

LJÓSMÆÐRABLAÐIÐ



Tímarit Ljósmeðrafélags Íslands 2. tbl. 82. árg. nóvember 2004

Notkun oxytocins
í fæðingum

Blóðsykursmælingar
hjá nýburum

Árangur og fylgikvillar
legghálsdeyfingar

Ljósmeðraþjónusta
fyrstu vikuna eftir fæðingu

Náttúruleg þægindi
fyrir konur



Natracare dömubindin eru
unnin úr lífrænt ræktaðri
bómull sem gerir þau bæði
náttúruvæn og þæginnleg
fyrir húðina.

Nú í nýjum pakkningum

náttúrulegu
natracare®
dömubindin



Ljósmaðrablaðið gefið út af
Ljósmaðrafélagi Íslands Hamraborg I
200 Kópavogi.
Sími: 564 6099 Fax: 564 6098
Netfang: lmfi@ljosmaedrafelag.is
Heimasíða: www.ljosmaedrafelag.is

Ábyrgðarmaður
Ólafía M. Guðmundsdóttir
olafinnur@centrum.is
formaður LMFÍ

Ritnefnd
Valgerður Lísa Sigurðardóttir, ritstjóri
valgerdur@islandia.is
Anna Sigríður Vernharðsdóttir
annasiggav@hotmail.com
Bergrún Svava Jónsdóttir
bergrun.jons@hotmail.com

Ritstjórar fræðilegs efnis
Ólöf Ásta Ólafsdóttir
olofol@hi.is
Helga Gottfreðsdóttir
helgagot@hi.is

Myndir
Ingibjörg F. Sigurðardóttir
Birna Gerður Jónsdóttir
o. fl.

Auglýsingar
PSN-samskipti

Umbrot og prentvinnsla
Gutenberg

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
endurspegla 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 blaðið komi út í maí og
nóvember ár hvert. Skilafrestur er í
samráði við ritnefnd og skal efni berast á
tölvutæku formi.

Forsíðumynd
Sigurður Ó. Sigurðsson,
www.ljosmynd.com

ISSN nr. 1670-2670

Efnisyfirlit

Árangur og fylgikvillar leghálsdeyfingar (PCB) Steina Þórey Ragnarsdóttir og Konráð Lúðvíksson	6
Matur og meðganga – nýr bæklingur Jóhanna Skúladóttir	10
Notkun oxytocins í fæðingum Hulda Hjartardóttir	13
Notkun metronidazols eftir fæðingu Ólöf Þóra Sveinbjörnsdóttir og Sveinbjörn Gizurarson	16
Ljósmaðraþjónusta fyrstu vikuna eftir fæðingu: Viðhorf mæðra í þjónustunnar Hildur Sigurðardóttir	19
Blóðsykursmælingar hjá nýburum og áhrif þeirra á brjóstagjöf Jónína S. Jónasdóttir	28
Ráðstefnur, námskeið og fundir: Námsdagur í saumaskap	35
Stjórnarfundur Norðurlandasamtaka ljósmaðra	37
Norran ráðstefna á vegum Ljósmaðrafélags Íslands	40
Punktar frá ráðstefnu Miðstöðvar mæðraverndar	42
Merkir áfangar í ljósmaðrastéttinni	44
Hugleiðingar ljósmóður Birna Ólafsdóttir	46



Ljósmaður kvaddar

Fríður Sigurjónsdóttir, fædd 13. janúar 1902, dáið 5. maí 2003.
Útskrifaðist frá LMSÍ 1933.

Sigríður Jónsdóttir, fædd 13. mars 1906, dáið 26. mars 2003.
Útskrifaðist frá LMSÍ 1936.

Helga Björnsdóttir, fædd 11. apríl 1905, dáið 15. ágúst 2003.
Útskrifaðist frá LMSÍ 1929.

Arnbjörg Jónsdóttir (Ebba), fædd 6. janúar 1928, dáið 12. ágúst
2004. Útskrifaðist frá LMSÍ 1949.

Arnheiður Guðfinnsdóttir, fædd 31. janúar 1931, dáið 23. ágúst
2004. Útskrifaðist frá LMSÍ 1952.

Blessuð sé minning þeirra

Ritstjóraspjall

Síðan Ljósmaðrablaðið kom út í vor hafa verið haldnar hér á landi tvær ráðstefnur sem fjöldi ljósmaðra hefur sótt. Ljósmaðrafélag Íslands hélt ráðstefnu NJF í maí og var ráðstefnan í alla staði hin glæsilegasta. Fjöldi áhuga-verðra fyrirlestra og umræðna var um stöðu ljósmaðra, kvenna og fjölskyldna þeirra. Yfirskrift ráðstefnunnar var 'Mothers of Lights: gentle warriors' og vísar til starfsheitis okkar á íslensku sem við erum svo stoltar af. Á haustdögum hélt síðan Miðstöð mæðra-verndar glæsilega ráðstefnu og er fjallað um báðar þessar ráðstefnur í blaðinu.

Eftir svona ráðstefnur vakna ávallt nýjar spurningar. Eðlileg fæðing er eitt af því sem ljósmaður ræða gjarnan mikið um þegar þær koma saman. Sú spurning sem kemur alltaf upp aftur og aftur er hvað teljist vera eðlileg fæðing. Hvaða inngríp séu „leyfileg“ til að fæðing geti talist eðlileg eða erum við að tala alfarið um „ósnerta fæðingu“? Í tengslum við þá umræðu vekur klukkan oft upp togstreitu þegar verið er að fjalla um fæðingar. Annars vegar eru þau sjónarmið að klukkan geti verið truflandi og að við ættum e.t.v. að hætta að horfa á hana, þ.e. hvað varðar tímalengd fæðingar. Hins vegar eru þau sjónarmið að tíminn geti skipt miklu máli í sambandi við t.d. framgang fæðingar þar sem verið er að hugsa um hvenær rétt sé að grípa inn í. Í blaðinu er til umfjöllunar einn angi af þessari umræðu í grein um notkun oxytocindreypis í fæðingu. Þar eru m.a. færð rök



Valgerður Lísá Sigurðardóttir,
ljósmóðir

fyrir því að með markvissri notkun lyfsins megi e.t.v. fækka inngrípum eins og keisaraskurðum. Bæði þessi sjónarmið beinast að því að stuðla að eðlilegum fæðingum en hafa ólíkar nálganir.

Það er fleira sem vekur upp togstreitu í daglegum störfum. Umhverfið í kringum barneignarferlið er sífellt að breytast og hefur ekki bara áhrif á konurnar heldur líka okkur sem vinnum í því. Þróun hefur orðið í þá átt að við vinnum undir ógn vaxandi málssókna. Þar sem umhverfið mótast m.a. af ríkjandi viðhorfum þeirra sem að því koma þá hefur það hvarflað að mér að þessi þáttur hafi meiri áhrif en okkur grunar. Við höfum áhrif á konuna og hún áhrif á okkur. Hvaða áhrif skyldi það hafa á hormónaflæði fæðingar að innst í okkar hugarskoti erum við stödd í réttarsal og þurfum að verja störfina okkar? Hvaða

áhrif hefur það á traust okkar á líkama konunnar? Getum við skapað konunni þann frið sem kvenlíkaminn þarf til að fæða þegar hugur okkar er að hluta til upptekinn í réttarsalnum?

Traust er reyndar til umfjöllunar í blaðinu, að þessu sinni tengt brjóstgjöf og hæfni nýburans til aðlögunar að lífinu. Í grein um blóðsykursmælingar hjá nýburum er komið inn á hvernig fullburða og heilbrigðir nýburar haga sykurstjórnun sinni fyrstu ævidagana. Þar er m.a. rætt um að viðmið sem notuð eru varðandi blóðsykursmælingar hjá nýfæddum börnum í dag séu e.t.v. ekki í samræmi við vísindalegar niðurstöður og hafi jafnvel í för með sér ónauðsynleg inngríp. Án efa mætti skoða marga aðra þætti í starfi okkar út frá þessu sjónarhorni þ.e. að endurskoða viðmið út frá gagnreynðum vísindum.

Komið er inn á fleiri klíniska þætti í blaðinu, það er birt grein um leghálsdeyfingar og kynning á nýjum áherslum í saumaskap eftir fæðingu.

Ritrýnda grein blaðsins að þessu sinni er rannsókn á ljósmaðraþjónustu fyrstu vikuna eftir fæðingu og viðhorfum mæðra til þjónustunnar. Miklar breytingar hafa átt sér stað í sængurleguþjónustu síðustu árin og er þetta í fyrsta sinn hér á landi sem svo stór rannsókn er gerð á hvernig konurnar upplifa hana.

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

Kaup og kjör og ljósmæður nútímans

Það hefur vafalaust ekki farið framhjá neinum að framundan eru kjaraviðræður ljósmæðra við fjármálaráðherra og er vinna við undirbúning kröfugerðar á lokasprettinum.

Ljósmæðrafélagið leggur áherslu á það að samninganefnd ríkisins fyrir hönd fjármálaráðherra viðurkenni að nám ljósmæðra skuli metið til launa.

Það er einnig ein af okkar meginkröfum að vinnuvika verði styttn og teljum við í kjaranefnd og stjórn LMFÍ að ef hægt verði að fá fram styttingu vinnuvikunnar verði um að ræða mikla kjarabót. Það hefur lengi verið rætt um það að vaktavinnufólk ætti að skila færri vinnustundum á viku heldur en þeir sem vinna reglubundna dagvinnu. Það fer enginn í grafgötur með það að vaktavinna er slítandi og einnig hafa rannsóknir hafa sýnt að hún er beinlínis óholl. Við leggjum mikla áherslu á að þörfin fyrir að létta vinnuálagi af vaktavinnuhópnum verði viðurkennd.

Mikil vinna liggur í því að undirbúa kröfugerð og ekki síður að vinna að samningsgerðinni sjálfri. Sá tími sem nú fer í hönd er að mörgu leyti óhentugur til samninga en það má líka spyrja sig hvort einhver tími henti betur en annar.

Kjaranefnd er með uppbrettar ermar, tilbúin í slaginn um kaup og kjör ljósmæðra.

Undanfarið ár hefur verið viðburðaríkt hjá okkur í Ljósmæðrafélagi Íslands. 85 ára afmæli félagsins var haldið hátíðlegt í framhaldi af aðalfundi félagsins 21. apríl s.l. á Grand Hótel og var gerð skil á í síðasta blaði í máli og myndum.

Þing norrænna ljósmæðra var haldið á Nordica Hótel dagana 20.-22. maí, þar sem komu saman á fimmta hundrað



Ólafía M. Guðmundsdóttir,
formaður LMFÍ

Ljósmæðra til að kynna sér nýjustu verkefni ljósmæðra á norðurlöndum.

Ennfremur voru aðalfyrirlesarar bæði íslenskir og erlendir.

Mikil ánægja var með þetta þing og hafa ljósmæðrafélaginu borist þakkir fyrir það bæði bréflega og símleidis. Eins og ljósmæður sem komu á þingið sáu, voru ljósmæður sem unnið hafa að listsköpun með verk sín til sölu – þar var um að ræða glermuni Svanborgar Egilsdóttur og leirmuni Helgu Birgisdóttur. Helga tók að sér hönnun merkis ráðstefnunnar og voru munir þeir sem hún var með til sölu einkum með því merki.

Ég vil nota tækifærið og þakka ráðstefnunefndinni og fyrirtækinu Íslandsfundum frábær störf og óska íslenskum ljósmæðrum til hamingju með glæsilega ráðstefnu.



Menalind®
Vernd fyrir viðkvæma húð

Fæst í apótekum

Árangur og fylgikvillar legghálsdeyfingar (PCB)

sem notuð var á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS) á árunum 1996-2003

Útdráttur

Tilgangur þessarar rannsóknar er að meta árangur legghálsdeyfingar (PCB). Tilurð hennar má rekja til andláts eins barns eftir að móðir í fæðingu hafði fengið deyfinguna í september 2003. Legghálsdeyfing hefur verið notuð við Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS) s.l. 20 ár með góðum árangri til að verkjastilla fæðandi konur. Rannsóknin skiptist í tvo hluta, framvirkan og afturvirkan. Ljósmeður héldu skráningu um deyfinguna í framvirka hlutanum en upplýsinga var aflað úr mæðraskrár í afturvirka hlutanum. Úrtak rannsóknarinnar eru 287 konur af 387 sem fengu legghálsdeyfingu á árunum 1996-2003. Markmið rannsóknarinnar er að meta hvort hægt sé að nota legghálsdeyfingu áfram í núverandi mynd m.t.t. verkjastillingar og öryggis hjá fæðandi konum.

Niðurstöðurnar urðu þær að legghálsdeyfingin er góður kostur til að verkjastilla konur í fæðingu. Verkjastuðull var metinn með VAS- skalanum og lækkaði hann að meðaltali úr 8,7 niður í 4,2 eftir að deyfingin hafði verið lögð. Meðalapargildið eftir 1 mín. var 7 og eftir 5 mín. var hann 9,5. Tvö alvarleg tilfelli má rekja til deyfingarinnar þar sem börnin voru bæði tekin með bráðakeisara. Annað barnið hlaut þroskahömlun og hitt barnið lést. Þannig verður að telja öryggi deyfingarinnar ekki nægilega tryggt til þess að hægt sé að nota hana í núverandi mynd nema skurðstofuvakt sé til staðar.

Lykilorð: legghálsdeyfing, fæðing, verkir.

Inngangur

Legghálsdeyfing eða PCB eins og hún er oft kölluð hefur verið notuð við Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS) s.l. 20



Höfundar:

Steina Þórey Ragnarsdóttir,
ljósmóðir/hjúkrunarfræðingur við HSS
og
Konráð Lúðvíksson,
kvensjúkdómalæknir og
lækningaforstjóri HSS

ár með mjög góðum árangri til að verkjastilla fæðandi konur. Notkun PCB hefur minnkað s.l. 5 ár, þar sem margar konur ná góðri slökun og verkjastillingu með óhefðbundinni verkjameðferð s.s. notkun baðsins og nálastungna. Raunveruleikinn sem fæðandi konur búa við í Keflavík er sá, að ekki er alltaf jafn ágangur að mænurótardeyfingu þar sem skurðstofuvakt er ekki alltaf til staðar. Fæðandi konur og fjölskyldur þeirra þekkja orðið PCB deyfinguna og hafa frekar beðið um hana en mænurótardeyfinguna. Á árunum 1997-98 höfðu ljósmæður á fæðingardeild HSS skráð

niður hjá sér notkun á legghálsdeyfingunni til að hægt yrði að gera rannsókn seinna meir. Nú er sú rannsókn orðin að raunveruleika. Helsta ástæða þess að ráðist var í gerð þessarar rannsóknar núna, var að rekja mátti andlát barns til deyfingarinnar.

Fræðilegt yfirlit

PCB deyfingin hefur verið notuð s.l. 70 ár til þess að verkjastilla konur í fæðingu. Aðferðin er einföld og áhrifarík (Nieminen og Puolakka, 1997).

Í Skandinavíu hafa lækningar notað þessa deyfingu vegna þess hversu góða og hraða verkun hún hefur. Einnig er þessi aðferð ódýr og krefst lítillar fyrirhafnar. Rante o.fl. (1995) gerðu rannsókn í Finnlandi þar sem áhrif deyfingarinnar á móður og barn voru skoðuð, í skjóli þess að deyfingin hefur af sumum verið talin óörugg. Rannsóknin var gerð á stað í Finnlandi þar sem 0,25% bupivacaine er notað sem deyfiefni í PCB. Þar fæða um 5200 konur árlega og fær fjórðungur þeirra PCB. Konurnar voru látnar meta verkinn með einkunargjöf frá skalanum 0-10 og niðurstöður voru þær að fyrir deyfingu var meðalsársaukastuðull 8 en eftir deyfingu 5. Flestum konum fannst deyfingin virka einstaklega vel eða 62% en 25% fannst hún vera í meðallagi og 13% fannst hún ekki virka vel.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að ef notaður er lágur skammtur af staðdeyfingu og rétt tækni við að leggja PCB þá sé ekki mikil hætta á aukaverkunum hjá barninu en ekki er hægt að útiloka að öllu leyti hægt takt fösturs.

Aðferð

Samkvæmt Bobak og Jensen (1993) er 5 ml af 15% procain dælt sitt hvoru megin í legghálsinn eftir að legghálsinn hefur náð

5 cm útvíkkun. Norrænar rannsóknir mæla með notkun bupivacaine. Konur finna mun á verknum á innan við 5 mínútum. Deyfingin virkar á skyntaugar í leghálsi, í neðri og efri hluta legsins og efri þriðjungi legganga. Deyfingin hefur ekki áhrif á spöngina. Lyfið hefur þau áhrif að blokkera taugarnar með því að hafa áhrif á flæði natriumjóna úr utanfrymisvökvum yfir til taugasímans og þar með hindra virkni skyntaugarinnar (Konráð Lúðvíksson, 1978).

Deyfingin getur aðeins dregið úr samdráttum en hefur annars engin önnur áhrif á framgang fæðingarinnar. Leghálshdeyfingin sem lögð er með langri nál (Kobak) er gefin í rými til hliðar við legháls (fornix), í sumum rannsóknum er talað um að leggja deyfinguna „klukkan níu og þrjú“ (Bobak og Jensen, 1993) en aðrir segja að leggja eigi deyfinguna „klukkan átta og fjögur“ (Lieberman, 1992; Konráð Lúðvíksson, 1978). Deyfinguna á helst ekki að leggja dýpra en 3 mm. Þegar búið er að fullvissa sig um að nálin sé ekki í æð (aspirerað) er dælt staðdeyfingu 5 ml sitthvoru megin í leghálsinn eða samtals 10 ml. Ranta o.fl. (1995) nota 0,25% af bupivacain og setja tvo fingur við fyrirsætan fósturhluta og leghálsinn til að forðast að sprauta í fóstrið sjálft.

Best er að leggja deyfinguna þegar konan er komin vel inn í fyrsta stig fæðingar því ef deyfingin er lögð of snemma þá getur þurft að endurtaka hana. Sé hún lögð eftir sjö í útvíkkun er tæknilega erfiðara að leggja hana. Auk þess er verkun hennar minni og hættan á aukaverkunum fyrir fóstrið eykst (Konráð Lúðvíksson, 1978).

Fullkomin verkjastilling af deyfingunni fæst nánast strax og varir í 45-120 mín. Hægt er að endurtaka deyfinguna að 8 cm útvíkkun (Bobak og Jensen, 1993; Lieberman, 1992; Konráð Lúðvíksson, 1978).

Helstu kostir við að nota bupivacaine miðað við önnur staðdeyfilyf er lengri verkun þess og hversu próteinbundið það er en það dregur úr líkum þess að það berist yfir til fylgjunnar. Sýnt hefur verið fram á að 12,5 mg (0,125%) hefur sömu kosti verkjalega séð og 25 mg (0,25%) og því frekar mælt með minni skammtinum, þar sem talið er að það dragi úr aukaverkunum, s.s. hægtakt fósturs (Nieminen og Puolakki, 1997).

Áhrif á barnið

Í rannsókn Ranta o.fl. (1995) þurftu

88% barna ekki sérstaka meðhöndlun eftir fæðinguna, 11% þurftu súrefni og í 1% tilfella þurfti að setja kokrennu í barn. Meðal apgargildin voru 8,73 eftir eina mín. og 9,13 eftir 5 mín.

Þessi deyfing var mikið notuð á árunum 1950-70 og en svo minnkaði notkun hennar þar sem talið var að deyfilyfið gæti haft áhrif á fóstrið vegna frásogunar. Ef deyfilyfinu er sprautað til hliðar við leghálsinn getur það borist í blóð móðurinnar og þar með til fóstursins. Afleiðingin getur verið hæging á fósturhjatlaetti og yfirvofandi súrefnisskortur í fæðingu. Því hefur þessi deyfing vikið fyrir epiduraldeyfingunni. (Bobak og Jensen, 1993; Enkin o.fl., 2000; Lieberman, 1992). Ranta o.fl. (1995) telja hins vegar PCB ekki vera síðri kost en epiduraldeyfingu í fæðingu og jafnvel betri. Fósturstreita sé tíðari með deyfingum eins og petidingjöf.

Áhrif á móðurina

Deyfingin dregur ekki úr sársauka að fullu en tekur í burtu toppinn af verkjunum í samdráttunum og konan nær að slaka á, sérstaklega á milli samdrátta (Lieberman, 1992).

Hjá móður getur myndast blóðgúlpur ef stungið hefur verið í æð sem nær að blæða í vefinn við leghálsinn (Bobak og Jensen, 1993). Í rannsókn Ranta o.fl. (1995) fæddust 91% barna um fæðingarveg án inngripa, í 5% fæðinga þurfti að gripa til sogklukku og 4% mæðranna lentu í bráðakeisara. Ekkert af þessum inngripum voru vegna hægtaktar hjá barninu vegna PCB.

Kostir PCB

Vel upplýstar og sjálfsöruggar konur takast oft vel á við sína hriðarverki án lyfjainngripa. Flest allar konur búast við verkjum og 45% þeirra telja verki vera hluti af fæðingunni. Áttatíu af hundraði kvenna vildu takast á við hriðarverki og fá deyfingu til að lina sársaukann. PCB hefur ekki áhrif á miðtaugakerfi konunnar, blóðþrýsting hennar eða útfall hjartans. PCB eykur ekki á inngrip í fæðingu s.s. notkun tanga eða sogklukka. Flestar konur upplifa góða verkun af deyfingunni sem lögð er af fæðingalækni. Þessi deyfing virkar vel á fyrsta stigi fæðingarinnar (Ranta o.fl., 1995).

Helstu ábendingar PCB er verkjastilling á fyrsta stigi fæðingar. Hún er einnig valin ef verðandi móðir hefur lágan sársaukaþröskuld eða þegar önn-

ur verkjastilling gefur ekki tilætlaðan árangur. Það er líka hægt að nota PCB ef vinna þarf á leghálskrampa. Þessi deyfing er einnig tilvalin ef konan er með hjartasjúkdóm eða fæðir fyrirbura. Helstu frábendingar eru ef það er næstum full útvíkkaður legháls, ofnæmi fyrir deyfilyfinu, farið vatn í meira en sólarhring og ef konan er með sýkingu annað hvort tengt legvökvu eða í leggöngum (Konráð Lúðvíksson, 1978).

Samkvæmt Enkin (2000) er PCB deyfing sem kvensjúkdómalæknir getur lagt og því ekki þörf á að kalla út svæfingalækni. Einnig er hægt að nota PCB til deyfingar þegar fylgja er föst í undantekningartilfellum þar sem ekki er hægt að svæfa konuna. Þá er PCB notað með petidíni í æð eða díazepam (Enkin o.fl., 2000).

Aðferðafræði

Rannsóknin byggir á meginlegri rannsóknaraðferð, þar sem stuðst er við lýsandi tölfærð og skiptist hún í tvo hluta. Í fyrri hlutanum er stuðst við framvirka rannsóknaraðferð, þar sem ljósmæður á fæðingardeild Heilbrigðisstofnun Suðurnesja skráðu niður nokkrar breytur varðandi PCB deyfingar sem lagðar voru á árunum 1997-98. Úrtakið var 97 konur af 145 konum sem fengu PCB deyfingu þessi tvö ár. Þar sem úrtakið var ekki nægilega stórt var ákveðið að bæta við fleiri konum og því bættust við 6 ár. Seinni hluti rannsóknarinnar er því afturvirkur þar sem unnið er úr gögnum frá árunum 1996 og 1999-2003. Skoðaðar voru sömu breytur og í framvirku rannsókninni. Úrtakið var 190 konur af 242 konum sem fengu PCB deyfingu þessi sex ár. Ástæða þess fyrir að ekki var unnt að vinna úr gögnum allra kvennanna, voru ófullnægjandi upplýsingar eða að ekki var fylltar út í sjúkraskrár þær upplýsingar sem til þurfti í rannsóknum.

Fengnar voru upplýsingar úr fæðingarskráningu HSS um þær konur sem fengið höfðu PCB deyfingu. Monitorrit voru yfirfarin en þau sérstaklega skoðuð sem breyttust eftir að deyfingin hafði verið gefin.

Verkaskali VAS (visual analog scale) var notaður til að meta sársauka-stuðul konunnar frá 0-10 þar sem 0 er enginn verkur og 10 er mesti hugsanlegur verkur.

Monitorritunum var gefin einkunn frá 8-12, þar sem 12 var full gott rit með góðan breytileika en monitorrit sem fékk einkunargjöfina 8 eða undir

þurfti sérstaka aðgæslu m.t.t. súrefnis-skorts fösturs.

Í Keflavík hefur 0,25% Marcain verið þynnt til helminga með saltvatni (NaCl 9%) sem gerir lausnina 0,125% sterka. Samkvæmt vinnureglum deildarinnar er deyfingin lögð hliðlægt við fingur sem komið er fyrir í fornix (rými til hliðar við legháls), ýmist er deyfingin lögð á tvo eða fjóra staði. Hér hefur hún oftast verið lögð á tvo staði.

Fengið var leyfi hjá Persónuvernd til að nálgast upplýsingar úr fæðingarskrá og sjúkraskrá HSS.

Niðurstöður úr framvirkri PCB rannsókn frá árunum 1997-1998 og afturvirkri PCB rannsókn frá árunum 1996 og 1999-2003

Tafla 1:
Ýmsar niðurstöður

	1997-1998	1996 og 1999-2003
Meðalaldur kvenna	26 ára	25 ára
Meðalmeðgöngu-lengd	40 vikur	40 vikur
Frumbyrjur	40 %	51 %
Fjölbyrjur	60 %	49 %
Meðalblæðing í fæðingu	328 ml	385 ml
Meðallengd fæðingar	7,2 klst	8,2 klst

Tafla 1

Eins og sést á tölunum þá sýna úrtökin svipaðar niðurstöður.

Tafla 2:
Apgargildi og mat kvenna við PCB deyfingu

	1997-1998	1996 og 1999-2003	Aðrar rannsóknir
Apgar eftir 1. mín.	7	7	8,73
Apgar eftir 5. mín.	9	10	9,13
VAS fyrir deyfingu	8,8	8,6	8
VAS eftir deyfingu	4	4,5	5

Tafla 2

Eins og sjá má á niðurstöðunum þá ber tölunum úr þessari rannsókn saman við erlendar rannsóknir um PCB deyfinguna.

Tafla 3

Ljósmaður lögðu mat á 78% deyfinganna í framvirkri rannsókninni 1997-1998 en í 39 % tilvika í afturvirkri rannsókninni á árunum 1996 og 1999-2003.

Höfundar fóru í gegnum sjúkraskrár og höfðu ljósmaður ekki alltaf getið til um virkni deyfingarinnar í afturvirka



Tafla 5

Það að fleiri rit fá einkunnina 8 í framvirkri rannsókninni telja höfundar vera mismunandi túlkun á einkunnagjöf.

Eitt monitorrit úr framvirkri rannsókninni (1997-1998) sýndi dæmigerða svörun á hjartslætti föstursins eins og lýst hefur verið sem aukaverkunum deyfingarinnar. Sjö monitorrit úr afturvirkri rannsókninni (1996 og 1999-

Tafla 3:
Mat ljósmaðra á verkun PCB

	1997-1998	1997-1998 Af skráðu mati	1996 og 1999-2003	1996 og 1999-2003 Af skráðu mati
Mjög góð	12 %	16 %	5 %	14 %
Góð	49 %	62 %	22 %	54 %
Sæmileg	11 %	14 %	5 %	13 %
Lítill	5 %	7 %	4 %	11 %
Engin	1 %	1 %	3 %	7 %
Ekki skráð	22 %		61 %	

hlutanum og því er stór hluti ekki skráður. En í framvirka hlutanum var markvisst verið að skrá og meta virkni PCB deyfingarinnar og þar er lítill hluti sem ekki er skráður.

Tafla 4

Í byrjun árs 1998 var vatnsbaðið tekið í notkun á deildinni og hefur það verið mikið notað. Hugsanlega má skýra lága tölu á óhefðbundinni verkjastillingu í afturvirka hlutanum, eða 14%, með því að eitthvað vanti upp á skráningu í sjúkraskrár en markvissara var skráð í framvirkri rannsókninni.

Tafla 4:
Aðrar deyfingar eða verkjastillingar
1997-1998 1996 og 1999-2003

Óhefðbundin verkjastilling:		
bað, nudd, nálar, vatnsbólur	31 %	14 %
Parkodin Forte	23 %	14 %
Petidin og Phenergan	18 %	13 %
Glaðloft	17 %	54 %
Mænurótardeyfing	4 %	5 %
Pudentaldeyfing	7 %	0

2003) sýna dæmigerða svörun á hjartslætti föstursins sem má segja að sé ein af aukaverkunum deyfingarinnar frá þessum árum og tvö monitorrit sýna mjög alvarlega aukaverkun þar sem annað barnið dó en hitt á við þroskaörðugleika að stríða.

Tafla 6

Eins og sjá má á niðurstöðunum þá minnkar notkun PCB verulega þegar

Tafla 5:
Einkunn monitorrita

Einkunn	1997-1998 Fyrir PCB	1997-1998 Eftir PCB	1996 og 1999-2003 Fyrir PCB	1996 og 1999-2003 Eftir PCB
12	34 %	25 %	43 %	33 %
11	16 %	9 %	39 %	43 %
10	26 %	25 %	13 %	14 %
9	8 %	14 %	3 %	5 %
8	16 %	27 %	2 %	5 %



gerir deyfinguna umdeilda þar sem hæging varð á hjartslætti barns en jafn- aði sig fljótt og útkoma barnanna varð góð.

Hins vegar má væntanlega rekja tvö alvarleg tilfelli til deyfingarinnar þar sem hjartsláttur barnanna náði sér ekki upp og fóru báðar konurnar í bráðakeis- araskurð. Annað tilfellið er frá árinu 1999 þar sem barn fékk 1 í apgar eftir 1

Tafla 6:
Notkun PCB á fæðingardeild HSS 1996-2003

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
44 %	46 %	16 %	14 %	11 %	14 %	16 %	9 %

Tafla 7:
Fæðingarmynstur

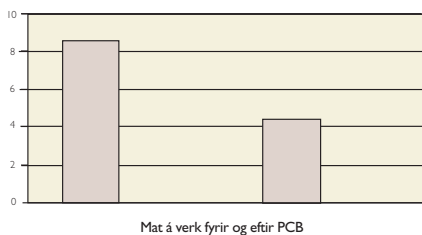
	1997- 1998	1996 og 1999- 2003
1. Eðlilegur framgangur	73 %	71 %
2. Hraður framgangur	10 %	6 %
3. Hægur framgangur	14 %	23 %
Ekki skráð	0,3 %	0 %

konur fóru að hafa möguleika á að nota baðið sem verkjastillingu, árið 1998.

Umræður

Af niðurstöðunum að dæma er PCB góður kostur sem verkjastilling í fæðingu. Verkjastuðull lækkaði að meðaltali úr 8,7 niður í 4,2 og ber það saman við niðurstöður rannsókna annars staðar frá.

Mat verkja á VAS skalanum



Ljósmaðrum fannst deyfingin hafa góða verkun í 58% tilfella og mjög góða í 15% tilfella en hafa litla verkun í 9% tilfellna. Konurnar sjálfar og ljós- maður eru ánægðar með þá verkjastill- ingu sem deyfingin gefur.

Meðalapgargildi eftir 1 mín. var 7 og eftir 5 mín. 9,5. Niðurstöður annara rannsókna sýndu meðalapgargildi 8,73 eftir 1 mín. og 9,13 eftir 5 mín.

Einungis 8 monitorrit eða 0.02% af úrtakinu sýndu þær aukaverkanir sem

mín. og 2 í apgar eftir 5 mín. Það náðist að endurlífga þetta barn og það flutt með vökudeildarteymi til Reykjavíkur. Barnið á við þroskaerfiðleika að stríða, sennilega vegna súrefnisskorts (asp- hyxiu) og virðist ekki hægt að benda á annað en áhrif deyfingarinnar.

Hitt tilfellið er frá árinu 2003 þar sem barn fékk 1 í apgar bæði eftir 1 mín. og 5. mín. og var flutt með vöku- deildarteyminu til Reykjavíkur þar sem barnið dó 1½ sólarhring seinna. Í því tilviki var 20 ml óþynnt lausn af Marcain 0,25 % notuð.

Samantekt

Ekki eru allar heimildir sammála um kosti og galla PCB deyfingarinnar en margar breskar heimildir telja hana hafa áhrif á hjartslátt fösturs í fæðingu. Rannsóknir sem hafa verið gerðar á Norðurlöndunum sýna aftur á móti góð áhrif deyfingarinnar á móður og hverf- andi líkur á áhrifum á barnið. Þar kem- ur fram að rétt tækni og háprótein stað- deyfingarlyf (bupivacaine) sem ekki geta farið yfir í fylgjuna skipti þar mestu máli til að tryggja öryggi deyf- ingarinnar (Niemen og Puolakka, 1997). Í höndum sérfræðinga er PCB mjög góður valkostur í fæðingu (Kon- ráð Lúðvíksson, 1978; Ranta o.fl., 1995).

Sérstaka færni þarf til að leggja þessa deyfingu og því mikilvægt að hún sé einungis í höndum fátta lækna sem hafa reynslu í að leggja hana. Um- gangast þarf deyfinguna af árvekni. Nýjar og gamlar rannsóknir benda til þess að hægt sé að fá ásætlanlega verk- un með enn þynnri deyfingarlausn. Konur sem hafa fengið leghálsdeyfingu biðja mjög oft um hana aftur.

Tvö alvarleg tilfelli sem væntanlega má rekja til deyfingarinnar eru þess eðlis að vart er hægt að mæla með þessari deyf- ingu þrátt fyrir góða verkjastillingu í fæð- ingu, nema að skurðstofuvakt sé til staðar þegar deyfingin er lögð svo hægt sé að grípa til bráðakeisaraskurðar strax ef þessi sjaldgæfa aukaverkun kemur upp.

Niðurstaða þessarar rannsóknar leiðir í ljós að þrátt fyrir mjög góða verkja- stillingu sem PCB deyfingin gefur fæðandi konum þá er öryggi hennar ekki nægilegt til að tryggja heilbrigði hins nýfædda barns og verður því aflögð við HSS í núverandi mynd nema í þeim tilvikum að skurðstofuvakt sé til staðar.

Heimildaskrá

- Bobak, I. M. og Jensen, M. D. (1993). *The maternity and gynecologic care* (5.útg.). St.Louis: Mosby.
- Enkin, M. W., Keirse, M. J. N. C., Neilson, J. P., Crowther, C. A., Duley, L., Hodnett, E. D. og Hofmeyr, G. J. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. (3.útg.). Oxford: Oxford medical publications.
- Konráð Lúðvíksson. (1978). Filosofi omkring paracervicalblockad. Óútféð handrit.
- Lieberman, A. B. (1992). *Easing labor pain; The complete guide to a more comfortable rewarding birth*. Boston: The Harvard Common Press.
- Nieminen, K. og Puolakka, J. (1997). Effective obstetric paracervical block with reduced dose of bupivacaine. A prospective randomized double-blind study comparing 25mg(0,25%) and 12,5mg(0,125%) of bupivacaine. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76(1): 50-4.
- Ranta, P., Jouppila, P., Spalding, M., Kangas- Saarela, T. og Jouppila, R. (1995). Para- cervical block- a viable alternative for labor pain relief? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 74s: 123-6



*Kvennasvið Landspítalans
óskar öllum ljósmaðrum
og fjölskyldum þeirra
gledilegra jóla og farsældar á nýju ári.*

Kynning á nýjum bæklingi:

Matur og meðganga

Fróðleikur fyrir konur á barneignaaldri.

Nýr bæklingur var formlega kynntur á ráðstefnu Miðstöðvar mæðraverndar 1. október sl. Að útgáfu hans standa Lýðheilsustöð, Heilsugæslan/Miðstöð mæðraverndar og Umhverfisstofnun. Hann var unninn af sérfræðingum á þeirra vegum: Jóhönnu Skúladóttur ljósmóður, Jóhönnu Torfadóttir næringarfræðingi, Laufey Steingrímsdóttur næringarfræðings og Þóru Steingrímsdóttur lækni. Dr. Bryndís Eva Birgisdóttir næringarfræðingur stýrði verkinu.

Markmið með útgáfu bæklingins er m.a. að:

- Birta skýrar leiðbeiningar um mataræði barnshafandi kvenna sem byggðar eru á rannsóknum.
- Samræma upplýsingar frá ýmsum stofnunum til barnshafandi kvenna um fæðuval, bætiefni, hreinlæti og öryggi matvæla.

Í bæklingnum eru almennar ráðleggingar um mataræði frá Manneldisráði Íslands sem og sérhæfðar ráðleggingar um eftirfarandi atriði:

Þyngdaraukningu og hreyfingu

Fólasín

Járn

A og D vítamín

Fisk og sjávarafurðir

Hrá matvæli

Hreinlæti og munnhirðu

Mataræði á ferðalögum erlendis.

Reykingar og vímuefni

Hvað varðar mataræði á meðgöngu er aðaláhersla lögð á að ráðleggja konum að borða hollan og fjölbreyttan mat, en ráðleggingar um þyngdaraukningu taki mið af hverri konu.

Konur í kjörþyngd eða undir kjörþyngd (BMI<25) 12 – 18 kg. og konur yfir kjörþyngd (BMI>25) 7 – 12 kg.

Ekki er mælt með því að ráðleggja öllum barnshafandi kon-



Jóhanna Skúladóttir
aðstoðaryfirljósmóðir

um að taka járnþætiefni á meðgöngu, heldur er lögð áhersla á járnríkt fæði. Ráðleggingar um járnþætiefni byggjast á blóðhag viðkomandi konu. Konum er þó ekki ráðlagt að borða lifur eða afurðir unnar úr henni vegna þess hve mikið A-vítamín er í lifur.



Talið er óhætt að ráðleggja lýsi á meðgöngu, þar sem A-vítamín magnið hefur verið minnkað mjög eða niður í 1/5 frá því er áður var. Einnig er lýsi mikilvægur D-vítamínjafi fyrir alla Íslendinga.

Öllum konum á barneignaraldri er ráðlagt að taka fólasín 400 µg, daglega ásamt því að borða fólasínríkt fæði.

Barnshafandi konum er ráðlagt að borða a.m.k. tvær fiskmáltíðir á viku rétt eins og öðrum landsmönnum.

Í bæklingnum er upptalið sérstaklega:

Fæða er inniheldur mikið járn og fólasín.

Fæða sem ekki er ráðlögð á meðgöngu, má þar nefna hráan fisk og stórflyðru.

Fæða sem borða má í takmörkuðu magni á meðgöngu, s.s. túnfisk úr dós, tvisvar í viku.

Minnst er á koffein, áfengi, tóbak, náttúru- og fæðubótaefni og lyf. Í bæklingnum er sérstakur kafli sem fjallar um hreinlæti við matargerð og mataræði á ferðalögum erlendis, ásamt fræðslu um tannheilsu og hreyfingu.

Fjölbreytt fæði á meðgöngu skiptir miklu máli fyrir heilbrigði, bæði fyrir konurnar sjálfar og börn þeirra. Sem heilbrigðisstarfsmenn er mikilvægt að við gerum okkur grein fyrir að aðstæður fólks eru mismunandi og því þurfum við ávallt að miða fræðsluna við þarfir hvers og eins. Það er því mikilvægt að ráðleggingar valdi ekki áhyggjum eða kvíða.

Dreifingaraðili bæklingins er Miðstöð mæðraverndar. Pantanir sendist á mm@hr.is

Hópurinn sem sá um gerð bæklingins sá einnig um gerð ítarefnis sem komið verður fyrir á heimasíðum viðkomandi stofnanna: Heilsugæslunnar í Reykjavík www.hr.is. Lýðheilsustöð: www.lydheilsustod.is og hjá:

Umhverfisstofnun: www.ust.is.



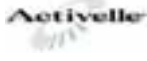
Lágskammta hormónameðferð





Novofem® Novo Nordisk

FILMUHÚÐUÐ TAFLA: G 03FB 05. Hver rauð, filmhúðuð tafla inniheldur estradiól 1 mg. Hver hvít, filmhúðuð tafla inniheldur estradiól 1 mg og noretisterónasetat 1 mg. **Ábendingar:** 1.) Uppbótarmeðferð með hormónum vegna óþæginda af völdum óströgenskorts eftir tíðahvörf hjá konum með leg. 2.) Til varnar beinþynningu eftir tíðahvörf hjá konum, sem eru í mikilli hættu á að beinbrotna og annaðhvort þola ekki önnur lyf sem víðurkennd eru til varnar beinþynningu eða þær mega ekki nota þessi lyf. Reynsla af meðferð kvenna eldri en 65 ára er takmörkuð. **Skammtar og lyfjagjöf:** Novofem er lyf notað sem samfelld, kaflaskipt uppbótarmeðferð með hormónum. Óströgenskammturinn er stöðugur. Þrógestageni er bætt við 12 daga af hverjum 28 dögum tíðahringrs þar sem um kaflaskipta meðferð er að ræða. Ein tafla er tekin daglega í þeirri röð sem hér greinir: Óströgenuppbót (rauð) í 16 daga, síðan er óströgen-/þrógestagenuppbót (hvít) í 12 daga. Þegar síðasta hvíta taflan hefur verið tekin er meðferð haldið áfram með því að taka fyrstu rauðu töfluna úr nýrri þakkingu næsta dag. Blæðingar sem líkjast tíðablæðingum verða venjulega í upphafi nýs meðferðarhringis. Hjá konum, sem ekki eru í uppbótarmeðferð með hormónum eða konum sem skipta úr samfelldri, samsettri uppbótarmeðferð með hormónum, má hefja meðferð hvenær sem hentar. Hjá konum, sem skipta úr annarri kaflaskiptri uppbótarmeðferð með hormónum, ætti að hefja meðferð daginn eftir að lokið hefur verið við fyrri meðferðarlötu. **Frábendingar:** Þekkt brjóstakrabbamein, fyrri saga eða grunur um brjóstakrabbamein. Þekkt eða grunur um illkynja óströgenháð. Blæðingar frá kynferum af óþekktum orsökum. Ómeðhöndlaður öfvöxtur legslímu. Bláæðasegarek eða saga um slíkt.Vírt eða nýlegt segarek í slagæðum. Bráður lifrarsjúkdómur eða saga um lifrarsjúkdóm svo lengi sem niðurstöður prófa á lifrarstarfsemi eru ekki orðnar eðlilegar aftur. Þekkt ofnæmi fyrir virku efnum eða einhverju hjálparefna. Porfýría. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur:** Við meðferð vegna óþæginda eftir tíðahvörf skal aðeins hefja uppbótarmeðferð með hormónum við einkennum sem hafa óæskileg áhrif á lífsgæði. Í öllum tilvikum skal að minnsta kosti einu sinni á ári leggja nákvæmt mat á áhættu og ávinning og uppbótarmeðferð með hormónum aðeins haldið áfram í þann tíma sem ávinningur vegur þyngra en áhættan. **Læknisskoðun/efirlit:** Áður en uppbótarmeðferð með hormónum hefst eða er hafin á ný, skal heildarmat lagt á heilsufarssögu viðkomandi auk þess sem kanna á fjölskyldusögu. Líkamlegt ástand skal skoðað (þar með talið grindarhol og brjóst) með tilliti til þessa mats, frábendinga og varnaðarorða við notkun lyfins. Meðan á meðferð stendur er mælt með reglulegu efirliti og skal tíðni og eðli efirlitsins ákvarðað fyrir hverja konu fyrir sig. Ráðlegging á konum um hvaða breytingum á brjóstum þær eigi að skýra lækninum eða hjúkunarfræðingi frá. Rannsóknir, þ.m.t. brjóstamýndataka, skulu gerðar í samræmi við nýlega víðurkenndar skimunaraðferðir og í samræmi við klínískar þarfir hvers einstaklings. **Aðstæður, sem þarfnast sérstaks efirlits:** Ef eitthvert efirlitalinna vandamál er fyrir hendi, hefur verið til staða áður og/eða hefur versnað á meðöngu eða við fyrri hormónameðferð, skal hafa náð efirlit með sjúklingi. Hafa skal hugfast að þessi vandamál geta komið upp á ný eða versnað meðan á meðferð með Novofem stendur, sérstaklega: Sléttvöðvahnútar (sléttvöðvahnútar í legi) eða legslímuvilla. Saga um eða áhættuþættir segareks. Áhættuþættir óströgenháðra æxla, t.d. 1. stígs arfgengi krabbameins í brjóstum. Of hárf blóðþrýstingur. Lifrarsjúkdómur. Sykursýki með eða án æðasjúkdóma. Gallsteinar, migreni eða (svæsin) höfuðverkur, Rauðir úlfar. Saga um öfvöxt legslímu. Flogaveiki, astmi og snigiluggahersli. **Aðstæður þegar meðferð skal tafarlaust hætt:** Hætta skal meðferð ef upp koma frábendingar eða ef eftirfarandi aðstæður eru fyrir hendi: Gula eða skert lifrarstarfsemi, marktæk hækkun á blóðþrýstingi, nýtt höfuðverkjakast, sem líkist migreni og/eða þungun. **Brjóstakrabbamein:** Í slembaðri samanburðarránnsókn með lyfleysu, „Women’s Health Initiative study (WHI)“, og faraldsfræðilegum ránnsóknum, þar með talinni „Million Woman Study (MWS)“, hefur verið greint frá aukinni hættu á brjóstakrabbameini hjá konum sem nota óströgen, óströgen-þrógestagen samsetningar eða tilbodene uppbótarmeðferð með hormónum í nokkur ár. Við allar uppbótarmeðferðir með hormónum verður aukin hættu greinileg eftir nokkurra ára notkun og hún eykst við lengri notkun en verður aftur sama og í upphafi innan nokkurra ára (í það lengsta 5 ár) eftir að meðferð er hætt. **Bláæðasegarek:** Tengsl eru á milli uppbótarmeðferðar með hormónum og tilföðulega aukinnar hættu á bláæðasegareki (VTE), þ.e. segamyndun í djúpláðum eða lungnablöðreki. Komi í ljós bláæðasegarek eftir að meðferð hefst skal hætta að nota lyfið. Sjúklingum skal sagt að hafa þegar í stað samband við lækni ef þeir finna fyrir hugsanlegum einkennum um segarek. **Kransæðasjúkdómur (CAD):** Í slembuðri samanburðarránnsókn hafa ekki komið fram vísbendingar um ávinning af samfelldri, samsettri meðferð með samtengdum hestaóströgenum og medroxýþrógestérónasetati (MPA) á hjarta og æðar. Tver stórar klínískar rannsóknir (WHI og HERS, þ.e. „Heart and Estrogen/progestin Replacement Study“) sýndu hugsanlega aukna hættu á hjarta- og æðasjúkdómum fyrsta árið sem lyfin voru notuð og engan heildarávinning. Aðeins liggja fyrir takmarkaðar upplýsingar úr slembuðum samanburðarránnsóknum á notkun annarra lyfja, sem notuð eru sem hormónauppbót, til að rannsaka áhrif á hjarta- og æðasjúkdóma eða dánartíðni. Því er óljóst hvort þessar niðurstöður nái einnig til annarra hormónalyfja eins og Novofem sem notuð eru til uppbótarmeðferðar. **Heilablöðfall:** Í einni stórrí slembaðri klínískri ránnsókn (WHI-ránnsókn) kom fram sem aukaniðurstaða, aukin hættu á heilablöðfalli með súrefnisþurrð hjá heilbrigðum konum sem fengu samfellda meðferð með samsetningu samtengdra óströgena og MPA. Hjá konum, sem hafa ekki fengið uppbótarmeðferð með hormónum, er áætlað að fjöldi tilvika heilablöðfalls sem á eftir að greinast yfir 5 ára tímabil sé um 3 konur af hverjum 1.000 á aldrinum 50-59 ára og 11 konur af hverjum 1.000 á aldrinum 60-69 ára. Hjá konum, sem hafa fengið samtengd óströgen og MPA yfir 5 ára tímabil, er áætlað að viðbótarlívik verði á milli 0 og 3 (besta mat = 1) á hverja 1.000 notendur á aldrinum 50-59 ára og á bilinu 1 og 9 (besta mat = 4) á hverja 1.000 notendur á aldrinum 60-69 ára. Ekki er vítað hvort þessi aukna áhætta eigi einnig við um önnur hormónalyf, eins og Novofem sem notuð eru til uppbótarmeðferðar. **Krabbamein í eggjastokkum:** Í sumum faraldsfræðilegum ránnsóknum hefur langtímanotkun (a.m.k. 5-10 ár) uppbótarmeðferðar með hormónum, sem aðeins innihalda óströgen, hjá konum sem leg hefur verið fjarlægð hjá, verið tengt aukinni hættu á krabbameini í eggjastokkum. Övist er hvort langtímanotkun samsettrar uppbótarmeðferðar með hormónum hafi í för með sér aðra hættu en þegar notuð eru þar sem innihalda óströgen ein sér. **Áðrir sjúkdómur:** Óströgen geta valdið vökvæðingum og því á að fylgjast náið með sjúklingum með skerta hjarta- eða nýrnastarfsemi. Fylgjast skal náið með sjúklingum með nýrnasjúkdóm á lokastigi, þar sem búist er við hækkun á blöðgildum virku efna í Novofem. Fylgjast á náið með konum, sem eru fyrir með hækkaða þriglýseríða, meðan á meðferð með óströgenum eða uppbótarmeðferð með hormónum stendur, þar sem í tengslum við óströgenmeðferð við þessar aðstæður hefur verið skýrt frá órðum tilvikum um mikla hækkun þriglýseríða í plasma, sem leitt hefur til brisblöð. Ekki liggja fyrir neinar fullnægjandi upplýsingar hvað varðar bættu vítrena starfsemi. Í WHI rannsókninni komu fram vísbendingar um aukna hættu á hugsanlegum víðgildum hjá konum sem hefja samfellda, samsetta meðferð með CEE og MPA eftir 65 ára aldur. Hvorki er þekkt hvort þessar upplýsingar eiga einnig við um yngri konur sem komnar eru yfir tíðahvörf né hvort þær eiga við um önnur hormónalyf eins og Novofem til uppbótarmeðferðar. **Ítarlegri upplýsingar um varnaðarorð og varúðarreglur má sjá í Sérlyfjaskrá. Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Umbrot óströgens og þrógestagens geta aukist vegna samtímis notkunar efna sem vítað er að hvetja lyfjambrót fyrir tilstilli ensíma, einkum cytochróm P450, eins og flogaveikilyfja og Rítónavir og neflinavir, sem venjulega eru þekkt sem öflugir hemlar, geta aftur á móti sýnt hvetjandi eiginleika þegar þau eru notuð samtímis sterahormónum. Náttúrlýf, sem innihalda Jóhannesarjurt geta hvatt umbrot óströgena og þrógestagena. Klínískt séð geta aukin umbrot óströgena og þrógestagena leitt til minni verkunar og breytinga á blæðingum frá legi. Lækuð estradíólgiði hafa sést við samtímis notkun sykalyfja, t.d. penisillína og tetrasyklíns. Óströgen geta aukið áhrif og aukaveikaverir ímprímiprins. Ef ciklóspórín er gefið samtímis getur þéttni þess, kreatíníngildi og transaminasir í blóði hækkað vegna minni umbrota ciklóspóríns í lifur. Breyting getur orðið á þörf sykurskilyfja til inntöku eða insúlíns vegna áhrifa óströgens á sykurból (það minnkar) og svörum við insúlíni, þ.e. insúlínþörf og þörf sykurskilyfja til inntöku getur aukist vegna minnkaðs sykurbóls. **Meðganga og brjóstagjöf:** Meðganga er frábending við notkun Novofem. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir, sem greint var frá í klínískum ránnsóknum á hormónalyfi til uppbótarmeðferðar svipuðu og Novofem, eru eymisli í brjóstum og höfuðverkur (> 1/10). Samkvæmt vísbendingum úr fjölda faraldsfræðilegra ránnsóka og einni slembaðri samanburðarránnsókn með lyfleysu, „Women’s Health Initiative study“, eykst heildaráhætta á brjóstakrabbameini með lengd uppbótarmeðferðar með hormónum hjá konum sem eru í eða hafa nýlega verið í uppbótarmeðferð með hormónum. **Ítarlegri upplýsingar um aukaverkanir má sjá í Sérlyfjaskrá. Öfskömmtun:** Ögleði og uppköst geta komið fram við öfskömmtun. **Geymsluþol:** 3 ár. Geymið ekki við hærri hitastig en 25°C. Má ekki geyma í kæli. Geymið ílátíð í ytri óskjurni. **Pakkningar og verð** í október 2004 1 x 28 töflur í skífupakkingu með dagatali 1.576 kr. eða 3 x 28 töflur í skífupakkingnum með dagatali 3.094 kr. **Afgreiðslutíðhögun:** Lyfið er lyfseðilskyt. **Greiðslufyrirkomulag:** E. Umboðs- og dreifingaraðili PharmaNor hf. Hörgatúni 2, 210 Garðabæ. Textinn var endurskoðaður 1. júní 2004 er er birtur hér töluvert styttr. Sjá ítarlegri upplýsingar í Sérlyfjaskrá.



Activele® Novo Nordisk

FILMUHÚÐUÐ TAFLA G03FA A01. Hver filmhúðuð tafla inniheldur: Vatnslaust estradiól 1 mg og noretisterónasetat 0,5 mg. **Ábendingar:** Uppbótarhormónameðferð vegna óþæginda af völdum ónógar óströgenmyndunar hjá konum, þegar líðið er meira en ár frá tíðahvörfum. Til varnar beinþynningu hjá konum eftir tíðahvörf, sem eru í aukinni hættu á að beinbrotna vegna beinþynningar. Reynsla af meðferð kvenna sem eru eldri en 65 ára er takmörkuð. **Skammtar og lyfjagjöf:** Activele er blanda af hormónum, ætluðum til samfelldrar uppbótarmeðferðar á hormónaskorti hjá konum, sem hafa leg. Taka á eina töflu daglega án þess að hlé sé gert á töflutöknunni. Töflurnar á helst að taka á sama tíma á hverjum degi. Við meðferð á einkennum eftir tíðahvörf á að nota minnsta skammt sem virkar. Hormónauppbótarmeðferð á aðeins að nota eins lengi og kostir við að draga úr alvarlegum óþægindum eru meiri en áhættan. Hjá konum með tíðateppu, sem hafa ekki notað hormónauppbót eða hjá konum, sem eru að skipta yfir úr annarri blöndu til samfelldrar notkunar sem hormónauppbót, má hefja meðferð með Activele hvenær sem er. Ef konur skipta yfir úr meðferð með kaflaskiptri hormónagjöf á að hefja meðferðina strax eftir að blæðingum lýkur. Hafi sjúklingur gleymt að taka eina töflu á að flegja þeirri töflu sem gleymdist. Líkur á milliþléðingum eða blettblæðingum getur aukist, ef gleymist að taka töflu. **Frábendingar:** Þekkt brjóstakrabbamein, grunur eða fyrri saga um brjóstakrabbamein. Þekkt eða grunur um illkynja óströgenháð æxli. Blæðingar frá fæðingarvegi af óþekktum orsökum. Ómeðhöndluð þýkknun legslímu. Fyrrum sjálfvakið eða ýrfirstandnið bláðarblöðrek. Virkur eða nýlega ýrfirstandið segarekssjúkdómur í slagæðum (t.d. hjartaöng, hjartaflegðrep). Bráður lifrarsjúkdómur eða saga um lifrarsjúkdóm, þegar þörf á lifrarstarfsemi sýna að starfsemi er ennþá eðlileg. Þekkt ofnæmi fyrir virku efnum eða einhverju hjálparefna. Porfýría. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Áður en meðferð með hormónauppbót hefst eða er hafin á ný, skal lagt mat á heilsufarssögu viðkomandi auk þess sem fjölskyldusaga skal könnuð. Almenn heilsufarsránnsókn (þar með talin á grindarholi og brjóstum) skal gerð með tilliti til þeirra frábendinga og þeirrar varúðar sem skal gæta í tengslum við notkun lyfins. Meðan á meðferð stendur þar að fylgja konum eftir reglulega, eins oft og á þann hátt eins og talið er eiga við um hverja konu fyrir sig. Ráðlegging á konum um hvaða breytingar á brjóstum þeirra þær eigi að skýra lækninum eða hjúkunarfræðingi frá. Rannsóknir, röntgenmynd af brjóstum, skulu gerðar í samræmi við nýlega víðurkenndar skimunarafæðir og í samræmi við klínískar þarfir hvers einstaklings. Leggja skal öðru hvoru ítarlegt mat á áhættu og kosti hormónauppbótarmeðferðarinnar á meðferðartímabilinu. Ef eitthvert efirlitalinna vandamál er fyrir hendi, hafa verið áður og/eða hafa versnað á meðöngutíma eða við fyrri hormónameðferð, skal hafa náð efirlit með sjúklingi. Hafa skal hugfast að þessi vandamál geta komið upp á ný eða versnað meðan á meðferð með Activele stendur, sérstaklega: Sléttvöðvahnútar í legi eða legslímuvilla. Saga/áhættuþættir segarekssjúkdóma. Áhættuþættir óströgenháðra æxla, t. d. 1. stígs arfgengi krabbameins í brjóstum. Of hárf blóðþrýstingur. Lifrarsjúkdómur, sykursýki ásamt eða án æðasjúkdóma, gallsteinar, migreni eða svæsin höfuðverkur. Rauðir úlfar, saga um þýkknun legslímu, flogaveiki, astmi, snigiluggahersli. Hætta skal meðferð ef upp koma frábendingar eða ef eftirfarandi aðstæður eru fyrir hendi: Gula eða skert lifrarstarfsemi, marktæk hækkun á blóðþrýstingi, nýtt höfuðverkjakast sem líkist migreni. Þungun. Hætta á þýkknun legslímu og krabbameini er aukin, þegar óströgenar eru gefnar einar sér lengi. Til að draga úr, en ekki til að útiloka þessa hættu, er því nauðsynlegt að sameina óströgenmeðferð með þrógestageni hjá konum sem eru með leg í að minnsta kosti 12 daga hvers tíðahringis. Milliþléðingar og blettblæðingar geta komið fyrir á fyrstu mánuðum meðferðarinnar. Komi milliþléðingar eða blettblæðingar fram eftir að meðferð hefur staðið í nokkurn tíma eða ef þær halda áfram eftir að meðferð hefur verið hætt, á að rannsaka ástæður þessa og getur þurft að taka vefsýni úr legslímuhúð til útiloka illkynja sjúkdóm í legslímuhúð. Í samanburðarránnsókn með slembivali og faraldsfræðilegum ránnsóknum hefur verið sýnt fram á aukna hættu á að brjóstakrabbamein greinist hjá konum, sem nota óströgena eða óströgen-þrógestagen blöndur sem hormónauppbót í nokkur ár. Þessi aukna hættu eykst með lengri notkun hormónauppbót og virðist snúa aftur að grunnildum um það bil fimm árum eftir að meðferð er hætt. Konur, sem nota óströgen-þrógestagen blöndur til hormónauppbótarmeðferðar, voru í svipaðri eða hugsanlega meiri hættu í samanburði við þær konur, sem notuðu óströgen ein sér. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Lyf sem örva lyfjambrót fyrir tilstilli ensíma, cytochróm P450 ensím eins og krampaleysandi lyf (t.d. fenóbarítal, fenýtóín, karbamazepín) og sýkingalyf (t.d. rifampísín, rifabútín, nevirapín, efavirenz). Enda þótt rítónavir og neflinavir séu þekktir öflugir hamlar, geta þeir þvert á móti haft örvandi áhrif, þegar þær eru notaðar samtímis hormónum af steragör. Náttúrlýf, sem innihalda Jóhannesarjurt/Jónsmessurunn (Hypericum perforatum) geta örvað umbrot óströgena og þrógestagena. Klínískt séð geta aukin umbrot óströgena og þrógestagena leitt til minni virkni og breytinga á blæðingum frá legi. Lyf sem hamlar virkni lyfja sem umbrota fyrir tilstilli lífrænsíma, t.d., ketóónázól, geta aukið blöðgildi virku innihaldsefnanna í Activele. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ef þungun verður á að hætta meðferð þegar í stað. Activele á ekki að nota meðan barn er haft á bakið. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanirnar sem 10% til 20% sjúklinganna skýruð frá í ránnsóknum, voru blæðingar frá fæðingarvegi og verk/eymisli í brjóstum. Blæðingar urðu venjulega á fyrstu mánuðum meðferðarinnar. Brjóstaverkir hurfu venjulega eftir nokkurra mánaða meðferð. Hætta á brjóstakrabbameini eykst með auknum árafjölda sem hormónauppbót er notuð. Samkvæmt upplýsingum úr faraldsfræðilegum ránnsókn – 51 faraldsfræðileg ránnsókn sem gerð var á árunum 1960-1970 og snemma á 8.áratugnum og skýrt var frá við endurnat svo og upplýsingar frá nýlegri ránnsókn – er besta mat á áhættu fyrir konur, sem nota ekki hormónauppbót, að um 45 konum geti búist við því að greinast með brjóstakrabbamein á aldrinum 50 til 70 ára. Tilkynningar um aukaverkanir eftir markaðssetningu eru álítnar vantalдар, einkum hvað varðar smávægilegar og vel þekktar aukaverkanir. Skoða skal tíðni þeirra í ljósi þessa: Góðkynja og illkynja æxli (blöður og separ þar með taldir): Krabbamein í legslímu. Gæðran vandamál: Svefntruflanir, kvíði, minnkuð kynhvót, aukin kynhvót. Taugakerfi: Svimi. Augu: Sjóntruflanir. Æðar: Versnun háþrýstings. Meltingarferir: Meltingartruflanir, uppköst. Lifur og gall: Sjúkdómur í gallblöðu, gallsteinar, versnun á gallsteinaveiki, endurkoma gallsteinaveiki. Hüð og undirhöf: Flasa, útbrot, ofsabýging. Æxlunarfær og brjóst: Þýkknun legslímu, kláði í sköpun og fæðingarvegi. Ránnsóknarniðurstöður: Þyndartap, blóðþrýstingshækkun. Aðrar aukaverkanir sem skýrt hefur verið frá í tengslum við óströgen/þrógestagen meðferð: Óströgenháð góðkynja og illkynja æxli, t.d. krabbamein í legslímu. Bláæðablöðrek, t.d. blóðsegabólga í djúpum bláæðum í fötleggjum eða grindarholi svo og lungnablöðrek kemur oftast fyrir hjá konum, sem nota hormónauppbót en þeim sem ekki nota hana. **Geymsluþol:** 3 ár. **Sérstakar varúðarreglur við geymslu:** Geymið ekki við hærri hitastig en 25°C. Má ekki geyma í kæli. Geymið ílátíð í ytri óskjurni. **Pakkningar og verð í október 2004:** 84 töflur (í dagatalsskífur) kr. 3.741. Markaðslyfi var endurnýtt á 6. mars 2003. **Texti endurskoðaður:** 25. júlí 2003. **Afgreiðslutíðhögun:** Lyfið er lyfseðilskyt. **Greiðslufyrirkomulag:** E Texti styttr, frekari upplýsingar í Sérlyfjaskrá. Umboðs- og dreifingaraðili: PharmaNor hf. Hörgatúni 2,210 Garðabæ.



Notkun oxytocins í fæðingum

Inngangur

Orðið oxytocin þýðir í raun „hröð fæðing“. Árið 1906 uppgötvuðu menn að extrakt úr aftari hluta heiladinguls olli samdrætti í legvöðva og 1909 var sýnt fram á að þessi extrakt kom af stað legsamdráttum hjá konum. 1911 var farið að nota þetta frumstæða lyf í hjá fæðandi konum. 1950 uppgötvaði Du Vigneaud byggingu oxytocins og fékk hann síðar Nóbelsverðlaunin fyrir störf sín við að skýra byggingu peptíða (1). Oxytocin er lítið peptíð framleitt í taugafrumum þeim sem liggja niður í aftari hluta heiladingulsins þaðan sem oxytocin er losað út í blóðrásina. Það hefur verið þekkt í nær heila öld að oxytocin kemur af stað legsamdráttum hjá konum sem eru komnar nálægt fæðingu. Í legvöðvanum þarf að hafa myndast nægilega mikið af oxytocin viðtækjum til að efnið virki en það örvar einnig losun prostaglandína frá decidual vef. Þekking á virkni oxytocins leiddi til þess að hægt var að framkalla fæðingar og auka samdrátt í legi fyrir og eftir fæðingu.

Notkun

Oxytocin er einkum notað í þrenns konar tilgangi: til að koma af stað fæðingu, til að örva fæðingu sem gengur hægt og til að koma í veg fyrir blæðingu eftir fæðingu.

Við gangsetningu fæðingar

Oxytocin er venjulega aðeins notað þegar legháls er orðinn hagstæður, þ.e. Bishop score er >5. Venjulega er byrjað á því að rjúfa belginn og síðan er meðferð með oxytocini í dreypi hafin ef þörf er á. Þó kemur til greina að hefja oxytocin meðferð áður en belgur er rofinn ef höfuð fóstursins stendur hátt eða er mjög hreyfanlegt. Sumir hafa þó álitnið að þessi aðferð geti aukið hættu á legvatnsblóðreki en slíkt er þó erfitt að staðfesta vegna þess hve sjaldgæfur sá fylgikvilli er. Oxytocin ætti alltaf að gefa í dropateljara eða sprautudælu til



Hulda Hjartardóttir,
kvensjúkdóma- og fæðingalaknir,
Landspítala-Háskólasjúkrahúsi.

að reyna að forðast ofskömmtnun fyrir slysi. Lyfið má blanda í salt- eða sykurlausn og mismunandi styrkleikar eru notaðir. Mælt er með að hefja meðferðina með 1-4 mU/mín og tvöfalda skammtinn á 15-30 mínútna fresti þar til fæðing er komin í góðan gang eða hámarksskammti er náð (2). Hámarks-skammtur er venjulega álitinn vera 32mU/mín. (Á Kvinnadeild LSH er notaður styrkleikinn 10 ae af oxytocini í 500ml af 5% dextrósa. Miðað við skömmtnunina hér að framan er þá upphafsskammtur 3-12ml/klst upp í mest 106 ml/klst). Þegar fæðingin er komin vel af stað er stundum hægt að lækka skammtinn eða jafnvel stöðva meðferðina þar sem líkami konunnar hefur þá tekið að framleiða endogen oxytocin og viðheldur fæðingunni á eðlilegan hátt. Venjulega er þó haldið áfram með sídreypi þar til fæðingin er afstaðin og gjarnan þar til a.m.k. klukkustund er liðin frá fæðingu, oft í hærri skammti.

Meðferð með oxytocini í nefúða er ekki ætluð þunguðum konum, skömmtnun er mjög ónákvæm og engar rann-

sóknir eru til á styrk lyfsins í blóði þungaðra kvenna þegar þetta lyfjaform er notað.

Við hríðaörvun

Fæðingar taka misjafnlega langan tíma og er stundum erfitt að dæma það hvenær fæðing er farin að taka óeðlilega langan tíma. Þó er rétt að hafa viðmið og byggist viðmið flestra á vinnu Friedmans sem kom fyrstur fram með partogramið 1954 (4). Hann sýndi fram á að fæðingar kvenna eru svipaðar hvar sem er í heiminum og ekki munur á tímalengd þeirra. Meðalhraði útvíkkunar hjá frumbyrju í aktífum fasa er 1,2 cm/klst og hjá fjölbyrju 1,5 cm/klst. Þegar útvíkkun legháls eykst hægar aukast líkur á að grípa þurfi til keisarskurðar og annarra inngrípa. Langdregin fæðing þreytir móður og barn, eykur hættu á sýkingum og legbresti og blæðingu eftir fæðingu. Það er því mikilvægt að átta sig fljótt á því þegar fæðing er orðin óeðlilega langdregin og hjálpa móðurinni að fæða á sem eðlilegastan hátt. Notkun partograms þar sem útvíkkun og staða fósturhöfuðs í grind er sett upp í graf á móti tímaás hefur reynst mjög gagnlegt í þessu tilliti. Ef fæðingin hefur gengið hægt frá upphafi er oftast talað um snemmkomna legtrengu (primary dysfunctional labour) og er þetta algengast hjá frumbyrjum. Þetta ástand skapast oftast af ósamhæfðum og/eða veikum samdráttum sem skila ekki nægilegum árangri. Þetta ástand svarar oftast oxytocin meðferð. Ef útvíkkun hefur gengið vel í byrjun aktífa fasans en stöðvast síðan er oftast talað um síðbúna legtrengu (secondary arrest of labour). Slíkt ástand er dæmigert í þeim tilvikum þar sem um grindarþrengsli eða misræmi fósturs og grindar er að ræða. Ástæða þessa þarf þó alls ekki alltaf að vera vísbending um misræmi fósturs og grindar og oft er hægt að hjálpa þessum konum til að fæða með aðstoð oxytocins. Útiloka þarf augljósar ástæður hjá

fóstrinu svo sem hydrocephalus, ennisstöðu, þverlegu og verulega macrosomiu en einnig grindarþrengsli t.d. eftir slys eða vegna tumors. Eiginleg grindarþrengsli hjá íbúum Vesturlanda eru mjög sjaldgæf og miklu algengara er að þrengslin séu relatíf, vegna malpresentationar eða deflexionar fósturhöfuðs. Slík vandamál má oft leiðrétta með sterkari samdráttum sem leiða til flexionar, rotationar og mótunar höfuðsins þannig að eðlileg fæðing geti átt sér stað.

Hvenær á að nota oxytocin til hriðaörvunar?

Hriðar geta verið óreglulegar og virst veikar en samt skilað eðlilegum árangri, þ.e. útvíkkun legháls og framgangi fósturhöfuðs. Hins vegar geta hriðar verið örar og sárar og virst sterkar en skila ekki neinum eða litlum árangri. Oxytocin ætti því aðeins að nota að samdrættir í legi séu ekki að skila þeim árangri sem við búumst við. Menn hafa ekki verið sammála um það hvenær eigi að grípa inn í fæðingu en algengt er að notast sé við svokallaða viðbragðslínu sem er þá teiknuð á partogramið 1-4 klst til hægri við meðaltalslínuna fyrir hraða útvíkkunar. Með þessum hætti er byrjað að örva hriðar þegar hraði útvíkkunar hefur verið minni en 1 cm á klst. í 1-4 klst. Fyrsta skrefið er að rjúfa belginn ef vatnið er ófarið og meta síðan framgang u.þ.b. 2 klst. síðar. Þegar örva á hriðar með oxytocini er það skammtað líkt og í gangsetningu fæðingar en leg fæðandi konu er næmara en þegar fæðing er ekki hafin. Byrjað er með lágan skammt eins og við gangsetningu og síðan er skammturinn aukinn á 15-30 mínútna fresti. Líklega er réttara að hækka skammtinn á 30 mín fresti þar sem helmingunartími oxytocins í blóði er lengri en menn töldu áður og því er hættan meiri á ofskömmtnum ef skammturinn er aukinn hraðar. Skammturinn er aukinn þar til fjöldi hriða er 3 á 10 mínútum en ef ekki er nægilegur árangur með þeirri samdráttatíðni er skammturinn aukinn þar til tíðnin er 4 hriðar á 10 mínútum eða þar til hámarksskammti er náð. Þegar fæðing er langdregin en tíðni hriða er 3-4 hriðar á 10 mínútum er alltaf vel þess virði að reyna oxytocin meðferð þar sem hriðarnar geta verið veikar og/eða ósamhæfðar og oxytocin getur þá haft úrslitaáhrif til að fæðingin gangi betur. Engin leið er til að vita hve sterkar

hriðar eru nema með því að setja þrýstingskateter í legholið. Slíkir kateterar eru notaðir á mörgum sjúkrahúsum en hafa ekki sýnt sig að bæta útkomu fæðinganna miðað við að nota ytri samdráttarritu við örvun langdreginna fæðinga með oxytocini og notkun þeirra er ekki án áhættu (4).

Hve lengi á að örva hriðar?

Þegar tekin er ákvörðun um að örva hriðar með oxytocini er rétt að gera ráð fyrir a.m.k. 4 klukkustundum þar til framgangur er metinn og jafnvel eftir þann tíma er hægt að hjálpa mörgum konum að fæða eðlilega með áframhaldandi meðferð en flestir setja mörkin við 8 klukkustundir. Ekki er alltaf hægt að búast við miklum árangri eftir 1-2 klukkustundir og er því rétt að skýra það vel út fyrir konunni. Þar sem oxytocin örvun er ekki fullreynd fyrr en margar klukkustundir eru liðnar er augljóst hve mikilvægt það er að hafa ekki látið fæðinguna dragast um of á langinn áður en örvunin er hafin, konan, fjölskyldan og allir í kring missa þá móðinn og erfitt verður að halda uppi jákvæðu andrúmslofti og æði oft fara þá að heyrast óskir um keisarskurð.

Hættur við notkun oxytocins

Helsta hættan við notkun þessa lyfs er oförvun legsins sem getur leitt til fósturstreit og legbrests. Ef tíðni samdrátta verður meiri en 5 hriðar á 10 mínútum er líklegt að fósturstreita geri fljótlega vart við sig. Blóðflæði til fóstursins verður aðeins þegar legið er slakt og er því augljóst að ef legið er stanslaust að dragast saman mun það hafa áhrif á blóðflæðið. Legbrestur er fátíður og verður í reynd nær eingöngu þegar um verulegt misræmi er að ræða í langdreginni fæðingu fjölbyrju eða eftir aðgerðir á legi. Vitað er að oxytocin örvun eykur á þessa áhættu. Legbrestur þekkist nánast ekki hjá fúmbyrjum sem ekki hafa farið í aðgerðir á legi en t.d. perforation á legi við abort getur aukið áhættu þeirra. Til að forðast hættuna á fósturstreit er stöðug yfirseta, þar sem fylgst er með hjartslætti fósturs og tíðni samdrátta, nauðsynleg. Ekki ætti að hefja oxytocin meðferð nema hjartsláttarrit sé eðlilegt eða eftir pH mælingu hjá föstrinu ef í vafa. Ef pH mæling er eðlileg má hefja meðferð með góðu eftirliti og endurtekningu mælingarinnar innan klukkustundar nema ritið

versni til muna, þá gæti þurft að stöðva meðferð og grípa til annarra ráða. Ef hjartsláttarbreytingar gera vart við sig eftir að meðferð hefst er rétt að hafa samband við lækni en ekki stöðva dreypið nema veruleg bradycardia eigi sér stað. Oftast er hægt að gera pH mælingu hjá föstrinu til að fullvissa sig um hvort rétt sé að halda áfram örvun. Ef veruleg bradycardia á sér stað þarf að stöðva dreypið og kemur þá jafnvel til greina að gefa legslakandi lyf ef þetta ástand jafnar sig ekki fljótt. Aukin tíðni samdrátta umfram 4 hriðar á 10 mínútum getur verið í lagi í einhvern tíma en skyldi aldrei fara yfir 6 hriðar á 10 mínútum, í kjölfarið verður nánast alltaf fósturstreita. Einnig má oftast sjá aukna tíðni samdrátta sem undanfara legbrests sem gerir síðan vart við sig með bradycardiu fósturs, oft með undanfarandi tachycardiu og stöðvun samdrátta þegar legbresturinn hefur orðið. Oft kvartar móðirin um stöðugan sáran verk og blæðingar verður vart. Í þessum tilvikum þarf að bregðast samstundis við til að unnt verði að bjarga barninu.

Oxytocin hefur þau áhrif að vökvi getur safnast í líkamann (antidiuresis) og valdið hyponatremiu hjá móður og barni ef það er gefið í langan tíma í stórum skömmtum, sérstaklega ef það er gefið í miklu magni af sykurlausn. Skynsamlegra er því að gefa það í saltlausn eða í hærri styrkleika en oftast er notaður hér.

Oxytocin og verkjalyf

Ekki er nauðsynlegt að gefa sterk verkjalyf þegar oxytocin er gefið en hins vegar er þá fæðingin oftast orðin langdregin og þol móðurinnar farið að minnka. Því er orðið algengt að notuð sé mænurótardeyfing þegar oxytocin er notað. Ef tekin hefur verið ákvörðun um hriðaörvun er rétt að hefja þá meðferð strax þó svo að líka hafi verið ákveðið að leggja deyfingu. Lyfið fer alls ekki að verka samstundis og veldur því ekki verulegri aukningu á verkjum fyrr en farið er að líða á fyrstu klukkustundina. Oft tapast verulegur tími þegar verið er að bíða eftir að deyfing verði lögð og farið að verka. Eru þá jafnvel liðnar 2 klukkustundir þegar loksins er byrjað á örvun og hefur þá kannski framgangur verið lítill eða enginn í 6 klukkustundir.

Konur sem fá epidural deyfingu í eðlilegri fæðingu virðast oft missa niður hriðamynstrið í svoltinn tíma á eftir. Þetta er eðlilegt og er rétt að bíða átektu

og meta þörf á örvun eftir framgangi fæðingar, þ.e. útvíkkun og stöðu höfuðs á alveg sambærilegan hátt og ef konan væri án deyfingar. Mikilvægt er að við læknum ekki hriðamynstur eins og það ritast á pappírnum heldur metum við vinnuna sem hriðarnar skila.

Oxytocin á þriðja stigi fæðingar

Sýnt hefur verið fram á að fyrirbyggjandi notkun oxytocins á þriðja stigi fæðingar dregur verulega úr blóðtapi og blóðleysi hjá nýorðnum mæðrum (5). Það ætti því að gefa öllum fæðandi konum þetta lyf um leið og barnið er fætt þar sem þörf á blóðgjöf minnkar verulega. Aukaverkanir þessa lyfs í skammtinum 10 ae í vöðva eða 5 ae hægt í æð eru mjög fátíðar, en þó er

alvarlegur hjartasjúkdómur frábending þar sem lyfið getur valdið blóðþrýstingslækkun sem konur með fast útlæði hjartans geta ekki bætt upp með aukningu á hjartsláttartíðni. Einnig getur verið varasamt að gefa mjög hypovolemískum konum þetta lyf þar sem það getur valdið enn frekara blóðþrýstingsfalli (6). Fyrirbyggjandi notkun oxytocins á þriðja stigi fæðingar hefur þó mun færri og vægari aukaverkanir í för með sér en t.d. gjöf Methergins og þó að virkni oxytocins sé e.t.v. aðeins minni en Methergins er það kjörlyf í öllum fæðingum þar sem ekki er sérstök hættu á blæðingum.

Heimildir

- (1) Williams Obstetrics, Eighteenth Ed., Cunningham, MacDonald, Gant. 1989 Bls. 195

- (2) High Risk Pregnancy. Management Options. James, Steer, Weiner, Gonik. 1994 Bls. 1046
- (3) Friedman EA (1954) The graphic analysis of labour. American Journal of Obstetrics and Gynecology 68:1568-1571.
- (4) Arulkumaran S, Yang M, Ingemarsson I, Piara S, Ranam SS (1989) Augmentation of labour: Does oxytocin titration to achieve preset active contraction area values produce better obstetric outcome? Asia and Oceania Journal of Obstetrics and Gynaecology 15:333-337.
- (5) Elbourne, DR, Prendiville, WJ, Carroli, G, Wood, J, McDonald, S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. [Systematic Review] Cochrane Pregnancy and Childbirth Group *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, 2004.
- (6) Why Mothers Die 1997-1999 The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 1997-1999, London, RCOG Press 2001.

Framboð til formanns LMFÍ



Ég heiti Guðlaug Einarsdóttir og hef gefið kost á mér til formannsembættis í Ljósmaðrafélaginu frá næsta vori. Ég er 35 ára gömul, hlaut B.Sc. gráðu í hjúkrunarfræði frá Háskóla Íslands vorið 1994 og útskrifaðist sem ljósmóðir frá sama skóla árið 1998.

Á tæplega sjö ára ljósmóðurferli mínum hef ég starfað á Selfossi, Landspítalanum, Ísafirði og á Akureyri, auk þess sem ég vann með sjálfstætt starfandi ljósmæðrum í Hollandi í nokkra mánuði. Síðast vann ég á fæðingardeild í Danmörku í hálf tannað ár.

Undanfarin rúm þrjú ár höfum við fjölskylda mín búið í Danmörku vegna byggingarfræðináms mannsins míns, Jóns Friðriks Matthíassonar. Við eigum fjögur börn og munum við flytja til Íslands næsta vor.

Áður en ég fluttist til Danmerkur gegndi ég ritarastarfi í Ljósmaðrafélaginu í eitt ár og fékk þá innsýn í störf stjórnarinnar.

Ég hef mikinn áhuga á því að starfa meira fyrir félagið og leggja mitt að mörkum í að gera Ljósmaðrafélagið að öflugum stéttarfélagi sem ber hagsmuni félagsmanna fyrir brjósti, hvort sem það eru kaup og kjör, menntunarmál eða kærumál. Félagi sem hvetur ljósmæður til dáða.

Með kveðju,

Guðlaug Einarsdóttir



Ljósmæður óskast á fæðingagang

Ekki missa af auglýsingu:

Einstakt tilboð; lestu það!

Viltu láta ljós þitt skína

leggja rækt við færni þína

vera á góðum vinnustað?

Fæðingagangur mikils metur

munir þú hefja störf í vetur.

Ljósmóðurstarf ef viltu vinna

vissulega muntu finna

frábæran vettvang fyrir þig.

Láttu nú fljótt til skarar skríða

skrifaðu umsókn innan tíðar

eða talaðu beint við mig.

Guðrún G. Eggertsdóttir yfirljósmóðir

Símar: 543-3247 / 698-9359

e-mail: gudregg@landspitali.is

Notkun metronidazols eftir fæðingu

Inngangur

Metronidazol (Flagyl) er öflugt sýkalyf gegn loftfælum sýklum. Lyfið má nota á öðrum eða þriðja hluta meðgöngu ef aðrar lyfjameðferðir duga ekki, en ekki á fyrsta hluta meðgöngu vegna skaðlegra áhrifa á fóstur en lyfið getur m.a. framkallað vanskapanir sé það tekið á þessum tíma [1-3]. Sé lyfið notað eftir barnsburð, þá fer það auðveldlega yfir í brjóstamjólk og getur valdið óþægindum. Varðandi nýbura eru skiptar skoðanir um ágæti lyfsins, sumir telja í lagi fyrir konur að nota lyfið þótt þær séu með barn á brjósti [4], aðrir telja í lagi að nota lyfið, sé það notað í litlum skömmtum [5] þegar enn aðrir telja að lyfið ekki ætti að nota ef kona sé með barn á brjósti [6]. Úttekt á tíðni aukaverkana af völdum lyfsins sýnir að slíkt kemur fram í um 12% tilfella. Algengustu aukaverkanirnar eru niðurgangur sem getur leitt af sér óþol gegn laktósa [7], einnig er talið að lyfið geti valdið stökkbreytingum.

Vegna mismunandi upplýsinga um áhrif lyfsins á nýbura eru hér þrjú dæmi um notkun lyfsins tekin fyrir. Dæmin sýna glögglega hvað það skiptir miklu máli að skoða forsendur lyfjagjafar. Í þessu tilfelli skiptir magn brjóstamjólks og virkni mjólkurkirtlanna öllu máli fyrir hve mikið magn af lyfi barnið fær:

Í upphafi brjóstagjafar

Barn móður (60 kg) er tekið með keisaraskurðaðgerð og í kjölfar aðgerðarinnar fær móðirin 600 mg metronidazol, tvisvar eftir aðgerð til að fyrirbyggja sýkingu.

Lyfjastyrkur móður: 600 mg í tvígang samsvarar 1200 mg eða 20 mg/kg. Mælingar sýna að þetta magn gefi blóðþétni sem samsvarar um 20 µg/mL.

Lyfjastyrkur barns: Gefum okkur að barnið sé u.þ.b. 3 kg og fái um 50-60 mL brjóstamjólks á dag, fyrstu tvo dagana. **Blóð:** Brjóstamjólks hlutfall metronidazols er um 1:1. Barnið fær því um 20 mL/kg/dag brjóstamjólks, eða um $20 \times 20 = 400$ µg/kg/dag.



Höfundar

Ólöf Þóra Sveinbjörnsdóttir;

ljósmóðir, Heilbrigðisstofnun

Suðurnesja og

Sveinbjörn Gizurarson, lyfjafræðingur;

Lyfjafræðideild Háskóla Íslands og

Lyfjaþróun hf.

Ráðleggingar: Samkvæmt ofanefndu þá innbyrðir barnið um 2% af því magni sem móðirin fær, þegar tekið er tillit til þyngdar barns og móður. Ekki er þörf á því að móðir minnki eða stöðvi brjóstagjöf á meðan lyfjaskammturinn er tekinn inn.

Tveimur – þremur dögum eftir fæðingu

Barn móður (60 kg) er tekið með keisaraskurðaðgerð og í kjölfari aðgerðarinnar fær móðirin 600 mg metronidazol, tvisvar, 3 dögum eftir aðgerð vegna sýkingar.

Lyfjastyrkur móður: 600 mg í tvígang samsvarar 1200 mg eða 20 mg/kg. Mælingar sýna að þetta magn gefi blóðþétni sem samsvarar um 20 µg/mL.

Lyfjastyrkur barns: Gefum okkur að barnið sé u.þ.b. 3 kg og fái um 150-200

mL brjóstamjólks á dag, á degi 3 og 4. **Blóð:** Brjóstamjólks hlutfall metronidazols er um 1:1. Barnið fær því um 60 mL/kg/dag brjóstamjólks, eða um $60 \times 20 = 1200$ µg/kg/dag.

Ráðleggingar: Samkvæmt ofanefndu þá innbyrðir barnið um 10% af því magni sem móðirin fær, þegar tekið er tillit til þyngdar barns og móður. Sé barnið léttara en 3 kg, en fær um 150-200 mL mjólks á dag, þá er ekki mælt með lyfjanotkuninni nema undir eftirliti. En sé barnið þyngra en 3 kg, en fær sama mjólkurmagn, þá er ekki þörf á því að móðir minnki eða stöðvi brjóstagjöf á meðan lyfjaskammturinn er tekinn inn.

Eftir u.þ.b. 1 mánuð

Kona (60 kg) sem hefur verið með barn sitt á brjósti í u.þ.b. einn mánuð, sýkist og fær ávisað metronidazol, 200 mg, þrisvar á dag í fimm daga.

Lyfjastyrkur móður: 200 mg þrisvar á dag samsvarar 600 mg á dag eða 10 mg/kg/dag. Mælingar sýna að þetta magn gefi blóðþétni sem samsvarar um 10 µg/mL (5-17 µg/mL).

Lyfjastyrkur barns: Gefum okkur að barnið sé u.þ.b. 6 kg og fái um 600 mL brjóstamjólks á dag. **Blóð:** Brjóstamjólks hlutfall metronidazols er um 1:1. Barnið fær því um 150 mL/kg/dag brjóstamjólks, eða um $150 \times 10 = 1500$ µg/kg/dag (1,5 µg/kg/dag).

Ráðleggingar: Samkvæmt ofanefndu þá innbyrðir barnið um 15% af því magni sem móðirin fær, þegar tekið er tillit til þyngdar barns og móður. Æskilegt er að móðir minnki eða stöðvi brjóstagjöf á meðan lyfjaskammturinn er tekinn inn.

Heimildalisti

1. Briggs GG, Freeman RK and Yaffe SJ. In: Drugs in Pregnancy and Lactation 4th Edition. A Reference guide to fetal and neonatal risk. Williams & Wilkins, Baltimore p. 585-589, 1994
2. Beard CM, Noller KL, O'Fallon WM, Kurland LT and Dockerty MB. Lack of evidence for cancer due to use of



Hvers vegna að berjast við blæðingatruflanir og bindi?

Nú á tímum er engin ástæða til að þroskaðar konur þurfi að þola kröftugar tíðablæðingar. Með gestagenlykkjunni Levonova getur blæðingadögum fækkað umtalsvert og blæðingamagn getur minnkað um allt að 97%.^{1,2}

Gestagenlykkjan Levonova veitir konunni alveg jafn mikið getnaðarvarnaröryggi og ófrjósemisaðgerð³ og minnkar um leið hættuna á utanlegsfóstri og sýkingum í grindarholi^{4,5}.



Levonova®
levonorgestrel

– gestagenspiralen til modne kvinder

- metronidazole. N. Engl. J. Med. 301, 519-522, 1979
3. Rosa FW, Baum C and Shaw M. Pregnancy outcomes after first-trimester vaginitis drug therapy. Obstet. Gynecol. 69, 751-755, 1987
4. Einarson A, Ho E and Koren G. Can we use

- metronidazole during pregnancy and breastfeeding? Putting an end to the controversy. Can. Fam. Physician 46, 1053-1054, 2000
5. Bar-Oz B, Bulkowstein M, Menyamini L, Greenberg R, Soriano I, Zimmerman D, Bortnik O and Berkovitch M. Use of

- antibiotic and analgesic drugs during lactation. Drug Safety 26, 925-935, 2003
6. Niebyl JR. Antibiotic and other anti-infective agents in pregnancy and lactation. Am. J. Perinatology 20, 405-414, 2003
7. Clements CJ. Metronidazole and breast feeding. N.Z. Med. J. 92, 329, 1980.

Levonova

Schering

LYFJALYKKJA: G 02 B A 03

R 0

Hver lykkja inniheldur: Levonorgestrelum INN 52 mg; getur frá sér 20 mikróg/24 kist.

Litarefni: Járnóxið (E 172).

Ábendingar: Getnaðarvörn, miklar legblæðingar. Vörn gegn ofvexti legslímu við samhliða óströngu uppbótarmæðferð.

Skammtar og lyfjagjöf: Lykkjan er sett í legið og verkar í 5 ár. Upphaflegur losunarhraði *in vivo* er 20 mikróg/24 kist. og minnkar eftir 5 ár í u.þ.b. 11 mikróg/24 kist. Losunarhraði levónorgestrels á 5 ára tímabili er 14 mikróg/24 kist. að meðaltali. Við hormónauppbótarmæðferð er hægt að nota lykkjuna ásamt óströngulyfjum í inntöku eða á formi plásturs án gestagena.

Frábendingar:

Staðfest þungun eða grunur um þungun.

firstandandi eða endurteknar sýkingar í kynfærum.

Sýking í leggöngum.

Legslímuvilla eftir barnsbúð. Sýking eftir fósturlát á síðustu 3 mánuðum.

Leghalsbólga.

Aftrigðilegur vöxtur í legghálsi.

Illkynja breytingar í legi eða leghálsi

Ósjúkdómsgreindar óeðlilegar legblæðingar.

Meðfæddur eða áunninn aftrigðleiki í legi, þ.á.m. göðkynja bandvefsæxli ef þau aflaga legholið.

Aðstæður sem leiða til aukinnar hættu á sýkingu.

Bráðir lífrarsjúkdómur eða lífræxli.

Ótnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum í lyfinu.

Varnaðarorð og varúðarreglur: Ef eitthvert af eftirfarandi er til staðar eða kemur fram í fyrsta skipti skal athuga hvort fjarlægja þurfi lykkjuna eða nota megí hana í náu samráði við sérfræðing: Migreni, staðbundni migreni með ósamhverfum sjónmíssi eða öðrum einkennum sem geta bent til tímabundins blóðskorts í heila; alvarlegir nistandi höfuðverkur; gula, greinileg aukning í blóðþrýstingi; staðfest eða grunur um hormónaháða æxlismyndun, þ.á.m. brjóstakrabbamein; alvarlegir slagæðasjúkdómur eins og heilablóðfall eða kransæðastífla. Hjá konum sem nota töflur sem eingöngu innihalda gestagen (míní-pillur), hafa nýjar faraldsfræðilegar rannsóknir sýnt að það getur verið órilti aukin hættu á bláðæðasegareki en niðurstöður voru ekki tillfræðilega marktækar. Við einkenni eða viðbendingar um segarek á undir eins að gera viðeigandi sjúkdómsgreiningu og mælingar. Einkenni um segamyndun í blá- eða slagæðum geta verið: Beinverkur í annarri hlið líkamans og/öðra bólg, skyndilegur öflugur verkur fyrir brjósti sem getur dreift út í vinstri handlegg, skyndleg andnað; skyndileg höstaköst; óvanalegur mikill langvarandi höfuðverkur, skyndilegur sjónmissir að hluta til eða alger; tvisyni; óskýrt tal eða málstof; svimi; yfirlið með eða án staðfoga, slappleiki eða tilfinningaleysi sem hefur áhrif á aðra hlöðina eða allan líkamann; hreyttufluttar; miklir magaverkir.

Einkenni eða merki sem benda til blóðlappamyndunar í sjónhimnu eru: Óútskýrður sjónmissir að hluta til eða alger, upphaf á úteygð eða tvisyni, doppubjúgur eða æðaskemmd í sjónhimnu.

Ekki er víðað hvort hugsanlegt samhengi er á milli bláæðasegareks og æðahnúta og segabláæðabólgu. Konum, sem hafa meðfædda hjartasjúkdóma eða hjartsláttartruflanir með hættu á hjartalþölsbólgu, á að geta fyrirbyggjandi sýklalyfjameðferð við uppsetningu og þegar lykkjan er fjarlægð. Levónorgestrel í lítlum skömmtum getur haft áhrif á skyurþol, og skal fylgjast með blóðsýrkt glúkósu hjá sykursjúkum sem nota Levonova.

Óreglulegar blæðingar geta dulið einkenni og merki um krabbamein eða sveppasýkingu í legslímhuð. Í þeim tilvikum á að huga vel að sjúkdómsgreiningu.

Levonova er ekki fyrsta val hjá konum sem ekki hafa átt barn, og ekki heldur hjá konum eftir tíðahvörf með verulega rýrnun á legi (uterin atrophy).

Uppsetning og brottörn/endurnýjun: Áður en lykkjan er sett upp á að upplýsa sjúklinginn um verkun, áhættu og aukaverkanir Levonova. Framkvæma á almenna skoðun og kvenskoðun, sem felur í sér leghálsstrok og brjóstaskoðun. Útíloka skal þungun og smitandi kynsjúkdóma og meðferð sýkinga í kynfærum á að vera lokið. Akvarð skal stöðu legslins og stærð legholsins. Það er sérstaklega mikilvægt að lykkjan stíji við botn legslins til þess að ná jafni losun gestagensins í legslímu, til að koma í veg fyrir að hún ystist út og að hún gefi sem mesta verkun. Fylgja skal leiðbeiningum um uppsetningu vandlega. Sjúkling á að skoða 4-12 vikum eftir uppsetningu og einu sinni á ári eftir það, eða oftár ef þörf er á.

Hjá konum á barneignaraldri á að setja lykkjuna í legið innan 7 daga frá upphafi tíðablæðinga. Levonova má skipta út fyrir nýja lykkju hvenær sem er í tíðahringnum. Lykkjuna má einnig setja í leg strax eftir fósturlát á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Lykkjuna má setja í leg í fyrsta lagi 6 vikum eftir fæðingu. Levonova hentar ekki sem getnaðarvörn eftir samfarir.

Sé Levonova notuð til þess að vernda legslímu við óströnguppbótarmæðferð á breytingaskeiði, má setja hana upp hvenær sem er hafi konan engar tíðablæðingar, en annars á síðustu dögum blæðinga eða sýndarblæðinga. Þar sem óreglulegar blæðingar/blettablæðingar verða yfirleitt á fyrstu mánuðum meðferðar, er mælt með útlöku á sjúkdómum í legslímu áður en lykkjan er sett upp. Útíloka verður sjúkdóma í legslímu hjá konum sem fá blæðingartruflanir þar sem Levonova hefur verið sett upp eftir að óströnguppbótarmæðferð hefur verið hafin. Verði óreglulegar blæðingar við langtíma meðferð, skal einnig gera viðeigandi sjúkdómsgreiningu.

Lykkjan er fjarlægð með því að toga varlega í þræðina með tóng. Ef þræðirnir sjást ekki og lykkjan liggur í legholinu, er hægt að fjarlægja hana með því að nota lítila tóng. Það getur þurft að vikka út leghálsinn. Lykkjuna á að fjarlægja eftir 5 ár. Óski konan eftir að nota sömu getnaðarvörn áfram má setja nýja lykkju á sama tíma. Til þess að forðast þungun á að taka lykkjuna út við tíðablæðingar hjá konum á barneignaraldri, sé um tíðahring að ræða. Ef lykkjan er fjarlægð í miðjum tíðahring og ný lykkja ekki sett í staðinn er hættu á að konan verði þunguð ef hún hefur haft samfarir innan viku áður en lykkjan var fjarlægð. Þegar lykkjan er sett upp eða fjarlægð geta komið fram verkir og blæðingar. Aðgerðin getur valdið svima, sem æða- og skreyjutagavörðbrögð, eða krampaköstum hjá konum með flögaveiki.

Tíðafæðitíðateppa: Tíðafæð og/öðra tíðateppa kemur smám saman fram hjá um 20% kvenna á barneignaraldri sem nota Levonova. Líði meira en 6 vikur frá síðustu blæðingum þarf að athuga hvort þungun hafi átt sér stað. Eftir það þarf ekki að endurtaka þungunarþróf hjá þeim sem hafa engar tíðir nema önnur einkenni þungunar komi í ljós.

Þegar Levonova er notuð samhliða stöðugri óströnguppbótarmæðferð, stöðvast blæðingar smám saman hjá flestum konum á fyrsta ári meðferðarinnar.

Grindarholssýking: Hliðarörð utan um Levonova ver hana gegn örverumengun á meðan hún er sett upp og er hönnuð þannig að sýkingarhættu sé sem minnst. Hjá notendum koparlykkju er grindarholi mest fyrsta mánuðinn eftir að hún er sett upp en minnkar síðar. Nokkrar rannsóknir benda til að tíðni

grindarholssýkinga sé lægri hjá þeim sem nota Levonova en þeim sem nota koparlykkju. Þekktur áhættuþáttur fyrir grindarholsbólgu er margir rekkjunautar. Grindarholssýking getur haft áhrif á frjósemi og aukði hættu á utanlegstöfri. Ef kona fær endurteknar legslímubólgu eða grindarholssýkingar, eða ef bráð sýking sýnnar ekki meðferð innan nokkra daga, verður að fjarlægja Levonova.

Örveruþrófi eru ráðlögð og reglulegt eftirlit, jafnvel við væg einkenni um sýkingu.

Lykkjan ystist út: Helstu einkenni af lykkjan ystist út hluta til eða algerlega úr leginu geta verið blæðingar eða verkir. Hins vegar getur lykkjan ystist út legholinu án þess að konan taki eftir því. Ef Levonova ystist út hluta til út geta áhrif hennar minnkað. Þar sem Levonova dregur úr tíðablæðingum geta auknar tíðablæðingar bent til að hún hafi ystist út leginu. Lykkju sem ekki situr rétt þarf að fjarlægja og setja má upp nýja á sama tíma. Upplýsa skal konuna um hvernig hún athugar að þræðirnir stíji rétt.

Rauf/gat: Í sjaldgæfum tilvikum getur rauf/gat komið í legbol eða legháls, oftast við uppsetningu. Ef það gerist á að fjarlægja hana eins fljótt og hægt er.

Utanlegssýkk: Meiri hættu er á utanlegssýkk hjá konum með fyrri sögu um utanlegssýkk, sem hafa farið í aðgerð á eggjastokkum eða fengið grindarholssýkingar. Kvíðverkir í neðri hluta kvíðarholis með eða án samtímis blæðingartruflunum geta verið viðbending um utanlegssýkk. Tíðni utanlegssýkkjar hjá þeim sem nota Levonova er 0,06 fyrir hver 100 kvenár, sem er töluvert lægri en 1,2-1,6 sem áætlað er hjá konum sem nota engar getnaðarvarnir.

Tyndir þræðir: Ef þræðirnir á lykkjunni sjást ekki við leghálsinn við skoðun þarf fyrst að útiloka þungun. Þræðirnir getu hafa dregist upp í legið eða leggöngin og geta þá sést aftur við næstu tíðir. Ef þungun hefur verið útilökuð, er yfirleitt hægt að fíma þræðina með varfærnislegri kónun með viðeigandi tæki. Ef þeir finnast ekki gæti lykkjan hafa ystist út leginu. Hægt er að staðsetja Levonova með ómskoðun. Ef ekki er hægt að nota ómskoðun má nota röntgenmyndatöku til þess að staðsetja lykkjuna.

Seinkun á eggblóðlokum: Þar sem getnaðarvandi áhrif Levonova eru aðallega vegna staðbundinna áhrifa verður egglos með eggþússundrun hjá konum á barneignaraldri. Stundum seinkar lokun eggþússins og vöxtur eggþússins heldur áfram. Þessi stækkuðu eggþú er ekki hægt að greina klínískt frá eggjastokksblóðrum. Stór eggþú hafa verið greind hjá um 12% þeirra sem nota Levonova. Flest þessara eggþúa eru einkennalaus, þó geta komið fram verkir í grindarholi eða sársauki við samfarir. Í flestum tilvikum hverfa þessi stærri eggþú sjálfkrata eftir 2-3 mánuði. Ef það gerist ekki, er mælt með áframhaldandi eftirliti með ómskoðun og öðrum greiningar/lækningalegum aðferðum. Í sjaldgæfum tilvikum getur verið þörf á skurðaðgerð.

Meðganga og brjóstagjöf: Lykkjuna má ekki nota sé um þungun að ræða eða við grun um þungun. Ef þungun verður á meðan Levonova er notuð þarf að fjarlægja lykkjuna þar sem lykkjan getur aukði hættu á fósturlati eða fyrimálslæðingu. Ef lykkjan er fjarlægð eða legið skoðað getur það leitt til sjálfkrata fósturláts. Ef ekki er hægt að fjarlægja lykkjuna varlega má íhuga fóstureyðingu. Ef konan óskar eftir því að halda þunguninni og ekki er hægt að fjarlægja lykkjuna á að upplýsa hana um áhættu og afleiðingar fyrir barnið ef það fæðist af snemma. Fylgjast skal vel með slíkri meðgöngu. Útíloka skal utanlegstöfur. Upplýsa á konuna um að hún eigi að tilkynna öll einkenni, sem geta verið merki um kvilla af völdum meðgöngunnar t.d. móbúrliftsverki með krömpum og hita. Vegna legu sinnar í legi og staðbundinna áhrifa hormónsins, er ekki hægt að útiloka algjöflega að lyfið valdi fósturskaða (einkum aukin karlkyrnséinkenni fósturs). Klínísk reynsla af þungun þegar Levonova er til staðar er takmörkuð vegna öflugra getnaðarvarnaráhrifa. Þó skal upplýsa konur um að enn hafa ekki komið fram sannanir um fæðingargalla af völdum notkunar Levonova á meðgöngu. Dagsskammtur og blóðþétti levónorgestrels við notkun Levonova er lægri en eftir aðrar hormónagetnaðarvarnir. Levónorgestrel hefur þó greinst í örverulegu magni í brjóstamjólk kvenna sem nota Levonova. Hormónagetnaðarvarnir eru ekki ráðlagðar sem fyrsta val á getnaðarvörn hjá konum með barn á brjósti en næst á eftir getnaðarvörnum án hormóna virðast þær sem eingöngu innihalda gestagen vera hentugastar. Engin skaðleg áhrif á vöxt eða þroska barna sem eru á brjósti hafa komið fram ef notuð eru lyf sem einungis innihalda gestagen sex vikum eftir fæðingu. Lyf sem einungis innihalda gestagen virðast hvorki hafa áhrif á magn eða gæði brjóstamjólkur. Sjaldan hefur verið tilkynnt um blæðingu frá legi hjá konum með barn á brjósti sem nota Levonova.

Aukaverkanir: Aukaverkanir eru algengari fyrstu mánuðina eftir uppsetningu, en hjaðna við langtíma notkun. Eitthvert form blæðingatrufflana koma fram hjá um 30%. Sjaldan er greint frá grindarholssýkingum sem getur haft alvarlegar afleiðingar.

Algengar (>1%):

Almennar: Þyngdarábreytingar, verkir í neðri hluta kvíðarholis og bakverkir.

Míðtaugakerfi: Höfuðverkur, þunglyndi og aðrar skapbreytingar.

Innkirtlar: Brjóstaverkir og aðrir göðkynja brjóstkvillar, bjúgur.

Meltingarferfi: Ógleði.

Þvag-/kynferfi: Blæðingar (tíðari eða lengri tíðablæðingar, blettablæðingar), tíðateppa, tíðapratrit, tíðitíð, tíðitíð, leggangabrotti, blóðnir á eggjastokkum sem ganga til baka.

Húð: Húðvandamál (t.d. þrymlabólur, útbrot og kláði).

Sjaldgæfar (0,1-1%):

Míðtaugakerfi: Minnkuð kynhvót.

Innkirtlar: Ólíðna, aukin svitamyndun, hárlas, feitt há.

Meltingarferfi: Uppþemb.

Mjög sjaldgæfar (<0,1%):

Þvag-/kynferfi: Grindarholssýkingar.

Míðtaugakerfi: Migreni.

Fjöldi blettablæðingadaga minnkar smám saman að meðaltali úr 9 dögum í 4 daga á fyrstu 6 mánuðum hjá konum með miklar blæðingar. Hundráðsluti kvenna með lengri blæðingar (fleiri en 8 daga) lækkar úr 20% í 3% á fyrstu 3 mánuðum. Í klínískum rannsóknum fengu 17% kvenna tíðateppu í minnst 3 mánuði á fyrsta ári notkunar.

Þegar Levonova er notuð samhliða óströnguppbótarmæðferð, fengu konur fyrir tíðahvörf blettablæðingar og óreglulegar blæðingar á fyrstu mánuðum.

Blæðingar minnkuðu með tímanum og í lok fyrsta árs voru þær óverulegar og 30-60% af notendum höfðu ekki blæðingar.

Þungun sem verður þegar Levonova er til staðar getur verið utanlegs.

Grindarholssjúkdómur geta komið fram hjá þeim sem nota Levonova en tíðnir er lág. Lykkjan eða hluti hennar getur farið í gegnum legveginn. Stærri eggþú (starfrænar blóðnir á eggjastokkum) geta myndast (sjá Seinkun á eggblóðlokum). Ófærðisviðbrögð geta verið af völdum lykkjunnar.

Ákvæði um notkun/meðhöndlun lyfsins: Levonova er í dauðhreinsuðum þakningnum sem ekki á að opna fyrir en við uppsetningu lykkjunnar. Viðhata skal smitgát þegar lykkjan er meðhöndluð. Ef ínnsigli dauðhreinsaða þokans er rofið á að farga lykkjunni sem lyfjaleiðum. Lykkju sem hefur verið fjarlægð á einnig að meðhöndla sem lyfjaleiðar þar sem hún getur innihaldið hormóna.

Þakningar: 1 stk.

Ljósmæðraþjónusta fyrstu vikuna eftir fæðingu

Viðhorf mæðra til þjónustunnar

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna viðhorf mæðra til sængurleguþjónustu fyrstu vikuna eftir fæðingu og bera saman niðurstöður eftir mismunandi þjónustuförum. Heimaþjónusta ljósmæðra eftir snemmútskrift og þjónustu sængurlegudeildar LSH þar sem sjúkrahúsdvöl er lengri. Rannsóknarsniðið er megindlegt og voru 400 konur; er fætt höfðu börn sín á Landspítala-Háskólasjúkrahúsi á tímabilinu september til desember 2002 valdar með kerfisbundnu tilviljunarkenndu úrtaksvæði. Tvö hundruð konum úr hvoru þjónustuförmi var póstsendingur spurningalisti og eftir að tvisvar hafði verið sent út ítrekunarbréf var svörunin 67% úr hópi kvenna í heimaþjónustu ($n=134$) og úr hópi sængurlegukvenna 62% ($n=124$). Spurningalistar voru hannaðir af rannsakanda og innihalda meðal annars að hluta til þýdda útgáfu af viðhorfakvarða Elaine Carty og Ellen Hodnett. Spurningalistarnir voru að hluta til sambærilegir og að hluta til sérsniðnir fyrir hvorn hóp. Sambærilegar breytur voru: bakgrunnsbreytur; viðhorfakvarðar er mældu á líkert kvarða, viðhorf til veittrar fræðslu, ánægju/óánægju með þjónustuþætti og viðhorf til innihalds þjónustunnar.

Lýsandi tölfræði, eins og t -próf og kíkvaðrat próf voru notuð til að lýsa og bera saman bakgrunn þátttakenda. Viðhorfakvarðarnir þrír (fræðsla, ánægja og þjónusta) voru þáttgreindir og reyndist vera sterk innri fylgni á svörum innan hvers kvarða sem bendir til innra réttmætis þeirra. Með þáttgreiningu kom einnig í ljós að hver kvarði fyrir sig hlóð á einn þátt og því voru meðalskor kvarðanna notuð í frekari tölfræðiúrvinnslu. Þar sem meðalskor kvarðanna reyndust ekki vera normaldreifð var notast við non-parametric prófið Mann-Witney til þess að meta tölfræðilegan mun á viðhorfum kvenna



Hildur Sigurðardóttir

Höfundur er ljósmóðir og hjúkrunarfræðingur MS, og lektor á sviði fæðingahjúkrunar og fæðingarfræði auk þess að vera forstöðumaður fræðasviðs um sængurleguþjónustu í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands. Hildur starfar einnig tíma-bundið sem ljósmóðir við Miðstöð mæðravendrar.

* Ritrýnd grein

til þjónustu ljósmæðra í heimaþjónustu og á sængurlegudeild.

Rannsóknarhóparnir tveir voru sambærilegir með tilliti til aldurs ($P>0,05$), hjúskaparstöðu ($X^2=2,6$, $P>0,05$) og menntunar ($X^2=5,2$, $P>0,05$) en í ljós kom að í hópi sængurlegukvenna voru hlutfallslega fleiri frumbyrjur ($X^2=5,7$, $P<0,05$). Ef á heildina var litið kom í ljós að meirihluti kvenna gaf til kynna jákvætt viðhorf til þjónustu ljósmæðra fyrstu vikuna eftir fæðingu. Saman-

burður á niðurstöðum úr öllum kvörðunum þremur sýndi þó marktækan mun á viðhorfum kvennanna eftir rannsóknarhópum þar sem konur er þiggja heimaþjónustu ljósmæðra hafa almennt jákvæðari viðhorf til þjónustunnar ($P<0,01$).

Inngangur

Við skoðun á þjónusturannsóknunum um barneignir virðist sem tímabilið eftir fæðingu falli svolítið í skuggann hvað varðar áhuga rannsakenda, sérstaklega ef til hliðsjónar eru hafðar rannsóknir á þjónustu til kvenna á meðgöngu og í fæðingu. Þróunin síðastliðin ár hérlandis sem og annars staðar á Vesturlöndum hefur verið sú að konur útskrifast nú fyrr heim eftir barnsburð en áður var. Snemmútskriftir eftir barnsfæðingar hafa tíðkast í Vestur- og Norðurlöndum allt frá fimmta áratugi 19. aldar og var fjárhagsleg hagræðing helsta ástæðan fyrir því að byrjað var að útskrifa konur snemma heim. Þróunin í gegnum árin hefur verið sú að mun fleiri konur fara snemma heim eftir fæðingar að eigin ósk eða af félagslegum ástæðum fremur en fjárhagslegum. Snemmútskriftirnar hafa farið vaxandi vegna þess að konur almennt og fjölskyldur vilja hafa meiri stjórn á aðstæðum í kringum barneignir og barnauppleldi og vilja gjarnan eyða meiri tíma með börnum sínum innan veggja heimilisins (Britton, Britton og Gronwaldt, 1999).

Áhrif snemmútskrifta hafa verið skoðuð af mörgum og niðurstöður rannsókna verið mismunandi. Margar rannsóknir hafa gefið til kynna ótvíráða kosti þess að konur útskrifist snemma heim með börn sín og má þar meðal annars nefna jákvæð áhrif á tengslamyndum foreldra við börn sín, bætt samskipti í fjölskyldum, aukinn möguleika fjölskyldunnar til að taka

þátt í umönnun nýja barnsins, jákvæð áhrif á gang brjóstagjafar og á líðan mæðra, og síðast en ekki síst jákvæð áhrif á viðhorf mæðra til þjónustunnar almennt (Britton, Britton og Gronwaldt, 1999; Gagnon, Edgar og Kramer, 1997; Quinn, Koepsall og Halker, 1997; Svedulf, Bergbom, Berthold og Hodlund, 1998; Winterburn og Fraser, 2000; Wessley, 1998; Hodnett, 1998). Á síðastliðnum áratug hafa verið aukin skrif um hugsanleg neikvæð áhrif snemmútskrifta og þar helst áberandi umræða um að nýburar sem útskrifast snemma heim séu útsettari fyrir ýmis læknisfræðileg vandamál svo sem van-næringu eða þurrk og óeðlilega nýburagulu eða að gulan greinist of seint. Einkum hefur verið bent á að tíminn á sjúkrahúsinu til að undirbúa og fræða móðurina fyrir heimferð sé ekki nægilegur t.d. er varðar brjóstagjöf, foreldrahlutverkið og umönnun barnsins (Britton, Britton og Gronwaldt, 1999). Einnig kemur í ljós að niðurstöður rannsókna á útkomu snemmútskrifta tengist mjög heilsufarslegu ástandi móður og barns við útskrift. Þau skilyrði sem sett hafa verið upp varðandi ákvörðun um það hverjir útskrifast snemma heim eru mjög mismunandi og einnig ekki alltaf sem þessum skilyrðum virðist vera alveg fylgt eftir.

Þegar skoðað er hvað einkennir helst þær rannsóknir sem gefa til kynna jákvæð áhrif snemmútskrifta, kemur í ljós að það að boðið sé upp á heimaþjónustu í kjölfar snemmútskrifta virðist ráða mestu. Einnig kemur í ljós að máli skiptir að þjónustan sé samfelld en sérstaklega virðist þó mikilvægt að þjónustan sé markviss og að gætt sé samræmis í stuðningi og fræðslu (Renfrew, 1993; Winterburn og Fraser, 2000; Porteus, Kaufman og Rush, 2000; Valdés, Pugin, Schooley, Catalán og Aravena, 2000).

Lengri sjúkrahúsdvöl getur verið nauðsynleg konum og börnum er heilsufarslega þurfa á nánun eftirliti og læknismeðferð að halda á sjúkrahúsi eftir fæðingu. Einnig álíta sumir að lengri sjúkrahúsdvöl ætti að fela í sér aukna möguleika fyrir konuna á hvíld, stuðningi frá samfélagi kvenna í svipaðri aðstöðu og ákveðna viðurkenningu á rétti konunnar til þess að litið sé eftir henni af fagaðilum (Padkolinski, 1998, í Clement og Page, 1998). Þrátt fyrir þetta kemur fram í rannsóknum að óánægja með sjúkrahúsdvöl eftir fæðingu er frekar algeng (McCourt, Page,

Hewison og Vail, 1998; Ball, 1994; Fraser, 1999).

McCourt og félagar (1998) fundu með rannsókn sinni á 728 konum er fengu samfellda ljósmæðraþjónustu, svokallaða „ein á móti einni“ („one-to-one“) og 675 konum er fengu hefðbundna ljósmæðraþjónustu að aðeins um helmingur kvennanna úr báðum hópunum tjáði sig vera „mjög ánægð“ með þjónustu sængurlegudeildanna. Konurnar kvörtuðu undan tilfinningalausum viðbrögðum við óskum þeirra um hjálp eða aðstoð, starfsfólk virtist ekki vera á lausu, illa undir það búið að veita aðstoð eða einfaldlega of störfum hlaðið eða upptekið. Einnig kvörtuðu þær undan skorti á samræmdri fræðslu, leiðsögn og vinnubrögðum sem hafði neikvæð áhrif á gang brjóstagjafar og sjálfsöryggi mæðranna við umönnun nýburanna. Athugasemdir kvennanna gáfu til kynna neikvætt andrúmsloft og skort á samstöðu ljósmæðranna er störfuðu á sængurlegudeildunum. Til samanburðar kom í ljós að flestar mæður voru mjög þakklátar og ánægðar með þá þjónustu sem þær fengu í heimaþjónustunni í kjölfar snemmútskrifta frá sjúkrahúsinu (McCourt o.fl., 1998; Fraser, 1999).

Snemmútskrift eftir barnsfæðingu hérlandis er skilgreind sem útskrift 6-36 klukkustundum eftir fæðingu (Margrét I. Hallgrímsson, 2002). Með samningi Ljósmæðrafélags Íslands og Tryggingastofnunar Ríkisins árið 1993 hófst hér svokölluð heimaþjónusta ljósmæðra til fjölskyldna í kjölfar snemmútskrifta eftir fæðingar. Samningurinn hljóðaði upphaflega upp á hámark ellefu heimsóknir til fjölskyldna en við endurnýjun samningsins 2002 var þeim fækkað niður í átta skipti að hámarki, annars miðast fjöldi heimsókna við þarfir sérhverrar fjölskyldu (samningur Tryggingastofnunar Ríkisins og Ljósmæðrafélags Íslands, 2002). Ári eftir að byrjað var að bjóða upp á heimaþjónustuna gerðu ljósmæðurnar Guðbjörg Davíðsdóttir og Hildur Nilsen úttekt á viðhorfum kvenna til þjónustunnar og kom þá fram almenn ánægja kvennanna (Sóley Kristinsdóttir, 1996). Á þessum tíma voru eingöngu 2,5% kvenna er fæddu á Landspítalanum sem nýttu sér þessa þjónustu en samkvæmt upplýsingum fengnum frá forstöðumönnum Landspítala-Háskólasjúkrahúss kom í ljós að árið 2002 nutu 58,4% kvenna er fæddu á stofnuninni heimaþjónustu ljósmæðra í kjölfar

snemmútskrifta (munaleg heimild, Margrét Hallgrímsson, 2003, sjá í óbirtu lokaverkefi Birnu Málmfríðar Guðmundsdóttur, Sonju Guðbjargar Guðjónsdóttur og Unnar Óskar Björnsdóttur, 2003).

Í takt við þær breytingar og þá öru þróun sem orðið hefur á þjónustu til kvenna og fjölskyldna eftir fæðingar þótti viðeigandi á tíu ára starfsafmæli heimaþjónustu ljósmæðra að gera könnun á viðhorfum kvenna til þeirrar þjónustu sem veitt er eftir fæðingu.

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna viðhorf mæðra til sængurleguþjónustu fyrstu vikuna eftir fæðingu og bera saman niðurstöður eftir mismunandi þjónustuformum: Heimaþjónustu ljósmæðra eftir snemmútskrift og þjónustu sængurlegudeildar Landspítala-Háskólasjúkrahúss þar sem sjúkrahúsdvöl er lengri.

Aðferð

Úrtak: Valið var kerfisbundið tilviljunarúrtak 400 kvenna er fæddu á Landspítala-Háskólasjúkrahúsi á tímabilinu september – desember 2002 þar sem 200 konur komu úr hvoru þjónustuformi. Þetta tímabil var meðal annars valið vegna þess að á þessum tíma eru mjög fáir nemendur í verknámi þannig að viðvera og þjónusta af hálfu nemenda svo sem fræðsluverkefni ættu ekki að hafa áhrif á þjónustuna. Svarhlutfall var 62% (n=124) úr hópi kvenna sem lágu lengri sjúkrahúsvist á sængurlegudeild og 67% (n=134) úr hópi kvenna sem útskrifuðust snemma heim og fengu heimaþjónustu ljósmæðra. Ekki kom fram tölfræðilegur munur á hópunum hvað varðaði aldur, menntun og hjúskaparstöðu. Meðalaldur kvennanna var 31 ár og í heildarúrtaki voru flestar konurnar í sambúð eða giftar eða 93% á móti 7% einstæðum. Hlutfallslega fleiri frumbyrjur voru í hópi kvenna af sængurlegudeild samanborið við konur er fengu heimaþjónustu ($X^2=5,7$, $P<0,05$).

Gagnasöfnun og mælitæki: Að fengnu leyfi vísindasiðanefndar, persónuverndar og forstöðumanna kvennadeildar voru póstsendir spurningalistar til þátttakenda ásamt kynningarbréfum. Ítrekunarbréf voru síðan send út tvisvar í kjölfarið u.þ.b. tveimur og sex vikum síðar.

Spurningalistarnir sem hannaðir eru af rannsakanda eru að hluta til þýdd út-gáfa viðhorfaskala Elaine Carty (1990) og Ellen Hodnett (1998). Sérstakur spurningalisti var hannaður fyrir hvorn rannsóknarhóp þar sem leitast var við

að sníða ákveðnar spurningar að hvoru þjónustuförmi fyrir sig. Að mestum hluta innihéldu listarnir eins spurningar og kvarða þannig að tölfraðilegur samanburður á milli hópa var gerður mögulegur.

Sambærilegar breytur voru eftirfarandi:

- Bakgrunnur kvennanna s.s. aldur, menntun, hjúskaparstaða og fjöldi barna.
- Viðhorf til veittrar fræðslu: mælt á Likert kvarða þar sem spurt er um viðhorf til 16 fræðslupátta (mjög góð fræðsla – mjög léleg fræðsla) – FRÆÐSLA.
- Ánægja/óánægja með þjónustuna almennt: Viðhorf kvenna til 11 þjónustupátta mæld á likert kvarða þar sem spurt er hversu ánægðar eða óánægðar þær eru með þjónustuna (mjög ánægð – mjög óánægð) – ÁNÆGJA.
- Viðhorf til þjónustupátta: Viðhorf til 24 fullyrðinga um þjónustuna skoðuð á Likert kvarða (mjög sammála – mjög ósammála) – ÞJÓNUSTA.
- Opnar spurningar t.d. óskað eftir athugasemdum og einnig hvatt til þess að leggja fram eigin hugmyndir um breytingar á þjónustunni.

Konur í heimaþjónustu voru sérstaklega spurðar út í ákvörðun um snemmtútskrift og heimaþjónustu; stuðning heima fyrir fyrstu vikuna og einnig var kannað viðhorf þeirra til tímasetninga, fjölda og tímalengda heimsóknna.

Í þeim tilgangi að skoða sambærileika hópanna með tilliti til þess að á sængurlegudeild liggja frekar veikari konur og börn, voru konur af sængurlegudeild sérstaklega spurðar út í tegund fæðingar, heilsufarsvanda móður og barns eftir fæðingu svo og lengd sjúkrahúsvistar.

Úrvinnsla gagna:

Lýsandi tölfraði svo sem t-próf og kíkvaðrat-próf voru notuð til þess að lýsa og bera saman bakgrunn þátttakenda eftir rannsóknarhópum. T-próf voru einnig notuð við athugun á hugsanlegum áhrifum ákveðinna sérkenna hópanna á niðurstöður, einkum kvenna af sængurlegudeild. Borin voru saman meðalskor úr viðhorfakvörðum eftir tegund fæðingar, heilsufarsvandamálum móður eða barns eftir fæðingu svo og lengd sjúkrahúsvistar.

Þáttagreining: Allir kvarðarnir þrír

FRÆÐSLA, ÁNÆGJA og ÞJÓNUSTA voru þáttagreindir og þá var notast við heildarúrtak rannsóknarinnar ($n=250$). Reyndist vera sterk innri fylgni á svörum innan hvers kvarða sem bendir til innra réttmætis þeirra. Með þáttagreiningu kom einnig í ljós að hver kvarði fyrir sig hlóð á einn þátt og því voru meðalskor kvarðanna notuð í frekari tölfraðiúrvinnslu. Þar sem meðalskor kvarðanna reyndust ekki vera normaldreifð var notast við non-parametric prófið Mann-Witney til þess að meta tölfraðilegan mun á viðhorfum kvenna til þjónustu ljósmæðra í heimaþjónustu og á sængurlegudeild.

Niðurstöður

Þáttagreining viðhorfakvarðanna:

Í þeim tilgangi að auðvelda úrvinnslu gagna var ákveðið að skoða formgerð viðhorfakvarðanna út frá þáttagreiningu. Út frá innbyrðis fylgni á milli breyta og þáttahleðslu þeirra var því athugað hvort kvarðarnir mæla eitt eða fleiri hugtök og þannig metið hvort raunhæft var að skoða niðurstöður kvarðanna út frá meðalskorum þeirra.

Heildarúrtak rannsóknarinnar 258 konur var notað við þáttagreiningu FRÆÐSLU kvarðans en í þeim tilgangi að gera þáttagreininguna sem nákvæmasta var við þáttagreiningu kvarðanna ÁNÆGJA (11 mælibreytur/spurningar) og ÞJÓNUSTA (24 mælibreytur/spurningar) einnig keyrt saman úrtak úr annarri rannsókn sem framkvæmd var á svipuðum tíma þar sem sömu kvarðarnir voru notaðir. Úrtakið sem um ræðir 140 konur var einnig valið úr hópi mæðra er fæddu á Landspítala Háskóla-sjúkrahúsi í janúar og febrúar 2003 (Díana Jónsdóttir og Sara Björk Hauksdóttir, 2003). Heildarúrtak það sem notað var við þáttagreiningu þessara tveggja kvarða var því úrtak 398 kvenna.

Við þáttagreiningu ÁNÆGJU kvarðans hlóðu allar mælibreytur kvarðans mjög hátt á einn þátt (0,596 – 0,972) en samkvæmt Kaiser mátti draga út 2 þætti. Þáttur I með eigiðgildið 8,106 skýrði 73,689 % af heildardreifninni og þáttur I með eigiðgildið 1,117 skýrði 10,158% af heildardreifninni. Þættirnir virtust gera góða grein fyrir spurningum mælikvarðans ($h^2=0,624-0,972$) þar sem skriðupróf sýndi aðeins einn þátt dreginn út og þar sem þáttur I hafði mjög hátt skýringargildi var ákveðið að vinna með meðaltal kvarðans.

Við þáttagreiningu ÞJÓNUSTU

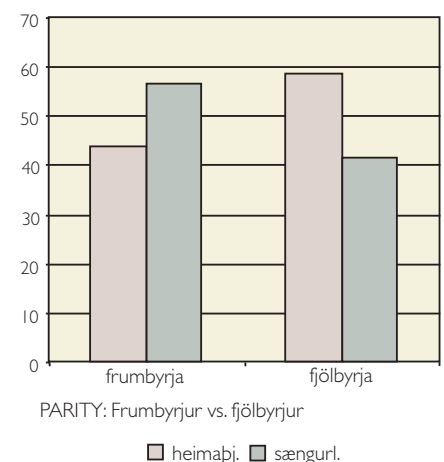
kvarðans kom í ljós að allar mælibreytur kvarðans hlóðu mjög hátt á einn þátt þar sem þáttahleðsla allra breyta var um og yfir 0,6. Samkvæmt viðmiðum Kaisers væri hægt að draga út 2 þætti við þáttagreininguna. Þáttur I hafði eigiðgildið 18,249 og skýrði um 76% af heildardreifninni og þáttur II eigiðgildið 1,199 og skýrði um 5% af heildardreifninni. Athyglisvert er að þær 4 mælibreytur sem hlaða nokkuð hátt (um 0.5) í þætti II eru mælibreytur sem túlka má sem innsæi ljósmæðra á líðan kvennanna. Þættirnir virðast gera góða grein fyrir spurningunum ($h^2=0,47-0,878$). Ef tekið er mið af skriðuprófi er einungis raunhæft að draga út einn þátt. Út frá niðurstöðum þáttagreiningar á ÞJÓNUSTU kvarðanum var talið raunhæft að álykta að eðlilegt væri að notast við heildar meðalskor kvarðans við úrvinnslu gagna. Einnig væri hægt að nýta meðalskor fyrir mælibreyturnar 4 er hlaða hátt í þætti II til þess að mæla innsæi ljósmæðra/hjúkrunarfræðinga á líðan kvenna en það er ekki gert hér.

Við þáttagreiningu FRÆÐSLU kvarðans var einungis notast við úrtak þessarar rannsóknar þ.e. 258 konur. Mælibreyturnar allar hlóðu mjög hátt á einn þátt (0,716-0,865) og hafði sá þáttur eigiðgildið 10,458 og skýrði 65,36% af heildardreifninni. Fjórar breytur hlóðu einnig lítillega á þátt II (0,316-0,50) sem hafði eigiðgildið 1,104 og skýrði 6,9% af heildardreifninni. Samkvæmt skriðuprófi var eðlilegt að draga aðeins út einn þátt og var ákvörðun tekin um að nota meðalskor kvarðans við úrvinnslu gagna tengdri fræðslu.

Einkenni úrtaks

Mynd 1:

Hlutföll frumbyrja/fjölbyrja eftir hópum

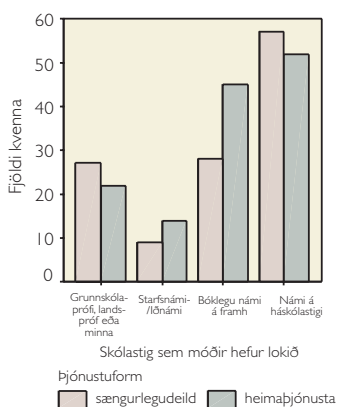


Eins og að framan greinir voru rannsóknarhóparnir sambærilegir hvað varðaði bakgrunn kvennanna utan samsetningar með tilliti til hlutfalls frumbyrja og fjölbyrja. Hlutfallslega fleiri frumbyrjur voru í hópi kvenna er dvöldu lengur á sjúkrahúsi og hlutfallslega fleiri fjölbyrjur í hópi þeirra er útskrifuðust snemma heim og þáðu heimaþjónustu ljósmæðra ($X^2=5,7$, $P<0,05$).

Heildarúrtakið var vel normaldreift með tilliti til aldurs. Ekki reyndist marktækur munur á aldri kvennanna á milli rannsóknarhópa ($P>0,05$) en meðalaldur kvenna í heimaþjónustu var 30,5 ár (sf = 8,3; aldursbil = 16-44 ára) og kvenna í sængurlegu 31,5 ár (sf = 7,9; aldursbil = 18-44 ára). Meðalaldur kvennanna allra var 31 ár.

Ekki reyndist marktækur munur á hjúskaparstöðu á milli hópa ($X^2=2,6$; $P>0,05$), en í heildina voru 7% þátttakenda einstæðar mæður á móti 93% þeirra sem voru giftar eða í sambúð.

Mynd 2
Menntun þátttakenda beggja hópa



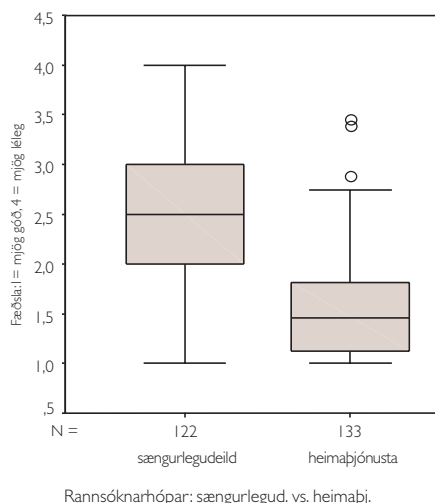
Mynd 2 sýnir dreifingu á menntun þátttakenda. Ómarktækur munur var á milli hópa varðandi menntun kvennanna ($X^2=5,2$, $P>0,05$). Flestar konur höfðu lokið námi á háskólastigi eða um 43% ($n=109$), um 29% kvennanna höfðu lokið bóklegu námi á framhaldsskólastigi ($n=73$) um 9% ($n=23$) starfsnámi eða iðnnámi og um 19% ($n=49$) grunnskólaprófi eða minna.

Samanburður á viðhorfum kvenna til þjónustunnar eftir hópum, þ.e. í heimaþjónustu eða á sængurlegudeild.

Dreifing meðaltalsskora úr öllum kvörðunum þremur, FRÆÐSLU; ÁNÆGJU, ÞJÓNUSTU, var svolítið skekkð þar sem hlutfallslega fleiri konur

sýndu jákvæð viðhorf til þjónustunnar í öllum kvörðunum. Þar sem ekki var um normaldreifingu að ræða var notast við Mann-Withney próf.

Mynd 3
Viðhorf kvenna til veittrar fræðslu

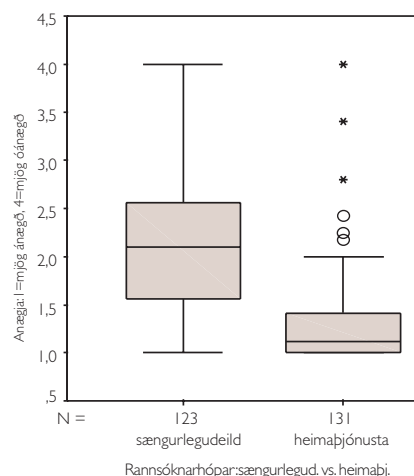


Eftir því sem meðalskorin voru lægri þeim mun jákvæðari voru konurnar til þjónustunnar. Mynd 3 sýnir samanburð meðaltala á milli hópa úr FRÆÐSLU kvarðanum auk staðalfrávika og dreifingar innan hvors hóps.

Marktækur munur var á því hversu góða fræðslu konur töldu sig fá eftir því hvort þær voru í heimaþjónustu eða á sængurlegudeild og voru konur er þáðu heimaþjónustu að meðaltali ánægðari ($P<0,01$). Þrátt fyrir almennt jákvæð viðhorf kvenna í heimaþjónustu þá má greina örfáa útlaga þ.e. konur sem skera sig úr og eru frekar óánægðar.

Meðalskor kvenna á sængurlegudeild eru mun dreifðari um normalkúrfuna.

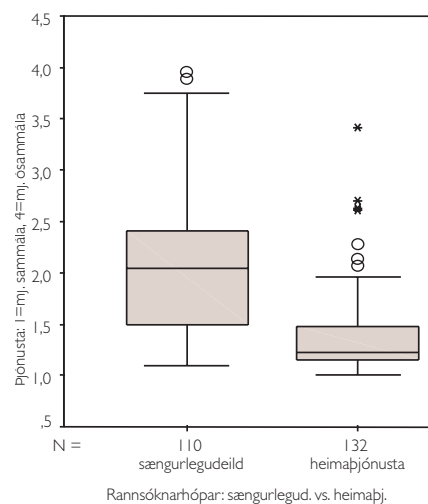
Mynd 4
Ánægja/óánægja með þjónustuna



Niðurstöður úr ÁNÆGJU kvarðanum komu svipað út þar sem konur úr

heimaþjónustu voru marktækt ánægðari með þjónustuna ($P<0,01$). Sjá mynd 4.

Mynd 5
Viðhorf kvenna til þjónustupátta



Dreifing meðalskora einkum í hópi heimaþjónustukvenna var hér mjög skekkð þar sem langflestar konurnar utan örfárra útlaga voru mjög ánægðar með þjónustuna. Þjónustukvarðinn sýndi einnig marktækan mun á viðhorfum kvenna til ákveðinna þjónustupátta ($P<0,01$). Niðurstöðurnar voru í samræmi við niðurstöður hinna kvarðanna þar sem heimaþjónustukonur voru marktækt jákvæðari. Líkt og í ÁNÆGJU kvarðanum var hér þó nokkur skekkja í dreifingu meðalstiga þar sem flestar konur virðast hafa frekar jákvæð viðhorf til þjónustupáttanna.

Þegar skoðað var með Mann-Witney prófi, áhrif bakgrunns á meðalstig allra kvarðanna kom í ljós að aldur, menntun og hjúskaparstaða reyndust ekki hafa marktæk áhrif á viðhorf kvenna til þjónustunnar. Hins vegar kom fram í öllum kvörðunum þremur marktækur munur á meðalskorum eftir því hvort um var að ræða frumbyrju eða fjölbyrju ($P<0,05$).

Þar sem hlutfallslega fleiri frumbyrjur voru í hópi kvenna af sængurlegudeild var ákveðið að skoða með fjölbreytu-anova hvort þessi þáttur skýrði þann marktæka mun sem kom fram á milli rannsóknarhópa í öllum kvörðunum. Í ljós kom að þessi þáttur, það er að hlutfallslega fleiri frumbyrjur voru í sængurleguhópnum skýrði ekki þann marktæka mun sem kom fram á viðhorfum kvenna eftir þjónustuformi.

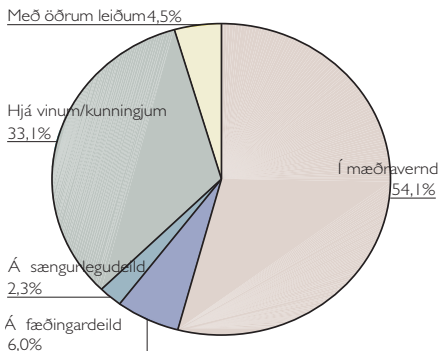
Niðurstöður er sérstaklega varða heimaþjónustu ljósmæðra

Þegar konur í heimaþjónustu voru

spurðar út í ákvörðun um snemmútskrift og heimaþjónustu kom í ljós að flestar þeirra (54,1%, n=72) fréttu af þessari þjónustu í gegnum mæðravernd en stór hluti fréttir einnig af henni í gegnum vini og kunningja (33,1%, n=50). Rúmlega 8% (n=11) kvenna virðist ekki hafa frétt af þessum valkosti fyrr en í eða eftir fæðingu þ.e. á fæðingardeild (6%) eða í sængurlegu (2,3%).

Mynd 6

Hvernig konur fréttu af heimaþjónustunni



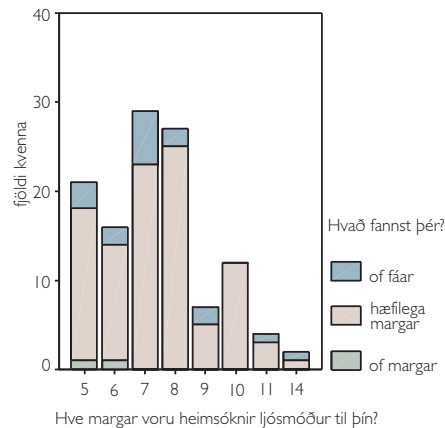
Langflestar kvennanna eða um 81,7% (n=107) tóku ákvörðun um það á meðgöngutímanum af útskrifast snemma og þiggja heimaþjónustu eftir fæðingu.

Konurnar voru beðnar um að raða því í mikilvægiröð hvað réði mestu um ákvörðun þeirra um snemmútskrift og heimaþjónustu eftir fæðingu. Eins og tafla 1 sýnir voru þar þættir eins og samvera með maka/fjölskyldu og velliðan í eigin umhverfi sem réði þar mestu.

ins ljósmæðurnar koma í heimsókn en einungis 9% kvennanna (n=12) sögðust ekkert val hafa haft um tímasetningu heimsókna. Það sem konurnar nefna samt helst sem áhrifaþátt á tímasetningu er vinnutími ljósmæðra annars staðar.

Mynd 7

Viðhorf til fjölda heimsókna

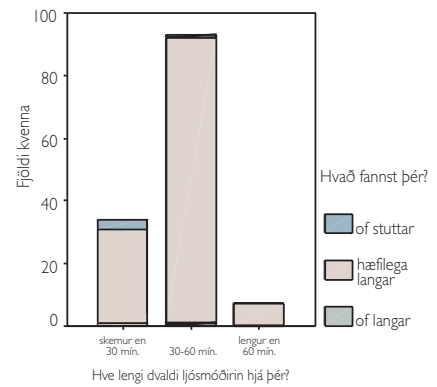


Ljósmæður fóru að meðaltali í 7,4 heimsóknir til kvennanna en fjöldi heimsókna spannaði frá 5 upp í 14 heimsóknir. Flestum konum eða um 84% þeirra (111) fannst fjöldi heimsókna hæfilegur. Eins og sjá má á mynd 8 eru þær konur sem telja heimsóknirnar of margar úr hópi þeirra sem fæstar heimsóknir fá og jafnvel þær konur sem fá flestar heimsóknirnar telja þær of fáar. Sjá nánari upplýsingar á mynd 8.

Ljósmæðurnar dvöldu oftast eða í 70% tilfella í um 30-60 mínútur í hverri vitjun. Flestum konum finnst tímalengd heimsókna í heimaþjónustu vera

Mynd 8

Viðhorf til tímalengda heimsókna



haft stuðning heima og oftast var makinn helsti stuðningsaðilinn (93,7%, n=118).

Meirihluti kvenna (80,6%, n=104) sagðist ekki þurfa meiri hjálp heima fyrir fyrstu vikuna eftir fæðingu. Þær konur sem hefðu viljað meiri hjálp nefndu helst aðstoð við heimilissörfin s.s. við þrif, matseld, þvotta og barnaþösson. Einnig virtust konurnar þurfa meiri hvíld.

Niðurstöður er varða sérstaklega sængurleguþjónustu.

Þar sem ætla má að veikari konur liggi á sængurlegudeild þótti mikilvægt að skoða áhrif ákveðinna þátta á niðurstöður í þeim tilgangi að meta sambærileika hópanna. Verður hér gert grein fyrir helstu niðurstöðum er þetta varðar svo sem áhrif eftirfarandi þátta á meðalstig viðhorfakvarðanna: tegund fæðingar, heilsufarsvandamál barns eða móður, lengd sjúkráhúsdvalar, samveru eða aðskilnaði móður og barns og fjöldi ljósmæðra er önnuðust konuna.

Tegund fæðingar: Rúmlega helmingur kvennanna eða um 53% fæddu barn sitt með keisarafæðingu, 35,5% með eðlilegri fæðingu um fæðingarveg og 9,7% með aðstoð sogklukku eða tangar. Þegar skoðuð var fylgni með tegund fæðingar og meðalskorum úr kvörðunum þremur kom í ljós að tegund fæðingar hafði ekki marktæk áhrif á viðhorf kvennanna til þjónustunnar ($P > 0,05$).

Heilsufarsvandamál móður eða barns: Konurnar höfðu verið beðnar að tilgreina hvort og þá hvaða vandamál höfðu komið upp hjá móður eða barni. Vandamál hjá barni voru tilgreind í 36,3% (n= 45) tilfella og vandamál hjá móður í 31,5% (n=38) tilfella. Algengasta vandamálið sem tilgreint var hjá barni var öndunarörðuleikar (8,1%) og hjá móður vandamál tengd brjóstgjöf

Tafla 1:

Hvað réði mestu um ákvörðun um snemmútskrift/heimaþjónustu eftir fæðingu?

	Fjöldi:	Prósentur
• Samveran með fjölskyldu/maka mikilvæg	65	48,5%
• Mér líður best í eigin umhverfi	41	30,6%
• Annað	13	9,7%
• Hafði heyrt vel látið af heimaþjónustunni	10	7,5%
• Aðstaðan á sjúkrahúsinu er óviðunandi	2	1,5%
• Þjónustan á sjúkrahúsinu er óviðunandi	2	1,5%
• Ósk heilbrigðisstarfsfólks á sjúkrahúsinu	2	1,5%

Þegar kannað var viðhorf kvennanna til tímasetninga, fjölda og tímalengda heimsókna ljósmæðra í heimaþjónustu kom eftirfarandi í ljós:

Svo virðist vera sem flestar mæður hafi eitthvað val um það hvenær dags-

hæfileg (96%). Sjá nánar mynd 8 um viðhorf kvenna til tímalengda heimsókna.

Svör við spurningu um stuðning heima fyrir sýndu að flestar konurnar eða tæp 95% þeirra (n=126) sögðust hafa

(7,3%). Með t-prófi kom í ljós að vandamál hjá móður eða barni höfðu ekki marktæk áhrif á meðalstig kvarðanna eða viðhorf kvennanna til þjónustunnar ($P > 0,05$).

Lengd sjúkráhúsvistar

Dvalartími kvennanna á sængurlegudeildinni var að meðaltali 5 dagar en spannaði frá einum upp í tuttugu og einn dag. Meirihluti kvenna taldi dvölina hæfilega langa (75,8%) og aðeins minnihluti taldi hana of stutta (8,1%) eða of langa (16,1%). Á mynd 9 má sjá nánar dreifingu dvalartímans og viðhorf kvenna til hans.

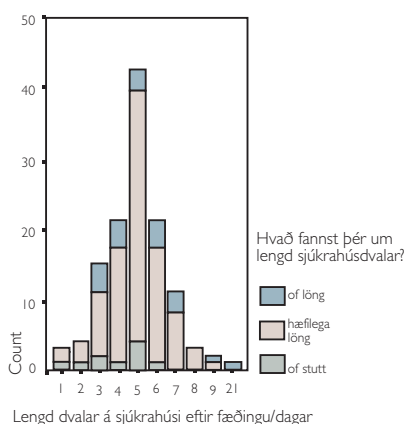
Lengd dvalartíma hafði ekki marktæk áhrif á meðalskor kvarðanna þriggja eða viðhorf kvennanna til þjónustunnar.

Samvera móður og barns á sængurlegudeild: Í flestum tilfellum sögðu konurnar að barnið hefði dvalið oftast (44,4%) eða alltaf (40,3%) inni á sömu stofu og þær. Aðeins í 6,4% tilfella dvaldi barnið sjaldan og í 7,3% tilfella aldrei inni á sömu stofu. Hér er ekki raunhæft að skoða tölfræðileg áhrif þar sem í langflestum tilfellum nutu mæðurnar samveru með börnunum og því ólíklegt að þessi þáttur hafi haft áhrif á meðalskor kvarðanna.

Fjöldi ljósmæðra sem komu að umönnun kvennanna: Meðalfjöldi ljósmæðra sem kom að umönnun kvennanna var sex en fjöldi ljósmæðra sem annaðist hverja konu spannaði frá tveimur upp í fjórtán. Fjöldi ljósmæðra við umönnun hafði ekki marktæk áhrif á meðalskor viðhorfakvarðanna.

Mynd 9

Lengd sjúkráhúsdvalar og viðhorf kvenna til dvalartímans



Fyrri barneign: hlutfall frumbyrja og fjölbyrja: Hlutfall frumbyrja og fjölbyrja var nokkuð jafnt eða 53,2% frumbyrur og 46,8% fjölbyrjur. Frumbyrjur

voru marktækt óánægðari með fræðslu tengdri helstu einkennum um heilsufarsvandamál barns og helstu einkennum um heilsufarsvandamál móður ($P < 0,05$). Marktækur munur kom einnig fram á viðhorfum til þess tilfinningalega stuðnings sem konunum var veittur eftir því hvort um ræddi frumbyrjur eða fjölbyrjur ($P < 0,05$). Um helmingur frumbyrjanna á móti um 27% fjölbyrja var frekar eða mjög óánægður með veittan tilfinningalegan stuðning.

Umræður

Þegar niðurstöður þáttgreininga viðhorfakvarðanna eru skoðaðar og umræða um réttmæti rannsóknarinnar er dregin fram má benda á eftirfarandi styrkleika og veikleika sem áhrif hafa á alhæfingargildi niðurstaðna. Þátttaka í rannsókninni sem er 63-67% er mjög góð sérstaklega með tilliti til þess að um póstkönnun er að ræða og þegar miðað er við fjölda mælibreyta telst úrtaksstærð fyrir þáttgreininguna einnig viðunandi. Innbyrðis fylgni á milli mælibreyta í hverjum kvarða er mjög há og einnig þáttahleðslur þeirra á einn þátt fyrir sérhvern kvarða sem hvort tveggja styður réttmæti kvarðanna og þá ákvörðun að nota meðalskor við úrvinnslu niðurstaðna. Mikilvægt er þó að hafa í huga að sú staðreynd að dreifing meðalstiga fyrir hvern kvarða er skekkt gæti skýrt að hluta til niðurstöður þáttgreiningarinnar og því hefði stærra úrtak sennilega verið æskilegt þannig að normaldreifing næðist frekar.

Í ljós kemur að rannsóknarhóparnir tveir eru mjög sambærilegir með tilliti til bakgrunns og áhrifa annarra breyta á meginniðurstöður. Þrátt fyrir að hlutfallslega fleiri frumbyrjur séu í hópi kvenna af sængurlegudeild og að frumbyrjur hafi mælst hlutfallslega óánægðari með þjónustuna kom í ljós með fjölbreytugreiningu að sá þáttur hefur ekki ráðandi áhrif hvað varðar marktækan mun á milli hópa. Það styrkir einnig niðurstöður rannsóknarinnar að fram kemur samræmd niðurstaða úr öllum kvörðunum þremur þar sem niðurstöður styðja þá ályktun að konur er þiggja heimaþjónustu ljósmæðra hafa marktækt jákvæðari viðhorf til þjónustunnar en konur sem dvelja lengur á sængurlegudeild.

Úrtakið endurspeglar breiðan aldurshóp þar sem þátttakendur eru á aldrinum 16 - 44 ára og ætti að gefa góða mynd af íslenskum konum með tilliti til

aldurs einkum þar sem fram kemur góð normaldreifing á aldri þátttakenda. Meðalaldur kvennanna í heildarúrtakinu var 31 ár sem er aðeins hærri en meðalaldur þýðisins sem var 29,3 ár samkvæmt upplýsingum Hagstofu Íslands um aldur kvenna er fæddu barn á Íslandi árið 2003. Ef úrtakið er skoðað miðað við hjúskaparstöðu virðist vera að hlutfall einstæðra mæðra sem er 7% sé frekar lágt miðað við tölur frá Hagstofu Íslands en um það bil 16% kvenna er fæddu börn þetta ár voru einstæðar mæður (www.hagstofa.is). Hugsanlegt er að einstæðar mæður hafi síður haft aðstöðu til þess að taka þátt í rannsókninni. Sambærileiki á bakgrunni rannsóknarhópanna gerir samanburð á viðhorfum til þjónustunnar eftir hópum trúverðugan.

Viðhorf kvenna til þjónustu ljósmæðra fyrstu vikuna eftir fæðingu virðast almennt vera frekar jákvæð. Þeir fræðsluþættir sem virðast skila sér best í báðum hópnum eru fræðsla um brjóstagjöf, næringu, umhirðu og útskilnað barns. Þættir sem koma verst út í báðum hópnum eru: Fræðsla um helstu einkenni heilsufarsvandamála barns eða móður, slysavarnir nýbura, aðlögun fjölskyldumeðlima að nýja barninu, líkamspjálfun/styrktaræfingar móður, grindarbotnsæfingar, kynlíf og getnaðarvarnir.

Viðhorf til veittrar fræðslu virðast áberandi jákvæðari á meðal kvenna er njóta heimaþjónustunnar. Eins og normaldreifing meðalskora fyrir fræðslu á sængurlegudeild sýnir þá virðist vera að jafnaði svipaður fjöldi kvenna sem er frekar eða mjög óánægður með veitta fræðslu og sá fjöldi sem er frekar eða mjög ánægður. Þegar skoðað er hlutfall svörunar fyrir hvern fræðsluþátt í báðum hópnum kemur í ljós að við alla fræðsluþættina er áberandi mun herra hlutfall kvenna í heimaþjónustu sem merkja við svarmöguleikann mjög ánægð. Þegar gátlisti heimaþjónustunnar er skoðaður í samanburði við svör kvennanna kemur einnig í ljós að þeir fræðsluþættir sem konur eru síður ánægðar með eru þeir þættir sem ekki eru á þessum lista þannig að svo virðist vera sem gátlistinn hafi hvetjandi áhrif á veitta fræðslu ljósmæðra (Birna Málmfríður Guðmundsdóttir, Sonja Guðbjörg Guðjónsdóttir og Unnur Ósk Björnsdóttir, 2003).

Hvað skýrir þann mun sem fram kemur á viðhorfum kvenna til veittrar

fræðslu eftir þjónustuförum? Það sem kemur verulega á óvart í þessari rannsókn er að þættir eins og mismunandi einkenni úrtaks, fjöldi ljósmæðra sem koma að umönnun og fjöldi legudaga virðast ekki vera ráðandi áhrifaþættir hér. Það virðist sem sagt ekki vera að þættir eins og til dæmis tegund fæðingar s.s. keisarafæðing eða erfið fæðingareynsla hafi ráðandi áhrif á það hvernig konurnar skynja þjónustuna. Svör við opinni spurningu sem gaf þátttakendum rannsóknarinnar möguleika á að tjá viðhorf sín frekar og koma með tillögur um breytingar endurspegla óneitanlega sterk skilaboð um óánægjuraddir. Áberandi var í hópi kvenna af sængurlegudeild að þær kvörtuðu undan misvisandi skilaboðum í veittri fræðslu, tímaleysi ljósmæðra og aðstöðuleysi til hvíldar á deildinni. Eftirfarandi eru dæmi um athugasemdir kvennanna:

Dæmi um athugasemdir vegna misvisandi skilaboða/misræmi í veittri fræðslu:

„... Mjög mikilvægt er að mínu mati að fá ekki misvisandi skilaboð frá starfsfólki fyrstu sólahringana. Ég fékk að minnsta kosti þrjár ljósmæður sem höfðu ólíkar skoðanir á því hvernig til dæmis ætti að standa að brjóstgjöf...“

„... Sem nýbakaðri móður fannst mér óþægilegt að fá mismunandi upplýsingar frá ljósmæðrum um hvað væri best fyrir barnið þegar ég þurfti að gefa því ábót. Kenningarnar sem þær hafa eru mismunandi...“

„... Engin ljósmóðir veit hver er búin að fræða svo engin fræðir mann um neitt nema sé leitað sérstaklega eftir því...“

Dæmi um athugasemdir vegna tímaleysis ljósmæðra/hjúkrunarfræðinga og aðstöðuleysi til hvíldar: „... Ég dvaldi í 5 daga á sængurkvennadeild eftir keisara. Alla dagana var mikill erill á stofunni allan daginn og ég hvíldist því miður ekki neitt...“

„... Ég var á fjögurra manna stofu í fyrstu – það ætti ekki að bjóða neinum upp á slíkt – konur og börn misjafnlega stött – örþreyttar og vildu sofa vs konur með heimsóknir frá 14 til 21. Einn versti sólahringur lífs míns...“

Leyfa mæðrum að fá meiri hvíld. Ég fékk enga hvíld inni á spítalanum því ég fékk enga aðstoð frá starfsfólki. Var uppgefin og ósofin þegar ég kom heim...“

„... Stuðningur var ekki góður. Eini stuðningurinn sem ég fékk var frá öðrum sjúklingum sem eins var ástatt fyrir. Stuðningi þarf að breyta, vera meiri og persónulegri...“

„Viðmótið, þjónustan og aðstaðan var fyrir neðan allar hellur...“

„... Ég átti mjög bágð að hafa engan hjá mér og það var mikið að gera hjá fólkinu sem var að vinna og fékk ég eiginlega enga athygli. En það sem ég hefði þurft var að hafa einhvern hjá mér og þá sérstaklega manninn minn til að halda í höndina á mér...“

„... Enginn gaf sér tíma til að vita hvernig manni liði eða hvernig gengi...“

„... Á sængurlegudeild var okkur kennt að baða og hreinsa naflastúf, allt og sumt...“

„... Hún náði að græta mig ítrekað með hryssingslegu viðmóti og særandi orðum á þessum viðkvæma tíma. Af þessum sökum er reynsla mín því miður neikvæð...“

„... Ef móðir hefur farið í keisara fær hún strax meiri umönnun eins og gefur að skilja en það má ekki gleyma þeim sem þurfa andlegan stuðning...“

„... Að lokum þá skal ég segja að sængurlegan á Lsp. var ömurleg á allan hátt og ef ég hefði verið í betra ástandi líkamlega og andlega þá hefði ég hlaupið út hið fyrsta eða að maðurinn minn hefði „bjargað“ mér heim...“

„... Eins og sést á svörum mínum var vera mín á kvennadeildinni ömurleg í alla staði, starfsfólkið var ókurteist, frekt, óvingjarnlegt og dónalegt. Þau virtu engan...“

Óneitanlega hafa þessi brot úr athugasemdum kvennanna sláandi áhrif og vekja upp spurningar um það hvort mismunur á viðhorfum til fræðslu eftir rannsóknarhópum skýrist að einhverju leyti af þessum þáttum þ.e. misvisandi og ómarkvissri fræðslu, tímaleysi starfsfólks og erfiðri aðstöðu fyrir konurnar til hvíldar og persónurýmis. Mögulegt er að deildin hafi verið illa sett á þessum tíma varðandi mönnun eða liðan starfsfólks sem að einhverju leyti hafi endurspeglast í viðmóti þess og þjónustu. Aðrir rannsakendur hafa bent á að vinsamlegt viðmót starfsfólks hafi mikið að segja varðandi upplifun kvenna af dvöl á sængurlegudeild. Ef viðmót er hvetjandi og starfsfólk tilfinninganæmt, lýsa sængurkonur ánægju með dvöl á deildinni þrátt fyrir að þær hljóti ekki alla þá aðstoð sem þær hefðu óskað (Tarkka og Paunonen, 1996). Fagleg færni ljósmæðra er konunum mikilvæg en þær sem eru þakklátastar ljósmæðrum lýsa þeim þannig: „höfðu tíma fyrir mig“ eða „voru til staðar“ (Fraser, 1999).

Umfjöllun rannsakenda um óánægju kvenna með dvöl á sængurlegudeildum hefur einkennst nokkuð af þeim þáttum sem fram koma í athugasemdum kvennanna í þessari rannsókn þar sem konur kvarta undan tilfinningalausum viðbrögðum við óskum um aðstoð, starfsfólk sé of störfum hlaðið og að skorti á samræmi í fræðslu, leiðsögn og vinnubrögðum (McCourt, Page, Hewison og Vail, 1998; Ball, 1994; Fraser, 1999). Þó svo að ætla mætti að fjöldi ljósmæðra hafi mikið að segja varðandi það að fræðsla og þjónusta sé sem markvissust að þá skiptir sennilega meira máli að sú fræðsla sem veitt er sé samræmd og einstaklingshæfð þannig að ljósmæður séu sammála um það hvaða leiðbeiningar þær veiti og að ávallt sé tekið mið af einstaklingsbundnum þörfum kvenna (Hodnett 1989, Hillan, 1992).

Í hópi kvenna er þáðu heimaþjónustu tjáðu 26 konur þar af 23 er legið höfðu á Hreiðrinu, óánægju sína með sjúkrahúsdvölina á einhvern hátt, en þessar konur dvöldu að hámarki 36 klst á sjúkrahúsinu. Það sem helst var kvartað yfir var afskiptaleysi starfsfólks.

Dæmi um afskiptaleysi starfsfólks:

„Ungar konur eru ekki nægilega fróðar eða heilsuhraustar til að vera sendar inn á eitthvað herbergi og lokaðar þar inni án nokkurra afskipta fyrsta sólahringinn eftir fæðingu.“

„... Einnig fannst mér fólk mjög afskiptalaust í Hreiðrinu. Eins og þið sjáið á svörum mínum þá var ég alls ekki ánægð þar. Mér fannst ég ekki fá neinn stuðning, litla umhyggju og mjög litla fræðslu. Það var ekki fyrr en ljósmóðirin kom heim að mér voru gefnar upplýsingar og sýnd umhyggja.“

„Á Hreiðrinu sá ég varla nokkuð starfsfólk. Þurfti að leita það uppi ef eitthvað var. Kannski vegna þess að það gekk allt ágætlega og ég var dugleg. Hefði ég bara verið óframfærin hefði þetta verið mjög slæmt...“

„...Öll aðstaða í Hreiðrinu er til fyrirmyndar en mér og mínum var næstum ekkert sinnt og ef ég kallaði eftir aðstoð þá leið langur tími áður en hún kom og að viðkomandi virtist hvorki hafa mikinn áhuga né tíma til að sinna mér. Þetta var mjög erfitt, þetta var fyrsta barn og ég mjög órugg...“

Ein konan lýsti með löngum texta óánægju sinni og biturleika út í afskiptaleysi er hún fann fyrir á Hreiðrinu, jafnvel þó hún hafi leitað eftir hjálpi. Hún sagði m.a.: „Sá stuðningur

sem við fengum í Hreiðrinu var nánast enginn. Mér finnst nauðsynlegt að viðmót starfsfólks sé þess eðlis að nýbökudum foreldrum þyki auðvelt að nálgast það með spurningum og hjálparbeiðni.

Ellefu konur er þáðu heimaþjónustu tjáðu ánægju sína með Hreiðrið og þjónustuna þar, einkum vegna aðstöðunnar og einnig vegna þess að þeim hentaði vel afskiptaleysið. Ein konan sem lýsti ánægju sinni með Hreiðrið komst þannig að orði: „Ég fékk mjög góða þjónustu í Hreiðrinu, en ljósmæðurnar voru ekkert að skipta sér af okkur (sem mér fannst mjög gott).“ Þessar athugasemdir að ofan minna á mikilvægi þess að ávallt sé tekið mið af einstaklingsbundnum þörfum kvenna fyrir fræðslu og þjónustu (Hodnett, 1989, Hillan, 1992).

Almennt lýstu konurnar mjög jákvæðum viðhorfum til heimaþjónustunnar í opinni spurningu sem eru styðjandi við þær niðurstöður sem kvarðarnir þrír sýndu. Í samanburði við sjúkrahúsþjónustu þá er nokkuð tryggt að í heimaþjónustunni er um samræmda og einstaklingshæfða fræðslu að ræða þar sem henni er sinnt af einni ljósmóður hverju sinni. Þetta þýðir væntanlega meiri stöðugleika í þeim ráðleggingum sem konurnar fá sem síðan ýtir undir sjálfsöryggi foreldra við umönnun barns (McCourt, 1998). Þá hafa rannsóknir bent á fleiri kosti heimaþjónustunnar sem í ljósi athugasemda kvennanna gætu skýrt að hluta jákvæðari viðhorf kvenna í þessari rannsókn til heimaþjónustunnar í samanburði við sjúkrahúsþjónustu. Konurnar ná að hvílast betur í eigin umhverfi í samanburði við erilsamt umhverfi sængurlegudeildanna, auk þess sem þeim finnst kostur að vera í stuðningsríku umhverfi fjölskyldunnar. Þátttaka föður við umönnun barnsins verður almennt meiri og tengslamyndun fjölskyldumeðlima við barnið betri (Brown o.fl. 2002). Ennfremur hefur verið bent á að heimili fjölskyldunnar geri foreldra oft móttækilegri fyrir fræðslunni þar sem þeir hafa sjálfir fengið tækifæri til að axla ábyrgð á barninu auk þess sem fleiri meðlimir fjölskyldunnar fá tækifæri til að meðtaka fræðsluna. (Harrison, 1990, Mendler, Scallen, Kovtun, Balesky og Lewis, 1996). Þetta samræmist einmitt niðurstöðum þessarar rannsóknar þar sem þættir eins og samvera með maka/-fjölskyldu og vellíðan í eigin umhverfi réði mestu um ákvörðun kvennanna um snemmútskrift og heimaþjónustu.

Ætla má að svipaðir þættir hafi áhrif á niðurstöður í öllum kvörðunum þremur, FRÆÐSLA, ÞJÓNUSTA og ÁNÆGJA og verður því ekki fjallað sérstaklega um niðurstöður þjónustu eða ánægjukvarðanna.

Viðhorf kvenna til fyrirkomulags heimaþjónustunnar voru mjög jákvæð og þó svo að fram komi einstaklingsbundið mat á því hve margar heimsóknir konurnar þurfa þá eru þær almennt ánægðar með fjölda og tímalengd vitjana í heimaþjónustunni. Niðurstöðurnar benda til þess að áfram skuli bjóða uppá heimaþjónustu ljósmæðra í þeirri mynd sem nú er og eins og fram hefur komið hér að framan eru konur almennt mjög ánægðar með þennan valkost í þjónustu til mæðra og fjölskyldna eftir barnsfæðingu. Þar sem fjöldi vitjana til hverrar konu spannar frá 5 upp í 14 vitjanir og er að meðaltali 7,4 má álykta að sá hámarksfjöldi vitjana sem samningur við Tryggingarstofnun gerir ráð fyrir megi ekki vera minni og er greinilegt að nokkuð er um það að ljósmæður sinna konum og fjölskyldum umfram þann tíma sem þær fá greitt fyrir þ.e. með meira en 8 vitjunum.

Notagildi – framtíðar rannsóknir

Í sængurleguþjónustu getum við greinilega gert betur og er mikilvægt að nýta þá gagnrýni sem þjónustan fær m.a. í þessari rannsókn, á uppbyggilegan hátt. Skoða þarf meðal annars hvort þjónustan er nægilega einstaklingshæfð og hugsanlegt er að þörf sé á því að gera átak í því að samræma þá fræðslu og þær leiðbeiningar sem foreldrum eru veittar í þessari þjónustu. Í Hreiðrinu er mikilvægt að gæta að því að áherslur á sjálfshjálp foreldra og mikilvægi þess að skapa fjölskyldunni næði leiði ekki út í afskiptaleysi og er nauðsynlegt að haga þjónustunni þannig að foreldrum finnist að þeir hafi greiðan aðgang að starfsfólkinu þann stutta tíma sem þeir dvelja á deildinni. Niðurstöður rannsóknarinnar minna á mikilvægi þess að meta ávallt einstaklingsbundnar þarfir foreldra fyrir þjónustu og stuðning.

Í framhaldi af þessari rannsókn væri áhugavert að kanna viðhorf ljósmæðra til þeirrar þjónustu sem veitt er eftir fæðingu t.d. þeirra fræðsluþátta er þær telja mikilvæga og einnig til þeirrar starfsaðstöðu sem þeim er búin, bæði á sængurlegudeildum og einnig í heimaþjónustunni.

Abstract

The first week postpartum at home or in hospital:

Mothers perception of care

Author:

Hildur Sigurðardóttir, Assistant Professor, Midwife MS, University of Iceland

The purpose of this comparative correlational study was to evaluate mother's perceptions of postpartum care during the first week. The intention was to compare the care during a longer hospital stay with midwifery home care following early discharge from hospital. The sample represents as systematic sampling of four hundred women who delivered in the period of September to December 2002 at the University Hospital, Landspítalinn. Two hundred women were selected from each group and the response rate was 62% (n=124) in the group of longer hospital stay and 67% (n=134) in the group of home care after early discharge.

The instrument used was a questionnaire designed by the author and a part of it was translated and adapted from Elaine Carty's and Ellen Hodnett's questionnaires. The instrument included questions on demographic data, mothers perception of provided care, for example, informational support (informational scale), satisfaction of care (satisfaction scale) and their attitude towards the content of service provided (service scale). Also there were some more specified questions for each group. For comparison of demographic data t-tests and chi-squared tests were used. Factor analysis was carried out for each scale showing high internal correlation and all items loading on only one factor for each of the three scales: information, satisfaction and service. Mean scores were used, comparing perception of care between the two groups. Whereas the distribution of data was not normal the nonparametric test Mann-Whitney was used.

Looking at demographical data there was no statistical difference between the two groups with regard to age, marital status or education. However, there were significantly, more primiparas in the group of women

staying for a longer time at the hospital compared to the group of women receiving home care after early discharge ($X^2=5,7, P<0,05$). For all of the three scales mentioned, there was a significant difference of mothers' perception of care between the groups, where mothers receiving home care following early discharge had more positive perception of care than mothers staying for a longer time at the hospital ($P<0,01$).

Þakkarorð: Innilegar þakkir til allra sem að rannsókn þessari komu þar á meðal þeirra 258 kvenna er þátt tóku í rannsókninni, samstarfsaðila svo sem eftirtalinna 4 árs nemenda í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands vorið 2003: Birnu Málfríðar Guðmundsdóttur, Sonju Guðbjargar Guðjónsdóttur, Unnar Óskar Björnsdóttur, Oddnýjar Evu Böðvarsdóttur og Rögnu Lilju Garðarsdóttur. Alfons Ramel fær bestu þakkið fyrir góða leiðbeiningu og aðstoð við tölfraðilega úrvinnslu gagna.

Heimildir

- Ball, J., (1994). *Reactions to motherhood: The role of postpartum care*. Cambridge University Press.
- Birna Málfríður Guðmundsdóttir, Sonja Guðbjörg Guðjónsdóttir og Unnur Ósk Björnsdóttir, (2003). *Viðhorf kvenna til heimabjónustu ljósmæðra*, óbirt lokaverkefni, ábyrgðaraðili: Hildur Sigurðardóttir, lektor, hjúkrunarfræðideild, Háskóli Íslands.
- Britton, JR., Britton HL. og Gronwaldt V. (1999). Early perinatal hospital discharge and parenting during infancy. [Journal Article] *Pediatrics*. 104(5 Pt 1):1070-6
- Brown, S.G. og Johnson, B.T. (1998). Enchanting early discharge with home follow-up: A pilot project. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 27 (1), 33-38.
- Carty, E.M. og Bradley, C.F. (1990), A

- randomized controlled evaluation of early postpartum hospital discharge, *Birth*, 17 (4), 199-204.
- Díana Jónsdóttir og Sara Björk Hauksdóttir, (2003). *Sjálfsöryggi við brjóstagjöf*: Ljós-móðurþjónusta, óbirt lokaverkefni í hjúkrunarfræði, ábyrgðaraðili: Hildur Sigurðardóttir, lektor, hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.
- Fraser, D.M (1999). Women's perceptions of midwifery care: A longitudinal study to shape curriculum development. *Birth* 26 (2). 99-107.
- Gagnon, A.J., Edgar, L., Kramer, M.S., Papa-georgiou, A., Waghorn, K. Og Klein, M. (1997). A randomized trial of a program of early postpartum discharge with nurse visitation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176 (1), 205-211.
- Harrison, L.L., (1990). Patient education in early postpartum discharge programs. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 15 (1), 39.
- Mendler, V.M., Scallen, D.J., Kovtun, L.A., Balesky, J. og Lewis, C. (1996). The conception, birth and infancy of an early discharge program. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 21 (5), 241-246.
- Hodnett, E. (1998). Support from caregivers during childbirth, *Cochrane Database of Reviews*, Issue 2, Oxford, Update Software.
- Lugina, H.I., Johannesson, E., Lindmark, G., og Christensson, K., (2002). Tanzanian midwives' view on becoming a good resource and support person for postpartum women. *Midwifery*, 17 (4), 267-278.
- Mc Court, C., Page, L., Hewison, J. og og Vail, A., (1998). Evaluation of one-to one midwifery: Women's response to care. *Birth* 25 (2), 73-80.
- Margrét I. Hallgrímsson, (2002). *Útgefið gæðaskjal: Verklagsregla VKV-08213-003*. (Ritstj.) Björk Tryggvadóttir, Gróa Margrét Jónsdóttir, Halla Brund Birgisdóttir og Rósa Bragadóttir.
- Padkolinski, J., (1998). í Clement S. og Page, L., *Psychological Perspectives on Pregnancy & Childbirth* bls. 205-226.
- Porteus, R., Kaufman, K., og Rush, J., (2000). The effect of individual professional

- support on duration of breastfeeding. A randomized trial, *J. Hum. Lact.*, 16(4).
- Oddný Eva Böðvarsdóttir og Ragna Lilja Garðarsdóttir, *Viðhorf til þjónustu á sængurlegudeild*, óbirt lokaverkefni í hjúkrunarfræði, ábyrgðaraðili: Hildur Sigurðardóttir, lektor, hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.
- Quinn, A.O., Koepsall, D. & og Halker, S., (1997). Breast-feeding incidence after early discharge and factors influencing breast-feeding cessation. *Journal of Obstetrics, Gynecological and Neonatal Nursing*, 26, 289-294.
- Renfrew, M.J., (1993). Postnatal support for breast-feeding mothers. In *Pregnancy and Childbirth Module* (Enkin MW, Keinge M.J.N.C., Renfrew, M.J. & Neilson J.P. ritstj.) *Cochrane Database of Systemic reviews*, reviews n 04173, 14. Apríl Cochrane Updates on Disc, Update Software, Oxford.
- Samningur Tryggingarstofnunar Ríkisins og Ljósmæðrafélags Íslands, (2002) Reykjavík.
- Sóley Kristinsdóttir, (1996). Heimabjónusta ljósmæðra. *Ljósmæðrablaðið*, 74, (1-2). Bls. 13-15.
- Svedulf, C., Bergbom, I., Berthold, H. og Hodlund, (1998). A comparison of the incidence of breast-feeding two and four months after delivery in mothers discharged within 72 hours and after 72 hours postpartum. *Midwifery*, 14, 37-47.
- Tarkka, M-T., og Paunonen, M. (1996). Social support provided by nurses to recent mother on a maternity ward. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (6), 1202-1206.
- Valdés, V., Pugin, E., Schooley, J., Catalán, S., og Aravena, R., (2000). Clinical support can make the difference in exclusive breast-feeding success among working women. *Journal of Tropical Pediatrics*, 46, 149-154.
- Wessley, S., (1998). Commentary: Reducing Distress after Normal Childbirth, *Birth* 25(4) 220-221.
- Winterburn, S., og Fraser, R., (2000). Does the duration of postnatal stay influence breast-feeding rates at one month in women giving birth for the first time? A randomized control trial. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1152-1157.

Heilbrigðisstofnun Suðurlands Selfossi

 **NOVARTIS**



Pegar andlát ber að höndum

Önnumst alla þætti útfararinnar.

Við Útfararstofu kirkjugarðanna starfa nú 14 manns með áratuga reynslu við útfararþjónustu. Stærsta útfararþjónusta landsins með þjónustu allan sólarhringinn.

ÚTFARARSTOFA KIRKJUGARÐANNA EHF.

Vesturhlíð 2
Fossvogi
Sími 551 1266
www.utfor.is

Prestur
Kistulagning
Kirkja
Legstaður
Kistur og krossar
Sálmaskrá
Val á tónlistaólki
Kistuskreytingar
Dánarvottorð
Erifdrykkja

Blóðsykursmælingar á nýburum og áhrif þeirra á brjóstagjöf

Undanfarin misseri hafa af og til birst í blaðinu verkefni sem unnin hafa verið af ljósmóðurnemum. Að þessu sinni er um að ræða verkefni sem unnið er af annars árs ljósmóðurnema og byggir það á dagbók úr klínisku námi á sængurkvennadeild. Verkefnið fjallar um blóðsykursmælingar hjá nýburum. Þetta verkefni sýnir okkur hvernig fagstéttir líta í sumum tilvikum misjafnlega á þau klínisku viðfangsefni sem snerta verðandi foreldra og nýbura. Mismunandi hugmyndafræði sem lögð er til grundvallar í starfi og skilningur okkar fagfólksins á því hvað er eðlilegt og hvað er áhætta er ekki endilega byggð á gagnreyndri þekkingu. Samspil þekkingar, reynslu og innsæis er það sem einkennir góða fagmanneskju en góð fagmennska byggir jafnframt á gagnkvæmri virðingu þeirra stétta sem hafa það sameiginlega markmið að stuðla að heilbrigði og vellíðan foreldra og nýbura

Helga Gottfredsdóttir, lektor í ljósmóðurfræði.



Jónína S. Jónasdóttir,
ljósmóðurnemi

Inngangur

Ég var í verknámi á Sængurkvennagangi í 4 vikur s.l. sumar. Næstum því á hverri vakt voru þar einhverjar blóðsykursmælingar gerðar á nýburum. Það var miðað við ákveðin blóðsykursgildi og ef að þau voru metin of lág þá fengu börnin þurrmjólkurábót í því augnamiði að hækka blóðsykursstyrkinn. Ég spurði mig stundum, var þetta nauðsynlegt vegna heilsu barnsins eða vorum við að gera skaða. Enginn efast lengur um gildi fullrar brjóstamjólkurgjafar fyrir barnið og í náminu okkar var lögð rík áhersla á að koma í veg fyrir truflun í upphafi því að rannsóknir hafa sýnt að velgengni í upphafi hefur áhrif á lengd brjóstagjafar. Ég vildi ræða þetta við

barnalækni sem var með nýburaskoðun á Sængurkvennagangi en eitthvað kom ég illa frá mér því sem ég ætlaði að segja, því hann sagði „það er greinilegt að þér er sama þó börnin skaðist vegna sykurskorts og eigi við námsörðugleika að stríða seinna meir. Veistu ekki að heilinn þarf sykur til þess að geta starfað“? Nú er mér alls ekki sama um hvernig börnunum reiðir af en var ekki nægilega vel að mér til að rökstyðja hvorki eitt né neitt og svara honum. Ég ákvað því að lesa mér til um blóðsykursmælingar og hypoglykémíu nýbura.

Fyrst mun ég segja frá nokkrum dæmum þar sem nýburar fengu þurrmjólkurgjöf eftir að hafa mælst með of lágan blóðsykur stuttu eftir fæðingu. Síðan kemur fræðilegur kafli þar sem fjallað verður um aðlögun nýburans að blóðsykursstjórnun, við hvaða gildi á að miða, klínísk einkenni og áhrif hypoglykémíu á taugabroska, áhættuhópa, skimanir og áhrif þeirra á brjóstagjöf og

hlutverk ljósmóður í fyrirbyggingu hypoglykémíu.

Klínísk dæmi

Dæmi 1.

Fyrst er að nefna valkeisarabörnin sem voru mæld $\frac{1}{2}$ -1 klst. eftir fæðingu og ef að þau mældust 2,2 mmol/l eða lægri þá átti að hafa samband við barnalækni. Yfirleitt var fyrirskipt að gefa ábót strax. Þegar börnin höfðu fengið ábótargjöf voru þau oft ekki viljug að fara á brjóst móður sinnar þegar hún kom niður á deildina.

Dæmi 2.

20 ára frumbyrja frá Grænhöfðaeypum fæddi eðlilega stúlkubarn eftir 39 vikna meðgöngu. Konan hafði verið hraust á meðgöngu. Faðirinn var einnig frá Grænhöfðaeypum. Fæðingarþyngd stúlunnar reyndist 2.400 g og þegar hún kom niður á deildina af fæðingargangi fylgdu þær upplýsingar með að stúlkan hafi verið lág í blóðsykri einni klst. eftir fæðingu þrátt fyrir að hafa verið á brjósti góða stund áður og þá fékk hún 30 ml af þurrmjólk. Eftir 30 mín. var blóðsykurinn komin í 3,2 mmol/l. Hún átti að vera á blóðsykursmælingum fyrir gjöf næstu klukkustundir. Blóðsykur hjá stúlkunni var mældur vegna þess að hún taldist léttburi. Móðirin var mjög smávaxin kona og ég hugsaði með mér: hver ætli sé meðalþyngd barna á Grænhöfðaeypum?

Dæmi 3.

Drengur konu sem hafði greinst með meðgöngusykursýki en henni hafði tekist vel að stjórna blóðsykri sínum með matarræði. Drengurinn var 4 kg og samsvaraði sér vel. Hann var á blóðsykursmælingum fyrir gjafir eins og alltaf þegar um sykursýki móður er að ræða og fyrst 1 klst. eftir fæðingu. Fyrirmælin voru þau að mæla blóðsykur fyrir gjafir

og ef barnið mældist 2,8 mmol/l eða lægri þá að gefa allt að 40ml af þurrmjólk og ef það mældist 2,2 mmol/l eða lægri þá að láta lækni vita. Allan daginn mældist drengurinn 2,6-2,8 mmol/l og fékk þurrmjólkurábót á ca. 4ra tíma fresti. Hann sýndi mjög lítinn áhuga á að sjúga brjóst móður sinnar henni til mikilla vonbrigða. Um nóttina mældist hann hins vegar 3-3,2 mmol/l og fékk enga ábót en tók áfram illa brjóst.

Dæmi 4.

Kona og barn komu úr Hreiðri á Sængurkvennagang eftir einn sólarhring vegna þess að barnið var lítið farið að taka brjóst. Ljósmodirinn sem fylgdi þeim niður sagðist ekki hafa þorað öðru en að taka sykurmælingu þar sem sólarhringur var liðinn og barnið ekki farið á brjóst. Mældist sykurinn 2,8 mmol/l og þess vegna gaf hún barninu 40 ml þurrmjólkurábót. Þetta barn var fullburða og engir sjúkdómar hjá móður.

Fleiri dæmi gæti ég nefnt en læt þessi duga. Í sumum tilfellum virtist ábóttagjöf fyrst eftir fæðingu ekki trufla á neinn hátt en börnin voru samt sem áður búin að fá annað en brjóstamjók. Ég sá að það skipti miklu máli hvernig var staðið að málum þegar börnin vildu ekki taka brjóst, þ.e. hversu mikilvægt það var þá að móðirin fengi örvun með því að mjólka sig. Einnig að hella ekki ábótinni upp í barnið heldur gefa hana með hjálparbrjósti og ef að það gekk ekki þá með fingurgjöf. Aðferðir við ábótargjöf eru efni í heilt verkefni en ég ætla í þessu verkefni að einskorða mig við hypoglykemi hjá nýburum og skimun á ástandinu.

Aðlögun nýburans að blóðsykursstjórnun eftir fæðingu

Í móðurkviði er föstrið algjörlega háð móðurinni hvað varðar kolvetnaefnaskipti. Það fær stöðugt til sín sykur með blóðstreymi frá móður. Við fæðingu er snögglega klippt á þetta stöðuga streymi og barnið sem fær aðeins næringu öðru hvoru verður að viðhalda jafnvægi á blóðsykri sínum. Það er talið að fyrst eftir fæðingu sé barnið á nokkurs konar aðlögunarskeiði (Cowett og Loughead, 2002; Cowett og Farrag 2004; Haninger og Farley, 2001). Við fæðingu er barnið með blóðsykursstyrk móðurinnar og er gildi hans háð þáttum eins og hvenær borðaði móðirin síðast, var hún með i.v. vökva í fæðingu og þá hvaða tegund og hversu langan tíma tók

fæðingin (Cowett og Farrag, 2004).

Rannsóknir hafa sýnt að blóðsykur nýbura lækkar eftir fæðinguna og nær lágmarki á milli 1-2 klst. aldurs en hækkar á 3ju klst. eftir fæðingu. T.d. sýndu Srinivasan og fleiri með rannsókn sinni að greinileg hækkun á blóðsykri varð á 3ju klst. eftir fæðingu þrátt fyrir að börnin sem öll voru fullburða (meðgöngulengd 37-42 vikur og fæðingarþyngd 2.500-4000g) í þessari rannsókn fengu ekki næringu fyrr en eftir 3 klst. (Srinivasan o.fl. 1986).

Vanalega er lágur blóðsykur eftir fæðingu ekki sjúkdómsástand heldur staðfesting á því að nýburinn getur aðlagast lífi utan líkama móður þar sem hann fékk stöðugt til sín sykur í gegnum fylgi. Með öðrum orðum þá hefur heilbrigður nýburi góða hæfileika til þess að ná upp eðlilegum blóðsykri og aðlagast nýju lífi hvað varðar efnaskipti jafnvel þó

að geta talað um hypoglykemi hjá nýbura er umdeilt og hefur valdið nýbura-læknum vandræðum í mörg ár. Ekki er til nein alþjóðaskilgreining á hypoglykemi nýbura og ágreiningur er um hver sé „öruggur“ styrkur blóðsykurs hjá fullburða heilbrigðum nýbura. Koh og fleiri (1988) gerðu rannsókn þar sem kannað var hvernig 200 barnalæknar skilgreindu hypoglykemi og einnig skoðuðu þeir skilgreiningar í barnalæknisfræðibókum. Niðurstaðan var sú að mikið ósamræmi var á viðmiðum blóðsykursgilda hvað varðaði hypoglykemi eða frá 1.0-4.0 mmol/l. Það kom einnig fram í niðurstöðunum að heilbrigðisstarfsfólk innan sama sjúkrahúss var ekki með sömu skilgreiningar og viðmiðanir (Cowett og Farrag, 2004). Tafla 1 sýnir nokkrar skilgreiningar á hypoglykemi byggðar á rannsóknum höfunda.

Tafla 1.

Höfundur	Aldur nýbura	Hypoglykemia
Srinivasan og fél. 1986	0-3 klst	<1.9 mmol/L
	3-24 klst	<2.2 mmol/L
	>24 klst	<2.5 mmol/L
Heck og fél. 1987	0-24 klst	<1.7 mmol/L
	24-48 klst	<2.2 mmol/L
Tanzer og fél. 1997	0-24 klst	<1.7 mmol/L
	24-48 klst	<2.2 mmol/L
Cornblath og Schwartz. 1991	0-6 klst	<1.4 mmol/L
	6-24klst	<1.7 mmol/L
	> 24 klst	<2.2 mmol/L
(Haninger og Farley, 2001)		

hann fasti með því að kalla til og brjóta niður glycogen forða í lifur og nýrum (glycogenolysis), með glúkósuframleiðslu í lifur úr öðrum efnum eins og glycerol, laktati, pyruvate og glykogenic amino sýrurforverum (gluconeogenesis) og framleiðslu á öðrum orkuefnum fyrir heilann eins og ketonum úr fitusýrum. Ennfremur þar sem kolvetnaneysla nýbura úr mjólk er lítil á fyrstu dögnum (uppfyllir aðeins 20-50% af glúkósupörf) er nýburinn háður glukoneogenesis og upptöku úr fituvef á fyrstu dögnum eftir fæðingu til að uppfylla orkuþörf og viðhalda jafnvægi á blóðsykri.(WHO, 1997; Hawdon o.fl. 1992).

Við hvaða blóðsykursgildi á að miða?

Við hvaða blóðsykursgildi á að miða til

Þrjár nýlegar rannsóknir á blóðsykursgildum hjá heilbrigðum fullburða börnum eingöngu á brjósti eru merkilega samhljóða þrátt fyrir mismunandi þýði (Bretland, Danmörk og Indland) og mismunandi aðferðir við mat. Indverska rannsóknin tók til 220 heilbrigðra fullburða barna eingöngu á brjósti. Metinn var blóðsykur við 3, 6, 24 og 72 klst aldur. 14% barnanna sýndu blóðsykursgildi minna en 2.6 mmol/l. Blóðsykursgildi voru frá 1.3-8,3 mmol/l. Svipaður styrkur mældist á hverjum tíma. Rannsakað var hvort fæðingarmáti, frumbyrja versus fjölbyrja og tímalengd á milli gjafa hefði áhrif á blóðsykur en svo reyndist ekki vera. Höfundar töldu að það þyrfti ekki að setja nein viðmið fyrir hypoglykemi hjá fullburða eðlilegum ein-

kennalausum nýbura sem væri á brjósti (Diwakar og Sasidhar, 2002). Í bresku rannsókninni voru rannsökuð blóðsykursgildi 156 heilbrigðra fullbura. Í hópnum voru bæði brjóst- og pelabörn. Metinn var blóðsykur í heilblóði, glukogenic forverar og ketonar á 1.-6. degi eftir fæðingu. 12% barnanna mældust lægri en 2,6 mmol/l á degi 1-3. Blóðsykur var á bilinu 1.5-6.2 mmol/l. Lægstur var hann á fyrsta degi og mesti mismunur var á öðrum degi. Brjóstagið reyndist auka á ketonmyndun. Þessi rannsókn gefur til kynna að blóðsykur nýbura ætti að meta með tilliti til aðgengis að öðrum orkugjöfum (Hawdon og fl. 1992). Danska rannsóknin tók til 223 fullburða barna sem voru eingöngu á brjósti. Metin var blóðsykur þeirra í heilblóði 1-96 klst gömlum. 14% barnanna mældust með blóðsykur lægri en 2.6 mmol/l. Blóðsykursstyrkur var á bilinu 1.4-5.3 mmol/l og lægst gildi á fyrsta degi. Í þessari rannsókn var athugað hvort tengsl væru á milli blóðsykursstyrks og kyns, fæðingarmáta, deyfingu í fæðingu, reykinga móður, meðgöngutíma, naflastrengs pH og Apgar stiga. Þessir þættir reyndust ekki hafa tölfræðileg áhrif á blóðsykur nýbura (Hoseth o.fl. 2000).

Einkenni hypoglykémieu og áhrif á taugabroska.

Eitt af því sem gerir skilgreiningu á hypoglykémieu erfiða er að einkenni sjúkdómsástandsins eru óljós og geta fylgt öðrum nýburasjúkdómum. Tafla 2 sýnir lista yfir einkenni sem hafa sést í hypoglykémieu. Þessi einkenni geta komið í ljós við mismunandi blóðsykursgildi í mismunandi börnum og geta stundum ekki verið til staðar í alvarlegri hypoglykémieu. Því þarf að sýna aðgát og skima áhættuhópa þó þeir sýni ekki merki um hypoglykémieu (Cowett og Loughhead, 2002; Marcus, 2001).

Tafla 2.

Óeðlilegur grátur
Öndunarerfiðleikar
Krampar
Blámi
Hypothermia
Hypotonia
Skjálfti
Slappleiki
Hröð öndun
Upphafin moroviðbrögð
(Cowett og Loughhead, 2002).

Það getur verið að hluti af nýburum séu einkennalausir þrátt fyrir lágt gildi blóðsykurs vegna þess að þeir hafa aðgang að öðrum orkugjöfum eins og lactate í sambland við birgðir glykogens í heila. Þetta gæti verið tilfellið með börn sykursjúkra mæðra sem eru með hátt insúlínmagn í blóði vegna hyperglykémieu móður. Lactate er framleitt í fituvef fyrir tilstilli insúlíns. Það er mikið af lactati í fituvef nýbura sem gæti verið brennsluefni heila í hypoglykémieu. Einnig geta astrocytar geymt glykogen og nært taugavef beint með glukosu. Hjá vaxtarskertum börnum og fyrirburum gæti skortur á einkennum verið vegna minnkunar á efnaskiptahraða á svipaðan hátt og fósttrið og nýburinn geta minnkað súrefnisþörf í súrefnisskorti (Marcus, 2001).

Það er ekki aðeins óeining um skilgreiningu á hypoglykémieu, einkennum þessa fyrirbæris eða merkingu þess þegar ástandið er einkennalaust heldur einnig um áhrif á taugafræðilegan þroska. Flestar rannsóknir hafa ekki metið framboð annarra orkuefna nýburans sem geta komið í staðinn fyrir lágan blóðsykur. Ef önnur orkuefni eru til staðar geta þau haft verjandi áhrif á líffæri, sérstaklega heilann (Cowett og Farrag, 2004).

WHO hefur gefið út þá ályktun að hypoglykémia með einkennum sé tengd áhrifum á taugabroska en veik tenging sé við heimildir (WHO, 1997).

Lukas og fleiri (1988) gerðu rannsókn á 661 barni við 18 mánaða aldur með tilliti til þroska. Athugaður var bæði hreyfi- og andlegur þroski og tengt við blóðsykursmælingar þeirra eftir fæðingu sem var á bilinu 0.5-4.0 mmol/l. Tekið var tillit til áhrifaþátta eins og kyns, meðgöngulengdar, fæðingabyngdar og félagslegra þátta. Tveir þriðju af börnunum höfðu blóðsykursstyrk lægri en 2.6 mmol/l um einhvern tíma á tímabilinu 3ja-30 daga gömul. Þeir fundu út að blóðsykur lægri en 2.6 mmol/l hafði áhrif á þroskan. Ef hypoglykémian (minna en 2.6 mmol/l) var í 5 eða fleiri daga jókst áhættan á þroskaskerðingu verulega óháð alvarleika hypoglykémíunnar. Rannsakendur töldu að alvarlegt form hypoglykémieu þyldist betur í stuttan tíma en milt form í langan tíma (Cowett og Farrag, 2004).

Hypoglykémia í stuttan tíma er yfirleitt talin skaðlaus og er m.a. framkölluð við athugun á vaxtarhormónum. Það er mögulegt en ekki sannað að tímabil með hypoglykémieu hjá börnum

sem hafa takmarkað magn af orkuforða geti valdið skaða á miðtaugakerfi. Ein einstök mæling hjá nýbura gefur ekki upplýsingar um tímalengd hypoglykémieu vegna þess að fyrst eftir fæðingu er blóðsykursstyrkur meira rokkandi en seinna í lífinu. Þó svo að það séu ekki til neinar ákveðnar heimildir um heila-skaða tengt lágu blóðsykursstyrk þá eru til heimildir um að sennilega sé það ekki ákjósanlegt fyrir þroska heilans sérstaklega fyrir börn sem eru í áhættu (Marcus, 2001).

Koh og fleiri (1988) fundu út í sinni rannsókn að breyting varð á heilariti þegar blóðsykur fór niður fyrir 2.6 mmol/l. Þessi áhrif gengu til baka þegar blóðsykur var leiðréttur. Þessi rannsókn tók aðeins til 17 barna og af þeim voru aðeins 5 nýburar. Aðrar rannsóknir hafa ekki getað sýnt fram á samskonar áhrif hypoglykémieu. Þetta þarfnast því nánari rannsókna í framtíðinni.

Árið 1995 var alþjóðleg ráðstefna í Japan (40th Annual Meeting of the Japan Society for Premature and Newborn Medicine) þar sem rætt var um þá þekkingu sem hafði áunnist s.l. 30 ár um hypoglykémieu nýbura. Þátttakendur ráðstefnunnar ályktuðu í lok ráðstefnunnar að ekki væri til ein skilgreining á hypoglykémieu nýbura. Dr. Kiyoko Yamaguchi skýrði frá því að 11% af hypoglykemískum nýburum sem höfðu verið verið rannsakaðir á hans vinnustað (Maternal & Perinatal Center Tokyo Women's Medical College, Tokyo Japan) hefðu orðið fyrir áhrifum hvað varðar taugabroska. Þessir nýburar voru með mjög lága fæðingarþyngd (VLBW) vaxtarskerðingu, súrefnisskort í fæðingu og áttu mæður með háþrýsting. Þegar þessum börnum var fylgt eftir sýndi meðalþroskastig þeirra við 1,5 og 2,5 ára aldur og greindarvísitala við 4ra og 6 ára aldur engan tölfræðilegan mun við samanburðarhóp (Haninger og Farley, 2001).

Áhættuhópar

Tafla 3.

Vaxtarskert börn (IUGR)
Fyrirburar
Súrefnisskortur í fæðingu
Sepsis
Ofkæling
Meðfæddir hjartagallar eða sjúkdómar
Efnaskiptasjúkdómar
Discordant tvíburi

Tafla 4.

Börn sykursjúkra mæðra
Rh sjúkdómar
Beckwith-Wiedemann heilkenni
Nesidioblastosis
Islet cell adenomas
Adenomatosis
Adrenal skortur

Cornblath og Schwartz (1991) hafa sett fram kenningar um orsakir hypoglykémieu. Allar greiningarnar lýsa tveimur meginorsakabáttum fyrir hypoglycémíu: (1) ástand tengt minnkaðri glúkósumyndun í lifur (Tafla 3) og (2) ástand tengt of mikilli insúlínmyndun (Tafla 4). Ástand í fyrri flokknum sem er algengara, er vegna minnkaðra birgða (glykogen, laktat, glycerol og amínó sýrur), breytt næmi við tauga- og hormónaboðum, vanþroski eða breytt enzymerferli. Ástand sem tilheyrir seinni flokknum tekur m.a. til barna sykursjúkra mæðra (sérstaklega þau sem eru stór miðað við meðgöngulengd) og þeirra sem eru með ofvirkni í bris eyjunum eins og í Beckwith-Wiedemann heilkenni eða nesidioblastosis (Cowett og Loughhead, 2002).

3.5. Skimanir á blóðsykri og áhrif á brjóstgjafar.

Það á ekki að líta á tímabundna hypoglykémíu hjá heilbrigðum nýbura strax eftir fæðingu sem sjúklegt ástand þar sem það leiðréttist af sjálfu sér. Af þessari ástæðu hefur the Committee of Fetus and Newborn of the American Academy of Pediatrics (AAP) og The World Health Organization (WHO) birt þá yfirlýsingu að það sé óviðeigandi, ónauðsynlegt og mögulega skaðlegt að skima heilbrigðan fullburða nýbura. Þessi samtök hafa mælt með að það eigi eingöngu að skima nýbura sem eru í áhættuhóp hvað varðar hypoglykémíu og þau börn sem eru með einkenni. Keisarafæðing var ekki tekin með sem áhættuþáttur. Rannsóknir hafa sýnt að skimanir fyrir hypoglykémíu og meðferð á heilbrigðum fullburða börnum er ekki byggð á gagnreyndum heimildum. Þrátt fyrir þessar tillögur er verið að mæla blóðsykur hjá börnum sem ekki þurfa þess með og eru í lágmarki í blóðsykri af eðlilegum ástæðum fyrst eftir fæðingu. Afleiðingarnar eru nánara blóðsykursreftirlit og aðgerðir sem yfirleitt leiða til þurrmjólkurgjafar sem getur haft skaðleg áhrif á upphaf

brjóstamjólkurmyndunar og brjóstgjafar. Þessar ónauðsynlegu aðgerðir valda hugsanlegum skaða á árangursríku upphafi á tengslamyndun móður og barns, minnkuðu sjálfsöryggi móður og trú á að hún geti nært barn sitt eingöngu á brjósti (WHO, 1997; Haninger og Farley, 2001).

Flestar verklagsreglur um hypoglykémíu nýbura eru byggðar á rannsóknunum sem voru gerðar á veikum fyrirburum eða fastandi nýburum fyrir 30 árum eða meira (Aynsley-Green og Hawdon, 1997). Einnig virðist skimun á blóðsykri á einkennalausum börnum réttlætt vegna hugmynda um tengsl á milli nýburahypoglykémíu og neikvæðra áhrifa á taugabroska. Samt sem áður eru engar heimildir sem tengja einkennalaus hypoglykémíu við óeðlilegan taugabroska (WHO, 1997; Haninger og Farley, 2001).

Fylgjast þarf með klínískum einkennum um hypoglykémíu. Það þarf að taka nákvæma sögu og gera áhættumat til að komast að því hvort nýburi er í áhættuhóp fyrir hypoglykémíu. Einnig þurfa að fara fram samræður og útskýringar til foreldra barnsins (Haninger og Farley, 2001). Það á að mæla blóðsykur hjá börnum sem eru í áhættu og einkennalaus 4-6 klst eftir fæðingu (WHO, 1997). Nýburar eru í dag á mörgum stöðum skimaðir 1-2 klst. gamlir sem þjónar þá þeim tilgangi að finna eðlilegt lífeðlisfræðilegt lágmark þeirra í blóðsykri sem lagast af sjálfu sér og þarfnast engrar meðferðar. Þessi snemmskimun hefur í för með sér mörg falsk jákvæð svör og ofgreiningu á sjúklegri nýbura hypoglykémíu (WHO, 1997; Haninger og Farley, 2001).

Settar voru einfaldar verklagsreglur um skimun á hypoglykémíu á Royal Prince Alfred Hospital 1998 en þær eru á vefsíðu Department of Neonatal Medicine Protocol Book, Royal Prince Alfred Hospital og eru þær svohljóðandi:

Eftirfarandi hópar nýbura eru í áhættu fyrir hypoglykémíu og þarf sérstaklega að huga að þau fari snemma á brjóst. Það er nauðsynlegt að öll börn í áhættu fái sína fyrstu brjóstgjöf á fæðingardeildinni eins fljótt og mögulegt er eftir fæðingu. Þau eiga að fá næstu gjöf innan 6 klst. frá fæðingu og fyrsta blóðsykursmælingin ætti að vera 30 mínútum eftir þessa gjöf.

1. Nýburar í áhættu.

a. Börn allra sykursjúkra kvenna:

Öll börn mæðra með meðgöngu-

sykursýki og insúlínóháða sykursýki geta fylgt móður sinni á venjulega sængurkvennadeild ef að þau eru frísk nema að móðir hafi þurft háa skammta af insúlíni á meðgöngu eða gengið illa að stjórna blóðsykri móður á á meðgöngu (þau börn fara á vökudeild og blóðsykur er mældur hjá þeim þegar þau eru 1 klst. gömul).

b. Börn sem eru lítil miðað við meðgöngulengd

37 vikur	<2220g
38 vikur	<2420g
39vikur	<2600g
40+vikur	<2790g

c. „Tærða“ barnið („Wasted“ baby)

er barn með eðlilega fæðingarpýngd en er létt miðað við lengd. Við skoðun sést að þessi börn hafa vanalega lausa húðfellingu á efri handleggjum, mjöðmum og kvið. Naflastrengur er grannur og getur vantað Wharton's Jelly.

d. Fyrirburar (<37vikur).

e. „Macrosomic baby“, ef að það lítur út eins og barn sykursjúkrar móður og engar upplýsingar liggja fyrir um það. Þessi börn hafa mikla fitu undir húð og hafa lítið höfuð miðað við líkamsstærð. Þessi börn þarfnast læknaþrengis fljótt og mæla þarf blóðsykur hjá þeim innan við 2 klst. frá fæðingu.

2. Börn sem sýna einkenni sem geta verið vegna hypoglykémíu. Skima með bóðsykursmæli og ef blóðsykur < en 2mmol/L þá fá staðfestingu með mælingu frá rannsóknstofu. Gefa strax glúkósu í æð (Evans, 1998).

Hvenær á að taka blóðsykur hjá nýburum í áhættuhóp?

Athugið að það er eðlilegt fall í blóðsykri eftir fæðingu í 2-3 klst. Ekki á að mæla blóðsykur á þessum tíma nema einungis ef að barnið er talið vera í mjög mikilli áhættu fyrir hypoglykémíu (barn móður sem er með sykursýki tegund 1, er macrosomic eða hefur einkenni um hypoglykémíu).

Hlutverk ljósmóður í að fyrirbyggja hypoglykémíu

Auk þess að meta rétt og greina hypoglykémíu hjá nýbura er ljósmóðirin í lykilaðstöðu til að fyrirbyggja og minnka líkur á hypoglykémíu hjá heilbrigðum nýbura. Einfaldar en afar mikilvægar verklagsreglur ættu ljósmæður alltaf að hafa í huga m.t.t. hypoglykémíu:

1. Að barnið fari fljótt á brjóst eftir

fæðingu og fá eingöngu brjóstamjólk mætir örugglega næringarþörfum heilbrigðs, fullburða nýbura.

2. Heilbrigður, fullburða nýburi sem fer á brjóst snemma og þegar hann vill þarfnast ekki blóðsykursmælingar og þarf ekki ábótajafir.
3. Gæta að því að nýburi tapi sem minnstum hita: Þurrka nýbura vel og setja strax við húð móður (WHO, 1997; Haninger og Farley, 2001).
4. Hefja brjóstagjöf strax og nýburinn er tilbúinn: Setjið barnið á brjóst ef mögulegt innan 30-60 mínútna frá fæðingu. Rannsóknir hafa sýnt að um það bil 20 mínútum eftir fæðingu byrjar nýburinn að sýna að hann vilji fara á brjóst („stage of readiness“). Forðist eins og mögulegt er aðskilnað móður og barns þar til fyrstu vel heppnuðu brjóstagjöfinni er lokið.
5. Hvetjið til tíðra gjafa án ábótar.
6. Leggja á brjóst við fyrstu merki um hungur: Grátur er seint merki um hungur.
7. Hvetjið til að halda mikið á barninu: Það að halda á barni minnkar grát hjá þeim og svitamyndun; það varðveitir orkubirgðir nýburans í formi glúkósu og fitu.
8. Það að taka nákvæma sögu, gera áhættumat, klínískar athuganir og líkamsskoðun er mikilvægara en blóðsykursmæling ein og sér þegar lagður er grunnur að viðeigandi meðferð fyrir barnið (Haninger og Farley, 2001).
9. Heilbrigður fullburða nýburi á brjósti þróar ekki með sér einkenni um hypoglykémíu vegna ónæggra fæðugjafa. Það barn þarf að meta með tilliti til undirliggjandi sjúkdóma; barn sem drekkur ekki eða er slápt gæti verið veikt.
10. Athuga þarf með áreiðanleika og næmni mælisins sem notaður er. Mælir sem er með lélega næmni og sértækni á ekki að nota til að greina hypoglykémíu.
11. Ef að þarf að skima barn fyrir hypoglykémíu ætti ekki að gera það fyrr en 4-6 klst. eftir fæðingu (sjá þó lið 12). Nútíma ráðleggingar eru að viðhalda bóðsykursgildum nýbura yfir 2.2-2.5 mmol/l; gildi þar fyrir neðan þarfnast vandlegar athugunar á ástandi barnsins því það gæti endurspeglað undirliggjandi sjúkdóm frekar en of litla næringu.
12. Tafarlaust á að mæla blóðsykurs-

gildi hjá börnum sem eru með einkenni og eru fyrirburar, vaxtarskert börn, börn sykursjúkra mæðra eða eru veik og þá gilda ekki ofanefnd atriði (WHO, 1997; Haninger og Farley, 2001).

Klínísku dæmin mín í ljósi fræðilega kaflans

Eftir að hafa farið í gegnum fræðilegt efni tengt hypoglykémíu tel ég að börnin í dæmunum hér á undan hafi öll verið meðhöndluð rangt. Blóðsykur var mældur of snemma hjá þeim öllum sem þjónar aðeins þeim tilgangi að finna styrk blóðsykurs þegar hann er í eðlilegu lágmarki. Rannsóknir hafa sýnt að blóðsykur er í lágmarki á milli 1-2 klst. aldurs en hækkar á 3ju klst. þrátt fyrir föstu. Enn frekar er í heimildum hugmynd um að aðlögun nýbura að jafnvægi á blóðsykri sé breytileg eftir forða þeirra á öðrum orkuefnum eins og ketonum fyrir efnaskipti í heila. Börn á brjósti hafa hærri gildi ketóna.

Fæðingarmáti er ekki talin áhættuþáttur. Keisarabörn þarf því ekki að skima fyrir blóðsykri ef að þau eru heilbrigð, fullburða og ekki í áhættu fyrir hypoglykémíu.

Barnið sem átti foreldra frá Grænhöfðaejyum var greint vaxtarskert og var þá miðað við okkar staðal en móðirin var áberandi lágvaxin miðað við okkur. Á haustráðstefnu Miðstöðvar mæðraverndar 1. október s.l. flutti Dr. Jason Gardosi erindi um vaxtarseinkun fósturs en hann hefur m.a. gert tölvuforrit varðandi áætlaðan fósturvöxt og fæðingarþyngd. Þá er tekið tillit til ýmissa þátta hjá móður (t.d. stærða og þjóðflokks), föstri og meðgöngu (customised charts). Dr Gardosi talaði um að að börn sem fæddust með lága fæðingarþyngd miðað við meðgöngulengd (SGA) væru ekki endilega vaxtarskert nema að tillit væri tekið til þessarra þátta. Það getur munað allt að 20% á þyngd barna hvort þau gætu talist vaxtarskert eða ekki út frá þessum einstaklingsmiðuðu vaxtaráætlunum. (Gardosi, 2004). Á síðustu árum hefur erlendu fólki á Íslandi fjölgað mjög mikið og tel ég að nauðsynlegt sé að taka í notkun einstaklingsmiðaðar vaxtaráætlanir í mæðravernd ef við ætlum að viðhafa fagleg vinnubrögð.

Að skima heilbrigðan fullburða nýbura er ekki stutt fræðilegum rökum og getur haft neikvæð áhrif á brjóstagjöf. Það var því óviðeigandi að mæla blóðsykur hjá barninu sem ekki tók brjóst

fyrsta daginn sinn og gefa því þurrmjólk. Réttu meðferðin í því tilfelli var áframhaldandi stuðningur og aðstoð við brjóstagjöf.

Eina barnið í dæmisögunni sem getur flokkast í áhættuhóp var barnið sem átti móður sem var með meðgöngusyksýki. Það barn var líka mælt of snemma og viðmiðunarmörkin voru of há (2,8 mmol/l) miðað við heimildirnar sem ég gat um.

Annað sem mikið hefur verið gagnrýnt og ég minntist ekkert á eru blóðsykursmælar. Það er efni í annað verkefni. Margskonar mælar hafa verið notaðir og flestir eru ónákvæmir. Ekki er að sakast við framleiðendur því mælarnir eru framleiddir fyrir sykursjúka þar sem minna máli skiptir hvort talan er 2 eða 2.5mmol/l. Mælarnir eru næmari þegar mæla á háan blóðsykur. Ef að barn mælist með lágan blóðsykur á blóðsykursmæli á að staðfesta það með blóðprufu sem er greind á rannsóknarstofu. Blóðsykursmælirinn á að vera skimunartæki en ekki greiningartæki ef að ekki liggja fyrir rannsóknir sem sýna að hann er nákvæmur þegar hypoglykémia er metin (WHO, 1997).

Lokaorð

Ég tel að við verðum að íhuga grundvallar mikilvægi „fyrst af öllu gerum engan skaða“ („primum non nocere“) öllum þeim eðlilegu nýburum sem eru skimuð vegna frjálsslegrar stefnu um skimun. Það leiðir til frekari prófa og meðferðar, oft ónauðsynlegra og mögulega skaðlegra. Byggir heilbrigðisstafsfolk sem skimar heilbrigða nýbura frjálsslegar aðgerðir sínar á tæknihyggju? Vilhjálmur Árnason segir í bók sinni „Síðfræði lífs og dauða“ að kjarni tæknihyggjunnar sé að tæknilegur hugsunarháttur sé alhæfur yfir á svið þar sem hann á ekki við eða að vægi hans einhliða elft á kostnað annarra þátta. Ef að við skoðum blóðsykurskimanir út frá kenningu tæknihyggjunnar þá eru óviðeigandi blóðsykursmælingar gerðar á heilbrigðum nýburum sem stendur til boða brjóstamjólk og niðurstöður oftúlkaðar á kostnað brjóstajafar. Ég tel að það þurfi að endurskoða verklagsreglur er varða blóðsykurskimanir á íslenskum nýburum og þá sérstaklega keisarabörnum sem er stór hluti nýburanna okkar. Við verðum að standa vörð um nýbura sem stendur til boða brjóstamjólk að hann fái ekki að nauðsynjalaus eitthvað annað sem er verri kostur og stuðla

þannig að barnvænu sjúkrahúsi á Íslandi.

Heimildaskrá

- Aynsley-Green, A. og Hawdon, J. M., (1997). Hypoglycemia of the newborn: Current controversies. *Acta Paediatrica*. 39(1), 12-16.
- Cowett, R. M. og Farrag, H. M. (2004). Selected principles of perinatal-neonatal glucose metabolism. (Review article). *Seminars in neonatology*. 9, 37-47.
- Cowett, R. M. og Loughhead J. L. (2002). Neonatal Glucose Metabolism: Differential Diagnoses, Evaluation, and Treatment of Hypoglycemia. *Neonatal Network*. 21(4), 9-19.
- Diwakar, K.K. og Sasidhar, M. V. (2002). Plasma glucose levels in term infants who are appropriate size for gestation and exclusively breast fed. *Archives of Disease*

- in *Childhood Fetal & Neonatal Edition*. 87(1): F46-48.
- Eidelman, A. I. (2001). Hypoglycemia and the breastfed neonate. *Pediatric Clinics of North America*. 48(2) 377-387.
- Evans, N.(1998). Hypoglycemia (grein á vefsíðu *Department of Neonatal Medicine Protocol Book, Royal Prince Alfred Hospital*). Tekið af vefnum 14. sept. 2004. <http://www.cs.nsw.gov.au/rpa/neonatal/html/newprot/hypogly.htm>
- Gardosi, J. (2004). Munnleg heimild. Haust-ráðstefna Miðstöðvar mæðraverndar, 1. október 2004. Einnig á <http://www.OBGYN.net> og www.perinatal.org.uk.
- Haninger, N. C. og Farley, C. L. (2001). Screening for hypoglycemia in healthy term neonates: effects on breastfeeding. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 46(5), 292-301.
- Hawdon J. M., Ward Platt, M. P. og Aynsley-Green, A. (1992). Patterns of metabolic adaptation for preterm and term infants in

the first neonatal week. *Archives of Disease in Childhood*. 67(4), 357-365.

Hoseth, E., Joergensen, A., Ebbesen, F. og Moeller, M. (2000). Blood glucose levels in a population of healthy, breast fed, term infants of appropriate size for gestational age. *Archives of Disease in Childhood Fetal & Neonatal Edition*. 83(2):F117-119.

Marcus, C. (2001). How to measure and interpret glucose in neonates. *Acta paediatrica*. 90, 963-964.

Srinivasan, N. G., Pildes, R. S., Cattamanchi, G., Voora, S. og Lilien, L.D. (1986). Plasma glucose values in normal neonates: A new look. *Journal of pediatrics*, 109, 114-117.

Vilhjálmur Árnason. (1997). *Síðfræði lífs og dauða*. (2. útgáfa). Reykjavík: Rannsóknarstofnun í síðfræði.

World Health Organization. (1997). *Hypoglycemia of the newborn: review of the literature*, Genf: WHO

Áhugaverðar heimasíður fyrir ljósmæður

Australian Breastfeeding Association - www.breastfeeding.asn.au

Birth International - www.acegraphics.com.au

Birthwaves - www.birthwaves.com

Childbirth.org - www.childbirth.org

Doktor.is – www.doktor.is

Henci Goer - www.hencigoer.com

Herspace.com - www.herspace.com

Informed Choice - www.infochoice.org

International Lactation Consultant Association - www.ilca.org

La Leche League International - www.lalecheleague.org

Ljósmóðir.is - www.ljosmodir.is aðgangsorð: lmfi2003 lykilord: fylgja

NetJordremoderen - www.netjordremoderen.dk

Nurturing - www.nurturing.ca

Michel Odent - www.michelodent.com

Midwivesonline - www.midwivesonline.com

MIDIRS - www.midirs.org

MidwiferyToday.com - www.midwiferytoday.com

Sheila Kitzinger - www.sheilakitzing er.com

StorkNet – www.pregnancyguideonline.com

The Farm Community - www.the farm community.com



Óskum ljósmæðrum gleðilegra jóla

Heilbrigðisstofnunin Hvammstanga

Heilbrigðisstofnun Ísafjarðarbæjar

Heilbrigðisstofnunin Blönduósi

Heilsugæslustöð Akureyrar

Heilbrigðisstofnunin Siglufirði

Heilbrigðisstofnun Suðurnesja

Heilbrigðisstofnun Þingeyinga

Móðurást

Fósturgreining á Íslandi síðastliðin 10 ár, 1994-2003.

María J. Hreinsdóttir, Kristín Rut Haraldsdóttir, Fósturgreiningadeild Kvs.LSH.

Ágrip

Inngangur

Fósturgreining hefur staðið öllum konum á Íslandi til boða frá árinu 1986. Hófst þá skimun fyrir fósturgöllum með ómskoðun við 18-19 vikur. Frá árinu 1976 hafði öllum konum eldri en 35 ára verið boðin legvatnsástunga. Árið 1999 hófst skimun við 11-14 vikur til að reikna m.a. líkur á litningagöllum og hjartagöllum. Tilgangur þessarar rannsóknar er að kanna hvaða fósturgalla við erum að finna, og að kanna hvort að tilkoma skimunar við 11-14 vikur hafi dregið úr inngripum eins og legvatnsástungum.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturvirk, skoðaður var fjöldi 18-19 vikna ómskoðana, fjöldi fylgjusýna og legvatnsástunga árin 1994-2003 og fjöldi 11-14 vikna ómskoðana árin 1999-2003. Tekinn var saman fjöldi fósturgalla sem greindir voru með ómun og/eða litningarannsókn og útkoma eftir fæðingu eða krufningu ef fóstureyðing var gerð.

Ályktanir

Skimun við 11-14 vikur hefur verulega dregið úr inngripum til greiningar litningagalla eins og legvatnsástungum. Á móti kemur að fylgjusýnatökum hefur aðeins fjölgað þar sem konur sem fá vitneskju um að auknar líkur séu á að um litningagalla geti verið að ræða velja þessa aðferð oftar en áður var. Heildarfjöldi inngripa er þó mun minni en áður en skimprófið var tekið upp. Sem dæmi má nefna að á árinu 1995 misstum við 2 fóstur sem má búast við að hafi verið heilbrigð í kjölfar ástungu en greindum 1 litningagalla. Árið 1999 þegar 11-14 vikna skimun hófst misstum við 1 heilbrigð fóstur en greindum 4 litningagalla. Árið 2002 misstum við 1 heilbrigð fóstur á móti 6 greindum litningagöllum þrátt fyrir að gera mun færri inngrip.

Heildarfjöldi kvenna í meðgöngu árið 2002 eldri en 35 ára voru um 17% sem fyrir hnakkabykktarmælingu hefði þýtt um 700 ástungur. Því má ljóst vera að mikil breyting hefur átt sér stað sem hefur það í för með sér að nú greinum við fleiri litningagalla með færri inngripum og þar með missum við færri heilbrigð fóstur.

Inngrip pr tilfelli Heilbrigð fóstur tapast : Greint greint

'95	225	2	:	1
'99	27	1	:	4
'02	17	1	:	6
'03	8	1	:	12

Við 11-14 vikna skoðun er hægt að staðfesta fjölda annara fósturgalla en litningagalla og fósturlát greinast oft fyrr en annars hefði verið. Vert er að hafa í huga að um skimpróf er að ræða og greinast því ekki öll tilfelli. Frá upphafi hnakkabykktarmælinga hafa 3 konur sem mælst hafa skim-neikvæðar fætt börn með litningagalla.

Einnig má benda á að allar tvíburameðgöngur eru staðfestar snemma, betri upplýsingar fást um fylgju og belgaskil og er þetta mjög mikilvægt fyrir áhættumat og eftirlit í tvíburameðgöngum.

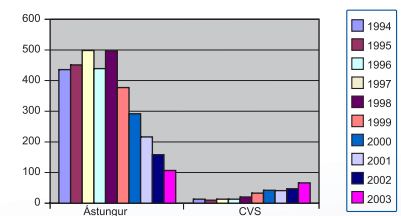
Eins og sést í töflu greinast flestir fósturgallar við 20 vikna ómun og eru þeir margskonar, allt frá heilaleysi sem ekki er lífvænlegt í að greina t.d. klofna vör og nýrnagalla.

Hlutverk fagfólks er að veita foreldrum ráðgjöf stuðning og áframhaldandi eftirlit eftir því sem við á í hverju tilfelli.

Legvatnsástunga



Legvatnsástunga og fylgjusýnatökur



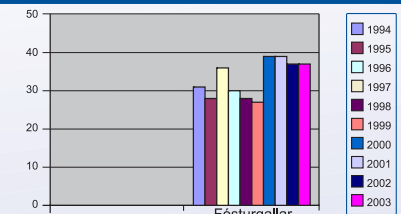
19 vikna fóstur



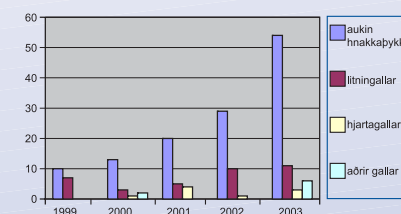
12 vikna fóstur



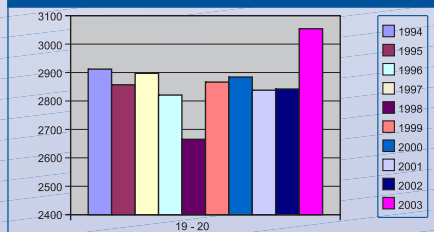
Greindir fósturgallar við 19-20 vikna skimun



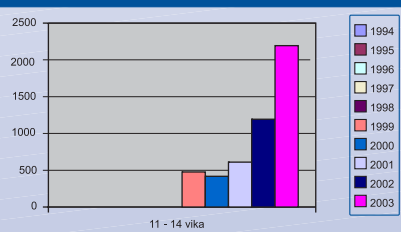
Aukin hnakkabykkt og greindir fósturgallar við 11-14 vikna skimun



19 - 20 vikna sónar



Hnakkabykktarmælingar



Námsdagur í saumaskap

Fjórða september síðastliðinn sóttum við fjórar ljósmæður af fæðingardeild LSH námskeiðið 'Repair of Episiotomy and Perineal Tears, Hands-on Workshop for Midwives'. Það var haldið á Mayday Hospital í Croydon, Surrey í útjaðri London.

Þetta var í sjöunda skipti sem slíkt námskeið var haldið. Námskeið fyrir lækna og ljósmæður um þriðju gráðu rifur er haldið á sama stað nokkrum sinnum á ári.

Á námskeiðinu voru 22 ljósmæður, flestar frá Bretlandi, ein frá Saudi Arabíu og svo við fjórar frá Íslandi.

Kennarar á námskeiðinu voru þrír. Tveir voru lækna (Ranee Thaker og Abdul Sultan) sem hafa sérhæft sig á þessu sviði og starfrækja svokallaða Perineal Clinic á Mayday sjúkrahúsinu. Þriðji kennarinn var ljósmóðir (Chris Kettle) sem var titluð klínískur sérfræðingur og vann hún á öðru sjúkrahúsi í Bretlandi. Hún hefur m.a. gert rannsókn þar sem borin er saman útkoma spangar eftir því hvort notaður er áframhaldandi saumur eða stakir saumar. Þessi ljósmóðir var kölluð til sem sérfræðingur til að meta og sauma erfiðar rifur, þar með talið sphincter rifur.

Í byrjun var upprifjun á anatomi-unni, sem var mjög gagnlegt fyrir gamla heila.

Síðan var almenn fræðsla um rifur og þá sérstaklega þriðju gráðu. Mikil áhersla var lögð á að greina spangar-

skaðann rétt. Farið var í skilgreiningar á þeim og flokkun. Vísað var í rannsóknir sem sýndu alvarleika málsins (incontinence) þegar sphincter rifur eru ekki greindar. Margar sónarmyndir voru sýndar af analvöðvanum þar sem ekki var gert við rifuna og greinilega sást illa gróinn vöðvi. Því stærri rifa því meiri líkur eru á incontinence og öðrum óþægindum s.s. sársauka við samfarir og að missa vind ósjálfrátt. Það sem var nýtt fyrir okkur var nánari flokkun á 3. gráðu rifum en flokkunin var eftirfarandi:

Fyrsta gráða: rifa í vaginal slímhúð og húð eingöngu.

Önnur gráða: rifa í vöðvalögum í spöng en sphincter heill.

Þriðja gráða: rifa í spinchter (hversu lítil sem hún er) Skipt í þrjá flokka:

- 3a : þegar minna en 50% af ytri sphincter þráðum (external) er rifinn.
- 3b : þegar meira en 50% af ytri sphincter þráðum (external) er rifinn.
- 3c : þegar innri sphincter þræðir (internal) eru einnig rifnir.

Munurinn á external og internal er að external lagið líkist nautakjöti og eru vöðvaþræðir þar hringlaga en internal lagið líkist kjúklingakjöti en þar eru vöðvaþræðirnir þráðlaga.

Fjórða gráða: rifa nær í slímhúðina í rectum.

Það kom okkur á óvart að til er rifa sem stundum er kölluð 5 gráðu rifa (hnappagatarifa) þar sem perineum og sphincter er heill en við þreifingu í anus finnst rifa ein og sér ofarlega í vagina niður í rectum.

Góðir punktar

- Aldrei að sauma þriðju gráðu rifu í staðdeyfingu. Nota epidural/spinal deyfingu eða svæfingu (til að góð slökun náist). Sauma á skurðstofu þar sem aðstæður eru bestar og góð lýsing.

Unnið er eftir ákveðnum verklagsreglum þar sem m.a. er sagt að einungis sérfræðingar eða vanir deildarlækna saumi slíkar rifur. Allar eru skoðaðar af sérfræðing fyrir útskrift og fá sýklalyf, hægðalyf og leiðbeiningar um hreinlæti og grindarbotnsæfingar. Konurnar liggja inni á deildinni þar til þær hafa haft hægðir og eru með þvaglegg í sólarhring (ath! það getur tekið allt að 12 klst að fá fulla þvagblöðrunæmni eftir erfiðar fæðingar og deyfingu).

- Perineal clinic. Þangað er öllum konum vísað sem hafa rifnað mikið, 6 vikum eftir fæðingu. Þar er gerð ómskoðun á endaparminum til að skoða útkomu saumaskapar.

Á næstu meðgöngu fer konan á klíníkina og lagt er upp plan fyrir væntanlega fæðingu jafnvel keisara ef gerð hafði verið perineal plastic aðgerð.





Ljósmeður æfa handbragðið við saumaskapinn.

- Ekki er alltaf hægt að greina skaða á sphincter með berum augum og því er mikilvægt að skoða allar konur rectalt fyrir saumaskap til að meta rifuna, jafnvel þótt rifan virðist ekki djúp eða nái langt niður sbr. hnappagatarífan.
- Mælt er með „overlap“ aðgerð við saumaskap á sphinctervöðvaþráðunum en ekki svokallaða „end to end“ aðferð.
- Dr. Sultan lagði mikla áherslu á að greina 3. gr. rifu. Það vill loða við ljósmeður að það sé ekki góð ljósmóðir sem „láti“ konuna rifna niður í sphincter. Aðallatriðið er að greina rifuna svo konan sé vel saumuð og meðhöndluð. Það er alvarlegra að missa af þessum rifum en að „láta“ konuna rifna.
- Við svokallaðar „vasarífur“ (húð í spöng heil en djúp rifa fyrir innan sem gæti náð niður í sphinctervöðvann) getur verið nauðsynlegt að klippa spöngina til þess að betur gangi að greina og sauma rifuna.
- Mikil aukning er á lögsóknum í Bretlandi vegna afleiðinga þess að greining á rifu hefur verið röng hjá ljósmóður/lækni. Lögð var áhersla á góða skráningu og lýsingu jafnvel með teikningu. Telji ljósmóðir að ekki þurfi að sauma rifu ætti hún að

fá álit annarrar ljósmóður og skrá ákvörðun sína. Ef konan neitar að vera saumuð þarf undirskrift hennar.

- Rætt var hvort sleppa ætti að sauma einfaldar rifur. Ekki var mælt með því nema ef eingöngu húð er rifin og ekki blæðir. Engin rannsókn er til sem sýnir að það sé betra að sauma ekki. Hættan er að missa af rifum sem eftir á að hyggja hefði átt að sauma.

Áhættuþættir

Ræddir voru nokkrir áhættuþættir:

- 6 % hærri tíðni fyrir hvert aldursár konunnar.
- Hærri tíðni hjá konum af asískum uppruna og lægri tíðni hjá konum af afrískum uppruna.
- Hærri tíðni við aukna þyngd barna.
- Hærri tíðni hjá frumbyrjum.

Saumaskapur

Við sáum myndband af aðferð við saumaskap og í lokin æfðum við okkur á gínun með alls konar rifum. Mælt var með Vicryl 2/0 rapide í allar 2. gráðu rifur og episitomiur.

Nokkur atriði sem hafa ber í huga :

- Sauma eins fljótt og hægt er eftir fæðingu (minni sársauki og minni hætta á sýkingu)
- Ekki hafa konuna í stoðum, ef mögulegt er, heldur með fætur á rúminu (sést betur hvernig rifan fellur saman) og í þægilegri stellingu.
- Hafa gott ljós.
- Ekki vera hrædd við að kalla eftir áliti annarrar ljósmóður, engin skömm að því.
- Lögð var áhersla á að deyfa vel áður en byrjað var að sauma, nota 20 ml Lidocain (*Kona gleymir hríðaverkjunum en síður sársauka tengdum saumaskap!*)
- Þreifa rectalt fyrir og eftir saumaskap.



Sigríður og Ágústa einbeittar á svip.

- Samkvæmt rannsókn Kettle, Hills, Jones, Darby, Grey og Johanson er ráðlagt að sauma áframhaldandi sauma eingöngu (ekki kappmella) í vagina og ekki nota einstaka hnúta-sauma t.d. í djúpið. Áframhaldandi saumur veldur minni sársauki og herping. Notað er minna magn af saum og því eyðist hann fyrr og þ.a.l. verður minni bólga/bjúgur.

- Hnýta 2-1-1, varist að herða ekki um of. Saumað áframhaldandi fram vagina að hymen og fyrir framan hymen (styrktarsaumur sitt hvorum megin). Áfram með nálina niður í djúpið. Áframhaldandi saumur þar og endað neðst.

Lokað subcutant ekki intracutant og nota frekar stór spor. Hnýtt efst fyrir innan hymen með Aberdeen hnúti (endinn tekinn í gegn um lykkju x2 og síðan dreginn alveg í gegn).

- Muna góða skráningu.

Þrátt fyrir níutíu og fimm ára sameiginlegan starfsaldur fannst okkur námskeiðið mjög gagnlegt og greinilegt að enn er hægt að bæta við þekkingargrunn ljósmæðra á þessu sviði.

Að lokum má geta þess að á næsta ári stendur til að sömu kennarar haldi samskonar námskeið hér á Íslandi bæði fyrir ljósmæður og lækna.

Ágústa Kristjánsdóttir
Birna Gerður Jónsdóttir
Kristín Viktorsdóttir
Sigríður Þórhallsdóttir.

Heimildir:

Kettle, C., Hills, R.K., Jones, P., Darby, L., Grey, R., Johanson, R. *Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial.*

Lancet 2002, 359:2217-23.



Birna Gerður Jónsdóttir, Sigríður Þórhallsdóttir, Ágústa Kristjánsdóttir og Kristín Viktorsdóttir.

Stjórnarfundur

Norðurlandasamtaka ljósmæðra (NJF)

Fundurinn var haldinn í Reykjavík dagana 19. og 20. maí í tengslum við Norðurlandaráðstefnuna.

Fundinn sátu: Asta von Frenckell, frá Finnlandi, forseti NJF,

Merja Kumpula frá Finnlandi.

Anne Marit Tangen og Siri Kjellberg frá Noregi.

Anna Nordfjell, Ingela Wiklund annan daginn og Lena Mårtensson hinn, frá Svíþjóð.

Lillian Bondo og Anne Christi Engvig frá Danmörku. Eyðfríð Lisberg Jacobsen og Annika Heidal frá Færeyjum og frá Íslandi Ólafía M. Guðmundsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir.

Áheyrnarfulltrúar voru Áse Rommetveit, frá ljósmæðradeild Hjúkrunarfélags Noregs, Kit Hansen, frá Ljósmæðrafélagi Danmerkur til að kynna verkefnið – „Going south“ og Ástþóra Kristinsdóttir ráðstefnustjóri NJF ráðstefnunnar í Reykjavík.

Ritari: Björk Steindórsdóttir, LMFÍ.

Fundurinn hófst á hefðbundnum fundarstörfum þar sem þátttakendur kynntu sig, kosinn var ritari, dagskrá fundarinnar var samþykkt sem og fundarsköp. Farið var yfir fundargerð síðasta fundar, sem var haldinn í Bergen síðastliðið vor, enginn fulltrúi frá Íslandi sat þann fund. Asta von Frenckell forseti flutti því næst skýrslu sína. Hildur Kristjánsdóttir sagði frá undirbúningi NJF ráðstefnunnar, góðri þátttöku og áhuga fjölmiðla á henni. Fulltrúar landanna lýstu ánægju sinni með dagskrá og hlökkðu til ráðstefnunnar.

Því næst fluttu fulltrúar landanna skýrslur sínar og sögðu frá helstu málum hver í sínu landi. Skýrslurnar voru lagðar fram skriflega fyrir fundinn og spunnust nokkrar umræður um þær. Hér á eftir er innihaldi þeirra lýst stuttlega og bent á að þær liggja frammi á skrifstofu félagsins eins og áður.

Skýrslur landanna

Eins og tíðkast hefur er stafrófsröð þeirra landa sem sendu inn og kynntu skýrslur sínar látin ráða uppröðun og



Hildur Kristjánsdóttir,
ljósmóðir

varðandi Ísland var skýrsla okkar í samræmi við skýrslu stjórnar á aðalfundi hér heima og vísast til hennar.

Danmörk

Í Danmörku er verið að endurskoða allt heilbrigðiskerfið. Gert er ráð fyrir að „ömtum“ (amt) verði fækkað og ábyrgð á verkefnum trúlega skipt milli þeirra. Heilbrigðismálin og verkefni þess eru mál málanna í þessari umræðu. Ljósmæðrafélagið hefur verið virkt í þessari umræðu og ítrekað bent á að forvarnarsarf sé í hættu á því að hverfa í stóru sjúkrahúsakerfi og að leggja eigi áherslu á að byggja upp öflugt forvarnarstarf í þessari umbyltingu allri.

Mikið hefur verið rætt um skort á ljósmæðrum og um gæði þeirrar þjónustu sem ljósmæður eru að veita konum og fjölskyldum þeirra. Heilbrigðisráðuneytið gerði könnun á aðstæðum og þjónustu ljósmæðraeininga og fæðingastofa og þessi skýrsla styrkir þá skoðun Danska Ljósmæðrafélagsins að þjónustunni hafi hrakað verulega.

Mikil pólitísk umræða er um þjónustu ljósmæðra og hefur vinstriflokkurinn „Enhedslisten“ lagt fram frumvarp til laga um að konur eigi að eiga rétt á því að hitta ljósmóður á meðgöngu samkvæmt þörfum og óskum, eiga rétt á samfelli í þjónustu í fæðingu og rétt á samtali við ljósmóður eftir fæðingu. Um þetta lagafrumvarp hefur verið

mikil umræða síðastliðin tvö ár og hefur Ljósmæðrafélagið verið virkt í þeirri umræðu. Þær hafa á fundum með Heilbrigðisráðherra landsins sýnt fram á að konur fá þjónustu ljósmæðra í fæðingu, í færri klukkustundir nú en fyrir 20 árum síðan, á sama tíma og verkefnum ljósmæðra hefur fjölgað.

Talsverð umræða er enn um menntun ljósmæðra í Danmörku og eru nú útskrifaðar fleiri ljósmæður á ári en áður. Ráðgert er að stofna þriðja ljósmæðraskólann í Danmörku og verður hann í Esbjerg. Lítið fjármagn hefur fengist til endurmenntunar ljósmæðra, þó eru nokkrar ljósmæður í meistaranámi í háskólum landsins, flestar á eigin kostnað en einstaka eru þó með launaðar stöður við einhvern háskóla til þess að sinna náminu.

Ljósmæðrafélagið hefur miklar áhyggjur af aukningu á inn gripum í fæðingar. Keisaratiðni er nú 19,6 % í landinu og skýrist aðeins að mjög litlu leyti af óskum kvenna um keisaraskurð. Skýringar á þessu liggja ekki fyrir og spannst nokkur umræða um málið. Heilbrigðisfyrirvöld í landinu hafa lýst því yfir að þau líti ekki á keisaraskurð sem frítt val kvenna. Verkjameðferð er einnig mikið í umræðunni og var sagt frá lítilli rannsókn sem birtist í Danska Læknablaðinu. Helsta niðurstaða hennar var að ljósmæður upplýsa konur ekki nægjanlega um valkosti í verkjameðferð. Ljósmæðrum þykir rannsóknin léleg og segja úrtak of lítið (n=50) og benda á að víða sé verið að vinna þróunarverkefni um upplýst val og fleiri valkosti í verkjameðferð í fæðingu.

Ljósmæðrafélagið hefur í samvinnu við félag kvensjúkdóma- og fæðingalækna í Danmörku sett af stað verkefnið „Den gode fødsel“. Um er að ræða rannsókn tveggja mannfræðinga á því hvað konum finnst vera góð fæðing.

Heilbrigðisstarfsmenn í Danmörku sitja nokkuð eftir starfsmönnum í einkageiranum hvað varðar laun og er það áhyggjuefni. Félagið mun semja sjálft um eigin kjör í næstu kjarasam-

ingum en verður ekki í samfloti með stóru sambandi eins og hingað til.

Finnland

Tveir vinnuhópar hafa verið starfandi á vegum félagsins á liðnu ári. Annar þeirra vinnur að því að vinna úr upplýsingum og niðurstöðum tveggja málstofa sem haldnar voru á árinu 2003 um eðlilegar fæðingar. Ætlunin er að efla samvinnu við kvensjúkdóma- og fæðingalækna um málaflokkinn og stefna að því að ná samráði um verklagsreglur um þróun mæðraverndar og ábyrgðarskiptingu ljósmæðra og lækna í fæðingarþjónustunni. Hinn hópurinn hefur í samvinnu við þjóðkirkjuna þróað fræðslufni fyrir eldri stig grunnskóla og framhaldsskóla um kynheilbrigði og samlíf. Efnið er tilbúið og hægt að finna á netinu.

Skipting ljósmæðra milli þéttbýlis og dreifbýlis er áhyggjuefni og lýsir sér með skorti í stóru borgunum en of margar ljósmæður á minni stöðunum.

Færeyjar

Eyðfríð upplýsti að talsvert atvinnuleysi sé meðal ljósmæðra á Færeyjum. Þær reyna þó að snúa því sér í hag með því að reyna að komast inn í mæðravernd og sængurlegu umönnun, sem hefur verið og er að mestu í höndum hjúkrunarfræðinga. Það gæti þó verið lag núna þar sem það vantar hjúkrunarfræðinga í landinu og konur hafa tjáð sig um að þær kjósi að ljósmæðurnar sinni þessum þáttum. Félagið er einnig að berjast fyrir því að ljósmæður séu sýnilegar í stjórnun heilbrigðisgeirans en það gengur hægt.

Um það bil 700 fæðingar eru á ári á Færeyjum, þar af eru um 600 í Þórshöfn.

Noregur

Nýbúið er að gera könnun meðal ljósmæðra í félaginu og var svarhlutfall 65,5%. Um 90% ljósmæðra eru ánægðar með félagið sitt og skýr svör bárust um hvar mætti bæta þjónustu við félagsmenn. Félagið mun nýta sér þessar niðurstöður við frekari uppbyggingu félagsins og þjónustu þess.

Á síðustu 1-2 árum hefur orðið mikil skipulagsbreyting á heilbrigðisþjónustu í Noregi og heyra nú öll sjúkrahús undir ríkið, en eru rekin að einhverju leyti sem einkasjúkrahús væru. Þetta hefur haft í för með sér ýmsar breytingar og upplifa ljósmæður að stöðu þeirra sé ógnað í kerfinu af meðal annars rútínunum, ósveigjanlegu kerfi og læknum.

Það liggur loksins fyrir að ljósmæður eiga rétt á greiðslum fyrir mæðravernd sem þær sinna sjálfstætt. Upphæðin sem ákveðin var hefur valdið verulegum vonbrigðum og finnst ljósmæðrum sem grunni fyrir sjálfstæð störf sé kippt undan fótum þeirra. Aðeins er ein gjaldskrá og ekki er greitt fyrir sértæk verk. Þetta þýðir að mati ljósmæðra í raun að konur hafa ekkert val um hvert þær sækja mæðravernd og er þar að auki vanmat á hæfni og gæðum þjónustu ljósmæðra.

Nýleg notendakönnun meðal væntanlegra og nýorðinna foreldra sýnir að þau eru að mestu ánægð með þjónustu sem er veitt í barneignarferlinu. Þeir sem eru ánægðastir eru þeir sem hafa fengið þjónustu í einkageiranum. Konum finnst þó að þær séu illa upplýstar um og undirbúnar fyrir fæðingu og móðurhlutverkið. Feðrum finnst að ekki sé hugsað nægilega um þarfir þeirra í öllu ferlinu. Þessi rannsókn ásamt rannsóknnum annarsstaðar frá og önnur fræðileg þekking um efnið grundvallar nýjar verklagsreglur um barneignarferlið sem eru að verða tilbúnar.

Nokkur umræða er um menntun ljósmæðra. Nám þeirra er 1-2 ára nám eftir hjúkrun og er umræða um að breyta því. Meðal annars er verið að skoða breytingar á náminu á þann veg að það verði sjálfstætt án undanfarandi hjúkrunarnáms. Ennfremur er rætt um þörfina á því að styrkja sjálfræði ljósmæðra og efla faglega endurmenntun.

Svíþjóð

Umræða er í félaginu um að stuðla að öflugum starfi og árangri í faginu. Þetta er gert með ýmsu móti eins og til dæmis með öflugum samstarfi við sænska hjúkrunarfélagið og félag kvensjúkdóma- og fæðingalækna. Einnig er félagið að beita sér fyrir því að byggja upp netverk ljósmæðra með ólík áhugamál og bakgrunn í þeim tilgangi að efla umræður um fagleg málefni. Einnig er rætt um að auka þurfi samstarf við háskólana.

Forysta félagsins hefur átt í viðræðum við stjórnmalamenn og yfirvöld til að koma á framfæri skoðunum ljósmæðra á innihaldi barneignarþjónustunnar, þar sem óskað er eftir aukinni samfelli í þjónustunni og minni sjúkdómsvæðingu í umönnun. Lagt er til að fæðingadeildir verði minni og vinnueiningarnar þannig uppbyggðar að færri starfsmenn sinni færri einstak-

lingum. Mikið er rætt um hvernig hægt er að koma þessu við og sameina mörg sjónarmið, sem dæmi má nefna að barnalæknar halda því fram að ferðatími til barnalæknis frá fæðingadeild megi ekki vera meira en 15 mínútur, annað sé barninu hættulegt! Svo málið er flókið og þarfnast þverfaglegrar sáttar.

Einnig leggur félagið mikla áherslu á að ljósmæður reyni að mæla áhrif af starfi sínu og segja að aukin meðvitund í kjölfar fræðslu og umræðu meðal ljósmæðra og lækna um háa tíðni keisarskurða sé ef til vill ástæða þess að tíðni keisaraskurða er nú komin niður í 15% í Svíþjóð. Talsvert er einnig rætt um hæfni ljósmæðra til þess að annast um konur með meðgöngutengd vandamál og er rætt um aukna sérhæfingu á þessu sviði.

Karin Gottvall hefur lokið doktorsritgerð sinni sem var úttekt á ABC einingunni í Stokkhólmi. Í framhaldi af henni hefur verið allnokkur umræða um þessar einingar og er þá rætt t.d. hverslags þjónustu eiga þær að veita og á hvaða leið er hún? Fyrir hvern er þjónustan og þjónustuformið, - konurnar eða ljósmæðurnar? Nokkrar umræður spunnust um þetta mál sem og innleiðingu nálastunga sem meðferðar í meðgöngu og í fæðingu, án þess að miklar/nokkrar rannsóknir lægju fyrir um þær. Alltaf þurfi að vera að íhuga þjónustuna sem er veitt og áherslan verði að vera á konuna og þarfir hennar og val hennar. Minna máli skipti hvað þjónustuformið heiti.

Nokkur umræða er í Svíþjóð um föstureyðingar og hvernig breyta eigi lögum um þær. Konur verði að geta valið um föstureyðingu með lyfjum eða aðgerð og er rætt um að ljósmæður muni annast um föstureyðingar sem gerðar eru með lyfjum í viku 5-6.

Í Svíþjóð hafa nú um 50 ljósmæður lokið Doktorsprófi og eru rannsóknir þeirra á nánast öllu sviði ljósmæðraþjónustu.

Önnur mál

Formaður norska ljósmæðrafélagsins óskaði eftir umræðum um fösturskimanir snemma á meðgöngu og um ómskoðanir almennt. Hún upplýsir um stöðu mála í Noregi og segir umræðu þar aðallega snúast um áhættumat og upplýst val. Val konunnar sé ef til vill ekki val heldur ákvörðun sem sé tekin undir þrýstingi og að þeim séu boðnar skoðanirnar sem rútínu og eitthvað sem

sé svo sjálfsagt að varla þurfi að ræða þær. Í nýjum verklagsreglum komi fram að ómskoðun við 18 vikur sé áfram tilboð og sé nú skilgreint sem fösturgreining. Sé konan „óróleg“ geti hún fengið ómskoðun fyrr á meðgöngunni. Það er mat formannsins að ljósmæður verði að ræða þessi mál og taka afstöðu til ofantalinnna þátta, sem og siðfræðilegra atriða málsins, upplýsts vals og áhættuhugtaksins.

Anne Marit óskaði einnig eftir umræðu um fræðsluefni og auglýsingar sem til dæmis pela-, bleyju- og lyfja-fyrirtæki vilja gefa konum. Almenn umræða varð um efnið og vísað til siða-

reglna ljósmæðra í löndunum. Það má segja að almennt séu ljósmæður sam-mála um að afhenda konunum ekki auglýsingaefni eins og bleyjusýnishorn og fleira í þeim dúr, en meta þurfi hverju sinni hvað sé auglýst til að mynda á ráðstefnum stéttarinnar.

„Going South“ – Samstarfsverkefni Norðurlandasamtaka Ljósmæðra (NJF) og Norðurlandasamtaka Kvensjúkdóma og fæðingalækna (NFOG).

NFOG hefur boðið NJF að vera samstarfsaðili þeirra í verkefninu „Going South“ sem er verkefni sem er ætlað að þjálfa heilbrigðisstarfsfólk í að bregðast við hættuástandi í barneignar-

ferlinu í þriðja heiminum. Minnt er á að árlega deyja um 500.000 konur vegna blæðinga eftir fæðingu, sýkinga, hás blóðþrýstings og langdreginna fæðinga. Ræddur var samningur um samstarfið og frekari útfærsla hans. Einnig var töluvert rætt um kostnaðarhlið málsins. Kit Hansen frá Danska Ljósmæðrafélaginu, ásamt Astu von Frenckell forseta NJF eru tengiliðir samtakanna við NFOG.

Næsti stjórnarfundur verður haldinn í Færeyjum 28.-29. febrúar 2005 og næsta ráðstefna NJF í Finnlandi 4.-6. maí 2007 annaðhvort í Turku eða Helsinki.



Nú þarf hún aðeins að huga að getnaðarvörn

einu sinni í mánuði

NuvaRing® (etínýlestradíól / etónógestrel) er byltingarkennd nýjung í getnaðarvörnum. Nú þurfa konur ekki lengur að huga að getnaðarvörninni á hverjum degi. NuvaRing® er auðveldur í notkun. Konan kemur hringnum sjálf fyrir og fjarlægir¹. NuvaRing® veitir sama öryggi gegn þungun og samsettar getnaðarvarnarpillur en inniheldur minna af hormónum¹. Í klínískum rannsóknum voru flestar konur – 96% sem notuðu hringinn ánægðar eða mjög ánægðar með þessa aðferð til getnaðarvarna².

Organon
Heilsan skiptir máli
www.nuvaring.dk • www.nuvaring.com

NUVARING®
(etínýlestradíól/etónógestrel)
Getnaðarvörn - einu sinni í mánuði

Norræn ráðstefna á vegum Ljósmaðrafélags Íslands

Ágætu ljósmaður.

Eins og allar vita var haldin hér á landi í maí sl. stór ráðstefna á vegum Ljósmaðrafélags Íslands. Nordisk Jordmor Kongress, Mothers of Light: Gentle warriors from past to present. Undirbúningur ráðstefnunnar var mikill. Strax árið 2000 skipaði þáverandi formaður LMFÍ Ástþóra Kristinsdóttir undirbúningsnefnd fyrir ráðstefnuna. Í þeirri nefnd voru ásamt undirritaðri Hildur Kristjánsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Margrét Hallgrímsson, Hrefna Einarsdóttir, Sigfríður Inga Karlsdóttir og Sigríður Sía Jónsdóttir – síðar bættist svo við núverandi formaður félagsins Ólafía Margrét Guðmundsdóttir. Árið 2002 baðst Hrefna Einarsdóttir undan nefndarsetu.

Fyrsti fundur nefndarinnar var haldinn 20. nóvember 2000. Þá var strax farið að vinna við að finna þema fyrir ráðstefnuna og hvenær hún skyldi haldin þ.e. finna dagsetningu. Einnig var farið að vinna í að finna hönnuð til að búa til merki (logo) fyrir ráðstefnuna. Fljótlega var ákveðið að dagarnir skyldu vera tveir þ.e. einn og hálfur fyrir fræðslu og einn fyrir skemmtun.



Margrét I. Hallgrímsson, Ástþóra Kristinsdóttir og Sigrún Kristjánsdóttir.

Leitað var eftir tilboðum til ráðstefnuskrifstofa og fyrir valinu urðu Íslandsfundir þar sem Þórunn og Unnur ráða ríkjum.

Ákveðið var að gera ráð fyrir 3-500

gestum og settir niður dagarnir 20-22. maí 2004. Hana nú þá var það komið og mikið frá! Eftir miklar vangaveltur í nefndinni var ákveðið að tungumál ráðstefnunnar yrði enska.

Helga Birgisdóttir ljósmóðir og listakona var fengin til að taka að sér að gera merki fyrir ráðstefnuna og gerði hún það með sóma. Valið var merki í samvinnu við nefndina. Merkið var síðan notað á alla pappíra sem tengdust ráðstefnuni á einhvern hátt. Ákveðið var jafnframt að Helga tæki að sér að gera hluti með merki ráðstefnunnar sem seldir yrðu á ráðstefnunni.

Verndari ráðstefnunnar var Frú Vigdís Finnbogadóttir fyrrverandi forseti.

Verkaskipti í nefndinni urðu þannig að Ástþóra formaður nefndarinnar og Hildur tóku að sér að sjá um samskipti við Íslandsfundi. Hildur, Ólöf Ásta, Margrét, Sigfríður Inga og Sigríður Sía tóku að sér að vera í abstracta nefnd og fóru þær yfir alla innsenda pappíra sem og veggspjöld (postera). Útbúin var heimasíða fyrir ráðstefnuna og hún var auglýst í öllum Norðurlöndunum. Einnig var auglýst í blöðum ljósmaðra-



Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Helga Gottfreðsdóttir, Árdís Ólafsdóttir og Sigríður Sía Jónsdóttir.

félaganna á Norðurlöndum og eins fengu allar ljósmæður sent sérstakt auglýsingablað.

Eftir mjög mjög marga fundi ráðstefnunefndar og með Íslandsfundum varð til dagskrá og skipulag sem við ljósmæður vorum mjög ánægðar með.

Mjög margir komu að undirbúningi ráðstefnunnar með einhverjum hætti, nefndin vann auðvitað mjög mikið og óeigingjarnt starf. Þórdís Klara Ágústsdóttir ljósmóðir gerði og kom með frumsamda skemmtun ásamt Birnu Ólafsdóttur ljósmóður á Galakvöldið sem var haldið á Broadway og þótti takast með afbrigðum vel.

Svanborg Egilsdóttir ljósmóðir á Selfossi tók að sér að gera listmuni fyrir

þá íslensku fyrirlesara sem voru með „keynote“ fyrirlestur.

Guðrún Böðvarsdóttir ljósmóðir þrjónaði lopapeysur fyrir erlendu gesta-fyrirlesarana.

Ágústa Jóhannsdóttir ljósmóðir stjórnaði fjöldasöng á Galakvöldinu.

Borgarstjóri Þórólfur Árnasson bauð til fordrykks í ráðhúsinu á undan Galakvöldinu.

Heilbrigðisráðherra Hr. Jón Kristjánsson opnaði ráðstefnuna á Nordica Hotel.

Ráðstefnuna sóttu 450 ljósmæður af öllum Norðurlöndum og virtist vera almenn ánægja með hana og alla skipulagningu. Ráðstefnugestir voru ánægðir og létu óspart af því vita.

Gaman er að geta þess líka að Þórunni og Unni sem héldu utan um ráðstefnuna (Íslandsfundir) fannst ráðstefnan okkar alveg frábær og sögðust aldrei hafa séð fólk skemmta sér svona vel eins og á Galakvöldinu okkar. Já ljósmæður kunna sko að skemmta sér.

Undirrituð vil nota tækifærið hér og þakka frábært og skemmtilegt samstarf í nefndinni sem og öllum sem komu með einhverjum hætti að verkefninu. Síðast en ekki síst vil ég þakka Þórunni og Unni hjá Íslandsfundum fyrir frábært starf. Þær eru frábærar.

*Ljósmæðrakveðja
Ástþóra Kristinsdóttir, ljósmóðir.*

NuvaRing, leggangahringur, G03AA. Samsetning: Hver skeiðarhringur inniheldur 11,7 mg af etónógestreli og og 2,7 mg af etínylestradióli. **Ábending:** Getnaðarvörn. Öryggi og verkun hefur verið staðfest hjá konum á aldrinum 18 til 40 ára. **Skammtar og lyfjagjöf:** Konan getur sjálf komið hringnum fyrir í leggöngum. Þegar hringnum hefur verið komið fyrir skal hann hafður í leggöngum samfelld 3 vikur. NuvaRing á að fjarlægja eftir 3 vikna notkun á sama vikudegi og ísetning hringins fór fram. Eftir vikulangt hlé er nýr hringur settur í leggöng. Í 3 vikur losna daglega að meðaltali 0,120 mg af etónógestreli og 0,015 mg af etínylestradióli úr hringnum. **Frábendingar:** Segamyndun eða saga um segamyndun í bláæðum með eða án lungnablóðreks. Segamyndun eða saga um segamyndun í slagæðum eða fyrirboði um segamyndun. Þekkt tilhneiging til segamyndunar í bláæðum eða slagæðum með eða án erfðabáta. Sykursýki með fylgikvillum í æðum. Alvarlegir áhættuþættir, einn eða fleiri, fyrir segamyndun í bláæðum eða slagæðum. Alvarlegur lífrarsjúkdómur eða saga um slíkt hafi niðurstöður úr lífrarprófum ekki orðið eðlilegar aftur. Lífraræxli (góðkynja eða illkynja) eða saga um slíkt. Illkynja hormónaháð æxli í kynfærum eða brjóstum eða grunur um slíkt. Blæðingar frá leggöngum af óþekktum orsökum. Ofnæmi fyrir virku efnum eða einhverju hjálparefna NuvaRing. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ef eitthvert eftirtalins ástands/áhættuþátta er fyrir hendi skal meta kosti notkunar NuvaRing gegn hugsanlegri áhættu í hverju tilviki fyrir sig. **Æðasjúkdómar:** Notkun samsettra getnaðarvarnatafna hefur verið tengd aukinni hættu á segamyndun í bláæðum (segamyndun í djúpum bláæðum og lungnablóðreki) og segamyndun í slagæðum og tengdum fylgikvillum. Aðrir sjúkdómar sem hafa verið tengdir æðasjúkdómum eru sykursýki, rauðir úlfar, blóðlýsupvageitrunarheilkenni (hemolytic uraemic syndrome), langvinnur bólgusjúkdómur í þörmum (t.d. Crohns sjúkdómur eða sáraristilbólga). Aukin tíðni migrenikasta svo og ef þau verða verri getur verið fyrirboði heilablóðfalls. **Æxli:** Aukinni hættu er á krabbameini í legghálsi hjá konum við langtímanotkun samsettra getnaðarvarnatafna og örlítið aukin hættu á greiningu brjóstakrabbameins. Einstaka sinnum hefur verið greint frá góðkynja lífraræxlum og enn sjaldnar illkynja lífraræxlum hjá þeim sem nota samsettar getnaðarvarnatöflur. **Aðrir sjúkdómar:** Konur með hátt þrýglyseríð í blóði eða fjölskyldusögu um slíkt geta verið í aukinni hættu á að fá brisbólgu þegar þær nota hormónagetnaðarvörn. Þótt greint hafa verið frá lítills háttar blóðþrýstingshækkun hjá mörgum konum, sem nota hormónagetnaðarvörn, hefur ekki verið sýnt fram á samhengi milli notkunar hormónagetnaðarvarnar og háþrýstings sem hefur klíniska þýðingu. Bráðar eða langvinnar truflanir á lífrarstarfsemi geta gert það að verkum að nauðsynlegt reyndist að hætta notkun NuvaRing þar til lífrargildin eru komin í eðlilegt horf. Fylgjast þarf vel með sykursýkisjúklingum meðan á notkun NuvaRing stendur, einkum á

fyrstu mánuðum notkunar. Versnun á Crohns sjúkdómi og sáraristilbólgu hefur sést í tengslum við notkun hormónagetnaðarvarna. Þungunarfrekna (chloasma gravidarum) hefur stöku sinnum orðið vart, einkum hjá konum með sögu um slíkt á meðgöngu. Leggsig, blóðrusig og/eða endaparmssig, alvarleg eða langvinn hægðategða geta gert notkun NuvaRing erfiða eða ómögulega. **Milliverkanir:** Lyf sem hvetja frýmsagnarensím (microsomal enzymes) geta leitt til aukinnar úthreinsunar kynhormóna (t.d. fenýtóín, fenóbarbítal, primidón, karbamazepín, rifampicín og hugsanlega einnig oxkarbazepín, tópiramat, felbamat, ritónavír, gríseófulvín og vörur sem innihalda Jóhannesarjurt). Dreigið getur úr hringrás östrógens um lifur og þarma þegar ákveðin sýklalyf eru gefin samtímis og getur það leitt til lækkunar á þéttni etínylestradióls (t.d. penicillín, tetracyklín). Milliverkanir hormónagetnaðarvarnalyfja og annarra lyfja geta leitt til milliblæðinga og/eða að getnaðarvörn bregðist. Meðganga og brjóstagjöf: NuvaRing á ekki að nota á meðgöngu. **Aukaverkanir:** **Algengar:** Þrymlabólur, höfuðverkur og migreni, geðlægi, tilfinningalegt ójafnvægi, minnkuð kynhvöt, kvíðverkir, ógleði, þyngdaraukning, kvíðverkir (tengdir kynfærum), verkur í brjóstum, aukaverkanir tengdar lyfjaforminu, tíðþrautir, útfærð, óþægindi í leggöngum og leggangaproti. Kynfæri karla: Aukaverkanir tengdar lyfjaforminu (t.d. óþægindi við samfarir). **Ofskömmtn:** Ekki hefur verið greint frá alvarlegum skaðlegum verkunum við ofskömmtn hormónagetnaðarvarna. Einkenni sem geta komið fram í þeim tilvikum eru ógleði, uppköst og smávægilegar blæðingar frá leggöngum hjá ungum stúlkum. **Útlit:** NuvaRing er sveigjanlegur, gegnsær hringur, 54 mm í þvermál og með 4 mm þversniði. **Pakkning og verð:** 1. september 2004, 1 hringur: 1.944 kr, 3 hringir: 4.428 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskyt. **Greiðslufyrirkomulag:** Ekki greitt af TR. Texti síðast endurskoðaður í febrúar 2004. Sérlyfjaskrártextinn er verulega stuttur. Texta í fullri lengd er hægt að nálgast á heimasíðu Lyfjastofnunar eða hjá Ísfarm ehf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Umboð á Íslandi: Ísfarm ehf • Lynghálsi 13 • 110 Reykjavík • Sími 540 8080 • Fax: 540 8001 • Tölvupóstfang: organon@icepharm.is

Heimildir:

1. Timmer CJ, Mulders TMT. Pharmacokinetics of Etonogestrel and Ethinylestradiol Released from a Combined Contraceptive Vaginal Ring. Clin. Pharmacokinet 2000;39:233-242.
2. Roumen FJME, Apter D, Mulders TMT, Dieben TOM. Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and ethinyl estradiol. Hum. Reprod. 2001;16:469-475.

Punktur frá ráðstefnu Miðstöðvar mæðraverndar

Önnur ráðstefna Miðstöðvar mæðraverndar (MM) var haldin á Hótel Loftleiðum föstudaginn 1. október 2004. Við á MM höfum ásett okkur að bjóða á hverju vori upp á símenntunarráðstefnu og upphaflega átti þessi ráðstefna því að vera síðastliðið vor. Dr. Jason Gardosi, aðalfyrirlesari hennar gat hins vegar ekki komið þá, og var ráðstefnunni því frestað þar til með „haustskipunum“.

Nálægt 150 manns sátu ráðstefnuna og voru ljósmæður fjölmennastar, sem ekki kemur á óvart, það eru jú ljósmæður sem bera hitann og þungann af meðgönguvernd landsmanna. Milli fyrirlestranna gafst, auk fræðslu hjá sölu- mönnum, gott tækifæri til að spjalla og spyrja fréttu því þátttakendur voru alls staðar af landinu.

Þrjú fyrstu erindin tengdust útkomu nýs fræðslubæklingis „Matur og meðganga“. Hildur Harðardóttir, yfirlæknir á LSH reið á vaðið og fjallaði um þau vandamál sem skapast af ofþyngd (líkamsþyngdarstuðull (Lþ) 25.0 – 29.9) og offitu (30 eða >) á lífsleiðinni sem og á meðgöngu. Kona sem er yfir kjörþyngd á meðgöngu er m.a. í aukinni hættu á háþrýstingsvandamálum, pre-eclampsíu og meðgöngusykursýki.

Þegar kemur út í fæðinguna eru auknar líkur á gangsetningu, bráðakeisaraskurði, blæðingu eftir fæðingu, sýkingum, hárrí fæðingarþyngd og andvana fæðingum. Hildur lagði áherslu á að upplýsa þurfi verðandi mæður um áhrif ofþyngdar/offitu á meðgöngu og fæðingu og mikilvægi mataræðis og hreyfingar ekki einungis á meðgöngu heldur út allt lífið.

Anna Sigríður Ólafsdóttir matvæla – og næringarfræðingur hélt næsta erindi. Í því skýrði hún frá niðurstöðum rannsóknar á mataræði og holdafari á meðgöngu. Þessar niðurstöður eru hluti af stærri rannsókn á mataræði og lífsháttum 549 íslenskra kvenna á meðgöngu. Leiðbeiningar um þyngdaraukningu á meðgöngu eru í nýja bæklingnum „Matur og meðganga“. Niðurstöður voru þær að samkvæmt leiðbeiningum þyngjast fáar konur hæfilega. Í hópi kvenna sem eru í eða undir kjörþyngd eru 44% sem þyngjast hæfilega en 36% of lítið og 20% of mikið. Í hópnum yfir kjörþyngd þyngjast aðeins 34% hæfilega en 55% þyngjast of mikið og 11% of lítið. Mjög mikilvægt er að fylgjast með þyngdaraukningu á meðgöngu,



Dr. Jason Gardosi.

ráðleggja og veita stuðning þeim konum sem þurfa á að halda.

Jóhanna Skúladóttir aðstoðaryfirljósmóðir á MM var síðasti frammælandi í þessum hluta ráðstefnunnar. Hún kynnti sjálfan bæklinginn (sjá nánar hér í blaðinu). Í framhaldi af þessum fyrirlestrum urðu umræður um hlutverk okkar heilbrigðisstarfsmanna í ráðgjöf og stuðningi til kvenna á meðgöngu. Einnig var rætt um að snemma í skóla- kerfinu þyrfti að byrja að kenna fólki um samsetningu fæðu, kalóríur, skammta og gildi hreyfingar. Ljóst er að mikið verk er framundan hjá okkur við að auka þekkingu fólks á heilbrigðum lífs- og matarvenjum.

Dr. Jason Gardosi tók síðan við. Hann er einn af áhrifamestu fræðimönnum í rannsóknum á vaxtarseinkun fósturs. Hann er yfirmaður vísindarannsókna hjá West Midlands Perinatal Institute í Bretlandi og eftir hann liggur fjöldi fræðigreina. Hægt er að kynnst störfum Dr. Gardosi og samstarfsmanna hans nánar á www.perinatal.org.uk.

Fyrir hádegi fjallaði hann um grein- ingamat á vexti fósturs, þegar grun- semd vaknar um vaxtarseinkun (IUGR). Kynnti hann tölvuprógram sem hann hefur þróað þar sem einstak- lingsbundin viðmið eru notuð til að sér-



Um 150 manns sátu ráðstefnuna.



Ráðstefnugestir í kaffihléi.

sníða fyrir hverja konu vaxtamöguleika fósturs. Aðferðina kallar hann, SGAcust. (= customized = sérsníðinn). Þetta tölvuprógram er aðgengilegt á síðunni www.gestation.net Prógramið hefur verið þróað með vísindarannsóknum í Bretlandi, Svíþjóð og Nýja-Sjálandi og er frjálst til afnota.

Eftir hádegði fjallaði Dr. Gardosi nánar um mikilvægi þess að greina vaxtarseinkun fósturs og fjallaði um tengsl milli vaxtarseinkunar og t.d. fyrirburafæðinga, pre-eclampsíu, cerebral palsy og andvana fæðinga. Einnig kom fram hjá honum gildi samhæfðra aðferða við legbotnsmælingar okkar sem vinnum við meðgönguverndina. Þannig fæst á legvaxtarriti áreiðanleg

mæling sem vel er hægt að byggja á – áður en kallað er eftir nánari greiningamati í sónar, einkum flæðismælingum. Miklar og líflegar umræður sköpuðust eftir fyrirlestra Dr. Gardosi og voru ráðstefnugestir mjög ánægðir með framlag hans til símenntunar okkar hér.

Í síðasta hluta ráðstefnunnar voru þrír fyrirlestrar um málefni sem eru ofarlega á baugi í meðgönguverndinni hér. Kristín Rut Haraldsdóttir ljósmóðir á Fósturgreiningadeild fór yfir helstu ábendingar um mismunandi ómskoðanir á meðgöngu. Hvernig heilbrigðisstarfsfólk skuli standa að útfyllingu beiðna og mikilvægi þess að fræða verðandi mæður vel um tilgang skoðunarinnar. Einnig kom fram í fyrirlestri

hennar að þegar gert er vaxtarmat verða að líða tvær vikur milli sónar skoðana til að fá marktækar mælingar.

Brjánn Á. Bjarnason, geðlæknir á LSH ræddi í sínum fyrirlestri um neikvæð áhrif geðvandamála á verðandi móður og barn og þá einkum þunglyndis. Hann fjallaði síðan um stöðu mála í dag verðandi helstu flokka lyfja sem notaðir eru við meðferð á geðsjúkdómum og lagði áherslu á að mikilvægt sé fyrir konur með geðsjúkdóma að skipuleggja meðgöngu fyrirfram, þar sem möguleiki er að breyta þurfi lyfjum.

Lokafyrirlestur ráðstefnunnar féll í skaut Önnu Bjargar Aradóttur, hjúkrunarfræðings hjá landlæknisembættinu. Hún talaði um breytingar sem orðið hafa á félags- og heilbrigðismálum þjóðarinnar og heilsulæsi verðandi foreldra. Þar er átt við hversu vel einstaklingnum gengur að nálgast og nýta sér upplýsingar til að efla og viðhalda góðri heilsu sinni. Fræðsluþarfar þarf að miða út frá hæfni fólks til að nýta sér upplýsingar á gagnrýnnan hátt og til lengri tíma litið – hvaða félagslegu – og heilsufarslegu áhrifa er vænst.

Ég vil nota tækifærið hér í lok þess yfirliti frá ráðstefnu MM og þakka öllum þátttakendum fyrir komuna sem og fyrirlesurum fyrir þeirra framlag. Hlakka til að sjá ykkur öll á næstu ráðstefnu.

Með kveðju,

Sigríður Sía Jónsdóttir
yfirljósmóðir
Miðstöð mæðraverndar.

Kæru ljósmæður!

Alþjóðlega ljósmæðraráðstefnan (ICM) verður haldin í Ástralíu dagana 24.-28. júlí 2005. Þar sem um langt ferðalag er að ræða, er ekki ráð nema í tíma sé tekið. Félagið vill leitast við að greiða götu ljósmæðra sem hafa áhuga á að komast á ráðstefnuna, með því að vinna að ferðaáætlun og leita tilboða. Þær sem hafa áhuga eru vinsamlegast beðnar um að setja sig í samband við skrifstofu félagsins.

Nánari upplýsingar um ráðstefnuna er að finna á vefsíðu ráðstefnunnar <http://midwives2005.com/index.shtml>.

Ráðstefnur á næstunni

17. – 23. mars 2005. Ráðstefna á vegum **Midwifery Today**, haldin í Eugene, Oregon í Bandaríkjunum. Vefslóð ráðstefnunnar er <http://www.midwiferytoday.com/conferences/eugene2005/>

18.-22. maí 2005. Önnur ráðstefna á vegum **Midwifery Today**, haldin í Kaupmannahöfn. Vefslóð ráðstefnunnar er <http://www.midwiferytoday.com/conferences/denmark2005/>

24. – 28 júlí 2005. **Alþjóða ljósmæðraráðstefnan (ICM)** verður haldin í Brisbane, Ástralíu. Vefslóð ráðstefnunnar er www.midwives2005.com/
2. – 5. júlí 2005. Ráðstefna um brjóstgjöf á vegum **La Leche League International**, haldin í Washington DC, USA. Vefslóð ráðstefnunnar er www.lalecheleague.org.

8.- 12 júlí 2005. Ráðstefna um brjóstgjöf á vegum **ILCA**, haldin í Chicago, USA. Vefslóð ráðstefnunnar er www.ilca.org/conference/index.php

Ljósmóðir fær verðlaun fyrir meistararitgerð



Hildur Kristjánsdóttir og Guðrún Kristinsdóttir.

Vísindaráð Kennaraháskóla Íslands veitti við brautskráningu laugardaginn 23. október, í fyrsta sinn, verðlaun fyrir bestu meistararitgerðina árið 2004. Fyrir valinu varð ritgerð Hildar Kristjánsdóttir sem ber heitið: Upplifun og reynsla þungaðra kvenna af fyrstu skoðun í mæðravernd. Leiðbeinendur voru Guðrún Kristinsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir.

Ingólfur Á Jóhannesson, prófessor í menntunarfræðum við HA úrskurðaði um hver þeirra ritgerða sem tilnefndar höfðu verið væri best að titlinum komin. Í umsögn hans kom m.a. fram: „Ritgerðin er byggð á eiginlegri rannsókn um upplifun og reynslu þungaðra

kvenna í fyrstu skoðun í mæðravernd. Niðurstöðurnar eru ræddar í ljósi rannsókna og hugtaka úr menntunarfræðum, heilbrigðisvísindum og síðast en ekki síst hugmyndasagnfræði þar sem foucaultískum hugtökum er beitt. Þessi umræða, sem er einkum um valdatengsl mæðra og heilbrigðisstarfsmanna, er til fyrirmyndar af meistaraþrófsritgerð að vera“. Vísindaráð óskar Hildi til hamingju en hún fékk að gjöf valin verk úr ritasafni RKHÍ sem viðurkenningu fyrir bestu meistararitgerðina árið 2004.

www.khi.is

Lokaverkefni í ljósmóðurfræði Vormisseri 2004

Heiti lokaverkefnis:	Nafn:	Leiðbeinandi:
Næringarþarfir barna fyrstu sólarhringana eftir fæðingu	Árný Anna Svavarsdóttir	Árdís Ólafsdóttir
Þjónustuform ljósmæðra í Ísafjarðarbæ	Ásthildur Gestsdóttir	Helga Gottfreðsdóttir
Ofþyngd barnshafandi kvenna - áhrif á meðgöngu, fæðingu og nýbura	Brynja Pála Helgadóttir	Helga Gottfreðsdóttir
Fíkniefnaneysla á meðgöngu -hlutverk mæðraverndar	Halldóra Karlsdóttir	Helga Gottfreðsdóttir/ Jóna Dóra Kristinsdóttir
Nálastungur í fæðingu	Hildur Björk Rúnarsdóttir	Margrét I. Hallgrímsson Rósa Bragadóttir meðleiðb.
Sykurþolspróf á meðgöngu - ástæður og útkoma	Hrafnhildur Ólafsdóttir	Sigríður Sía Jónsdóttir
Þróun heimasíðu fyrir „Ráðgjöf um getnaðarvarnir“	Ingibjörg Finndís Sigurðard.	Sóley Bender
Nálastungur á meðgöngu	Jónína Birgisdóttir	Helga Gottfreðsdóttir
Barnvænt sjúkrahús - fræðileg úttekt	Margrét Guðmundsdóttir	Ingibjörg Eiríksdóttir
Samvera móður og barns eftir keisarafæðingu	Þórdís Björk Kristjánsdóttir	Árdís Ólafsdóttir

Frá útskrift ljósmæðra vor 2004



Ásthildur Gestsdóttir.

Efri röð frá vinstri: Margrét Guðmundsdóttir, Brynja Pála Helgadóttir, Þórdís Björk Kristjánsdóttir, Hrafnhildur Ólafsdóttir og Halldóra Karlsdóttir.

Neðri röð frá vinstri: Jónína Birgisdóttir, Ásthildur Gestsdóttir, Hildur Björk Rúnarsdóttir, Ingibjörg F. Sigurðardóttir og Árný Anna Svavarsdóttir.



Margrét Guðmundsdóttir, Hildur Björk Rúnarsdóttir, Jónína Birgisdóttir og Þórdís B. Kristjánsdóttir.



Árný Anna Svavarsdóttir.



Hugleiðingar

Að lokinni norrænni ljósmæðraráðstefnu í Reykjavík

Yfirskriftin „Mothers of light“ bar svo sannarlega fögur fyrirheit um gjöfula ráðstefnu norrænna ljósmæðra í Reykjavík á vordögum. Skemmst er frá því að segja að ráðstefnan gerði gott betur en að standa undir væntingum okkar ljósmæðranna. Stórkostlegt var að líta inn í salinn fyrsta morguninn þar sem fjöldi ljósmæðra var að koma sér fyrir. Ekki aðeins var skipulagning ráðstefnunnar af hálfu okkar litla ljósmæðrafélags til mikillar fyrirmyndar heldur voru fyrirlestrarnir hinir fróðlegustu á að hlýða.

Óhætt er að segja að íslensku fyrirlesararnir gáfu þeim erlendu ekkert eftir. Einna helst hefði mátt gagnrýna að enginn fyrirlesaranna kom frá vinnustað mínum, fæðingardeild Landspítala-Háskólasjúkrahúss. Vonandi verður bætt úr því þegar við komum saman á næstu norrænu ljósmæðraráðstefnu.

Ekki aðeins voru fyrirlestrarnir fræðandi, því að heilmikið bættist við í umræðum að þeim loknum, bæði utan og innan fyrirlestrarsalanna. Óformlegar umræður eru ekki hvað síst dýrmætari á ráðstefnum eins og ráðstefnunni í vor. Þá upplifum við samkenndina hvað sterkast, þ.e. að við erum ekki einar með okkar áhyggjur og hugleiðingar. Fjöldinn allur af ljósmæðrum er að glíma við sömu vandamál í sínum heimalöndum. Svo er alltaf gaman að fræðast um hvað ljósmæður úti í heimi eru að gera.

Ég hef ekki hugsað mér að rekja efni fyrirlestranna. Fremur að reifa hvað eftir sat í huga mínum að ráðstefnunni lokinni. Aðdragandinn að þessum þönkum mínum á sér reyndar nokkuð lengri aðdraganda. Þar sem álagið á ljósmæðrum á mínum vinnustað hefur verið mjög mikið um hrið, bæði vegna aukinnar fæðingartíðni og mannfæðar, hafa áhyggjur mínar af ferli eðlilegrar fæðingar farið vaxandi að undanfögnu. Ljósmæðurnar hafa verið með fleiri en eina konu í fæðingu og því þurft að hlaupa milli kvenna, sem segir sig sjálft að gefur ekki mikinn tíma til yfirsetu. Sí minna hefur farið fyrir ljósmæðralistinni og ljósmæðrahjartað oft orðið býsna kramið.



Birna Ólafsdóttir,
ljósmóðir á fæðingardeild
Landspítala-Háskólasjúkrahúss

Oft og tíðum hefur þá sú hugsun vaknað hvort við ljósmæður viljum sjá listgrein okkar þróast á þennan hátt. Af þeim ástæðum hafði ég ekki hvað síst áhuga á því að heyra hvort aðrar ljósmæður á ráðstefnunni hefðu svipaða sögu að segja og hvernig þær tækjust á við svipaðar aðstæður.

Í ljós kom að margar ljósmæður eru að ganga í gegnum svipaða reynslu í sínum heimalöndum og höfðu áhyggjur af því að eðlilegum fæðingum færi fækkandi. Ljóst er að þegar ljósmæður ná ekki að sinna konum sem skyldi, eykst tíðni mænurótardeyfinga og keisarskurða jafnframt því sem lækna taka sífellt meira stjórnina í fæðingarferlinu.

En hvað getum við ljósmæður gert? Ýmislegt kom fram á ráðstefnunni, t.d. um að ljósmæður þyrftu að vera iðnaðri við að vinna að rannsóknum og nýta sér niðurstöður þeirra á sínum vettvangi. Þær þyrftu að þróa sig áfram t.d. með því að sækja ráðstefnur, lesa tímarit og taka þátt í faglegri vinnu. Þannig viðhéldu þær sinni eigin stétt og störfum.

Ekki er síður mikilvægt að ljósmæður hafi trú á því sem þær eru að gera og séu óhræddar við að hasla sér völl og/eða sækja fram. Við megum heldur ekki gleyma því að rækta okkur sjálfar – eiga og stunda áhugamál utan vinnu eins og svo vel kom fram í erindi Jane Sandall. Ljósmæður sem leggja rækt

við sjálfar sig verða betri ljósmæður. Að lokum má svo aldrei gleyma því að ljósmóðir sem sinnir fæðandi konu verður sjálf að hafa trú á eðlilegri fæðingu, treysta náttúrunni og styðja konuna á þann hátt í fæðingunni.

Erlendar ljósmæður eru yfirleitt hrifnar af því sem er að gerast í barneignarferlinu á Íslandi. Sömuleiðis eru þær hrifnar af íslenska ljósmæðranáminu og hafa jafnvel sótt sér fyrirmyndir þaðan. En eitt finnst þeim þó stinga í stúf, þ.e. hversu lítil samfella býðst barnshafandi konum hér á landi. Þær eru hissa á því að konur þurfi að fara út á land eða skrá sig í MFS til þess að fá samfelli í ljósmæðraþjónustu. Þeim þykir furðu sæta að ljósmæður á Stór-Reykjavíkursvæðinu sinni aðeins öðrum þættinum í ferli barnshafandi kvenna, þ.e. mæðravernd eða fæðingum. Því miður hefur þetta verið svona árum saman og merkilegt að ekki skuli enn vera farin af stað þróunarvinna um samfelli í barneignarferlinu. Þetta er sérstaklega merkilegt með tilliti til þess að niðurstöður rannsókna gefa skýrt til kynna að samfelld þjónusta í barneignarferlinu eykur líkur á eðlilegum fæðingum. Er það ekki einmitt það sem við ljósmæður óskum hverri fæðandi konu?

Eftir að hafa setið velheppnaða ráðstefnu fór ljósmæðrahjartað aftur að rétta úr sér og slá örar. Þar sem ég stóð þarna með dúndrandi ljósmæðrahjartslátt varð mér hugsað til þess hversu mikil áhrif listgrein okkar, ljósmóðurfræðin, hefur á líf kvenna. Við höfum í höndum okkar upplifun fæðandi kvenna af fæðingum barna þeirra og barneignarferlinu í heild.

Þrátt fyrir að við getum mótað okkar starf eins og list, þá er listin mest fólgin í því að fylgja konunni og hugmyndum hennar og stuðla þannig að jákvæðri fæðingarupplifun sem mun fylgja konunni allt hennar líf.

Ég er stolt að vera ljósmóðir og tilheyra þeirra hópi. Lokaorð mín eru þessi: verum stoltar og gleymum ekki hverjar við erum og hverju við getum áorkað.

Með ljósmæðralistakveðju.

Veldu rétt...

fjölskyldunnar vegna



*við eigum mörg áhugamál
við erum stundum sein
við erum fjölskylda*



Fjölskyldan

Þegar öll fjölskyldan er með bankaviðskipti sín hjá SPRON getur ávinningurinn orðið umtalsverður:

- 50% afsláttur af öllum debetkortaárgjöldum fjölskyldunnar
- Endurgreiðsla á hluta af greiddum vöxtum fyrir skilvísa viðskiptavini vegna skuldabréfa, yfirdráttar eða víxla
- Tórstundastyrkir
- Vegleg gjöf við skráningu o.fl.

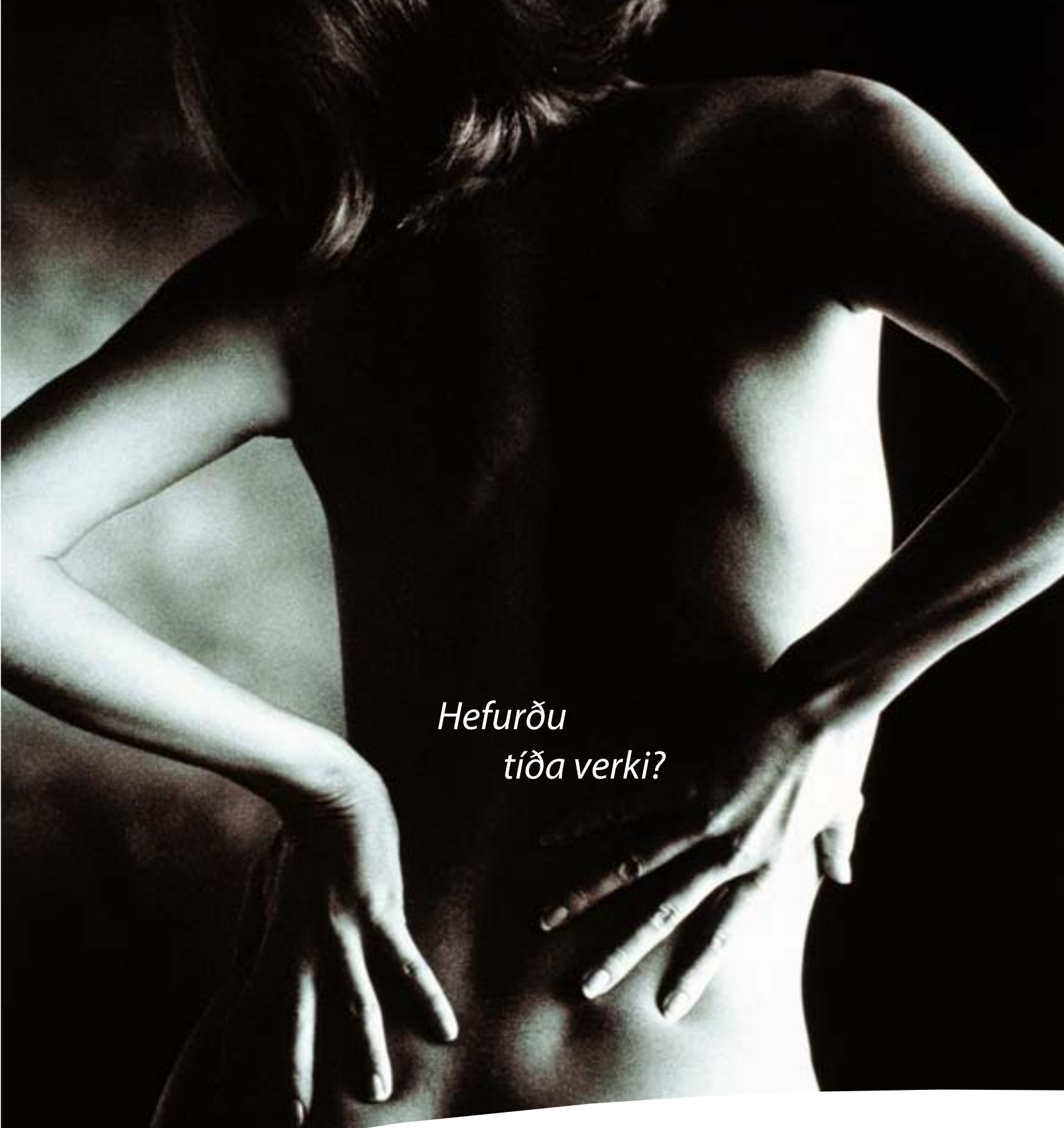
Fjölskyldan hjá SPRON er sérstök þjónustuleið ætluð fjölskyldum af öllum stærðum og gerðum jafnt sem einstaklingum og er þjónustan án sérstaks endurgjalds.

Skráðu þig og þína í fjölskylduþjónustu SPRON í síma 550 1200, hjá þjónustuveri í síma 550 1400, á www.spron.is eða komdu við í næsta útibúi SPRON.



spron

– fyrir allt sem þú ert



Hefurðu
tíða verki?

Íbúfen – Bólqueyðandi og verkjastillandi

Töflur: M 01 A E 01. **Hver tafla inniheldur:** Ibuprofenum INN 200 mg, 400 mg eða 600 mg. **Ábendingar:** Bólqueyðandi og verkjastillandi lyf, ætlað til notkunar við liðagigt, slitgigt, tíðaverkjum, tannþínu og höfuðverk. Lyfið má einnig nota sem verkjalyf eftir minni háttar aðgerðir, t.d. tanndrátt. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtastærðir **handa fullorðnum:** Sjúkdómseinkenni og lyfjasvörun ákvarða hæfilegan skammt hjá hverjum einstaklingi. Skammtar eru venjulega 600–2000 mg á dag og ekki er mælt með stærri dagskammti en 2400 mg. Hæfilegt er að gefa lyfið 3–4 sinnum á dag í jöfnum skömmtum. Morgunskammt má gefa á fastandi maga til að draga fljótt úr morgunstirðleika. Við nýrnabilun þarf að minnka skammta. **Skammtastærðir handa börnum:** Venjulegir skammtar eru 20 mg/kg líkamspunga á dag, gefið í 3–4 jöfnum skömmtum. Börnum sem vega innan við 30 kg skal eigi gefa meira en 500 mg á dag. **Frábendingar:** Lyfið er ekki ætlað vanfærum konum. Lyfið skal ekki notað ef lifrarstarfsemi er skert. Sjúklingar sem hafa fengið asma, rhinitis eða ofsakláða eftir töku acetylsalicylsýru eða annarra bólqueyðandi lyfja (annarra en barkstera), skulu ekki nota lyfið. **Milliverkanir:** Getur aukið virkni ýmissa lyfja svo sem blóðþynnningarlyfja og flogaveikilyfja. **Aukaverkanir:** Ofnæmi (útbrot). Meltingarþægindi svo sem niðurgangur og ógleði. Lyfið skal nota með varúð hjá sjúklingum með tilhneigingu til magasárs eða sögu um slík sár. Lifrabólga hefur verið lýst af völdum lyfsins (toxískum hepatitis). Asmi gegur versnað við notkun lyfsins. **Lyfhrif/lyfjahvörf:** Ibúprófen er bólqueyðandi lyf með svipaðar verkanir og acetylsalicylsýra. Hefur bólqueyðandi, verkjastillandi og hitalækkandi verkun. Lyfið frásogast hratt eftir inntöku og helmingunartími í blóði er u.þ.b. 2 klst. Um 60% útskilst í þvagi en 40% með galli í saur. Proteínbinding í sermi er um 99%. Pakkingar og hámarksverð (01.09.04): Töflur 200 mg: 20 stk. (L); 100 stk. 773 kr. Töflur 400 mg: 30 stk. (L); 100 stk. 818 kr. Töflur 600 mg: 30 stk. 792 kr.; 100 stk. 1.040 kr. Heimilt er að selja takmarkað magn lyfsins í lausasölu, sbr. ofangreindar pakkingar merktar (L). Hverri pakkingu fylgja viðurkenndar leiðbeiningar á íslensku um notkun lyfsins. Handhafi markaðsleyfis: Actavis hf. Reykjavíkureggi 78, Hafnarfirði. 01.09.04.



actavis
hagur í heilsu