



# **Sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöf og umönnun fyrirbura**

**Fræðileg samantekt**

VALDÍS MARÍA EMILSDÓTTIR

LOKAVERKEFNI TIL BS PRÓFS  
Í HJÚKRUNARFRÆÐI (12 EININGAR)

LEIÐBEINANDI: HILDUR SIGURÐARDÓTTIR

FEBRÚAR 2011



**HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD**  
HÁSKÓLI ÍSLANDS

### Þakkarorð

Ég vil þakka öllum þeim sem veittu mér aðstoð við gerð þessa verkefnis. Hildi Sigurðardóttur lekor og ljósmóður við Háskóla Íslands, fyrir góða leiðsögn, hvatningu, stuðning og skilning í minn garð. Kristínu Magdalenu Kristjánsdóttur þýðanda fyrir prófarkalestur og stuðning. Að lokum vil ég þakka eiginmanni mínum, Ólafi Danielssyni fyrir yfirlestur á verkefninu og ómælda þolinmæði, hvatningu og stuðning við gerð þessa verkefnis og í gegnum námið.

## Útdráttur

Brjóstagjöf fyrirbura er ekki eins algeng og hjá fullburða börnum. Tilgangur þessarar fræðilegu úttektar var að skoða þá þætti sem hafa áhrif á brjóstagjöf og umönnun fyrirbura og þá sérstaklega áhrif sjálfsöryggis. Auk þess var leitast við að skoða hvernig brjóstagjöf fyrirbura er háttáð og hvað hjúkrunarfræðingar og ljósmæður geta gert til að efla sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöf og umönnun fyrirbura.

Helstu áhrifaþættir brjóstagjafar og umönnunar fyrirbura eru heilsufar og þroski auk þess sem sjálfsöryggi mæðra við þessi tilteknu verkefni hefur mikil áhrif. Eftir fyrirburafæðingu eru foreldrar gjarnan í lífeðlisfræðilegu og tilfinningalegu ójafnvægi og hafa mikla þörf fyrir stuðning og umhyggju. Á sama tíma er mikilvægt að hefja örvun mjólkurmyndunnar eða innan 6-12 tíma frá fæðingu þannig að fyrirburarnir geti nærst sem mest á brjóstamjólk. Fyrir utan mikilvægi brjóstamjólkurinnar fyrir ónæmiskerfi fyrirburanna og vöxt og þroska þeirra þá benda niðurstöður rannsókna á að það styrki sjálfsöryggi mæðranna ef börn þeirra geta nærst á brjóstamjólk. Vinna þarf með fjölskyldunni úr erfiðri reynslu; veita virka hlustun og leggja áherslu á styrkjandi þættia auk þess að leiðrétta misskilning. Þannig eflist sjálfsöryggi móðurinnar til að takast á við brjóstagjöfina og umönnun barnsins.

Lykilorð: Brjóstagjöf, fyrirburi, sjálfsöryggi, fyrirburafæðing, reynsla, foreldrahlutverkið.

## Abstract

Breastfeeding of preterm infants is not as common as with fullterm infants. The purpose of this literature review was to examine the factors that affects breastfeeding and parenting of preterm infants and particularly the effects of self-efficacy. Also it was examined how breastfeeding a preterm infant develops as the infant matures and what nurses and midwives can do to increase mothers self-efficacy of breastfeeding and parenting preterm infants.

The main influencing factors on breastfeeding and parenting preterm infants are babies medical condition, and development in addition to maternal self-efficacy especially towards these particular tasks. Following a preterm birth the parents can experience physiological and emotional instability and are in need for support, sympathy and caring of the nurse. At the same time it is important to initiate stimulation of milk production within 6-12 hours from birth. Beside the importance of the breastmilk for the premature infant for the immune system and growth and development research findings suggest that it strengthens mothers self-efficacy if their infant can be nourished with breastmilk. Helping the family to adjust this difficult experience; by providing active listening and focus on the positive factors, as well as correcting misunderstanding. In that way, mother's self-efficacy will strengthen towards dealing with breastfeeding and parenting of the preterm infant.

Keywords: Breastfeeding, preterm/premature infant, self-efficacy, post-discharge, preterm birth, experience, parenting.

## Efnisyfirlit

Þakkarorð .....	iii
Útdráttur .....	iv
Abstract .....	v
Efnisyfirlit .....	vi
Inngangur .....	1
Aðferðafræði .....	3
Skilgreiningar .....	4
Fræðileg samantekt .....	6
Kostir brjóstamjólkur fyrir fyrirbura .....	6
Algengi brjóstagjafar fyrirbura .....	6
Ástæður þess að mæður fyrirbura hætta brjóstagjöf .....	9
Brjóstagjafarferlið hjá fyrirburum .....	11
Þroski og næring fyrirbura .....	12
Mat á árangri brjóstagjafar .....	13
Sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöf og umönnun fyrirbura .....	15

Persónulegur árangur eða afrek sem höfða meðal annars til fyrri reynslu (Performance accomplishment).....	18
Áhrif er koma frá reynslu annarra/áhrif fyrirmynda eða staðgengla (Vicarious experiences).....	19
Sannfæringarkraftur annarra (Verbal persuasion).....	21
Lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand móðurinnar (Physiological and emotional responses).....	21
Reynsla mæðra af því að eignast fyrirbura.....	22
Brjóstgjöf og móðurhlutverkið .....	23
Ráðleggingar við næringu og brjóstgjöf fyrirbura .....	29
Efling sjálfsöryggis mæðra við brjóstgjöf og umönnun fyrirbura.....	32
Umræður .....	36
Lokaorð .....	47
Heimildir.....	49

## Inngangur

Við fæðingu fyrirbura verður móðir fyrir ákveðnu áfalli hún hefur ekki undirbúið komu barnsins og lendir í aðstæðum sem hún átti ekki von á. Móðirin þarf jafnvel að jafna sig eftir áhættumeðgöngu og óvænta fæðingu, hún er þreytt, kvíðin og með áhyggjur af barninu sínu. Á sama tíma þarf hún að takast á við brjóstgjöf og umönnun barnsins við ókunnar og óvenjulegar aðstæður á borð við nýburagjörgæslu (Flacking, Nyqvist og Starrin, 2006). Ýmislegt hefur áhrif á það hvemig móðurinni tekst að takast á við brjóstgjöfina og umönnun barnsins og er sjálfsöryggi hennar gagnvart þessum þáttum mikilvægt í því hvemig tekst til (Bandura, 1977).

Um 6,6% barna sem fæðast á ári hverju eru fyrirburar og er næring og brjóstgjöf viðamikil verkefni í umönnun þeirra. Ráðlagt er að fyrirburar séu eingöngu á brjósti til sex mánaða aldurs og er þá miðað við lífaldur barnsins. Tíðni brjóstgjafar hjá fyrirburum er hins vegar ekki eins há og hjá fullburða bömum (Ársskýrsla Landspítala, 2007; Flacking, Nyqvist, Ewald og Wallin, 2003; Raket Björg Jónsdóttir og Arna Skúladóttir, 2010; Starfsemsupplýsingar LSH, 2009; Skýrsla frá fæðingarskráningunni, 2007).

Tilgangur þessarar fræðilegu úttektar er að skoða þá þætti sem hafa áhrif á brjóstgjöf og umönnun fyrirbura og þá sérstaklega áhrif sjálfsöryggis. Fjallað verður um brjóstgjafuferlið, þroska fyrirbura og sjálfsöryggi mæðra við brjóstgjöf og umönnun fyrirbura skoðað út frá kenningu Bandura um sjálfsöryggi. Samkvæmt kenningu Bandura mun einstaklingur með mikið sjálfsöryggi gagnvart ákveðnu verkefni leggja sig allan fram til að ná markmiði sínu. Hann mun einnig hafa jákvæðar hugsanir til verkefnisins og bregðast betur við þegar erfiðleikar stöðja að (Bandura, 1977; Dennis, 1999). Samkvæmt kenningu Bandura stýrist sjálfsöryggi af fjórum



þáttum. Þessir þættir eru: Fyrri persónulegur árangur eða afrek, áhrif er koma frá reynslu annarra, sannfæring annarra og lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand einstaklingsins (Bandura, 1977). Þessir þættir verða skoðaðir með tilliti til brjóstagjafar og umönnunar fyrirbura. Reynsla mæðra af því að eignast fyrirbura og aðlögun þeirra að brjóstagjöfni og móðurhlutverkinu verður skoðuð en allt hefur þetta áhrif á sjálfsöryggi þeirra við umönnun og brjóstagjöf fyrirburans. Að lokum verða ráðleggingar við næringu og brjóstagjöf skoðaðar, auk þess sem fjallað verður um hvað hjúkrunarfræðingar og ljósmæður geta gert til að efla sjálfsöryggi mæðra gagnvart umönnun og brjóstagjöf fyrirbura.

Leitast verður við því að svara eftirfarandi rannsóknarspurningum sem settar voru fram við gerð verkefnisins: Hvað er það sem hefur áhrif á sjálfsöryggi mæðra við umönnun og brjóstagjöf fyrirbura? Hver er reynsla mæðra af því að eignast fyrirbura og hver er reynsla þeirra af brjóstagjöf og móðurhlutverkinu? Hvernig hefur þroski fyrirburanna áhrif á brjóstagjöfina? Hverjar eru ráðleggingar við brjóstagjöf fyrirbura og hvað geta hjúkrunarfræðingar og ljósmæður gert til að auka sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöf og umönnun fyrirbura?

## Aðferðafræði

Ritgerðin var unnin eftir aðferð fræðilegrar úttektar út frá ritrýndum fræðigreinum. Við heimildaöflun var gögnum safnað af rafrænum gagnagrunnum Landspítala Háskólasjúkrahúss, *CINAHL*, *PubMed* og *Google Scholar* ásamt því að lesa bækur sem fjölluðu um efnið. Helstu hugtök sem notuð voru við leitina voru: Brjóstgjöf (*breastfeeding*), fyrirburi (*preterm/premature infant*), sjálfsöryggi (*self-efficacy*), fyrirburafæðing (*preterm birth*), reynsla (*experience*) og foreldrahlutverkið (*parenting*). Heimildaleit fór fram á tímabilinu október 2010 til desember 2010 og var leitin takmörkuð við heilar greinar. Valdar voru greinar sem féllu að efnisvali og voru greinar metnar með því að lesa útdrætti þeirra. Heimildalestur vísaði oft á aðrar rannsóknir og greinar sem auk þess voru nýttar við gerð verkefnisins.

## Skilgreiningar

**Fyrirburi** (preterm, premature): Barn sem fæðist fyrir 37 vikna meðgöngu (Lowdermilk og Perry, 2007; Walker, 2008).

**Síðfyrirburi** (late preterm): Barn sem fæðist eftir 34 vikna meðgöngu fram að 37 viku. Þessi börn líta oft út eins og fullburða börn, en lífeðlisfræði, efnaskipti og taukakerfi þeirra er óþroskað sem gerir þeim erfiðara að aðlagast lífi utan móðurkviðs (Lowdermilk og Perry, 2007; Walker, 2008). Geta þeirra til að nærast er ekki eins þroskuð og hjá fullburða börnum og er mikilvægt að taka tillit til þess (Cleveland, 2010; Meier, Furman og Degenhardt, 2007).

**Barn með mjög lága fæðingarþyngd** (Very low birth weight): Barn sem fæðist undir 1500 gr. (Lowdermilk og Perry, 2007).

**Barn með lága fæðingarþyngd** (Low birth weight): Barn sem fæðist undir 2500 gr. Það er hins vegar ekki endilega fætt fyrir tímann og er því þroski þess jafnvel á við hjá fullburða barni (Lowdermilk og Perry, 2007).

**Leiðréttur aldur** (Corrected age): Er raunaldur barnsins eða aldur barnsins reiknaður út frá því hvenær það ætti að hafa fæðst miðað við fulla meðgöngu (Lowdermilk og Perry, 2007; Ung- og smábarnavernd, leiðbeiningar um heilsuvernd barna 0-5 ára, 2010).

**Öndunarpása** (apnea): Um 23% fyrirbura upplifa öndunarpásur (apnea) vegna vanþroska í öndunarstjórnstöðvum heilastofnsins. Við þetta stöðvast öndunin í um 15-20 sekúndur sem hefur í för með sér hægari hjartsláttartíðni (McMurray og Jones, 2004; Scherf og Reid, 2006).

**Nýburagjörgæsla** (NICU): Fyrirburar og nýburar sem þurfa á sérhæfðri meðferð að halda eru lagðir inn á nýburagjörgæslu (NICU) eða Vökudeild (Landspítali Háskólasjúkrahús, e.d).

## Fræðileg samantekt

### *Kostir brjóstamjólkur fyrir fyrirbura*

Móðurmjólkin er besta næringin sem völ er á fyrir nýfædd börn. Hún er fyrirburum sérstaklega góð þar sem hún veitir þeim lífsnauðsynlegar fitusýrur og bætir meltinguna, auk þess sem hún hefur góð áhrif á þroska sjónar og taugakerfisins. Brjóstamjólkin veitir líka ónæmisvörn sem ver fyrirburana við hinum ýmsu sýkingum, en ónæmiskerfi þeirra er mjög óþroskað og eru þeir því útsettari fyrir sýkingum en fullburða börn. Brjóstamjólk minnkar einnig líkurnar á því að börn þrói með sér sykursýki eða ofnæmi og minnkar líkurnar á vöggudauða. Einnig minnka líkurnar á því að börnin þrói með sér offitu eða verði með hátt kólestról á fullorðinsaldri (Isaacson, 2006; Wheeler, 2009).

Kostir brjóstgjafar fyrir móðurina eru auk þess ýmsir en þeir eru meðal annars að legið dregst fyrr saman og líkur á blæðingu eftir barnsburð minnka. Til lengri tíma litið minnka einnig líkur á krabbameini í brjóstum og eggjastokkum auk þess sem líkur á því að móðirin þrói með sér sykursýki af tegund II minnka (Wheeler, 2009).

### *Algengi brjóstgjafar fyrirbura*

Ráðlagt er að nýburar séu eingöngu á brjóstamjólki til 6 mánaða aldurs. Það sama gildir um fyrirbura og er þá miðað við lífaldur barnsins, en ekki leiðréttan aldur (Ung- og smábarnavernd, leiðbeiningar um heilsuvernd barna 0-5 ára, 2010). Þessar ráðleggingar eru í samræmi við

tilmæli Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO), en þar er einmitt sérstök áhersla lögð á fyrirbura og veika nýbura (Edmond og Bahl, 2006).

Brjóstagjöf er algeng á Íslandi og hefja flestar mæður fullburða barna brjóstagjöf við fæðingu og eru 88% barna eingöngu á brjósti við eins mánaða aldur, 46% við fjögurra mánaða aldur, en hins vegar eru aðeins 5% barna eingöngu á brjósti við 6 mánaða aldur (Inga Þórisdóttir, Hildur Atladóttir og Gestur Pálsson, 2000).

Fyrirburar eru um 6,6% þeirra barna sem fæðast á Íslandi ár hvert og er brjóstagjöf og næring þeirra viðamikið verkefni hjúkrunarfræðinga sem starfa á Vökudeild og í ungbarnaeftirliti fyrir fyrirbura (Ársskýrsla Landspítala, 2007; Starfsemisupplýsingar LSH, 2009; Skýrsla frá fæðingarskráningunni, 2007).

Brjóstagjöf hjá börnum eftir útskrift af nýburagjörgæslu hefur verið skoðuð og kom þar í ljós að tíðni brjóstagjafar hjá þessum börnum er ekki eins há og hjá fullburða börnum (Flacking, Nyqvist, Ewald og Wallin, 2003; Rakel Björg Jónsdóttir og Arna Skúladóttir, 2010).

Nýlegar niðurstöður úr íslenskri rannsókn sýndu að börn með fæðingarþyngd yfir 2500 gr. voru líklegri til að fá alla brjóstamjólkina af brjóstinu við heimferð af nýburagjörgæslu eða 70% barna og 67% barna við fjögurra mánaða aldur. Hins vegar voru 31% barna sem fædd voru með lága fæðingarþyngd eða undir 2500 gr. eingöngu á brjóstamjólki af brjóstinu við útskrift. Aukning hafði orðið á því að börn með lága fæðingarþyngd fengju brjóstamjólki eingöngu af brjóstinu við fjögurra mánaða aldur, eða 44% sem er mjög jákvætt. Við útskrift af nýburagjörgæslu var hins vegar algengt að börn með lága fæðingarþyngd fengju hluta af brjóstamjólkinni í pela eða 50% barna, en aðeins 14% þyngri barnanna fengu hluta af brjóstamjólkinni í pela og fengu því börnin brjóstamjólki í álíka miklum mæli hvort sem er af brjósti eða pela. Við

fjögurra mánaða aldur höfðu hins vegar allar mæðurnar hætt mjólkurpumpun og voru þá öll börnin annað hvort á brjósti eða að fá þurrmjólk í pela og var mjög sjaldgæft að börn nærðust bæði á brjóstamjólk af brjósti og þurrmjólk úr pela samkvæmt niðurstöðum þessarar rannsóknar (Rakel Björg Jónsdóttir og Arna Skúladóttir, 2010). Samkvæmt rannsókn sem gerð var í Svíþjóð nærðust hins vegar 23% barna bæði á brjóstamjólk af brjósti og þurrmjólk úr pela við fjögurra mánaða aldur (Flacking, Nyqvist, Ewald og Wallin, 2003). Rannsóknir sýna að betra sé fyrir börn að fá einhverja brjóstamjólk en enga. Ráðgjöf og stuðningur við mæður svo þær verði öruggar og sáttar við það að halda brjóstagjöf áfram þrátt fyrir að gefa þurrmjólk stöku sinnum í pela er hér mjög mikilvæg (Rakel Björg Jónsdóttir og Arna Skúladóttir, 2010).

Margt hefur áhrif á algengi brjóstagjafar og má þar nefna menningu og þau gildi, viðmið og viðhorf sem ríkja í samfélaginu hverju sinni hvað varðar brjóstagjöf. Í Skotlandi árið 2000 hófu einungis 63% mæðra fullburða barna brjóstagjöf og voru einungis 40% mæðra sem enn gáfu brjóst við 6 vikna aldur (Scott, Diet og Mostyn, 2003). Í rannsókn sem gerð var í Ástralíu er það viðhorf mæðra að brjóstagjöf sé hluti af því að vera góð móðir og að hún skipti sköpum fyrir tengslamyndun móður og barns (Schmied og Baclay, 1999; Sweet, 2008). Þetta viðhorf kemur einnig fram í finnskri rannsókn og eru þær mæður sem hafa þetta viðhorf líklegri til að leggja sig allar fram til að ná markmiði sínu (Tarkka, Paunonen og Laippala, 1999).

Bandura og Cervone gerðu rannsókn árið 1983 og var tilgangur rannsóknarinnar að kanna það hvort sjálfsmat og sjálfsöryggi hefði áhrif á markmiðasetningu og hvötina til að ná tilsettu markmiði. Þátttakendur rannsóknarinnar voru 45 karlar og 45 konur og voru helstu niðurstöður þær að skýr markmiðasetning leiðir til þess að einstaklingurinn metur sjálfan sig og sjálfsöryggi

sitt og helgar sig fremur að markmiðinu. Hann mun því leggja enn þá meira á sig til að ná markmiði sínu þegar illa gengur (Bandura og Cervone, 1983).

Upplifun mæðra á stuðningi frá samfélaginu, maka og fjölskyldu hefur auk þess áhrif á þrautseigju mæðra við brjóstgjöf. Þetta er í samræmi við kenningu Bandura um sjálfsöryggi, en einn af þeim þáttum sem skýra aukið sjálfsöryggi við brjóstgjöf og umönnun fyrirbura er sannfæringakraftur annara (verbal persuasion) og hefur þar hvatning og stuðningur frá þeim sem eru móðurinni mikilvægir hvað mest að segja. Leiðbeiningar og stuðningur heilbrigðisstarfsfólks svo sem ljósmæðra, brjóstgjafarráðgjafa og hjúkrunarfræðinga sem sinna ungbörnum og mæðrum er hér einnig mikilvægur (Bandura, 1977; Tarkka, Paunonen og Laippala, 1999; Schmied og Baclay, 1999).

#### *Ástæður þess að mæður fyrirbura hætta brjóstgjöf*

Í ýmsum rannsóknum hafa verið skoðaðar ástæður þess að mæður fyrirbura hætta brjóstgjöf. Mæður upplifa gjarnar sem þær hafi litla brjóstamjólki og hafi í raun aldrei náð upp nægu brjóstamjólkurmagni eða náð að viðhalda því (Callen og Pinelli, Atkinson og Saigal, 2005; Wheeler, 2009). Lítið sjálfsöryggi mæðra við brjóstgjöf og umönnun barns hefur áhrif á upplifun þeirra um lítið brjóstamjólkurmagn sem veldur því að þær hætta fyrir brjóstgjöf. En mæður sem sýna mikið sjálfsöryggi við brjóstgjöf og umönnun barns, hafa auk þess skýrari markmið og meiri hvöt til að standast markmiðin sín auk þess að sýna meiri vilja og þrautseigju þegar vandamál koma upp (Bandura og Cervone, 1983; Blyth, Creedy, Dennis, Moyle, Praft, Vries, 2001; Dykes og Williams, 1999; McCarter-Spaulding og Kearney, 2001).



Börnin sofa mikið, eru óróleg á brjóstinu og sýna því lítinn áhuga. Þau eiga því erfitt með að leggjast á brjóst og eru með veikt sog. Sum börn eru með einhver vandamál tengd öndun, hjarta, klofna vör, bakflæði, kviðslit, þindarslit og fleira og þurfa jafnvel að fara í aðgerð. Fyrsta mánuðinn eftir útskrift eru áhyggjur foreldranna af heilsu barnsins hvað mestar sérstaklega ef barnið hefur þurft að fara í aðgerð og þarf á hjúkrun að halda heima (Callen og Pinelli, Atkinson og Saigal, 2005; Wheeler, 2009).

Viðbótargjafir með pela hvort sem er með móðurmjólki eða þurrmjólki, geta einnig dregið úr mjólkurframleiðslu þar sem það dregur úr örvun brjóstamjólkurframleiðslunnar (Callen og Pinelli, Atkinson og Saigal, 2005). Einnig getur það dregið úr brjóstgjöf þegar mjólkinn er þykkt, en það er stundum ráðlagt vegna mikils bakflæðis hjá fyrirburum (Wheeler, 2009). Þá geta ýmis vandamál tengd brjóstgjöfinni haft áhrif eins og sár á geirvörtum, brjóstabólga, stálmi, brjóstgjafartækni o.fl. (Callen og Pinelli, Atkinson og Saigal, 2005 og Wheeler, 2009).

Margar mæður lýsa yfirþyrmandi þreytu og hafa mæður sem eignast tvíbura börnin gjarnan skemur á brjósti vegna þess hve mikils tíma og orku það krefst að pumpa og gefa báðum börnum (Wheeler, 2009). Þreyta getur haft áhrif á lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand móðurinnar. Samkvæmt kenningu Bandura er hægt að skoða sjálfsöryggi út frá fjórum þáttum og er einn þessara þátta lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand móðurinnar sem mælt er út frá verkjum, þreytu og kvíða móðurinnar. Lítið sjálfsöryggi við brjóstgjöf tengt lífeðlisfræðilegu og tilfinningalegu ástandi móðurinnar hefur áhrif á brjóstgjöf og það hvernig móðirin annast fyrirburann (Bandura, 1977; Dennis og Faux, 1999). Mæðurnar kvíða foreldrahlutverkinu og þær eru undir miklu álagi og því hætta þær gjarnan brjóstgjöf. Auk þess getur þunglyndi og sektarkennd hvað varðar foreldrahlutverkið einnig verið ástæða þess að mæður hætta brjóstgjöf.

Allir þessir þættir; þreyta, kvíði, álag, þunglyndi og sektarkennd hafa áhrif á lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand móðurinnar. Þeir minnka brjóstamjólkurmagnið og minnka sjálfsöryggi móðurinnar við brjóstagjöf og umönnun barnsins (Bandura, 1977; Callen og Pinelli, Atkinson og Saigal, 2005; Dennis og Faux, 1999; Sweet, 2008 og Wheeler, 2009).

### *Brjóstagjafarferlið hjá fyrirburum*

Hægt er að skipta brjóstagjafarferlinu niður í fimm skref. Í fyrsta skrefinu er reynt að auka mjólkurmagn móðurinnar. Hér beitir móðirin kengúru meðferðinni og eykur þannig myndun og losun brjóstamjólkurinnar (Dougherty og Luther, 2008; Isaacson, 2006).

Við kengúru meðferðina leggur móðirin barnið húð við húð í uppréttri stöðu, þannig að brjóst barnsins er á milli brjósta móðurinnar (DiMenna, 2006). Skref tvö felst í því að þefa og sleikja, en þarna sleikir barnið dropa af brjóstamjólki af brjóstinu. Í þessu skrefi er samhæfing barnsins í að sjúga, kyngja og anda ekki orðin nógu þroskuð. Móðirin er því hvött til að mjólka sig við rúm barnsins áður en hún fær barnið í fangið, en það hvetur til mjólkurlosunar. Í þriðja skrefinu er barnið farið að vera vel vakandi (quite alert state) og er það vökustig hvað best fyrir barnið til að nærast og læra. Móðirin á að halda áfram að pumpa sig fyrir gjafir til að koma mjólkurlosuninni af stað, en með því fær barnið einnig meira af feitu mjólkinni í lok brjóstagjafarinnar. Þegar barnið fer að eyða lengri tíma á vökustiginu og sýna leitunarviðbragð sem merki um að það sé svangt, getur móðirin farið að leggja barnið beint á brjóst án þess að mjólka sig fyrir gjöf. Á þessu stigi lærir barnið að samhæfa það að sjúga, kyngja og anda. Fjórða skrefið hefst þegar barnið lærir betur að flytja mjólkina aftar í munninn og ofaní maga en þá

hefur barnið, þrátt fyrir óþroskað sog, lært að sjúga með smá pásam inn á milli áður en það þreytist. Þegar barnið þroskast eykst smám saman mjólkurmagnið sem barnið fær, og við 36-37 vikna leiðréttan aldur nær barnið nokkrum árangursríkum brjóstagjöfum. Móðirin á þá að pumpa sig eftir brjóstagjöf. Í skrefi 5 hefur barnið náð nægjanlegu þreki og þeirri samhæfingu sem þarf til að nærast hvað mest á brjóstinu (Dougherty og Luther, 2008; Isaacson, 2006).

### *Þroski og næring fyrirbura*

Þroski fyrirbura hefur áhrif á ýmislegt er varðar næringu, en fyrirburar eru taldir vera lífeðlisfræðilega tilbúnir til að nærast um munn eftir 32-34 vikna meðgöngu. Taugakerfi fyrirbura er ekki eins þroskað og hjá fullburða bömum, en á síðustu 6-8 vikum meðgöngu eykst rúmmál heilans um 1/3. Heilinn hefur áhrif á árvekni, þrótt, sog og sjálfvirka taugakerfið sem stjórnar ósjálfráðum viðbrögðum. Heilastofninn hefur áhrif á loftskipti, rúmmál lungnanna, öndun og svefnmunstur. Þegar þessir mikilvægu hlutir sem heilinn og heilastofninn stjórna eru óþroskaðir hefur það áhrif á brjóstagjöfina en til að geta nærst um munn þurfa fyrirburar að geta samhæft það að sjúga, kyngja og anda. Auk þess verða þeir að hafa þroskað með sér ósjálfráð viðbrögð eins og leitunarviðbragð, kok- og hóst viðbragð og bylgjuhreyfingar í vélinda (Isaacsson, 2006; Walker, 2008). Þar til þessari samhæfingu er náð er nauðsynlegt að næra barnið með sondu. Ef þessari samhæfingu er ekki náð áður en byrjað er að næra barnið um munn getur barnið farið í öndunarpásu (apnea), fengið hægán hjartslátt, óeðlilega öndun, gubbað eða kafnað (Isaacsson, 2006; Walker, 2008).

Fyrirburar eiga erfðara með að halda á sér hita þar sem þeir hafa lítinn orkuforða en mikla orkuþörf. Til að halda á sér hita þurfa fyrirburar meira súrefni og því anda þeir örar sem getur leitt til öndunarerfiðleika. Lágur líkamshiti getur líka leitt til lágs blóðsykurs og er því afar mikilvægt að fylgjast með líkamshita fyrirbura. Mikill hluti orku fyrirburans fer í að halda hita á líkamanum og er því minni orka eftir til að nærast, auk þess sem þeir eru minna vakandi (awak and alert state) og eru því ekki jafn upplagðir til að drekka. Þegar fyrirburi sofnar við brjóst eftir gjöf er það af öllum líkindum ekki vegna þess að hann er saddur heldur er hann búinn með orkuna (Cleaveland, 2010, Lowdermilk og Perry, 2007).

Gula, eða hátt magn bilirubins, er algengt hjá fyrirburum en áhættuþættir fyrir gulu eru ofþomun og ófullnægjandi næringarinntaka. Auk þess eru efnaskipti fyrirbura hægari þannig að fyrirburar losa sig seinna við barnabikið en fullburða börn. Vegna þessa er mikilvægt að fylgjast með að fyrirburar séu að fá næga næringu og útskilja vel (Cleaveland, 2010; Walker, 2008).

### *Mat á árangri brjóstgjafar*

Ein af algengustu áhyggjum mæðra hvað varðar brjóstgjöfina er það hvort börnin séu að fá næga brjóstamjólk á brjóstinu einu, sem er ekki endilega það sama og áhyggjurnar af því að hafa ekki næga mjólk (Kavanaugh, Mead, Meier og Mangurten, 1995). Til að meta það hvort barn fær nægja brjóstamjólk á brjóstinu er hægt að nota tvær aðferðir. Önnur er að vigta barnið fyrir og eftir brjóstgjöf, en hin er að meta árangursríka brjóstgjöf út frá sogmynstri barnsins, það er hvort barnið kyngi og hvort brjóstið tæmist við gjöf. Það að vigta barnið fyrir og eftir gjöf hefur reynst mun áreiðanlegra en að meta sogmynstur barnsins. Auk þess eru börn sem vigtuð

eru fyrir og eftir gjöf fyrir eingöngu á brjósti og útskrifast fyrir af nýburagjörgæslu heldur en börn þar sem árangur brjóstagjafarinnar er metinn út frá sogmynstri barnsins (Funkquist, Tuvemo, Jonsson Serenius og Nyqvist, 2010). Því hefur verið haldið fram að rútínin í umönnun barnsins á nýburagjörgæslu geti valdið álagi á móðurina þannig að brjóstagjöfin verði kvöð í stað þess að veita móðurinni ánægju og geta mæðurnar fundið fyrir sektarkennd ef vigtunin kemur illa út (Flacking, Ewald, Nyqvist og Starrin, 2006). Aðrar rannsóknir sýna hins vegar ekki sömu niðurstöðu og í rannsókn sem gerð var í Bandaríkjunum kom enginn munur fram á sjálfsöryggi mæðranna við brjóstagjöfina hvort sem notast var við vigtun fyrir og eftir brjóstagjöf eða mat á sogmynstri barnsins það er hvort það kyngdi við brjóstagjöfina og tæmdi brjóstið (Hall, Shearer, Mogan og Berkowitz, 2002). Önnur rannsókn sem gerð var í Bandaríkjunum kannaði einnig upplifun mæðra af því að vigta fyrirburana sína fyrir og eftir brjóstagjöf eða meta árangursríka brjóstagjöf út frá sogmynstri, kyngingu og hvort barnið tæmdi brjóstið við gjöf. Rannsóknin sýndi að þær mæður sem vigtuðu börnin sín fyrir og eftir brjóstagjöf fannst það mjög gagnlegt, en 66% mæðranna fannst það alls ekki gera þær áhyggjufullar, á meðan sumar sem fundu fyrir smávægilegum áhyggjum við vigtuninina fannst aðferðin samt sem áður gagnleg. Af þeim mæðrum sem mátu árangur brjóstagjafarinnar út frá sogmynstri, kyngingu og hvort barnið tæmdi brjóstið eftir gjöf kom í ljós að 75% þeirra töldu að það hefði verið gagnlegt að vigta börnin fyrir og eftir brjóstagjöf (Hurst, Meier, Engstrom, Myatt, 2004).

### *Sjálfsöryggi mæðra við brjóstgjöf og umönnun fyrirbura*

Margir fræðimenn hafa notast við kenningu Alberts Bandura til að skoða sjálfsöryggi gagnvart hinum ýmsu verkefnum. Samkvæmt kenningu Bandura mun einstaklingur með mikið sjálfsöryggi gagnvart ákveðnu verkefni ekki efast um eigin getu heldur mun hann leggja sig allan fram við verkefnið og ekki gefast upp. Einstaklingur með lítið sjálfsöryggi gagnvart ákveðnu verkefni mun hins vegar forðast verkefnið eða gefast fljótt upp vegna lítillar trúar á eigin getu gagnvart ákveðnu verkefni (Bandura, 1977; Hildur Sigurðardóttir, 2009). Þannig hefur sjálfsöryggi móðurinnar gagnvart til dæmis brjóstgjöf áhrif á það hvort móðirin velji það að gefa barni sínu brjóst og hversu mikið hún muni leggja á sig til að ná því markmiði. Sjálfsöryggi hennar gagnvart tilteknu verkefni hefur einnig áhrif á það hvort hugarfar hennar gagnvart verkefninu sé jákvætt eða neikvætt auk þess sem sjálfsöryggi hennar hefur áhrif á það hvernig hún bregst við erfiðleikum (Blyth, Ceedy, Dennis, Moyle, Pratt, Vries; 2002; Dennis, 1999)

Út frá kenningu Bandura hafa verið þróuð mörg mælitæki sem mæla sjálfsöryggi gagnvart hinum ýmsum verkefnum. Eitt af þeim mælitækjum þróuðu Dennis og Faux (1999) til að meta sjálfsöryggi mæðra við brjóstgjöf (Brestfeeding Self-Efficacy Scale (BSES)). Mælitækið hefur reynst réttmætt og áreiðanlegt við mat á sjálfsöryggi mæðra við brjóstgjöf fullburða barna. Í rannsókn Dennis og Faux árið 1999 í Kanada voru þátttakendur 130 mæður og reyndist þá áreiðanleiki mælitækisins samkvæmt Cronbach's alpha vera 0,96 (Dennis og Fuax, 1999). Mælitækið hefur lítið verið notað til þess að meta sjálfsöryggi mæðra við brjóstgjöf fyrirbura, það er þó hægt að skoða sjálfsöryggi mæðra við brjóstgjöf (Breastfeeding Self-Efficacy)

fyrirbura með tilliti til kenningar Bandura og verður það gert hér á eftir (Bandura, 1977; Dennis og Faux, 1999).

Annað mælitæki sem þróað hefur verið út frá kenningu Bandura mælir sjálfsöryggi móður gagnvart foreldrahlutverkinu (Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E)).

Mælitækið mælir trú móðurinnar á sjálfa sig til að takast á við hin ýmsu verkefni sem felast í umönnun fyrirbura. Mælitækið hefur verið skoðað út frá mæðrum fyrirbura sem dvelja á nýburagjörgæslu og hefur mælitækið reynst réttmætt og áreiðanlegt. Innra samræmi sýndi fram á áreiðanleika  $P = 0,91$  og var fylgnin skoðuð með hliðsjón af Maternal Self-Report Inventory og reyndist réttmætið vera  $r = 0,4$ . Auk þess var fylgnin skoðuð með hliðsjón af Maternal Postnatal Attachment Scale og reyndist þá réttmætið vera  $r = 0,31$  (Barnes og Adamson-Macedo, 2007).

Fjórir undirflokkar eru í mælitækinu sem mæla sjálfsöryggi móðurinnar gagnvart umönnun fyrirburans. Þessir þættir eru:

- 1) *Umönnun sem tengist grunnþörfum barnsins og fæðugjöf.*
- 2) *Trú móðurinnar á eigin getu til að hafa áhrif á hegðun barnsins, eins og til dæmis að róa barnið.*
- 3) *Sjálfsöryggi móðurinnar gagnvart því að lesa í tákn barnsins, eins og til dæmis að vita hvenær barnið er svangt, þreytt, lasið o.fl.*
- 4) *Trú móðurinnar á því að hafa stjórn á aðstæðum sínum til dæmis að hafa stjórn og getu til að meta aðstæður og samskipti sín við barnið* (Barnes og Adamson-Macedo, 2004 og 2007).

Í breskri rannsókn var skoðað hvort brjóstagjöf hefði áhrif á sjálfsöryggi móðurinnar til að takast á við umönnun fyrirbura síns. Í rannsókninni tóku 50 mæður þátt, 25 þeirra höfðu barnið sitt á brjósti og 25 mæður höfðu það ekki á brjósti. Fyrirburarnir voru allir án anatómískra galla og fæddust undir 2,5 kg. og fyrir 37 vikna meðgöngu. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að mæður sem hafa fyrirbura sína á brjósti hafa minna sjálfsöryggi við umönnun barnsins en mæður sem hafa fyrirburana sína ekki á brjósti. Þær mæður sem höfðu barn sitt á brjósti höfðu lægra sjálfsöryggi við umönnun barnsins á öllum fjórum sviðum umönnunar þegar undirflokkar mælitækisins voru skoðaðir. Þær hafa því meiri þörf á stuðningi við alla umönnun barnsins (Barnes og Adamson-Macedo, 2004).

Samkvæmt kenningu Bandura (1977) er hægt að skoða sjálfsöryggi móðurinnar við brjóstagjöf (Breastfeeding Self-Efficacy) og umönnun (Maternal Parenting Self-Efficacy) barnsins út frá fjórum þáttum. (Barnes og Adamson-Macedo, 2004; Dennis og Faux, 1999). Þessir þættir eru: *Persónulegur árangur eða afrek sem höfða meðal annars til fyrri reynslu (Performance accomplishment)*. *Áhrif er koma frá reynslu annarra/áhrif fyrirmynda eða staðgengla (Vicarious experiences)*. *Sannfæringarkraftur annarra (Verbal persuasion)* og *að lokum lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand móðurinnar (Physiological and emotional responses)*. Þessir þættir verða nú skoðaðir með tilliti til brjóstagjafar og umönnunar fyrirbura og þeir tengdir við rannsóknir sem fjalla um reynslu og upplifun mæðra af brjóstagjöf og umönnunar fyrirbura.



*Persónulegur árangur eða afrek sem höfða meðal annars til fyrri reynslu (Performance accomplishment).*

Rannsóknir hafa sýnt að árangursrík og ánægjuleg reynsla af brjóstagjöf getur aukið sjálfsöryggi við brjóstagjöf. Ef reynslan er neikvæð getur það valdið því að móðirin hefur litla trú á eigin getu við brjóstagjöfina. Í rannsókn sem gerð var í Ástralíu þar sem 300 mæður fullburða barna tóku þátt höfðu fjölbyrjur sem höfðu jákvæða reynslu af brjóstagjöf meira sjálfsöryggi við brjóstagjöf en frumbyrjur (Bandura, 1977; Blyth, Creedy, Dennis, Moyle, Pratt og Vries; 2002).

Það hvort móðirin hafi fætt og alið barn eða tekið þátt í umönnun barns skiptir máli þegar sjálfsöryggi móðurinnar við umönnun fyrirburans er skoðað. Í breskri rannsókn þar sem 165 mæður fyrirbura tóku þátt var tilgangurinn að þróa og kanna réttmæti og áreiðanleika mælitækisins sem mælir sjálfsöryggi móður gagnvart foreldrahlutverkinu (Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E)). Fyrirburarnir sem tóku þátt í rannsókninni voru allir innan við 28 daga gamlir og var fæðingarþyngd þeirra allra undir 2,5 kg. og fæddust þeir fyrir 37 vikna meðgöngu. Fyrirburar sem voru með anatómíska- eða erfðafræðilega galla, eða galla í meltingar- eða taugakerfi voru útilokaðir frá rannsókninni. Auk þess voru fyrirburar sem voru óstöðugir í lífsmörkum, nærðust eingöngu gegnum sondu eða þurftu á súrefni að halda útilokaðir frá rannsókninni. Rannsóknin leiddi meðal annars í ljós að fjölbyrjur höfðu marktækt meira sjálfsöryggi gagnvart foreldrahlutverkinu en frumbyrjur. Þetta er í samræmi við kenningu Bandura að fyrri reynsla hefur áhrif á sjálföryggi (Bandura, 1982; Barnes og Adamson-Macedo, 2007). Enginn munur var hins vegar á sjálfsöryggi mæðra sem höfðu eignast fyrirbura áður og þeirra sem höfðu eignast fullburða barn (Barnes og Adamson-Macedo, 2007).

*Áhrif er koma frá reynslu annarra/áhrif fyrirmynda eða staðgengla (Vicarious experiences).*

Það að sjá aðrar mæður gefa fyrirburum sínum brjóst á árangursríkan og ánægjulegan hátt, auk þess að sjá myndir og fræðslumyndbönd af mæðrum fyrirbura gefa brjóst getur aukið trú móðurinnar á eigin getu og það að hún geti einnig tekist á við þetta verkefni á árangursríkan hátt (Dennis og Faux, 1999; Kingston, Dennis og Sword, 2007).

Margar rannsóknir hafa sýnt fram á það að stuðningur veittur af mæðrum sem hafa góða reynslu af brjóstagjöf og gerast stuðningsaðilar við aðrar mjólkandi mæður hefur reynst vel. Þessari niðurstöðu komst Dennis (2002) einnig að en í rannsókn sem hann gerði í Kanada voru fengnar 256 frumbyrja mæður sem eignast höfðu fullburða barn. Þeim var skipt í tvennt og fékk helmingur mæðranna hefðbundna þjónustu en hinn helmingurinn fékk hefðbundna þjónustu auk þess að fá stuðning frá sjálfboðaliða. Sjálfboðaliðarnir höfðu allar verið með barn á brjósti í allavega 6 mánuði og fengið tvo og hálfan klukkutíma í kennslu og þjálfun sem stuðningsaðilar við brjóstagjöf. Sjálfboðaliðarnir höfðu samband við mæðurnar í gegnum síma að minnsta kosti tveimur sólarhringum eftir útskrift og svo eins oft og þeim fannst nauðsynlegt. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna reynslu mæðranna og sjálfboðaliðanna af þessu stuðningskerfi. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að bæði mæðrunum og stuðningsaðilunum fannst reynslan af þessu góð og litu jákvæðum augum á stuðninginn. Mæðurnar lýstu ánægju sinni yfir þessum fánlega stuðningi sem þær gátu treyst á. Stuðningurinn jók sjálfsöryggi þeirra og minnkaði áhyggjur þeirra við brjóstagjöfina og hjálpaði þeim við að ná þeim markmiðum sem þær höfðu sett sér hvað varðar brjóstagjöfina. Sjálfboðaliðarnir höfðu þó viljað meiri kennslu og

þjálfun í því að styðja við mæðurnar auk þess sem þeir hefðu viljað vera í sambandi við aðra sjálfboðaliða (Dennis, 2002).

Í Glasgow á Skotlandi þar sem brjóstagjöf er ekki algeng hefur verið í gangi verkefni til að auka algengi brjóstagjafar. Verkefnið byggist á samskonar stuðningi frá mæðrum sem hafa verið með barn sitt á brjósti og er sá stuðningur oft eini stuðningurinn og leiðbeiningarnar sem er í boði fyrir mæður. Mæðurnar sem gerast sjálfboðaliðar fá fræðslu um mikilvægi brjóstagjafar auk þess sem þær fá fræðslu um brjóstagjafartækni og veita síðan mæðrum stuðning í sínu samfélagi. Verkefnið hefur reynst mjög vel og eru mæðurnar ánægðar með stuðninginn, auk þess sem mæður sem hefja brjóstagjöf hefur fjölgað frá árunum 1995 til 2000 úr 55% í 63%. Í rannsókninni, sem var eigindleg voru tekin viðtöl við 19 mæður sem höfðu flestar aldrei séð aðrar mæður gefa brjóst og fengu lítinn stuðning frá maka og fjölskyldu. Sá stuðningur sem mæðurnar fengu frá sjálfboðaliðunum var þeim afar mikilvægur og jók það sjálfsöryggi þeirra gagnvart þeirra eigin getu við brjóstagjöfina að sjá aðrar mæður gefa brjóst. Mæðurnar höfðu gjarnan óraunhæfar væntingar til brjóstagjafar og gerðu sér ekki grein fyrir þeim erfiðleikum sem komið gátu upp. Til að mæðurnar næðu stjórn á aðstæðum sínum hættu þær gjarnan brjóstagjöfinni í þeirri von um að upplifa meira öryggi í aðstæðum sínum (Scott, Diet og Mostyn, 2003).

Sá tími sem mæðurnar verja með barninu sínu á nýburagjörgæslunni skiptir miklu máli fyrir sjálfsöryggi þeirra við umönnun barnsins. Á nýburagjörgæslunni geta mæðurnar fylgst með og fengið að taka þátt í umönnun barnsins og þannig aukið sjálfsöryggi sitt (Barnes og Adamson – Macedo, 2004).

*Sannfæringarkraftur annarra (Verbal persuasion).*

Hvatning frá þeim sem eru móðurinni mikilvægir, eins og foreldrar eða maki, skiptir miklu máli til að auka sjálfsöryggi móðurinnar við brjóstgjöfina og við umönnun barnsins. Hvatning frá hjúkrunarfræðingi eða ljósmóður virðist hafa minni áhrif (Dennis og Faux, 1999; Kingston, Dennis og Sword, 2007; Barnes og Adamson-Macedo, 2004).

Í eigindlegri rannsókn sem gerð var í Englandi árið 1998 voru tekin viðtöl við 10 frumbyrjur á sjöttu, tólfu og átjándu viku eftir fæðingu fullburða barns. Í rannsókninni lýstu mæðurnar þörf sinni á þrenns konar stuðningi, verklegum stuðningi og stuðningi veittum með samúð og hvatningu. Samúð, hvatning og reynsla mæðra frumbyrjanna af brjóstgjöf hafði hvað mest áhrif á sjálfsöryggi þeirra til brjóstgjafar og jók það sjálfsöryggi frumbyrjanna ef mæður þeirra höfðu sjálfar upplifað árangursríka og ánægjulega brjóstgjöf. Mæðurnar í rannsókninni höfðu allar fengið símanúmer hjá brjóstgjafarráðgjafa sem þær gátu nýtt sér, en engin þeirra hafði nýtt sér þá þjónustu (Dykes og Williams, 1999).

*Lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand móðurinnar (Physiological and emotional responses)*

Lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand móðurinnar hefur mikil áhrif á sjálfsöryggi hennar við brjóstgjöf fyrirburans, auk þess að vera líklega hvað mikilvægast hvað varðar sjálfsöryggi móðurinnar við umönnun barnsins (Barnes og Adamson-Macedo, 2004; Dennis og Faux, 1999). Lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand móðurinnar er mælt út frá verkjum,

þreytu og kvíða en þessir þættir geta skipt sköpun fyrir árangursríka brjóstgjöf og umönnun ungbarns (Dennis og Faux, 1999).

Það að eignast fyrirbura getur sem sagt haft mikil áhrif á lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand móðurinnar, tengslamyndun, brjóstgjöf og aðlögun að móðurhlutverkinu (Barnes og Adamson-Macedo, 2004; Bandura, 1977; Dennis og Faux, 1999; Rowe-Murray og Fischer, 2001). Hér á eftir verður skoðuð sú reynsla sem mæður öðlast við það að eignast fyrirbura með tilliti til brjóstgjafar og umönnunar fyrirburans.

### *Reynsla mæðra af því að eignast fyrirbura*

Tengslamyndun móður og barns hefst löngu fyrir fæðingu barnsins. Þegar líður á meðgönguna finna foreldrar barnið vaxa og hreyfa sig, þeir heyra hjarta barnsins slá og tala við það. Þeir ímynda sér jafnvel útlit barnsins og kyn, auk persónuleikaeinkenna sem barnið kann að hafa. Á þriðja stigi meðgöngunnar fer móðirin að undirbúa fæðinguna og komu barnsins. En þegar móðir fæðir fyrirbura er hún ekki eins undirbúin fyrir komu barnsins. Móðirin hefur jafnvel ekki gert sér í hugarlund hvemig hún vilji að fæðingin gangi fyrir sig eða undirbúið komu barnsins með tilheyrandi hreiðurgerð. Móðirin er því andlega og tilfinningalega ekki tilbúin fyrir komu barnsins (Lowdermilk og Perry, 2007; Stern, 1998). Móðirin fær jafnvel ekki að halda á barninu sínu eftir fæðinguna en það getur haft áhrif á tengslamyndun ásamt því að auka líkurnar á þunglyndi eftir fæðingu barns (Rowe-Murray og Fischer, 2001). Eftir fæðinguna þarf móðirin jafnvel að jafna sig eftir áhættumeðgöngu og óvænta fæðingu, hún er þreytt og kvíðin og með áhyggjur af barninu og því sem framundan er. Þetta hefur allt áhrif á sjálfsöruggi móðurinnar til

að takast á við brjóstagjöf og umönnun barnsins síns (Bakewell-Sachs og Gennaro, 2004; Jackson, Ternestedt og Schollin, 2003).

Útlit barnsins stangast auk þess á við væntingar móðurinnar. Barnið er lítið og viðkvæmt auk þess sem móðurinni getur jafnvel fundist barnið líta út eins og það sé vanskapað, vannært og óaðlaðandi. Hún kann því að verða fyrir miklum vonbrigðum og getur upplifað sem svo að henni hafi mistekist. Þar að auki er móðirin aðskilin frá barninu og hefur jafnvel mikla vanmáttarkennd yfir því að geta lítið gert fyrir barnið sitt (Flacking, Ewald, Nyqvist og Starrin, 2006; Stern, 1998).

### *Bjóstagjöf og móðurhlutverkið*

Fæðing barns veldur alltaf álagi á fjölskylduna og aðlaga þarf umönnun barnsins að öðrum skyldum og fjölskyldumeðlimum. Það að eignast fyrirbura hefur langtímaáhrif á báða foreldra. Mæður upplifa þó meira álag og verri aðlögun en feður. Ýmislegt getur haft áhrif á það hvernig fjölskyldunni reiðir af eins og til að mynda aðstæður fjölskyldunnar og heilsufar barnsins (Jackson, Ternestedt og Schollin, 2003).

Í rannsókn sem gerð var í Svíþjóð voru tekin viðtöl við 25 mæður, 10 þeirra voru frumbyrjur og 15 fjölbyrjur. Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða þróun móðurhlutverksins og brjóstagjafar, við aðstæður á borð við nýburagjörgæslu. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að góð tengsl við barnið, föðurrinn, starfsfólkið og aðrar mæður á nýburagjörgæslunni voru mikilvæg til þess að mæðurnar upplifðu sig frekar sem mæður auk þess að þær skynjuðu brjóstagjöfina frekar sem ánægjulega reynslu. Ýmislegt hafði áhrif á tengslin eins og umhverfið á

nýburagjörgæslunni og rútinubundin umönnun barnsins eins og það að gefa barninu brjóst á þriggja tíma fresti og að vigta barnið fyrir og eftir brjóstagiöf. Brjóstagiöfin varð því að einhverskonar kvöð í stað þess að vera ánægjuleg. Í ljós komu þrjú þemu varðandi reynslu kvennanna af þeim tengslum og tilfinningum sem þær upplifðu (Flacking, Ewald, Nyqvist og Starrin, 2006).

Í fyrsta lagi upplifðu mæðurnar *missi og tilfinningalegt uppnám*. Þær upplifðu missi gagnvart því að fá ekki að upplifa síðasta hluta meðgöngunnar og því að eignast ekki heilbriggt barn. Þær söknuðu þess einnig að geta lagt barnið á brjóst strax eftir fæðinguna og fá þannig tækifæri til þess að tengjast barninu frekar. Þar sem konurnar óttuðust að barnið myndi deyja bjuggu þær sig undir að missa það. Þessi óvænta fæðing og óttinn við að missa barnið olli miklu tilfinningalegu uppnámi þar sem mæðurnar upplifðu sig hræddar, daprar, vonsviknar, gagnslausar og að hafa ekki staðið sig vel. Þó svo að þær hefðu lífeðlisfræðilega orðið að mæðrum upplifðu þær sig ekki sem slíkar tilfinningalega og félagslega. Þessi togstreita varð til þess að mæðurnar reyndu að bæla niður tilfinningar sínar og ræða ekki tilfinningar á borð við reiði, hræðslu, vonbrigði og sektarkennd heldur létu þær sem allt væri í lagi. Þær reyndu að sinna barninu eins og þær treystu sér til. Sumar mæðranna vildu ekki tengjast barninu of mikið, meðan aðrar sátu hjá því eins lengi og þær treystu sér til. Hugur mæðranna og athygli var samt hjá barninu (Flacking, Ewald, Nyqvist og Starrin, 2006). Þetta gerðu þær til að halda í ímynd sína sem góðar mæður og til að halda í þá tilfinningu að þær hefðu einhverja stjórn á tilfinningum sínum gagnvart þessari reynslu. Þessi bæling á tilfinningum leiddi hins vegar til tilfinningalegrar örmögnunar og varð til þess að mæðurnar skömmuðust sín fyrir það að vera ekki hamingjusamar og góðar mæður (Flacking, Ewald og Starrin, 2007).

*Aðskilnaður og að skynja sig vera lítt mikilvæga manneskju eða móðir* var annað þemað. Aðskilnaður móður og barns olli því að mæðrunum fannst barnið ekki þurfa á þeim að halda og upplifðu þær sig sem gesti á nýburagjörgæslunni. Þær urðu óöruggar gagnvart sjálfri sér og móðurhlutverkinu (Flacking, Ewald, Nyqvist og Starrin, 2006).

Þriðja og síðasta þemað var reynsla mæðranna af því að *upplifa sig ekki einungis lífeðlisfræðilega sem móður heldur einnig tilfinningalega og félagslega*. Hérna hafði kengúrameðferðin og brjóstagiöfin mikil áhrif. Að halda á barninu gaf móðurinni von um að allt færi vel. Mæðrunum fannst þær hafa tilgang og vera mikilvægar þegar þær fengu að halda á barninu sínu húð við húð og gefa því brjóst (Flacking, Ewald, Nyqvist og Starrin, 2006).

Í framhaldsrannsókn af sænsku rannsókninni voru tekin viðtöl við mæðurnar 3-12 mánuðum eftir útskrift af nýburagjörgæslu. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að mæðurnar gengu í gegnum miklar tilfinningasveiflur eftir heimkomuna. Líðan mæðranna sveiflaðist gjarnan frá því að upplifa sig úrvinda af þreytu og til þess að finna til léttis yfir því að vera komnar heim. Skynjuð tengslamyndun við börnin sveiflaðist einnig á milli þess að vera örugg eða óörugg. Tilfinningarnar gagnvart brjóstagiöfinni sveifluðust einnig frá því að finnast hún vera ánægjuleg bæði fyrir móður og barn í að vera ákveðin kvöð og miður ánægjuleg (Flacking, Ewald og Starrin, 2007).

Áströlsk rannsókn (Sweet, 2008) var gerð í þeim tilgangi að skoða reynslu foreldra af brjóstagiöf fyrirbura með mjög lága fæðingarþyngd. Rannsóknin var eigindleg og byggðist á viðtölum við 10 mæður og 7 feður. Viðtölin voru alls 45 og fóru þau fram 2-3 vikum, 8-10 vikum og 12 mánuðum eftir fæðingu barnanna. Eitt af þeim þemum sem komu fram í viðtölunum var mikilvægi þess að geta nært börnin með brjóstamjólki mæðranna sem hafði



hvetjandi áhrif á tengslamyndun við börnin. Með því að geta gefið barninu eigin mjólk fannst mæðrunum þær tengjast barninu betur og þeim fannst þetta jafnvel eina leiðin til þess að tengjast því og það eina sem þær gátu gert fyrir barnið sem skipti máli. Brjóstamjólkin var besta næringin fyrir barnið og brjóstgjöfin var hluti af því að vera góð móðir og því settu þær brjóstgjöfina í forgang fyrir barnið. Þrýstingurinn sem fólst í því að standa sig gagnvart brjóstgjöfinni olli mæðrunum miklu andlegu álagi og ef hún gekk ekki fundu þær til sektarkenndar, fannst þær hafa mistekist og að þær væru ekki nógu góðar mæður. Brjóstgjöfin hefur þannig áhrif á upplifun mæðra á móðurhlutverkinu og hefur því áhrif á sjálfsöryggi móðurinnar almennt og við umönnun barnsins (Sweet, 2008).

Fyrirburar eru gjarnan eftir á í þroska, þeir sýna foreldrum sínum gjarnan lítil viðbrögð og langur tími getur liðið frá fæðingu þeirra þar til þeir fara að brosa og hjala til foreldra sinna. Þetta hefur áhrif á tengslamyndun og aðlögun móðurinnar að móðurhlutverkinu. Móðirin hefur jafnvel áhyggjur af barninu sínu allt fyrsta árið í lífi þess og finnst barnið ekki vera heilbrigt, og finnst það orkuminna og viðkvæmara fyrir hinum ýmsu sjúkdómum og sýkingum en önnur fullburða börn. Hún á jafnvel erfitt með að fara frá barninu sínu og er hrædd um að það muni deyja. Í rannsókn sem gerð var í Bandaríkjunum á 97 mæðrum fyrirbura kom í ljós að ef móðirin hafði lítið sjálfsöryggi gagnvart því að gefa barninu sínu brjóst leiddi það til þess að móðirin hafði meiri áhyggjur af heilsu barnsins og leit á barnið sem viðkvæmara og ólíkara fullburða börnum (Teti, Hess og O'Connell, 2005).

Rannsóknir sýna að sjálfsöryggi foreldra í umönnun barnsins eykst og áhyggjur foreldra minnka með aldri barnsins ef heilsa þess er nokkuð góð. Í sænskri rannsókn þar sem tekin voru viðtöl við 7 foreldra fyrirbura sem fæddir voru fyrir 34 vikna meðgöngu kom í ljós að

foreldrarir fundu greinilega aðlögun að foreldrahlutverkinu við 6 mánaða aldur barnsins. Við þennan aldur fór barnið að þyngjast og líta út eins og önnur fullburða börn og upplifðu foreldrarir aukið sjálfsöryggi varðandi uppeldi og umönnun barnsins. Foreldrarir höfðu samt sem áður nokkrar áhyggjur af barninu og mæðrunum fannst þær ofvernda fyrirburana sína og höfðu áhyggjur af því. Þegar barnið var orðið 18 mánaða lýstu þau foreldrahlutverkinu sem hluta af fjölskyldulífinu og nánara samband hafði myndast við barnið. Mæðrunum fannst þær enn ofvernda fyrirburana sína en þær höfðu minni áhyggjur af því heldur fannst þeim það skiljanlegt eftir allt sem undan var á gengið. Þær höfðu auk þess áhyggjur af systkinum þar sem þau fengu minni athygli frá foreldrum sínum en áður (Jackson, Ternested and Schollin, 2003).

Áhyggjur foreldra af heilsu barnsins síns eru vel skiljanlegar sem og erfiðleikar tengdir aðlögun móður að umönnun barnsins og brjóstagjöf. Fyrirburar þurfa áframhaldandi sértæka umönnun eftir að heim er komið af Vökudeild. Þeir eru eftir á í þroska og eru í hættu á endurinnlögnum. Fyrirburar eiga á hættu að þróa með sér ýmiskonar vandamál, til að mynda vandamál tengd sýkingum vegna óþroskaðs ónæmiskerfis. Næringarvandamál eru algeng og tengjast þau ýmist ofeldi eða vannæringu. Bakflæði er einnig algengt vandamál hjá fyrirburum þar sem meltingarvegurinn er óþroskaður. Vegna bakflæðisins er bömunum gjarnan gefið bakflæðislyf, auk þess sem gott getur verið að láta þau sofa í smá halla og hafa þau í uppréttri stöðu. Einnig getur þurft að grípa til þess ráðs að þykkja fæðuna. Eftir 6 mánaða aldur hefur bakflæði í flestum tilfellum lagast mikið vegna aukins þroska og vaxtar, auk þess sem börnin eru þá farin að fá meiri fasta fæðu og vera í meira mæli í uppréttri stöðu. (McMurray og Jones, 2004; Scherf og Reid, 2006).

Börn sem fædd eru undir 1500 grömmum og þau börn sem þurfa á hefðbundinni öndunarmeðferð að halda eða hjarta og lungnavél (Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO)) eru í aukinni hættu á heyrnarskaða. Þar að auki eru börn sem fædd eru fyrir 32 vikna meðgöngu eða hafa verið meðhöndluð með súrefni í aukinni hættu á blindu vegna æða augnsjúkdóms (retinopathy of prematurity (ROP)) hjá fyrirburum (McMurray og Jones, 2004).

Fyrirburar eru oft blóðlitlir og þarf því að fylgjast með blóðrauðanum en þeim er gjarnan gefið járn fyrstu fjóra mánuðina. Börnin eru í aukinni hættu á að þróa með sér krónískan lungnasjúkdóm sem er algengasta ástæðan fyrir endurinnlögnum þessara barna á spítala. Einnig eru börnin í aukinni hættu á að fá astma. Fylgjast þarf vel með vexti og þroska fyrirbura, en ákveðin hætta er á því að þeir verði á eftir öðrum börnum í þroska. Mikilvægt er að grípa sem fyrst inn í hvað varðar þroska og veita þroskahvetjandi umönnun og kenna foreldrum að lesa í tákni barna sinna og bregðast rétt við þeim (McMurray og Jones, 2004, Sneath, 2009).

Taugakerfi fyrirbura er ekki fullþroskað og eru því tákni fyrirbura ekki eins fyrirsjáanleg og hjá fullburða börnum, auk þess sem erfiðara getur verið að lesa í þau. Rannsóknir hafa auk þess sýnt að fyrirburar sýna gjarnan erfiða hegðun fyrstu 6 mánuði lífs síns í leiðréttum aldri; þeir gráta mikið og það getur verið erfitt að hugga þá (Bakewell-Sachs og Gennaro, 2004; Gennaro, Medoff-Cooper og Lotas, 1992).

Fræðsla frá hjúkrunarfræðingum í ungbarnavernd varðandi þroska fyrirbura og hegðun þeirra hjálpar foreldrum að læra að lesa í tákni barnsins. Með því er hægt að greina fyrir vandamál tengd þroska og veita barni og foreldrum viðeigandi stuðning (McMurray og Jones, 2004; Scherf og Reid, 2006). Ef móðir þekkir vel tákni barnsins síns bætir það auk þess tengslamyndun og eykur þátttöku og sjálfsöryggi foreldranna í umönnun barnsins (Backwell-Sachs og Gennaro,

2004). Hjúkrunarfræðingar sem sinna fyrirburum eftir útskrift verða að þekkja sjúkdóma og vandamál sem komið geta upp hjá þeim, auk þess að þekkja inn á tæki sem grípa gæti þurft til og neyðarviðbragða svo sem endurlífgunar og fleira. Samband hjúkrunarfræðings við foreldra og barn þarf að byggjast á trausti, áreiðanleika og heiðarleika og síðast enn ekki síst áhuga og umhyggju fyrir velferð barnsins og fjölskyldunnar (Scherf og Reid, 2006).

### *Ráðleggingar við næringu og brjóstgjöf fyrirbura*

Kynna ætti kengúrameðferðina fyrir foreldrum fyrirbura við fyrsta tækifæri, en rannsóknir hafa sýnt að meðferðin getur haft jákvæð áhrif á lundarfar móður og eflt tengslamyndun móður og barns. Kengúrameðferðin hjálpar móðurinni að skilja tákni barnsins og stuðlar að auknum stöðugleika í líkamshita barnsins. Meðferðin hefur auk þess góð áhrif á brjóstgjöf, hvetur til brjóstamjólkurmyndunar og losunar brjóstamjólkur, en það hefur einnig sýnt sig að mæður sem nýta sér þessa meðferð hafa börnin sín lengur á brjósti (Backwell-Sachs og Genaro, 2004; DiMenna, 2006).

Þar til fyrirburar hafa lært þá samhæfingu að sjúga, kyngja og anda, auk þess að þroska með sér ýmis ósjálfráð viðbrögð, er nauðsynlegt að næra fyrirbura með sondu (Walker, 2008). Samkvæmt sænskri rannsókn ætti að hefja brjóstgjöf um leið og barnið er stöðugt í lífsmörkum, óháð leiðréttum aldri. Í rannsókninni hófst brjóstgjöfin um leið og barnið var hætt að þurfa öndunarvél (CIPAP) og sýndi leitunarviðbrögð við brjóstið. Í þeirri rannsókn voru yngstu börnin sem fóru á brjóst allt að 28 vikna í leiðréttum aldri. (Nyqvist, 2005; Nyqvist, Sjöbén og Ewald, 1999).

Fyrir brjóstagjöf er ráðlagt að taka lífsmörk hjá barninu; hita, öndunartíðni, hjartsláttartíðni, súrefnismettun og litarhátt. Athuga skal á hvaða vökustigi barnið er og hvort það sé svangt með því að athuga leitunarviðbrögð. Skipta skal á bleiu og barnið vakið og það örvað til dæmis með því að gefa því snuð (Thoyre, Shaker og Pridham, 2005).

Ef barnið heldur niðri í sér andanum, hóstar eða ælir við brjóstagjöf þarf að hægja á mjólkurflæðinu. Þá getur verið gott að notast við staup eða fingurgjöf (Walker, 2008). Ráðlagt er að gefa fremur staup en pela en samanburðarrannsóknir á notkun staupa og pela hjá fyrirburum hafa sýnt lægri hjartsláttartíðni og hærri súrefnismettun við gjöf með staupi. Notkun staupa er talin einföld en mikilvægt er að vigta það sem fer til spillis með því að vigta taubleiu fyrir og eftir gjöf. Einnig hafa rannsóknir sýnt að börn sem fá viðbótina í sondu í stað pela eru líklegri til að vera á brjósti við útskrift (Nyqvist, 2005).

Einnig hafa verið gerðar rannsóknir á brjóstagjöf og pelagjöf hjá fyrirburum og hefur það komið í ljós að pelagjöf veldur meira álagi hjá fyrirburum, og er súrefnismettun og líkamshiti hærri við brjóstagjöf en við pelagjöf (Chen, Wang, Chang og Chi, 2000).

Passa þarf upp á að beygja ekki háls og bók barnsins of mikið því þá getur loftvegurinn lokast. Þær brjóstagjafastellingar sem helst eru ráðlagðar til að koma í veg fyrir þetta eru fótboltastellingin og öflug kjöltustaða. Þegar fótboltastellingin er notuð þarf einnig að gæta þess að brjóstið hvíli ekki á bringu barnsins því það gæti enn frekar hindrað öndun þess. Einnig getur verið gott að styðja við kjálka barnsins meðan á brjóstagjöfinni stendur, en þannig gerir móðirin kjálkann stöðugan svo að barnið fari ekki eins af brjóstinu, auk þess sem meiri líkur eru á því að barnið taki brjóstið rétt (Walker, 2008).

Mjólkurpumpun er afar mikilvæg hjá mæðrum fyrirbura og hafa fyrstu tvær vikurnar eftir fæðingu barns mikið að segja um það hvernig gengur að ná upp því brjóstamjólkurmagni sem til þarf. Brjóstamjólkurpumpun er mjög tímafrek og krefst mikillar vinnu og því er stuðningur og fræðsla mikilvæg. Brjóstamjólkurmagn, á sólarhring og í hverri pumpun, getur verið breytilegt allt eftir álagi og andlegri líðan konunnar. Best er ef mjólkurpumpun hefst innan við 6-12 tíma frá fæðingu barns. Móðirin þarf að pumpa bæði brjóstin í einu átta sinnum á sólarhring í 10-15 mínútur í senn. Fyrirburar eru í hættu á að fá of litla mjólk á brjósti þar til þeir ná 40 vikum í leiðréttum aldri. Því þarf móðirin að halda áfram að mjólka sig til að halda í mjólkina (Dougherty og Luther, 2008; Isaacson, 2006).

Fyrirburar hafa veikt sog og lítinn vöðvastyrk sem veldur því að þeir eiga erfiðara með að draga geirvörtuna upp í munninn og ná nægum sogkrafti til að halda geirvörtunni á réttum stað. Hér getur verið gott að nota mexíkóhatt sem dregur geirvörtuna aftur í hattinn og tryggir að geirvartan sé á réttum stað í munni barnsins (Walker, 2008). Í rannsókn sem gerð var á notkun mexíkóhatta fyrir fyrirbura kom í ljós að með notkun þeirra jókst mjólkurflæðið, auk þess sem þær mæður sem notuðu mexíkóhatta höfðu börnin sín lengur á brjósti (Meier o.fl., 2000).

Fyrirburar verða fyrir mikilli neikvæðri örvun um munninn, til að mynda sogun og fleira. Þetta getur leitt til þess að fyrirburar fái neikvæða mynd af örvun sem tengist munninum og líta á hana sem sársaukavaldandi. Því er mikilvægt að barnið finni eitthvað jákvætt með örvun við munninn eins og að fá snuð um leið og barnið er orðið stábílt. Snúð eru einnig ráðlögð þar sem þau bæta öndunina og súrefnismettunina, minnka orkuna sem fer í óvæð og hefur góð áhrif á þyngdaraukningu og brjóstgjöf fyrirbura. (Lowdermilk og Perry, 2008; Isaacsson, 2006).

*Efling sjálfsöryggis mæðra við brjóstagjöf og umönnun fyrirbura*

Það skiptir miklu máli hvernig stuðningi, fræðslu og hvatningu til brjóstagjafar er háttáð, en sýna þarf mikla nærgætni. Í fyrsta lagi er mikilvægt að byggja upp gott meðferðarsamband við fjölskylduna, með því til dæmis að sýna umhyggju og virðingu fyrir barninu og foreldrunum. Veita þarf foreldrunum virka hlustun, skilning og samúð. En foreldrar upplifa oft mikið álag og sektarkennd vegna fjölskyldu, heimilis og vinnu og finnst mæðrum þær jafnvel ekki vera að sinna hlutverki sínu nægilega vel (Wheeler, 2009).

Hjúkrunarfræðingur sem veitir skilning og samúð getur frætt móðurina um kosti brjóstamjólkur fyrir barnið og hana sjálfa, auk þess sem hún getur kynnt fyrir móðurinni kengúrameðferðina (Wheeler, 2009).

Það er ákveðið ferli sem fyrirburar fara í gegnum þar til þeir ná að nærast á brjósti móðurinnar. Til að ná þessu markmiði þarf móðirin tíma og raunverulega aðstoð frá hjúkrunarfræðingi, ljósmóður eða brjóstagjafarráðgjafa. Það að segja móðurinni hvernig á að gera er ekki nóg, heldur þarf að sýna henni og veita henni jákvæðan stuðning í öllu ferlinu. Hvatning er mjög mikilvæg og getur verið hvatning í því að gefa móðurinni spegil þegar hún beitir kengúrameðferðinni (Discenza, 2009).

Mikilvægt er að vera rólegur og yfirvegaður og veita raunverulega aðstoð. Staða mæðranna og tilfinningalegt ástand er annað en mæðra fullburða barna. Mæðurnar þurfa sértæka aðstoð frá brjóstagjafarráðgjafa, sem þekkir inn á brjóstagjöf fyrirbura. Þær þurfa aðstoð við það hvernig, hversu oft og hve lengi í hvert skipti á að pumpa sig með brjóstapumpudælu, hvernig geyma á brjóstamjólkina, auk þess sem þær þurfa fræðslu um merki sýkinga, stíflur í mjólkurgöngum og hvað sé hægt að gera til að koma í veg fyrir sýkingar og stíflur. Fylgjast þarf með því

hvernig brjóstagjöfin gengur og hvernig móðurinni gengur að pumpa sig. Auk þess er mikilvægt að minna hana á það að hún sé góð móðir og sé að standa sig vel. Mæðurnar þurfa að gera sér grein fyrir því að það að koma fyrirbura á brjóst getur tekið töluvert á og krefst æfingar. Að lokum þarf hjúkrunarfræðingurinn að veita óskilyrðisbundinn stuðning, en í honum felst að ef móðirin ákveður að hætta brjóstagjöf og pumpun með brjóstamjólkurdælu þá er mikilvægt að dæma ekki og vekja upp sektarkennd hjá móðurinni. Gera þarf sér grein fyrir því að móðirin er að gera sitt besta í þeim aðstæðum sem hún er í. Það að veita þrýsting á móðurina hvað varðar brjóstagjöf getur skaðað tengslin milli móður og barns. Skipti móðirin um skoðun verður hún að gera það á sínum forsendum. Ef móðirin nýtur óskilyrðisbundins stuðnings getur það hvatt móðurina til að halda áfram brjóstagjöfnni (Discenza, 2009).

Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður sem sinna mæðrum í sængurlegu gætu metið sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöf og umönnun fyrirbura með mælitækjum sem meta sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöf (Breastfeeding Self-Efficacy) og sjálfsöryggi þeirra gagnvart foreldrahlutverkinu (Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E)). Samkvæmt kenningu Bandura (1977) stýrist sjálfsöryggi móðurinnar af fjórum þáttum sem hjúkrunarfræðingar og ljósmæður geta nýtt sér til að efla sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöf og umönnun fyrirbura. Með því að hafa áhrif á þessa fjóra þætti geta hjúkrunarfræðingar, ljósmæður og brjóstagjafarráðgjafar aukið sjálfsöryggi við brjóstagjöf og umönnun fyrirbura. Þetta geta þeir gert með því að meta fyrri reynslu mæðra af brjóstagjöf, kanna það hvort móðirin hafi upplifað einhver óþægindi við brjóstagjöfina, kvíða eða vonbrigði tengd henni. Einnig þarf að kanna núverandi reynslu við brjóstagjöfina og getur góð reynsla af brjóstagjöfnni strax í upphafi skipt sköpum fyrir sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöf og er hér þjónustan sem mæðurnar fá við



brjóstagjöfina í sængurlegunni afar mikilvæg. Leiðréttar þarf misskilning, neikvæðar hugsanir og tilfinningar gagnvart brjóstagjöfinni, eins og kvíða. Þannig geta hjúkrunarfræðingar, ljósmæður og brjóstagjafarráðgjafar aukið sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöf og gert hana árangursríkari og ánægjulegri (Blyth, Creedy, Dennis, Moyle, Pratt og Vries; 2002; Dennis, 1999).

Til að ná leikni við brjóstagjöfina og til að hún verði árangursrík og ánægjuleg þarf að ná stjórn á þessum neikvæðu hugsunum og tilfinningum. Mikilvægt er að leggja áherslu á það jákvæða og það sem vel gengur í brjóstagjöfinni og umönnun barnsins, því þetta eru styrkjandi þættir sem auka sjálfsöryggi móðurinnar gagnvart þessum tilteknu verkefnum (Dennis, 1999).

Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður sem sinna mæðrum í sængurlegu geta farið með konunum í huganum í gegnum árangursríka og ánægjulega brjóstagjöf þar sem hún er örugg með sjálfa sig við brjóstagjöfina og við umönnun barnsins. Þannig má hjálpa móðurinni að eyða neikvæðum hugsunum tengdum brjóstagjöfinni og umönnun barnsins með rökhugsun.

Fræðslumyndbönd um brjóstagjöf fyrirbura og góð tengsl við hjúkrunarfræðinga og ljósmæður sem sinna mæðrum í sængurlegu eru afar mikilvæg. Foreldrar ættu ávallt að vera velkomnir á nýburagjörgæsluna en þar geta mæður tekið þátt í umönnun barnsins síns og fengið stuðning frá öðrum mæðrum á nýburagjörgæslunni sem getur aukið sjálfsöryggi þeirra við umönnun og brjóstagjöf barnsins. Auk þess hafa rannsóknir sýnt að stuðningshópar við brjóstagjöf reynast vel til að auka sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöf. Þar geta mæður sem hafa reynslu af árangursríkri og ánægjulegri brjóstagjöf fyrirbura miðlað af reynslu sinni, með fræðslu og stuðningi sem jákvæðar fyrirmyndir (Dennis, 1999).

Að lokum er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður kanni það hvort mæðurnar eigi það til að upplifa kvíða, verki og þreytu en þessir lífeðlisfræðilegu og tilfinningalegu þættir geta

minnkað brjóstamjólkurmagnið og haft áhrif á brjóstagjöfina og umönnun barnsins. Hjúkrunarfræðingar, ljósmæður og brjóstagjafarráðgjafar geta kennt mæðrum og æft þær í að ná stjórn á hugsunum sínum og tilfinningum með því að hjálpa þeim að taka eftir þessum neikvæðu hugsunum og nota rökhugsun til að eyða þeim. Þannig má stuðla að auknu sjálfsöryggi mæðranna. Einnig má kenna mæðrunum og æfa þær í að hafa stjórn á verkjum og þreytu með því að gera þær meðvitaðari um ástandið, þannig þær hafi stjórn á þessum lífeðlisfræðilegu þáttum (Blyth, Creedy, Dennis, Moyle, Pratt og Vries; 2002; Dennis, 1999).

## Umræður

Fræðileg úttekt á greinum og rannsóknum um sjálfsöryggi mæðra og reynslu þeirra við brjóstagjöf og umönnun fyrirbura hefur verið gerð. Brjóstagjöf fyrirbura krefst mikillar vinnu og er hún ekki eins algeng og brjóstagjöf fullburða barna. Brjóstamjólkin er fyrirburum samt sem áður sérstaklega mikilvæg þar sem hún hefur góð áhrif á þroska, meltingarkerfis, sjónar og taugakerfis. Auk þess veitir hún ónæmisvörn sem ver fyrirbura fyrir sýkingum (Isaacson, 2006; Wheeler, 2009; Raket Björg Jónsdóttir og Arna Skúladóttir, 2010).

Margt hefur áhrif á brjóstagjöf fyrirbura og má þar nefna heilsufar, þroska; meðgöngulengd og fæðingarþyngd, menningu og þau gildi, viðmið og viðhorf sem ríkja í samfélaginu. Auk þess skiptir sjálfsöryggi og þeir þættir í kenningu Bandura um sjálfsöryggi miklu máli hvað varðar brjóstagjöf og umönnun fyrirbura. Tilgangur verkefnisins var að skoða þá þætti sem hafa áhrif á brjóstagjöf og þá sérstaklega þættina í kenningu Bandura og áhrif þeirra á sjálfsöryggi gagnvart brjóstagjöf og umönnun fyrirbura. Unnið var úr þeim heimildum sem hæfðu við úrvinnslu á verkefninu og voru fjórar spurningar settar fram í aðferðafræðikaflanum og var leitast við að finna svör við þeim.

Fyrsta spurningin sem sett var fram var: *Hvað er það sem hefur áhrif á sjálfsöryggi mæðra við umönnun og brjóstagjöf fyrirbura?* Hægt er að skoða sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöf og umönnun fyrirbura út frá kenningu Bandura um sjálfsöryggi. Samkvæmt kenningu Bandura um sjálfsöryggi eru fjórir þættir sem hafa áhrif á sjálfsöryggi móðurinnar gagnvart umönnun barnsins og brjóstagjöf. Í fyrsta lagi er það *persónulegur árangur eða afrek sem höfða meðal annars til fyrri reynslu (Performance accomplishment)*. Fyrri reynsla hefur áhrif á það hvernig móðirin telur að hún geti tekist á við brjóstagjöf og umönnun fyrirbura síns. Þannig

hefur það áhrif á sjálfsöryggi móðurinnar hvort móðirin sé frumbyrja eða fjölbyrja og hvort fyrri reynsla sé góð eða slæm. Þannig sýna fjölbyrjur meira sjálfsöryggi gagnvart foreldrahlutverkinu en frumbyrjur en það virðist ekki hafa áhrif hvort fyrra barn sé fyrirburi eða fullburða barn (Barnes og Adamson-Macedo, 2007). Einnig hefur góð reynsla af brjóstgjöf þau áhrif að móðirin hefur meira sjálfsöryggi og trú á því að hún geti einnig staðið sig vel í þessum aðstæðum eins og áður. Hins vegar ef reynslan af fyrri brjóstgjöf er neikvæð þá fer hún inni verkefnið með því hugarfari sem hefur þau áhrif að hún hefur litla trú á eigin getu við brjóstgjöfina (Blyth, Creedy, Dennis, Moyle, Patt og Vires; 2002).

*Áhrif er koma frá reynslu annarra/áhrif fyrirmynda eða staðgengla (Vicarious experiences).* Það að geta fylgst með umönnun fyrirburans og tekið þátt í henni getur aukið sjálfsöryggi móðurinnar gagnvart umönnuninni, auk þess sem það að sjá aðrar mæður gefa fyrirburum sínum brjóst á árangursríkan og ánægjulegan hátt getur aukið trú móðurinnar um að hún geti einnig tekist á við þessi verkefni á árangursríkan og ánægjulegan hátt (Barnes, og Adamson-Macedo, 2004; Dennis og Faux, 1999; Kingston, Dennis og Faux, 2007).

*Sannfæringarkraftur annarra (Verbal persuasion).* Nýbakaðar mæður virðast leita mikið í hvatningu og stuðning frá mæðrum sínum, auk þess sem reynsla mæðra þeirra af brjóstgjöf virðist hafa mikil áhrif hvað varðar sjálfsöryggi nýbakaðra mæðra til brjóstgjafarinnar. Þannig hefur góð reynsla mæðra þeirra af brjóstgjöf þau áhrif að trú þeirra á eigin getu eykst (Dykes og Williams, 1999). Einnig hefur maki þeirra áhrif á sjálfsöryggi þeirra við umönnun og brjóstgjöf fyrirburans. Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður virðast hafa minni áhrif en engu að síður er sá stuðningur, hvatning og fræðsla til brjóstgjafar og umönnunar fyrirbura sem hjúkrunarfræðingar

og ljósmæður veita afar mikilvægur, enda eru þær í góðri stöðu til að veita stuðning, fræðslu og hvatningu (Dennis og Faux, 1999; Barnes og Adamson-Macedo, 2004).

*Lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand móðurinnar (Physiological and emotional responses)* er síðasti þátturinn sem hefur áhrif á sjálfsöryggi mæðra við brjóstgjöf og umönnun fyrirbura. Lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand móðurinnar er mælt út frá verkjum, þreytu, og kvíða og hafa þessir þættir mikil áhrif á brjóstgjöf og umönnun fyrirburans (Barnes og Adamson-Macedo, 2004; Dennis og Faux, 1999).

Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður hafi alla þessa undirliggjandi þætti sjálfsöryggis í huga við umönnun móðurinnar í sængurlegunni því þá er hægt að nýta til að efla sjálfsöryggi móðurinnar við brjóstgjöf og umönnun barnsins.

Við fræðilega skoðun á sjálfsöryggi mæðra við brjóstgjöf kom í ljós að þónokkuð er til af rannsóknum er fjalla um brjóstgjöf fullburða barna en að mati höfundar var rannsóknum sem skoða sjálfsöryggi mæðra fyrirbura við brjóstgjöf ábótavant. Hins vegar fundust fleiri rannsóknir hvað varðar sjálfsöryggi mæðra við umönnun fyrirbura.

Rannsaka mætti réttmæti og áreiðanleika mælitækja Barnes og Adamson-Macedo (2004) og Dennis og Faux (1999) sem meta sjálfsöryggi mæðra við brjóstgjöf og umönnun fyrirbura, og nýta niðurstöður þeirra rannsókna í klíník og við frekari rannsóknir.

Höfundur fannst athyglisvert hve mikið mæður leituðu eftir stuðningi og ráðleggingum frá mæðrum sínum hvað varðar brjóstgjöfina, en mæður þeirra voru þeim sterk fyrirmynd. Áhugavert væri að rannsaka frekar hvert mæður fyrirbura leiti sér helst aðstoðar og stuðnings við brjóstgjöf og umönnun fyrirburans, hvort mæður þeirra eru almennt þeirra helstu stuðningsaðilar. Rannsaka mætti þá þjónustu sem er í boði fyrir mæður fyrirbura þegar

erfiðleikar koma upp í brjóstagjöfni eða umönnun barnsins og hvernig mæður fyrirbura nýti sér þá þjónustu. Auk þess væri áhugavert að kanna þekkingu heilbrigðisstarfsfólks svo sem brjóstagjafarráðgjafa á brjóstagjöf fyrirbura og einnig að kanna hvort stuðningshópar fyrir mæður fyrirbura myndu reynast vel hér á landi. Þar gætu mæður hist og deilt reynslu sinni og verið öðrum mæðrum stuðningur og jákvæðar fyrirmyndir.

Næsta spurning sem sett var fram tengist lífeðlisfræðilegu og tilfinningalegu ástandi móðurinnar, en hún er: *Hver er reynsla mæðra af því að eignast fyrirbura og hver er reynsla þeirra af brjóstagjöf og móðurhlutverkinu?* Ljóst er að mæður verða fyrir áfalli þegar barn fæðist fyrir áætlaðan fæðingardag. Þær eru óundirbúnar undir komu barnsins, sem hefur þannig áhrif á lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand móðurinnar. Mæðurnar verða fyrir ákveðnum missi gagnvart því að fá ekki að ljúka meðgöngunni og því að eignast ekki heilbriggt barn (Flacking, Eward, Nyqvist og Starrin, 2006). Eftir fæðinguna fá mæðurnar jafnvel ekki að halda á barninu sínu eða leggja það á brjóst, en það getur haft áhrif á tengslamyndun og aukið líkurnar á þunglyndi (Flacking, Ewald, Nyqvist og Starrin, 2006; Jackson, Ternestedt og Schollin, 2003; Rowe-Murray og Fisher, 2001). Útlit barnsins stangast auk þess á við væntingar móðurinnar og verður hún jafnvel fyrir vonbrigðum og getur hún upplifað sem svo að henni hafi mistekist (Flacking, Ewald, Nyqvist og Starrin, 2006; Stern, 1998). Móðirin er þreytt, kvíðin og með áhyggjur af barninu sínu og því sem framundan er en auk þess getur hún þurft að jafna sig eftir áhættumeðgöngu og óvænta fæðingu. Þetta hefur allt áhrif á sjálfsöryggi hennar varðandi umönnun og brjóstagjöf barnsins (Bandura, 1977; Bakewell-Sachs og Genno, 2004; Jackson, Ternestedt og Schollin, 2003; Rowe-Murray og Fisher, 2001).

Mæður geta orðið fyrir miklu tilfinningalegu uppnámi eftir óvænta fæðingu auk þess sem þær geta óttast það að barnið muni deyja og undirbúa sig jafnvel undir það að missa barnið. Sumar mæður vilja ekki tengjast barninu of mikið af ótta við að missa barnið. Mæður upplifa sig jafnvel hræddar, daprar, vonsviknar og gagnlausar og þeim finnst þær ekki hafa staðið sig vel. Flestar mæður reyna samt sem áður að halda í ímynd sína sem góðar mæður og láta sem þær hafi einhverja stjórn. Þetta gera þær til dæmis með því að bæla niður tilfinningar sínar og ræða ekki tilfinningar á borð við reiði, hræðslu, vonbrigði og sektarkennd. Þetta getur hins vegar leitt til tilfinningalegrar örmögnunar og mæður geta skammast sín fyrir það að vera ekki hamingjusamar í móðurhlutverkinu (Flacking, Ewald, Nyqvist og Starrin, 2006; Flacking, Ewald og Starrin, 2007).

Aðskilnaður móður og barns getur valdið því að mæðrunum finnst barnið ekki þurfa á þeim að halda og geta þær upplifað sig sem gesti á nýburagjörgæslunni (Barnes, og Adamson-Macedo, 2004; Flacking, Ewald, Nyqvist og Starrin, 2006).

Brjóstagjöfin getur valdið miklu álagi á mæður, en brjóstagjöf hefur verið tengd við það að vera góð móðir og getur það valdið sektarkennd ef hún gengur ekki, auk þess sem mæður geta fundið fyrir þeirri tilfinningu að þær séu ekki góðar mæður sem hefur áhrif á sjálfsöryggi þeirra gagnvart umönnun barnsins (Sweet, 2008).

Líðan mæðra við heimkomu af nýburagjörgæslu er gjarnan sveiflukennnd þar sem þær finna gjarnan til léttist yfir því að vera komnar heim en auk þess upplifa þær sig úrvinda. Tengslamyndun sveiflast milli þess að vera örugg eða óörugg og brjóstagjöfin sveiflast frá því að vera ánægjuleg í það að vera ákveðin kvöð og miður ánægjuleg (Flacking, Ewald og Starrin, 2007).

Fyrirburar eru eftir á í þroska og sýna þeir foreldrum sínum gjarnan lítil viðbrögð. Langur tími getur liðið frá fæðingu barns þar til barnið fer að brosa og hjala til foreldra sinna. Táknin sem börnin gefa frá sér eru ekki eins fyrirsjáanleg og hjá fullburða börnum og getur verið erfiðara að lesa í þau. Einnig sýna fyrirburar gjarnan erfiða hegðun fyrstu 6 mánuði lífs síns í leiðréttum aldri, það er gráta mikið og getur verið erfitt að hugga þá. Þetta hefur áhrif á tengslamyndun og aðlögun móðurinnar að foreldrahlutverkinu (Bakewell-Sachs og Gennaro, 2004; Gennaro, Medoff-Cooper og Lotas, 1999; Teti, Hess og O'Connell, 2005). Mæður hafa jafnvel áhyggjur af heilsu barnsins síns allt fyrsta árið. Þær líta jafnvel á barnið sem það sé ekki heilbrigt, það sé orkulítið og hafa áhyggjur af því að það veikist og ofvernda því gjarnan börnin sín. Aðlögun verður samt að foreldrahlutverkinu við 6 mánaða aldur þegar börnin fara að þyngjast og líta út eins og fullburða börn og upplifa foreldrar þá aukið sjálfsöryggi við uppeldi og umönnun barnsins. Við 18 mánaða aldur barnanna lýsa foreldrar foreldrahlutverkinu sem hluti af fjölskyldulífinu og hefur nánara samband myndast við barnið (Jackson, Ternsted og Schollin, 2003; Teti, Hess og O'Connell, 2005).

Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður byrji strax að vinna með móðurinni úr þessari erfiðu reynslu en þannig eflist sjálfsöryggi hennar við brjóstgjöfina og umönnun barnsins. Áhugavert væri að skoða nánar reynslu mæðra af fyrirburafæðingu, brjóstgjöf og umönnun fyrirbura með eigindlegri rannsóknaraðferð, þar sem tekin væru viðtöl við mæður fyrirbura. Hægt væri að kanna aðlögun mæðra að móðurhlutverkinu á nýburagjörgæslunni og við heimkomu.



Þriðja spurningin var *hvernig þroski fyrirburanna hefði áhrif á brjóstagjöfina?* Fyrirburar eru taldir lífeðlisfræðilega tilbúnir til að nærast um munn eftir 32-34 vikna meðgöngu, en þá hafa þeir lært að samhæfa það að sjúga, kyngja og anda. Nokkrir þættir skipta hvað mestu máli hvað varðar þroska fyrirbura og brjóstagjöf. Þetta eru þættir eins og óþroskað taugkerfi, en rúmmál heilans eykst um þriðjung á síðustu 6-8 vikum meðgöngu. Heilinn hefur áhrif á árvekni, þrótt, sog og sjálfvirka taugakerfið sem stjórnar ósjálfráðum viðbrögðum. Heilastofninn hefur áhrif á loftskipti, rúmmál lungnanna, öndun og svefnmynstur (Walker, 2008). Fyrirburar verða auk þess að þroska með sér ósjálfráð viðbrögð eins og leitunarviðbragð, kok- og hóst viðbragð og bylgjuhreyfingar í vélinda (Isaacsson, 2006). Fyrirburar hafa lítinn orkuforða en mikla orkuþörf og eiga því erfitt með að halda á sér hita. Fyrirburar nota orku til að halda á sér hita og hafa því minni orku til að nærast (Cleavland, 2010; Lowdermilk og Perry, 2007). Efnaskipti fyrirbura eru hægari og eiga þeir á hættu að fá gulu eða hækun á magni billirubins í blóði vegna ofþornunar og ófullnægjandi næringarinntektar (Cleavland, 2010; Walker, 2008). Allir þessir þættir er varða þroska fyrirburanna hafa áhrif á brjóstagjöfina.

Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar þekki þroska fyrirbura út frá meðgöngulengd með tilliti til brjóstagjafar, en hver vika í þroska getur skipt máli hvað varðar brjóstagjöfina og hvernig hún muni ganga.

Fjórða og síðasta spurningin var: *Hverjar eru ráðleggingar við brjóstagjöf fyrirbura og hvað geta hjúkrunarfræðingar gert til að auka sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöf og umönnun fyrirbura?*

Hefja ætti brjóstamjólkurpumpun sem fyrst og er ráðlagt að hún hefjist innan 6-12 tíma frá fæðingu barnsins. Móðirin á að pumpa bæði brjóstin í einu í 10-15 mínútur í senn, átta sinnum á sólarhring (Dougherty og Luther, 2008; Isaacsson, 2006). Mikilvægt er að móðirin fái góða reynslu og þjónustu strax í upphafi brjóstagjafarinnar og eru hér hjúkrunarfræðingar og ljósmæður sem sinna mæðrum í sængurlegu afar mikilvægar (Dennis, 2002). Kengúru-meðferðina ætti að hefja sem fyrst en hún hvetur til myndunar og losunar á mjólkinni, en auk þess hefur meðferðin jákvæð áhrif á lundarfar móður og eflir tengslamyndun móður og barns (DiMenna, 2006; Dougherty og Luther, 2008 og Isaacsson, 2006). Það að fá að halda á barninu sínu og gefa barninu brjóst getur auk þess gefið móðurinni von um að allt fari vel og gefur móðurinni tilgang og upplifir hún sig meira sem móður (Barnes, og Adamson-Macedo, 2004; Flacking, Ewald, Nyqvist og Starrin, 2006).

Móðirin ætti að mjólka sig við rúm barnsins áður en hún fær barnið í fangið, en það hvetur til mjólkurlosunar. Næst fær barnið að þefa og sleikja dropa af brjóstamjólki af brjóstinu. Þegar barnið er orðið stöðugt í lífsmörkum, farið úr öndunarvél (CIPAP) og farið að vera meira á vökustiginu og sýna leitunarviðbragð er hægt að leggja barnið beint á brjóstið án þess að mjólka sig fyrir gjöf. Barnið hefur þá lært að samhæfa það að sjúga, kyngja og anda (Dougherty og Luther, 2008; Isaacsson, 2006; Nyqvist, 2005; Nyqvist, Sjöbén og Ewald, 1999).

Þær brjóstagjafastellingar sem ráðlagðar eru við brjóstagjöf fyrirbura eru fótboltastellingin og öflug kjöltustaða auk þess sem gott getur verið að halda um kjálka barnsins til að halda barninu á brjóstinu og hjálpa því að taka brjóstið rétt (Walker, 2008).

Gjöf með staupum er fremur ráðlögð en pelagjöf, þar sem hjartsláttartíðni er lægri og súrefnismettun er hærri við gjöf með staupum og ætti að gefa viðbótina fremur í sondu en í pela þar sem þau börn eru lengur á brjósti heldur en börn sem fá viðbótina í pela (Nyqvist, 2005).

Mexíkóhattar eru ráðlagðir við brjóstagjöf fyrirbura þar sem þeir draga geirvörtuna aftar í munninn og tryggja þannig að geirvartan sé á réttum stað í munni barnsins (Walker, 2008).

Snuð eru auk þess ráðlögð fyrir fyrirbura þar sem þau veita jákvæða örvun um munninn, bæta öndunina, koma í veg fyrir að of mikil orka fari í óværd og hafa góð áhrif á brjóstagjöf og þyngdaraukningu fyrirbura (Lowdermilk og Perry, 2008; Isaacsson, 2006).

Miklu máli skiptir hvernig stuðningur, fræðsla og hvatning til brjóstagjafar er háttað, en sýna þarf mikla nærgætni. Veita þarf virka hlustun, skilning og samúð, og sýna umhyggju og virðingu fyrir barninu og fjölskyldunni. Vera skal rólegur og yfirvegaður og veita raunverulega aðstoð og óskilyrðisbundinn stuðning. Mæðurnar eru í annarri stöðu en mæður fullburða barna og lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand þeirra er oft annað sem getur haft mikil áhrif á sjálfsöryggi mæðranna við brjóstagjöfina og umönnun barnsins (Bandura, 1977; Discenza, 2009).

Meta ætti fyrri reynslu mæðra af brjóstagjöf og kanna það hvort móðirin upplifði einhver óþægindi, kvíða eða vonbrigði tengd henni. Einnig þarf að kanna það hvort mæður eigi það til að upplifa kvíða, verki og þreytu en þessir þættir geta minnkað brjóstamjólkurmagnið og haft áhrif á sjálfsöryggi mæðra við brjóstagjöfina og umönnun barnsins. Til að ná leikni við brjóstagjöfina og til að hún verði árangursrík og ánægjuleg þarf að ná stjórn á þessum neikvæðum hugsunum og tilfinningum. Mikilvægt er að hrósa móðurinni og leggja áherslu á það jákvæða í brjóstagjöfinni og umönnun barnsins því það eru styrkjandi þættir (Blyth, Creedy, Dennis, Moyle, Pratt

og Vires, 2002; Dennis, 1999). Auk þess er mikilvægt að minna móðurina á það að hún sé góð móðir og sé að standa sig vel (Discenza, 2009). Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður geta sýnt móðurinni fræðslumyndband um brjóstgjöf fyrirbura og farið með konunum í huganum í gegnum árangursríka og ánægjulega brjóstgjöf þar sem móðirin er örugg með sjálfan sig við brjóstgjöfina og umönnun barnsins. Þannig má hjálpa móðurinni að eyða neikvæðum hugsunum tengdum brjóstgjöfni og umönnun barnsins með rökhusun. Einnig má kenna mæðrunum að vera meira meðvitaðar um lífeðlisfræðilegt ástand sitt þannig að þær hafi meiri stjórn á því (Blyth, Creedy, Dennis, Moyle, Pratt og Vires, 2002; Dennis, 1999).

Góð tengsl við hjúkrunarfræðinga og ljósmæður sem sinna mæðrum í sængurlegu eru afar mikilvæg. Foreldrar ættu að vera ávallt velkomnir á nýburagjörgæsluna og hafa möguleika á að fylgjast með og taka þátt í þeirri umönnun sem barnið þarf á að halda, en það gerir mæðurnar öruggari í umönnunni og eykur sjálfsöryggi þeirra (Flacking, Ewald, Nyqvist og Starrin, 2006; Flacking, Ewald og Starrin, 2007). Einnig hafa þær þá möguleika á að kynnast öðrum mæðrum í svipaðri stöðu sem geta miðlað af reynslu sinni með fræðslu og stuðningi og verið jákvæðar fyrirmyndir. Auk þess sjá mæðurnar þá aðrar mæður gefa börnunum sínum brjóst á árangursríkan og ánægjulegan hátt sem getur aukið sjálfsöryggi þeirra (Dennis og Faux, 1999; Kingston, Dennis og Faux, 2007; Flacking, Ewald, Nyqvist og Starrin, 2006).

Af ofangreindu má sjá hve mikilvæg sú þjóusta, stuðningur og umönnun er sem móðirin fær eftir fyrirburafæðingu. Rannsóknir hafa sýnt fram á að ef brjóstgjöfin er árangursrík og ánægjuleg hefur það góð áhrif á sjálfsöryggi móðurinnar við umönnun barnsins. Til að vel takist til er því hlutverk hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra afar mikilvægt, en erfitt getur reynst að koma

lífeðlisfræðilegum þáttum brjóstagjafar svo sem mjólkurmyndun í gang þegar tilfinningalegt og lífeðlisfræðilegt ástand móðurinnar er í ójafnvægi.

Hefja ætti brjóstamjólkurpumpun innan 6-12 tíma frá fæðingu barns því annars getur verið erfiðara að kalla fram mjólkurmyndunina. Slíkt getur reynst mæðrum erfitt þar sem þær hafa orðið fyrir áfalli; eru þreyttar, kvíðnar og með áhyggjur af barninu sínu. Þær geta upplifað mikla sorg og fá jafnvel á tilfinninguna að þeim hafi mistekist eða ekki staðið sig sem skyldi. Slíkar neikvæðar hugsanir eru ekki góðar við upphaf þess erfiða verkefnis sem framundan er í brjóstagjöf og umönnun fyrirburans og geta meðal annars haft áhrif á myndun og losun mjólkurinnar.

Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður sem sinna móðurinni í sængurlegunni veiti henni stuðning og skilning og sýni henni og fjölskyldu hennar umhyggju strax í upphafi auk þess að styðja við hana og aðstoða við örvun mjólkurmyndunar. Vinna þarf með foreldrunum úr reynslunni og er mikilvægt að veita virka hlustun og leggja áherslu á raunhæfa sýn reynslunnar og það jákvæða en það eru styrkjandi þættir, auk þess að leiðrétta misskilning til að byggja upp sjálfsöryggi við brjóstagjöf og umönnun fyrirburans.

Áhugavert væri að rannsaka sérstakleg þá þjónustu sem mæður fyrirbura fá eftir fyrirburafæðingu og skoða viðhorf mæðra og foreldra til hennar þannig að hægt væri að þróa þjónustuna sem best með tilliti til þarfa foreldranna.

## Lokaorð

Af ofangreindu má sjá hve ólík brjóstagjöf fyrirbura og fullburða barna er. Auk þess má sjá hve mikilvægt það er að stuðla að auknu sjálfsöryggi mæðra við umönnun og brjóstagjöf fyrirbura. Með auknu sjálfsöryggi verður markmiðasetning skýrari, hugsanir verða jákvæðari og trú móðurinnar á sjálfan sig eflist (Bandura, 1977, Barnes og Adamson-Mecedo, 2007; Dennis, 1999).

Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður þurfa að þekkja þá þætti sem hafa áhrif á brjóstagjöf fyrirbura. Þekkja þarf þroska fyrirbura út frá meðgöngulengd með tilliti til brjóstagjafar, auk ýmissa ráðlegginga sem eru frábrugðnar fullburða börnum, eins og brjóstamjólkurpumpun, mexíkóhattar, snuð og fleira (Isacsson, 2006; Lowdermilk og Perry, 2007; Walker, 2008).

Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður séu meðvitaðir um fyrri reynslu mæðra, áhrif er koma frá reynslu annarra, sannfæringarkraft annarra og lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand móðurinnar. Með því að skoða og hafa áhrif á þessa þætti má auka sjálfsöryggi móðurinnar við umönnun og brjóstagjöf barnsins (Bandura, 1977, Barnes og Adamson-Mecedo, 2007; Dennis, 1999). Þekkja þarf þau áhrif sem það getur haft á móðurina að eignast fyrirbura; óvænt fæðing, upplifun missis, aðskilnaður og tilfinningalegt uppnám. Þessir þættir geta haft áhrif á lífeðlisfræðilegt og tilfinningalegt ástand móðurinnar og þar með sjálfsöryggi hennar til að takast á við brjóstagjöf og umönnun barnsins. Einnig hafa þessir þættir áhrif á tengslamyndun móður og barns, auk þess sem líkur á þunglyndi aukast (Bandura, 1977; Barnes og Adamson-Mecedo, 2007; Flacking, Ewald, Nyqvist og Starring, 2006; Rowe-Murray og Fisher, 2001).

Sú þjónusta og umönnun sem móðirin fær eftir fyrirburafæðingu er afar mikilvæg. Byrja þarf strax að vinna í þessari erfiðu reynslu til að móðirin geti tekist á við þau verkefni sem bíða hennar við brjóstamjólkurpumpun, brjóstagjöf og umönnun barnsins. Brjóstamjólkurpumpunin þarf að hefjast innan 6-12 tíma frá fæðingu barns og getur brjóstagjöfin eflt sjálfsöryggi móðurinnar við umönnun barnsins ef vel gengur (Dougherty og Luther, 2008; Isaacson, 2006).

## Heimildir

Ársskýrsla Landspítala (2007). Sótt 20. nóvember. 2010, frá

<http://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=19778>

Bakewell-Sachs, S. og Gennaro, S. (2004). Parenting the post-NICU premature infant, *American Journal of Maternal Child Nursing* 29(6), 398-403.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review* 84(2), 191-215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy Mechanism in Human Agency, *American Psychologist*, 37(2), 122-147.

Bandura, A og Cervone, D. (1983). Self-evaluation and Self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems, *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(5), 1017-1028.

Barnes, C.R. og Adamson-Macedo, E.N. (2004) Perceived parenting self-efficacy (PMP S-E) of mothers who are breastfeeding hospitalised preterm neonates, *Expanding Frontiers of Neonatology* 25(1), 95-122.



- Barnes, C.R. og Adamson-Mecedo, E.N. (2007). Perceived maternal parenting self-efficacy (PMP S-E) tool: Development and validation with mothers of hospitalized preterm neonates, *Journal of Advanced Nursing* 60(5), 550-560.
- Blyth, R., Creedy, D.K., Dennis, C-L., Moyle, W., Pratt, J. og Vries, S.M.D. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory, *Birth* 29(4), 278-284.
- Callen, J., Pinelli, J., Atkinson, S og Saigal, S. (2005). Qualitative analysis of barriers to breastfeeding in very-low-birthweight infants in the hospital and postdischarge. *Advance in Neonatal Care*, 5(2), 93-103.
- Chen, C.H., Wang, T.M., Chang, H.M. og Chi, C.S. (2000). The effect of breast-and bottle-feeding on oxygen saturation and body temperature in preterm infants, *Journal of Human Lactation* 16(1), 21-27.
- Cleaveland, K. (2010). Feeding challenges in the late preterm infant, *Neonatal Network* 29(1), 37-41.
- Dennis, C-L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework, *Journal of Human Lactation* 15(3), 195-201.

- Dennis, C-L (2002). Breastfeeding peer support: Maternal and volunteer perception from a randomized controlled trial, *Birth*, 29(3), 169-176.
- Dennis, C-L og Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the breastfeeding Self efficacy scale, *Research in Nursing & Health* 22, 399-409.
- DiMenna, L. (2006). Considerations for implementation of a neonatal kangaroo care protocol, *Neonatal Network* 25(6), 405-412.
- Discenza, D. (2009). Gently encouraging of breastfeeding in NICU, *The Neonatal Network* 28(4), 269-270.
- Dougherty, D. og Luther, M. (2008). Birth to breast – A feeding care map for the NICU: Helping the extremely low birth weight infant navigate the course, *The Neonatal Network* 27(6), 371-377.
- Dykes, F. og Williams, F. (1999). Falling by the wayside: a phenomenological exploration of perceived breast-milk inadequacy in lactating women, *Midwifery* 15, 232-246.
- Edmond, K og Bahl, R. (2006). *Optimal feeding of low-birth-weight infants*,

*technical review*, World Health Organization. Sótt 1.des. 2010 á  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789241595094\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789241595094_eng.pdf)

Flacking, R., Nyqvist, K.H., Ewald, U. og Wallin, L. (2003). Long-term duration of breastfeeding in swedish low birth weight infants, *Journal of Human Lactation* 19(2), 157-165.

Flacking, R., Ewald, U., Nyqvist, K.H. og Starrin, B. (2006). Trustful bonds: A key to ‘becoming a mother ‘ and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infant at neonatal unit, *Social Science & Medicine* 62, 70-80.

Flacking, R., Ewald, U., og Starrin, B. (2007). ‘ I wanted to do a good job‘: Experiences of ‘becoming a mother‘ and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from neonatal unit, *Social Science & Medicine* 64, 2405-2416.

Funkquist, E-L, Tuvemo, T., Jonsson, B., Serenius, F. og Nyqvist, K.H. (2010). Influence of test weighing before/after nursing on breastfeeding in preterm infants, *Advances in Neonatal Care* 10(1), 33-39.

Gennaro, S., Medoff-Cooper, B. og Lotas, M. (1992). Perinatal factors and infant temperament: A collaborative approach, *Nursing Research* 41(6), 375-377.

Hall, W.A., Shearer, K., Mogan, J. og Berkowitz, J. (2002). Weighing preterm infants before & after breastfeeding: Does it increase maternal confidence and competence?, *American Journal of Maternal Child Nursing*, 27(6), 318-326.

Hildur Sigurðardóttir (2009). „JÁ, ÉG ÞORI, GET OG VIL“ Sjálfsöryggi mæðra og fæðingarreynslan. Helga Gottfreðsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir (ritstj.), *Lausnarsteinar ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist*, (bls. 320-337).

Hurst, N.M., Meier, P.P. Engstrom, J.L. og Myatt, A. (2004). Mothers performing in-home measurement of milk intake during breastfeeding of their preterm infants: Maternal reactions and feeding outcomes, *Journal of Human Lactation* 20(2), 178-187.

Inga Þórisdóttir, Hildur Atladóttir og Gestur Pálsson (2000). *Mataræði íslenskra ungbarna 1995-2000*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.

Isaacson, L.J. (2006). Steps to successfully breastfeed the premature infant, *Neonatal Network* 25(2), 77-85.

Jackson, K., Tenestedt, B-M. og Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infant, *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 120-129.

Kavanaugh, K., Mead, L., Meier, P. Og Mangurten, H.H. (1995). Getting enough: mothers' concerns about breastfeeding a preterm infant after discharge, *Journal of Obstet Gynecol Neonatal Nursing* 24(1), 23-32.

Kingston, D., Dennis, C-L og Sword, W. (2007). Exploring breast-feeding self-efficacy, *Journal of Perinatal Neonatal Nursing* 21(3), 207-215.

Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d). *Vökudeild 23D*. Sótt 2. Nóvember 2010 frá <http://lsh.is/pages/14498>

Lowdermilk, D.L. og Perry, S.E. (2007), *Maternity and women's health care* (9. útg. ed.). Missouri: Mosby.

McCarter-Spaulding, D.E. og Kearney, M.H. (2001). Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 30(5), 515-522.

McMurray, J.L. og Jones, M.W. (2004). The high-risk infant is going home: What now?, *Neonatala Network* 23(1), 43-47.

- Meier, P.P., Brown, L.P., Hurst, N.M., Spatz, D.L, Engstrom, J.L., Borucki, L.C. og Krouse A.M. (2000). Nipple shields for preterm infants: Effect on milk transfer and duration of breastfeeding, *Journal of Human Lactation* 16(2), 106-114.
- Meier, P.P., Furman, L.M. og Degenhardt (2007). Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: Evidence and management strategies to protect breastfeeding, *Journal of Midwifery & Women 's Health* 52(6), 579-587.
- Nyqvist, K.H. (2005). Breastfeeding support in neonatal care: An example of the integration of international evidence and experience, *Newborn and Infant Nursing Reviews* 5(1), 34-48.
- Nyqvist, K.H., Sjöden, P.O, og Ewald, U. (1999). The development of preterm infant's breastfeeding behavior, *Early Human Development* 55, 247-264.
- Rakel Björg Jónsdóttir og Arna Skúladóttir (2010). Brjóstagjöf fyrirbura og veikra nýbura, *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 4(86). 54-60.
- Rowe-Murray, H.J. og Fisher, J.R.W. (2001). Operative intervention in delivery is associate with compromised early mother-infant interaction, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 108, 1068-1075.

Scherf, R.F. og Reid, K.W., (2006). Going home: What NICU nurses need to know about home care, *Neonatal Network* 25(6), 421-425.

Schmied, V. og Bacley, L. (1999). Connection and pleasure, disruption and distress: Women's experience of breastfeeding, *Journal of Human Lactation* 15(4), 325-334.

Scott, J.A., Diet, G.D. og Mostyn, T. (2003). Women's experiences of breastfeeding in a bottle-feeding culture, *Journal of Human Lactation* 19(3), 270-277.

Skýrsla frá fæðingarskráningunni (2007). Sótt 20. nóvember 2010, frá <http://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=20076>

Sneath, N. (2009). Discharge teaching in the NICU: Are parents prepared? An integrative review of parents' perceptions, *Neonatal Network* 28(4), 237-244.

Starfsemissupplýsingar LSH (2009). Sótt 20. nóvember 2010, frá <http://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=25738>

Stern, N.B. (1998). Section 3. Early emotional care for mothers and infants, *Pediatrics* 102(5), 1278-1281.

Sweet, L. (2008). Expressed breast milk as 'connection' and its influence on the construction of 'motherhood' for mothers of preterm infants: a qualitative study, *International Breastfeeding Journal* 3(30), 1-12.

*Ung- og smábarnavernd, leiðbeiningar um heilsuvernd barna 0-5 ára*

*Landslæknisembættið* (2010). Sótt 16. desember 2010, frá

<http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=4138>

Tarkka, M-T., Paunonen, M. og Laippala, P. (1999). Factors related to successful breastfeeding by first-time mothers when child is 3 months old, *Journal of Advanced Nursing* 29(1), 113-118.

Teti, D.M., Hess, C.R. og O'Connell, M. (2005). Parents perception of infant vulnerability in a preterm sample: Prediction from maternal adaptation to parenthood during the neonatal period, *Developmental and Behavioral Pediatrics* 26(4), 283-292.

Thoyre, S. Shaker, C.S. og Pridham, K.F. (2005). The early feeding skills assessment for preterm infants, *Neonatal Nursing* 24(3), 7-16.

Walker (2008). Breastfeeding the late preterm infant, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 37(6), 692-701.



Wheeler, B.J. (2009). Human-milk feeding after NICU discharge, *Neonatal Network* 28(6), 381-389.