

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ



Tímarit Ljósmeðrafélags Íslands 2. tbl. - 88. árgangur - desember 2010
– Journal of the Icelandic Midwives Association –



Umfang heimaþjónustu ljósmeðra á Íslandi
Hin hljóðu fórnarlömb heimilisofbeldis
Keisaraskurður íslenskrar ljósmóður í Vesturheimi árið 1891
Dýrðlegt að þekkja ljósmóðurina

EINFALDLEGA FALLEG HÚÐ

NIVEA

BÆTT UVA-VÖRN
VINNUR GEGN
HRUKKUMYNDUN

SÉRÐU HVAÐ ÉG ER GÖMUL?
**ÉG HEF ENGAR HRUKKUR
TIL AÐ SANNA ÞAÐ**

**NIVEA Q10 PLUS DAGKREM MEÐ BÆTTRI UVA-VÖRN
SEM VINNUR GEGN HRUKKUMYNDUN.**

Notaðu best geymda leyndarmál húðarinnar
til að minnka hrukkur - þitt eigið Q10 kóensím.
Nú einnig með bættri UVA-vörn sem vinnur
gegn hrukkumyndun, sléttir og nærir húðina.
Q10. Skapað af húðinni. Bætt af **NIVEA**.

www.NIVEA.com





Ljósmaðrablaðið gefið út af
Ljósmaðrafélagi Íslands
Borgartúni 6, 105 Reykjavík
Sími: 564 6099 Fax: 588 9239
Netfang: lmfi@ljosmaedrafelag.is
Heimasíða: www.ljosmaedrafelag.is/felag

Ábyrgðarmaður
Guðlaug Einarsdóttir
formadur@ljosmaedrafelag.is
formaður LMFÍ

Ritnefnd
Hrafnhildur Ólafsdóttir,
S. 846 1576 hrafno@internet.is
Stefanía Guðmundsdóttir
stefania@thorlacius.com

Ritstjórn fræðilegs efnis
Ólöf Ásta Ólafsdóttir,
olofol@hi.is
Valgerður Lís Sigurðardóttir,
valgerds@landspitali.is
Sigfríður Inga Karlsdóttir,
inga@unak.is

Myndir
Sigfríður Sía Jónsdóttir,
Hildur Harðardóttir,
Sigfríður Inga Karlsdóttir
Shutterstock

Auglýsingar
Vokal ehf.
s. 866-3855

Umbrot og prentvinnsla
Stafræna prentsmiðjan, prentun.is

Ljósmaðrablaðið er opinbert tímarit Ljósmaðrafélags Íslands og er öllum ljósmaðrum heimilt að senda efni í blaðið. Greinar sem birtast í blaðinu eru alfarið á ábyrgð greinahöfunda og endurspeгла ekki endilega viðhorf ritstjóra, ritnefndar eða Ljósmaðrafélagsins. Það er stefna ritnefndar að a.m.k. ein ritrýnd grein sé í blaðinu hverju sinni og hún áskilur sér rétt til að hafna greinum sem eru málefnum ljósmaðra óviðkomandi. Gert er ráð fyrir að gefa út tvö tölublöð á ári. Skilafrestur er í samráði við ritnefnd og skal efni berast á tölvutæku formi.

Forsíða
Mynd: Shutterstock

ISSN nr. 1670-2670

Efnisyfirlit

- 4 Ritstjórapistill
- 5 Ávarp formanns LMFÍ
- 7 Umfang heimaþjónustu ljósmaðra á Íslandi
Könnun LMFÍ
Hildur Sigurðardóttir
- 14 Börnin: Hin hljóðu fórnarlömb heimilisofbeldis
Ástþóra Kristinsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir
- 20 Dýrðlegt að þekkja ljósmóðurina
Guðrún Ásta Gísladóttir
- 22 Keisaraskurður íslenskrar ljósmóður í Vesturheimi árið 1891
Jóhanna F. Jóhannesdóttir
- 24 Norðurlandaráðstefna ljósmaðra
Arney Þórarinsdóttir og Hrafnhildur Halldórsdóttir
- 26 Fjölskyldan og barnið
- 28 Barneignarþjónusta á Íslandi 2010
- 31 Fréttir frá Norðurlandsdeild LMFÍ
- 34 Barnið og baðvatnið
Berglind Hálfðánsdóttir



Ljósmaðrafélag Íslands óskar öllum ljósmaðrum og fjölskyldum þeirra, gleðilegra jóla og farsældar á nýju ári. Þökkum þeim fjölmörgu ljósmaðrum sem unnið hafa óeigingjarnt starf fyrir félagið.

Með kærri kveðju,
Stjórn Ljósmaðrafélags Íslands



Jólaþakveðja til ljósmaðra
og fjölskyldna þeirra

Lífland



Jólaþakveðja til ljósmaðra
og fjölskyldna þeirra

Háskóli Íslands

Ritstjórapistill

Á þessu ári hefur mikið verið talað um niðurskurð á öllum sviðum en því jafnframt haldið fram að hann eigi ekki að bitna á þjónustunni. Skýr krafa er frá stjórnvöldum um sparnað á öllum sviðum heilbrigðisgeirans. Fyrr á þessu ári stefndi í að loka ætti öllum fæðingastöðum úti á landi nema á Akureyri og að færa ætti heimaþjónustu ljósmæðra inn á heilsugæslustöðvarnar, allt í nafni sparnaðar. En er þetta sparnaður? Ljósmæðrafélagið hefur lagt fram útreikninga sem sýna klárlega að það að færa heimaþjónustu ljósmæðra inn á heilsugæslustöðvarnar verði dýrara en sú þjónusta sem er veitt í dag, sem er bæði sveigjanleg og ódýr þjónusta. Síðastliðið sumar gerði Ljósmæðrafélagið könnun á heimaþjónustu ljósmæðra og er niðurstaðan kynnt í blaðinu í ritrýndri grein sem Hildur Sigurðardóttir skrifar. Þar kemur meðal annars fram að 50-60% af þjónustunni er veitt utan hefðbundins dagvinnutíma, það er á kvöldin og um helgar. Þetta er umhugsunarvert, hvernig ætla heilsugæslan að koma til móts við þessar þarfir? Berglind Hálfðánsdóttir skrifar í blaðið hugleiðingar um sama efni.

Hve dýrlegt er að þekkja ljósmóðurina heitir grein sem Guðrún Ásta Gísladóttir fyrsta árs ljósmóðurnemi skrifar í blaðið. Þar segir hún frá tveimur fæðingasögum þar sem konurnar þekktu ljósmæðurnar sínar. Þar kemur fram að það séu mikil forréttindi að fæða börn sín í smærri byggðarlögum. Þau forréttindi felast í því að vera í nánari tengslum við sína ljósmóður og að geta jafnvel fengið sömu ljósmóður með sér í meðgöngu, í fæðingu og í sængurlegu. Fæðingadeildir úti á landi geta vegna smæðar sinnar og fjölda fæðinga veitt góða og persónulega þjónustu. Með því að loka fæðingastöðum á landsbyggðinni þurfa verðandi foreldrar að ferðast langa leið á fæðingastað og jafnvel að dveljast lengi frá heimili með tilheyrandi raski og útgjöldum. Það eiga ekki allir ættingja og vini í Reykjavík eða á Akureyri sem hægt er að dvelja hjá til lengri tíma.

Önnur ritrýnda greinin af þremur heimilisofbeldi birtist í blaðinu. Hún fjallar um áhrif ofbeldis á börnin. Niður-



Hrafnhildur Ólafsdóttir
ritstjóri Ljósmæðrablaðsins

stöður lýstu mikilli streitu hjá börnunum, þau voru sífellt hrædd, kvíðin og áhyggjufull. Mikilvægt er fyrir fagfólk að þekkja áhrif heimilisofbeldis á börn og hvaða leiðir eru bestar til að aðstoða konur sem búa við heimilisofbeldi og minnka hættu á langvarandi skaðlegum áhrifum á börn og mæður þeirra. Þar eru ljósmæður í lykilaðstöðu, sérstaklega í mæðravernd en einnig í heimaþjónustu í sængurlegu.

Í blaðinu er söguleg grein um ljósmóður, Guðrúnu Guðmundsdóttir, sem lærði ljósmóðurfræði á Íslandi en hélt síðan til Vesturheims árið 1886 og starfaði sem ljósmóðir í Kanada. Segir í greininni frá keisaraskurði sem hún gerði ein síns liðs, barnið lifði til fullorðinsára en konan dó. Þetta var annar keisara-

skurðurinn sem gerður var af Íslendingi en í þeim fyrri dóu bæði konan og barnið. Það er greinilegt að hún Guðrún hefur búið yfir meiri þekkingu en flestar ljósmæður þess tíma.

Það er umfjöllun um tvær ráðstefnur í blaðinu. Sú fyrri er Norðurlandaráðstefna ljósmæðra sem var haldin í Kaupmannahöfn síðastliðið sumar, þar voru íslenskar ljósmæður áberandi með mörg góð erindi. Í haust var síðan haldin ráðstefna Kvenna- og barnasviðs Landspítala sem hét „Fjölskyldan og barnið“. Þar voru flutt erindi frá mörgum fagstéttum og voru nokkrar ljósmæður þar á meðal.

Nú líður að lokum þessa árs sem hefur einkennst af baráttu ljósmæðra. Sú barátta hefur verið háð við stjórnvöld í þeim tilgangi að ekki verði skert þjónusta við fjölskyldur í barneignarferlinu. Við ljósmæður verðum að halda áfram baráttunni fyrir að halda fæðingastöðum opnum á landsbyggðinni og að heimaþjónusta í sængurlegu verði áfram í höndum ljósmæðra. Þessi faglega, ódýra og sveigjanlega þjónusta sem er veitt í dag á að halda áfram.

Framundan er hátíð ljóss og friðar. Ég óska ljósmæðrum og öðrum lesendum Ljósmæðrablaðsins gleðilegra jóla og farsældar á komandi ári.

Óskum ykkur öllum gleðilegra jóla
og velfarnaðar á komandi ári.
Þökkum samskiptin
á árinu sem er að líða.

GRÓÐRARSTÖÐIN
Mörk

Stjórnugróf 18 • Sími 581 4550 • Fax 581 2228

Ábyrgð hinna?

Hvar skal byrja?

Eru það launin, sem hafa rýrnað um ríflega 12% á tveimur árum?

Eru það fagmálin, á hvaða leið sem þau nú eru?

Það er auðvelt að missa móðinn núna - er til einhvers að berjast?

En hvað er í húfi?

Fólkið fyrir kerfið eða kerfið fyrir fólkið?

Frá stjórnvöldum hafa komið fram yfirlýsingar um samráð og gagnsæi við ákvarðanatöku í heilbrigðisþjónustu en sannarlega hefur ekki verið staðið við þær. Að minnsta kosti leggja flestir aðra merkingu í orðið samráð en að það sé einungis fólgið í tilkynningum á aðgerðum sem þegar hafa verið ákveðnar.

En hver tók þessar ákvarðanir og hvaða forsendur liggja þar að baki? Samkvæmt Páli Skúlasyni síðfræðingi (Návígi á RÚV þann 19. október) er vandi Íslendinga ekki efnahagslegur, heldur pólitískur, samskiptalegur og siðferðilegur og tek ég heilshugar undir það. Við vitum að það er enn hægt að hagræða í heilbrigðisþjónustunni - það er bara spurningin um hvernig þeir fjármunir eru nýttir. Eru þeir nýttir til að gagnast kerfinu eða til að gagnast skjólstæðingnum?

Raðráðuneyti

Við höfum mátt búa við ítrekuð ráðherra-skipti í heilbrigðismálum. Á síðustu 5 árum hafa 6 ráðherrar setið í heilbrigðisráðuneytinu og hver reynt að setja sitt mark á heilbrigðisstefnu þjóðarinnar, því það er í eðli hvorrar metnaðarfullrar manneskju að vilja láta að sér kveða. Það er líka í eðli íslenskrar pólitíkur að hampa kjördæmi sínu - gamaldags, traustvekjandi hreppapólitík og er það ekki sist skýringin bak við, í mörgum tilvikum, tilviljanakennda uppbyggingu íslensks heilbrigðiskerfis.

Baráttan fyrir skjólstæðingana

Síðasta ár hefur einkennst af baráttunni fyrir að halda uppi þjónustu við skjólstæðinga okkar. Baráttan fyrir heimaþjónustu ljósmæðra stendur enn yfir, þrátt fyrir að sýnt sé að breytt fyrirkomulag þjónustunnar muni hafa aukinn kostnað og minni samfellu í för með sér. Nú stöndum við frammi fyrir þeirri baráttu að halda faglegri barneignarþjónustu á landinu, bæði á höfuðborgarsvæðinu og á landsbyggðinni.



Guðlaug Einarsdóttir
formaður Ljósmæðrafélags Íslands

Eins og fram hefur komið, hefur heilbrigðisráðuneytið ekki skoðun á því hvort D-fæðingarstöðum verði lokað, en þeir eru í Keflavík, á Sauðárkróki, á Höfn og á Selfossi. Miðað við fæðingafjölda síðustu ára, munu á fjórða hundrað kvenna fæða á þessum stöðum árlega við það viðbúnaðarstig sem fæðingardeildirnar hafa. Auk fæðinga, sinna þessar fæðingardeildir allri göngudeildarþjónustu í barneignarferlinu sem viðbúnaður deildarinnar veldur, en visar öðru á víðeigandi þjónustustig. D-fæðingardeildirnar eru því ekki einungis grunnöryggisþjónusta fyrir nágreinni sitt, heldur einnig mikilvæg sía fyrir herra og dýrara þjónustustig.

Það er því augljóst að ef fer sem horfir, mun sá hópur fjölskyldna stækka mikið, sem sækja þarf fæðingarhjálp um langan veg. Í kjölfarið mun álag á nærliggjandi fæðingardeildir aukast til muna, ekki einungis vegna fæðinga, heldur einnig vegna annarrar barneignarþjónustu sem tæplega verður fyrir hendi utan dagvinnutíma á fyrrnefndum stofnunum, eftir að fæðingarhjálp hefur verið lögð af. Þá eru ótalin þau áhrif sem skjólstæðingarnir verða fyrir vegna þessa - ööryggi, kostnaður og aðskilnaður fjölskyldu.

Stefna heilbrigðisyrvalda varðandi heimaþjónustu í sængurlegu er sú að hana skuli færa úr núverandi samningi SÍ við ljósmæður, til Heilsugæslu höfuðborgarsvæðis. Hugmyndir þar miðast við að ráðinn sé hópur ljósmæðra til að sinna þjónustunni út frá miðlagri einingu innan HH. Enn er ekkert farið að ræða hvernig heimaþjónustu utan höfuðborgarsvæðisins verði hagað ef þessar breytingar ná fram að ganga.

Framtíð skrattans á veggnum

Við getum því mátað okkur við þá sviðsmynd sem við okkur gæti blasað von bráðar ef heilbrigðisyrföld fá ekki aðrar ráðleggingar:

- Heimaþjónusta verður veitt á svipaðan hátt og meðgönguvernd var veitt fyrir 20 árum – sú ljósmóðir sem er á vakt þá stundina mun veita þjónustuna, burt séð frá samfellu - en kvíðið engu, það er stofnana-samfella í þjónustunni.
- Heimaþjónusta mun renna saman við ungubarnavernd og vera veitt í fáein skipti frá útskrift af fæðingardeild fram að fyrstu heimsókn á heilsugæslustöð við 6 vikna aldur barns. Þ.e.a.s. ef ekki er of mikið álag á heilsugæslustöðinni vegna undirmönnunar, stórhátíða eða sumarleyfa - en kvíðið engu, það er stofnanaábyrgð á þjónustunni.
- Ekki verður hægt að útskrifa hóp kvenna og barna sem þarfnast nánara eftirlits og eftirfylgni, vegna þess að ekki er mönnun í heilsugæslunni til að taka við því. Þannig eykst kostnaður Landspítalansum aftur vegna lengri sængurlegu. Landspítalinn reiknar með að a.m.k. 500 konur verði í þessum hópi árlega sem hver lengi sængurlegu sína um einn sólarhring vegna þessa. Kostnaður við það myndi vera 27.5 milljónir króna.
- Á fjórða hundrað fæðinga bætist við á Landspítala árlega við lokun fæðingar-deilda á Selfossi og í Keflavík. Þar sem engin vill eiga það á hættu að fæða á langri leið sinni til fæðingardeilda, leggja þær tímanlega af stað og mun stór hluti þessara kvenna þurfa að mæla götur borgarinnar þar til fæðing er komin það vel á veg að hægt sé að leggja konuna inn á fæðingardeild, eða stuðla að auknum innlögnum á meðgöngu- og sængurkvennadeild.
- Hætta er á að engin ljósmóðir muni fást til að starfa á Höfn ef einungis verður um dagvinnulaun þar að ræða – þá væri ljósmóðurlaust frá Kirkjubæjarklaustri til Egilsstaða og sjúkraflug eini kosturinn þegar barnshafandi konur þurfa á heilbrigðisþjónustu að halda, því enginn heilbrigðisstarfsmaður á staðnum hefur sérþekkingu til að greina alvarleika blæðingar, verkja eða hvers þess sem upp á getur komið í barneignarferlinu.
- Hópur fjölskyldna þarf að flytja búferlum tímabundið til að sækja

fæðingarhjálp, með tilheyrandi kostnaði og raski á fjölskyldulífi.

- Um 700 konur af Suðurlandi og Suðurnesjum (miðað við fædda einstaklinga í þessum heilbrigðisumdæmum árið 2009) bætast við göngudeildar- og símaþjónustu á Landspítala, þar sem ólíklegt er að sólarhringsvöktum ljósmæðra verði viðhaldið eftir að fæðingarhjálp leggst af á Selfossi og í Keflavík.
- Fæðingum á þjóðvegum landsins fjölga vegna vegalengda milli fæðingardeilda.
- Fæðingum án aðstoðar sérhæfðs heilbrigðisstarfsfólks fjölga vegna aukinna vegalengda milli fæðingardeilda og atgervisflóttu þess af landsbyggðinni.
- Gangsetningum fæðinga fjölga vegna ósveigjanleika kafkeyrðrar þjónustu og óþolinmæði skjólstaðinga. Í kjölfarið fylgir aukin tíðni þekktra fylgifiska

gangsetninga.

- Óþarfa inngrípum í fæðingar fjölga vegna álags á fæðingardeildum og hætta á mistökum eykst.

Það væri hægt að halda áfram með þennan svartsýna lista sem mörgum blöskrar vonandi.

Samfélagsleg ábyrgð ljósmæðra

Stefnumótun barneignarþjónustu sem miðar að samvinnu fæðingardeilda með mismunandi viðbúnaðarstig eftir landfræðilegum aðstæðum, er knýjandi öryggismál sem heilbrigðisyfirvöld þurfa að taka afstöðu til.

Ljósmæðrafélagið hefur þegar lagt fram tillögur um úrbætur í nýrri skýrslu félagsins sem félagsmenn fengu senda á rafrænu formi í október. Þar eru tillögur sem nýtast beint til sparnaðar í heilbrigðiskerfinu. Þá skýrslu hafa allir þingmenn einnig fengið, heilbrigðisráðherra, landlæknir, heilbrigð-

isstofnanir og fjölmiðlar. Auk þess hefur félagið sent erindi til heilbrigðisnefndar Alþingis, landlæknis og heilbrigðisráðherra og biður eftir áheyrn, þegar þessi orð eru skrifuð.

Verði D-fæðingardeildir lagðar af hér á landi, er stigið skref í þróun barneignarþjónustu landsins sem óumflýjanlega mun hafa áhrif á hugmyndafræði, menntun og starfsvettvang ljósmæðra til framtíðar. Það er síður en svo einkavandamál ljósmæðra á D-fæðingardeildum. Það verður vafalaust hægt að bæta þessum skjólstaðingum einhvern veginn við á Landspítalanum og á Akureyri, en hverjar eru afleiðingar til lengri og skemmri tíma?

Nauðsynlegt er að ljósmæður, hvar sem þær starfa, standi vörð um hagsmuni skjólstaðinga stéttarinnar og ráði heilbrigðisyfirvöldum heilt, sjái þær stefna í óefni

† MINNING

Ljósmæður kvaddar

Ásta Sigríður Gísladóttir,

fædd í Skáleyjum á Breiðafirði 17. desember 1935.
Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1960. Lést 22. desember 2009.

Guðríður Oktavía Egilsdóttir,

fædd í Reykjavík, 10. janúar 1920.
Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1941. Lést 20. janúar 2010.

Sigurlaug Oddsdóttir,

fædd að Flatatungu í Akrahreppi í Skagafirði 27. september 1932.
Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1958. Lést 29. janúar 2010.

Marie Gunnhild Øen Magnússon,

fædd í Dale í Sunnfjord í Noregi, 11. mars 1929. Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1956. Lést 8. mars 2010.

Ásthildur Þorsteinsdóttir,

fædd á Kvíabryggju í Eyrarsveit 26. október 1918.
Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1944. Lést 27. maí 2010.

Guðfinna Aðalheiður Jónsdóttir,

fædd á Reykjanesi á Ströndum 2. apríl 1926.
Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1954. Lést 30. ágúst 2010.

Sigríður Jónsdóttir Claessen,

fædd að Læknisstöðum á Langanesi N. Þingeyjarsýrslu 21. apríl 1913.
Útskrifaðist frá LMFÍ 30. september 1942.
Lést 24. október 2010.

Blessuð sé minning þeirra.



Umfang heimaþjónustu ljósmæðra á Íslandi.

Könnun Ljósmæðrafélags Íslands

Útdráttur

Ljósmæðrafélag Íslands stóð fyrir könnun á tímabilinu júní – júlí 2010 þar sem markmiðið var að kanna umfang heimaþjónustu ljósmæðra. Könnunin byggðist á framvikri skráningu upplýsinga þar sem ljósmæður fylltu út sérhönnuð eyðublöð til gagn-öflunar. Þær breytur sem aflað var náðu til ýmissa þátta er varða skipulag og umfang þjónustunnar.

Alls náði könnunin til heimaþjónustu 343 kvenna (61% svörun) víðs vegar af landinu þó flestar vitjanir hafi átt sér stað á höfuðborgarsvæðinu (75%). Niðurstöður voru meðal annars eftirfarandi: Frágangur og umsvif vegna beiðna um heimaþjónustu fór helst fram á morgnanna (50%) og flestar beiðnir voru afgreiddar fyrir kl. 16 á daginn (70%). Ljósmæðurnar höfðu haft kynni af sængurkonunum í 60% tilfella áður en til heimaþjónustu kom. Fjöldi vitjana spannaði frá 1 – 11, meðalfjöldi vitjana var 6,71 og meðaltímalengd hvers vitjunar 54 mínútur. Frumbyrjur reyndust fá marktækt fleiri og lengri vitjanir en fjölbyrjur ($P < 0,001$, $P < 0,05$). Í ljós kom að þær konur sem fengu fleiri en 8 vitjanir voru flestar alvarlega veikar að undanskildum konum er fætt höfðu heima. Ef umfang heimaþjónustu ljósmæðra var skoðað út frá tíma kom í ljós að um 50-60 % af þjónustunni er veitt utan hefðbundins dagvinnutíma þar sem um 30% vitjana fara fram um helgar, 40% síðdegis eða á kvöldin; 31% símtala eiga sér stað um helgar og 36-42% síðdegis eða á kvöldin. Yfir 80% ljósmæðra gerðu grein fyrir því hvernig þær stóðu að útskrift og í öllum tilfellum utan einu voru veittar skriflegar og/eða munnlegar upplýsingar til ungbarnaverndar.

Niðurstöður könnunarinnar veita ýmsar upplýsingar sem gefa til kynna að umfang heimaþjónustu ljósmæðra einkennist af miklum sveigjanleika, ábyrgðarskyldu og faglegu mati ljósmæðra bæði hvað varðar tímaramma og faglegt mat á einstaklingsbundnum þörfum kvenna og fjölskylda fyrir þjónustuna.

Lykilorð: heimaþjónusta ljósmæðra, umfang þjónustu, samfelld þjónusta, sveigjanleiki og ábyrgðarskylda ljósmæðra í heimaþjónustu



Hildur Sigurðardóttir, lektor og ljósmóðir, forstöðumaður fræðasviðs um umönnun í sængurlegu, hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

Abstract

During the period of June-July 2010 The Icelandic Midwives' Association represented a study aiming to analyze the scope of home care midwifery, postpartum. The survey was based on home care midwives registration of data regarding various aspects of the organization and scope of the service.

In total the survey covered home care of 343 postpartum women (61% response rate) across the country although most visits took place in the capital area (75%). Results included the following: About 50% of the women were discharged from the hospital in the mornings and 70% before 4 pm. Midwives had acquaintance of puerperal women in 60% of cases before the home care started postpartum. Number of visits ranged from 1 to 11 with the average of 6.71 visits and the average duration of 54 minutes for each visit. Primiparae were getting significantly more and longer visits compared to multiparas ($P < 0.001$, $P < 0.05$). While excluding women who had homebirth the results showed that women who received more than 8 visits were likely to have serious health problems or complications postpartum. About 50-60% of the home midwifery care is provided outside the regular daytime hours, where about 30% of visits are carried out during the

weekends, 40% in the evenings or at night; 31% of telephone calls occur on weekends and 36-42% in late in afternoons or in the evenings. Over 80% of midwives explained how they discharged women and how they reported information to the public health care. In all cases except one, written and/or oral information was given.

The survey results provide some information indicating that the extent of home care midwifery postpartum is characterized by high flexibility, accountability and professional care of midwives.

Keywords: postpartum, home care midwifery, scope of care, continuity, flexibility and accountability of home care midwifery

Inngangur

Síðastliðinn áratug hafa sífellt fleiri konur og börn útskrifast fyrir af fæðingarstofnunum og eftirlit í sængurlegu í auknum mæli færst inn á heimili fjölskyldna. Bent hefur verið á ótvíræða kosti þess að konur og börn útskrifist snemma af fæðingarstofnunum svo sem að fjölskyldan fái tækifæri til þess að takast í sameiningu á við ný hlutverk og umönnun nýfædda barnsins. Tengslamyndun, brjóstagið, aðlögun fjölskyldunnar og samskipti innan hennar gangi betur fyrir sig og að konur finni síður fyrir fæðingarþunglyndi (Dennis, 2005; Britton, Britton og Gronwaldt, 1999; Winterburn og Fraser, 2000). Einnig hefur verið bent á ýmsa ókosti snemmútskrifta svo sem auknar líkur á þróun ýmissa frávika hjá móður og barni (Catz, Hanson, Simpson og Yaffe, 1995; Malkin, Garber, Broder og Keeler, 2000). Í ljós hefur komið að það sem skiptir í raun höfuðmáli varðandi árangur þjónustunnar í tengslum við snemmútskriftir er að veitt sé markviss heimaþjónusta og eftirlit í kjölfar útskrifta af fæðingastofnun (Winterburn og Fraser, 2000; Porteus, Kaufman og Rush, 2000; McKeever o.fl., 2002). Einnig skiptir máli að þjónustan sé samfelld þannig að hún sé heildræn og markviss og að gætt sé samræmis í stuðningi og fræðslu (Porteus o.fl., 2000; Valdés, Pugin, Schooley, Catalán og Aravena, 2000; Winterburn og Fraser, 2000).

Með samningi Ljósmaðrafélags Íslands og Tryggingastofnunar Ríkisins árið 1993 var byrjað að bjóða upp á heimaþjónustu ljósmaðra í kjölfar snemmútskrifta frá fæðingarstofnunum. Samningurinn hljóðaði upphaflega upp á hámark 11 vitjanir til sængurkvenna en við endurnýjun samningsins 2002 var þeim fækkað í 8 skipti að hámarki (Samningur Tryggingastofnunar Ríkisins og Ljósmaðrafélags Íslands, 2002). Ári eftir að heimaþjónusta ljósmaðra komst á laggirnar gerðu ljósmaðurnar Guðbjörg Davíðsdóttir og Hildur Nilsen úttekt á henni sem leiddi í ljós almenna ánægju kvenna með þjónustuna (Sóley Kristinsdóttir, 1996). Einungis 2,5% sængurkvenna á Landspítalanum nýttu sér heimaþjónustu ljósmaðra á þessum tíma en umfang heimaþjónustunnar hefur aukist stöðugt síðan. Árið 2004 var þetta hlutfall komið í 58% (Hildur Sigurðardóttir, 2004), 2007 í 72% (Rósa Bragadóttir, munnleg heimild, 2008) og í dag nær heimaþjónusta ljósmaðra til um 80% sængurkvenna.

Árið 2003-2004 var gerð úttekt á viðhorfum kvenna til heimaþjónustu ljósmaðra þar sem um var að ræða samannburðarrannsókn er náði til 400 kvenna er fæddu á Landspítala. Í endanlegu úrtaki voru annars vegar 124 konur (62% svörun) sem höfðu lengri sjúkrahúsvist að baki (> 36 klst) og 134 konur (67% svörun) er útskrifuðust snemma heim (<36 klst) og þáðu heimaþjónustu ljósmaðra. Þrír kvarðar voru notaðir til þess að mæla viðhorf kvennanna til þjónustunnar en þeir mældu viðhorf til veittrar fræðslu, innihalds þjónustunnar og ánægju með þjónustuna. Niðurstöður úr öllum kvörðunum þremur leiddu í ljós marktækan mun á viðhorfum kvenna til þjónustunnar þar sem konur er nutu heimaþjónustu ljósmaðra gáfu til kynna jákvæðari viðhorf til sængurleguþjónustunnar. Í opnum spurningum komu einnig fram mjög jákvæð viðbrögð kvennanna til heimaþjónustunnar sem studdu niðurstöður kvarðanna þriggja. Varðandi umfang þjónustunnar kom fram í þessari könnun að fjöldi vitjana í heimaþjónustu var að meðaltali 7,4 vitjanir fyrir hverja konu og spannaði allt frá 5 vitjunum upp í 14 vitjanir. Flestum konunum eða um 84% þeirra fannst fjöldi vitjana hæfilegur. Hvað varðaði meðaltímalengd vitjana kom í ljós að í 70% tilfella dvöldu ljósmaðurnar í 30-60 mínútur í hverri vitjun og fannst flestum konunum (96%) vitjanirnar hæfilega langar (Hildur Sigurðardóttir, 2004). Önnur rannsókn, þar sem áhrifaþættir á tímalengd brjóstgífa voru skoðaðir, leiddi einnig í ljós mjög jákvæð viðhorf kvenna til heimaþjónustu ljósmaðra. Þær konur sem glímdu við erfiðleika við brjóstagið sögðust oftast leita til heimaþjónustuljósmaðra vegna erfiðleikanna og nefndu hana einnig oftast sem hjálplegasta aðilann varðandi úrlausnir vandamála við

brjóstagið (Hildur Sigurðardóttir, 2006).

Varðandi þróun og gæðatryggingu heimaþjónustu ljósmaðra hafði Ljósmaðrafélag Íslands forgöngu að vinnslu faglegra leiðbeininga um heimaþjónustuna í samvinnu við Landlæknisembættið. Í leiðbeiningunum koma fram grunngildi umönnunar í sængurlegu, fagleg viðmið varðandi heilsufarsmat sem ákvörðun um heimaþjónustu grundvallast á og almenn viðmið um innihald þjónustunnar. Viðmiðin um heilsufarsmat kvenna og nýbura miðast við þjónustustig A, B og C er endurspegla heilsufarsmat og þörf á umönnun og eftirliti kvenna og nýbura. Þjónustustig A og B eru metin þess eðlis að snemmútskrift og heimaþjónusta geti talist raunhæf en ef um þjónustustig C er að ræða eru frávík yfirleitt það alvarleg að sólarhringseftirlit á sjúkrastofnun er æskilegt fyrstu vikuna eftir fæðingu (Hildur Sigurðardóttir, 2009).

Með því markmiði að kanna umfang heimaþjónustu ljósmaðra stóð Ljósmaðrafélag Íslands fyrir þeirri könnun sem hér verður greint frá. Gerð verður grein fyrir aðferð gagnasöfnunar og úrvinnslu, niðurstöðum könnunar og settar fram ályktanir og umræður um þær helstu.

Aðferð

Framkvæmd könnunar og úrvinnsla gagna

Aður en gagnasöfnun fór fram var könnunin kynnt á félagsfundi Ljósmaðrafélags Íslands. Farið var yfir framkvæmd gagnasöfnunar svo sem skráningu upplýsinga á sérstök gagnaeyðublöð. Félagsmenn er sátu fundinn fengu með sér útprentuð eyðublöð fyrir gagnasöfnun ásamt kynningarbréfi. Könnunin var einnig kynnt í gegnum tölvupóst og öllum þeim ljósmaðrum er sinnt höfðu heimaþjónustu, samkvæmt skráningu hjá Sjúkratryggingum Íslands, var sent kynningarbréf og eyðublað í pósti. Auk þessa voru eyðublöð og kynningarbréf send á allar fæðingarstofnanir og óskað eftir því að þeim yrði komið til ljósmaðra er sinntu heimaþjónustu. Í framhaldi af þessu var tvívegis sendur út tölvupóstur til þess að ítreka þátttökubeiðni og minna á könnunina. Gagnasöfnunin fór fram í júní – júlí 2010 þar sem ljósmaðurnar fylltu jafnóðum út eyðublöðin þannig að um framvirka könnun var að ræða. Fyrst og fremst var leitað eftir breytum er snéru að umfangi þjónustunnar. Engra persónugreinanlegra upplýsinga var aflað.

Við úrvinnslu gagna var SPSS tölfraðiforritið notað og einkum stuðst við lýsandi tölfraði auk marktækniþrófanna t-prófs og Anova.

Niðurstöður

Þátttakendur:

Alls náði könnunin til heimaþjónustu 343

kvenna sem eru 61% þeirra kvenna er fengu heimaþjónustu á rannsóknartímabilinu þ.e. júní- júlí 2010 (n=560) (Helga Garðarsdóttir, Sjúkratryggingum Íslands, munnleg heimild 31.09. 2010). Um var að ræða 148 frumbyrjur (43,2%) og 187 fjölbyrjur (54,5%). Í 8 (2,3%) tilfellum var ekki gefið upp hvort um frumbyrju eða fjölbyrju var að ræða. Heimaþjónustan var veitt í sveitarfélögum víðs vegar um landið þó að í 75% tilfella hafi konurnar verið búsettar á höfuðborgarsvæðinu. Hundrað fjörutíu og fjórar konur voru búsettar í Reykjavík (42%), 47 í Hafnafirði (13,7%), 41 í Kópavogi (13,7%), 12 í Mosfellsbæ (3,5%), og 8 í Garðabæ (2,3%). Nítján heimaþjónustur ljósmaðra fóru fram í Reykjanesbæ (5,5%), 9 á Selfossi (2,6%) og 8 á Akureyri (2,7%) svo dæmi séu nefnd.

Sú vegalengd sem ljósmaðurnar fóru til að sinna heimaþjónustu í sængurlegu spannaði allt frá engri vegalengd til 84 km. Hlutfallega flestar vitjanir fólu í sér vegalengdir sem voru innan við 5 km (32,4%) og á bilinu 5-10 km (25,9%). Í rúmlega 10% var vegalengdin lengri en 20 km.

Af þeim 279 tilfellum þar sem þjónustustig var gefið upp voru hlutfallslega flestar sængurkonurnar flokkaðar undir þjónustustig A eða 213 konur (76%). Sextíu og tvær konur voru í þjónustustigi B (22%) og 4 í þjónustustigi C (1,4%).

Frágangur beiðna um heimaþjónustu ljósmaðra

Hvenær var óskað eftir heimaþjónustu ljósmaðra og hvaðan barst beiðnin?

Af þeim 320 tilfellum þar sem gefið var upp klukkan hvað beiðni um heimaþjónustu fór fram kom í ljós að algengast var að óskað væri eftir heimaþjónustu á morgnana kl. 8-12 en þá fór rúmlega 50% beiðna fram. Í eftirmiðdaginn uppúr kl. 12 til kl. 16 fóru 21,6 % beiðna fram og síðdegis kl. 16 – 20 tæp 19%. Sjaldgæfast var að beiðni um heimaþjónustu bærst á kvöldin eftir kl. 20 (≈ 8%) eða að nóttu til (0,6%). Hvað vikudaga varðaði kom í ljós að 73,4 % (n=229) beiðna fór fram á virkum degi og 25,6% (n=80) um helgi og aðeins 1% (n=3) um stórhátíð.

Alls bárust 257 beiðnir um heimaþjónustu (74,9 %) frá fæðingarstofnun en í 29 tilfellum (8,5%) var annað nefnt svo sem að beiðnir hafi borist frá konunum sjálfum, heilsugæslu eða öðrum ljósmaðrum.

Hvenær útskrifast konur og börn í heimaþjónustu?

Konur og börn útskrifuðust oftast í heimaþjónustu á bilinu 6-36 klst. frá fæðingu (88%). Í 4,8% tilfella fór útskrift af fæðingarstofnun fram innan 6 klst. frá fæðingu barns og í 6,3% tilfella eftir 36 klst. (sjá mynd 1). Í ljós kom að 15 konur af 21 sem útskrifuðust meira en 36 klst.

eftir fæðingu tilheyrðu þjónustustigum B og C. Fjölbyrjur fóru hlutfallslega fyrir heim af fæðingarstofnun miðað við frumbyrjur en á mynd 2 má sjá að 46% fjölbyrja samanborið við 8% frumbyrja fóru heim fyrstu 12 tímana eftir fæðingu.

Þjónustuform heimaþjónustu ljósmæðra, umfang þjónustunnar Kynni sængurkvenna af ljósmóður áður en til heimaþjónustu kom.

Langflestar skýrslurnar (98,8%) gáfu upplýsingar um það hvort sængurkonurnar hefðu kynnst ljósmóðurinni áður en heimaþjónustan hófst og reyndist svo vera í 60% tilfella.

Í 207 skýrslum (60%) kom fram hvernig kynni sængurkonu af ljósmóður hefði átt sér stað. Flestar konurnar kynntust ljósmóðurinni á meðgöngu eingöngu eða um 58,5% þeirra og sumar höfðu auk þess kynnst þeim í fæðingu, fyrri fæðingu í sængurlegu eða persónulega, þannig að kynni á meðgöngu áttu sér stað í um 70% tilfella. Einnig var nokkuð algengt að konurnar kynntust ljósmæðrunum í sængurlegu (14,5-38,2%) eða þekktu þær persónulega (5-6,8%). Fæstar konur kynntust heimaþjónustuljósmóður í fæðingu (3,2-4,4%).

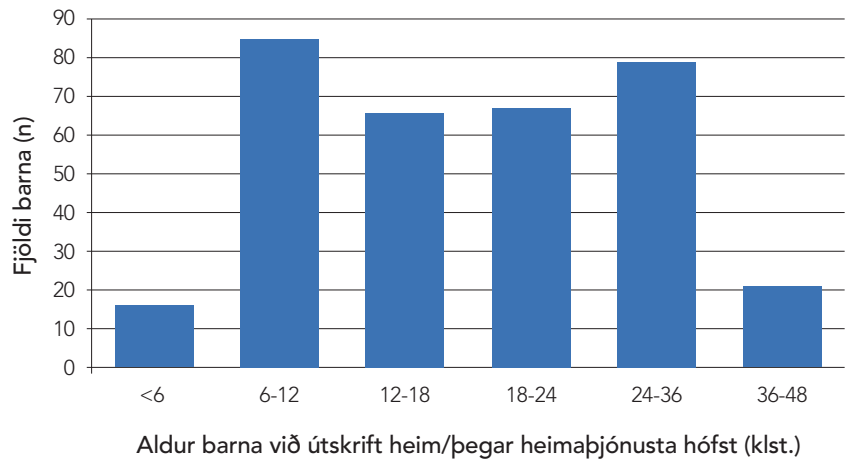
Heildarfjöldi, tímalengd og tímasetningar vitjana í heimaþjónustu

Heildarfjöldi vitjana í heimaþjónustu fyrir hverja konu spannaði frá 1 til 11 vitjana. Meðalfjöldi vitjana fyrir allar konurnar var 6,71 skipti. Flestar konurnar fengu 8 vitjanir frá heimaþjónustuljósmóður eða í 39,4% tilfella (n=135), 19,8% kvenna fengu 7 vitjanir, 17,2% 6 vitjanir, 9,9% 5 vitjanir og 6,4% 4 vitjanir. Fjórtán konur fengu færri vitjanir en 4 og 11 konur fengu fleiri en 8 vitjanir (sjá mynd 3).

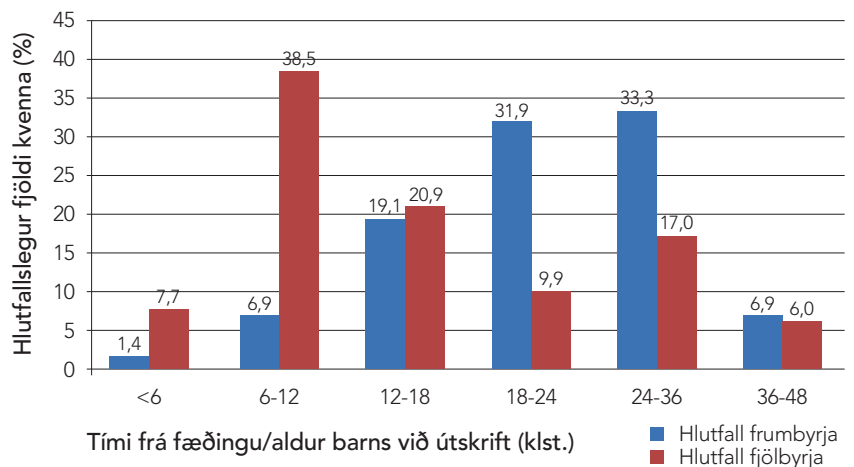
Þegar fæstar vitjanirnar voru var skýringin gjarnan sú að um afleysingu annarrar ljósmóður var að ræða eða skiptingu vitjana á milli mánaða þ.e. maí og júní en gagnasöfnunin náði einungis til vitjana í júní og júlí. Nokkrum sinnum var engin skýring gefin fyrir færri vitjunum en oftast en ekki var um fjölbyrjur að ræða.

Þær skýringar sem komu fram sem ástæður fleiri vitjana en 8 voru oftast margþættar en gildar ástæður komu fram í öllum tilfellum utan einnar skýrslu þar sem engin skýring var gefin. Þær ástæður sem helst skýrðu þörf fyrir fleiri vitjanir voru eftirfarandi: Um tvær heimaþæðingar var að ræða sem eðlilega fela í sér fleiri en 8 vitjanir; fimm konur áttu við brjóstgíjafarvanda að stríða þar sem mikil þörf var á stuðningi, fræðslu og eftirfylgni. Erfiðleikum við brjóstgíjaföfn fylgdu oftast fleiri vandamál s.s. óeðlileg gula barns, of lítil þyngdaraukning barns, blæðing hjá móður eða önnur heilsufarsvandamál hjá móður eða barni. Þrjár konur glímdu

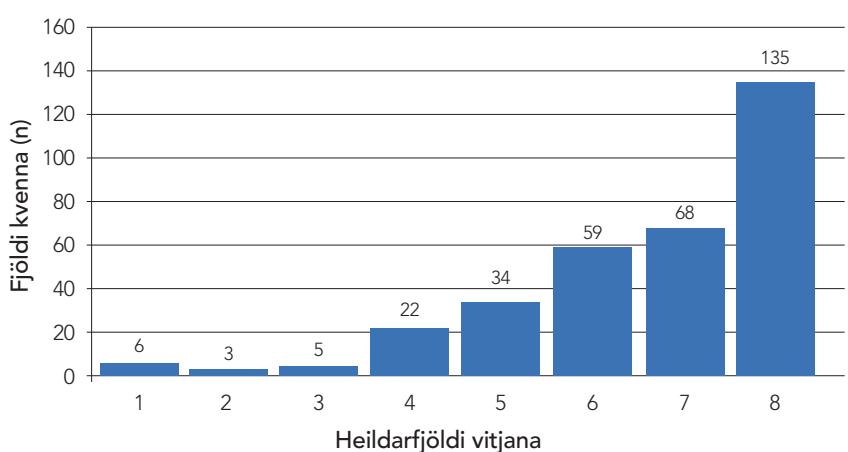
Mynd 1. Fjöldi barna eftir aldri við útskrift af fæðingarstofnun



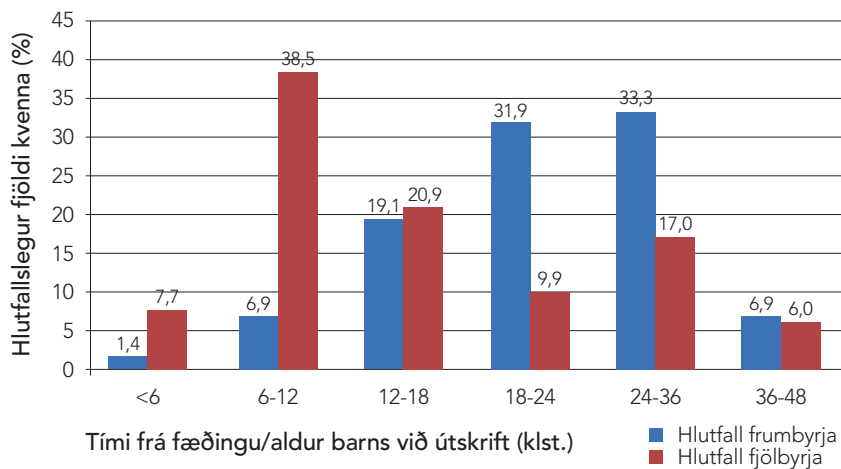
Mynd 2. Dreifing á hlutfallslegum fjölda kvenna við útskrift eftir tíma frá fæðingu og barneignareynslu (frumbyrja/fjölbyrja)



Mynd 3. Dreifing heildarfjölda vitjana í heimaþjónustu



Mynd 2. Dreifing á hlutfallslegum fjölda kvenna við útskrift eftir tíma frá fæðingu og barneignareynslu (frumbyrja/fjölbyrja)



við hækkun á blóðþrýstingi sem kallaði á nánara eftirliti og í tveimur tilfellum var þörf á bráðainnlögn og nánú eftirliti í kjölfarið. Aðrar ástæður sem skýrðu fleiri vitjanir voru óeðlileg blæðing móður sem leiddi til bráðainnlagnar og fíkniefnavandi á heimili sængurkonunnar sem kallaði á mikla þörf fyrir stuðning og eftirfylgni.

Athyglisvert er að skoða sérstaklega meðaltímalengd hverrar vitjunar hjá þeim ljósmæðrum sem önnuðust þann hóp kvenna sem þurftu fleiri vitjanir vegna heilsufarsvanda hjá móður eða barni (heimafæðingar ekki meðtaldar). Í ljós kemur að meðaltími hverrar vitjunar var yfir meðaltali (54 mín) eða um 73 mínútur. Fram kom í þremur af þessum skýrslum þar sem vitjanirnar töldu 9-11 í heildina að ekki var sérstaklega rukkað fyrir þessar aukavitjanir. Hér var um að ræða alvarleg veikindi móður og náði eftirliti þess vegna. Meðaltími vitjana hjá þessum konum var 81 og 98 mínútur.

Þegar heildarfjöldi vitjana var skoðaður með tilliti til fyrri reynslu kom í ljós að frumbyrjur fengu að meðaltali fleiri vitjanir (7,17) en fjölbyrjur (6,34) og var munurinn tölræðilega marktækur ($p < 0,001$). Eins og sést á mynd 4 var mesti munurinn á fjölda frumbyrja ($n=79$, 53,4%) og fjölbyrja ($n=55$, 29,4%) er fengu 8 vitjanir.

Tímalengd vitjana hjá öllu úrtakinu spannaði frá 10 mínútum til 180 mínútna. Meðaltímalengd vitjana hjá öllum hópnum voru 54 mínútur en í ljós kom marktækur munur eftir barneignareynslu kvennanna þar sem ljósmæðurnar eyddu að meðaltali lengri tíma í vitjanir ef um frumbyrjur var að ræða (60,3 mín) samanborið við fjölbyrjur (52,2 mín) ($p < 0,05$).

Varðandi tímasetningu vitjana kom í ljós að flestar vitjanir eða tæp 70% þeirra áttu sér stað á virkum degi, tæp 30 % um helgi og 1,6% um stórhátíð. Af 2067 vitjunum þar sem gert var grein fyrir því hvort um almennar eða bráðavitjanir var að ræða

kom í ljós að 30 vitjanir voru bráðavitjanir eða um 1,5% vitjana. Flestar vitjanir eða um 98,5 % voru því almennar vitjanir.

Þættir sem ekki sýndu fram á marktæk áhrif á meðalfjölda og meðaltímalengd vitjana í heimaþjónustu voru fyrri kynni sængurkvenna af ljósmæðrunum, sú vega-lengd sem ljósmæðurnar þurftu að fara í vitjun og flokkun kvenna í hin mismunandi þjónustustig ($p > 0,05$).

Skriflegar athugasemdir ljósmæðra er komu fram við skráningu upplýsinga um vitjanir

Athugasemdir sem settar voru fram varðandi vitjanirnar voru einkum skýrandi t.d. vegna innihalds vitjana, lengdar þeirra eða fjölda. Efnislega komu athugasemdirnar helst inn á eftirfarandi:

1. Fylgikvilla móður og skýringu á aukinni þörf á eftirliti s.s. vegna blæðingahættu, sýkingar, blóðþrýstingsvanda, fylgikvilla og eftirlits tengdu mænurótardeyfingu og keisaraskurði.
2. Fylgikvilla hjá barni og aukinni þörf á eftirliti s.s. vegna þróunar óeðlilegrar gulu, óvæðar barna, sýkinga, ónógrar þyngdaraukningar og viðbeinsbrots.
3. Erfiðleika við brjóstagið og þörf á auknu eftirliti þeim tengdum s.s. vegna sárra geirvarta, barn var latt að drekka eða tók ekki brjóst.
4. Erfið reynsla að baki, úrvinnsla og aukin þörf á eftirliti s.s. vegna fyrri sögu um áföll t.d. tengdum missi barns, erfiðri meðgöngu og /eða fæðingar-reynslu og sögu um vanlíðan, þunglyndi og kvíðaröskun.
5. Aukin þörf á umönnun vegna bakgrunns vegna tungumálaörðuleika erlendra foreldra og vegna ungs aldurs foreldra.

Tilvísanir heimaþjónustuljósmæðra til stofnanna og eða annarra fagaðila

Tilvísanir til stofnana og fagaðila voru tilgreindar í 61 skipti eða í 17,8% tilfella.

Sú stofnun sem oftast var haft samband við var Landspítalinn en þangað var leitað í 46 skipti eða um 78% tilvísana til stofnana. Í 11,9% tilvika ($n=7$) var leitað til heilsugæslunnar og í 10,2% tilvika ($n=6$) til annarra fæðingastofnana (HSU og HSS). Þeir fagaðilar sem oftast var vísað til voru læknar en tilvísanir til lækna voru samtals 31 eða um 50% tilvísana. Í 7 tilfellum var vísað til brjóstaráðgjafa (11,3%), 4 sinnum til hjúkrunarfræðings (6,5%) og tvisvar til sjúkrahjálfa (3,2%).

Þær ástæður sem nefndar voru fyrir tilvísunum voru m.a. eftirfarandi:

1. Vegna móður þar sem helstu vanda-málin tengdust erfiðleikum við brjóstagið, eftirfylgni og meðferð vegna hækkaðs blóðþrýstings, sýkinga, blæðinga og þvagfæravandamála, auk fíkniefnareynslu á heimili og stoðkerfavandamála móður.
2. Vegna barns s.s. tengt eftirliti og meðferð á gulu og sýkingu hjá barni.

Símtöl ljósmæðra á meðan heimaþjónustu stóð.

Fjöldi símtala sem tilgreind voru til ljósmæðra spannaði frá einu símtali til 12 á hverja sængurkonu. Algengast var að um eitt símtal væri að ræða ($n=121$, 34,5%) en ástæður sem oft voru nefndar hér fyrir símtölunum var símtal frá fæðingastofnun þar sem óskað var eftir heimaþjónustu og frá sængurkonu sem tilkynnti heimkomu sína.

Fjöldi símtala sem ljósmæður hringja spanna frá einu símtali til 10 fyrir hverja konu. Í 46,6 % tilfella voru engin símtöl skráð frá ljósmóður, í 28,6% tilfella hringdu ljósmæðurnar eitt símtal, í 11,7% tilfella tvö símtöl fyrir hverja konu.

Þegar skoðað var hvenær símtölin fóru fram með tilliti til vikudags kom í ljós að oftast var hringt í ljósmóður á virkum degi ($n=248$) eða í 67% tilfella, en 31% símtala fór fram um helgar ($n=115$) og 1,6% um stórhátíð ($n=6$). Hvað varðar tímasetningu símtala frá ljósmóður í heimaþjónustu kom í ljós að ljósmæður hringdu í 64% tilfella á virkum dögum ($n=174$), 33% ($n=91$) um helgar og 1,1% ($n=3$) um stórhátíð. Þrátt fyrir að flest símtölin færu fram að degi til, frá kl. 8 til 16, þá kom í ljós að um 36-42% þeirra áttu sér stað síðdegis eða að kvöldi (kl. 16:01-23:59). Mjög lítið var um símhringingar að nóttu til (0,9-2,9%). Þrátt fyrir að flest símtöl hafi verið metin almenns eðlis þá voru um 10-20% símtala flokkuð sem bráðasímtöl.

Helstu ástæður fyrir símtölum samkvæmt athugasemdum ljósmæðra.

Helstu ástæður símtala vegna heimaþjónustu voru eftirfarandi:

1. Skipulag þjónustunnar s.s. vegna utan umhalds og hagnýtra þátta sem teng-

ist skipulagi þjónustunnar (87 athugasemdir) t.d. vegna óska um heimaþjónustu, tilkynningu kvenna um heimkomu, vegna samráðs og ákvarðana um tíma-setningu vitjana og pappírsvinnu.

2. Áhyggjur og/eða eftirfylgni barns: Í 31 skipti voru nefnd atriði í sambandi við barnið s.s. þróun gulu, óvæð, erfiðleikar við næringu og áhyggjur af þyngdaraukningu barns, útbrot á húð, blæðing frá nafla, blóð í ælu, útferð frá auga, blæðing frá sýktu auga, vegna ógreinds viðbeinsbrots, slímkenndrar ælu, rauðblánandi barns og eftirfylgni tengdri þvaglátum.
3. Frávik hjá móður/áhyggjur og eftirfylgni: Í um 18 skipti var hringt vegna fráviks eða heilsufarsvanda hjá móður. Sem dæmi um vandamál voru: Fíkniefnaneysla á heimili, ólæsi móður og mikil þörf á stuðningi, hækkaður líkamshiti, hækkaður blóðþrýstingur, mikil vanlíðan, þvagfærasýking, verkir, blóðleysi og erfið líðan vegna stálma.
4. Eftirfylgni og erfiðleikar við brjóstagjöf: Að minnsta kosti 36 sinnum var ástæða samtala vegna brjóstagjafa, yfirleitt vegna erfiðleika við brjóstagjöf, ráðgjafar og eftirfylgni með vandamálum tengdum brjóstagjöf.
5. Samskipti við aðra fagaðila t.d. vegna tilvísana og almenn ráð til sængurkvenna.
6. Heimafæðingar en nánast virtist vera hringt daglega í konur til að fylgja eftir umönnun og eftirlit í kjölfar heima-fæðinga.

Útskrift og samskipti við ungbarnavernd heilsugæslustöðva

Í öllum þeim tilfellum sem þessari spurningu var svarað (81%) utan einu, kom fram að ljósmæðurnar gáfu skýrslu við útskrift sængurkvenna til ungbarnaverndar á einhvern hátt. Í nokkrum tilfellum kom reyndar fram að ljósmæðurnar sinntu einnig ungbarnaverndinni á viðkomandi heilsugæslustöð. Algengast var að ljósmæðurnar sendu inn á heilsugæslustöðina skriflega skýrslu (67%) eða gáfu auk þess munnlega skýrslu (23%). Aðeins um 6% gefa eingöngu munnlega skýrslu. Fáar ljósmæður skilja skriflegar skýrslur eftir hjá sængurkonunum (≈3,0%).

Umræður og samantekt

Könnun Ljósmæðrafélags Íslands á umfangi heimaþjónustu ljósmæðra náði til 61 % af þeirri heimaþjónustu sem veitt var á rannsóknartímabilinu og því óhætt að álykta að þátttaka ljósmæðra í könnuninni hafi verið mjög góð.

Ýmsar niðurstöður könnunarinnar gefa til kynna mikinn sveigjanleika og faglega ábyrgðarskyldu ljósmæðra er sinna heimaþjónustu. Í þessum niðurstöðum er meðal annars varpað ljósi á magn eftirlits sem



mælt er í fjölda og meðaltímalengd vitjana, sveigjaleika þjónustu miðað við tíma-setningar og eðli vitjana, símaþjónustu, einstaklingsbundið mat á þörf fyrir umönnun og eftirliti kvenna.

Þegar litið er til fjölda og tímalengda vitjana kemur í ljós að mjög einstaklingsbundið er hve margar og hve langar vitjanir konurnar fá í heildina en að meðaltali er um 6,71 vitjanir að ræða en tímalengd vitjana spannar frá 10 til 180 mínútna og er að meðaltali 54 mínútur. Ef þessar tölur eru bornar saman við þann meðalfjölda vitjana sem fram kom í rannsókn frá 2004 (Hildur Sigurðardóttir, 2004), kemur í ljós að þrátt fyrir að konur og börn fari nú fyrr heim af fæðingarstofnunum og að veikari konur og börn geti útskrifast heim og fengið heimaþjónustu þá hefur vitjunum fækkað að meðaltali frá 7,4 í 6,7 skipti. Sá rammur sem Sjúkratryggingar Íslands hafa sett fram miðast við hámark 8 vitjanir en þrátt fyrir það fengu 11 konur fleiri vitjanir eða allt að 11 vitjunum og einungis 39,4% kvenna fengu 8 vitjanir. Í ljósi þessa má ætla að ljósmæðurnar meti einstaklingsbundið hver þörf kvenna er á eftirliti. Þessu til stuðnings má þó sérstaklega benda á þá staðreynd að marktækur munur kom fram á fjölda og tímalengd vitjana til frumbyrja og fjölbyrja. Heimaþjónustan til kvenna og fjölskyldna með sitt fyrsta barn fól sem sagt í sér fleiri og lengri vitjanir að meðaltali en heimaþjónusta til kvenna og fjölskyldna sem höfðu fyrri reynsla að baki. Hlutfallslegur munur á fjölda fjölbyrja og frumbyrja er fengu 8 vitjanir var sérstaklega greinilegur en þar kom í ljós að rúm 53% frumbyrja á móti 29,4% fjölbyrja fengu 8 vitjanir. Einnig er mikilvægt að hafa í huga heildarmynd umönnunar í sængurlegu, þ.e. á fæðingarstofnun og í heimaþjónustu. Í ljósi þess að fleiri fjölbyrjur (46%) en frumbyrjur (8%) fóru heim innan 12 klst frá

fæðingum má álykta að mismunur á magni heildarumönnunar í sængurlegu með tilliti til barneignarreynslu sé jafnvel meiri en niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna.

Það kom nokkuð á óvart að ekki var marktækur munur á fjölda og tímalengd vitjana eftir þjónustustigum en almennt mætti ætla að konur sem flokkaðar eru í B og C þyrftu á meiri þjónustu að halda. Hér var reyndar mjög ójöfn dreifing í hópnum og er mögulegt að stærra úrtak þyrfti til að skoða marktækni á raunhæfan hátt. Einnig er mikilvægt að horfa á þörf kvennanna í heildrænni mynd en að meðaltali var sjúkrahúsdvöl þessara kvenna lengri, en 15 konur af 21 sem útskrifuðust eftir 36 klst. tilheyrðu þessum hópi. Af ofangreindu má álykta að ljósmæðurnar meti einstaklingsbundna þörf á umönnun og eftirliti. Að heima-fæðingum undanskildum kom í ljós að þær konur sem fengu fleiri en 8 vitjanir í heimaþjónustu glímdu við alvarleg veikindi sem kölluðu á náði eftirlit ljósmæðra og aukin samskipti við aðra fagaðila. Ljósmæðurnar sýna greinilega ábyrgðarskyldu gagnvart aukinni þörf kvennanna á umönnun og eftirliti enda kom í ljós að ekki var einungis um fleiri vitjanir að ræða heldur einnig lengri vitjanir að meðaltali eða um 73 mínútur fyrir allan hópinn og allt að 98 mínútur fyrir einstaka sængurkonu. Það vekur einnig óneitanlega upp spurningar um það hvaða ástæður liggi að baki því að ljósmæður rukki ekki sérstaklega fyrir aukavitjanir. Allavega er ljóst að ljósmæður sýna mikla ábyrgð gagnvart þeim konum og börnum sem þurfa á auknu eftirliti og umönnun að halda. Samkvæmt nýlegri úttekt rannsókna á árangri meðferða við sálfélagslegri vanlíðan í sængurlegu kom einmitt í ljós að markvisst og öflugt faglegt eftirlit og eftirfylgni sængurkvenna vegur þyngst þegar horft er til árangurs meðferða (Dennis og Creedy, 2010).

Ef umfang heimaþjónustunnar er skoðað út frá þeim tíma sem hún er veitt s.s. eftir tímasetningum vitjana og samtala er ljóst að um 50-60% prósent af þjónustunni er veitt utan hefðbundins dagvinnutíma þar sem t.d. 25% beiðna um heimaþjónustu fer fram um helgar, um 30% af vitjana eiga sér stað um helgar, um 40% síðdegis eða að kvöldi til, um 31% samtala eiga sér stað um helgar og 36-42% samtala fara fram síðdegis eða að kvöldi til. Um 1,5% vitjana í heimaþjónustu voru flokkaðar sem bráðavitjanir og 10% samtala frá ljósmóður og 20% til ljósmóður sem bráðasímtöl. Í athugasemdum var oft tilgreint að bráðasímtal til ljósmóður leiddi til þess að til vitjunar kom fyrr en áætlað var. Af ofangreindu má fullyrða að mikill sveigjanleiki er til staðar hvað varðar þann tíma sem heimaþjónustan er veitt og ljóst að aðgengi sængurkvenna að ljósmæðrum er gott samkvæmt þessu. Sú vegalengd sem ljósmæðurnar fóru í vitjanir hafði ekki marktæk áhrif á fjölda eða tímalengd vitjana sem konurnar fengu sem bendir til þess að lengri vegalengdir komi ekki í veg fyrir að þörfum kvenna fyrir þjónustuna sé mætt.

Þegar talað er um samfellda þjónustu eða heildrænt þjónustuform er misjafnt við hvað er miðað. Annars vegar er rætt um kerfisbundið utanhald þjónustunnar þar sem lögð er á það áhersla að heildræn þjónusta sé veitt frá einni og sömu stofnuninni. Hins vegar er horft á þjónustuna út frá þiggjanda þjónustunnar þannig að viðkomandi fái heildræna og samfellda þjónustu frá sem fæstum umönnunaraðilum sem tryggi frekar traust meðferðarsamband, markvisst eftirlit, stuðning og fræðslu þar sem einstaklingshæfð umönnun er höfð í fyrirrámi.

Í könnuninni var leitast við að skoða hvort heimaþjónustuljósmæður hefðu á einhvern hátt kynnst sængurkonunum áður en til heimaþjónustunnar kom og reyndist svo vera í 60% tilfella. Flestar konurnar höfðu hitt sína ljósmóður á meðgöngu (58-70%), auk þess höfðu margar einnig kynnst þeim með öðru móti sem gefur ákveðnar vísbendingar um samfellda þjónustu. Sú staðreynd að ljósmæður þekktu konurnar fyrir hafði hins vegar ekki marktæk áhrif á fjölda og tímalengd vitjana sem konurnar fengu. Velta má fyrir sér hvort eðli heimaþjónustunnar sem byggist á markvissu, samfelldu eftirliti og heildrænni umönnun frá sömu ljósmóðurinni á meðan

þjónustunni stendur skipti hér einnig miklu máli.

Tilvísanir ljósmæðra til stofnana eða annarra fagaðila voru tilgreindar í tæplega 18% tilfella og var oftast leitað til fæðingastofnana og lækna. Þegar ástæður tilvísana eru skoðaðar er ljóst að oftast er um að ræða frávík og heilsufarsvanda sem krefjast frekara eftirlits og læknisfræðilegrar meðferða s.s. hækkaður blóðþrýstingur, sýkingar, óeðlilegar blæðingar hjá móður og þróun gulu og sýkingar hjá barni. Einnig var nokkuð um samráð og tilvísanir til brjóstagaifaræðgjafa vegna erfiðleika við brjóstagjöf. Samstarf ljósmæðra og samráð við aðrar fagstéttir er mikilvægt og sést bæði á tilvísunum og ástæðum samtala ljósmæðranna að þær sýna ábyrgð í starfi og greinilegt er á athugasemdum er fram komu vegna samtala að ljósmæður leggja mikla áherslu á að fylgja þeim konum vel eftir sem þær annast í heimaþjónustu jafnvel þó umönnun og ábyrgð meðferðar færist yfir á aðra fagaðila og á stofnanir.

Yfir 80% ljósmæðra gerði grein fyrir því hvernig staðið var að útskrift og samskiptum ljósmæðra við ungbarnavernd og í langflestum tilfellum voru sendar skriflegar skýrslur og oft einnig gefin munnleg skýrsla. Það vakti einnig athygli að í athugasemdum ljósmæðra kom nokkrum sinnum fram að þær höfðu farið í vitjun til kvennanna vegna álags sem hafði verið til staðar í ungbarnaverndinni. Samkvæmt ofangreindu sýna ljósmæður í heimaþjónustu ábyrgð gagnvart samskiptum og upplýsingaflæði til annarra fagstétta og ungbarnaverndar.

Lokaorð

Könnun þessi sem Ljósmæðrafélag Íslands stóð að og náði til heimaþjónustu 343 sængurkvenna sumarið 2010 gefur mikilvægar upplýsingar um umfang heimaþjónustu ljósmæðra. Ljóst er að þjónustan er mjög sveigjanleg bæði hvað varðar þann tíma sem þjónustan er veitt og einstaklingsbundið mat á þörf kvenna fyrir þjónustuna. Allt bendir til þess að þjónustuformið sé samfellt, heildrænt og leggi áherslu á einstaklingshæfða þjónustu til sængurkvenna, nýbura og fjölskylda. Álykta má út frá niðurstöðum könnunarinnar að heimaþjónusta ljósmæðra bjóði upp á mikilvæga öryggisþjónustu til sængurkvenna og nýbura þar sem ljóst er að sængurkonur virðast almennt eiga mjög greiðan aðgang

að þjónustu ljósmæðra, oftast en ekki allan sólarhringinn og óháð vikudögum.

Heimildir

- Catz, C., Hanson, J. W., Simpson, L. og Yaffe S. J. (1995). Summary of workshop: Early discharge and hyperbilirubinemia. *Pediatrics*, 96(4), 743-745.
- Britton, J. R., Britton H. L. og Gronwaldt V.(1999). Early perinatal hospital discharge and parenting during infancy. *Pediatrics*. 104(5):1070-6.
- Dennis, C.L., Creedy, D.K. (2010). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression., *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Cochrane Database of Systematic Reviews* 10
- Dennis, C.L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review, *British Medical Journal*, 331, 15-18
- Hildur Sigurðardóttir, (2004). Ljósmæðraþjónusta fyrstu vikuna eftir fæðingu. Viðhorf mæðra til þjónustunnar. *Ljósmæðrablaðið* 2(82), 19-27.
- Hildur Sigurðardóttir, (2006). Heimaþjónusta ljósmæðra í sængurlegu. Árangur og gæðaeftirlit. *Ljósmæðrablaðið*, 2 (84), 28-33.
- Hildur Sigurðardóttir, (2009). Faglegar leiðbeiningar fyrir heimaþjónustu ljósmæðra. Ljósmæðrafélag Íslands og Landlækniseimbættið <http://www.influensa.is/Pages/1055/NewsID/1877>
- Malkin, J. D. , Garber, S. Broder M. S. og Keeler E. (2000). Infant mortality and early postpartum discharge. *Obstetrics and Gynecology*, 96(2), 183-188.
- McKeever, P., Stevens, B., Miller K. L., McDonell, J W, Gibbins, S., Guerriere, D., Dunn, M. S., og Coyte, P. C. (2002). Home versus hospital breastfeeding support for newborns: A randomized controlled trial. *Birth*, 29(4), 258-265.
- Porteus, R., Kaufman, K. og Rush, J., (2000). The effect of individual professional support on duration of breastfeeding. A randomized trial, *Human Lactation*, 16(4), 303-308.
- Samningur Tryggingarstofnunar Ríkisins og Ljósmæðrafélags Íslands, (2002). Reykjavík.
- Sóley Kristinsdóttir, (1996). Heimaþjónusta ljósmæðra, *Ljósmæðrablaðið*, 74,(1-2), 13-15.
- Valdés, V., Pugin, E., Schooley, J., Catalán, S. og Aravena, R., (2000). Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women. *Journal of Tropical Pediatrics*, 46, 149-154
- Winterburn, S. Og Fraser, R. (2000). Does the duration of postnatal stay influence breastfeeding rates at one month in women giving birth for the first time? A randomized control trial. *Journal of Advanced Nursing* 32(5), 1152-1157.

Þakkarorð

Sérstakar þakkir fá allar þær ljósmæður sem lögðu hönd á plóginn og tóku þátt í gagnasöfnun könnunar. Lýdia Stefánsdóttir fær bestu þakkir fyrir aðstoð við innslátt gagna og Guðný Bergþóra Tryggvadóttir Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði fyrir aðstoð við hreinsun gagna.



Flatahraun 31 | 220 Hafnarfjörður
s: 552 9080 | fax: 552 9015
www.logaland.is



Apótekið þitt

í gamla Héðinshúsinu við Seljaveg 2.



Reykjavík Apótek er sjálfstætt starfandi apótek sem leggur áherslu á persónulega þjónustu og hagstætt verð. Apótekið er í gamla Héðinshúsinu við Seljaveg 2.

Frí heimsendingarþjónusta til eldri borgara og öryrkja.



Reykjavík  Apótek

Önnur grein af þremur um reynslu kvenna af ofbeldi á meðgöngu og endranær.
Í þessari grein er fjallað um áhrif ofbeldisins á börnin. Í síðustu greininni verður fjallað um ofbeldismennina.

Börnin: Hin hljóðu fórnarlömb heimilisofbeldis

Séð frá sjónarhóli mæðra þeirra sem hafa búið við heimilisofbeldi á meðgöngu og endranær

Útdráttur

Rannsóknir benda til að heimilisofbeldi hafi víðtæk og langvinn áhrif á börn. Tilgangur þess hluta rannsóknarinnar „Heimilisofbeldi á meðgöngu frá sjónarhóli kvenna“ sem hér er kynntur var að kanna áhrif heimilisofbeldis á börn séð frá sjónarhóli mæðra þeirra. Rannsóknaraðferðin var Vancouverskólinn í fyrirbærafræði sem hentar vel til að rannsaka slík mannleg fyrirbæri. Tekin voru 15 viðtöl við 12 konur á aldrinum 18-72 ára, meðalaldur þeirra var 37 ½ ár. Niðurstöður lýsa mikilli streitu hjá börnunum. Þau urðu öll vitni að ofbeldinu og ólust upp við aðstæður þar sem þau voru sífellt hrædd, kvíðin og áhyggjufull. Eitt barnið hafði verið greint með kvíða strax í leikskóla og tvö voru greind með athyglisbrest. Sum börnin fóru að sýna andfélagslega hegðun. Eftir skilnað voru mörg barnanna ennþá hrædd við föður sinn og vildu ekki fara til hans um helgar. Flest börnin sýndu þó jákvæðar breytingar til hins betra í kjölfar skilnaðar bæði í líðan heima og í skóla. Slæmar minningar tengdar heimilisofbeldinu sóttu þó á börnin og þau voru talsvert að spyrja út í sárar minningar. Sum eldri börnin voru reið út í föður sinn og ofbeldi hans og vildu jafnvel skipta um nafn og kenna sig við móður sína. Fagfólk verður að þekkja áhrif heimilisofbeldis á börn og hvaða leiðir eru bestar til að aðstoða konur sem búa við heimilisofbeldi og minnka þannig hættu á langvarandi skaðlegum áhrifum á börn og mæður þeirra.

Lykilorð: Börn, meðganga, heimilisofbeldi, makaofbeldi, þolendur heimilisofbeldis, fyrirbærafræði, viðtöl.

Abstract

Children: The silent victims of domestic violence – Seen from the perspective of their mothers who have been abused in pregnancy and at other times

Research results indicate that domestic



Ástþóra Kristinsdóttir
Ljós móðir og hjúkrunarstjóri,
Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins.



Sigríður Halldórsdóttir
Prófessor við heilbrigðisvísindasvið
Háskólans á Akureyri

violence has widespread and long term effects on children. The purpose of the part of the study „Domestic violence in pregnancy from women's perspective,“ which is introduced here, was to study domestic violence's

effects on children seen from the perspective of their mothers. The research methodology was the Vancouver School of doing phenomenology which has proven effective in studying human phenomena. Fifteen interviews were conducted with 12 women, aged 18-72 years. Mean age was 37 ½ years. The results show a great deal of stress in the children. They all witnessed the violence and grew up in circumstances where they were constantly frightened, worried and anxious. One of the children had been diagnosed with anxiety already in preschool and two were diagnosed with attention deficit. Some of the children began to show antisocial behaviour. After divorce many of the children were still afraid of their father and did not want to visit him at week-ends. Most of the children showed changes for the better after divorce, feeling better both at home and at school. Bad memories attached to the violence haunted them, however, and they asked a lot about memories that still hurt. Some of the older children were still angry at their father and his violence and even wanted to change their name and take their mother's name as surname. Professionals must know the effects domestic violence has on children and what ways are best to help women who live in domestic violence and thus reduce the danger of long term detrimental influence on the children and their mothers.

Keywords: Children, domestic violence, spouse abuse, abuse survivors, phenomenology, interviews.

Inngangur

Að búa við heimilisofbeldi getur valdið mikilli streitu hjá barnshafandi konu (Ástþóra Kristinsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2010). Undanfarin ár hafa áhrif streitu hjá móður á barn sem hún gengur með mikið verið rannsökuð. Talge, Neal og Glover (2007) sýndu fram á samband milli hás gildis streituhormónsins cort-

isol hjá móður og föstri. Rannsóknir hafa ennfremur sýnt að breyting getur orðið á heila og taugabroska fösturs ef móðirin býr við mikla streitu á meðgöngunni og jafnvel síðustu sex mánuði fyrir meðgöngu (Khashan o.fl., 2008). Líðan kvenna á meðgöngu getur einnig haft áhrif á þroska ónæmiskerfisins hjá föstrinu (Mattes o.fl., 2009). Þegar barn elst strax í móðurkviði upp við svo mikið áreiti sem heimilisofbeldi er, þá venjast líkamskerfi barnsins á að vera alltaf á hættustigi sem síðan getur leitt til sjúkdóma seinna á ævinni (Turner, Finkelhor og Ormrod, 2006).

Shonkoff og félagar (2009) skipta streitu í nokkur stig og eitt þeirra er eitruð streita (toxic stress) sem getur haft áhrif á heila-byggingu föstursins og hefur einnig áhrif á önnur líffæri. Slík streita á fösturskeiði veldur lægri mótstöðu fyrir hvers kyns streitusjúkdómum langt fram á fullorðinsaldur svo sem hjarta-, lungna- og geðsjúkdómum. Endurtekið andlegt og líkamlegt ofbeldi og heimilisofbeldi eru dæmi um þætti sem valdið geta eitraðri streitu. Nýlegar rannsóknir sýna ennfremur að streita móður á meðgöngu og fyrstu vikur og mánuði eftir fæðingu getur haft áhrif á börn þeirra þannig að þau þroskist seinna og jafnvel ýtt undir þroskafrávik eins og athyglisbrest – ADHD og önnur hegðunarsvandamál (Bergman, Sarkar, Glover og O'Connor, 2008; Kernick, Wolf, Holt, Mill og Petronis, 2008; Talge o.fl., 2007). Þá er vítað að konur sem búa við heimilisofbeldi hafa neikvæðara viðhorf til meðgöngunnar (Jarvis, Gordon og Novaco, 2005) og að konur sem búa við mikla streitu eru líklegri en aðrar til að fæða fyrir tímann (Khashan, o.fl., 2009).

Áhrif heimilisofbeldis á börn og unglinga

Ung börn sem verða vitni að heimilisofbeldi sýna meiri kviða, ótta, reiði og eru í meiri hættu á að sýna ofbeldi gagnvart öðrum (Graham-Bermann, 1996; Osofsky, 1995). Þau hafa fleiri atferlisvandamál, er hættara við þunglyndi og eru líklegri til að eiga við önnur sálfélagsleg vandamál að stríða heldur en börn sem ekki hafa orðið vitni að ofbeldi á heimilinu (Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb og Guterman, 2006; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith og Jaffe, 2003). Án íhlutunar eru þau í hættu á að verða afbrotaunglingar (Carlson, 1990) og sýna ofbeldishegðun á fullorðinsárum (Sugarman og Hotaling, 1989). Eins og mæðrum þeirra, er börnum sem búa við heimilisofbeldi hættara við að fá áfallastreituröskun (Lieberman, Van Horn og Ippen, 2005) og geta farið upp á móti öllu í andfélagslegri hegðun (Litrownik, Newton, Hunter, English og Everson, 2003) sem getur gert uppaldendum erfitt fyrir í uppeldishlutverkinu (Timmer, Ware, Urquiza og Zebell, 2010).

Í samantekt frá Women's Aid sem gefið er út reglulega til að kynna helstu niðurstöður rannsókna á heimilisofbeldi, kemur fram að heimilisofbeldi geti haft ýmis heilsufarsleg áhrif á börn. Þar má nefna hegðunarsvandamál, þunglyndi, kviða, erfiðleika með svefn, fengið martraðir, verið viðbrigðin, kvartað yfir kviðverkjum, sýnt skapsveiflur, byrjað aftur að væta sig, hegðað sér eins og þau væru miklu yngri en þau eru, vandræði geta komið upp í skólagöngu og þau geta orðið einræn. Unglingum er hættara við að flosna upp úr skóla, byrja að nota vímuefni, sýna sjálfskaðandi hegðun og fleira (Women's Aid, 2004/05). Eftir skilnað eru börnin stundum notuð til að njósna um móður sína, þau notuð til að hóta henni eða vera milligöngumenn í því að móðirin taki við ofbeldismanninum aftur inn á heimilið. Þá eru börn sem búa við heimilisofbeldi í mikilli hættu á að lenda í tilfinninga- og hegðunarsvandamálum þegar þau eldast. Þau geta sýnt einkenni eins og reiði og kviða, geta pissað undir fram eftir aldri, orðið þunglynd, misnotað lyf og áfengi og stundað sjálfskaðandi hegðun (Hegarty, Taft og Feder, 2008).

Í rannsókn Graham-Bermann og Perkins (2010) á 190 börnum á aldrinum 6-12 ára sem höfðu búið við heimilisofbeldi kom fram að þeim mun lengur sem börnin höfðu búið við ofbeldið og þeim mun oftar sem þau höfðu orðið vitni að því þeim mun alvarlegri voru áhrifin á líkamlega heilsu þeirra, andlega heilsu, félagsþroska og vitrænan þroska. Kerfisbundin heimildarannsókn Wolfe og félaga (2003) á áhrifum heimilisofbeldis á börn sýndi að 40-60% skólakleikna sem höfðu orðið vitni að heimilisofbeldi höfðu orðið fyrir neikvæðum áhrifum sem ýmist beindust inn á við (internalizing, stundum þýtt sem innhverfing) svo sem kviða og þunglyndi eða út á við (externalizing, stundum þýtt sem úthverfing) svo sem með reiði og árásargirni, sem rannsakendur telja sýna þörfina á því að þessi börn fái einhvers konar íhlutun. Russell, Springer og Greenfield (2010) rannsökuðu 1.175 einstaklinga á aldrinum 20-24 ára á Miami, Florida og komust að þeirri niðurstöðu að því alvarlegra heimilisofbeldi sem ungmennin höfðu orðið vitni að sem börn þeim mun meira jukust líkurnar á þunglyndi hjá þeim og þeim mun oftar sem þau höfðu orðið vitni að heimilisofbeldi jukust líkurnar enn meir á þunglyndi. Rannsóknarniðurstöður Graham-Bermann og Seng (2005) sem varðaði heilsu 160 leikskólabarna sýndi að bæði ofbeldi og streita tengdust heilsuvandamálum forskólabarna, svo sem astma, ofnæmi, ADHD, og streitutengdum kvörtunum svo sem meltingarvandamálum og höfuðverk. Þá kom einnig fram að léleg heilsa móður og streita barnsins höfðu sterkustu fylgnina við slæma heilsu barnsins.

Í ofangreindri samantekt frá Women's Aid (2004/05) kemur fram að börn sem búa á heimilum þar sem heimilisofbeldi er til staðar verða yfirleitt vitni að því og oft verða þau fyrir barðinu á því líka. Í skýrslu frá Samtökum um Kvænnaathvarf segir að árið 2008 hafi 77 börn komið til dvalar með mæðrum sínum í Kvænnaathvarfið. Í 70% tilvika höfðu börnin verið beitt ofbeldi og hefur hlutfall þeirra barna sem hafa verið beitt ofbeldi farið hækkandi undanfarin ár (Samtök um Kvænnaathvarf, 2008).

Rannsóknin „Heimilisofbeldi á meðgöngu frá sjónarhóli kvenna“ var þrjúþætt:

1. Áhrif heimilisofbeldisins á konurnar frá sjónarhóli kvennanna. Hefur þegar verið kynnt (Ástþóra Kristinsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2010).
2. Áhrif heimilisofbeldisins á börnin frá sjónarhóli kvennanna. Sá þáttur er kynntur í þessari grein.
3. Lýsing á mönnunum frá sjónarhóli kvennanna. Sá þáttur verður kynntur síðar.

Tilgangur þess hluta rannsóknarinnar sem hér er kynntur er að lýsa áhrifum heimilisofbeldis á þau íslensku börn sem mæðurnar áttu á meðan þær bjuggu við heimilisofbeldið. Áhrifunum er því lýst frá sjónarhóli mæðra barnanna. Rannsóknarspurningin er: „Hver eru áhrif heimilisofbeldis á börn séð frá sjónarhóli mæðra þeirra, sem búið hafa við heimilisofbeldi á meðgöngu og endranær?“

Aðferðafræðin

Til að svara rannsóknarspurningunni var valin fyrirbærafræðileg aðferð, Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði (Sigríður Halldórsdóttir, 2000, 2003), sem lýst var í Ljósmeðrablaðinu [88(1)] þar sem fyrsti hluti rannsóknarinnar var kynntur (Ástþóra Kristinsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2010). Þar voru kynnt þrjú rannsóknarferlisin í Vancouver-skólanum og hvernig þeim var fylgt í þessari rannsókn, vitrænum meginþáttum í rannsóknarferlinu lýst sem og þátttakendum, gagnasöfnun og gagnagreiningu ásamt umfjöllun um réttmæti rannsóknarinnar. Að lokum var fjallað um siðfræði rannsóknarinnar og getið þess leyfis sem fengið var hjá Vísindasiðanefnd (tilvísun: SVNb2009010006/03.7) og að rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar (tilvísun: S4206/2009/LSL/-). Í töflu 1 er lýsing á þátttakendum í rannsókninni m.a. aldri þeirra, menntun, aldur konu þegar ofbeldissamband hófst, árafjöldi í ofbeldissambandi og hvers konar ofbeldi konan bjó við. Þar er einnig yfirlit yfir fjölda og aldur barnanna, hvort þau urðu vitni að ofbeldinu ásamt yfirliti yfir aldur barnanna í dag.

Nafn	Aldur	Menntun	Aldur konu þegar ofbeldissamband hófst	Árafjöldi í ofbeldis-sambandi	Hverskonar ofbeldi?	Fjöldi barna á ofbeldis-tíma	Aldur barna þegar ofbeldi hófst	Voru börnin vitni að ofbeldinu?	Aldur barna í dag
Jóna	55-65	Háskóli	18 ára	21 ár	A, L, F, K	3	U,U,U	Já	Ungl., F,F
Linda	35-45	Grunnskóli	35 ára	4 ár	A, F	2	U,U	Já	L,U
Lára	45-55	Háskóli	17 ára	9 ár	A, L	1	U	Já	F
Guðrún	25-35	Háskóli	18 ára	4 ár	A, L, K, F	1	U	Já	S
Sigrún	25-35	Háskóli	26 ára	1 ár	A, L	1	Fór á meðan barnsh.	Já	L
Inga	25-35	Iðnskóli	15 ára	9 ár	A, L, K	1 (er barnsh.)	U	Já	S
Bára	25-35	Grunnskóli	24 ára	8 ár	A, L, K, F	2	U,U	Já	S,S
Disa	65-75	Iðnskóli	18 ára	40 ár	A, L, F	3 (er barnsh.)	U,U,U	Já	F,F
Halla	15-25	Grunnskóli	17 ára	4 ár	A, K	Er barnshafandi	Á ekki við	Á ekki við	Á ekki við
Elsa	15-25	Stúdent	17 ára	3 ár	A, L, K	1	U	Já	L
Nanna	25-35	Háskóli	22 ára	9 ár	A, K	1	U	Já	L
Anna	35-45	Grunnskóli	17 ára	9 ár	A, L, K, F	3 (er barnsh.)	U,U,U	Já	Ungl., Ungl., S
Meðaltal	37.5 ár	Mikil breidd	19.5 ár	10.1 ár	*Sjá skýringu	2 börn	Öll börnin		

Tafla 1. Lýsing á þátttakendum.

*Skýring við töflu: Þar sem talið er upp hvers konar ofbeldi: L= líkamlegt ofbeldi, K= kynferðislegt ofbeldi, A= andlegt ofbeldi, F= fjárhagslegt ofbeldi. Allar þjuggu konurnar við fleiri en eina tegund ofbeldi. Aldur barna þegar ofbeldi hófst: Ungbarnaldur (0-2 ára) = U. Leikskólaaldur (2-6 ára) = L. Skólaaldur (6-12 ára) = S. Unglingsaldur (12-18 ára) = Ungl. Fullorðin (eldri en 18 ára) = F.

Niðurstöður

Í niðurstöðum má greina þrjá meginþætti sem tengjast tíma og rúmi: Fyrir skilnað; eftir skilnað og staðan í dag; horft til framtíðar (sjá töflu 2).

Fyrir skilnað

Konurnar höfðu margar sögur að segja af börnum sínum og neikvæðum áhrifum heimilisofbeldisins á þau, en börnin þjuggu við mjög mikla streitu sem fram kom með

ýmsum hætti. Börnin sýndu öll mikil tilfinningaleg viðbrögð eins og áhyggjur og hræðslu. Þá sýndu sum börnin andfélagslega hegðun og hjá flestum börnunum var einnig um neikvæðar geðrænar afleiðingar að ræða svo sem kvíða.

Tilfinningaleg viðbrögð barnanna ein- kenndust einkum af hræðslu, áhyggjum og svefnörðugleikum. Sumar konurnar nefndu að börnin væru næm á liðan mæðra sinna og ef þeim liði illa liði barninu illa líka. Sum börnin höfðu lélega matarlyst og mæðurnar

höfðu miklar áhyggjur af þeim. Eldri börnin höfðu áhyggjur af því hvernig ástandið væri á heimilinu þegar þau voru að koma heim. Anna sagði frá því að börnin hafi ekki viljað vera nálægt föður sínum, að þau hafi skynjað tóninn í málrómi hans og fundið hvernig andrúmsloftið var á heimilinu. Sara sagði um barnið sitt að hann segði við pabba sinn: „þú ert vondur.“ Dísá sagði líka: “hann gerir mun á börnunum sínum og ég var hrædd að taka málstað þeirra.” Eitt barnið sagði við móður sína þegar foreldrarnir voru að rífast „mamma segðu bara já“ og vonaðist þá til að ekki kæmi til ofbeldis. „Börnin voru bara eins og hræddir hérar inn í herberginu sínu“ sagði Dísá um börnin sín þegar þau vissu af ofbeldinu. Bára sagði: “börnin voru alltaf hrædd” og Elsa sagði um dóttur sína: „það kom alveg tímabil þar sem ég var orðin virkilega hrædd um hana. Hún hætti bara að borða og svaf illa á nóttunni og annað.“

Andfélagsleg hegðun kom fram hjá sumum börnunum og kom þá einkum fram í hegðunarvandamálum eins og virðingarleysi og hortugheitum gagnvart móðurinni. Nokkrar kvennanna tala um að börnin hafi ekki sýnt fullorðnum neina virðingu því það læri börnin sem fyrir þeim sé haft. Börnin sjái og heyri hvernig maðurinn kemur fram við móðurina og virðist að einhverju leyti líkja eftir því. Þetta olli mæðrunum miklum tilfinningalegum sársauka. Bára lýsir þessu þannig: „[Hann] gerir lítið úr mér fyrir framan börnin mín... Þau bera enga virðingu fyrir mér lengur. Þau kalla mig hálfvita og ulla á mig af því að ég hef enga .. ég er búin að missa alla stjórn. Þau hafa engan aga vegna þess að í hvert sinn sem ég reyni .. þú veist“.

Geðrænar afleiðingar. Mörg börnin fundu fyrir kvíða og eitt barn greindist með kvíða þegar á leikskólaaldri og tvö greindust með athyglisbrest – ADHD. Guðrún hefur áhyggjur af barni sínu: „Drengurinn er nýbú-

Fyrir skilnað	Tilfinningaleg viðbrögð barnanna einkenndust af hræðslu, áhyggjum og svefntruflunum ásamt lélegri matarlýst. Andfélagsleg einkenni komu fram hjá sumum börnunum m.a. í virðingarleysi, mótþróa, óhlýðni, ögrun, storkun og hortugheitum gagnvart móðurinni og öðrum fullorðnum. Geðrænar afleiðingar. Mörg börnin fundu fyrir kvíða og eitt barn greindist með kvíða þegar á leikskólaaldri og tvö greindust með athyglisbrest – ADHD.
Eftir skilnað og staðan í dag	Jákvæðar breytingar á líðan barnanna, bæði heima og í skóla. Langvarandi neikvæðar tilfinningar og hræðsla yngri barnanna gagnvart feðrunum sem m.a. kom fram í því að þau vildu ekki fara til þeirra um helgar. Erfiðar endurminningar. Heimilisofbeldið sækir á börnin og þau eru talsvert að hugsa og spyrja út frá sárum minningum. Langvarandi reiði eldri barnanna sem kemur m.a. fram í því að þau vilja sum skipta um nafn og kenna sig við móður sína.
Horft til framtíðar	Áhyggjur og hræðsla mæðranna vegna barnanna. Mæðurnar eru hræddar um börnin sín gagnvart feðrum barnanna sem halda áfram ofbeldisfullri hegðun lengi eftir skilnaðinn. Áhyggjur mæðranna af framtíðar samskiptamynstri barnanna. Mæðurnar óttast að börnin þeirra fari í sama far og þau upplifðu á bernskuheimili sínu.

Tafla 2. Niðurstöður. Börnin: Hin hljóðu fórnarlömb heimilisofbeldis – séð frá sjónarhóli mæðra þeirra sem búið hafa við heimilisofbeldi

inn að greinast með athyglisbrest og er búinn að vera með kvíða, sko hann greindist með kvíða í leikskóla. Það að alast upp við svona aðstæður getur haft þessi áhrif.“ Tvær aðrar konur í rannsókninni sögðu að börn þeirra hafi greinst með kvíða, þroska- og hegðunarvandamál.

Eftir skilnað

Allar konurnar sem tóku þátt í rannsókninni höfðu skilið við ofbeldismennina. Eftir skilnaðinn urðu í sumum tilvikum miklar og jákvæðar breytingar á liðan barnanna bæði heima og í skóla. Sum börnin glímdu þó enn við erfiðar endurminningar og spurðu út í gamlar sársaukafullar minningar. Þá glímdu sum börnin enn við talsverða reiði út í föður sinn og ofbeldi hans og vildu ekki fara til hans um helgar. Eldri börnin vildu jafnvel skipta um nafn og kenna sig við móður sína. **Jákvæðar breytingar á liðan barnsins – heima og í skóla.** Flestar konurnar lýsa mikilli breytingu á börnum sínum eftir að þær fóru úr ofbeldissambandinu. Linda sagði um ungan son sinn:

„Hann er svo brosandí og hlæjandi ... þannig að þetta hefur greinilega haft mikil áhrif á þetta með svefninn. Hann var alltaf að vakna á nóttunni og örugglega verið eitthvað óruggur og verið einhver hræðsla í gangi hjá barninu. Hérna [í Kvænnaathvarfinu, þangað sem hún flúði eftir að maður hennar henti henni og barni þeirra út] bara steinsefur barnið alla nóttina og svo öruggur og já og finn. Já, hann er bara alveg nýtt barn.“

Inga hafði þetta að segja um breytingarnar á sínum dreng eftir skilnaðinn en hann var byrjaður í skóla:

„Hann [fyrrum eiginmaður] rifur alltaf kjaft við allt og alla og hann ber ekki virðingu fyrir neinum, ekki fullorðnu fólki, ekki neinu. Og þú veist það er bara það sem er búið að vera fyrir barninu öll þessi ár og ég þurfti sko, ég var nánast ár að rétta barnið af. Kennarinn sagði bara: „hann er stökkbreyttur barnið, hvað ertu að gera heima?“ Hann er bara búinn að slaka á og þú veist hann er bara farinn að njóta lífsins og bara vera rólegur lítill strákur sem er bara að leika sér og hafa gaman.“

Erfiðar endurminningar og neikvæðar tilfinningar. Heimilisofbeldið var samt að sækja á börnin og þau voru talsvert að hugsa og spyrja út frá gömlum minningum. Sara segir að barn hennar spyrji hvers vegna pabbi sinn hafi farið: „Var það af því að hann var svo vondur við okkur?“ Langvarandi neikvæðar tilfinningar og hræðsla yngri barnanna við feðurna kom meðal annars fram í því að þau vildu ekki fara til þeirra um helgar. Langvarandi reiði eldri barnanna út í föður sinn og ofbeldi hans kom m.a. fram í því að þau vilja sum skipta um nafn og kenna sig við móður sína. Disa sagði að maður hennar kenndi börnum sínum um skilnaðinn og að hann hafi ekki talað við þau

orð eftir skilnaðinn (14 ár síðan þau skildu)”. Guðrún segir: „barnið var með skrítna leiki eftir að hann hafði verið hjá föður sínum“. Hann fór í könnunarviðtal þess vegna hjá barnavernd. Þar brotnaði barnið niður þegar farið var að tala við hann um föður hans og vildi ekkert meira tala. Ákveðið var eftir þetta að faðirinn fengi einungis að sjá barnið undir eftirliti.

Horft til framtíðar

Konurnar í þessari rannsókn töluðu gjarnan um að mjög náið samband væri á milli þeirra og barnanna. Þær horfðu þó með nokkrum ugg til framtíðar og höfðu flestar áhyggjur af börnum sínum fæddum og ófæddum og voru margar hræddar um börnin sín núna og uggandi um framtíð þeirra.

Áhyggjur og hræðsla vegna barnanna núna. Eftir skilnaðinn skelfdu margir ofbeldismennirnir konurnar og beittu endalausri áreitni eftir að sambúð lauk, hringdu stöðugt og þær voru lengi að losna við þá. Margar konurnar voru hræddar og óruggar með sig og börn sín, bæði fædd og ófædd. Bára hefur miklar áhyggjur af börnum sínum og segir: „Ég er svo hrædd, ég er alveg skelfingu lostin vegna barnanna minna ... Mér er alveg sama þótt hann ráðist á mig en ég er hrædd um börnin mín.“ Mennirnir sýndu börnum sínum engan áhuga fyrr en löngu eftir skilnað. Þá vildu börnin ekki fara til þeirra í sumum tilvikum og konurnar höfðu áhyggjur af samskiptum þeirra og börnin áttu erfitt með að tala um samveru þeirra með feðrum sínum. Sara sagði: „Ég hafði alltaf á tilfinningunni að barnið mætti ekki segja mér hvað þeir voru að gera og mér fannst það alveg rosalega óþægilegt.“

Sigrún hætti með manni sínum þegar hún var komin nokkra mánuði á leið og lýsti vel liðan sinni á meðgöngunni og áhyggjum af ófæddu barni. Hún sagði m.a.:

„Hann hringdi eina nóttina, þá hringdi hann hundrað sinnum, fyllti innboxið og skilaboðin og hótaði mér öllu illu og þetta var þannig bara að ég var skíthrædd við hann. Alla meðgönguna leið mér hræðilega.“

Áhyggjur af framtíð barnanna. Þær telja að börnin hljóti að fá rangar hugmyndir um hvernig á að haga sér í fjölskyldu. Konurnar hafa af því áhyggjur að það sækja börnin í sem þau eru von og þær hafa af því áhyggjur að drengirnir þeirra muni ekki kunna að haga sér vel gagnvart maka sínum í framtíðinni og þær hafa áhyggjur af því að stúlkurnar endi í ofbeldissambandi. Jóna segir eina dóttur sína þegar hafa farið í ofbeldissamband eins og hún ólst upp í sjálf. Þeim konunum fannst öllum að þær hafi sjálfar haft tilhneigingu til að gera lítið úr ofbeldinu og áhrifum þess, bæði á þær sjálfar og börnin. Disa sagði til dæmis: „hann var helvítis fauti og hann var rosalega strangur, en ég held að þau (börnin) hafi ekki beðið tón af“.

Umraður

Meginniðurstaða rannsóknarinnar er að það er mat mæðranna að heimilisofbeldið hafi haft skaðleg áhrif á börnin þeirra og að ekki sjái fyrir endann á því. Þetta kemur heim og saman við rannsóknir sem benda til að börnum sem alast upp við ofbeldi sé hætt við skaða á félagslegum og tilfinningalegum þroska. Þau eru líklegri til að fá ýmis sálfélagsleg einkenni, athyglisbrest og ná oft litlum menntaþroska (Bergman o.fl., 2008; Talge o.fl., 2007). Konurnar höfðu áhyggjur af fæddum og ófæddum börnum sínum og rannsóknir sýna að full ástæða er til, eins og áður er greint frá (Khashan o.fl., 2008; Mattes o.fl., 2009; Turner o.fl., 2006).

Andfélagsleg hegðun hjá börnunum kom einkum fram í hegðunarvandamálum eins og virðingarleysi og hortugheitum gagnvart móðurinni og stundum einnig öðrum fullorðnum. Þetta kemur heim og saman við rannsókn Moylan og félaga (2010) sem hafa sýnt fram á að ofbeldi á börnum og heimilisofbeldi saman auki hættu á að barnið sýni andfélagsleg einkenni. Minni hætta er ef einungis annað áreitið er til staðar. Mörg börnin fundu fyrir kvíða og tvö greindust með athyglisbrest. Þetta kemur heim og saman við rannsóknir Mill og Petronis (2008) að heimilisofbeldi auki líkurnar á að börn fái athyglisbrest með ofvirkni - ADHD.

Slæmar minningar tengdar heimilisofbeldinu sækja á börnin og þau eru talsvert að hugsa og spyrja út frá sárum minningum. Þetta kemur heim og saman við rannsóknarniðurstöður Mertin og Mohr (2002) sem fundu að börn sem höfðu búið við heimilisofbeldi [n=56] glímdu mörg við áleitnar spurningar en 20% þeirra greindust með áfallastreituröskun. Þau sem greindust með áfallastreituröskun voru með áberandi meiri kvíða og depurð.

Að sækja í sama mynstur

Konurnar voru hræddar um að börnin þeirra, bæði strákar og stelpur, myndu sækja í þau samskiptamynstur sem þau þekktu þegar þau yxu úr grasi. Rannsóknir sem benda til að drengir sem alast upp við ofbeldi gagnvart móður sinni séu mun líklegri til að hafa sama háttinn á þegar þeir fara í samband seinna meir. Stúlkur með þennan bakgrunn eru tvisvar sinnum líklegri til að verða fórnarlömb ofbeldis og fjórum sinnum líklegri til að verða fórnarlömb kynferðisofbeldis á ævi sinni heldur en aðrar sem ekki hafa búið við ofbeldi (Hagemann-White, Katenbrink og Rabe, 2006). Svo áhyggjur mæðranna eru á rökum reistar. Þá gerðu Milletich, Kelley, Doane og Pearson (2010) rannsókn á 183 karlmönnum og 475 konum og notuðu Adult-Recall útgáfuna af Revised Conflict Tactics Scale (CTS2-CA), Exposure to Abusive and Supportive Environments Parenting Inventory (EASE-PI) og Revised Conflict Tactics Scale (CTS2). Niðurstaða þeirra var m.a. að ef kona hafði

upplifað líkamlegt ofbeldi sem barn jukust líkurnar á því að hún sýndi líkamlegt ofbeldi að minnsta kosti einu sinni. Ef karlmaður hafði upplifað ofbeldi föður síns gagnvart móður sinni og hafði verið beittur tilfinningalegu ofbeldi sem barn var það nátengt stefnumótaofbeldi (dating aggression) af hans hálfu.

Að gera lítið út ofbeldinu

Konurnar töluðu allar um að þær hafi haft tilhneigingu til að gera minna úr ofbeldinu og áhrifum þess, bæði á þær sjálfar og börn sín, heldur en það var. Haight, Shim, Linn og Swinford (2007) sáu þetta líka í sinni rannsókn og segja einnig frá því hvernig konurnar í þeirra rannsókn lýstu því hvernig hegðun þeirra breyttist þegar von var á manni þeirra heim. Þær urðu taugaveiklaðar, mjög pirraðar og töluðu lítið við heimilisfólkið. Konurnar í þeirra rannsókn lýstu líka allar miklum áhrifum heimilisofbeldisins á börn þeirra.

Samband móður og barns

Konurnar í þessari rannsókn töluðu gjarnan um að mjög náið samband væri á milli þeirra og barnanna. Það samræmist rannsóknum Jarvis o.fl. (2005) en í þeirri rannsókn kom fram að þótt gróft ofbeldi gegn konum virtist ekki hafa áhrif á samband þeirra við börn sín þá hafði samband móður áhrif á hegðunarvanda barnanna, þ.e. gott samband móður og barns leiddi til minni áhrifa á börnin. Dehon og Weems (2010) komust að þeirri niðurstöðu í sinni rannsókn á 359 konum sem búið höfðu við heimilisofbeldi að ef móðirin þjádíst af depurð og þunglyndi sem viðbrögðum við heimilisofbeldinu hafði það enn sterkari áhrif á börnin og jók líkurnar á því að börnin sýndu innhverfingu (internalization) svo sem áhyggjur, hræðslu og kvíða eða úthverfingu (externalization) svo sem árásgirni, reiði, óhlýðni, ögrun og storkun. Þetta kemur heim og saman við það sem sumar mæðurnar sögðu að þær fundu að börnunum leiði illa þegar þeim leiði illa og það birtist með mismunandi hætti. Lang og Stover (2008) töluðu við 74 konur sem voru að meðaltali 31.1 árs gamlar og áttu börn á aldrinum 2-17 ára. Niðurstaða þeirra var að ef konur eru ekki mjög kvíðnar og hræddar þá geti þær að einhverju leiti verndað börn sín fyrir áföllum sem tengjast heimilisofbeldi. Ef þær eru hins vegar brotnar og sjálfsmat þeirra í molum þá eru börnin í meiri hættu fyrir hvers kyns andlegum veikindum síðar á ævinni. Því er mikilvægt að styrkja sjálfsmynd mæðranna og efla vellíðan þeirra og hamingju.

Er eitthvað hægt að gera?

Mörgum rannsóknarniðurstöðum ber saman um að hægt sé að minnka áhrif heimilisofbeldis á börn með margvíslegum hætti. Kinsworthy og Garza (2010) gerðu rann-

sókn þar sem þau notuðu 10 vikna filial therapy model, Child-Parent Relationship Training. Þegar 10 vikurnar voru liðnar voru áhrifin rannsökuð og var það mat mæðranna að þær upplifðu meiri hlýju og traust í samskiptum sínum við börnin sín, þær höfðu breytt yfir í jákvæðari foreldrastíl og fundu fyrir minnkaðri foreldrastreitu, að auki hafði viðhorf þeirra til ofbeldis breyst. Timmer o.fl. (2010) gerðu rannsókn á áhrifum Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) til að minnka atferlisvandamál (t.d. reiði, árásgirni, mótþróa, ögrun, storkun og kvíða) 62 barna 2ja-7 ára að aldri sem hafði verið vísað í meðferð vegna þess að þau höfðu búið við heimilisofbeldi og báru þau saman við 67 börn sem ekki höfðu búið við það. Hegðunarvandamál barnanna minnkðu umtalsvert og sálræn streita mæðranna minnkaði einnig við meðferðina, en ekki eins mikið og barnanna. Þau leggjá áherslu á að móðir og barn þurfi að fá meðferð saman því oft verði vandamálin til vegna truflunar í tengslunum milli mæðranna og barnanna. Það orsakist m.a. af því að móðirin á erfitt með að vera tilfinningalega til staðar vegna þess ofbeldis sem hún hefur gengið í gegnum, að barnið sé kvíðafullt og tilfinningalega óruggt fyrir það að búa við ofbeldi og vegna áfallastreitu bæði móður og barns. Rannsókn Cascardi og O'Leary (1992) sýnir að konur sem hafa búið við heimilisofbeldi eru líklegri til að hafa lágt sjálfsmat (self-esteem) og er hættara við að fá þunglyndi. Varðandi ihlutun ítreka Davies og Krane (2006) eins og aðrir að móðir og barn þurfi stuðningsmeðferð saman.

Takmarkanir rannsóknarinnar

Haight o.fl. (2007) hafa bent á þá tilhneigingu kvenna að gera lítið úr því heimilisofbeldi sem þær hafa búið við. Því má ætla að rannsakendur hafi ekki fengið nógu slæma mynd af ofbeldinu sem börnin bjuggu við þótt konurnar hafi allar skilið við ofbeldismennina. Við hljótum því að hugleiða þann möguleika að við höfum ekki nákvæmar lýsingar á eðli ofbeldisins né hversu alvarlegt það var eða hvað það stóð yfir í langan tíma. Þá er ljóst að við höfum ekki nákvæmar upplýsingar um hversu miklu ofbeldi börnin urðu fyrir. Þar sem þetta er eina íslenska rannsóknin sem vitað er um þar sem mæður, sem lifað hafa við heimilisofbeldi, eru spurðar um áhrif þess á börn þeirra, veitir rannsóknin mikilsverða innsýn inn í þetta fyrirbæri frá þeim sjónarhóli. Hugmynd að framtíðarrannsókn væri að spyrja börnin sjálf. Þá er rannsóknin ekki hönnuð þannig að ætlunin sé að alhæfa rannsóknarniðurstöður yfir á íslensk börn heldur að kanna þennan vinkel með íslensku úrtaki.

Ályktanir og notagildi

Sýnt hefur verið fram á að mjög fáir heilbrigðisstarfsmenn spyrja um heimilisofbeldi á meðgöngu vegna eigin þekkingarleysis,

tímaleysis, undirmönnunar, hræðslu við að spyrja um „einkamál“ og vegna persónulegra fordóma (March og Jaffe, 2010) en rannsóknir benda til að konur vilji láta spyrja sig (Bacchus, Mezey og Bewley, 2002; Foy, Nelson, Penney og McIlwaine, 2005; Stenson, Saarinen, Heimer og Siden-vall, 2001; Wenzel, Monson og Johnson, 2004). Þá hafa Kolar og Davey (2009) lagt áherslu á að börn og unglingar, hin þöglu förnarlömb heimilisofbeldis séu spurð um það en að það þurfi að gerast á varfærinn hátt. Niðurstöður rannsóknar Guðrúnar Kristinsdóttur og Ingibjargar H. Harðardóttur (2008) fela í sér mikilvæg skilaboð til skóla og foreldra auk fjölmiðla um ábyrgð þeirra á því að útskýra og fræða börn um heimilisofbeldi þegar tækifæri og tilefni gefast. Þess má geta að samkvæmt frétt í Community Practitioner (2010) tók skoska stjórnin nýlega ákvörðun um að þjálfar upp 5000 heilbrigðisstarfsmenn til að spyrja um heimilisofbeldi á varfærinn hátt til að hvetja þolendur heimilisofbeldis til að tjá sig um það. Þetta hefur einnig verið gert á Englandi og þar eru ljósmæður fremstar í flokki. Þetta þyrfti einnig að gerast hér á Íslandi eins og Sigríður Sía Jónsdóttir (2009) skrifar í kafla sínum um skimun fyrir ofbeldi á meðgöngu, hlutverk ljósmæðra í bókinni Lausnarsteinar. Það að grípa snemma inn í á meðgöngu hefur verndandi áhrif fyrir móður og barn. Eftir því sem konan býr við minni streitu eru minni skaðleg áhrif á barnið (Naumann o.fl., 1999; McEwen, 2008). Bergman og félagar (2008) sýndu fram á að með góðri meðferð og umhyggju eftir fæðingu má draga úr áhrifum streitu barnsins.

Lokaorð

Það er okkar von að rannsókn þessi verði til þess að ljósmæður sem og aðrir heilbrigðisstarfsmenn fari að spyrja konur út í heimilisofbeldi. Með því að spyrja konur og styrkja þær til að bæta eigin líðan á þann hátt sem þær sjálfar vilja, gengur þeim betur að standa með börnun sínum og þar af leiðandi geta þær minnkað þann skaða sem þau geta annars orðið fyrir. Umræðan er aldrei næg en hún gerir það að verkum að fólk áttar sig á því að ofbeldissambönd eru ekki eðlileg. Ljósmæður hitta konurnar 7 – 10 sinnum á hverri meðgöngu og geta oft náð góðu sambandi við þær. Konur verða að vita að heilbrigðisstarfsfólk stendur með þeim og er allt af vilja gert til að hjálpa þeim. Mjög margar nýlegar rannsóknir fjalla um þann skaða sem konur og börn þeirra geta orðið fyrir við að búa við heimilisofbeldi. Með að grípa inn í snemma má minnka skaðann. Kynna þarf fyrir starfsfólki skóla og heilsugæslu hvernig hægt er að spyrja konur og börn og að með markvissum og fyrirbyggjandi aðgerðum og fræðslu er hægt að draga úr hættunni á seinni tíma vandamálum og langvarandi heilsuvanda barna sem hafa búið við heimilisofbeldi og/eða orðið vitni að því.

Muna þarf að „Aðgát skal höfð í nærveru sálar“.

Þakkir

Enn og aftur þökkum við konunum sem tóku þátt í þessari rannsókn. Þær eru hetjur og þær hafa staðið sig frábærlega í ótrúlega erfiðum aðstæðum. Að lokum þökkum við aftur þann styrk sem Ljósmeðrafélag Íslands veitti til að gera þessa rannsókn.

Heimildir

Ástþóra Kristinsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir (2010). Stöðug streita, ótti og kvíði: Reynsla kvenna sem hafa búið við ofbeldi á meðgöngu og endranær. *Ljósmeðrablaðið*, 88(1), 6-12.

Bacchus, L., Bewley, S. og Mezey, G. (2001). Domestic violence and pregnancy. *The Obstetrician and Gynaecologist*, 3(2), 56-59.

Bacchus, L., Mezey, G. og Bewley, S. (2002). Experiences of seeking help from the health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health and Social Care in the Community*, 11(1), 10-18.

Bergman, K., Sarkar, P., Glover, V. og O'Connor, T. (2008). Quality of child-parent attachment moderates the impact of antenatal stress on child fearfulness. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4(10), 1089-1098.

Carlson, B. E. (1990). Adolescent observers of marital violence. *Journal of Family Violence*, 5, 285-299.

Cascardi, M. og O'Leary, K. D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 249-259.

Community Practitioner (ónafngreindur höfundur fréttar) (2010). Training to spot domestic abuse. *Community Practitioner*, 83(8), 10.

Davies, L. og Krane, J. (2006). Collaborate with caution: Protecting children, helping mothers. *Critical Social Policy*, 26, 412-425.

Dehon, C. og Weems, C.F. (2010). Emotional development in the context of conflict: The indirect effects of interparental violence on children. *Journal of Child and Adolescent Studies*, 19(3), 287-297. Doi: 10.1007/s10826-009-9296-4.

Foy, R., Nelson, F., Penney, G. og McIlwaine, G. (2005). Antenatal detection of domestic violence. *The Lancet*, 355(9218), 1915-1916.

Graham-Bermann, S. A. (1996). Family worries: The assessment of interpersonal anxiety in children from violent and nonviolent families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 280-287.

Graham-Bermann, S. A. og Perkins, S. (2010). Effects of early exposure and lifetime exposure to intimate partner violence (IPV) on child adjustment. *Violence and Victims*, 25(4), 427-439. Doi: 10.1891/0886-6708.25.4.427.

Graham-Bermann, S. A. og Seng, J. (2005). Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high-risk children. *The Journal of Pediatrics*, 146(3), 309-310.

Guðrún Kristinsdóttir og Ingibjörg H. Harðardóttir (2006). Mörg íslensk börn hafa vitneskjuna: Um þekkingu og skilning barna á ofbeldi á heimilum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 84(5), 46-54.

Hagemann-White, C. Katenbrink, J. og Rabe, H. (2006). *Combating violence against women: Stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe member states*. Strassbourg: Directorate General of Human Rights.

Haight, W. L., Shim, W. S., Linn, L. M. og Swinford, L. (2007). Mothers' strategies for protecting children from batterers: The perspectives of battered women involved in child protective services. *Child Welfare*, 86(4), 41-63.

Hegarty, K., Taft, A. og Feder, G. (2008). Violence between intimate partners: Working with the whole family. *British Medical Journal*, 337, 621-624.

Jarvis, K. J., Gordon, E. E. og Novaco, R. W. (2005). Psychological distress of children and mothers in

domestic violence emergency shelters. *Journal of Family Violence*, 20, 389-402.

Kernic, M. A., Wolf, M. E., Holt, V. L., McKnight, B., Huebner, C. E. og Rivara, R. P. (2003). Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1231-1246.

Khashan, S. A., Abel, K. M., McNamee, R., Pedersen, M. G., Webb, R. T., Baker, P. N., Kenny, L. C. og Mortensen, P. B. (2008). Higher risk of schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events. *Archives of General Psychiatry*, 65(2), 146-152.

Khashan, S. A., McNamee, R., Abel, K. M., Mortensen, P. B., Kenny, L. C., Pedersen, M. G., Webb, R. T. og Baker, P. N. (2009). Rates of preterm birth following antenatal maternal exposure to severe life events: A population-based cohort study. *Human Reproduction*, 1(1), 1-9.

Kinsworthy, S. og Garza, Y. (2010). Filial therapy with victims of family violence: A phenomenological study. *Journal of Family Violence*, 25(4), 423-429.

Kolar, K. R. og Davey, D. (2007). Silent victims: Children exposed to family violence. *The Journal of School Nursing*, 23(4), 423-429. Doi: 10.1177/1059840507070230020501.

Lang, J. M. og Stover, C. S. (2008). System patterns among youth exposed to intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 23, 619-629.

Lieberman, A. F., Van Horn, P. og Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1241-1248.

Litrownik, A. J., Newton, R., Hunter, W. M., English, D. og Everson, M. D. (2003). Exposure to family violence in young at-risk children: A longitudinal look at the effects of victimization and witnessed physical and psychological aggression. *Journal of Family Violence*, 18, 59-73.

March, P. D. og Jaffe, S. E. (2010). Intimate partner violence: Effect on children. *Cinahl Information Systems*. 30. april.

Mattes, E., McCarthy, S., Gong, G., Eekelen, J. A. M., Dunstan, J., Foster, J. og Prescott, S. L. (2009). Maternal mood scores in mid-pregnancy are related to aspects of neonatal immune function. *Brain Behavior and Immunity*, 23, 380-388.

McEwen, B. S. (2008). Understanding the potency of stressful early life experiences on brain and body function. *Science Direct*, 57, S11-S15.

Mertin, P. og Mohr, P. B. (2002). Incidence and correlates of posttrauma symptoms in children from backgrounds of domestic violence. *Violence and Victims*, 17(5), 555-567.

Mill, J. og Petronis, A. (2008). Pre- and perinatal environmental risks for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): The potential role of epigenetic processes in mediating susceptibility. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1020-1030.

Milletich, R. J., Kelley, M. L., Doane, A. N. og Pearson, M. R. (2010). Exposure to interparental violence and childhood physical and emotional abuse as related to physical aggression in undergraduate dating relationships. *Journal of Family Violence*, 25(7), 627-637. Doi: 10.1007/s10896-0109319-3.

Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A. o.fl. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence*, 25(1), 53-63.

Naumann, P., Langford, D., Torres, S., Campbell, J. og Glass, N. (1999). Women battering in primary practice. *Family Practice*, 16, 345-352.

Osofsky, J. D. (1995). Children who witness domestic violence: The invisible victims. *Social Policy Report*, 9(3), 1-20.

Russell, D., Springer, K. W. og Greenfield, E. A. (2010). Witnessing domestic abuse in childhood as an independent risk factor for depressive symptoms in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 448-453.

Samtök um kvennaathvarf (2008). Ársskýrsla.

Reykjavík: Höfundur.

Shadigan, E. M. og Bauer, S. T. (2003). Screening for partner violence during pregnancy. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 84, 273-280.

Shonkoff, J. P., Boyce, T. B. og McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*, 301(21), 2252-2259.

Shonkoff, J. P. o.fl. (2009). Young children development in an environment relationships, working paper 1. National scientific council of the developing child. *Center of Developing Child, Harvard University*. Sótt af: http://developingchild.harvard.edu/index.php/search/?search_paths%5B%5D=&query=-working+paper+1

Sigríður Halldórsdóttir. (2000). The Vancouver-school of doing phenomenology. Í B. Fridlund og C. Hildingh (ritstjórar), *Qualitative research methods in the service of health* (bls. 47-81). Lund: Studentlitteratur.

Sigríður Halldórsdóttir. (2003). Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknir í heilbrigðisvísindum* (bls. 249-265). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Sigríður Sía Jónsdóttir. (2009). Skimun fyrir ofbeldi á meðgöngu – hlutverk ljósmeðra. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir (ritstjórar), *Lausnarsteinar – Ljósmeðurfræði og ljósmeðurlist* (bls 38-55). Reykjavík 2009. Hið íslenska bókmenntafélag og Ljósmeðrafélag Íslands.

Stenson, K., Saarinen, H., Heimer, G. og Sidenvall, B. (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*, 17, 2-10.

Sternberg, K. J., Baradaran, L. P., Abbott, C. B., Lamb, M. E. og Guterman, E. (2006). Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Developmental Review*, 26, 89-112.

Sugarman, D. B. og Hotaling, G. T. (1989). Violent men in intimate relationships: An analysis of risk markers. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 1034-1048.

Taft, A. (2002). Violence against women in pregnancy and after childbirth: Current knowledge and issues in health care responses. *Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse*, 6, 1-23.

Taket, A., Nurse, J., Smith, K., Watson, J., Shakespeare, J., Lavis, V., Cosgrove, K., Mulley, K. og Teder, G. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. *British Medical Journal*, 20(327), 673-676.

Talge, N. M., Neal, C. og Glover, V. (2006). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: How and why? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3/4), 245-261.

Timmer, S. G., Ware, L. M., Urquiza, A. J. og Zebell, N. M. (2010). The effectiveness of parent-child interaction therapy for victims of interparental violence. *Violence and Victims*, 25(4), 486-503. Doi: 10.1891/0886-6708.25.4.486.

Turner, H. A., Finkelhor, D. og Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on mental health of children and adolescents. *Social Science and Medicine*, 62, 13-27.

Wenzel, J. D., Monson, C. L. og Johnson, S. M. (2004). Domestic violence: Prevalence and detection in a medicine residency clinic. *JAOA*, 104(6), 233-239.

Wolfe, F.A., Crooks, C.V., Lee, V., McIntyre-Smith, A. og Jaffe, P.G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 6, 171-187.

Women's Aid, until women are safe (2006). *Domestic violence: Frequently asked questions Factsheet 2004/2005*. Sótt af: www.womensaid.org.uk

„Dýrðlegt að þekkja ljósmóðurina“

Fæðingarsaga

Verkefni það sem hér birtist er unnið í tengslum við áfangann Inngangur að ljósmóðurfræði I í ljósmóðurnáminu við Háskóla Íslands. Ég fékk tvær konur mér nákomnar til að segja mér frá sinni reynslu í tengslum við fæðingar, það er fæðingarsögur sínar. Samanburður sagnanna var áhugaverður og þrátt fyrir að um fjórir áratugir væru milli fæðinganna þá var ótrúlega margt líkt með þeim. Það voru að miklu leyti sömu atriðin sem konurnar töluðu um og mikilvægustu atriði fæðinganna voru að þeirra mati mjög svipuð. Ég sem verðandi ljósmóðir gerði svo tilraun til að draga fram þau atriði úr sögunum sem mér þótti að tengdust mest ljósmóðurstarfinu, hvaða lærdóm ég mætti draga af þeim og hvernig þær tengdust hugmyndafræðilegum áherslum náms í ljósmóðurfræði.

Verkefni um fæðingasögur í nánasta umhverfi mínu og upplifun sögumanna á fæðingum sínum og áhrif þeirra á mig sem verðandi ljósmóðir kom mér skemmtilega á óvart. Ég fékk tvær konur á ólíkum aldri til að segja mér sína sögu. Þrátt fyrir að aðstæður þeirra hafi verið ólíkar á margan hátt var upplifun þeirra að mörgu leyti svipuð, ekki bara hvað varðar fæðinguna sjálfa heldur einnig á þeirri þjónustu sem í tengslum við hana er veitt. Þessar konur áttu annars vegar fimm og hins vegar þrjú börn og áttu þær börn sín á mismunandi stöðum á landinu við mismunandi aðstæður. Af samtölum mínum við þær má vera ljóst að þær konur sem búa úti á landi og velja að eiga barnið sitt þar, hvort sem er heima eða á minni sjúkrahúsum, finnist þær oft fá einstaklingsmiðaðri þjónustu og nái jafnvel betra sambandi við ljósmóðurina heldur en þær sem ala börnin sín á stærri stöðum.

Hér áður fyrr voru ljósmæður sem unnu í fámennari og dreifbýlli sveitum landsins oft áberandi persónur og sýnist mér af frásögnum að þær hafi almennt hlotið ákveðna virðingu fyrir störf sín. Þær voru mikilvægir þátttakendur í lífi þeirra sem bjuggu í sveitinni sökum þess að flestir þurftu á aðstoð þeirra að halda. Stundum þurftu þær líka að gegna öðrum störfum fyrir utan ljósmæðrastörfin eins og t.d. að gera að sárum eða sauma einhvern sem hafði slasast ef lækni var ekki til taks.



Guðrún Ásta Gísladóttir,
nemi á 1. ári í ljósmóðurfræði

Fæðingarsaga Jónu

Jóna er 78 ára gömul ekkja. Hún ól 5 börn og hefur búið alla sína tíð úti á landi. Hún er fædd og uppalin á Stöðvarfirði en fluttist þaðan ung að árum í Rangárvallasýslu og hefur búið þar síðan. Þegar Jóna var beðin um að segja sögu sinna fæðinga fannst henni fyrsta fæðingin sín vera eftirminnilegust.

Sagan átti sér stað um hásumar árið 1954. Jóna var 22 ára verðandi móðir. Hún var ekki í föstu sambandi við barnsföður sinn en hann var úti á sjó þegar fæðingin fór af stað og var þar af leiðandi ekki nálægur. Jóna bjó í foreldrahúsum á Stöðvarfirði og fór fæðingin fram heima hjá þeim. Á þessum tíma voru tvær ljósmæður starfandi á Stöðvarfirði. Sú ljósmóðir sem tók á móti hjá Jónu hét Guðbjörg Elinmundardóttir. Ljósmæðurnar tvær hjálpuðu stundum hvor annarri en þó var algengara að einhver önnur kona væri þeim innan handar. Í Jónu tilfelli var kona af næsta bæ viðstödd fæðinguna en hún hét Nanna og var kennd við Hól. Hún þótti afar róleg og góð kona og var oft viðstödd fæðingar í sveitinni.

Á meðgöngunni fór engin sérstök mæðravernd fram en Guðbjörg ljósmóðir heimsótti Jónu fyrir fæðinguna, hún hlustaði hjartslátt barnsins með hlustunarpípu og skoðaði hana sjálfa. Móðursystir Jónu lánaði henni bók sem hún átti og hét Heilsufræði kvenna, en í þeirri bók gat Jóna lesið sér lítillega til um kvenlíkamann og fæðingu barns. Þar sá hún myndir af fæðandi konu og gat lesið lítillega í kringum það. Þetta var eina fræðslan og undirbúningurinn sem Jóna fékk fyrir fæðinguna.

Að kvöldi 14. júlí fékk Jóna fyrstu verkina og hélt að fæðingin væri að fara af stað. Hún var þá gengin fulla meðgöngu. Guðbjörg kom heim til Jónu um nóttina og skoðaði hana. Hún ákvað í kjölfarið að sitja yfir Jónu um nóttina. Sóttin datt niður og lá að mestu niðri allan daginn og nóttina á eftir. Guðbjörg ljósmóðir fór aðeins heim til sín yfir daginn en kom aftur síðdegis til að sitja yfir Jónu næstu nótt. Það var síðan ekki fyrr en undir morgun næsta dag, þann 16. júlí að fæðingin fór aftur af stað.

Guðbjörgu þótti gangur fæðingarinnar vera heldur hægur og vafasamur og kallaði því eftir Haraldi Sigurðssyni lækni frá Fáskrúðsfirði. Fæðingin hélt áfram og þótti Jónu nú nóg um og lýsir miklum verkjum og segir að hún hafi verið hálfgerð „óhemja“. Rétt eftir hádegi eða um klukkan 14:00 fæddist síðan 13 marka drengur. Drengurinn var mjög máttvana við fæðingu, blár að lit og líflítill. Guðbjörg og Haraldur reyndu að fá hann til að gráta og það helsta sem Jóna man eftir var þegar þau dýfðu drengnum í heitt og kalt vatn til skiptis til að reyna að vekja hann. Það var síðan eftir nokkurn tíma að hann fór að taka við sér. Drengurinn var þreyttur eftir þessi átök og vildi Guðbjörg því dvelja hjá Jónu þriðju nóttina og vaka yfir þeim mæðginum.

Guðbjörg kom daglega til Jónu í um viku eftir fæðinguna og hugsaði bæði um hana og drenginn. Guðbjörg baðaði drenginn og annaðist hann. Hún sá líka um aðhlýnningu á Jónu en á þessum tíma tíðkaðist að konur væru rúmliggjandi í um viku eftir fæðingu vegna hættu á blæðingum frá legi ef þær færu of snemma á fætur. Jóna þurfti að pissa í kopp og mátti lítið sem ekkert hreyfa sig. Guðbjörg ljósmóðir sá því meðal annars um að klæða og þvo Jónu. Þessi vika þótti Jónu erfið og segir hún að enn þann dag í dag séu jafnöldrur hennar að rifja upp hversu ömurlegt það hafi verið að þurfa að vera rúmliggjandi í viku eftir barnsburð. Þær hafi t.d. ekki haft neinn kraft til að standa upp eftir viku rúmlegu og fannst vera að líða yfir þær þegar þær stóðu upp.

Jóna lýsir Guðbjörgu ljósmóðir sem yndislegri konu. Jónu fannst skipta miklu máli hversu róleg og yfirveguð Guðbjörg var allan tímann í fæðingunni. Hún hafi treyst henni fyrir öllu og fannst hún mynda mjög gott samband við hana.

Nokkrum árum seinna fluttist Jóna suður og fæddi eftir það fjögur börn. Tvær eldri dætur sínar fæddi hún annars vegar í

Reykjavík og hins vegar í Hafnarfirði. Tvo yngri drengina sína fæddi hún svo annars vegar á heimili sínu og hins vegar á Selfossi.

Jóna talar mikið um að ljósmæðurnar sem hún kynntist úti á landi hafi verið yndislegar konur og það að þekkja þær fyrir fæðinguna hafi verið stór þáttur í að lifa vel í fæðingunni. Hún sagði að ljósmæðurnar í Reykjavík og Hafnarfirði hafi verið góðar konur en hún muni lítið eftir þeim. Jóna talaði um að helsti kostur þess að fæða í Reykjavík hafi verið sá að þá hafi hún fengið góða hvíld fyrir og eftir fæðinguna þegar hún dvaldi hjá móðursystur sinni. Næst yngsta barnið sitt átti hún heima og þótti henni það gott. Þá tók ljósmóðirin í sveitinni á móti og var fjöldi fjölskyldumeðlima viðstaddur. Yngsta barnið sitt fæddi hún síðan á sjúkrahúsinu á Selfossi, henni þótti það svo heimilislegt og gott að hún líkti því við heima-fæðingu. Hún hét sjálfri sér því að ef hún myndi eignast fleiri börn myndi hún fæða þau á Selfossi en til þess kom þó ekki. Jóna segist oft hafa hugsað með sér hversu mikið þessar ljósmæður úti á landi hafi þurft að þola og hversu færar þær hafi verið.

Fæðingarsaga Rósu

Rósa er 48 ára gömul kona. Hún er gift og á þrjú uppkomin börn. Fyrsta barnið hennar fæddist árið 1982, annað árið 1985 og það síðasta fæddist árið 1994. Þegar ég bað hana að segja sögu sinna fæðinga vildi hún tala um fæðingu yngstu dóttur sinnar. En sú fæðing er frábrugðin hinum á þann hátt að æskuvinkona hennar, Sigurlinn Sváfnisdóttir, sem er starfandi ljósmóðir á Selfossi kom úr sínum frítíma og tók á móti barninu.

Sigurlinn fylgdi Rósu í gegnum alla meðgönguna í mæðravernd á Hellu. Rósa hafði verið í mjög miklum samskiptum við Sigurlinn og aðrar ljósmæður á Selfossi á meðgöngunni vegna mikilla uppkasta alla meðgönguna. Hún ældi bókstaflega frá degi eitt og fram á síðasta dag. Vegna þessa þurfti hún að fara nokkrum sinnum á spítala til að fá næringu í æð sökum þess hversu orkulítill hún var orðin. Engar sérstakar ástæður fundust fyrir þessum uppköstum, einhverjir læknar vildu tengja þetta andlegri líðan en því er Rósa ekki sammála. Meðal annars vegna þess að hún var farin að æla þó nokkru áður en hún vissi að hún væri þunguð.

Hún var gengin tæpar 38 vikur af meðgöngunni þegar hún fór af stað. Jólnin voru á næsta leiti, það var 20. desember. Hún fór af stað rétt eftir hádegi. Fyrri fæðingar höfðu gengið hratt og vel fyrir sig og hafði Rósa á tilfinningunni að þessi fæðing myndi einnig ganga vel. Eiginmaður Rósu og Sigurlinn voru þau einu sem tóku þátt í fæðingunni. Hún segist hafa verið ánægð með það þar sem hún hafi alltaf viljað vera svo að segja ein með sjálfri sér í fæðingunni, henni finnst hún sjálf hafa bestu stjórnina og hún ein geti gert þetta.

Þegar hún kom á sjúkrahúsið var hún komin með 6 í útvíkkun. Hún fékk enga deyfingu í fæðingunni. Henni fannst í þessari fæðingu sem og hinum fyrri hún alltaf fá þessa tilfinningu um að hún vilji hætta við eða fresta þessum ósköpum. Sársaukinn var svo mikill og hún vildi bara að þeim myndi ljúka sem fyrst. Eftir eðlilegan framgang fæðingar fæddist síðan fin 15 marka stelpa rétt fyrir kvöldmat.

Rósu fannst gott að geta haft eiginmann sinn sem mest hjá sér í sængurlegunni. Eiginmaður hennar valdi að fara heim á nóttinni til að sinna eldri börnum en Rósa og nýfædda stúlkan dvöldu á spítalanum í þrjár nætur. Þau héldu síðan öll heim á Þorláksmessu. Rósu fannst gott hversu fáar konur voru á sængurkvennadeildinni og hvað andrúmsloftið þar var heimilislegt og notalegt.

Rósa talar um að það hafi verið „dýrðlegt að þekkja ljósmóðurina“. Hún segir að það sé erfitt að lýsa þessu eitthvað nánar en öll samskipti hafi gengið svo vel og henni líðið vel í fæðingunni. Sigurlinn vissi alltaf hvað átti að gera og vissi alveg hvernig hún átti að umgangast þau hjónin. Það að þekkja ljósmóðurina svona vel er bara ómetanlegur þáttur í öllu ferlinu að mati Rósu.

Rósa átti tvö eldri börnin sín í Reykjavík því þá bjó hún þar. Hún segir að það hafi aldrei hvarflað að sér að eiga hin börnin á öðrum stað, því þá þekkti hún ekkert annað. Hún telur þó að fæðingarreynslan frá Selfossi hafi verið best og það að hafa kannast við flestar ljósmæðurnar á staðnum hafi vegið þungt. Hún talar einnig um að ljósmæðurnar í Reykjavík hafi reynst sér vel. Þrátt fyrir það man hún minna eftir þeim enda gafst minni tími til samskipta og frekari kynna.

Samantekt

Framangreindar sögur bera það með sér að konur sem fæða börn sín í smærri byggðarlögum geti notið ákveðinna forréttinda. Þau forréttindi felast í því að vera í nánari tengslum við sína ljósmóður og geta jafnvel fengið sömu ljósmóður með sér á meðgöngu, í fæðingu og í sængurlegu. Ég tel að ef ljósmóðir hefur haft árangursrík samskipti við verðandi foreldra á meðgöngunni geti það haft góð áhrif í fæðingunni.

Það kom skýrt fram í fæðingarsögnum að þessar konur mátu samband sitt við ljósmóður fyrir og í fæðingu mikils og átti það stóran þátt í upplifun þeirra af fæðingunni. Konurnar tvær þekktu þó ljósmæðurnar sínar á mjög ólíkan hátt. Jóna úr fyrri sögunni þekkti sína ljósmóður úr þorpinu, kannaðist við hana og hafði heyrt af hennar góðu verkum. Hún hafði t.d. tekið á móti litlu systur hennar nokkrum árum áður. Rósa úr seinni sögunni hafði æskuvinkonu sína sem ljósmóður og er það örugglega óskastaða fyrir margar konur að

hafa einhvern hjá sér sem maður treystir fullkomlega og kann vel að meta. Það kom líka skýrt fram í frásögn Rósu þegar hún sagði að það hafi verið „dýrðlegt“ að hafa Sigurlinn sem ljósmóðir. Mér fannst þetta lýsingarorð segja allt sem segja þurfti.

Það er ekki lífsspursmál að ná að mynda svona sterk tengsl við ljósmóður og auðvitað ekki allir sem eiga kost á því. Það er þó ljóst að þann tíma sem ljósmóðirin fær með konunni, á meðgöngunni og í fæðingunni er nauðsynlegt að nýta vel til að kynna og byggja upp traust og eðlileg samskipti.

Það sést vel á þessum sögum að mikilvægi nærveru og yfirsetu ljósmóður hefur haldist óbreytt í árunna rás og mun alltaf skipa stóran sess í starfi ljósmæðra. Ég tel að umræðan um starf ljósmæðra og eðli þess verði að fá meiri umfjöllun í samfélaginu þar sem margir eru farnir að sjúkdómssvæða fæðinguna, hið náttúrulega ferli hefur aðeins gleymst. En það er auðvitað einn af hornsteinum ljósmóðurfræðinnar að líta á fæðinguna sem lífeðlislegt ferli, bregðast við þeim aðstæðum sem geta komið upp og leita samráðs eða vísa á aðra sérfræðinga verði hinni barnshafandi konu ekki sinnt af ljósmóðurinni einni, samanber það sem fram kemur í hugmyndafræðilegum áherslum náms í ljósmóðurfræði. Umræðan í samfélaginu í dag hvetur konur að vissu leiti til að fæða börnin sín frekar í Reykjavík, til að skjótari möguleiki gefist til inngripa.

Af fenginni reynslu af fæðingu úti á landi tel ég sorglega þróun ef flestallar fæðingar flytjast til Reykjavíkur og konur hætta að líta á fæðinguna sem eðlilegt ferli. Þá tapast valmöguleikinn sem konur hafa um fæðingarstað. Litlar fæðingarstofur úti á landi geta vegna smæðar sinnar og fjölda fæðinga veitt góða og persónulega þjónustu. Eins og Jóna sagði í fæðingarsögu sinni þá fannst henni upplifunin af fæðingu sinni á Selfossi komast nærri því að eiga heima.

Þegar ég velti fyrir mér hvaða áhrif fyrrgreindar fæðingarsögur hafa á mig sem verðandi ljósmóður er af nokkru að taka. Mér sýnist ljóst að nýta þurfi þann tíma sem gefst í aðdraganda fæðingarinnar til að tengjast konunni og eftir atvikum maka hennar einhverjum böndum. Ég sem ljósmóðir þarf að vera vel upplýst og örugg í starfi, veita markvissa fræðslu og svara spurningum foreldranna á vandaðan og greinargóðan hátt. Allir þessir þættir stuðla að því, hvort sem tíminn með hinum verðandi foreldrum er mikill eða litill, að þegar að fæðingunni kemur þá muni foreldrarnir en frekar geta treyst á fúmlaus vinnubrögð ljósmóðurnar. Ofangreint er í samræmi við nokkrar af þeim hugmyndafræðilegu áherslum sem lagðar eru til grundvallar í ljósmóðurfræðinámi, svo sem að ávinna sér virðingu og traust konunnar og að styrkja hana í sínum ákvörðunum.

Keisaraskurður íslenskrar ljósmóður í Vesturheimi árið 1891

Guðrún Guðmundsdóttir ljósmóðir fæddist á bænum Teigakoti á Akranesi þann 1. október árið 1853. Móðir hennar dó úr holdsveiki þegar Guðrún var aðeins fjögurra mánaða gömul og föður sinn missti hún 14 ára. Eftir það var hún vinnukona á nokkrum stöðum á Akranesi uns hún fékk tækifæri til að fara til náms í Kvennaskólann í Reykjavík. Guðrún var síðan útnefnd af hreppsnefnd Akranes-hrepps til þess að nema ljósmóðurfræði í kjölfar þess að landlæknir hóf áróður fyrir mikilvægi þess að menntaðar ljósmæður væru í hverju héraði. Hún nam ljósmóðurfræði í Reykjavík hjá Jóni Hjaltalín landlækni og Þorbjörgu Sveinsdóttur ljósmóður veturinn 1879 og starfaði að námi loknu sem ljósmóðir á Akranesi uns hún hélt til Vesturheims árið 1886.

Árið 1880 giftist hún Þórði Guðmunds-syni frá Háteigi en varð ekkja fjórum árum síðar er hann drukknaði við hákarlaveiðar í miklu óveðri sem kostaði 31 sjómann lífið og hjó stórt skarð í karlmannahópinn á Akranesi, en plássíð missti tvo báta með 18 karlmönnum. Árið 1885 hóf Guðrún búskap með Bjarna Þórðarsyni og flutti ásamt honum og nokkrum öðrum Vestur-förum frá Akranesi til Kanada sumarið 1886 til að setjast að í nýrri Íslendinganýlendu, Þingvallabyggðinni, sem var að myndast á hásléttu Assinboiafylkisins, síðar Saskatchewan. Nýlendan var um 400 km norðvestan við Winnipeg og var á þeim tíma vestasta Íslendingabyggðin í Kanada.

Í Þingvallabyggðinni reistu Guðrún og Bjarni sér lítið bjálkahús auk útihúss og komu sér fljótlega upp tveimur uxum, tveimur nautum og tveimur kúm. Guðrún var skráð fyrir landinu, en á þessum tíma var mjög sjaldgæft að konur væru skráðar fyrir landi í Kanada. Hún starfaði sem ljósmóðir meðal landnemanna en Bjarni vann eins og margir aðrir Íslendingar við lagningu brautarteina Manitoba Northwestern Railroad frá Winnipeg til Yorkton sem gaf þeim möguleika á að vinna sér inn fyrir efni til húsbygginga og til að kaupa nautgripi og annað sem þurfti til þess að hefja búskap. Nær öruggt er að ljósmóðurstarfið í Þingvallabyggðinni hefur ekki fært Guðrúnu miklar tekjur vegna þess að landnemarnir voru bláfátækir. Starfið kostaði mikla fjarveru frá heimilinu, bæði voru ferðalögin löng og svo dvöldu ljósmæður yfirleitt á heimilinu þar til konan gat farið að hugsa sjálf um barnið sem gat tekið allt að 10



Guðrún Guðmundsdóttir 1853-1922.

dögum. Bjarni og Guðrún giftust ekki og í flestum gögnum var Guðrún skráð bústýra hans. Þau eignuðust engin börn en tóku að sér þrjú fösturbörn til lengri eða skemmri tíma. Fösturbörn þeirra voru Júlíana Jónsdóttir, bróðurdóttir Guðrúnar, sem var send til þeirra frá Akranesi árið 1887, þá tæplega 11 ára, Guðbjörg Eyjólfs-son sem þau ólu upp frá fæðingu árið 1891 og Guðjón Þórðarson, bróðursonur Bjarna, sem var sendur til Kanada frá Akranesi árið 1897, þá á 12. ári. En það er einmitt sagan af fæðingu Guðbjargar sem er tilefni þessarar greinar.

Fæðing Guðbjargar

Dag einn seint í októbermánuði árið 1891 var nágrannakona Guðrúnar, Guðbjörg Sveinsdóttir stödd hjá henni. Hún var kona Konráðs Eyjólfs-sonar og var ófrísk og að falli komin. Þau hjónin áttu ekki börn á lífi en höfðu áður misst tvö börn. Líklega hefur Guðbjörg ætlað að dvelja hjá Guðrúnu fram yfir fæðingu barnsins vegna þess að hún var ein heima þar sem Konráð var fjarverandi vegna vinnu við lagningu járnbrautarteina. Þennan dag var óvenju heitt í veðri og mollulegt og fór Guðbjörg sem var að aðstoða Guðrúnu við bústörfin því út til að brynna tveimur uxum sem í þá daga voru þörfustu þjónar innflytjenda í Kanada enda miklu ódýrari en hestar. Vegna hitans var mikil fluga í kringum uxana og angraði hún þá mjög svo að þeir hristu hausinn í sífellu og sveifluðu beittum hornunum til að fæla flugurnar burtu. Þá vildi svo slysalega til að annar uxanna stakk Guðbjörgu, á hol og

reif sex þumlunga langa rifu í síðu hennar. Guðrún var sem betur fer ekki langt undan og kom strax til hjálpar. Guðbjörg sem var illa særð bað Guðrúnu um að reyna að bjarga barninu. Guðrún var staðráðin í að verða við ósk Guðbjargar og undirbjó keisaraskurð í bjálkakofanum með þeim áhöldum sem hún hafði við hendina. Hún svæfði Guðbjörgu með klóróformi og framkvæmdi keisaraskurð og náði barninu lifandi. Ekki er vítað til að neinn hafi aðstoðað Guðrúnu við keisaraskurðinn en mögulegt er að Júlíana fösturdóttir hennar sem þá var 15 ára hafi verið á staðnum. Guðbjörg lifði einhvern tíma eftir keisaraskurðinn en var mjög þungt haldin eins og sjá má á fréttinni sem birtist í Lögbergi fimm dögum síðar. Í fréttinni er reyndar ekkert minnst á keisaraskurðinn enda voru slíkar aðgerðir lítt þekktar þá.

Lögberg 28. október 1891.

„HÖRMULEG SAGA hefur borizt vestan úr Þingvallanýlendu. Kona Konráðs Eyjólfs-sonar, bónda eins þar skaðaðist hræðilega. Uxi rak hornið inn í kvið hennar og reif sex þuml. langa rifu. Konan var rjett komin að falli. Hún hefur síðan alið barnið og er það heilbriggt. Sjálf var hún lifandi, þegar síðast frjettist, en í mjög mikilli hættu“.

Ekki er vítað hve lengi Guðbjörg lifði eftir keisaraskurðinn, en barnið sem var heilbrigð stúlka lifði og það eina sem sá á henni var hola í hnakknum eftir hornið á uxanum. Þessar menjar bar hún síðan alla ævi. Konráð mun ekki hafa frétt af keisaraskurðinum og láti konu sinnar fyrir en hann kom heim í fri nokkrum mánuðum síðar enda erfitt að koma boðum til manna út í óbyggðir. Litla stúlkan var nefnd Guðbjörg í höfuðið á móður sinni og það ætlaðist þannig að Guðrún og Bjarni tóku hana í föstur.

Eftir sjö ára dvöl í Þingvallabyggðinni yfirgáfu Guðrún og fjölskylda land sitt eins og flestir Íslendinganna vegna erfiðra búsetuskilyrða og vatnsskorts. Þau héldu norðar í fylkið og settust að á fallegum stað við Whitesand River tæpum 60 kílómetrum norðvestur af Yorkton og um 520 kílómetrum fyrir norðvestan Winnipeg. Á svæðinu var fámennur hópur Íslendinga en talsvert af Úkraínómönnum. Á þeim tíu árum sem þau bjuggu við Whitesand River fæddust nokkur íslensk börn en ekki er ólíklegt að Guðrún hafi einnig tekið á móti

börnum af öðru þjóðerni því hún var farsæl ljósmóðir og ávann sér traust fyrir störf sín. Guðrún fékkst einnig við lækningar og til hennar var talsvert leitað vegna þess að enginn lærður læknir var á svæðinu, en fara þurfti um 60 kílómetra leið á hestum til Yorkton til að sækja lækni. Vegna hæfileika hennar og velgengni fékk Dr. T.A. Patrick í Yorkton, sem þá var einn helsti læknirinn í fylkinu hana oft til þess að annast sjúklinga sína sem hefur þá væntanlega kostað hana dvöl á heimilum þeirra til lengri eða skemmri tíma.

Árið 1904 flutti fjölskyldan enn lengra til norðurs og settist að skammt frá þeim stað þar sem bærinn Leslie reis nokkrum árum síðar í Íslendingabyggðinni sem þá var að myndast í kringum Foam Lake vatnið. Á svæðinu var enginn læknir frekar en við Whitesand River og fara þurfti 92 kílómetra leið til Yorkton eftir lækni. Notaður var vegslóði indíánanna vegna þess að engir voru veginir og ferðin til Yorkton gat tekið um sólarhring. Það hefur verið íbúunum hjálp og stuðningur að fá Guðrúnu til byggðarinnar því árið áður en hún kom hafði verið íbúunum erfitt vegna þess að þá geisaði þar skæður skarlatsoðfaraldur (flekksótt) sem dró mörg íslensk börn og nokkra fullorðna til dauða. Á fáum árum varð Vatnabyggð að stóru Íslendingasamfélagi og árið 1911 voru nærri 2000 Íslendingar á svæðinu. Guðbjörg Eyjolfsson bjó hjá fösturfóreltrum sínum þar til hún giftist Tómasi S. Halldórssyni og settist að með honum skammt austur af Leslie og þar eignuðust þau átta börn. Guðrún vann sem ljósmóðir meðan hún hafði heilsu til, en hún dó á heimili Guðbjargar og Tómasar 24. mars árið 1922 eftir langvarandi veikindi. Talið er að Guðrún hafi tekið á móti 336 börnum á starfsævi sinni. Bjarni dó ekki fyrr en árið 1945 og hann hvílir ásamt Guðrúnu og mörgum af íslensku landnemunum í kirkjugarðinum í Bertdale í Vatnabyggð. Guðbjörg varð ekkja árið 1942 en giftist aftur og flutti til Vesturstrandarinnar árið 1944. Hún lést árið 1959 í White Rock í British Columbia, 68 ára að aldri.

Þegar Guðrún framkvæmdi keisaraskurðinn í Kanada hafði aðeins einn keisaraskurður verið framkvæmdur á Íslandi en það var árið 1865, löngu áður en Guðrún fór í ljósmæðranámið. Þar var um dvergvaxna konu að ræða sem talið var víst að gæti ekki fætt barnið og var því ákveðið að ráðast í keisaraskurðinn til að freista þess að bjarga lífi beggja. Aðgerðina gerði Jón Hjaltalín landlæknir með hjálp Gísla Hjálmars-sonar og tveggja franskra skipslækna af herskipinu Pandora sem hann kallaði sér til aðstoðar, en þeir sáu um svæfinguna. Auk þeirra voru viðstaddir fjórir af fimm stúdendum sem voru að „lesa læknisfræði hjá landlækninum“. Enginn læknanna hafði verið viðstaddur keisaraskurð fyrr. Í blaðinu Þjóðólfi 4. júlí 1865 segir: „Chastang



Götustemming frá Winnipeg um aldarmótin.

og Dexier „cloroformiseruðu“ móðurina (gjörðu hana tilfinningavana og aflvana með „cloroform“). Dr. Hjaltalín gjörði náraskurðinn en Gíslí gekk síðan til og skar upp móðurlífið. Móðirin lést um sólarhring seinna en barnið lifði í sex mánuði“.

Keisaraskurður Guðrúnar var því annar keisaraskurðurinn sem framkvæmdur var af Íslendingi og Guðbjörg annað íslenska barnið sem tekið var með keisaraskurði og það fyrsta sem lifði fram á fullorðinsár. Þriðji keisaraskurðurinn var ekki gerður fyrr en 19 árum síðar eða árið 1910 þegar Matthías Einarsson á St. Jósefsspítala framkvæmdi keisaraskurð þar sem bæði móðir og barn lifðu.

Það er greinilegt að Guðrún hefur búið yfir meiri þekkingu en flestar ljósmæður þess tíma. Útilokað er að hún hafi verið viðstödd keisaraskurð áður, en hún hefur líklega verið búin að nema lýsinguna af keisaraskurðinum sem framkvæmdur var árið 1865 og getað nýtt sér það þegar hún þurfti að grípa til þess ráðs að framkvæma keisaraskurðinn á Guðbjörgu. Hæfni og áræðni Guðrúnar sem vakið hafa athygli í Kanada leiða hugann að kennslunni sem hún fékk í sínu ljósmæðranámi á Íslandi. Í ljós kemur að sá sem annaðist bóklega kennslu hennar í náminu var Jón Hjaltalín landlæknir, sá hinn sami og framkvæmdi keisaraskurðinn árið 1865. Hann þreyttist aldrei á að miðla ljósmæðranemum af læknisþekkingu sinni og var mikill áhugamaður um að bæta menntun og kjör ljósmæðra. Ætla má að Jón hafi sagt Guðrúnu frá keisaraskurðinum í smáatriðum og hún hafi síðan getað nýtt sér upplýsingarnar þegar á þurfti að halda. Keisaraskurðurinn sem Guðrún framkvæmdi er í raun enn meira afrek fyrir það að í þeim fyrsta komu fjórir læknar að verkinu en hún var ein. Minnst er á keisaraskurð Guðrúnar

í bókinni *The Saskatchewan Icelanders* eftir Walter Lindal og í bókinni *A Harvest yet to reap: a history of prairie women* eftir Lindu Rasmussen. Þá hefur Lesley Biggs dósent í kvenna- og kynjafræðirannsóknum við University of Saskatchewan rannsakað ævi Guðrúnar og lýst sögunni um keisaraskurðinn í tveimur greinum og í bókinni *Reconceiving Midwifery*, vegna þess að hún telur keisaraskurðinn varpa merkilegu ljósi á ljósmóðurstörf á þessum tíma. Hún telur Guðrúnu hafa sýnt meiri faglega færni en ljósmæður í Vesturheimi voru taldar búa yfir á þessum tíma og mun meiri kunnáttu en ef aðeins hefði verið um „yfirsetukonu“ að ræða. Guðrúnar var síðar minnst fyrir að hafa með sínum störfum lagt stóran skerf til farsældar þingvallabyggðarinnar og að hafa ekki bara unnið verk sína af alúð og kærleika heldur einnig fyrir að hafa veitt læknishjálp eftir bestu getu og allt fyrir litla og oft enga þóknun.

Helstu heimildir:

1. Lesley Biggs og Stella Stephanson (2006). In Search of Gudrun Goodman: Reflections on 'doing history' and memory. *The Canadian Historical Review*. 87, 2, bls. 293-316
2. Jón Þ. Hallgrímsson og Gunnlaugur Snædal (1988). Keisaraskurðir á Íslandi 1865-1919. Sögulegt yfirlit-I. grein. *Læknablaðið* 74, 67-71.
3. Jóhanna F. Jóhannesdóttir (2009). *Vestur um haf og heim aftur. Kanadadvöl Guðjóns á Ökrum 1897-1909.*

Jóhanna F. Jóhannesdóttir,
hjúkrunarfræðingur á Heilbrigðisstofnun
Vesturlands á Akranesi

Norðurlandaráðstefna ljósmæðra

Kaupmannahöfn 3.-5. júní 2010

Norðurlandaráðstefna ljósmæðra var haldin í Kaupmannahöfn dagana 3.- 5. júní 2010. Sól og blíða var allan tímann, allt skipulag á ráðstefnunni var til fyrirmyndar og svo var félagskapurinn náttúrulega frábær. Vel var hugsað um að næra ljósmæðurnar bæði á líkama og sál og var einn af hápunktum ráðstefnunnar hátíðarkvöldverðurinn í Tivollinu. Óhætt er að segja að þar sem ljósmæður eru samankomnar þar getur ekki verið leiðinlegt. Stemningin hjá íslensku ljósmæðrunum var frábær þó hópurinn væri ekki stór. Við fórum út að borða, lágum í sólinni milli erinda og nutum lífsins til hins ýtrasta fullar innblásturs eftir fróðlega fyrirlestra annarra ljósmæðra.

Íslenskar ljósmæður voru áberandi á ráðstefnunni með mörg mjög góð erindi. Í byrjun hélt Hildur Kristjánsdóttir formaður NJF tölu og var íslenskum ljósmæðrum til sóma. Aðrar ljósmæður sem voru með erindi voru Helga Gottfredsdóttir, en hún var með tvö erindi. Annað þeirra fjallaði um reynslu kvenna af mænurótardeyfingu og hitt um foreldra sem hafna fósturskimun. Sigríður Sía Jónsdóttir hélt erindi um hvernig ljósmæður skima fyrir ofbeldi í nánum samböndum á meðgöngu. Hulda Þórey Garðarsdóttir ljósmóðir í Hong Kong sagði frá reynslu sinni af því að starfa sem ljósmóðir í Hong Kong. Sigfríður Inga Karlsdóttir flutti erindi um hvað einkennir góða ljósmóður og Ólöf Ásta Ólafsdóttir var með erindi þar sem hún kynnti líkan sem hún er að próa ásamt ljósmæðrunum Marie Berg og Ingela Lundgren, en um er að ræða líkan sem mun gagnast í menntun og störfum ljósmæðra á Norðurlöndum. Undirritaðar kynntu svo lokaverkefni sitt um viðhorf og reynslu kvenna af fæðingum fjarri hátækni. Það var frábær upplifun að standa fyrir framan fullan sal af áhugasömum ljósmæðrum og fá tækifæri til að kynna verkefnið okkar og leyfa röddum kvenna sem fæða fjarri hátækni að heyrast. Fjöldi áhugaverðra erinda var á ráðstefnunni og oft var erfitt að velja úr. Þar sem við erum að stíga okkar fyrstu skref sem heima-fæðingaljósmæður og höfum mikinn áhuga á að koma á fót sjálfstætt starfandi ljósmæðrahópum sem bjóða uppá samfellda þjónustu í barneignaferlinu völdum við gjarnan erindi tengd heima-fæðingum eða ljósmæðrareknum einingum. Það var mjög hvetjandi að sjá að mjög víða eru ljósmæður að leggja sig fram um að gera heima-fæðingar að raunhæfum valkosti fyrir



Arney Þórarinsdóttir,
Ljósmóðir



Hrafnhildur Halldórsdóttir,
Ljósmóðir

verðandi foreldra. Einnig eru víða verkefni í gangi sem miða að því að veita samfellda þjónustu ljósmóður í barneignaferlinu.

Upphafserindið á fyrsta degi ráðstefnunnar hélt Hanne Kjærgaard, ljósmóðir í Danmörku en erindið hennar hét „Medicalisation of childbirth - have we gone too far?“ Með erindi sínu gaf hún tóninn fyrir það sem koma skyldi á ráðstefnunni. Þetta erindi hreyfði mikið við okkur og því langar okkur að segja frá því. Hún fjallaði um sjúkdómsvæðingu barneignaferlisins og velti hún fyrir sér hvort við hefðum gengið of langt í þeim efnum. Hún benti á að um leið og við eigum tækninni margt að þakka hvað varðar betri útkomu fæðinga þá væri ekki mikið til af rannsóknum sem styddu lækisfræðileg inngrip við eðlilegar fæðingar. Þrátt fyrir það hefðu lækisfræðileg inngrip á síðustu 30-40

árum „troðið sér“ inn í eðlilegar fæðingar og þá sérstaklega í hinum vestræna heimi, þ.á.m. á Norðurlöndunum. Þessi þróun ógrar hugtakinu „eðlileg fæðing“. Erum við jafnvel farin að líta á notkun mænurótardeyfinga og örvun með syntocinon sem hluta af eðlilegum fæðingum? Eins og fram kom í erindi hennar er örvun með syntocinon algengasta inngripið í fæðingum þrátt fyrir að skilgreiningar á langdregnum fæðingum séu á reiki og ekki allir sammála hvað það varðar. Fram kom að hjá 50% hraustra frumbyrja á Norðurlöndum er syntocinon notað til að örva fæðinguna. Einnig hafði hún áhyggjur af aukinni keisaratiðni og talaði um mikilvægi þess að sporna við ónaðsýnlegum keisurum. Kallaði þá því skemmtilega nafni „unnescasarians“.

Hún talaði á mjög áhugaverðan hátt um sögu barnsfæðinga og það hvernig aukinn áhugi karlmanna á fæðingum hefur í gegnum tíðina haft í för með sér aukin inngrip í fæðingarferlið. Hún nefndi einnig greiningarviðmið frá 1920 á langdregnum fæðingum en þá var tímaramminn mun víðari og eðlileg fæðing gat staðið frá 18 klukkustundum upp í nokkra daga. Ef búið var að útiloka misræmi fósturs og grindar og móður og barni leið vel var meðferðin við langdregnum fæðingum ekki mjög flókin en það var þolinmæði. Í því samhengi talaði hún um hvernig meðferð á langdregnum fæðingum hefði þróast úr þolinmæði yfir í óþolinmæði. Í nýrri skilgreiningum á langdreginni fæðingu væri jafnvel miðað við að útvíkkun sé 1.2 cm/klst og ef ferlið gengur hægar er brugðist við með belgjarofi og örvun með syntocinoni. Því er sífellt meiri krafa um að fæðingar taki styttri tíma, jafnvel styttri tíma en eðlilegt er. Hún talaði um hlutverk ljósmæðra í sjúkdómsvæðingu fæðinga og mikilvægi þess að ljósmæður standi vörð um eðlilegar fæðingar, það hefur að hennar mati aldrei verið eins mikilvægt og nú.

Hún talaði líka um yfirsetuna og að það væri sífellt algengara á stórum sjúkrahúsum að konur fengju mænurótardeyfingu og enga yfirsetu. Ljósmæður væru meira og meira inni á vakt þar sem þær gætu fylgst með nokkrum konum í einu á múnitor inni á vaktinni. Hún vakti athygli á því að munur væri á þjáningu og sársauka. Að kona með mænurótardeyfingu og enga yfirsetu finni kannski ekki fyrir sársauka en geti svo sannarlega þjáðst í fæðingunni þar sem



Formenn ljósmæðrafélaga á Norðurlöndum.

hana vantar þann stuðning sem ljósmóðirin annars veitir. Það var mjög áhrifaríkt þegar hún spilaði upphafsstef lagsins „Bridge over troubled water“ til að leggja áherslu á mikilvægi yfirsetunnar, við leyfum þessum línunum að fylgja hér með:

*When you're weary, feeling small.
When tears are in your eyes,
I will dry them all
I'm on your side, when time get rough*

Ekki var laust við að tár féllu í salnum þegar þetta var spilað. Þetta er eitthvað sem vert er að hafa í huga nú á tímum niðurskurðar og með auknu álagi á fæðingardeildum. Þó ástandið sé kannski ekki orðið svona slæmt hjá okkur þá getur það orðið það ef við stöndum ekki vörð um yfirsetu ljósmóður í fæðingu.

Á föstudeginum var ekki síður áhugavert upphafsferindi en þá talaði Cathy Warwick ljósmóðir í Bretlandi um mikilvægi þess að konur í barneignafærlinu hefðu val á þjónustu því það stuðlar að jákvæðri upplifun, eflir konur og er mikilvægt fyrir vöxt og þroska ljósmóðurstéttarinnar. Hún nefndi sérstaklega mikilvægi þess að konur hefðu aðgang að ljósmæðrastýrðum einingum, það væri einn stærsti þátturinn í að stuðla að eðlilegum fæðingum. Hún talaði um að þrátt fyrir fjölda ljósmæðrastýrðra eininga í Bretlandi byggju 40% kvenna þar við það að hafa ekki aðgang að slíkum einingum. Einnig talaði hún um að ljósmæður þyrftu að vera duglegar við að kynna fyrir skjólstæðingum sínum þá valkosti sem standa þeim til boða því ef konur vita ekki af valkostunum sem í boði eru þá hafa þær ekki raunverulegt val.

Það kom vel fram á ráðstefnunni að á öllum Norðurlöndunum eru ljósmæður að heyja sömu baráttuna, þ.e.a.s. að standa vörð um skjólstæðinga okkar og þá þjónustu sem við viljum veita þeim. Baráttan er hörð og mjög víða er verið að fækka fæðingarstöðum og öllum fæðingum beint á stærri sjúkrahúsinn þar sem álag og tímaskortur ræður ríkjum og tíðni inngripa í eðlilegar fæðingar eykst í takt við það. Ljósmæðrastýrðar einingar sem reknar hafa verið með góðum árangri á hagkvæman hátt berjast í bökkum við að

halda starfsemi sinni gangandi. Fjöldi erinda fjallaði um ljósmæðrahópa eða fæðingarheimili sem sýndu gríðarlega góða útkomu en biðu þess þó að verða lokað og þá helst af því að þau „framleiddu“ ekki eins mikið af börnum og stóru sjúkrahúsin. Alls staðar standa því ljósmæður frammi fyrir því að valkostum verðandi foreldra er að fækka eða það sem enn verra er að aukinn fjöldi fólks þarf að sækja þjónustu í barneignafærlinu um langan veg með tilheyrandi óþægindum og kostnaði. Einnig er öryggi mæðra og barna þeirra ógnað með aukinni miðstýringu þegar þessi grunnþjónusta er lögð niður í smærri

samfélögum.

Nú sjáum við hér á Íslandi fram á enn meiri niðurskurð í barneignaðþjónustunni en nokkru sinni fyrr sem bitnar á skjólstæðingum okkar. Við verðum að taka höndum saman og standa vörð um þjónustu við fjölskyldur í barneignafærlinu, eðlilegar fæðingar og ljósmæðrastéttina. Það eru skilaboðin sem við tókum með okkur heim eftir þessa vel heppnuðu ráðstefnu.



Hildur Kristjánsdóttir flytur erindi.



Slappað af í sólinni milli fyrirlestra.

Fjölskyldan og barnið

Ráðstefna Kvenna- og barnasviðs Landspítala



Prúðbúnir ráðstefnugestir.



Guðrún Eggertsdóttir, Eva Ásrún Albertsdóttir, Rósa Bragadóttir og Margrét Hallgrímsson.

Fyrsta ráðstefna Kvenna- og barnasviðs Landspítala var haldin 8. október á Hótel Nordica undir yfirskriftinni „Fjölskyldan og barnið“. Milli 140-150 manns sóttu ráðstefnuna og þótti hún takast í alla staði mjög vel. Guðbjartur Hannesson, ráðherra velferðarmála setti ráðstefnuna og ræddi aðeins um ástandið í þjóðfélaginu á þessum tímum sparnaðar og niðurskurðar og hvaða áhrif það hefur á þá heilbrigðisþjónustu sem hægt er að veita í landinu. Hann talaði einnig um hversu mikilvægt væri að halda ráðstefnur sem þessa þar sem fagfólk getur hist og miðlað þekkingu sinni.

Fyrirlestrar voru mjög fjölbreyttir og fóru fram samtímis í þremur fyrir-

lestrarsölum. Fyrirlesarar komu frá flestum fagstéttum sviðanna og má þar nefna hjúkrunarfræðinga, sálfræðinga, félagsráðgjafa, barnalækna og fæðinga- og kvensjúkdómalækna. Ljósmaður létu sitt ekki eftir liggja og áttu verðuga fulltrúa meðal fyrirlesara á þessari ráðstefnu.

Kristín Rut Haraldsdóttir ljósmóðir á göngudeild mæðraverndar og fósturgreiningar Landspítalans fjallaði um þróun fósturskimunnar á Íslandi, Birna Gerður Jónsdóttir ljósmóðir á fæðingadeild Landspítalans fjallaði um viðhorf erlendra kvenna til barneignarþjónustu á Íslandi, Valgerður Lísu Sigurðardóttir ljósmóðir á göngudeild

mæðraverndar og fósturgreiningar Landspítalans talaði um meðgönguvernd kvenna með vímuefnavandamál og Margrét I. Hallgrímsson yfirljósmóðir á göngudeild mæðraverndar og fósturgreiningar Landspítalans sagði frá starfsemi deildarinnar og flæði þjónustu í meðgönguvernd kvenna á Landspítala.

Ólöf Ásta Ólafsdóttir, forstöðumaður fræðasviðs í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands kynnti rannsóknina „Barneign og heilsa“, sem er samstarfsverkefni Landspítalans, Háskóla Íslands, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Landlæknisembættisins. Tilgangur hennar er að safna grunnupplýsingum um reynslu kvenna af barneignarferlinu meðal íslenskra kvenna. Síðast en ekki síst kynnti Ásrún Ösp Jónsdóttir ljósmóðurnemi dagbókarverkefni sitt þar sem hún fjallaði um áverka á spöng í fæðingu og hvað rannsóknir segja um leiðir til að koma í veg fyrir slíka áverka eða draga úr þeim. Önnur áhugaverð erindi sem snúa að barneignarþjónustu voru til dæmis upplýsingar úr fæðingaskrá, um tóbaksreykingar á meðgöngu og áhrif þeirra á barnið, um áhrif fæðingarþunglyndis á tengslamyndun móður og barns og um fósturgreiningu.

Fjöldi veggspjalda var einnig til sýnis á ráðstefnunni og gafst góður tími til að skoða þau og eins til að spjalla og bera saman bækur sínar þar sem góð hlé voru á milli fyrirlestralaota. Ráðstefnugestir létu vel af veitingum og var almenn ánægja með daginn. Stefnt er að því að gera þessa ráðstefnu að árlegum viðburði.

Stefanía Guðmundsdóttir



Valgerður Lísu Sigurðardóttir flytur erindi.

TVÆR KONUR

2

JÁKVÆÐAR
SÖGUR!



30 Days ásamt
samnefndu
kremi vinnur á
appelsínuhúð.

STÖÐVIÐ SYKUR OG KOLVETNI

NÝJUNG! BRENNIÐ FITU

30 Days (120 töflur) ásamt OxyTarm

(60 eða 150) töflur gegn kviðfitu

gefur 35% meiri virkni.

Sykurveiðarinn Suco Bloc. 180 töflur.

Hentar öllum, stöðvar sykurinn

áður en hann verður að fitu.



Betri apótekin og Maður lifandi www.sologheilsa.is

Barneignarþjónusta á Íslandi 2010

– uppbygging og framtíðarsýn á breytingartímum

Í októberbyrjun gaf Ljósmeðrafélagið út skýrsluna Barneignarþjónusta á Íslandi 2010, uppbygging og framtíðarsýn á breytingartímum. Skýrslan var unnin af Guðlaugu Einarsdóttur formanni LMFÍ og Helgu Sigurðardóttur varaformanni LMFÍ með aðstoð Ólafar Ástu Ólafsdóttur formanns námsbrautar í ljósmóðurfraði við Háskóla Íslands og Hildar Kristjánsdóttur ljósmóður hjá Landlæknisembættinu. Fengnar voru upplýsingar um barneignarþjónustu í hverju heilbrigðisumdæmi frá lykilljósmæðrum og haldnir voru fundir um allt land til að ræða framtíðarsýn ljósmæðra um skipulag og gæði þjónustunnar. Lykilljósmæður umdæma voru: Helga Sigurðardóttir LSH, G. Erna Valentínusdóttir HVE, Brynja Pála Helgadóttir Hvest, Jenný Inga Eiðsdóttir HSKrókur, Jónína Salný Guðmundsdóttir og Gunnþóra Snæþórsdóttir HSA, Björk Steindórsdóttir HSu og Jónína Birgisdóttir HSS. Eins kallaði félagið eftir upplýsingum frá framkvæmdastjórum heilbrigðisstofnana um framtíðarsýn og fyrirhugaðar breytingar á barneignarþjónustu á upptöku svæði hverrar stofnunar.

Kveikjan að þessari skýrslu voru ítrekaðar ábendingar félagsins til heilbrigðisfyrirvalda, á tilfinnanlegum skorti á heildrænni stefnumótun fyrir landið í barneignarferlinu. Eftir hrun íslenska efnahagskerfisins varð þörfin enn brýnni þar sem ýmsar breytingar í heilbrigðiskerfinu eru óhjákvæmilegar. Í einhverjum tilfellum hefur sparnaður heilbrigðisstofnana nú þegar leitt til skerðingar á þjónustu við barnshafandi konur og fjölskyldur þeirra og óttast ljósmæður að öryggi og lagalegum réttindum skjólstæðinga sé ógnað.

Tilgangur skýrslunnar er að kortleggja þjónustu ljósmæðra eins og hún er nú og leggja fram tillögur um stefnumótun barneignarþjónustu sem uppfyllir faglegar kröfur um gæði og öryggi.

Þegar skýrslan kom út, lá fyrir 4 daga gamalt frumvarp til fjárlaga sem kveður á um mun meiri niðurskurð en flestar heilbrigðisstofnanir væntu. Skýrslan ásamt yfirlýsingu stjórnar um óraunhæfan niðurskurð, var send öllum þingmönnum, fjölmiðlum og framkvæmdastjórum heilbrigðisstofnana í



þeirri von um að nýtast til að tryggja barnafjölskyldum þá grunnheilbrigðisþjónustu sem veita ber í heimabyggð, þrátt fyrir mikinn niðurskurð. Þegar þessi orð eru skrifuð, er enn allt á huldu um afdrif heilbrigðisstofnana, en mótmælafundir haldnir víða um land.

Í skýrslunni kemur fram að brýnt sé að við endurskipulag þjónustu sé litið til heildaráhrifa breytinga, bæði m.t.t. skjólstæðinga, atvinnu heilbrigðisstarfsmanna og kostnaðar. Þekking og reynsla við heilbrigðisþjónustu í barneignarferli tapast þegar þjónustu reynds heilbrigðisstarfsfólks nýtur ekki lengur við og getur slíkur sparnaður hæglega snúist upp í andhverfu sína þegar til lengri tíma er litið. Það er dýrt að spara grunnheilbrigðisþjónustu eins og ljósmæðraþjónustu, sérstaklega á landsbyggðinni þar sem langur og kostnaðarsamur sjúkraflutningur er stundum eini valkosturinn.

Ljósmeðrafélag Íslands leggur áherslu á að viðhalda þarf og styrkja grunnheilbrigðisþjónustu í landinu, og að samþætta þarf og nýta sérfræðipækkingu heilbrigðisfagfólks á hagkvæman og skynsaman hátt. Meðgönguvernd, fæðingarhjálp, sængurlega og ungbarnavernd er hluti af þeirri grunnþjónustu sem tryggja þarf og veita sem næst heimabyggð. Ljósmæður starfa í öllum

heilbrigðisumdæmum landsins og nýtist sérfræðipækking þeirra vel í heimabyggð. Efla þarf samvinnu bæði innan umdæma og milli mismunandi þjónustustiga til að tryggja öryggi skjólstæðinga og hagkvæma nýtingu þess mannaúds sem heilbrigðiskerfið hefur yfir að búa.

Ljósmeðrafélagið lagði fram tillögur um úrbætur í barneignarþjónustunni og áherslur félagsins í þeim efnum, en þær eru að:

- Samfelld þjónusta verði höfð að leiðarljósi í skipulagi barneignarþjónustu á landinu.
- Efla þurfi þjónustu utan stofnana.
- Auka hlutdeild ljósmæðra í ungbarnavernd.
- Efla samráð milli stofnana.
- Þjónustan verði löguð að landfræðilegum aðstæðum á hverjum stað með jöfnuð og öryggi að leiðarljósi.
- Barneignarþjónustan verði sérstök þjónustueining innan heilbrigðiskerfisins sem þverar starfsemi heilsugæslu og sjúkráhusa í viðkomandi heilbrigðisumdæmi.
- Skipulögð verði teymi ljósmæðra sem sinna barneignarþjónustu ákveðins fjölda kvenna og í hverju heilbrigðisumdæmi verði gott aðgengi að ljósmóður og a.m.k. einn aðalfæðingarstaður.
- Huga verði sérstaklega að hagsmunum foreldra sem þurfa að leita um langan veg til fæðingarstaðar og taka þurfi tillit til röskunar á fjölskyldulífi með rýmkun foreldraorlofs og fæðingarstyrkja þessa hóps.
- Brjóstagjöf þarf að efla í samræmi við hugmyndafræði sem grundvallast á sameiginlegri yfirlýsingu WHO og UNICEF um næringu nýbura og ungbarna og vinna að vottun barnvænna sjúkrahúsa (baby-friendly hospital).
- Forgangur verði á vinnu við gerð og innleiðingu rafrænnar og samræmdar sjúkraskrár á landsvísi sem spara mun bæði vinnu og fjármuni auk þess að stuðla að auknu öryggi skjólstæðinga.

Skýrsluna má kaupa innbundna hjá félaginu fyrir 1000 kr. eða fá senda endurgjaldslaust á rafrænu formi.

Guðlaug Einarsdóttir



Við erum í Svansmerkinu!

Libero-vörur fyrir móður og barn hafa fengið Norræna umhverfismerkið Svaninn sem vottun fyrir umhverfisvæna framleiðslu. En Svanurinn setur strangar kröfur um framleiðslu vöru og þjónustu, svo sem innihald og notkun hættulegra efna, orku- og hráefnisnotkun og meðhöndlun úrgangs. Gæðin eru tryggð með Libero og Svaninum.

Libero

-fyrir framtíðina

Aðeins það besta fyrir börnin!



Fjölbreytt og gott
veganesti fyrir lífið
www.barnamatur.is



Gerber
Því lengi býr að fyrstu gerð

Fréttir frá Norðurlandsdeild LMFÍ



Drjár af máttarstólpum NLMFÍ, þær Inga Magnúsdóttir, Heba Ásgrímsdóttir og Ása Marinósdóttir.

Norðurlandsdeild félagsins hefur haft það að leiðarljósi að blanda saman skemmtun og fræðslu í starfsemi félagsins undanfarin ár. Í ár hófum við starfsemi vetrarins með því að hittast í yoga hjá Önnu Dóru Hermannsdóttur yogakennara. En á dagskrá vetrarins er einnig fræðslukvöld á aðventunni sem áætlað er að verði sambland af skemmtun og fróðleik. Aðalfundur félagsins er síðan áætlaður utan Akureyrar næsta vor. Á undanförunum árum hefur dagskráin verið svipuð og verður nú á þessu starfsári því yfirleitt eru þrír skipulagðir dagskrárliðir yfir veturinn.

Í fyrra voru viðburðir einnig þrír og þar bar auðvitað hæst aðalfund sem haldinn var á Húsavík í maí. Fundinn sótti alls 21 ljósmóðir frá Norðurlandi. Þær Lilja Skarphéðinsdóttir, Hulda Skúladóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, ljósmæður á Húsavík undirbjuggu fundinn sem tókst einstaklega vel. Ljósmæður fóru með rútu frá Akureyri en á leiðinni skapaðist mikil stemming þar sem meðal annars var sungið, sagðar skemmtisögur og brandarar. Þegar til Húsavíkur var komið tóku þær Lilja, Hulda og Ólöf Ásta á móti okkur í safnaðarheimili Húsavíkurkirkju með rausnarlegum veitingum. Að loknum aðalfundi fluttu þær Málfríður Stefania Þórðardóttir og María Egilsdóttir fræðsluerindi. Þær sögðu okkur frá reynslu sinni af því að vinna sem ljós-

mæður í Færeyjum. Sögur frá ljósmæðra-starfi þeirra krydduðu þær með skemmtilegum frásögnum af verslunarferðum í matvörubúðir bæjarins þar sem úrval af matvælum var ákaflega takmarkað. Einnig voru frásagnir þeirra af flughræddri ljósmóður og leiðum hennar til að lifa af flugferð til og frá Færeyjum ógleymanlegar og kitluðu hláturtaugar ljósmæðra svo um munaði.

Að loknum aðalfundi og fræðslufundi héldu fundargestir á veitingahús í bænum og borðuðu dýrindis máltíð. Þess má geta að eigandi staðarins fagnaði þessum stóra ljósmæðrahóp innilega þar sem kona hans, sem var komin langt á leið, var einnig að vinna á veitingastaðnum þetta kvöld. Honum varð að orði að þau hjónin væru í öruggum höndum ef fæðinguna bæri brátt að þá væri ekki mikið mál að kalla á hjálp til að taka



Lilja Skarphéðinsdóttir, Sigríður Sía Jónsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir.



Eldhressar ljósmaður á leið á aðalfund NLMFÍ.

á móti barninu. Af því varð nú reyndar ekki heldur varð annar óvæntur atburður sem gladdi okkur. Það var þegar heil hljómsveit birtist allt í einu á veitingastaðnum og hóf að spila fyrir okkur en auðvitað hafði ein af húsvisku ljósmaðrunum samið við maka sinn um að gleðja norðlenskar ljósmaður með söng og hljóðfæraleik.

Aðalfundurinn og allt sem honum fylgdi var einstaklega vel heppnaður og rós í hnappagat húsviskra ljósmaðra.

Í lokin má geta þess að félagar í Norðurlandsdeild eru 47 og í stjórn félagsins eru eftirtaldir ljósmaður; Sigfríður Inga Karlsdóttir, formaður, Hulda Magnadóttir, varaformaður, Rakel Káradóttir, meðstjórnandi, Birna Málfríður Guðmundsdóttir, gjaldkeri og Sigrún Rósa Vilhjálmisdóttir, ritari.

Við sendum öllum ljósmaðrum góðar kveðjur frá Norðurlandi.

Sigfríður Inga Karlsdóttir

Fundargerð Sjóðanefndar nóvember 2010

Sjóðanefnd fundaði vegna styrkúthlutana úr Rannsókn- og þróunarsjóði LMFÍ þann 22. nóvember. Fyrir fundinum lágu 10 umsóknir að upphæð 4.308.000 kr.

Staða sjóðsins var 3.780.000 kr, þar af eftirstöðvar styrkvilyrða fyrri ára 925.000 kr og óskertur höfuðstóll skal vera

1.000.000 kr skv. stofnskrá Rannsókn- og þróunarsjóðs. Til úthlutunar var því 1.855.000 kr.

Umsóknir voru teknar fyrir í stafrófsröð, fyrst tvær til lægri styrkuppþæðar og síðar átta umsóknir til 500-609.000 kr. Allar umsóknir voru fullnægjandi en einni umsókn var hafnað þar sem viðkomandi hafði ekki sjóðsaðild. Tveimur umsóknum um gerð efnis fyrir www.ljosmodir.is var vísað til stjórnar LMFÍ þar sem eðlilegt var talið að félagið styrkti þau verkefni beint en ekki í gegnum sjóði félagsins í samkeppni við rannsókn- og þróunarstyrki félagsmanna. Ljóst var að ekki yrði mögulegt að styrkja öll verkefni til fulls. Eining var um það að laun rannsakanda og útlagðan kostnað ætti að leggja að jöfnu og meistararannsóknir skyldi styrkja betur en aðrar rannsóknir.

Niðurstaða sjóðanefndar var sú að styrkja meistararannsóknir um 300.000 kr en aðrar rannsóknir um 250.000 kr. og umsóknir vegna skólagjalda í framhaldsnámi fengu fullan styrk.

Styrkveitingar voru sem hér segir:

- Anna Sigríður Vernharðsdóttir sótti um styrki til gerðar greinaflokkis á www.ljosmodir.is og vegna annars áfanga bæklingaraðar LMFÍ. Þessum umsóknum var vísað til stjórnar LMFÍ og talið eðlilegt að félagið styrkti þessi verkefni beint.

- Rannveig Rúnarsdóttir hlaut 90.000 kr styrk vegna skólagjalda í framhaldsnámi og 300.000 kr styrk vegna mastersrannsóknar sinnar um ávinning feðra af fjölskyldumeðferðarsamtali fyrir útskrift af meðgöngu- og sængurkvennadeild.
- Björg Sigurðardóttir hlaut 300.000 kr styrk vegna mastersrannsóknar sinnar á þekkingu og upplifun ljósmaðra af axlarklemmum.
- Guðlaug María Sigurðardóttir hlaut 250.000 kr styrk vegna gerðar kennsluheftis í nálastungum fyrir ljósmaður.
- Kristbjörg Magnúsdóttir hlaut 250.000 kr styrk vegna þýðingar, staðfæringar og gerðar námsefnis um HypnoBirthing.
- Ingibjörg Th. Hreiðarsdóttir hlaut 45.000 kr styrk vegna skólagjalda í framhaldsnámi og 300.000 kr styrk vegna mastersrannsóknar sinnar um ávinning meðferðarsamtals við foreldra nýbura á vökudeild.
- Valgerður Lís Sigurðardóttir hlaut 250.000 kr styrk vegna rannsóknar sinnar á viðtalsþjónustunni Ljáðu mér eyra.

22. nóvember 2010
Guðlaug Einarsdóttir

Tilkynning frá Ljósmaðrafélaginu

Stjórn Ljósmaðrafélags Íslands minnir á að á aðalfundi í vor verða formannskosningar í félaginu, þar sem sitjandi formaður hefur þá gengt starfinu þau sex ár sem leyfilegt er skv. reglum félagsins. Það líður því senn að framboðum í starfið.

Stjórnin.



WELEDA
Á ÍSLANDI



Mirena hormónalykkjan er mjög góður kostur í getnaðarvörnum fyrir konur með barn á brjósti



- Mirena lykkjuna má setja upp 6-8 vikum eftir fæðingu og notkunartími er allt að 5 ár¹
- Verkun Mirena er að mestu staðbundin¹ og því er hormónamagn í blóði hjá notendum það lægsta sem gerist meðal hormónagetnaðarvarna²⁻⁶
- Mirena hefur hvorki áhrif á barnið^{7,8} né gæði eða magn brjóstamjólkur^{7,9}
- Mirena minnkar blæðingar verulega og sjaldgæft er að blæðingar verði hjá konum með barn á brjósti, sem nota Mirena¹
- Öryggi Mirena er á við öryggi ófrjósemisaðgerðar¹⁰
- Verð 23.325 kr. eða 389 kr. á mánuði sé miðað við 5 ára notkun. Þetta gerir Mirena að ódýrustu hormónagetnaðarvörninni á markaðnum.

Barnið og baðvatnið

- Heimaþjónusta ljósmæðra í sængurlegu: Hvert er hún að fara?

Heimaþjónusta ljósmæðra í sængurlegu er á síðari árum orðin sjálfsagður hluti barn-eignarþjónustunnar. Hlutfall fjölskyldna sem njóta heimaþjónustu eftir fæðingu barns er nú um 80% og fer sífellt hækkandi. Foreldrar eru almennt mjög ánægðir með þjónustuna og hefur þetta góða orðspor orðið til þess að konur vilja ógjarnan fara á mis við heimaþjónustu. Eftir því sem meiri og betri reynsla er af þjónustunni stækkar sá hópur sem fagfólk á fæðingarstöðum mælir með að útskrifist í umsjá ljósmæðra sem sinna heimaþjónustu.

Nýlega gaf Landlæknisembættið út, í samstarfi við LMFÍ, faglegar leiðbeiningar um heimaþjónustu. Þar eru meðal annars sett fram heilsufarsviðmið varðandi þá hóp sængurkvenna og nýbura sem mælt er með að njóti heimaþjónustu. Í takt við þessi viðmið fór samráðsnefnd Fagdeildar heimaþjónustu þess á leit við Sjúkratryggingar Íslands (SÍ) að samningur um heimaþjónustu yrði rýmkaður þegar eldri rammasamningur rann út fyrr á árinu. Gagnkvæmur áhugi var á því máli, ekki síst í ljósi hagsmuna fæðingarstaða. Með nýjum samningi átti að skapa svigrúm til að útskrifa veikari konur og börn sem gætu notið heimaþjónustu í takt við þarfir sínar.

Annað verkefni sem beið samráðsnefndar og SÍ var að skoða skipulagsmál heimaþjónustunnar. Ekki hefur verið til staðar kerfisbundin trygging fyrir þjónustu á öllum tímum í núverandi fyrirkomulagi. Þetta hefur í gegnum tíðina verið álitinn einn helsti veikleiki kerfisins. Aðilar voru sammála um að einhvers konar miðlæg umsýsla væri æskileg til að tryggja öruggt aðgengi að þjónustunni, en ekki náðist sátt um það hvaðan greiðslur fyrir hana ættu að koma.

Lögum um sjúkratryggingar frá árinu 2008 var ætlað að fela SÍ öll kaup á heilbrigðisþjónustu fyrir ríkissjóð. Með því móti hefði hagræðing átt að verða einfaldari, þar sem einn aðili sæi um að færa krónur og aura úr einum vasa í annan. Þessi þáttur laganna er hins vegar ekki kominn til framkvæmda að fullu. Til að ráðstafa fjármunum sem sparast hefðu á fæðingarstofnunum með tilkomu nýs samnings, meðal annars til að greiða fyrir umsýslu heimaþjónustunnar, var aðkoma Heilbrigðisráðuneytisins nauðsynleg.

Innan ráðuneytisins var farið að horfa á málefni heimaþjónustunnar frá öðru sjónarhorni. Pólitískur vilji er fyrir því þessa dagana að einfalda heilbrigðiskerfið og koma allri grunnþjónustu undir hatt opinberra stofnana. Því var af hálfu ráðuneytisins ráðist



Berglind Hálfðánsdóttir,
f.h. Fagdeildar heimaþjónustu LMFÍ

í að skoða hvort heimaþjónustan gæti átt heima innan þeirra stofnana sem þegar koma að barneignarþjónustunni. Þessar stofnanir eru annars vegar heilsugæslan, sem sér um meðgönguvernd, fræðslu og ungbarnavernd, og hins vegar opinberir fæðingarstaðir á sjúkrahúsum landsins.

Úr varð að ráðuneytið hófst handa við að kanna þann möguleika að Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins tæki að sér að sinna heimaþjónustu ljósmæðra í sængurlegu. Útfærslu á landsbyggðinni átti að kanna á hverjum stað fyrir sig. Út frá hugmyndafræði ljósmæðra um eðlilegt barneignarferli og nærþjónustu í samfélaginu má segja að heilsugæslan sé nærtækari kostur en sjúkrahústengd heimaþjónusta. Sá möguleiki að þróa samfelld þjónustuform ljósmæðra innan heilsugæslunnar var meðal annars kannaður í útskriftarverkefni Hermínu Stefánsdóttur ljósmóður árið 2005.

Að því sögðu verður að líta til þess að tilfærsla heimaþjónustu ljósmæðra til heilsugæslu myndi fela í sér gífurlegan förmáskostnað, sérstaklega í því árferði sem nú ríkir. Þjónustan skilar í dag mjög góðum árangri sem hvilur meðal annars á þeirri einstaklings-samfelli sem núverandi fyrirkomulag býður upp á. Til þess er m.a. tekið í ungbarnavernd hversu góðum tókum meður hafa almennt náð á brjóstagið eftir að hafa notið ljósmæðraþjónustu sem er bæði samfelldari og varir lengur en kostur er á innan sængurlegudeilda sjúkrahúsanna. Síðustu misseri hafa skipulagsvandamál tengd þjónustunni farið minnkandi. Fyrirtækið Björkin hefur einnig unnið áætlun um það hvernig standa má að umsýslu svo vel sé. Til stendur að vinna áfram með Landlæknisembættinu að þróun

gæðavísa fyrir þjónustuna en þegar hafa verið settar um hana faglegar lágmarkskröfur.

Akkillesarhæll þjónustunnar, hið fljótandi skipulag, verður hennar helsti styrkur í umhverfi þar sem niðurskurður er að ná áður óþekktum hæðum. Engin fyrirfram skipulögð bakvakt og engar álagsgreiðslur utan dagvinnutíma gera þetta að einni ódýrustu þjónustu sem hinu opinbera stendur til boða að kaupa. Laun ljósmæðra fyrir heimaþjónustur duga ekki einu sinni fyrir veikindagreiðslum eða sumarfríi. Ríkið hefur því verið að kaupa hágæða þjónustu fyrir klink. Ef áherslan í augnablikinu væri á kjaramál ljósmæðra í heimaþjónustu ættum við í rauninni að segja: „Í guðanna bænnum, stofnana-væðið okkur!“ Í öðru efnahagsástandi, og ef samningsrétturinn hefði ekki verið tekinn af kjarafélagi okkar með lögum, hefðu viðræður um heimaþjónustu ljósmæðra án efa fylgt hinu góða fordæmi sem sett var í kjarabaráttu stéttarinnar haustið 2008.

Í þeim veruleika sem við búum við stendur okkur þó næst að huga að faglegum þætti heimaþjónustunnar. Og þar mun skóinn kreppa ef tilfærsla til heilsugæslu verður að veruleika. Ef þjónustan verður rekin með launpegasambandi við ljósmæður á hið opinbera ekki kost á öðru en að borga lögmæt, samningsbundin laun fyrir vinnu okkar. Óhjákvæmilega leiða slíkar breytingar annað hvort til aukins kostnaðar eða skertrar þjónustu. Það þarf engan snilling til að sjá hvor leiðin verður farin.

Ljósmæðrafélagið hefur gert sitt ýtrasta til að gera viðmælendum sínum ljóst hvert umfang og eðli heimaþjónustunnar er, þar sem umræðurnar hafa að okkar mati ítrekað leitt í ljós algjört skilningsleysi í þeim efnum. Félagið gekkst meðal annars fyrir viðamikilli könnun á umfangi þjónustunnar nú í sumar. Niðurstöður könnunarinnar hafa nú staðfest að þjónustan er bæði umfangsmikil og faglega að henni staðið. Vonir okkar standa til þess að niðurstöðurnar geri mönnum ljóst hvaða bita þeir eru að reyna að gleypa.

Á þessari stundu er ekki ljóst hver afdrif heimaþjónustu ljósmæðra verða. Bedið er eftir hugmyndum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins varðandi útfærslu fyrir þeirra þjónustusvæði. Öll kraftaverk eru að sjálfsögðu vel þegin, en að óbreyttu verður að teljast líklegt að ráðamenn muni forgangsraða einfaldleika og kerfisvæðingu ofar en hagkvæmni og gæðum. Ábyrgð á þeirri ákvörðun verður að vísa þangað sem hún á heima. Og það er ekki hjá okkur ljósmæðrum.

HUGSAÐU VEL UM HÚÐINA



- Húðin okkar er viðkvæm og veðráttan á Íslandi getur verið húðinni erfið.
- Decubal viðheldur heilbrigði og ferskleika húðarinnar – allt árið um kring.
- Kynntu þér eiginleika Decubal og kveddu þurra húð.

DECUBAL 
KVEDJUM ÞURRA HÚÐ



ÞÚ FÆRÐ DECUBAL
Í NÆSTA APÓTEKI

Traustur sjóður, örugg samfylgd

Hlutverk LSR er að taka á mót iðgjöldum sjóðfélaga og ávaxta þau í sameiginlegum sjóði til að greiða elli-, örorku-, maka- og barnalífeyri.

Séreign LSR tekur við frjálsum viðbótarsparnaði sjóðfélaga. Hvort sem þú greiðir í A- eða B-deild LSR ætti framlag í Séreign LSR að vera eðlileg viðbót.

Á vef LSR, www.lsr.is, geta sjóðfélagar nálgast yfirlit og séð heildarstöðu lífeyrisréttinda sinna og iðgaldaskil launagreiðenda.

www.lsr.is



Bankastræti 7 • 101 Reykjavík
Sími: 510 6100 • Fax: 510 6150
sereign@lsr.is • www.lsr.is