstu 6 mánuði lífsins og gegna áfram mikilvægu hlutverki samhliða fæðunni fram að tveggja ára aldri. Það er því ekki að ástæðulausu að Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin og UNICEF mæla með því að börn fái eingöngu brjóstamjólk fyrstu 6 mánuði lífsins og að mæður haldi brjóstagjöf áfram þar til börnin hafa náð að minnsta kosti tveggja ára aldri (World Health Organization, e.d.. UNICEF, 2018). Talið er að brjóstamjólkin stuðli að heilbrigðum vexti barna, þroska heila og taugastarfsemi og minnki líkur á offitu og krónískum sjúkdómum (UNICEF, 2018). Brjóstamjólkin stuðlar einnig að bættri heilsu mæðra þar sem hún getur minnkað líkur á ákveðnum tegundum krabbameina eins og eggjastokka og brjóstakrabbameina (World Health Organization, e.d.), auk þess að minnka líkur á offitu og sykursýki mæðranna seinna meir (Eidelman og Schanler, 2012).

Brjóstamjólkin inniheldur styrkjandi þætti fyrir ónæmiskerfi barns, en það eru meðal annars immunoglobulin, mismunandi glycoprótein, bindiprótein, ensím, andoxunarefni og frjalsar fitusýrur en auk þess hefur brjóstamjólkin þau áhrif að stuðla að heilbrigðri þarmaflóru barnsins (Brenner og Buescher, 2011). Sú mjólk sem barnið fær fyrst eftir fæðingu kallast broddmjólk, og eru eiginleikar hennar ólíkir þeirri mjólk sem síðan myndast og verður að brjóstamjólk. Broddmjólkin inniheldur mun meira af þessum styrkjandi þáttum fyrir ónæmiskerfið og þarmaflórana og hún er því mjög mikilvæg fyrir barnið fyrstu klukkutímana og dagana eftir fæðingu en fái barn aðra næringu með á þessum tíma getur það truflað þetta ferli sem á stað í meltingarvegi barnsins (Hanson, 2007). Broddmjólkin er nokkuð gulari að lit en brjóstamjólk og er það vegna þess að hún inniheldur mikið af A vítamíni, einnig inniheldur hún mikið af próteinum en minna er af kolvetnum, hún inniheldur síðan steinefni, vítamín, hvít blóðkorn og mótefni. Hún er því mjög mikilvæg fyrir ónæmiskerfi barnsins og kemur af stað heilbrigði þarmaflóru hjá barninu sem síðan hjálpar því að losa sig við fyrstu hægðirnar sem kallast barnabik (Royal Childrens Hospital Melbourne, 2017).

Mataræði móður skiptir máli við myndun brjóstamjólkur en þær þurfa að innbyrða um 450-500 auka hitaeiningar á dag og mælt er með að þær komi úr hollri fæðu, einnig er mælt með að konur haldi áfram að taka þau vítamín sem mikilvæg eru á meðgöngu (Eidelman og Schanler, 2012). Lögð er áhersla á að mataræði mæðra með börn á brjósti sé fjölbreytt og að þær borði fisk 1-2 sinnum í viku til þess að fá nægilegt magn af omega 3 fitusýrum. Þær mæður sem eru á sérstöku mataræði sem ekki telst nægilega fjölbreytt geta þurft að taka aukalega omega 3 og önnur vítamín (Eidelman og Schanler, 2012).

Myndun brjóstamjólkur skiptist í þrjú tímabil, það eru mjólkurmyndunarferli 1, 2 og 3. Mjólkurmyndunarferli 1 hefst á meðgöngu, um það bil á vikum 15-20 (Cregan og Hartman, 1999). Ferlið sjálft felur í sér umfangsmiklar breytingar á brjóstum móðurinnar. Þekjufrumur í brjóstvefnum sérhæfast, bil myndast milli kirtilblaðra og þær stækka en þetta veldur stækkun brjóstanna. Mjólkurmyndandi frumur í kirtilblöðrunum fara þá að framleiða broddmjólkina í mjög litlu magni, en það gerist vegna áhrifa frá hormóninu prolaktín og er til þess að undirbúa brjóstin fyrir brjóstagjöfina og

sjá barninu fyrir þeirri mikilvægu næringu, mótefnum og steinefnum sem þau þurfa eftir fæðingu (Royal Childrens Hospital Melbourne, 2017). Hins vegar framleiðir fylgjan á sama tíma hormónið prógesterón sem hindrar þá frekari mjólkurmyndun. Það er síðan um það bil tveimur dögum eftir fæðingu, eða um 30-40 klukkustundum, þegar magn prógesteróns í blóði er orðið nægilega lágt í kjölfar fylgjufæðingar að mjólkurmyndunarferli 2 hefst. (Cregan og Hartman, 1999)

Mjólkurmyndunarferli 2 er það tímabil þar sem mjólkurmyndunin fer af stað, bil milli kirtilblaðra minnkar og við þessa miklu lækkun á prógesteróni í blóði fara mjólkurmyndandi frumur hægt og rólega að mynda brjóstamjólk í stað broddmjólkur (Royal Childrens Hospital Melbourne, 2017). Þetta gerist fyrir áhrif frá hormóninu oxytocin, en seyting þess stjórnast af heiladinglinum (Giugliani, 2004). Prólactín hefur hvað mest að segja um mjólkurmyndun, en rannsóknir hafa sýnt að við aukið sog og örvun á geirvörtunum eykst magn prolactíns í blóði sem eykur svo mjólkurmyndun (Cregan og Hartman, 1999). Við sog á geirvörtum eykst magn prolactíns og þá fer af stað þriðja ferlið eða mjólkurmyndunarferli 3, en þá er mjólkurmyndunin komin á fullt og er stýrt af innkirtla kerfinu. Það virkar þannig að því meiri eftirspurn sem er eftir mjólkinni því meira myndast. Þannig að þegar barnið sýgur brjostið hækkar prolactín í blóði, sem svar við soginu veldur hormónið oxytocin aukinni seytingu á mjólk en sé sögið minnkað verður minni seyting af mjólk (Royal Childrens Hospital Melbourne, 2017). Seyting af hormóninu oxytocin getur einnig aukist við áreiti eins og til dæmis ákveðna lykt, grátur ungabarns og tilfinningalegt áreiti. Á sama hátt geta aðrir þættir haft neikvæð áhrif á seytingu hormónsins eins og verkir eða sársauki, kvíði eða streita, ótti, óþægindi og lítið sjálfstraust (Giugliani, 2004).

Mjólkurmyndun mæðra er misjöfn eftir þörfum barnsins og hefur því áhrif hvort barn fái einnig ábót af til dæmis þurrmjólk, því oftast sem barnið er lagt á brjóst því meiri verður framleiðslan en hún eykst einnig þegar brjóstin eru reglulega tæmd (Giugliani, 2004). Mjólkurmyndunin verður meiri dag frá degi í upphafi og fer úr því að vera undir 100ml á dag í um það bil 600ml að meðaltali á degi fjögur. Þegar brjóstagjöfin er síðan komin á fullt og mjólkurmyndunarferli 3 er komið í gang er framleiðslan að meðaltali um 850ml á dag þegar barnið er eingöngu á brjosti. Geta mæðra til að framleiða mjólk er alla jafna meiri heldur en barnið þarf og ættu því mæður að geta mjólkað umfram magn af mjólk ef allt gengur eftir (Giugliani, 2004).

3.1.1 Kostir brjóstagjafar

Kostir brjóstamjólkur eru ótal margir, auk þess að innihalda alla þá næringu og nauðsynleg efni sem ungabörn þurfa er hún ávallt við rétt hitastig, þarfnast lágmarks undirbúnings og er hrein og örugg þrátt fyrir að hreinlæti í umhverfi sé ábótavant og drykkjarvatn mengað. Brjóstamjólk er auk þess fjárhagslega hagkvæm þar sem ekki þarf að kaupa næringu fyrir barnið. Á heimsvísu er brjóstagjöf mikilvæg til þess að koma í veg fyrir ungbarnadauða og er talið að hún geti fækkað dauðsföllum barna undir 5 ára um 800,000 á ári hverju auk þess að minnka dauða mæðra eftir fæðingu um 20,000 (UNICEF, 2018). Brjóstagjöf á fyrstu klukkutímum eftir fæðingu hefur þau jákvæðu áhrif á móður að valda samdráttum í leginu sem hjálpar því að dragast saman og minnkar blæðingu í kjölfar fæðingar (Eidelman og Schanler, 2012)

Í samantekt heilsugæslu á næringu barna er nefnt mikilvægi brjóstamjólkur þar sem hún inniheldur gífurlegt magn næringarefna auk þess sem hún inniheldur efni sem stuðla að réttum þroska meltingarvegjar og starfsemi hans. Hún inniheldur einnig hormóna, vaxtarþætti og efni sem örva ónæmiskerfið sem er vissulega mikilvægt fyrir barnið fyrstu daga, vikur og mánuði lífsins (Embætti landlæknis og þróunarsvið heilsugæslunnar, 2016). Það að börn fái brjóstamjólk hefur verið tengt við minni líkur á hinum ýmsu sjúkdómum, minni líkur á offitu í framtíðinni, styður við þroska heila og taugakerfis og jafnvel tengt við að þau börn sem fái sína næringu úr brjóstamjólki standi sig almennt betur í skóla (UNICEF, 2018). Brjóstamjólkin hjálpar börnum að verjast hinum ýmsu sjúkdómum, bæði smitsjúkdómum og krónískum sjúkdómum auk þess að minnka þann tíma sem það tekur börnin að takast á við veikindin og þar með vinna á sýkingum eða sjúkdómum (World Health Organization, e.d.).

Ávinningur þess að hafa börn eingöngu á brjóstamjólki fyrstu 4 mánuði lífsins var meðal annars sá að 72% minni líkur voru á alvarlegum lungnasýkingum sem krefjast sjúkrahúsvistar. Það að fá einhverja brjóstamjólki fyrstu mánuðina minnkaði líkur um 23% að fá eyrnabólgu miðað við þau börn sem fengu enga brjóstamjólki (Eidelman og Schanler, 2012). Líkur á niðurgangspestum minnka rosalega þegar börn eru eingöngu á brjósti og er talið að á heimsvísu séu þau börn sem eingöngu eru á brjósti 14 sinnum líklegri til að lifa af (UNICEF, 2018). Einnig eru 50% minni líkur á eyrnabólgu hjá þeim börnum sem fengu eingöngu brjóstamjólki fyrstu 3 mánuðina, og 63% minni líkur á alvarlegum kvæfpestum og sýkingum í hálsi, nef og eyrum hjá þeim börnum sem fengu eingöngu brjóstamjólki fyrstu 6 mánuði (Eidelman og Schanler, 2012).

Við sjáum að ávinningur brjóstamjólkur eru mikill bæði fyrir nýfædda barnið sem og móðurina, en þar að auki má nefna aðra kosti eins og tengslamyndun sem á sér stað við brjóstgjöfina (Embætti landlæknis og þróunarsvið heilsugæslunnar, 2016). Þar er samvera móður og barns metin mikils sem og þægindi við brjóstgjöf yfir nóttina og að eiginleikar mjólkurinnar séu þeir að hún sé ávallt við rétt hitastig og fersk. Einnig hafa niðurstöður rannsókna sýnt fram á fylgni milli þess að hafa barn eingöngu á brjósti fyrstu mánuðina og það hversu lengi það fær brjóstamjólki samhliða annarri fæðu (Embætti landlæknis og þróunarsvið heilsugæslunnar, 2016).

3.1.2 Algengi brjóstgjafar

43% barna undir 6 mánaða á heimsvísu eru eingöngu á brjósti en áhersla á brjóstgjöf er lítil víðsvegar um heiminn sem UNICEF telur áhyggjuefni auk þess sem skortur er á menntuðu heilbrigðisstarfsfólki til þess að aðstoða konur með börn sín á brjósti bæði varðandi eðlilegt brjóstgjafuferli og þegar upp koma vandamál (UNICEF, 2018). Algengi brjóstgjafar í Bandaríkjunum er talið vera um 75% og þar er mikill munur milli samfélagshópa, sem dæmi voru ungar mæður undir tvítugt mun ólíklegri til þess að hefja brjóstgjöf eða um 59,7% miðað við 79,3% hjá mæðrum yfir þrítugt (Eidelman og Schanler, 2012). Þó svo að algengi brjóstgjafar í Bandaríkjunum sé um 75% þá eru aðeins um 43% kvenna sem halda henni áfram eingöngu eða að hluta til 6 mánaða og aðeins 22% sem halda brjóstgjöfinni áfram til 12 mánaða (Brenner og Buescher, 2011)

Þá er hlutfall kvenna á Íslandi sem gefa börnum sínum brjóst í hærri kantinum sé það borið saman við Bandaríkin. Niðurstöður úr skýrslunni „*Upphaf brjóstgjafar*“ á vegum Embætti landlæknis, þar sem brjóstgjöf nýbakaðra mæðra á árunum 2004-2008 var skoðuð, sýndu að 81% barna voru

lögð á brjóst innan tveggja klukkustunda frá fæðingu, hins vegar voru 8% sem sögðu það ekki hafa verið gert og 11% þar sem mæðurnar voru ekki vissar (Hildur Björk Sigurbjörnsdóttir og Bryndís Elfa Gunnarsdóttir, 2012). Niðurstöður sýndu einnig að 84% barna voru á brjósti fyrstu 48 klukkustundir lífsins á móti 6% sem ekki voru á brjósti fyrstu 48 klukkustundirnar. Það sem kemur á óvart og veldur ef til vill mestum áhyggjum er að aðeins 50% barna var eingöngu á brjósti við 4 mánaða og fer hlutfallið síðan lækkandi og er komið niður í 8% barna sem eingöngu voru á brjósti við 6 mánaða aldur (Hildur Björk Sigurbjörnsdóttir og Bryndís Elfa Gunnarsdóttir, 2012).

Skoðaðar voru niðurstöður rannsóknar sem fram komu í BS verkefni Önnu Margrétar Einarsdóttur og Helgu Guðmundsdóttur frá árinu árinu 2009 en rannsóknin var framkvæmd með umsjón Hildar Sigurðardóttur en kom hún því miður aldrei út í heild sinni (Hildur Sigurðardóttir, munnleg heimild, 23.apríl, 2019). Hún fólst í því að reyna að skoða algengi brjóstagjafar, erfiðleika við brjóstagjöf og stuðning við þeim. Rannsóknin var framkvæmd á þann hátt að konur voru valdar í úrtak með líkindaúrtaki, þá var sendur spurningalisti á 200 konur úr þýðinu og voru það 118 konur sem svöruðu. Niðurstöður hennar sýndu hinsvegar fram á hærra hlutfall en í fyrri rannsóknum þar sem aðeins 17,9% kvenna voru hættað alveg með barn sitt á brjósti við 6 mánaða aldur. Þá voru 58% ennþá með barn sitt eingöngu á brjósti á meðan 24,1% gáfu ennþá brjóst samhliða annarri fæðu (Anna Margrét Einarsdóttir og Helga Guðmundsdóttir, 2009). Muninn má hugsanlega skýra þannig að í fyrri úrtakinu eru tölurnar fengnar úr ungbarnavernd heilsugæslunnar, en þar er mælt með að börn byrji að fá fæðu með mjólkinni við 6 mánaða og eru því líkur á að þegar mæður voru spurðar út í brjóstagjöf á þessum tímapunkti hafi þær verið byrjaðar að kynna börnin fyrir fæðu (Hildur Björk Sigurbjörnsdóttir og Bryndís Elfa Gunnarsdóttir, 2012).

Þó voru 74% barna fædd á árunum 2004-2008 enn að fá brjóstamjólk samhliða annarri fæðu þegar þau voru 6 mánaða sem er aðeins hærra hlutfall heldur en á árum áður og því þróun í rétta átt. Við 8 mánaða aldur voru enn um 61% barnanna á brjósti samhliða annarri fæðu en það fer þó lækkandi og var komið niður í 27% þegar fyrsta aldursárinu var náð. Skýrslan ber jafnframt saman hlutfall barna á brjósti fyrsta aldursárið árin 1999-2003 og síðan 2004-2008. Þar komu fram mjög svipaðar niðurstöður en helsti munurinn var að hlutfall þeirra barna sem fengu einhverja brjóstamjólk, þá samhliða fæðu, hækkaði milli þessarra tímabila. Þá voru einungis 15% barna að fá einhverja brjóstamjólk við eins árs aldur hjá hópnum fæddum 1999-2003 en hlutfallið hafði hækkað í 27% hjá hópnum fæddum á árunum 2004-2008 (Hildur Björk Sigurbjörnsdóttir og Bryndís Elfa Gunnarsdóttir, 2012). Það er því jákvæð þróun ef við miðum við áherslur WHO, UNICEF og heilsugæslunnar (Hildur Sigurðardóttir, 2014).

3.1.3 Ráðleggingar varðandi brjóstagjöf

WHO talar um að þó svo að brjóstagjöf sé náttúrulegt ferli að þá sé þetta lærð hegðun og því eigi konur og börn í ákveðnum tilvikum erfitt með hana (World Health Organization, e.d.). Þær konur sem eiga í vanda með brjóstagjöf af hinum ýmsu ástæðum geta þurft á aðstoð að halda en þá getur verið erfitt að finna úrræði sem henta. Á Íslandi eiga konur rétt á þjónustu frá heimaþjónustu ljósmæðra, ef þær útskrifast heim af spítala innan 24 klukkustunda eftir eðlilega fæðingu, en hluti sængurkvenna sem nýta sér heimaþjónustuna var til að mynda 77,03% árið 2012. Samkvæmt leiðbeiningum um

faglega heimaþjónustu eru þær ljósmæður sem sinna þessum fjölskyldum ráðlagt að nýta sér nýjustu þekkingu á hverjum tíma, þar á meðal ráðleggingar frá WHO og UNICEF um árangursríka brjóstgjöf. Einnig er þeim skylt að veita þeim mæðrum og feðrum sem ekki geta haft börn á brjósti mikilvægar upplýsingar er varða næringu barna og stuðning (Hildur Sigurðardóttir, 2014).

Í leiðbeiningum sem út komu árið 2016, ætluðum ung- og smábarnavernd, er tekið fram að þau börn sem ekki nærast nægilega vel eingöngu á brjóstamjólk fyrir 4 mánaða aldur ættu að fá ungbarnablöndu þ.e. þurrmjólk sem ábót við móðurmjólkina, en ekki fasta fæðu. Ef þörf er á að auka við næringu barna milli 4-6 mánaða er mælt með að bæta inn fastri fæðu í litlum skömmtum en þar er þó tekið fram áframhaldandi mikilvægi brjóstamjólkur og sérstaklega lögð áhersla á ávinning þess að hafa börn eingöngu á brjósti fyrstu 6 mánuðina (Embætti landlæknis og þróunarsvið heilsugæslunnar, 2016). Þegar ákvörðun er tekin um að gefa barni aðra fæðu fyrir 6 mánaða aldur ætti það að vera gert í samráði við ung- og smábarnaverndina, og passa upp á það að fæðan sé gefin í litlum skömmtum til að hafa ekki þau áhrif að brjóstgjöfin minnki (Embætti landlæknis og þróunarsvið heilsugæslunnar, 2016).

3.2 Vandamál tengd brjóstagjöf og verkir

Landlæknisembætti Íslands hefur gefið út leiðbeiningar fyrir ung- og smábarnavernd hvað varðar brjóstagjöf. Kosti hennar og hvernig best sé að stuðla að vel heppnaðri brjóstagjöf, lista yfir möguleg vandamál sem geta komið upp og hvernig megi koma í veg fyrir þau eða meðhöndla auk annarra gagnlegra upplýsinga sem snúa að brjóstagjöf og brjóstamjólk (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015).

Í íslenskri rannsókn Hildar Sigurðardóttur, þar sem 90,4% kvenna hófu brjóstagjöf, kom fram að stór hluti kvennanna eða 72,9% upplifði einhverskonar vandamál tengd brjóstagjöfinni. Þar voru helstu vandamálín verkir með sárum (46,9%), verkir án sára (41,7%), stálmi (37,5%), of lítil mjólkurframleiðsla (29,2%), barn tók brjóstið vitlaus þ.e. lega barns á brjósti eða grip var ekki rétt (27,1%), of mikil mjólkurframleiðsla (21,9%) ásamt fleiri vandamálum (Anna Margrét Einarsdóttir og Helga Guðmundsdóttir, 2009). Það eru allskonar vandamál sem geta komið upp í sambandi við brjóstagjöf sem valda oft miklum verkjum hjá móður og má þar nefna sem dæmi sárar geirvörtur, sýkingar í brjóstum, vitlaust grip hjá barni, léleg mjólkurframleiðsla, brjóstabólga, innfallnar geirvörtur eða stálmi. En með rétttri hjálp og stuðningi er hægt að laga flest þau vandamál sem koma upp og þar koma hjúkrunarfræðingar, ljósmæður og brjóstagjafaráðgjafar til sögunnar. Þær geta veitt stuðning og ráðgjöf fyrstu dagana með heimavítjunum og svo fylgt því eftir í gegnum ung- og smábarnaverndina (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015).

3.2.1 Aumar og sárar geirvörtur

Aumar geirvörtur og verkir er algengasta vandamálið hjá mæðrum með börn á brjósti. Það þykir eðlilegt að finna til einhverra verkja eða óþæginda við brjóstagjöfina þegar barnið er lagt á brjóstið fyrstu dagana, en þessir verkir eiga að ganga yfir á rúmri viku (Tait, 2000). Vari verkurinn hinsvegar mikið lengur eða er viðvarandi er um vandamál að ræða og þá þarf að skoða hvað gæti verið að valda verknum (Giugliani, 2004).

Sárar geirvörtur er hinsvegar flóknara vandamál, þar sem sársaukinn er ekki aðeins í upphafi gjafar, heldur getur varað inn í gjöfina eða út hana alla. Svoleiðis sársauki gefur til kynna að um einhverskonar brjóstagjafa vandamál sé að ræða. Algengasta orsök fyrir verk í brjóstagjöf er léleg staðsetning barns á brjóstinu og vitlaust tak á geirvörtuna. Takið getur verið of grunnt eða skakkt og veldur það röngu álagi og núningi á geirvörtuna sem veldur sársauka og eykur líkur á sprungum og sárum (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015). Tungu- og varahaft geta einnig haft áhrif á brjóstagjöfina með því að koma í veg fyrir að barnið taki brjóstið nógu langt og rétt upp í sig (Wallace & Clarke, 2006).

Myndist sár á geirvörtum eiga þau í hættu á að sýkjast, en einkenni sýktra sára á geirvörtu eru að þau eru mjög lengi að gróa og eru sársaukafull. Mikilvægt er að meðhöndla þessi sár sem fyrst með sýkladrepandi kremi eða sýklalyfjum, ef sýkingin er alvarleg, til að koma í veg fyrir að móðirin endi brjóstagjöfina of snemma vegna verkja (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015).

3.2.2 Sveppasýking

Sveppasýking er algeng orsök verkja við brjóstagjöf, en hún orsakast af sveppnum *Candida albicans*. Þessi sveppur finnst alla jafna á húð og slímhúð án þess að hann valdi einkennum, en ef varnir líkamans veikjast af einhverjum ástæðum getur sveppurinn farið að fjölga sér og valdið sveppasýkingu. Þessi sýking getur komið upp hvenær sem er á brjóstagjafatímanum, en mæður geta verið sérstaklega viðkvæmar fyrir þessu stuttu eftir fæðingu þar sem varnir líkamans veikjast við álagið sem fylgir því að fæða barn. Einnig getur blóðmissir í fæðingu eða veikindi haft þessi áhrif (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015). Einkenni sveppasýkingar eru meðal annars; rauðar geirvörtur, kláði, sviði, bruni og stingandi sársauki í brjóstinu á meðan og eftir gjöf. Stundum eru mæður samt alveg einkennalausar fyrir utan sársaukann (Tait, 2000). Sveppasýkingin berst frá geirvörtu móður í munn barnsins og veldur sveppasýkingu í munn sem kallast þruska, en hún kemur fram sem hvítar skellur eða hvít skán á munnslímhúðum barnsins (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015).

Passa þarf að rugla ekki saman mjólkurskán og sveppasýkingu, en mjólkurskán ætti að hverfa 1-2 klukkustundum eftir gjöf á meðan sveppasýkingin gerir það ekki (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015). Greining á þessu vandamáli er klínísk skoðun á móður og barni og hefja þarf meðferð um leið og greining liggur fyrir. Í meðferð móður skiptir hreinlæti miklu máli, þá þarf að þvo og þerra geirvörtur eftir hverja gjöf og æskilegt er að geta gengið berbrjósta um í dagsbirtu til að vinna á móti kjöraðstæðum sveppsins sem er hiti, raki og myrkur. Ef barnið sýnir væg einkenni er hægt að byrja meðferðina með því að þvo munnhol barnsins upp úr sóðavatni tvisvar á dag í 2-3 daga með bómullarpinna. Ef sú meðferð ber ekki árangur er hægt að fá uppáskrifuð lyf sem á að bera í munnhol barnsins og einnig á geirvörtu og vörtubauga móður í nokkra daga (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015).

3.2.3 Stálmi og stíflur

Stálmi er eitthvað sem langflestar konur upplifa að einhverju leyti. Mjólkinn fyllir brjóstin og finna konur oft fyrir miklum þrýstingi og eymslum í brjóstunum. Þegar mjólkinn er að koma í brjóstin eykst blóðflæði til muna og það verður vökvæðun í vefjunum í brjóstunum vegna þess að sogæðakerfið ræður tímabundið ekki við þetta aukna vökvæðun (Giugliani, 2004). Þetta á sér yfirleitt stað um tveimur til fjórum dögum eftir fæðinguna og gengur yfir á nokkrum dögum. Stundum getur þrotinn í brjóstunum verið svo mikill að erfitt verður fyrir barnið að ná taki á geirvörtunni og þá þarf móðirin að tappa af brjóstinu til að mýkja það. Gæta þarf að handmjólka jafnt allan hringinn á brjóstinu til að tryggja losun úr öllum svæðum brjóstisins (Mathur og Dhingra, 2014).

Stíflur í mjólkurgöngum brjóstá eru algengt vandamál sem lang flestar konur upplifa einhvern tímann á brjóstagjafatímabilinu sínu. Þær lýsa sér sem mjög aumir hnúðar sem finnast við þreyfingu á brjóstum og geta komið upp hvenær sem er, þótt svo að þetta sé algengara vandamál fyrstu vikur brjóstagjafarinnar (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015. Giugliani, 2004). Til að losa stíflur eru mikilvægt að hafa brjóstagjafirnar reglulegar, gefa barninu brjóstið með stíflunni fyrst og prufa mismunandi brjóstagjafastellinar þar sem haka barnsins vísar að stíflunni. Gott getur verið að nudda stífluna á meðan barnið er að drekka eða á meðan handmjólkun fer fram (Giugliani, 2004).

3.2.4 Of lítil eða of mikil mjólkurframleiðsla

Algengasta áhyggjuefni nýbakaðra mæðra með barn á brjósti er að þær séu ekki að mjólka nóg fyrir barnið sitt eða að mjólkin sé að hverfa, þetta er einnig ein algengasta ástæða þess að mæður hætta með börnin sín fyrr á brjósti en þær hefðu viljað (Giugliani, 2004). Ekki er alltaf samasem merki milli upplifunar mæðra á of lítilli mjólkurframleiðslu og þess að framleiðslan sé í raun og veru of lítil. Oft er hægt að hjálpa mæðrum að losna við þessar áhyggjur með góðri fræðslu um brjóstgjöf og kennslu um þau merki sem barnið gefur frá sér þegar það er að byrja að verða svangt. Mikilvægt er að mæður geti lesið í merki barnsins um hungur og séu ekki að rugla því saman við önnur merki sem barnið gefur frá sér eins og t.d. vegna ónota í maga eða þreytu, en mæður eiga það til að rugla órólegu barni saman við svangt barn. Til að reyna að koma í veg fyrir að mjólkurframleiðslan minnki hjá móður þarf að passa upp á að brjóstgjafir séu reglulegar og ekki of langt á milli þeirra, en það magn brjóstamjólkur sem er framleitt fer eftir eftirspurn barnsins og líkaminn aðlagast því, einnig þarf að athuga að láta barnið tæma brjóstin vel í hverri gjöf. Sjálf þarf móðirin svo að huga að því að fá næga hvíld og góða næringu en hvoru tveggja hefur áhrif á mjólkurframleiðsluna (Giugliani, 2004. Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015).

Stundum kemur það þó fyrir að móðirin sé í raun og veru með of litla mjólkurframleiðslu. Greining á of lítilli framleiðslu er oftast klínískt mat ljósmóður eða heilbrigðisstarfsmanns. Einkenni koma bæði fram hjá móður og barni. Ef barn hefur lést um meira en 10% af fæðingarþyngd sinni og hefur ekki náð að komast upp í fæðingarþyngd sína tveimur vikum eftir fæðingu þarf að fara að skoða mjólkurframleiðslu móðurinnar. Hjá móðurinni má sjá einkenni eins og sjáanlega tóm brjóst, það að hún upplifi ekki fyllingartilfinningu eða þrota í brjóstunum. Svangt barn er órólegt strax eftir gjöf og virðist ekki sátt, það vill liggja á brjóstinu í langan tíma í einu og hafa stutt á milli gjafa en er samt ekki að þyngjast eðlilega eða minna en 20 gr á dag (Giugliani, 2004). Einnig þarf að fylgjast með því ef barnið er ekki að væta bleyjur eða hafa reglulegar hægðir eða ef hægðirnar eru harðar og þurrar. En önnur einkenni þess að barnið sé ekki að fá nóg eru meðal annars lág vöðvaspenna, ef barnið er slappt, sljótt eða órólegt og grætur mikið (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015).

Það eru til allskonar ráð til þess að auka mjólkurframleiðslu. Mikilvægt er að barnið sé að fara á brjóst ekki sjaldnar en 8 sinnum á sólahring, og ef svo er þarf að auka gjafirnar og hafa ekki meira en 1,5 - 2 klukkustundir á milli gjafa á daginn og 3 klukkustundir á nóttunni á meðan barnið er að þyngjast og móðirin er að ná upp framleiðslunni. Ef barnið er latt þarf að passa að örva það vel og reyna að halda því eins mikið vakandi og hægt er á meðan gjöf stendur og þar til að það klárar úr brjóstunum. Ráðlagt er að gefa bæði brjóstin í gjöf og hafa gjöfina nógu langa til að barnið nái að tæma brjóstin vel. Það getur hjálpað að pumpa brjóstin eftir gjöf eða á milli gjafa til að auka eftirspurnina og þar af leiðandi framleiðsluna (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015).

3.2.5 Brjóstabólga, með eða án sýkinga

Brjóstabólga er bólguviðbragð sem verður í einu eða fleiri svæðum í brjóstinu (Giugliani, 2004). Það svæði verður bólgið, heitt viðkomu og aumt og húðin verður oft rauð og glansandi yfir bólgunni. Talið er að brjóstabólga byrji oft sem stíflaður mjólkurgangur sem þróast svo yfir í brjóstabólgu þegar stíflan

er ekki losuð og allir þættir sem stuðla að stöðnun mjólkur í brjóstunum getur ýtt undir það að brjóstabólga myndist, eins og til dæmis lengdur tími milli gjafa, að barnið tæmi ekki brjóstin í gjöf, lélegt tak á brjóstinu og of mikil mjólkurframleiðsla. Algengast er að brjóstabólga geri vart við sig tveimur til þremur vikum eftir fæðingu og það er sjaldan sem hún myndast eftir tólftu viku. Þótt svo að brjóstabólga sé til staðar þarf ekki að vera sýking í brjóstinu, en bólgan getur samt þróast yfir í sýkingu sé hún ómeðhöndluð. Þá fær móðirin háan hita (>38°C) og því fylgir oft almenn vanlíðan, kuldi og skjáfti. Erfitt getur verið að greina á milli brjóstabólgu með eða án sýkingar þar sem móðirin getur fengið hækkaðan líkamshita án þess að sýking sé til staðar. Til að laga brjóstabólgu þarf að passa vel upp á að brjóstin séu tæmd í hverri gjöf og þá að pumpa eða handmjólka úr brjóstinu ef barnið tæmir það ekki sjálf. Ef þessi aðferð hefur ekki borið neinn árangur á 12-24 klukkustundum þarf oftast að setja móðurina á sýklalyf til að vinna á bólgunni og sýkingunni sé hún til staðar (Giugliani, 2004)

Ef brjóstabólga er ekki meðhöndluð getur hún þróast yfir í graftarkýli í brjósti (e. *absess*), en um 5-10% kvenna sem fá brjóstabólgu enda með því að fá graftarkýli í brjóstið (Giugliani, 2004). Til þess að meðhöndla þessa sýkingu þarf að losa gröftinn úr brjóstinu. Það er gert með því að annaðhvort skera á kýlið til að hleypa greftrinum út eða með því að stinga nál inn í kýlið og nota sprautu til að soga gröftinn úr brjóstinu, en seinni aðferðin virðist vera meira notuð í dag ásamt sýklalyfjum (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015. Giugliani, 2004).

3.2.6 Önnur vandamál

Innfallnar geirvörtur geta valdið mæðrum sársauka í brjóstgjöf, það getur komið til vegna þess að barnið nær ekki almennilegu taki á geirvörtunni og hún nær ekki alla leið upp í barnið. Þetta verður til þess að sog barnsins myndar núning sem særir geirvörtuna og veldur sársauka (Walker, 2008). Á milli 10-35% frumbyrja eru með innfallnar geirvörtur á meðgöngu en langflestar þessara kvenna geta haft börnin sín á brjósti án vandræða. Aðeins 0-1% mæðra eru með algerlega innfallnar geirvörtur sem dragast ekkert út við brjóstgjöf eða mjólkun. Ýmis ráð eru til til þess að hjálpa þessum mæðrum að láta brjóstgjöfina ganga upp. Hægt er að þrýsta geirvörtunni út með því að setja þéttan þrýsting á geirvörtubauginn sitthvoru megin við geirvörtuna (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015) eða notast við geirvörtumótara sem nýtir sog til að ná geirvörtunni út.

Sumar konur upplifa verki vegna æðasamdráttá í geirvörtunum sem kallast Reynaud's heilkenni. Þessir æðasamdrættir valda tímabundinni blóðþurrð í geirvörtunum sem lýsir sér sem hvítar og síðan bláar geirvörtur sem verða síðan rauðar þegar æðavíkkun á sér stað eftir að gjöfin er búin og það er það sem veldur þessum sára verk sem getur staðið yfir í allt að klukkutíma eftir gjöfina (Anderson, Held, Wright, 2004. Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015). Mæður sem þjáast af Reynaud's heilkenninu verða að vera sérstaklega meðvitaðar um áhrif kulda á einkennin og passa að klæða sig vel og gefa brjóst í heitu herbergi, þar sem munur á lofthita og hita í munni barns getur komið af stað æðasamdrætti (Giugliani, 2004).

Annað þekkt vandamál hjá mjólkandi konum er mjólkurbóla en það er hvítur blettur eða bóla framarlega á geirvörtunni sem stafar af mjólk sem stíflar mjólkurgang. Mjólkinn safnast fyrir undir stíflunni og þrýstir á og veldur verkjum. Það þarf að opna mjólkurganginn með því að kreista bólu

eða stinga á hana og losa stífluna út og þá hverfur verkurinn (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015).

3.3 Reynsla af verkjum við brjóstagjöf

Verkir eru algengasta einkennið sem fær mæður til þess að leita sér aðstoðar varðandi brjóstagjöf (Leung, 2016). Í flestum tilfellum er þetta ástand sem batnar fljótt, þó er mikilvægt þegar upp koma sárir verkir við brjóstagjöf að skoða betur ástæðuna þar á bakvið. Þá þarf að skoða hvernig barnið tekur brjóstið og mögulega að laga stellingu barnsins eða legu á meðan á brjóstagjöf stendur. Það getur verið nóg að ýta létt við höku barnsins eða halla aftur höfðinu. Dugi það ekki til getur þurft að skoða hvort önnur vandamál liggja að baki eins og tunguhaft barns, brjóstabólgur, stíflur eða sýkingar og meðferð þá valin í samræmi við vandamálið (Brenner og Buescher, 2011). Í ítalskri rannsókn frá árinu 2012 kom fram að helstu vandamál við brjóstagjöf væru af líkamlegum toga, og voru verkir þar áberandi (Mauri, Zobbi og Zannini, 2012).

Mikill meirihluti kvenna upplifir vandamál tengd brjóstagjöf eins og fram hefur komið hér að ofan en í áðurnefndri íslenskri rannsókn Hildar Sigurðardóttur kemur fram að 72,9% kvenna upplifðu vandamál tengd brjóstagjöf en hjá 46,9% kvennanna var ástæðan verkir í geirvörtum með sárum, þar á eftir komu 41,7% sem upplifðu verki án sára (Anna Margrét Einarsdóttir og Helga Guðmundsdóttir, 2009). Hlutfall kvenna sem upplifa verki tengda brjóstagjöf eru mismunandi eftir rannsóknum. Sem dæmi sýndu niðurstöður erlendra rannsókna að 36% kvenna leituðu sér aðstoðar við brjóstagjöf vegna verkja (Kent o.fl., 2015) og allt að 96% sem upplifa einhverja verki fyrstu viku brjóstagjafarinnar (Tait, 2000). Við getum því ef til vill áætlað að stór meirihluti kvenna upplifi verki þó færri upplifi verkina sem vandamál sem þarfnast frekari faglegrar aðstoðar.

Í rannsókn Kronborg, Harder og Hall (2015) kom fram að margar mæður höfðu fyrirfram talið að brjóstagjöfin væri ferli sem kæmi náttúrulega en í ljós kom hjá stórum hluta að sú var ekki raunin. Þær svöruðu spurningalista varðandi brjóstagjöfina nokkrum mánuðum eftir að hún hófst en það sem stóð upp úr hjá mörgum þeirra voru verkir við upphaf brjóstagjafar sem þær höfðu ekki búist við að upplifa. Þeim fannst erfitt að halda áfram að setja barnið á brjóst aftur og aftur á meðan þær upplifðu þessa miklu verki og reyndi það mikið á andlega líðan þeirra. Þar var sérstaklega talað um verki tengda sárum geirvörtum (Kronborg, Harder og Hall, 2015).

Verkir við brjóstagjöf geta valdið verulegum langvarandi sársauka. Verkir út frá sárum geirvörtum geta síðan þróast út í sár sem stækka og blæðir jafnvel úr, þá er hættu á að sýking myndist í brjóstunum (Katrín Edda Magnúsdóttir, 2010). Önnur ástæða verkja, stíflaðir mjólkurgangar, geta átt í hættu á að verða að alvarlegum brjóstabólgu sem geta leitt til sýkinga (Leung, 2015). Verkir við brjóstagjöf og of lítil örvun brjósta til mjólkurmyndunar getur farið að valda minni mjólkurframleiðslu en þá er hættu á að barnið sé ekki að fá nægilega mikla næringu og verði óvært (Katrín Edda Magnúsdóttir, 2010). Öll þessi vandamál eiga það sameiginlegt að geta valdið því að mæðurnar hætti með börnin sín fyrr á brjósti en þær hefðu viljað.

3.3.1 Orsök verkja við brjóstagjöf

Orsakir verkja geta verið mjög fjölbætt og mismunandi vandamál sem fjallað er um í leiðbeiningum um brjóstagjöf í ungbarnavernd sárar gerivörtur, sýkingar í brjóstum, rangt grip eða legustelling barns á brjóstinu, lítil mjólkurframleiðsla, brjóstabólgur, stálmi, stíflur, vandamál tengd byggingu brjósta eins og

innfallnar geirvörtur (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015) ásamt fleiri vandamálum sem nánar var lýst hér að ofan. Í grein Leung kom fram að stíflaðir mjólkurgangar reyndust helsta ástæða verkja við brjóstgjöf (Leung, 2016). Þó er sérstaklega nefnt verki tengda sárum gerivörtum í grein þeirra Kronborg, Harder og Hall, þar sem sár á geirvörtum valda miklum verkjum þegar börn eru lögð á brjóst og sé ekki unnið á því vandamáli verði það að vítahring þar sem brjóstgjöfin valdi frekari sárum, húðrifum og djúpum skurðum í geirvörtu (Kronborg, Harder og Hall, 2015). Í fræðsluefni til kvenna kemur fram að algengt að verkir séu til staðar við brjóstgjöf vegna rangrar legu barns á brjósti eða að grip þess sé ekki nægilega gott en það getur valdið núning á geirvörtunni sem síðan getur myndað sár en þessu fylgja oft verkir (Katrín Edda Magnúsdóttir, 2010).

Orsök verkja er oft talin tengjast mörgum þáttum, Kent og fleiri setja fram í rannsókn sinni að í 89% tilfella hafa orsök verkja við brjóstgjöf tengst fleiri en einum undirliggjandi þætti en þá voru það á bilinu tveir til sjö undirliggjandi þættir sem voru að valda þessum verkjum (Kent o.fl., 2015). Hlutfall mæðra sem upplifa verki virðist ansi hátt, í grein Tait, sem kom út árið 2000 kom til dæmis fram að allt að 96% kvenna upplifa verki við brjóstgjöf. Út frá því getum við áætlað að það þyki eðlilegt að upplifa verki í byrjun, sé verkurinn hinsvegar enn til staðar viku eftir að brjóstgjöf hefst er það vanalega vegna undirliggjandi vandamála sem getur þarfnast frekari meðferðar (Tait, 2000). Grein Kent og fleiri talar um að ástæða verkja sé í flestum tilfellum vegna þess að barnið takið brjóstið ekki nægilega vel og það þurfi að breyta legustellingu eða laga grip barnsins á brjóstinu. Þá tengja þau legu barns við 90% af tilfellum þar sem mæður upplifa verki við gjöf en að 58% þeirra lagist við rétta legu barns. Þar er einnig talað um að tunguhaft, innfallnar geirvörtur, brjóstabólga og sýkingar séu algengar ástæður verkja við brjóstgjöf (Kent o.fl., 2015). McClellan og fleiri (2012) greindu frá því í rannsókn þeirra á konum sem fundu til verkja í geirvörtum án sýnilegra eða lítilla áverka á geirvörtum, að börnin þeirra mynduðu miklu sterkara lofttæmi og sog á brjóstunum í samanburði við börn mæðra sem fundu ekki fyrir verkjum. Þetta bendir til þess að sterkt sog barna á brjósti sé lögmæt orsök sársauka við brjóstgjöf, þótt svo að það sé engin sjáanlegur áverki (McClellan o.fl. 2012).

3.3.2 Afleiðingar verkja við brjóstgjöf

Verkir valda bæði líkamlegu og andlegu álagi. Þegar verkir eru viðvarandi er tenging milli þeirra og þunglyndis. Amir o.fl komust að því að verkir í geirvörtum tengdust hærra skori á þunglyndisskölum, sem minnkuðu svo aftur þegar búið var að leiðrétta verkina (Amir o.fl, 1996). Verkir og þunglyndi deila taugaboðleiðum og það hefur fundist tenging á milli bólgu og þunglyndis (Maes o.fl, 2009). Þetta á sérstaklega við um fæðingapunglyndi, þar sem bólgumyndandi þættir aukast verulega á þriðja þriðjungi meðgöngu, einmitt á þeim tíma sem konurnar eru í hvað mestri hættu á að þróa með sér þunglyndi. Auk þess verða álagsmyndandi þættir eins og svefnleysi, að venjast móðurhlutverkinu og verkir eftir fæðinguna líka til þess að auka þessa bólgumyndandi þætti. Brjóstgjöf hefur verndandi áhrif á andlega heilsu móður þar sem hún dregur úr streituvíðbrögðum og temprar bólguvíðbrögð líkamans, en upplifi móðir verki við brjóstgjöf getur það aukið líkurnar á þunglyndi (Kendall-Tackett, 2007). Tashakori o.fl komust að því í sinni rannsókn á fæðingarþunglyndi að það var marktækur munur á skori mæðra á EPDS þunglyndisskalanum eftir því hvort þær voru með börn sín á brjósti eða ekki. Þær mæður sem gáfu ekki brjóst voru mun líklegri til að vera með fæðingapunglyndi, eða 19,4%

á móti 2,5% hjá mæðrum sem gáfu brjóst (Tashakori o.fl., 2012). Einnig kom fram í rannsókn þeirra Brown, Ranch og Bennett að konur sem hættu ótímabært með börn sín á brjósti vegna verkja eða annarra líkamlegra vandamála skoruðu hærra á EPDS þunglyndisskalanum en konur sem hættu vegna annarra vandamála. Þar kom líka fram tengsl milli stuttrar brjóstgjafar og hærra skori á EPDS skalanum (Brown, Ranch og Bennett, 2015).

Upplifi mæður verki við brjóstgjöf eru þær mun líklegri til að hætta með barnið sitt á brjósti fyrr en þær hefðu viljað (McClellan, 2012). Hægt er að koma í veg fyrir að brjóstgjöf sé hætt með því að veita viðeigandi meðferð nógu snemma í brjóstgjafaferlinu, jafnvel áður en barnið fæðist og brjóstgjöf hefst. Forvarnir og góð fræðsla á því hvað sé eðlilegt að búast við í upphafi brjóstgjafar og þeim þáttum sem geta stuðlað að verkjum við brjóstgjöf hefur sýnt hafa jákvæð áhrif á brjóstgjöfina og upplifun mæðra af börnum sínum fyrstu vikurnar (Wiles, 1984). Sé meðferð við verkjum og orsökum þeirra hafin sem fyrst getur það stuðlað að lengri brjóstgjöf og komið í veg fyrir að mæður hætti með börn sín á brjósti fyrr en þær hefðu viljað. Auk þess hafa verkir við brjóstgjöf verið tengdir við sveiflur í skapi, svefn og virkni í daglegu lífi (Kent o.fl., 2015). Jafnvel þó mæður hætti ekki með börn sín á brjósti vegna verkja geta þessir miklu verkir haft neikvæð áhrif á brjóstgjafaferlið, haft slæm áhrif á tengsl móður og barns og valdið einkennum þunglyndis og streitu hjá móður (Tait, 2000).

Þrói móðir með sér sár á geirvörtum getur það haft þær afleiðingar að sýking myndast í sárunum, oftast af völdum staphylococcus aureus. Ein rannsókn sýndi fram á að allt að 54% kvenna sem voru með sár á geirvörtum voru jákvæðar fyrir staph.aureus (Giugliani, 2004). Mikilvægt er að meðhöndla sýkinguna með sýklalyfjum sem fyrst, þar sem sýkingin kemur oft í veg fyrir að sár á geirvörtunni grói og það viðheldur sársaukanum og getur valdið því að móðirin veigri sér við að setja barnið á brjostið sem á móti minnkar mjólkurframleiðsluna og verður þá á endanum til þess að móðirin hættir með barnið á brjósti (Giugliani, 2004).

Séu verkir við brjóstgjöf tilkomnir vegna brjóstabólgu er mikilvægt að fylgjast náið með til þess að koma í veg fyrir sýkingar, en brjóstabólga getur þróast í alvarlegar sýkingar sé ekkert gert (Brenner og Buescher, 2011). Er það gert með tíðari gjöfum, með því að takmarka þrýsting að brjóstum og að vera í víðari fötum. Fyrirferð í brjósti, aukin verkur eða roði, ásamt hita og almennum slappleika geta gefið til kynna að sýking sé að myndast og er þá þörf á læknishjálpi. Þá þarf að passa að fækka ekki gjöfum þar sem tíðari gjafir hjálpa við losun á stíflum, einnig er gott að nudda brjóst og nota heita bakstra til þess að losa stíflur, lina sársauka og forðast versnun á einkennum (Brenner og Buescher, 2011).

3.3.3 Meðferðir við verkjum við brjóstgjöf

Verkir við brjóstgjöf er vandamál sem mikilvægt er að vinna gegn strax í upphafi, það er gert með forvörnum sem felast meðal annars í því að leggja barn rétt á brjostið. Orsakir má oftast rekja til þess að barnið taki brjostið ekki nægilega vel, lélegt grip eða staðsetning og stelling barns ábótavant.

Í leiðbeiningum frá ung- og smábarnavernd er farið yfir það hvernig móður er leiðbeint að laga grip barns á brjósti. Þar er mælt með að fylgjast með að munnur barns sé vel opin og að neðri vörin brettist út og nái undir brjostið, tunga á að vera undir geirvörtu og haka barns þétt inn í brjostið, einnig þarf að huga að bili frá brjóstinu að nefi barnsins (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir,

2015). Á heimasíðu ljósmóðir.is er mælt með að hafa barn í öfugri kjöltustöðu eða fótboltastöðu, þ.e. að barn sé í láréttri stöðu og snúa að líkama móður. Móðir styður undir barn með handlegg og heldur við höfuðið og hálsinn. Þá á að fylgjast með þegar barn tekur brjóstið en það ætti að halla höfði aðeins aftur og opna munninn, þá eru það neðri vörin og hakan sem koma fyrst við brjóstið. Móðir heldur um brjóstið með hinni hendinni og heldur því í U lögun, mótár þannig geirvörtuna að munni barnsins. Opni barnið ekki munninn strax er hægt að örva það með því að snerta efri vör þess. Þegar barnið opnar munninn er vörtubaug fyrst ýtt inn og seinast vartan sjálf, sem fer þá undir efri vörina (Katrín Edda Magnúsdóttir, 2010).

Í ung- og smábarnavernd er fylgst með legu barns á brjósti og móður þá leiðbeint áfram. Bent er á mikilvægi þess að halda brjóstum mjúkum með tíðum gjöfum þar sem erfiðara er að leggja barn á brjóstið ef þau eru yfirfull. Í upphafi gjafar er sogkraftur barns yfirleitt mestur og ætti þá að leggja það fyrst á það brjóst sem er betra, mikilvægt er að bíða ekki eftir að barn verði æst eða grátandi heldur frekar leggja það á brjóst þegar það er rólegt. Þegar illa gengur og verkir eða sárar vörtur eru til staðar er þó mikilvægt að reyna eftir bestu getu að fækka ekki gjöfum eða að sleppa þeim alveg (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015), þar sem það getur minnkað framleiðslu og gert það að verkum að barnið fái ekki nægilega næringu (Katrín Edda Magnúsdóttir, 2010).

Hér á landi leitar mikill meirihluti kvenna sér aðstoðar vegna vandamála við brjóstgjöf eða 90, 9 % í rannsókn Hildar Sigurðardóttur. Flestar leita til sinnar ljósmóður í heimaþjónustu, einnig er stórt hlutfall sem leitar til brjóstgjafaráðgjafa, vina eða vandamanna og hjúkrunarfræðinga á heilsugæslu eða spítala (Anna Margrét Einarsdóttir og Helga Guðmundsdóttir, 2009). Mismunandi er eftir löndum hvert konur leita sér aðstoðar eða hvernig ráð þær fá. Í grein Kronborg, Harder og Hall er talað um að konur í Danmörku fengu misjöfn ráð eftir hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum og einnig fannst þeim ráð þeirra koma að mestu úr daglegu lífi þeirra og út frá reynslu í starfi en ekki endilega gagnreyndri þekkingu, þetta fannst konunum óþægilegt og hefðu þær viljað meiri stuðning (Kronborg, Harder og Hall, 2015). Leung (2016) taka fram að konur í Hong Kong leiti sér flestar aðstoðar á spítala eða til heimilislæknis, en þær sem ekki leiti sér hjálpar séu hræddar við að vera hvattar til að hætta brjóstgjöf.

Í rannsókn Kent og fleiri (2015) kom í ljós að með viðeigandi meðferð voru 57% tilfella leyst eftir að meðaltali tvær vikur, en til að meta þetta var fylgst með í konunum í tveimur vitjunum frá brjóstgjafaráðgjafa og í kjölfarið voru tvö símaviðtöl til þess að fylgja vitjunum eftir. Algengasta meðferð við verkjum við brjóstgjöf er að breyta um legu barns á brjósti og þegar það var gert á fyrstu viku eftir fæðingu fækkaði það öðrum vandamálum tengdum brjóstgjöf eins og til dæmis sárum á geirvörtum og lengdi einnig þann tíma sem mæður voru með börn sín á brjósti. Þar kom sérstaklega fram mikilvægi þess að ráðgjöf vegna brjóstgjafar og meðferðir við vandamálum hefjist eins fljótt og hægt er til þess að koma í veg fyrir að mjólkurmyndun minnki eða mæður hætti með börnin á brjósti þessa fyrstu daga (Kent o.fl., 2015). Hræðsla við verki við brjóstgjöf hefur verið talin ástæða þess að konur hafi ákveðið að gefa börnum sínum pela í staðinn fyrir að hefja brjóstgjöf og er því mikilvægt að hefja fræðslu og undirbúning sem fyrst (Tait, 2000).

3.3.4 Hjálpartæki við brjóstagjöf

Meðferð við verkjum við brjóstagjöf fer algjörlega eftir því hvað veldur verkjunum (Amir o.fl, 1996). Meðferðir og ráð við verkjum geta verið að nota hlíf eða mexíkóhatt, hvíla geirvörtuna og pumpa sig reglulega, sýkalyf vegna sýkinga, krem á geirvörtur sem eiga við og heitir eða kaldir bakstrar, eftir því hvað veldur verkjunum (Kent o.fl., 2015). Mexíkóhattur er þunnur plast eða sílíkon skjöldur sem fer yfir geirvörtuna og geirvörtubauginn, hann er notaður þegar barnið nær ekki taki á geirvörtunni og einnig til að vernda sára geirvörtu frá frekari skaða. Þetta hjálpartæki er oft notað sem síðasta úrræði við sárum geirvörtum áður en brjóstagjöf er hætt. Vanalega er hatturinn notaður tímabundið og reynt er að venja barnið aftur beint á brjóstið eins fljótt og auðið er (Arnheiður Sigurðardóttir og Guðrún Jónasdóttir, 2015. Kent o.fl., 2015). Rannsókn Chertok og fleiri sýndu fram á að notkun mexíkóhattar gat komið í veg fyrir að brjóstagjöf sé hætt of snemma. Í þeirri rannsókn kom fram að enginn marktækur munur væri á mjólkurinntöku barna, magni hormóna í móður eða brjóstagjafalengd með eða án hattar og þótti hatturinn því góður kostur þegar staðið var frammi fyrir því að hætta brjóstagjöf vegna vandamála (Chertok o.fl, 2006).

Kaldir bakstrar geta verið mjög gagnlegir til að vinna á verkjum vegna stálma og þrota í brjóstum. Kuldinn veldur æðasamdrætti sem dregur úr bólgum og þrota og deyfir einnig svæðið sem er kælt. Heitir bakstrar geta síðan hjálpað til við að lina verki sem koma til vegna Reynaud's heilkennis. Reynaud's veldur æðasamdráttum sem valda svo blóðþurð og verkjum í geirvörtunni, heitu bakstrarnir vinna á móti þessum æðasamdrætti með æðavíkkun sem ætti að lina verkina (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015). Krem og smyrslí geta gagnast til að lina verki við brjóstagjöf, HPA Lanolin brjóstakrem er smyrslí sem er oft notað á aumar og sárar geirvörtur. Það hefur örverueyðandi virkni, róandi og græðandi áhrif, ásamt því að stuðla að rakri sárgræðslu með því að mynda verndandi húð yfir sárin sem andar (Arnheiður Sigurðardóttir og Guðrún Jónasdóttir, 2015. Abou-Dakn o.fl, 2011). Það er einnig notað í rakri sármeðferð þegar móðir er komin með sprungur eða sár á geirvörtunum, þá veitir það rakalag og kemur í veg fyrir að sárin þorni og að það myndist hrúður (Walker, 2008). Brjóstaskeljar geta líka hjálpað til við að verja aumar geirvörtur, en þær koma í veg fyrir að fötin nuddist upp við sárar geirvörtur en leyfir þeim á sama tíma að anda þökkalega og kemur í veg fyrir að þær soðni.

Handmjólkun getur reynst vel í upphafi brjóstagjafar (Royal children's hospital of Melbourne, 2017). Þegar mjólkinn er að koma í brjóstinn myndast oft stálmi og þroti í brjóstinu og þá á barnið oft erfitt með að ná taki á geirvörtunni, til að hjálpa til með rétt tak á brjóstinu er gott að handmjólka framan af brjóstinu. Þetta kemur einnig í veg fyrir að barnið taki geirvörtuna of grunnt upp í sig sem getur valdið verkjum og jafnvel sárum. Handmjólkun á sérstaklega við ef geirvartan er orðin sár eða aum þar sem hún veldur engu togi eða núningi á geirvörtuna sjálfa og kemur þannig í veg fyrir sársauka sem gæti fylgt því að nota mjólkurpumpu (Royal children's hospital of Melbourne, 2017). Brjóstapumpa getur einnig nýst vegna nokkurra mismunandi vandamála, eins og veikinda móður eða barns, vegna aðskilnaðar, til að auka mjólkurframleiðslu móður eða vegna fyrirburafæðingar barns. Framboð brjóstamjólkur fer eftir eftirspurn og því getur það að pumpa eftir eða á milli gjafa viðhaldið eða aukið framleiðslugetu móður (Arnheiður Sigurðardóttir og Guðrún Jónasdóttir, 2015).

Hjálparbrjóst getur nýst þeim mæðrum sem eru að gefa ábót meðfram brjóstagjöfni (Arnheiður Sigurðardóttir og Guðrún Jónasdóttir, 2015). Þá er ábótin sett í þar til gerðan pela sem hangir í bandi um háls móður og úr pelanum liggja sonduslöngur sem eru festar við geirvöruna. Þessi aðferð er mjög brjóstgjafavæn þar sem brjóstið er að fá örvun allan tímann sem barnið er að drekka sem hjálpar til með mjólkurmyndun í brjóstunum, ólíkt því sem gerist þegar ábót er gefin með pela. Þá er hægt er að kaupa náttúrulyf sem eiga að auka mjólkurframleiðslu, þá aðallega lyf eða te sem innihalda fennel og fenugreek. Einnig er hægt að fá uppáskrifuð lyf sem hafa mjólkuraukandi áhrif sem aukaverkun, en það er ekki notað nema í undantekningartilvikum (Arnheiður Sigurðardóttir og Guðrún Jónasdóttir, 2015).

3.4 Þjónusta við konur sem upplifa vandamál og verki við brjóstgjöf

Á Íslandi fæða flestar konur á spítala og hefur öðrum fæðingarstöðum fækkað til muna (Hildur Sigurðardóttir, 2014). Konum stendur þó til boða að fæða í Björkinni fæðingarheimili þar sem ljósmæður fylgja konunum frá því á 34. viku meðgöngu, í fæðingu og síðan með heimavitjunum eftir fæðingu. Einnig eru heima fæðingar enn til staðar og hægt að vera með ljósmæður frá Björkinni með sér og fá þá þessa sömu samfelldu þjónustu (Björkin ljósmæður, 2019). Almennt eru konur á Íslandi í eftirliti á meðgöngu í mæðravernd á sinni heilsugæslu þar sem þær hafa sína ljósmóður, síðan tekur við starfsfólk í fæðingunni og sængurlegu sem eru ljósmæður, hjúkrunarfræðingar og læknar og loks ljósmóðir sem sinnir konu í heimaþjónustunni. Reynt er þó að tryggja samfellu í þjónustu með því að skriflegar upplýsingar um konu fylgi ávallt með frá ljósmóður í sængurlegu til ljósmóður í heimaþjónustu þar sem upplýsingar um fæðingu og gang í sængurlegu eru skráðar (Hildur Sigurðardóttir, 2014). Þegar svona margt fólk kemur að meðferð og eftirliti er hætt á að samfellu í þjónustu vanti og eru dæmi um að konum finnst þær fá mjög mismunandi ráð og viti ekki hverju þær eigi að treysta í kjölfar fæðinga vegna þess hve margir fagaðilar koma þar að (Kronborg, Harder og Hall, 2015).

Til þess að stuðla að farsælli brjóstgjöf er venjan að aðstoða móður að leggja barn á brjóst innan hálf tíma frá fæðingu þess, sýna mæðrum hvernig best sé að leggja á brjóst og veita fræðslu um mjólkurmyndun, þessu sinna ljósmæður í sængurlegu. Þær hvetja síðan móður til að gefa brjóst þegar barnið vill og ekki gefa snuð eða túttu í byrjun á meðan brjóstgjafarferlið er að komast af stað, einnig að gefa ekki aðra fæðu eða vökva en brjóstamjólkina nema í samráði við heilbrigðisstarfsfólk (Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015). Konur sem rætt var við í grein Graffy og fleiri voru margar sammála um að hjálplegustu ráð sem þær fengu varðandi brjóstgjöf væri þar sem þeim var sýnt hvernig ætti að leggja barn á brjóst og hvernig barnið tæki brjostið nógu vel fljótlega eftir fæðingu. Þá töldu þær einnig ráð við erfiðleikum á borð við sárar geirvörtur hjálplegar sem og tímasetning og lengd gjafa, hvernig eigi að mjólka sig og enn aðrar töluðu um ró og næði við gjafir og mikilvægi þess að koma sér vel fyrir (Graffy og Taylor, 2005).

Þegar heim er komið tekur ljósmóðir í heimaþjónustunni við umönnun og eftirliti móður, barns og nánustu fjölskyldu og vinna þær samkvæmt nýjustu þekkingu og ráðleggingum WHO og UNICEF til þess að stuðla að árangursríkri brjóstgjöf (Hildur Sigurðardóttir, 2014). Í vitjunum er mikilvægt að huga að andlegri og líkamlegri líðan móður sem getur síðan haft áhrif á brjóstgjöfina. Þegar barn er þriggja daga gamalt skal vigta það til þess að meta þyngdartap, eðlilegt er að léttast eftir fæðingu en sé þyngdartap 8% eða meira er ástæða fyrir auknu eftirliti. Þá er mikilvægt að ljósmóðir í heimaþjónustu skoði betur brjóstgjöfina, legu barns á brjosti og möguleg vandamál sem hafa áhrif á getu móður til að mjólka eða barns til að nærast. Þá getur verið þörf á að mjólkurvigta barn, þ.e. að vigta það fyrir og eftir gjöf til þess að meta hversu mikið barnið er að fá af mjólki í hverri gjöf. Þá ætti að vigta þessi börn aftur næsta dag til að meta hvort þau sé enn að léttast og meta þá þörf á ábót, annað hvort að móðir mjólki sig og gefi með pela eða að bæta inn þurrmjólk sé þess þörf. Fari þyngdartap yfir 10% af fæðingarþyngd er barn í hættu á vannæringu (Hildur Sigurðardóttir, 2014).

Rannsókn Hildar Sigurðardóttur á heimaþjónustu ljósmæðra frá árinu 2006 sýndi fram á að þegar konur upplifðu vandamál tengd brjóstagjöfinni leituðu þær oftast til ljósmæðra í heimaþjónustunni. Þá voru þær einnig oftast taldar hjálplegasti aðilinn sem leitað var til þegar upp komu vandamál eða erfiðleikar (Hildur Sigurðardóttir, 2006). Í hefðbundnum heimavitjunum ljósmæðra skoða þær meðal annars hvernig brjóstgjöf gengur, hvernig barnið tekur brjostið og hvort þyngdaraukning barnsins sé viðunandi (Hildur Sigurðardóttir, 2014). Sé brjóstgjöfin ekki að ganga eins og skildi og vandamál koma í ljós getur ljósmóðir haft samband við brjóstgjafaráðgjafa sem þá grípur inn í. Einnig geta mæður haft sjálfar samband til þess að fá ráðgjöf (Félag brjóstgjafaráðgjafa, e.d.). Þær konur sem nýta sér þjónustu brjóstgjafaráðgjafa eru þær sem upplifa vandamál tengd brjóstgjöf sem getur síðan, ef ekkert er gert við þeim, valdið því að kona hætti með barn sitt á brjosti fyrr en mælt er með (Brown, 2014).

Við gerð verkefnisins var lögð fyrir óformleg könnun í lokaða hópnum “mæðra tips” á samfélagsmiðlinum Facebook en í hópnum voru 18.282 mæður þegar könnun fór fram og voru 1148 sem að svöruðu könnuninni á þremur sólahringum. Spurt var um verki tengda brjóstgjöf, hvert konur leituðu sér aðstoðar og jafnframt hvort sú aðstoð hafi gagnast þeim eða ekki. Þær mæður sem höfðu upplifað verki leituðu flestar aðstoðar (5 % leituðu ekki eftir aðstoð) til ljósmóður í heimaþjónustu sem gagnaðist þeim eða 41,6% á meðan 10,7% fannst aðstoðin ekki gagnast. Þá voru 6,2% kvenna sem leituðu til brjóstgjafaráðgjafa og fengu aðstoð sem gagnaðist þeim en hjá 2,5% gagnaðist sú þjónusta ekki. Alls sögðu 3,6% kvenna að þær hefðu leitað aðstoðar annarra fagaðila sem gagnaðist en 1,7% leituðu aðstoðar annarra fagaðila sem gagnaðist ekki. , 2006).

3.4.1 Brjóstgjafaráðgjöf

Konur á Íslandi sem upplifa vandamál tengd brjóstgjöf geta leitað til brjóstgjafaráðgjafa, annað hvort sjálfar eða í gegnum ljósmóður í heimaþjónustu telji hún þörf á. Allar konur eiga rétt á tveimur vitjunum frá brjóstgjafaráðgjafa í kjölfar fæðingar, en þær greiðast af Sjúkrtryggingum Íslands (Félag brjóstgjafaráðgjafa, e.d.). Vitjanir verða að fara fram innan tveggja vikna frá fæðingu. En einnig eru sjálfstætt starfandi brjóstgjafaráðgjafar sem taka við konum hvenær sem er á brjóstgjafatímanum gegn greiðslu. Brjóstgjafaráðgjafar fá réttindi sín eftir að hafa lokið alþjóðlegu prófi á vegum “International Board of Lactation Consultant Examiners” og þurfa að hafa haldið þeim réttindum við (Félag brjóstgjafaráðgjafa, e.d.).

Rannsóknir hafa gefið til kynna að brjóstgjafaráðgjöf sé stærsti einstaki þátturinn í að auka tíðni og tímalengd brjóstgjafa hjá mæðrum (Brenner og Buecher, 2011). Þegar konur fá aðstoð frá brjóstgjafaráðgjafa er byrjað á því að ræða ástæðu vitjunarinnar, upplýsingar um móður og barn ásamt hegðun barnsins á meðan gjöf stendur. Verkir eru algengasta ástæða fyrir beiðni um aðstoð og þá þarf að fá að vita hvers eðlis verkurinn er, hvort hann sé aðeins í upphafi gjafar, þegar barnið er lagt á brjóst eða hvort hann endist út gjöfina eða jafnvel eftir hana. Þessar upplýsingar eru mjög mikilvægar þar sem þær geta gefið vísbendingu um orsök verkjanna. Eins og áður sagði eru verkir í upphafi gjafa líklegir til að vera tengdir legu eða taki barnsins og sárum á geirvörtu eða geirvörtubaug

á meðan verkir sem vara inn í brjóstagjöfina geta verið af völdum sveppasýkinga. Verkir sem koma eftir gjöf geta einnig bent til sveppasýkingar eða Reynaud's æðasamdráttar (Kent o.fl., 2015).

Brjóstagjafaráðgjafinn þarf svo að sjá barnið á brjósti til að geta metið hvort barnið er rétt staðsett og sé að taka brjóstið rétt og hvort sögið sé að valda núningi á geirvörtuna sem getur valdið sárauka (Kent o.fl., 2015). Ef það er grunur um að barnið sé ekki að fá nægjanlega mjólk þarf að mjólkurvígta barnið, en það er gert með því að vigta fyrir og eftir gjöf og mismunurinn í þyngd segir til um hversu marga millilítra barnið náði að drekka í gjöfinni. Brjóstagjafaráðgjafinn metur einnig brjóst móðurinnar til að athuga hvort það séu líffræðilegar ástæður sem gætu verið að valda því að móðir finnur fyrir sársauka við brjóstgjöf. Brjóstagjafaráðgjafinn skoðar útlit og lit geirvartanna og athugar hvort það séu rifur eða sár til staðar. Hún leitar eftir flötum eða innföllnum geirvörtum, einkennum sveppasýkinga svo sem rauðri og flagnandi húð, litabreytingum á geirvörtu eftir gjöf sem bendir til Reynaud's, bólgum og þrota. Einnig þarf að skoða munn barnsins til að leita eftir hvítri skán sem einkennir sveppasýkingu, eða of stuttu tungu- eða varahafti. Þegar búið er að greina líklegasta vandamálið er hægt að veita viðeigandi ráðgjöf og meðferð. Þessu er svo fylgt eftir til að sjá hvort ráðleggingarnar og meðferðin beri tilskilinn árangur (Kent o.fl., 2015).

Rannsóknir benda til þess að aðkoma brjóstagjafaráðgjafa hafi jákvæð áhrif á tímalengd brjóstagjafar. Lukac o.fl gerðu rannsókn á því hversu nytsamlegt væri að hafa brjóstagjafaráðgjafa í starfi á heilsugæslum og hverskonar áhrif það hefði á brjóstgjafir kvenna og komust að því að aðeins 23% kvenna sem ekki hittu brjóstgjafaráðgjafa gáfu brjóst í 4-6 mánuði á móti 52% kvenna sem hittu brjóstgjafaráðgjafa (Lukac, Riley & Humphrey, 2006).

Ekki er öll reynsla mæðra af brjóstgjafaráðgjöf jákvæð, en Elín Ösp Gísladóttir gerði eigindlega rannsókn á Íslandi þar sem 14 viðtöl voru tekin um viðhorfi mæðra til fræðslu og ráðgjafar um brjóstgjöf frá heilbrigðisstarfsfólki. Þar kom fram að þrátt fyrir að margar mæður teldu ráðgjöf hafa verið gagnlega þá upplifðu sumar mæðurnar, sem sóttu aðstoð frá brjóstgjafaráðgjafa, kalt og leiðinlegt viðmót. Sérstaklega þegar kom að því að gefa þurrmjólk, en þær upplifðu oft of mikinn þrýsting varðandi það að gefa eingöngu brjóst eða halda því áfram þrátt fyrir mikla erfiðleika (Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir, 2013).

3.4.2 Áhrif og þörf fyrir stuðning og ráðgjöf við brjóstgjöf

Sá stuðningur og ráðgjöf sem konur vilja gjarnan fá við brjóstgjöfina eru margskonar en dæmi sem hafa helst verið nefnd eru; almennar upplýsingar er varða brjóstgjöf og hverju mæður geta búið við, aðstoð við að leggja barn rétt á brjóst, viðurkenningu á tilfinningum og upplifunum móður og að lokum almennur stuðningur og hvatning við brjóstgjöfina (Graffy og Taylor, 2005). Mæður tala gjarnan um að vilja betri fræðslu áður en barn fæðist. um brjóstgjafarferlið sem fram undan er og þá sérstaklega erfiðleika, vandamál og óþægindi sem upp geta komið. Þær hefðu viljað betri upplýsingar um lengd og tíðni gjafa auk þess að hafa þekkingu á og bjargráð við helstu vandamálum. Þá vilja nýbakaðar mæður vita ávinning af brjóstgjöf fyrir barn sitt en þær telja að það geti haft hvetjandi áhrif á getu sína til að viðhalda farsælli brjóstgjöf (Graffy og Taylor, 2005).

Svipaðar niðurstöður hafa einnig komið fram í áðurnefndri rannsókn á Íslandi (Elín Ösp Gísladóttir, og Jónína Einarsdóttir, 2013), þar sem flestar mæðurnar upplifðu einhvers konar erfiðleika

eða vandamál við brjóstagjöfina og héldu að brjóstagjöf væri konum eðlislæg og kom það þeim því á óvart þegar erfiðleikar komu upp. Þær mæður sem rætt var við hefðu viljað fræðslu um brjóstagjöf fyrr og þá sérstaklega þær sem upplifðu erfiðleika við brjóstagjöfina, flestar þeirra hefðu síðan viljað að fræðslan hefjist fyrir fæðingu ásamt því að vilja betri fræðslu um möguleg vandamál við brjóstagjöf. Mæðurnar voru einnig sammála um ósamræmi í viðhorfum, skoðunum og ráðleggingum heilbrigðisstarfsfólks þegar kemur að brjóstagjöf. .

Skipulögð ráðgjöf og fræðsla skilar sér gjarnan í lengri brjóstagjöf, þá þarf fræðslan að vera einstaklingsmiðuð að móður og barni og gæta þarf samræmis í upplýsingagjöf og þar með koma í veg fyrir misvísandi upplýsingar (Hildur Sigurðardóttir, 2006). Aukið öryggi og ánægja var hjá þeim mæðrum sem fengu góða og skipulagða fræðslu sem síðan var fylgt eftir. Einnig kom fram sterk fylgni milli gæða fræðslu og lengd brjóstagjafar en þær mæður sem fengu skipulagða fræðslu sem síðan var fylgt eftir voru lengur með börn sín á brjósti (McFadden o.fl., 2017). Sú rannsókn sýnir okkur að til þess að mæðurnar séu öruggari með brjóstagjöfina verður að vera sama fræðsla og ráðgjöf frá öllu heilbrigðisstarfsfólki og mikilvægt sé að gæta samræmis í ráðgjöfum. Rannsókn frá árinu 2010 um stuðning við brjóstagjöf sýndi að 78,8% kvenna töldu heilbrigðisstarfsfólk veita viðeigandi stuðning en 53,4% kvenna voru síðan sammála eða mjög sammála því að ráð sem þær fengu varðandi brjóstagjöf væru mismunandi og vantaði betra samræmi í upplýsingagjöf, þá kom fram þörf fyrir persónulegri stuðning sem væri í samræmi við þeirra þarfir (Hauck, Fenwick, Dhaliwal, Butt og Schmied, 2010).

Upplifun kvenna á ráðgjöf varðandi brjóstagjöf virðist vera sú að ráðin sem þær fengu voru mjög misjöfn og áttu þær því erfitt með að treysta þeim (Kronborg, Harder og Hall, 2015. Graffy og Taylor, 2005). Þar sem margir fagaðilar koma að umönnun í brjóstagjafaferlinu ætti því að vera mikilvægt að allir vinni eftir sömu faglegu ráðleggingum. Margar mæður í rannsókn þeirra Kronborg, Harder og Hall töluðu um að ráð sem þær fengu í brjóstagjafaferlinu hafi verið mjög misjöfn og þá sérstaklega ráð sem þær fengu í sængurlegu, það varð þess valdandi að öryggi þeirra minnkaði og áttu þær erfitt með að greina á milli hverju þær ættu að fylgja (Kronborg, Harder og Hall, 2015). Svipaða sögu er að segja úr rannsókn Graffy og Taylor þar sem vel er farið í hverskonar stuðning og fræðslu konur þurfa varðandi brjóstagjöf. Þá voru konur sem töluðu um mismunandi ráð frá heilbrigðisstarfsmönnum, vinum, fjölskyldu og samfélaginu. Það voru sérstaklega nefnd ráð varðandi lengd brjóstagjafar, hvort gefa ætti ábót og notkun á hjálpartækjum við brjóstagjöfina (Graffy og Taylor, 2005).

Í óútgefinni rannsókn Hildar Sigurðardóttir á árunum 2007-2008 á brjóstagjöf kom fram að þegar konur upplifðu vandamál tengd brjóstagjöf, þar sem algengasta vandamálið voru verkir bæði með og án sára, voru 90,9% þeirra sem leituðu sér hjálpar og þá oftast til heilbrigðisstarfsfólks. Það voru flestar eða 68,3% sem leituðu til sinnar ljósmóður í heimaþjónustu, 35,4% leituðu ráða til brjóstagjafaráðgjafa, 34,1% sem völdu að leita til fjölskyldu eða vina, 29,3% sem leituðu til hjúkrunarfræðinga á sinni heilsugæslu, 19,5% leituðu til ljósmóður eða hjúkrunarfræðings á spítalanum, 4,9% leituðu sér aðstoðar til heimilislæknis og 6,1% til annarra aðila. Þá vekur athygli að yfir helmingur kvennanna eða 59,6% töldu ljósmóðir í heimaþjónustunni hjálplegasta aðilann þegar upp komu vandamál varðandi brjóstagjöf (Anna Margrét Einarsdóttir og Helga Guðmundsdóttir, 2009) og verður það að teljast jákvætt þar sem þær eru að öllu jöfnu sá umönnunaraðili sem sinnir konunni

mest á viðkvæmum tíma í brjóstgjafaferlinu sem eru fyrstu dagarnir og vikurnar (Hildur Sigurðardóttir, 2014)

Fram kom í rannsókn árið 2000 að 46% barna voru enn eingöngu á brjósti við 4 mánaða aldur og fór hlutfallið síðan lækkandi við 6 mánaða (Inga Þórisdóttir, Hildur Atladóttir og Gestur Pálsson, 2000). Í rannsókn Hildar Sigurðardóttur frá árinu 2004 voru fleiri með börn sín eingöngu á brjósti við 6 mánaða aldur (Hildur Sigurðardóttir, 2006).. Þessi breyting varð eftir að leiðbeiningum í heimaþjónustu var breytt úr eingöngu brjóstamjólki fyrstu 4-6 mánuðina yfir í eingöngu brjóstamjólki fyrstu 6 mánuðina sem er í samræmi við ráðleggingar WHO. Þar kemur greinilega í ljós mikilvægi þess að leiðbeiningar séu skriflegar og gefnar út en það gætir samræmis í upplýsingagjöf milli heilbrigðisstarfsmanna (Hildur Sigurðardóttir, 2006). Niðurstöður rannsóknar Hildar Sigurðardóttur sem gerð var árið 2008 sýndi síðan að 58% mæðra voru með börn sín eingöngu á brjósti fyrstu 6 mánuðina (Anna Margrét Einarsdóttir og Helga Guðmundsdóttir, 2009).

Í grein DiGirolamo, Grummer-Strawn og Fein (2003) kemur fram að margar konur fengu ekki hvatningu við brjóstgjöf og að tengsl væru milli þess að fá ekki jákvætt viðhorf gagnvart brjóstgjöf við að hætta með barn sitt á brjósti fyrir sex vikna aldur. Þar er einnig bent á auknar líkur á að mæður ákveði að hafa barn sitt á brjósti hafi þær fengið fræðslu og hvatningu til þess á meðgöngu. Mauri, Zoppi og Zannini (2012) gerðu viðtalsrannsókn um reynslu kvenna af að leggja á brjóst. Út frá þessum viðtölum töldu höfundar að fyrstu klukkutímarnir eftir fæðingu séu tíminn þar sem mikilvægt er að skoða líkamleg einkenni móður og barns við brjóstgjöfina til að koma snemma auga á möguleg vandamál og geta unnið á þeim ásamt því að veita mæðrum hvatningu og stuðning. Þar að auki kom fram í niðurstöðum rannsóknar að þrátt fyrir erfiðleika við brjóstgjöfina fyrstu klukkutímanna voru jákvæðar tilfinningar sterkari en þær neikvæðu. (Mauri, Zoppi og Zannini, 2012).

4 Umræða

Við vitum að brjóstgjöf er mikilvæg börnum þar sem þau fá alla sína næringu ásamt vörn gegn sjúkdómum frá móður sem styrkir ónæmiskerfið (World health organization, e.d.. UNICEF, 2018). Ávinningur brjóstamjólkur fyrir ungabarn hefur verið lýst með minni líkum á sjúkdómum, bæði krónískum og smitsjúkdómum eins og til dæmis magapestum og öndunarfærasýkingum, auk þess sem brjóstgjöf hefur styrkjandi áhrif á heilsufar móður (Eidelman og Schanler, 2012. UNICEF, 2018). Þá hefur brjóstgjöf mikið að segja um tengslamyndun móður og barns og hefur truflun á brjóstgjafuferlinu oft veruleg áhrif á tengslamyndunina (Ekström og Nissen, 2006. Tait, 2000. Embætti landlæknis og þróunarvið heilsugæslunnar, 2016). Þó svo að mikilvægi og kostir brjóstgjafar séu vituð eru ekki allar mæður sem geta haft börn sín á brjósti eða hætta með þau ótímabært vegna vandamála sem oft væri hægt að leysa, en algengt er að upp komi vandamál tengd brjóstgjöf. Verkir eru einn algengasti fylgikvilli brjóstgjafar (Mauri, Zobbi og Zannini, 2012. Leung, 2016. Anna Margrét Einarsdóttir og Helga Guðmundsdóttir, 2009) og finna konur oftast fyrir verkjum í upphafi brjóstgjafar eða um 96% (Tait, 2000). Þó svo að konur upplifi verki líta þær oft ekki á þá sem alvarlegt vandamál en hlutfall kvenna sem leita sér aðstoðar vegna verkja er mjög misjafnt, sem dæmi voru 36% í erlendri rannsókn Kent og fleiri (2015) borið saman við 90,9% í íslenskri rannsókn Hildar Sigurðardóttir (Anna Margrét Einarsdóttir og Helga Guðmundsdóttir, 2009) en mismunandi aðgengi að aðstoð í hverju landi fyrir sig gæti spilað inn í þessar niðurstöður. Orsakir verkja við brjóstgjöf eru fjölbætt og því getur verið nauðsynlegt að uppgötva orsök þeirra sem fyrst til þess að þeir hafi sem minnstu áhrif á brjóstgjafuferlið.

Algengustu vandamálin sem valda verkjum í brjóstgjöf eru sárar geirvörtur, stálmi, stíflur og sýkingar, brjóstabólga og sveppasýkingar (Giugliani, 2004. Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015. Anna Margrét Einarsdóttir og Helga Guðmundsdóttir, 2009) Þetta eru allt vandamál sem hægt er að leysa en það þarf fyrst að greina hvers eðlis verkurinn er, hvað er að valda og finna svo viðeigandi lausn. Oft getur verið nóg að laga tak barnsins á brjóstinu eða stöðu, en stundum þarf að fara út í lyfjagjafir, eins og þegar um sýkingar er að ræða (Giugliani, 2004. Brenner og Buescher, 2011. Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir, 2015) Þetta er allt eitthvað sem heimaþjónusta eða brjóstgjafaráðgjafar gætu greint og leiðrétt, eða komið í ferli hjá lækni ef lyfja eða frekari meðferða er þörf.

Fjölmargar rannsóknir hafa sýnt fram á að fræðsla og stuðningur fyrstu dagana eftir fæðingu sem og fræðsla fyrir fæðingu varðandi brjóstgjöf og vandamál sem upp geta komið minnki líkur á að mæður hætta með börn sín á brjósti vegna verkja og annarra vandamála (Kent o.fl., 2015. Mauri, Zobbi og Zannini, 2012. McClellan, 2012). Þegar starfsfólk, ljósmæður, hjúkrunarfræðingar og brjóstgjafaráðgjafar hafa fengið góða þjálfun eykst sjálfsöryggi mæðra við brjóstgjöfina sem er þáttur í að stuðla að farsælli brjóstgjöf (Ekström og Nissen, 2006). Mikilvægt er að konur fái rétta þjónustu í barneignaferlinu og upplifi traust til umönnunaraðila, þegar konur fá ekki góðan stuðning og ráðgjöf minnkar sjálfsöryggi þeirra til muna og líklegra er að þær hætta fyrir með börn sín á brjósti (O'Brien og Fallon, 2005. Hildur Sigurðardóttir, 2004. Kronborg, Harder og Hall, 2015), einnig eru þær

mæður sem upplifa lítið sjálftraust varðandi brjóstagjöfina ólíklegri til að leita sér aðstoðar (Brown, 2014).

Sú þjónusta sem er í boði fyrir mæður eftir fæðingu á Íslandi er í rauninni þrískipt. Fyrst er sú þjónusta sem konur fá uppi á Landspítala, en þar eru ljósmæður og hjúkrunarfræðingar sem leiðbeina mæðrum í gegnum upphaf brjóstagjafarinnar og eiga að geta tekið á öllum þeim vandamálum sem koma upp fyrstu klukkutímana. Eftir útskrift af spítalanum tekur við heimaþjónusta ljósmæðra fyrstu dagana eftir fæðingu. Þar leiðbeina þær mæðrum í gegnum áframhaldandi brjóstagjöf og aðstoða þær við að vinna á vandamálum sem koma upp á þeim tíma. Síðast tekur ung- og smábarnavernd heilsugæslunnar við eftirliti með móður og barni (Hildur Sigurðardóttir, 2014). Sú fræðsla sem er í boði fyrir mæður, varðandi brjóstagjöf, fyrir fæðingu barns eru brjóstagjafanámskeið sem eru haldin á vegum Heilsugæslunnar, en einnig eru einkafyrirtæki sem bjóða upp á álíka námskeið, eins og Björkin og 9 mánuðir. Þá þurfa foreldrar að greiða fyrir námskeiðin og er oft langur biðlisti fyrir hvert námskeið, en það mætti skoða það að halda þessi námskeið oftar til að anna eftirspurn (Hildur Sigurðardóttir, 2014. Björkin, 2019. 9 mánuðir, e.d.).

Ef upp koma sérstaklega erfið vandamál tengd brjóstagjöfinni, sem ljósmæður á heilsugæslunum ráða ekki við, er hægt að leita til sérstakra brjóstagjafaráðgjafa, en þær eru sérþjálfaðar í að takast á við alls kyns brjóstagjafavandamál (Hildur Sigurðardóttir, 2014, félag brjóstagjafaráðgjafa, e.d.). Konur eiga rétt á tvemur vitjunum frá brjóstagjafaráðgjafa sér að kostnaðalaus, en þær vitjanir verða að fara fram innan tveggja vikna frá fæðingu barns. Ef mæður óska eftir slíkri þjónustu eftir þann tíma verða þær að greiða fyrir þjónustuna sjálfar, en það eru nokkrir sjálfstætt starfandi ráðgjafar sem sinna þessum hópi (Félag brjóstagjafaráðgjafa, e.d., 9 mánuðir, e.d.). Haft var samband við Þórunni Pálsdóttur hjá félagi brjóstagjafaráðgjafa til þess að spyrjast fyrir um starfandi brjóstagjafaráðgjafa á Íslandi í dag. Þar fengust þau svör að aðeins eru 18 brjóstagjafaráðgjafar með gilt próf á Íslandi í dag og þar af eru líklegast bara 6 sem starfa á höfuðborgarsvæðinu. Enginn þeirra er starfandi á Landspítalanum og fáar sem vinna á heilsugæslum. Það getur því reynst erfitt að sinna öllum þeim sem óska eftir aðstoð, sérstaklega yfir sumartímamann (Þórunn Pálsdóttir, munnleg heimild, 4.apríl 2019). Aðgengi að brjóstagjafaráðgjöfum er því engan veginn nógu gott eins og staðan er í dag.

Við vildum því skoða betur hvernig og hvar konur sem upplifa verki tengda brjóstagjöf fá stuðning og ráðgjöf og gerðum við því óformlega könnun í lokuðum hóp á samfélagsmiðli (sjá fylgiskjal). Þar kom í ljós að langflestar konur hafa upplifað verki tengda brjóstagjöf og hafa leitað sér aðstoðar hjá ljósmóður í heimaþjónustu sem hefur gagnast þeim en það voru 478 kona af þeim 1148 sem tóku þátt eða 41,6%. Þetta eru svipaðar niðurstöður og komu fram í rannsókn Hildar Sigurðardóttur þar sem flestar konur leituðu sér aðstoðar hjá ljósmóður í heimaþjónustu en þar kom einnig fram að yfir helmingur kvenna eða 56,4% fannst ljósmóðir í heimaþjónustu vera gagnlegasti aðilinn þegar kom að stuðning og ráðgjöf varðandi brjóstagjöf (Anna Margrét Einarsdóttir og Helga Guðmundsdóttir, 2009). Í óformlegri könnun okkar kom einnig fram að mun færri konur hafa nýtt sér þjónustu brjóstagjafaráðgjafa samanborið við heimaþjónustuna. Einnig virtust margar ekki hafa vitað af tilvist brjóstagjafaráðgjafa eða verið orðnar of seinar til þar sem þjónustan er aðeins gjaldfrjáls fyrstu 14 daga eftir fæðingu barns (Félag brjóstagjafaráðgjafa, e.d.). Athygli okkar vakti þó að 330 konur

sögðust ekki hafa upplifað verki tengda brjóstagjöf sem eru 28,7% þáttakenda og var það hærra hlutfall en við bjuggumst við .

Rannsóknir hafa sýnt að aðal umkvörtunarefni mæðra sé að það skorti samhengi í þeim upplýsingum og ráðleggingum sem þeim var gefið. Einnig töluðu flestar mæður um það að fræðslan hefði ekki borist nógu snemma, en þær hefðu viljað fá góða brjóstagjafafræðslu áður en barnið fæddist (Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir, 2013). Fram hefur komið að þær mæður sem fá góða fræðslu á meðgöngu eru lengur með börn sín á brjósti (DiGirolamo, Grummer-Strawn og Fein, 2003). Einnig hefur komið fram mikilvægi þess að fá góða fræðslu og stuðning fyrstu klukkutíma eftir fæðingu (Mauri, Zobbi og Zannini, 2012). Mæður eiga það margar sameiginlegt að upplifa misjöfn ráð frá fagaðilum og að finnast vanta samræmi í þjónustu (Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir, 2013. Kronborg, Harder og Hall, 2015. Graffy og Taylor, 2005). Af okkar reynslu úr námi og persónulegu lífi höfum við einnig fundið fyrir því og erfitt er að finna góðar upplýsingar eða leiðbeiningar um innihald þjónustu sem í boði er á Íslandi.

Helsta ástæða þess að konur hætti með börn sín ótímabært á brjósti má rekja til líkamlegra vandamála og þá sérstaklega tekið fram sárar geirvörtur, en einnig að ástæðan gæti verið að þörf sé á að ljósmæður uppgötvi þessi vandamál fyrr og að konunum vanti meiri aðstoð, hvatningu og fræðslu (Mauri, Zobbi og Zannini, 2012). Mikilvægi þess að fá viðeigandi aðstoð við verkjum vegna brjóstagjafar. Það er þekkt að líkamlegur sársauki tengist andlegri vanlíðan, en verkir og þunglyndi deila taugaboðleiðum og einnig hefur fundist tenging á milli bólgu og þunglyndis (Maes o.fl, 2009). Við sjáum bæði á rannsókn Hildar Sigurðardóttur (Anna Margrét Einarsdóttir og Helga Guðmundsdóttir, 2009) og einnig á óformlegri könnun okkar að stærsti hluti kvenna sem upplifir verki tengda brjóstagjöf hér á landi leita helst til sinnar ljósmóður í heimaþjónustu og fá þar stuðning sem gagnast þeim og eru almennt ánægðar með þá þjónustu þrátt fyrir að betri samhæfingu í þjónustu vanti. Minna er um að konur leiti til brjóstagjafaráðgjafa og gæti það verið vegna þess að þær eru óaðgengilegri og þarf að nýta þjónustu þeirra innan 14 daga frá fæðingu til þess að eiga rétt á niðurgreiðslu. Þar vantar einnig betri starfslýsingu og klínískar leiðbeiningar sem vinna ætti eftir. Áberandi er að konur vita ekki alltaf hvar þær eiga að leita sér aðstoðar og eru upplýsingar á netinu ekki nægilega aðgengilegar, heilsugæslan virðist þó vera sá staður sem konur leiti sér helst upplýsinga varðandi brjóstagjöfina og eru upplýsingar á síðum þeirra að verða sífellt betri.

Lokaorð

Brjóstagjöf og brjóstamjólk hafa marga kosti, bæði fyrir móður og barn og er þetta ferli því eitthvað sem nauðsynlegt er að styðja vel við. Á Íslandi er haldið úti góðri þjónustu við mæður á meðgöngu, í og eftir fæðingu. Ljósmaður og hjúkrunarfræðingar sem sinna konum í þessu mikilvæga ferli aðstoða við brjóstagjöfina og styðja mæður í þeim vandamálum sem upp geta komið og reyna að stuðla að farsælli brjóstagjöf. Ánægja mæðra með þessa þjónustu virðist vera mikil og bera flestar mæður mikið traust til ljósmaðra í heimaþjónustunni.

Alltaf má þó gott bæta og komumst við að því við gerð þessarar ritgerðar að flestar mæður hefðu verið til í að fá betri fræðslu um brjóstagjöf fyrir fæðingu, en aðgengi að brjóstagjafanámskeiðum er alls ekki nógu gott. Aðgengi að fræðslufni er líka nokkuð ábótavant og virðast flestar mæður sækja í upplýsingar frá öðrum mæðrum, þá vinkonum eða í gegnum netið og eru þær ráðleggingar sem þar er að fá ekki allar gagnlegar. Aðgengi að fagfólki við brjóstagjöfina er nokkuð gott fyrst eftir fæðingu, á sjúkrahúsi þar sem flestar konur fæða og heimaþjónusta ljósmaðra er með reglulegar vitjanir, en eftir það tekur ung- og smábarnavernd heilsugæslunnar við og þá þurfa mæður að bera sig meira eftir aðstoðinni. Aðgengi að sérhæfðum brjóstagjafaráðgjöfum er hinsvegar ekki mjög gott. Þær eru fáar starfandi innan heilsugæslunnar og þurfi mæður á þeirra aðstoð að halda þurfa þær vitjanir að fara fram innan 14 daga frá fæðingu eigi þær að fá vitjanirnar niðurgreiddar. Áberandi var að mæðrum fannst oft koma fram ósamræmi í ráðleggingum fagaðila varðandi brjóstagjöf og áttu þá erfitt með að vita hverjum þær ættu að treysta.

Við yfirlestur efnis kom í ljós að erfitt er að finna upplýsingar og fræðslu ætlaða mæðrum. Einnig vantar mun betri klínískar leiðbeiningar ætluðum ljósmaðrum í heimaþjónustu og brjóstagjafaráðgjöfum en hvergi var hægt að finna allar þær leiðbeiningar á einum stað. Þegar leitað var eftir starfslýsingu brjóstagjafaráðgjafa kom lítið sem ekkert upp enda er stór hluti brjóstagjafaráðgjafa sjálfstætt starfandi og því lítið eftirlit með þjónustunni. Þá kom í ljós að lítið er til af íslenskum heimildum varðandi brjóstagjöf og þá sérstaklega brjóstagjafaráðgjöf. Þá hafa verið gerðar rannsóknir á algengi brjóstagjafa á árunum 1999-2004 og aftur frá 2004-2008 en þörf væri á nýrri tölulegum upplýsingum varðandi algengi brjóstagjafar og vandamála á Íslandi. Mikilvægt og áhugavert væri rannsaka betur þá brjóstagjafarþjónustu sem konur á Íslandi nýta sér, innihald hennar og hvað þeim þyki vanta. Einnig að bera saman þá þjónustu og aðgengi að henni sem fram fer hér á landi borið saman við önnur lönd.

Þegar lítið er á alla þá kosti sem brjóstagjöf og brjóstamjólk hefur fyrir bæði móður og barn og þá alvarlegu afleiðingar sem verkir geta haft á brjóstagjöfina sem og líkamlega og andlega líðan móður, þá er ljóst mikilvægi þess að konur hafi gott aðgengi að viðeigandi aðstoð. Aukinn stuðningur almennt við brjóstagjöf mæðra, aukin fræðsla fyrir fæðingu ásamt aukinni samhæfingu í upplýsingagjöf og ráðleggingum eru nauðsynlegar viðbætur við þá þjónustu sem nú þegar er veitt til þess að stuðla megi að farsælli og langri brjóstagjöf hjá eins mörgum mæðrum og mögulegt er.

Heimildaskrá

- Abou-Dakn, M., Fluhr, J.W., Gensch, M., Wöckel, A. (2011). Positive effect of HPA Lanolin versus expressed milk on painful and damaged nipples during lactation. *Skin pharmacology and physiology*, 24(1), 27-35. doi:10.1159/000318228
- Amir, L.H., Dennerstein, L., Garland, S.M., Fisher, J., Farish, S.J. (1996). Psychological aspects of nipple pain in lactating women. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*, 17(1), 53-58.
- Anderson, J.E., Held, N., Wright, K. (2004). Reynaud's phenomenon of the nipple: A treatable cause of painful breastfeeding. *Pediatrics*, 113(4), 360-364. doi:10.1542/peds.113.4.e360
- Anna Margrét Einarsdóttir og Helga Guðmundsdóttir (2009). *Erfiðleikar við brjóstgjöf*. (BS ritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Arnheiður Sigurðardóttir og Guðrún Jónasdóttir. (2015). *Hjálpartæki við brjóstgjöf*. Reykjavík: Embætti Landlæknis.
- Björkin ljósmæður. (2019). Fæðing. Sótt þann 28.mars af <https://www.bjorkin.is/faeding>
- Björkin ljósmæður. (2019). Fæðingafræðsla og brjóstgjafanámskeið. Sótt þann 12.apríl af <https://www.bjorkin.is/namskeid>
- Brenner, M. G., og Buescher, E. S. (2011). Breastfeeding: a clinical imperative. *Journal of Women's Health*, 20(12), 1767–1773. doi:10.1089/jwh.2010.2616
- Brown, A. (2014). Maternal trait personality and breastfeeding duration: the importance of confidence and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 587–598. doi:10.1111/jan.12219
- Brown, A., Ranch, J. og Bennett, P. (2015). Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role of pain and physical difficulties. *Journal of American Nursing*, 72(2), 273-282. doi:10.1111/jan.12832
- Chertok, I.R., Schneider, J., Blackburn, S. (2006). A pilot study of maternal and term infant outcomes associated with ultrathin nipple shield use. *Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing*, 35(2), 265-272. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00028.x
- Cregan, M.D. og Hartmann, P.E. (1999). Computerized breast measurement from conception to weaning: Clinical implication. *Journal of Human Lactation*, 15, 89-96.
- DiGirolamo, A., Grummer-Strawn, L. og Fein, S. (2003). Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions. *Birth*, 30(2), 94-100.
- Eidelman, A.I. og Schanler, R.J. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), 827-841. doi:10.1542/peds.2011-3552
- Ekström, A. og Nissen, E. (2006). A mothers feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics*, 118(2), 309-314.
- Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir. (2013). Viðhorf mæðra til fræðslu og ráðgjafar um brjóstgjöf: Eigindleg viðtalsrannsókn í mannfræði. *Ljósmæðrablaðið*, 91(1), 7-12.

- Embætti landlæknis og þróunarsvið heilsugæslunnar (2016). *Næring ungbarna*. Sótt þann 4.apríl af https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item32231/Naering_ungbarna_30.01.2018.pdf
- Félag brjóstagjafaráðgjafa. (e.d). Brjóstagjafaráðgjafar IBCLC. Sótt þann 22.febrúar af <http://brjostagjafaradgjafi.is/brjostagjafaradgjafar-ibclc/>
- Giugliani, E. (2004). Common problems during lactation and their management. *Jornal de pediatria*, 80(5). doi:10.1590/S0021-75572004000700006
- Graffy, J. og Taylor, J. (2005). What Information, Advice, and Support Do Women Want With Breastfeeding?. *Birth*, 32(3), 179-186.
- Hanson, L.A. (2007). The role of breastfeeding in the defense of the infant. Í Hale, T.W. og Hartmann, P.E. (ritstj.), *Hale & Hartmann's Textbook of Human Lactation* (bls. 159- 192). Texas: Hale Publishing.
- Hauck, Y. L., Fenwick, J., Dhaliwal, S. S., Butt, J., og Schmied, V. (2011). The Association Between Women's Perceptions of Professional Support and Problems Experienced on Breastfeeding Cessation: A Western Australian Study. *Journal of Human Lactation*, 27(1), 49–57. doi:10.1177/0890334410386956
- Hildur Björk Sigurbjörnsdóttir og Bryndís Elfa Gunnarsdóttir. (2012). *Brjóstgjöf og næring ungbarna á Íslandi sem fædd eru 2004-2008*. Reykjavík: Embætti Landlæknis.
- Hildur Sigurðardóttir (2014). *Faglegar leiðbeiningar fyrir heimaþjónustu ljósmæðra 2014*. Reykjavík: Embætti Landlæknis.
- Hildur Sigurðardóttir (2006). Heimaþjónusta ljósmæðra í sængurlegu. *Ljósmæðrablaðið*, 84(2), 28-33.
- Hildur Sigurðardóttir (2004). Ljósmæðraþjónusta fyrstu vikuna eftir fæðingu: viðhorf mæðra til þjónustunnar. *Ljósmæðrablaðið*, 82(2), 19-27.
- Inga Þórsdóttir, Hildur Atladóttir og Gestur Pálsson (2000). *Mataræði íslenskra ungbarna 1995-2000*. Rannsóknastofa í næringarfræði og Háskólaútgáfan: Reykjavík.
- Jóna Margrét Jónsdóttir og Ingibjörg Baldursdóttir (2015). *Brjóstgjöf: leiðbeiningar um ung og smábarnavernd*. Sótt af <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item25346/Brj%C3%B3stagi%C3%B6f.pdf>
- Katrín Edda Magnúsdóttir (2010). Sársauki í brjóstgjöf. Sótt af <http://www.ljosmodir.is/saengurlega/brjostakorn/nanar/5749/sarsauki-i-brjostagjof>
- Kendall-Tackett, K. (2009). A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatment protect maternal mental health. *International breastfeeding journal*, 2(6). doi:10.1186/1746-4358-2-6
- Kent, J. C., Ashton, E., Hardwick, C. M., Rowan, M. K., Chia, E. S., Fairclough, K. A., ... Geddes, D. T. (2015). Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments. *International journal of environmental research and public health*, 12(10), 12247-12263. doi:10.3390/ijerph121012247
- Kronborg, H., Harder, I. og Hall, E.O.C. (2015). First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *Sexual and reproductive healthcare*, 6(2), 82-87. doi:10.1016/j.srhc.2014.08.004

- Leung, S.S.F. (2016). Breast pain in lactating mothers. *Hong Kong medical journal*, 22(4), 341-346. doi:10.12809/hkmj154762
- Lukac, M., Riley, J. K., og Humphrey, A. D. (2006). How to Integrate a Lactation Consultant in an Outpatient Clinic Environment. *Journal of Human Lactation*, 22(1), 99–103. doi:10.1177/0890334405283622
- Maes, M., Yirmiya, R., Noraberg, J., Brene, S., Hibbeln, J., Perini, G., ... Maj, M. (2009). The inflammatory and neurodegenerative hypothesis of depression: leads for future research and new drug developments in depression. *Metabolic Brain Disease*, 24, 27-53. doi:10.1007/s11011-008-9118-1
- Mathur, M.B. og Dhingra, D. (2014). Breastfeeding. *The Indian journal of pediatrics*, 81(2), 143-149. doi:10.1007/s12098-013-1153-1
- Mauri, P.A., Zobbi, V.F. og Zannini, L. (2012). Exploring the mother's perception of latching difficulty in the first days after birth: An interview study in an Italian hospital. *Midwifery*, 28, 816-823.
- McClellan, H. L., Hepworth, A. R., Garbin, C. P., Rowan, M. K., Deacon, J., Hartmann, P. E., og Geddes, D. T. (2012). Nipple Pain during Breastfeeding with or without Visible Trauma. *Journal of Human Lactation*, 28(4), 511–521. doi:10.1177/0890334412444464
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M.J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J.L., ... MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, 2. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub5.
- Royal Childrens Hospital Melbourne. (2017). Clinical practice guidelines – Breastfeeding support and promotion. Sótt þann 22.febrúar af https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Breastfeeding_support_and_promotion/
- Tait, P. (2011). Nipple pain in breastfeeding women: Causes, treatment and prevention strategies. *Journal of midwifery and women's health*, 45(3), 212-215. doi:10.1016/S1526-9523(00)00011-8
- Tashakori, A., Behbahani, A. Z., & Irani, R. D. (2012). Comparison Of Prevalence Of Postpartum Depression Symptoms Between Breastfeeding Mothers And Non-breastfeeding Mothers. *Iranian journal of psychiatry*, 7(2), 61-65.
- UNICEF (2018). Improving breastfeeding, complementary foods and feeding practices. Sótt þann 22. febrúar 2019 af https://www.unicef.org/nutrition/index_breastfeeding.html
- Walker, M. (2008). Conquering common breastfeeding problems. *The journal of perinatal and neonatal nursing*, 4(22), 267-274. doi:10.1097/01.JPN.0000341356.45446.23
- Wallace, H. og Clarke, S. (2009). Tongue tie division in infants with breastfeeding difficulties. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 70(7), 1257-1261. doi:10.1016/j.ijporl.2006.01.004
- Wiles, L.S. (1984). The effect of prenatal breastfeeding education on breastfeeding success and maternal perception of the infant. *Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing*, 4(13), 253-257. doi:10.1111/j.1552-6909.1984.tb01136.x

World Health Organization (e.d.). Breastfeeding. Sótt þann 22. febrúar af:

https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/

9 mánuðir (e.d.). Námskeið. Sótt þann 12. apríl af <https://www.9manudir.is/namskeid>

Fylgiskjöl

Höfundar gerðu óformlega könnun á samfélagsmiðlinum Facebook í hópnum mæðra-tips en þegar könnunin var gerð voru í honum 18.281 mæður. Spurt var um verki tengda brjóstgjöf og þá aðstoð sem mæðurnar fengu vegna þeirra. Voru 1148 konur sem svöruðu könnuninni á 3 sólahringum en könnunin fór fram frá 12.-15.apríl.

Svarmöguleikar voru eftirtaldir;

1. *Upplifði ekki verki tengda brjóstgjöf.*
2. *Upplifði verki tengda brjóstgjöf og fékk ekki aðstoð við þeim frá fagaðila.*
3. *Upplifði verki tengda brjóstgjöf og fékk aðstoð frá brjóstgjafaráðgjafa sem gagnaðist ekki.*
4. *Upplifði verki tengda brjóstgjöf og fékk aðstoð frá brjóstgjafa ráðgjafa sem gagnaðist.*
5. *Upplifði verki tengda brjóstgjöf og fékk aðstoð frá ljósmóður í heimaþjónustu sem gagnaðist ekki.*
6. *Upplifði verki tengda brjóstgjöf og fékk aðstoð frá ljósmóður í heimaþjónustu sem gagnaðist.*
7. *Upplifði verki tengda brjóstgjöf og fékk aðstoð frá öðrum fagaðila innan heilbrigðiskerfisins sem gagnaðist ekki.*
8. *Upplifði verki tengda brjóstgjöf og fékk aðstoð frá öðrum fagaðila innan heilbrigðiskerfisins sem gagnaðist.*

Niðurstöður könnunarinnar voru eftirfarandi:

Spurning:	Heildarfjöldi: 1148	Prósenta: 100%
Upplifði verki tengda brjóstgjöf og fékk aðstoð frá ljósmóður í heimaþjónustu sem gagnaðist.	478	41,6%
Upplifði ekki verki tengda brjóstgjöf.	330	28,7%
Upplifði verki tengda brjóstgjöf og fékk aðstoð frá ljósmóður í heimaþjónustu sem gagnaðist ekki.	123	10,7%
Upplifði verki tengda brjóstgjöf og fékk aðstoð frá brjóstgjafa ráðgjafa sem gagnaðist.	71	6,2%
Upplifði verki tengda brjóstgjöf og fékk ekki aðstoð við þeim frá fagaðila.	57	5%

Upplifði verki tengda brjóstgjöf og fékk aðstoð frá öðrum fagaðila innan heilbrigðiskerfisins sem gagnaðist.	41	3,6%
Upplifði verki tengda Brjósttagjöf og fékk aðstoð frá brjósttagjafaráðgjafa sem gagnaðist ekki.	29	2,5%
Upplifði verki tengda brjóstgjöf og fékk aðstoð frá öðrum fagaðila innan heilbrigðiskerfisins sem gagnaðist ekki.	19	1,7%