

Reynsla og viðhorf kvenna

Umönnun í sængurlegu á stofnun og heima



Hildur Sigurðardóttir,
lektor og ljósmóðir

ÚTDRÁTTUR

Á síðustu áratugum hafa orðið miklar breytingar á sængurlegu þjónustu á Íslandi. Svokölluð heimaþjónusta ljósmæðra hefur verið í boði í 20 ár og notendum hennar stöðugt fjölgað samfara styttri sjúkrahúsvist. Viðmið um heilsufar móður og barns sem forsendur fyrir snemmútskrift og aðgengi að heimaþjónustunni hafa einnig orðið sveigjanlegri. Rannsóknir hafa gefið til kynna frekar jákvæð viðhorf kvenna til sængurleguþjónustu á Íslandi, sérstaklega heimaþjónustunnar, en á niðurskurðartímum er sérstaklega mikilvægt að standa vörð um gæði og öryggi þjónustunnar og meta árangur hennar markvisst, meðal annars með skoðun á viðhorfum notenda hennar.

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna viðhorf og reynsla kvenna af þjónustu sem veitt er í sængurlegu bæði á stofnun og heima. Rannsóknin var með blönduðu sniði þar sem annars vegar var notast við staðlaða spurningakvarða upphaflega þróaða af Carty (1990) og Hodnett (1998), og hins vegar opnar spurningar. Kvarðarnir mæla viðhorf til veittrar fræðslu (FRÆÐSLA), ánægju/óánægju með þjónustuna (ÁNÆGJA) og viðhorf til innihalds þjónustunnar (ÞJÓNUSTA). Markhópur rannsóknarinnar voru konur sem nýttu sér barneignarþjónustu á vormánuðum 2012 annars vegar á Landspítala og hins vegar á sjúkrahúsi Vesturlands. Alls var 200 listum dreift á sængurlegudeild fæðingarstofnanna og fengu þátttakendur þá afhenta fyrir útskrift ásamt kynningarbréfi og voru bednir um að svara listunum og póstsenda í framhaldi af því að heimaþjónustunni lauk. Gagnasöfnunin var því framvirk en úrtaksvalið þægingdaúrtak er náði til 62 kvenna (skil 31%).

Niðurstöður rannsóknarinnar styðja fyrri sambærilegar rannsóknir og gefa til kynna almenna ánægju kvenna með sængurleguþjónustuna, einkum heimaþjónustu ljósmæðra þar sem stærstur hluti kvenna vill að þjónustunni sé viðhaldið og aðgengi að henni jafnvel aukið. Heildarmeðalstig úr kvörðunum þremur, FRÆÐSLA, ÁNÆGJA og ÞJÓNUSTA sýndu að marktækur munur var á viðhorfum til umönnunar innan stofnunar og heima þar sem konurnar voru marktækt jákvæðari gagnvart heimaþjónustunni

($P < 0,001$). Vísbendingar komu fram um þætti sem styrkja mætti enn frekar í sængurleguþjónustunni, svo sem varðandi stuðning við brjóstgjöf/næringu barns á stofnun fyrstu sólarhringana og aukinn stuðning við feður. Greina mætti nánar hvaða fræðsluþáttum er sinnt sérstaklega innan stofnunar annars vegar og í heimaþjónustu hins vegar.

Lykilorð: viðhorf til þjónustu, reynsla kvenna, sængurleguþjónusta, heimaþjónusta í sængurlegu.

ABSTRACT

Over the last decade there has been a significant change in the structure of postpartum care in Iceland. The so-called home care midwifery program has been available for 20 years and number of families using the service has been growing steadily by shorter hospital stay postpartum. More flexible standards regarding mother's and newborns's health criterias for early hospital discharge and for the home care midwifery program have also been developed. Studies have indicated positive attitudes of women towards the postpartum care in Iceland, especially the home care midwifery program. However, at time of financial cuts in the health care system it is especially important to monitor the quality and safety of care for example by doing evaluation research on mother's perception of care.

The aim of this study was to explore women's attitudes, experiences and perception of postpartum care both within hospitals and the home care midwifery program. Data collection was performed by using standardized questionnaires originally developed by Carty (1990) and Hodnett (1998), measuring perception of informational support, satisfaction and content of care postpartum, but written answers to open written questions were used for data gathering. Women who delivered at University Hospital Landspítali and West Iceland HealthCare Center in the spring of 2012 were offered to participate in the study. Total of 200 questionnaires were sent to the hospitals and before discharged an information letter about the study and a questionnaire were delivered to each woman. Total of

62 women enrolled in the study (31%) by convenient sampling but participants were instructed to post the questionnaires to the researchers, after filling them out, by the end of the home midwifery care.

The findings support previous similar studies and indicate women's general satisfaction of postpartum care, particularly the home midwifery program where the majority of women wish the service to be continued unchanged or for a longer period of time postpartum with an better access of care for a larger group of women and families. A significant difference was found by all three questionnaires measuring perception of women's education, satisfaction of care and between women's perception of postpartum hospital care and home midwifery care showing more satisfaction and more positive attitudes towards the home midwifery program ($P < 0.001$). Even though the sample size is too small for generalized conclusions some of the results should be taken seriously and looked at more closely like women's need for more time and a better support on breastfeeding/child nutrition counselling during the first days postpartum during their stay at the hospital. Also midwives should be aware of fathers need for support during the postpartum period.

Keywords: perception of postpartum care, midwifery, continuity of care, home care midwifery.

INNGANGUR

Síðastliðna áratugi hefur sjúkrahúsdvöl í kjölfar barneigna verið að styttest og heilbrigðisþjónusta færst í auknum mæli inn á heimili fjölskyldna bæði hérlendis sem og víðsvegar um heim allan (Bravo, Uribe og Contreras, 2011; Hildur Sigurðardóttir, 2010; Sjúkra-tryggingar Íslands, 2013; Walsh, 2011; Boulvain, Perneger, Othenin-Girard, Berner og Irion, 2004). Á Íslandi hefur svokölluð „heimaþjónusta ljósmæðra“ í sængurlegu verið í boði í 20 ár. Leitast hefur verið við að þróa þjónustuna til samræmis við einstaklingsbundnar þarfir móður, barns og fjölskyldu, meðal annars með þróun klínískra leiðbeininga sem taka til grunnilda umönnunar í sængurlegu, faglegra viðmiða um heilsufarsmat/þjónustustig í umönnun kvenna og nýbura og almennra viðmiða um innihald þjónustunnar (Hildur Sigurðardóttir, 2009; 2014). Mikil breyting hefur orðið á viðmiðum um heilsufarsmat kvenna og nýbura sem forsendur fyrir ákvörðunum um lengd sjúkrahúsdvalar og umfang heimaþjónustunnar allt frá mjög ströngum viðmiðum yfir í sveigjanlegri viðmið sem gera nú veikari mæðrum og nýburum kleift að útskrifast fyrr en áður eftir fæðingu og þiggja heimaþjónustu. Með samningi heimaþjónustunnar við Sjúkra-tryggingar Íslands 2009 og gerð faglegru leiðbeininganna var meðal annars fyrst opnað fyrir möguleika á vitjunum til kvenna í kjölfar keisaraáðgerða og horft til þjónustuþarfa samkvæmt heilsufars- og þjónustuflokkun A, B og C (Hildur Sigurðardóttir, 2009). Flokkun A nær til mæðra og nýbura án frávika eða læknisfræðilegra vandamála, B flokkun til þeirra sem hafa ákveðin skilgreind frávik/heilsufarsvanda og C flokkun á við um heilsufarsvanda sem þarfnað náms eftirlits nánast allan sólarhringinn. Þróunin hefur orðið sú að í sér-tökum undantekningatilfellum geta mæður og börn í C flokki nú útskrifast allt að 86 klst. frá fæðingu og þegið heimaþjónustu ljósmæðra en slíkar undantekningar eru háðar beiðni frá barnalækni og/eða fæðingarlækni (Sjúkra-tryggingar Íslands, 2014; Hildur Sigurðardóttir, 2014).

Segja má að þróunin hafi orðið sú að smám saman hafi þjónustuformið „snemmútskrift og heimaþjónusta ljósmæðra“ þróast frá því að vera ákveðinn valkostur kvenna og fjölskyldna yfir í kerfisbundnari ákvörðunartökur þar sem í raun einungis allra veikustu konur og börn eiga kost á lengri sjúkrahúsvist. Að auki hefur meðallengd sængurlegu á stofnun styst til muna síðastliðna tvo áratugi (Bravo o.fl., 2011; Guðlaug Einarsdóttir, 2012; Hildur Sigurðardóttir, 2014) og er nú svo komið að í samanburði við önnur Norðurlönd er sængurlega á stofnun nú styst á Íslandi (Guðlaug Einarsdóttir, 2012). Ljóst er að tilkoma og fyrirkomulag heimaþjónustu ljósmæðra hefur leitt af sér verulegan sparnað í íslensku heilbrigðiskerfi en þegar litið er til reksturs Landspítala á árunum 2003–2013 er áætlað að sparast hafi um 450–500 milljónir kr. á ári (Guðlaug Einarsdóttir, 2012).

Nokkrar íslenskar rannsóknir hafa skoðað árangur og umfang heimaþjónustu ljósmæðra og niðurstöður þeirra almennt gefið til kynna jákvætt viðhorf kvenna til þjónustunnar (Hildur Sigurðardóttir, 2004; 2006). Árið 2002 var gerð meginleg samannburðarrannsókn á viðhorfum kvenna til heimaþjónustu eftir snemmútskrift (H) og þjónustu sængurlegudeildar Landspítala (S) (Hildur Sigurðardóttir, 2004). Á þessum tíma var samannburðarrannsókn raunhæf þar sem rúm 58% kvenna úrskrifaðist snemma heim (<36 klst. frá fæðingu). Úrtakið var tilviljunarúrtak sem náði til 400 kvenna er fæddu á Landspítala á fjögurra mánaða tímabili árið 2002 og skiptist jafnt á milli þjónustufurma (H og S). Svörin í rannsókninni var ásættanleg ($H=67%$ ($n=134$); $S=62%$ ($n=124$)). Hóparnir voru sambærilegir með tilliti til bakgrunn nema hvað hlutfallslega fleiri frumbyrjur voru á sængurkvennadeild. Spurningalistar er póstsendir voru til þátttakenda innihéldu meðal annars þrjá viðhorfskvarða er mældu á líkert kvarða viðhorf til veittrar fræðslu, ánægju/óánægju með þjónustuþætti og viðhorf til innihalds þjónustunnar. Niðurstöður gáfu til kynna almennt jákvæð viðhorf til sængurleguþjónustunnar þó fram kæmi að konur sem fengu heimaþjónustu væru marktækt jákvæðari gagnvart þjónustunni. Sú fræðsla sem best virtist skila sér í báðum hópnum, þ.e. til kvenna er fengu heimaþjónustu og þeirra er dvöldu lengur á sjúkrahúsi, var fræðsla um brjóstgjöf, næringu nýbura, umhirðu og naflahreinsun. Þeir fræðsluþættir sem hins vegar komu verst út í báðum hópnum voru um hugsanleg heilsufarsvandkvæði móður og barns, slysavarnir nýbura, aðlögun fjölskyldumeðlima, líkamsþjálfun og styrktaræfingar, svo sem grindarbotnsæfingar og fræðsla um kynlíf og getnaðarvarnir. Varðandi umfang þjónustunnar kom fram að fjöldi vitjana í heimaþjónustu var að meðaltali 7,4 vitjanir og spannaði frá 5 upp í 14 vitjanir. Flestum konunum (84%) fannst fjöldi vitjana hæfilegur. Í 70% tilfella dvöldu ljósmæðurnar í 30–60 mínútur í hverri vitjun og fannst flestum konunum (96%) þær hæfilega langar (Hildur Sigurðardóttir, 2004).

Í rannsókn um áhrifaþætti á tímalengd brjóstgjafar ($n=118$) komu einnig í ljós mjög jákvæð viðhorf kvenna til heimaþjónustunnar. Vegna erfiðleika við brjóstgjöf leituðu konurnar oftast til heimaþjónustu ljósmóður og nefndu hana oftast sem hjálplegasta aðilann varðandi úrlausnir vandamála við brjóstgjöf (Hildur Sigurðardóttir, 2006). Niðurstöður nýlegra viðtalsrannsókna þar sem annars vegar voru tekin viðtöl við 19 konur (Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir, 2012) og hins vegar við 6 unglingsmæður (Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender, 2011) gáfu mjög sambærilegar niðurstöður um viðhorf kvenna til veittrar fræðslu og stuðnings við brjóstgjöf í sængurlegu. Í báðum rannsóknunum kom fram óánægja með kennslu og stuðning við brjóstgjöf fyrstu dagana inn á stofnun, að fræðsla um brjóstgjöf væri ábótavant, einkenndist af misvísandi skilaboðum og ákveðinni fjarlægð umönnunaraðila. Hins vegar bentu konurnar í báðum rannsóknum á gagnsemi heimaþjónustunnar og samfelldrar þjónustu þar sem tækifæri skapaðist til að mynda traust samband við ljósmæður (Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir, 2012; Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender, 2011).

Skortur er á vönduðum rannsóknum sem skoðað hafa áhrif snemmútskrifta og heimaþjónustu ljósmæðra á árangur brjóstgjafar t.d. varðandi þá tímalengd sem börn eru höfð á brjósti. Mikilvægi markvissrar eftirfylgni og stuðnings við brjóstgjöf og næringu nýbura í kjölfar útskriftar af stofnun fyrstu vikuna eftir fæðingu er hins vegar viðurkennt sem mikilvægur þáttur í því að lágmarka hættu á vandamálum eins og ofþurrki og þróun óeðlilegrar gulu barnanna (Davanzo, Cannioto, Ronfani, Monasta og Demarini, 2012). Einnig hafa rannsóknir bent á áhrif markvissrar eftirfylgni með heimavítjunum ljósmæðra fyrstu vikuna hvað varðar þróun öryggistilfinningar hjá sængurkonum (Askelsdóttir, Jonge, Edman og Wiklund, 2012).

Ljósmæðrafélag Íslands stóð fyrir könnun á tímabilinu júní–júlí 2010 þar sem markmiðið var að kanna umfang heimaþjónustu ljósmæðra. Könnunin byggðist á framvirkri skráningu upplýsinga um ýmsa þætti varðandi skipulag og umfang þjónustunnar er ljósmæður skráðu á sérhönnuð gagnablöð. Alls náði könnunin til heimaþjónustu 343 (61% svörin) kvenna víðs vegar af landinu þó flestar

vitjanir hafi átt sér stað á höfuðborgarsvæðinu (75%). Niðurstöður sýndu að 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 hvernar vitjunar 54 mínútur. Frumbyrjur reyndust fá marktækt fleiri ($P < 0,001$) og lengri vitjanir en fjölbyrjur ($P < 0,05$) og í ljós kom að þær konur sem fengu fleiri en 8 vitjanir voru flestar alvarlega veikar að undanskildum konum er fætt höfðu heima. Konurnar áttu t.d. við brjóstgajafarvanda að stríða og þeim fylgdu oftast fleiri vandamál, svo sem óeðlileg gula og/eða of lítil þyngdaraukning barns; óeðlileg blæðing; hækkun á blóðþrýstingi og óeðlileg blæðing móður og fíkniefnavandi á heimili sængurkonunnar. Þegar umfang heimaþjónustu ljósmæðra var skoðað út frá tíma kom í ljós að um 50–60 % af þjónustunni var veitt utan hefðbundins dagvinnutíma þar sem um 30% vitjana fóru fram um helgar, 40% síðdegis eða á kvöldin; 31% símtala áttu 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 ungabarnaverndar. Það var ályktun rannsakenda að niðurstöður könnunarinnar veittu ýmsar upplýsingar sem gáfu til kynna að umfang heimaþjónustu ljósmæðra einkenndist af miklum sveigjanleika, ábyrgðarskyldu og faglegu mati ljósmæðra bæði hvað varðaði tímaramma og faglegt mat á einstaklingsbundnum þörfum kvenna og fjölskyldna fyrir þjónustuna (Hildur Sigurðardóttir, 2010).

Þar sem nú eru um níu ár frá því að sambærileg könnun var gerð og þar sem margt hefur breyst síðan er mikilvægt að endurtaka slíka könnun og meta þannig viðhorf kvenna til þjónustunnar. Megin-tilgangur þessarar rannsóknar var því að kanna viðhorf mæðra til sængurleguþjónustu bæði á sjúkrahúsföngum fyrst eftir fæðingu og í heimaþjónustu ljósmæðra og skoða niðurstöður í ljósi fyrri sambærilegrar rannsóknar (Hildur Sigurðardóttir, 2006).

AÐFERÐ

Megintilgangur rannsóknarinnar var að kanna viðhorf mæðra til sængurleguþjónustu bæði á sjúkrahúsföngum fyrst eftir fæðingu og í heimaþjónustu ljósmæðra og að svara eftirfarandi rannsóknarspurningum:

- 1) Hvert er viðhorf kvenna til umfangs heimaþjónustu ljósmæðra með tilliti til fjölda og tímalengdar vitjana og fyrri kynna af ljósmæðrum?
- 2) Hver eru viðhorf kvenna til sængurleguþjónustu heima og á stofnun með tilliti til eftirfarandi þátta:
 - a. Veittrar fræðslu
 - b. Ánægju með þjónustuna almennt
 - c. Innihaldsþátta þjónustunnar
- 3) Hvaða ábendingar nefna sængurkonur helst um þörf á úrbótum á fyrirkomulagi sængurleguþjónustu til framtíðar, bæði heima og á stofnun?

Spurningalistinn sem notaður var í rannsókninni innihélt mælikvarða (FRÆÐSLA, ÁNÆGJA og ÞJÓNUSTA) sem áður höfðu verið forprófaðir og staðlaðir á stærra úrtaki og reyndust réttmætir og áreiðanlegir (Hildur Sigurðardóttir, 2004). Um er að ræða þýdda útgáfu viðhorfaskala Carty (1990) og Hodnett (1998) sem eru 5 punkta líkert kvarðar er skoða viðhorf til fræðsluþátta (11 atriði), ánægju með þjónustuna almennt (16 atriði) og hvort konurnar álita þjónustuna innihalda ákveðna þjónustuþætti (24 atriði). Einnig var spurt út í bakgrunn (svo sem aldur móður, aldur barna, menntun, hjúskaparstöðu og fjölda barna), fæðingarreynslu og boðið var upp á svör við opnum spurningum þar sem konurnar gátu tjáð sig frekar um framtíðarsýn og óskir varðandi fyrirkomulag barneignaðjónustunnar. Opnar spurningar voru skoðaðar til hliðsjónar við niðurstöður spurningakvarðanna til þess að skoða stuðning við gögnin og til að öðlast dýpri skilning á niðurstöðunum.

Leyfi fyrir framkvæmd rannsóknarinnar fengust hjá vísindasíðanefnd Landspítala (#erindi 17/2012), Persónuvernd (#S5661) og yfirmönnum viðkomandi heilbrigðisstofnana. Við úrtaksvalið var leitað eftir samvinnu ljósmæðra sængurlegudeilda (Landspítala,

Heilbrigðisstofnanir Vesturlands, Suðurnesja og Suðurlands) sem buðu konum er útskrifuðust í heimaþjónustu þátttöku í rannsókninni og afhentu þeim kynningarbréf um rannsóknina ásamt spurningalistanum. Alls voru 200 listar sendir á framangreindar stofnanir, flestum dreift til sængurlegudeilda Landspítala. Konurnar voru beðnar um að svara spurningalistanum að heimaþjónustu lokinni og póstsenda rannsakanda í umslagi sem ekki þurfti að greiða póstsendingarkostnað fyrir. Þar sem ekki fékkst leyfi frá vísindasíðanefnd fyrir nafnalistum þátttakenda var ekki unnt að fylgja rannsókninni eftir með ítrekunarbrefum. Úrvinnsla gagna fór fram með tölfræðiforritinu SPSS og var fyrst og fremst notast við lýsandi aðferðafræði. Varðandi opnar spurningar þá var efni þeirra flokkað í ákveðin þemu, skoðuð til hliðsjónar við niðurstöður spurningakvarðanna meðal annars í þeim tilgangi að meta hugtakaréttmæti og til að öðlast dýpri skilning á niðurstöðunum.

NIÐURSTÖÐUR

Þátttakendur

Af þeim 200 spurningalistum sem dreift var til fæðingarstofnana á vormánuðum 2012 skiluðu 31% sér og tóku alls 62 konur þátt í rannsókninni. Flestar fæddu á Landspítala: 48% á fæðingardeildinni og 24% á Hreiðrinu, en 25% kvennanna fæddu á Heilbrigðisstofnun Vesturlands. Engin svör skiluðu sér frá Heilbrigðisstofnunum Suðurnesja eða Suðurlands. Aldursdreifing þátttakenda var á bilinu 21–44 ára, meðalaldur 31 ár, 65% voru fjölbyrjur og í 87% tilfella var um sambúðaraðila að ræða. Stærsti hluti kvenna hafði lokið framhaldsskóla- (35%) eða háskólamenntun (59%). Flest börnin (84%) voru innan við eins mánaðar gömul en elstu börnin voru 5 mánaða. Flestar eða 76% kvennanna fæddu börn sín um fæðingarvegan inngrípa ($n=47$), 8% með aðstoð sogklukku/tangar ($n=5$) og 16% fóru í keisaraaðgerð ($n=10$) (9,5% bráðakeisara; 6,5% valkeisara).

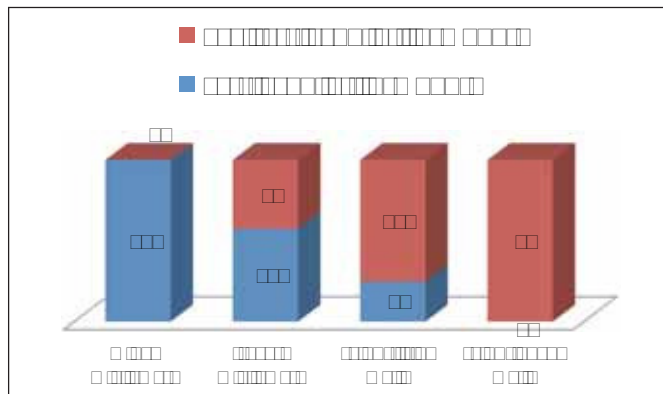
Hvað heilsufar barna varðaði þá komu upp vandamál hjá barni í 16% tilfella ($n=10$) meðan á sjúkráhuðsvöl þess stóð, oftast ($n=8$) af líkamlegum toga og hjá 13% ($n=8$) komu upp vandamál í heimaþjónustu, oftast vegna gulu nýbura. Varðandi heilsu mæðranna nefndu 14% ($n=9$) að vandamál hefðu komið upp fyrir heimferð og 21% ($n=13$) eftir að heim var komið. Jákvað fylgni var á milli vandamála á stofnun og heima ($p < 0,001$) enda um sambærilegar skýringar að ræða, svo sem erfiðleika við brjóstagjöf, hækkadan blóðþrýsting móður og meðgönguþröngun auk óeðlilegra blæðinga.

Umfang heimaþjónustu ljósmæðra

Fjöldi vitjana ljósmæðra í heimaþjónustu var á bilinu 3–10, flestar konur (57%; $n=31$) fengu 6–7 vitjanir á meðan 27% ($n=14$) fengu fleiri en 8 vitjanir og um 17% ($n=9$) 5 eða færri vitjanir. Í tæpum 13% ($n=8$) tilfella var fjöldi vitjana ekki gefinn upp. Langstærsti hluti þiggjenda þjónustunnar (87%) var ánægður með fjölda vitjana, 7% fannst þær of fáar, engum fannst þær of margar. Tímalengd vitjana var í 55,6% tilfella 30–60 mínútur en 33% mæðra fengu vitjanir sem vorðu skemur en 30 mínútur. Langflestum (92%) fannst vitjanir hæfilega langar, 1,6% fannst þær of langar eða of stuttar.

Í 51% tilfella ($n=32$) höfðu konurnar haft fyrri kynni af sinni heimaþjónustu ljósmóður og fannst 64% þeirra frekar eða mjög mikilvægt að þekkja hana fyrir. Fjörutíu og þrjú prósent ($n=27$) sögðu það skipta litlu eða engu máli að þekkja ljósmóðurina fyrir. Eins og sést á mynd 1 kom í ljós að þær konur sem ekki höfðu haft fyrri kynni af sinni ljósmóður voru líklegri til að segja það skipta litlu eða engu máli á meðan flestar þeirra sem þekktu ljósmóðurina fyrir sögðu það frekar eða mjög mikilvægt. Þátttakendum var í opinni spurningu boðið upp á að gera frekari grein fyrir afstöðu sinni varðandi það að þekkja fyrir ljósmóðurina og nefndu flestar mikilvægi þess að ná góðum tengslum og traustu sambandi við ljósmóðurina. Það að þekkja ljósmóðurina fyrir gaf ákveðna öryggistilfinningu um aukið innsæi ljósmóðurinnar á líðan og reynslu kvennanna. Annars virtist það ekki endilega skipta máli hvort um fyrri kynni var að ræða svo fremi sem ljósmóðirin og konan næðu vel saman, sambandið byggðist á trúnaði og að ljósmóðirin setti sig vel inn í

aðstæður og reynslu konunnar þannig að um markvissa eftirfylgni væri að ræða. Konurnar nefndu gjarnan að með góðum tengslum við ljósmóðurina gætu þær frekar spurt hana um hvað sem væri og að ljósmóðirin skildi vangaveltur þeirra og áhyggjur. Einnig kom fram mikilvægi þess að ljósmóðirin væri „fær í sínu fagi, opin, hress, jákvæð og athugul.“

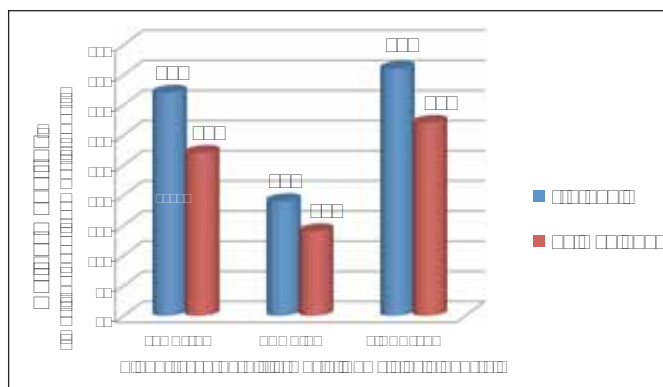


Mynd 1. Höfðu konurnar áður kynnst sinni heimaþjónustu ljósmóður og hve miklu máli skipti að þekkja hana fyrir? Í ljós kom að þær konur sem höfðu áður kynnst sinni heimaþjónustu ljósmóður höfðu frekar tilhneigingu til að segja það skipta mjög eða frekar miklu máli á meðan þær konur sem ekki þekktu ljósmóðurina fyrir sögðu flestar að það skipti litlu sem engu máli.

Við val á ljósmóður í heimaþjónustu kom fram að rúmlega fjórðungur kvennanna (n=16) höfðu óskað sérstaklega eftir tiltekinni ljósmóður og í 22% (n=14) tilfella bauðst ljósmóðir úr meðgönguvernd til að fylgja foreldrunum áfram eftir í heimaþjónustu. Í 24% tilfella (n=15) fann starfsfólk fæðingarstofnunar ljósmóður í heimaþjónustu án samráðs við foreldrana, í 8,7% (n=4) tilfella bauð ljósmóðir á fæðingarstofnun fram þjónustu sína og í 24% tilfella (n=15) fór val ljósmóður fram á annan hátt.

Viðhorf til þjónustunnar

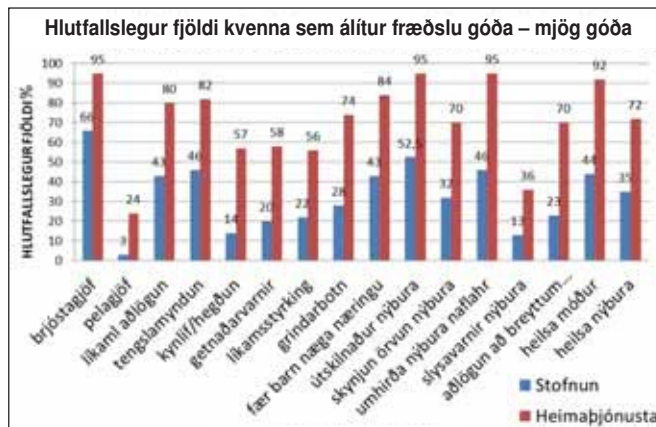
Þegar niðurstöður voru skoðaðar úr viðhorfakvörðunum þremur FRÆÐSLA, ÁNÆGJA, og INNIHALD þjónustu kom almennt í ljós mjög jákvætt viðhorf til þjónustu bæði innan stofnana og í heimaþjónustu ljósmæðra. Marktækur munur kom þó í ljós við samanburð á heildarskorum eftir því hvort þjónustan var veitt innan stofnunar eða í heimaþjónustu þar sem konurnar sýndu marktækt jákvæðari viðhorf til heimaþjónustunnar ($p < 0,001$) (sjá mynd 2).



Mynd 2. Viðhorf kvenna til þjónustunnar. Fram kom marktækur munur á heildarmeðalstigum kvarðanna þriggja FRÆÐSLA, ÁNÆGJA og ÞJÓNUSTA eftir því hvort um var að ræða þjónustu heima eða á stofnun. Viðhorfin voru í öllum tilfellum jákvæðari gagnvart heimaþjónustunni ($P < 0,001$).

FRÆÐSLU kvarðinn: Varðandi viðhorf til veittrar fræðslu kom í ljós að mikill meirihluti kvenna mat fræðslu veitta af heimaþjónustu ljósmæðra sem góða eða mjög góða á flestum sviðum, en meiri dreifing kom fram á svörum kvenna gagnvart fræðslu sem veitt var

á stofnun. Eins og fram kemur á mynd 3 voru áberandi fleiri konur sem mátu fræðslu veitta í heimaþjónustu góða eða mjög góða miðað við fræðslu á stofnun og einnig var algengara að konur mátu fræðslu veitta af stofnun sem lélega eða mjög lélega. Hlutfallslega fleiri merktu við svarmöguleikann „á ekki við“ gagnvart fræðslu sem veitt var á stofnun miðað við heima. Þeir fræðsluþættir sem komu verst út fjölluðu um slysavarnir nýbura, kynlíf/kynlífsheilbrigði, getnaðarvarnir, grindarbotninn, líkamsrækt/líkamsstyrkingu og aðlögun að breyttum hlutverkum í fjölskyldu.



Mynd 3. Hlutfallslegur fjöldi kvenna sem álitur fræðslu góða – mjög góða á stofnun og í heimaþjónustu. Í öllum tilfellum kom fram að hlutfallslega fleiri konur álitu fræðslu veitta af heimaþjónustunni góða eða mjög góða samanborið við fræðslu veitta á stofnun.

ÁNÆGJU kvarðinn: Flestar konurnar voru frekar eða mjög ánægðar með þjónustu ljósmæðra. Ánægja með heimaþjónustuna var í öllum tilfellum nema tveimur yfir 90% en á stofnun í flestum tilfellum um og yfir 70%. Á meðan 95% mæðra voru frekar eða mjög ánægðar með þau tækifæri sem þær fengu í heimaþjónustunni til að læra að næra barn sitt voru þó einungis 67% ánægðar með þjónustuna innan stofnunar og 18% sögðust vera frekar eða mjög óánægðar með þjónustuna. Einnig virtist ánægja með tilfinningalegan stuðning við maka skora lægst eða 63% á stofnun og 77% í heimaþjónustu. Þeir þættir sem mest ánægja var með innan stofnunar voru sá gaumur sem gefinn er að líkamlegu ástandi barns (87%) og tækifæri til hvíldar og svefnis (84%).

ÞJÓNUSTA kvarðinn: Þátttakendur voru beðnir um að taka afstöðu til innihalds þjónustunnar, hve sammála eða ósammála þeir væru því að ákveðin þjónusta væri til staðar. Viðhorf kvennanna voru almennt mjög jákvæð og í langflestum tilfellum voru um 80–90% kvennanna sammála um að þjónustuþættirnir væru til staðar. Þeir þættir sem skorðu lægra áttu flestir við um þjónustu innan stofnunar: Einungis 63% mæðra var sammála um að ljósmæður innan stofnunar gæfu þeim nægan tíma til að ræða áhyggjur, vangaveltur og vandamál, 18% voru óvissar og 18% ósammála. Fimmtíu og átta prósent mæðra voru sammála því að ljósmæður innan stofnana skynjuðu þegar þær þyrftu á uppörvun eða hvatningu að halda, 27% voru óvissar og 15% ósammála. Einnig kom fram að einungis 62% mæðranna töldu ljósmæður innan stofnunar hjálplegar til að ræða erfið málefni en 25% voru óvissar. Hvað varðaði hlutverk ljósmæðra til að upplýsa mæður jafnóðum um heilsufarsmat þeirra voru 67% sammála um að ljósmæður innan stofnana gerðu það og 23% óvissar. Þegar almennt var spurt hvort umönnun ljósmæðra á stofnun eða heima hafi undirbúið mæðurnar undir að takast á við aðstæður eftir að heim var komið, kom í ljós að 64% (stofnun) og 77% (heimaþjónusta) voru því sammála.

Fyrirkomulag heimaþjónustunnar til framtíðar – viðhorf kvenna Spurt var um hvernig þátttakendur myndu helst vilja sjá þjónustu þá sem nú er á höndum heimaþjónustu ljósmæðra þróast og voru svarmöguleikarnir fjórir. Nánast allar konurnar (96%) svör-

uðu spurningunni og vildu flestar að þjónustan yrði óbreytt (44%; n=27) eða að heimaþjónustan næði yfir lengra tímabil, þ.e. samfelld í 6 vikur eftir fæðingu (31%; n=19). Einungis 15% (n=9) vildu að ungbarnavernd Heilsugæslunnar annaðst fjölskyldurnar frá útskrift af fæðingarstofnun og 3% höfðu á þessu enga skoðun.

Í lok spurningalistans var opin spurning þar sem þátttakendum gafst tækifæri á að tjá sig frekar um það hverju, ef einhverju, þeir vildu breyta í barneignþjónustunni. Um 44% (n=27) þátttakenda svaraði spurningunni og var þar almennt kallað eftir meiri sveigjanleika varðandi aðgengi að heimaþjónustunni. Tólf konur nefndu mikilvægi þess að konur og börn gætu átt kost á að dvelja lengur á fæðingarstofnun, t.d. vegna heilsufarsvanda barns eða móður, án þess þó að réttur þeirra til heimaþjónustu myndi skerðast. Konurnar ítrekuðu í svörum sínum við opnu spurningunni að þær vildu sjá heimaþjónustuna sinna fjölskyldunni til lengri tíma en nú er. Í þessu sambandi vísuðu konurnar meðal annars í mikilvægi þess að mynda traust samband við ljósmóður, mikilvægi öryggis og markviss eftirlits og fræðslu. Meginþemu varðandi kvartanir sem fram komu um sængurleguþjónustu á stofnun voru: undirmönnun ljósmæðra greinanleg; skynjaður skortur á tíma til að sinna sængurkonum sem skyldi; fræðsla og stuðningur við brjóstgjöf af skornum skammti; óþolinmæði sýnd í ráðgjöf við brjóstgjöf og að of margar ljósmæður sinntu konunum sem leiddi til misvísandi ráða/skilaboða.

UMRÆÐUR

Niðurstöður rannsóknarinnar endurspeglar viðhorf og reynslu 62 kvenna af umönnun í sængurlegu á stofnun og heima. Flestir eða 75% þátttakenda fæddu á Landspítala og 24% á Heilbrigðisstofnun Vesturlands og því óraunhæft að gera samanburð á milli mismunandi fæðingarstofnana. Úrtakið var frekar lítið en endurspeglar ágætlega þýðið sem það stendur fyrir með tilliti til bakgrunns og tegund fæðinga (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson, 2011; 2010; 2009; Hildur Kristjánsdóttir, Þóra Steingrímsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Amalía Björnsdóttir og Jóhann Ág. Sigurðsson, 2012). Í töflu 1 kemur fram hve vel úrtakið í raun endurspeglar þýðið með tilliti til dreifingar vegna tegunda fæðinga.

Tafla 1. Einkenni úrtaks miðað við þýði: Hlutfall mismunandi tegunda fæðinga í úrtaki í samanburði við upplýsingar um þýði samkvæmt íslenskum fæðingarskrám og niðurstöðum rannsóknarinnar „Barneign og heilsa“.

Þýði	Úrtak	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	32	33	34	35
36	37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56
57	58	59	60	61	62	63

(Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl. 2011; Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2012).

Eðli vandamála sem upp komu hjá nýburum í úrtakinu samræmast vel fyrri rannsóknum sem gefa til kynna að líkamleg vandamál komi oftar fram á fyrsta sólarhringi eftir fæðingu en algengara sé að frávik er varða næringu barna og þróun gulu komi fram eftir heimkomu (Boulvain o.fl., 2004). Þessar niðurstöður samræmast fyrri rannsóknum og undirstrika mikilvægi þess að ljósmæður séu vakandi fyrir því hvornig brjóstgjöf og næring barns gengur fyrir sig fyrstu dagana, greini meðal annars áhættur og merki um þróun óeðlilegar gulu eða ofþurrks og grípi eftir þörfum inn í á viðeigandi hátt til að fyrirbyggja alvarlegt ástand (Davanzo o.fl., 2012).

Þau vandamál sem upp komu hjá mæðrunum tengdust helst erfiðleikum við brjóstgjöf og hækkuðum blóðþrýstingi. Jákvæð fylgni ($p < 0,05$) sýndi tengsl á milli vandamála á stofnun og heima þannig að líklegt er að í flestum tilfellum hafi vandinn verið til staðar við útskrift. Niðurstöðurnar styðja við fyrri rannsóknir, svo sem rannsókn Ljósmæðrafélags Íslands frá árinu 2010 (Hildur Sigurðardóttir, 2010).

Varðandi umfang heimaþjónustunnar kom í ljós að fjöldi og tímalengd vitjana í heimaþjónustu samræmist úttekt Ljósmæðrafélags Íslands frá 2010 þar sem meðalfjöldi vitjana var 6,7 (Hildur Sigurðardóttir, 2010). Með síðasta rannsamningi Sjúkratrygginga Íslands hefur vitjunum til kvenna og barna á þjónustustigi A verið fækkað en á móti hafa viðmið fyrir veikari konur og börn í þjónustustigi B og C verið rýmkuð og aðgengi aukið. Samkvæmt rannsamningnum stendur heimaþjónusta ljósmæðra einungis til boða fyrir konur ef þær útskrifast innan ákveðins tímaramma frá fæðingu (A: 36 klst., B: 48 klst., C: 48–86 klst.) að öðru jöfnu flyst heilsufarseftirlit beint til heilsugæslunnar eftir útskrift. Á Landspítala hafa verið sett fram ákveðin tilmæli varðandi útskriftir þar sem mælt er með að konur í A útskrifist fyrir heim en rannsamningur Sjúkratrygginga Íslands um heimaþjónustu gerir ráð fyrir, þ.e. fjölbyrjur innan 12 klst. og frumbyrjur innan 24 klst. frá fæðingu í stað 36 klst. samkvæmt rannsamningnum (munnleg heimild: Jóhanna Hauksdóttir ljósmóðir). Í svörum sínum við opinni spurningu kvörtuðu konur einmitt undan þrýstingi um að fara heim innan ákveðins tímaramma og óskuðu eftir möguleika á lengri sjúkráhusdvöl án þess að réttur til heimaþjónustu myndi skerðast. Mikilvægt er að virða rétt kvenna til lengri sjúkráhusdvalar samkvæmt rannsamningi og að varast að láta tilmæli stofnunar verða til þess að konurnar fari fyrir heim en æskilegt er. Á tímum niðurskurðar er einnig vert að vera á varðbergi varðandi öryggismörk við útskrift veikari kvenna og barna sem hugsanlega þurfa á sólarhringseftirliti að halda. Einnig er mikilvægt að skoða nánar álag á starfsfólk stofnanna en í ljós kom að konurnar skynjuðu mikið álag og undirmönnun og að starfsfólk hefði ekki tíma til að sinna sængurkonunum. Misvísandi upplýsingar og fræðsla leiða til ákveðins óöryggis hjá þiggjendum þjónustunnar eins og fleiri rannsakendur hafa komist að, einkum varðandi fræðslu og ráðgjöf vegna brjóstgjafar (Persson, Fridlund, Kvist og Dykes, 2011). Hér má meðal annars vísa til alþjóðlegra siðareglu ljósmæðra sem mæla meðal annars fyrir rétti kvenna til þess að fá örugga þjónustu, að taka þátt í ákvörðunum vegna umönnunar í barneignarferlinu, að vera metin að verðleikum sem manneskja og að þeim sé veitt þjónusta, svo sem fræðsla sem byggist á nýjustu þekkingu hverju sinni (International Confederation of Midwives, 2011). Eins og áður hefur verið bent á hefur sængurlega á sjúkrastofnun styst til muna og er nú svo komið að í samanburði við önnur Norðurlönd er sængurlega á stofnun nú styst á Íslandi (Guðlaug Einarsdóttir, 2012). Það er því mikilvægt að ljósmæður standi vörð um rétt kvenna og fjölskyldna fyrir öruggri þjónustu og séu vakandi fyrir því að niðurskurður ógni ekki grunnþáttum í þjónustu til sængurkvenna, nýbura og fjölskyldna.

Í svörum kvennanna kom fram vilji um að heimaþjónustan sinni lengri eftirfylgd en rannsamningurinn gerði þá ráð fyrir (Sjúkratryggingar Íslands, 2012) og var mikilvægi trausts meðferðarsambands tíðrætt í því sambandi. Þetta styður kerfisbundin skoðun 15 rannsókna sem fjalla um fyrirbyggjandi þætti fæðingarþunglyndis en þar kemur fram að markviss eftirfylgd og virkur stuðningur heilbrigðisstarfsmanns hafi mest að segja til að fyrirbyggja að vanlíðan og heilsufarsvandi vindi uppá sig og þróist yfir í stærri vandamál sem aftur geti haft aukinn kostnað í för með sér fyrir samfélagið (Dennis, 2005).

Stórum hluta kvenna þótti mikilvægt að þekkja þá ljósmóður sem sinnir þeim í heimaþjónustu en athyglisvert var að sjá að þær sem ekki þekktu ljósmóðurina fyrir voru frekar á því að það skipti ekki máli í ljósi þess að þær hefðu náð traustu sambandi við sína ljósmóður, að ljósmóðirin setti sig vel inn í þeirra aðstæður og sýndi markvissa eftirfylgd. Í fræðilegri samantekt Walraven, Oake, Jenn-

ings og Forster (2010) kemur fram að samfelld þjónusta leiði af sér betri útkomu fyrir skjólstaðinginn og ánægju hans með þjónustuna þó ekki hafi verið staðfest hvort vegi þyngra, samræmi í upplýsingum og utanumhald eða að þjónustan komi frá einum eða sem fæstum þjónustuaðilum. Niðurstöður rannsóknarinnar hér gefa vísbendingu um að báðir þessir þættir skipti máli og að með markvissu og samfelldu eftirliti í heimaþjónustu nái ljósmæður að mynda traust meðferðarsamband við konurnar þrátt fyrir að hafa ekki þekkt þær fyrir. Þetta kemur heim og saman við fyrri rannsóknir um áhrifamátt trausts meðferðarsambands fyrir árangur meðferðar og viðhorf til þjónustunnar. Það eru hin mannlegu samskipti, traust, stuðningur og hlýja sem konur leita eftir og virðast ekki síður mikilvægir þættir en klínísk þekking og hæfni (Hunter, 2005; Persson, Fridlund og Dykes, 2007).

Samkvæmt niðurstöðum úr kvörðunum þremur FRÆÐSLA, ÁNÆGJA og ÞJÓNUSTA eru viðhorf kvenna almennt jákvæð til sængurleguþjónustu en líkt og í fyrri rannsókn frá 2004 kom í ljós marktækur munur með öllum kvörðunum ($p < 0,001$) þar sem viðhorfin voru jákvæðari gagnvart heimaþjónustunni (Hildur Sigurðardóttir, 2004). Varðandi fræðslu þá svipar niðurstöðum til fyrri rannsóknar en þeir þættir sem komu best út í báðum rannsóknunum voru fræðsla um brjóstagjöf, næringu, umhirðu barns og útskilnað. Þeir sem komu hins vegar verst út sérstaklega á stofnun voru fræðsla um heilsufarsvandamál barns eða móður, slysavarnir nýbura, aðlögun fjölskyldumeðlima, líkamsþjálfun og styrktaræfingar, þar á meðal fyrir grindarbotn, fræðsla um kynlíf eftir fæðingu og getnaðarvarnir. Þetta eru allt fræðsluþættir sem ætla má að eigi erindi til kvenna og maka þeirra og mikilvægt að skoða frekar hvar þörf sé á bragabótum. Talið er að við einstaklingsmiðaða þjónustu aukist traust konunnar á ljósmóðurinni, stöðugleiki fáist í ráðleggingum og er það talið ýta undir sjálfsöryggi foreldra við umönnun barns (Severinsson, Haruna og Friberg, 2010). Til samræmis við niðurstöður bæði rannsókna og alþjóðlegra leiðbeininga væri mikilvægt að leggja sérstaka áherslu á fræðslu og stuðning við brjóstagjöf og næringu barns fyrstu sólarhringana með áframhaldandi eftirfylgd eftir að heim kemur (Schanier og Potak, 2012; WHO, 2010). Vegna þess hve stuttan tíma konur dvelja nú á stofnun í sængurlegu er trúlega minna svigrúm þar til myndunar meðferðarsambands og fræðslu en áður var og því sérstaklega mikilvægt að kortleggja áherslur í veittri fræðslu annars vegar innan stofnunar og hins vegar í heimaþjónustu.

Með kvarðanum sem mældi ÁNÆGJU kom í ljós að konurnar voru í yfir 90% tilfella ánægðar eða mjög ánægðar með þá þjónustu sem þær fengu frá heimaþjónustu ljósmæðra en þau atríði sem skorðu lægst og sneru að umönnun á stofnun voru tækifæri til að læra að næra barn (67%) og tilfinningalegur stuðningur við maka (63%). Nokkrar mæður og ekki síður fjölþyrjur kvörtuðu undan því að hafa ekki fengið nægan stuðning við brjóstagjöfina áður en heim var farið. Niðurstöðurnar styðja fyrri rannsóknir og er hugsanlegt að leggja þurfi meiri áherslu á stuðning og fræðslu við upphaf brjóstagjafar inni á stofnun (Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir, 2012; Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender, 2011; Persson, Fridlund og Dykes, 2007). Varðandi tilfinningalegan stuðning við konur og maka sýndu niðurstöður að gera mætti betur. Þrátt fyrir aukna þátttöku feðra almennt í barneignarferlinu hafa rannsakendur bent á að spurningum, svörum og hvatningu sé frekar beint að móður og að oftari sitji feður frekar uppi með óleyst mál (Persson, Fridlund og Dykes, 2007). Ljóst er að álag á feður við fæðingu barns getur verið mikið og stuðningsnet þeirra oft ekki eins náði og á meðal kvenna og því mikilvægt að huga einnig að stuðningi og fræðslu til þeirra (Wildarsson o.fl., 2012). Þeir þættir sem konur voru ánægðastar með í umönnun á stofnun var sá gaumur sem líkamlegu ástandi barns var gefinn (87%) og aðstaða til hvíldar og svefnis á deildunum (84%). Þetta voru ánægjulegar niðurstöður og sérstaklega er hér breytt viðhorf til aðstöðu til hvíldar þegar horft er til niðurstaðna sambærilegrar rannsóknar 2006 (Hildur Sigurðardóttir, 2006) enda miklar breytingar verið gerðar á húsnæði sæng-

urlegudeilda sem gefa nú aukinn kost á einrými og hvíld skjólstaðinganna.

Almennt gefa niðurstöður rannsóknarinnar til kynna jákvæð viðhorf kvenna til sængurleguþjónustu sérstaklega í heimaþjónustu ljósmæðra þó ýmislegt megi gera enn betur. Hvað veitta fræðslu varðar er mikilvægt að huga að því hvaða undirliggjandi þættir skýri helst viðhorf kvenna á stofnun um lélega eða mjög lélega fræðslu. Hugsanlegt er að hér þurfi að skilgreina betur hvaða fræðsluþættir eru sérstaklega mikilvægir áður en móðir og barn útskrifast heim auk þess að skoða þyrfti þörf á aukinni áherslu á einstaklingsmiðaða þjónustu er tryggja myndi frekar þróun meðferðarsambands. Almennt voru konur ánægðar með þjónustuna en mikilvægt er t.d. að skoða nánar hvernig staðið er að ráðgjöf og stuðningi við brjóstagjöf og stuðningi við maka. Varðandi viðhorf kvenna til innihalds þjónustunnar mátti greina hugsanlega þörf á bættri þjónustu innan stofnunar varðandi sálfélagslegan stuðning, svo sem að veita konum tíma, stuðning, hvatningu og svigrúm til að ræða erfið málefni eða áhyggjur.

Til að standa vörð um öryggi skjólstaðinga okkar er mikilvægt að vera sífellt vakandi fyrir framþróun og gæðum barneignaðjónustunnar ekki síst á breytinga- og niðurskurðartímum. Heimaþjónusta ljósmæðra á sér bjarta framtíð miðað við viðhorf skjólstaðinga hennar sem vilja flestir sjá hana áfram í því formi sem hún er í dag eða jafnvel að hún sé útvíkkuð enn meira hvað tímalengd varðar og gerð sveigjanlegri þannig að fleiri fái notið hennar.

LOKAORÐ

Helstu veikleikar rannsóknarinnar liggja í aðferðafræði hennar þar sem úrtaksvalið byggðist á þægindaúrtaki og takmörkuð þátttaka skýrist einnig af því að ekki var mögulegt að fylgja gagnasöfnun eftir t.d. með ítrekunarbréfum þar sem leyfi til þess að fá aðgang að nöfnum þátttakenda fékkst ekki. Styrkleiki rannsóknarinnar byggist hins vegar á því að um framvirka gagnasöfnun er að ræða og einkenni úrtaksins samræmast vel þýðinu sem það stendur fyrir. Svör kvenanna við opinni spurningunni samræmdust niðurstöðum úr kvörðunum þremur og studdu því á vissan hátt við réttmæti þeirra.

Mikilvægt er að meta og tryggja gæði barneignaðjónustu ekki síst á breytinga- og niðurskurðartímum. Æskilegt væri að gera langtíma-rannsókn byggða á tilviljunarúrtaki og skoða nánar tengsl breyta eins og áhrif þjónustu á framgang brjóstagjafar og á líðan foreldra. Samkvæmt þessari rannsókn virðist heimaþjónusta ljósmæðra eiga sér bjarta framtíð.

HEIMILDIR

- Askeldottir, B., Jonge W.L., Edman, G., og Wiklund, I. (2012). Home care early discharge: Impact on healthy mothers and newborns. *Midwifery* 29, 927–934.
- Boulvain, M., Perneger, T.V., Othenin-Girard, V., Petrou, S., Berner, M. og Irion, O. (2004). Home-based versus hospital based postnatal care: a randomised trial. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 807–813.
- Bravo P., Uribe C. og Contreras A. (2011). Early postnatal hospital discharge: the consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Journal of Sao Paulo University School of Nursing*, 45(3), 758–763.
- Carty, E.M. og Bradley C.F. (1990). A randomized controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. *Birth*, 17(4), 199–204.
- Davanzo R., Cannioto Z., Ronfani L., Monasta L., Demarini S. (2012). Breastfeeding and neonatal weight loss in healthy term infants. *Journal of Human Lactation* 29(1):45–53.
- Dennis, C.L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for preventions of postnatal depression: systematic review. *British Medical Journal*, 331(15), 1–8.
- Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir (2012). Viðhorf mæðra til fræðslu og ráðlegginga um brjóstagjöf. Eigindleg viðtalsrannsókn í mannfræði. *Ljósmæðrablaðið*, 1(91), 7–12.
- Guðlaug Einarsdóttir (2012). Sængurleguþjónusta á Íslandi í samanburði við önnur OECD lönd. *Ljósmæðrablaðið* 2(90), 22–26.
- Hildur Kristjánsdóttir, Þóra Steingrimsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Amalía Björnsdóttir og Jóhann Ág. Sigurðsson (2012). Barneign og heilsa. Ferilrannsókn meðal íslenskra kvenna frá því snemma á meðgöngu þar til tveimur árum eftir fæðingu barns. *Ljósmæðrablaðið*, 2(90), 13–21.
- Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender (2011). Ungar mæður. Skynjaður stuðningur í barneignarferlinu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 4(87) 60–65.
- Hildur Sigurðardóttir (2010). Umfang heimaþjónustu ljósmæðra á Íslandi.

Könnun Ljósmeðrafélags Íslands. Ljósmeðrablaðið, 2(88), 7–12.

Hildur Sigurðardóttir (2009). Faglegar leiðbeiningar fyrir heimaþjónustu ljósmeðra. Ljósmeðrafélag Íslands og Landlæknisembættið. Sótt 12.11.2013 af: <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2562/3850.pdf>

Hildur Sigurðardóttir (2006). Heimaþjónusta ljósmeðra í sængurlegu. Árangur og gæðaeftirlit. Ljósmeðrablaðið, 2(84), 28–33.

Hildur Sigurðardóttir (2004). Ljósmeðraþjónusta fyrstu vikuna eftir fæðingu. Viðhorf mæðra til þjónustunnar. Ljósmeðrablaðið, 2(82), 19–27.

Hodnett E. (1998). Support from caregivers during childbirth. Cochrane Database of Reviews, (2) Oxford.

Hunter, B. (2005). The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. Midwifery, 22, 308–322.

International Confederation of Midwives (2011). Bill of rights for women and midwives. Sótt 15.04.2014 af: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2011_002%20ENG%20Bill%20of%20Rights%20for%20Women%20and%20Midwives.pdf

Jóhanna Hauksdóttir (2013). Munnleg heimild um tilmæli Landspítala er varðar tímamma vegna útskrifta sængurkvenna. Dags. 15.11.2013.

Persson, E.K., Fridlund, B. og Dykes, A.K. (2007). Parents' postnatal sense of security (PPSS): development of the PPSS instrument. Scandinavian Journal of Sciences, 21, 118–125.

Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson (2011). (Ritstjórar). Skýrsla frá fæðingarskráningunni fyrir árið 2011. Reykjavík: Kvenna- og barnasvið – Landspítali Háskólasjúkrahús. Sótt 13.11.2013 af: http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2216/faedingarskraning_2011.pdf

Samningur Sjúkratrygginga Íslands og Ljósmeðrafélags Íslands (2012). Reykjavík.

Severinsson, E., Haruna, M. og Friberg, F. (2010). Midwives' group supervision and the influence of their continuity of care model – pilot study. Journal of Nursing Management, 18, 400–408.

Scanier, R.J. og Potak, D.C. (2012). Initiation of breastfeeding. Sótt 04.05.2012 af: http://www.uptodate.com/contents/initiation-of-breastfeeding?source=search_result&search=breastfeeding&selectedTitle=6~150

Sjúkratryggingar Íslands (2013). Úr úttekt Sjúkratrygginga Íslands, dags. 8. október 2013 (óbirt skýrsla).

Sjúkratryggingar Íslands (2014). Rammasamningur um heimaþjónustu ljósmeðra. Sótt 15.04.2014 af: <http://www.sjukra.is/media/samningar/Ljosmaedur-2014.pdf>

Walraven C., Oake, N., Jennings, A. og Forster A.J. (2010). The association between continuity of care and outcomes: A systematic and critical review. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 16, 947–956.

Walsh, D. (2011). A review of evidence around postnatal care and breastfeeding. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine, 21(12), 346–350.

Wildearsson, M., Engström G., Rosenblad A., Kerstis B., Edlund B. og Lundberg P. (2013). Parental stress in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 839–847.

World Health Organisation (2010). WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal care. Sótt 01.05.2014 af: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_10.03_eng.pdf

World Health Organisation (2010). Working with Individuals, Families and Communities to Improve Maternal and Newborn Health. Sótt 01.05.2014 af: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_rhr_0311/en/



infection control

Þvagsýkingarpróf
3 strimlar í pakka

GER-10200

1.750kr.



early detect

Pungunarpróf
Greinir pungun með 99%
öryggi fjórum dögum fyrir
æætlaðar blæðingar

GER-10200

750kr.



Geratherm
Family line

ovcontrol

Frjósemispróf - margnota
Nákvæmt og einfalt í notkun

GER-102010

8.950kr.



Eirberg ehf. Stórhöfða 25 | eirberg@eirberg.is | Sími 569 3100 | eirberg.is



slenskar leiðbeiningar