



Forstig fæðingar

Fræðileg samantekt

Anna Margrét Einarsdóttir

Ritgerð til kandídatsprófs (8 einingar) í ljósmóðurfræði

Námsbraut í ljósmóðurfræði



HÁSKÓLI ÍSLANDS
HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

Forstig fæðingar
Fræðileg samantekt

Anna Margrét Einarsdóttir

Ritgerð til kandidateksprófs í ljósmóðurfræði

Leiðbeinandi: Hildur Kristjánsdóttir

Hjúkrunarfræðideild

Námsbraut í ljósmóðurfræði

Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2016

Latent Phase of Labour
A literature review

Anna Margrét Einarsdóttir

Thesis for a degree in Midwifery
Candidata Obstetriciorum
Advisor: Hildur Kristjánsdóttir

Faculty of Nursing
Department of Midwifery
School of Health Sciences
June 2016

Ritgerð þessi er til kandiðatsprófs í ljósmóðurfraði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Anna Margrét Einarsdóttir 2016

Prentun: Háskólaprent

Staður, Ísland 2016

Ágrip

Forstigi fæðingar hefur verið skoðað af rannsakendum allt frá því að skilgreiningin á því var fyrst sett fram árið 1955. Þessi skilgreining hefur verið notuð víða um heim en umhverfi og meðferð í fæðingarferlinu hefur breyst töluvert á þessum rúmum 60 árum. Konur eru eldri nú þegar þær eignast börn og einnig eru þær þyngri. Einnig hefur tíðni inngripa eins og gangsetningar, örvunar og mænurótardeyfingar hækkað. Allt þetta getur haft þau áhrif á fæðingu að hún taki lengri tíma en ella. Rannsóknir hafa verið gerðar á forstiginu sem benda til þess að það taki lengri tíma en fyrst var áætlað. Einnig var sett fram skilgreining á langdregnu forstigi og er sú skilgreining enn notuð í dag

Rannsóknir hafa sýnt að dvöl á sjúkrahúsi á forstigi fæðingar eykur líkur á inngripum og eru konur því hvattar til að vera heima á því stigi. Það kemur í hlut ljósmæðra að sinna konum og meta á hvaða stigi fæðingin er þegar þær leita á sjúkrahús.

Markmið verkefnisins var að skoða meðferðarmöguleika á forstigi fæðingar og hvort nauðsynlegt væri að meðhöndla það. Einnig voru aðferðir ljósmæðra í samskiptum við konur í upphafi fæðingar skoðaðar. Gerð var fræðileg samantekt þar sem leitað var eftir rannsóknum á forstiginu og meðferð á því. Notuð voru gagnasöfnin gagnagrunnana PubMed, Cinahl og Google Scholar.

Helstu niðurstöður voru þær að meðferðarmöguleikar á forstigi fæðingar hafa ekki mikið verið skoðaðir. Bornar hafa verið saman mismunandi gangsetningar- og örvunarmeðferðir en ekki hefur hvíldarmeðferð verið borin saman við gangsetningu eða örvun fæðingar. Konur upplifa óöryggi í upphafi fæðingar en á sama tíma eru þær hvattar til að vera heima og njóta þá ekki þjónustu fagfólks. Ljósmæður þurfa góða þjálfun og hæfni í samskiptum við konur sem leita á sjúkrahús á forstigi fæðingar.

Það væri áhugavert að gera samanburðarrannsókn á áhrifum hvíldarmeðferðar og örvunar eða gangsetningar.

Lykilorð: Forstigi fæðingar, meðferð, ljósmóðurfræði, upplifun

Abstract

The latent phase of labor has been examined ever since it was first described in 1955. This definition of the latent phase has been used around the world but both maternal characteristics and obstetric practices have changed considerably during the last 60 years. Women are older and have higher body mass index. Interventions such as induction, augmentation and epidural have also increased. This is associated with progressively longer labour. Studies indicate that the latent phase is actually longer than it was first thought to be. The definition of prolonged latent phase which was described at the same time is still being used around the world.

Previous research has shown that women who were admitted to hospital while in latent phase had an increased risk of being subjected to obstetric interventions and therefore women are advised to stay at home during the latent phase. It is the midwife's role to take care of women when they seek care and assess at what stage the birth is at.

The object of this thesis was to examine management possibilities during the latent phase and if it was necessary to treat women during this phase. The object was also to examine midwives' strategies in communicating with women in early labour. A literature review was made while searching for research done on the latent phase of labour. The databases PubMed, Cinahl and Google Scholar were used.

The main conclusion was that the management possibilities during the latent phase of labour have not been examined thoroughly. There have been randomized controlled trials that have examined different induction and augmentation methods but not on therapeutic rest, induction or augmentation. Women are insecure during early labour but at the same time they are encouraged to stay at home and therefore will not receive care of health professionals, such as midwives. Midwives need good training and quality in communicating with women who seek hospital care during the latent phase of labour.

It would be interesting to do a randomized controlled trial to examine the influence of therapeutic rest and induction or augmentation on the latent phase of labour.

Key words: latent phase of labour, management, midwifery, experience

Þakkir

Ég vil þakka leiðbeinanda mínum, Hildi Kristjánsdóttur, fyrir góða og hvetjandi leiðsögn við gerð þessa lokaverkefnis. Soffíu Bæringsdóttur þakka ég hjálp við gerð ágríps á ensku. Ég vil þakka umsjónarljósmæðrum mínum fyrir þolinmæði, stuðning og kennslu á námstímanum. Unnusta mínum, Gunnlaugi Reyni Sverrissyni og móður minni, Báru Jónsdóttur vil ég þakka endanlausan stuðning og hvatningu. Börnin mín eiga einnig þakkir skildar fyrir þolinmæði sem og fjölskylda og tengdafjölskylda. Að lokum vil ég þakka hollsystem mínum fyrir samveruna síðastliðin tvö ár, það er ómetanlegt að hafa eignast svona góðar systur.

Efnisyfirlit

Ágrip	5
Abstract.....	6
Þakkir.....	7
Efnisyfirlit	8
Töfluskra.....	9
Inngangur.....	10
1 Aðferðir.....	12
2 Niðurstöður.....	17
2.1 Forstig fæðingar.....	17
2.1.1 Upphaf forstigsins.....	17
2.1.2 Lok forstigsins.....	18
2.1.3 Langdregið forstig fæðingar	19
2.2 Meðferð á forstigi fæðingar	19
2.2.1 Meðferð utan sjúkrahús.....	21
2.2.2 Meðferðarmöguleikar á sjúkrahúsi	21
2.3 Að takast á við forstigið – upplifun kvenna	23
2.4 Aðferðir ljósmæðra við umönnun kvenna á forstigi fæðingar	25
3 Umræða	28
Ályktanir.....	29
Heimildaskrá.....	30

Töfluskra

Tafla 1. Yfirlit yfir greinar.....	14
------------------------------------	----

Inngangur

Friedman (1955), setti fram skilgreiningu á forstigi (e.latent phase) og virku stigi fæðingar (e.active phase), árið 1955. Þetta var tímamótarannsókn þar sem hann skoðaði fæðingarmynstur hjá 500 frumbyrjum sem fæddu eftir fulla meðgöngu. Hann skipti fyrsta stigi fæðingarinnar í forstig og virkt stig, þetta gerði hann þannig að tengsl voru á milli tímalengdar og útvíkkunar á leghálsi. Í þessu sambandi setti hann fram kúrfu sem hefur æ síðan verið kennd við hann og átti hún að sýna hversu hratt útvíkkun ætti að ganga. Virka stiginu skipti hann svo í þrjú stig þar sem útvíkkun leghálsins gekk mishratt eftir því á hvaða stigi konan var á. Þessar skilgreiningar hafa svo verið teknar upp og notaðar víða um heim á síðastliðnum. 60 árum. En á sama tíma hefur umhverfi og meðferð í fæðingarferlinu breyst töluvert. Gangsetningartíðni er hærri sem og notkun mænurótardeyfingar og hríðarörvandi lyfja eins og oxytocins. Einnig er meira fylgst með hjartslætti barns með sírita. Svo eru konur eldri og þyngri núna en fyrir 60 árum síðan en þessir þættir geta haft þau áhrif að fæðing taki lengri tíma (Harper o.fl., 2012; Kominiarek o.fl., 2011; Laughon, Branch, Beaver, og Zhang, 2012; Norman o.fl., 2012).

Forstig fæðingar hefur verið skilgreint sem óreglulegir samdrættir í legi áður en virka stigið í fæðingu hefst (Friedman, 1955, 1972; Zhang, Troendle, og Yancey, 2002). Sú skilgreining er notuð á Landspítala háskólasjúkrahúsi að forstig fæðingar hefjist þegar sársaukafullir samdrættir hefjast í legi (Elín Arna Gunnarsdóttir, Sigrún Arnardóttir, og Gróa Margrét Jónsdóttir, 2014). Rannsakendum hefur reynt erfitt að skilgreina nákvæmlega hvenær virka stigið hefst hjá konum. Samkvæmt rannsókn Friedman (1955), hefst virka stigið þegar útvíkkun fer að ganga hraðar fyrir sig og gerist það venjulega þegar útvíkkun hefur náð 4 cm. Rannsóknir hafa sýnt að virka stigið hefjist ekki fyrr en útvíkkun á leghálsi sé orðin 5 cm hjá fjölbyrjum og jafnvel seinna hjá frumbyrjum (Zhang, Troendle, o.fl., 2010). Lin og Rouse (2006) lögðu fram nýja skilgreiningu á virka stiginu sem felur í sér að útvíkkun þurfi að vera 4 cm og leghálsinn nær fullþynntur eða að útvíkkun sé 5 cm óháð því hversu þynntur leghálsinn sé. Þessa skilgreiningu á enn eftir að prófa með tilliti til þess hvort hún eigi við frumbyrjur jafnt sem fjölbyrjur.

Forstig fæðingar telst langdregið (e.prolonged latent phase), ef það hefur varað í ≥ 20 klst hjá frumbyrju og ≥ 14 klst hjá fjölbyrju (Friedman, 1955). Á Landspítalanum er stuðst við þessa skilgreiningu (Elín Arna Gunnarsdóttir o.fl., 2014). Langdregnu forstigi fæðingar fylgir aukin áhætta á inngripum og því fylgir oft verri útkoma fyrir móður og barn (Lundgren, Andrén, Nissen, og Berg, 2013; Maghoma og Buchmann, 2002). Rannsóknir hafa sýnt að konur sem dvelja lengur á sjúkrahúsi í fæðingu séu líklegri til að þurfa inngrip eins og keisaraskurð, mænurótardeyfingu og örvun með oxytocini. Einnig eru þær í aukinni hættu á blæðingu eftir fæðingu. Margar konur eru lagðar inn á fæðingardeild á forstigi fæðingar á meðan meðferðin sem veitt er miðast við að þær séu komnar á virka stigið (Bailit, Dierker, Blanchard, og Mercer, 2005; Janssen og Weissinger, 2014; Lundgren o.fl., 2013; Neal o.fl., 2010).

Þar sem rannsóknir hafa sýnt að lengri dvöl á sjúkrahúsi auki líkur á inngripum er það venja að ráðleggja konum að vera sem lengst heima á meðan þær eru á forstigi fæðingar. Samkvæmt verklagi Landspítala er meðferðin á forstiginu hvíldarmeðferð (e.therapeutic rest), sem felur í sér að konum sem treysta sér til þess að fara heim er boðið verkjalyf, lyf til að draga úr samdráttum í legi og

svefnlyf ef þær hafa ekki náð að sofa. Konum sem treysta sér ekki heim eru boðin sterkari verkjalyf og þær dvelja svo á deildinni. Framköllun fæðingar kemur til greina ef þessi meðferð á ekki við eða ef konur komast ekki yfir á virka stig fæðingar (Elín Arna Gunnarsdóttir o.fl., 2014). Í Svíðþjóð er konum ráðlagt að fara aftur heim ef þær leita á fæðingardeild á forstigi fæðingar (Lundgren o.fl., 2013). Sama verklag er viðhaft í Bretlandi en lögð er rík áhersla að vinna í samráði við konur, bæði varðandi innlögn og verkjalyf meðal annars með því að taka tillit til þess ef konur upplifa hríðarnar á forstiginu það slæmar að þær óski eftir innlögn (NICE, 2014). Konur sem eru sendar heim upplifa það oft á neikvæðan hátt og það er algengt að konur sem eru heima á forstigi fæðingar upplifi óöryggi þar sem þær njóta ekki umönnunar ljósmæðra og annars fagfólks (Barnett, Hundley, Cheyne, og Kane, 2008; Carlsson, Hallberg, og Pettersson, 2009; Eri, Blystad, Gjengedal, og Blaaka, 2010; Lundgren o.fl., 2013).

Það er hlutverk ljósmæðra að komast að því á hvaða stigi fæðingar konan er þegar hún leitar fyrst á fæðingardeildina, hvort sem það er með símtali eða hún mætir á staðinn. Þetta getur verið erfitt að meta og oftast eru fyrstu samkipti kvenna við ljósmóður á fæðingardeild í gegnum síma. Ljósmóður þurfa því að reyna að stjórna flæðinu að fæðingardeildinni samhliða því að veita konum einstaklingsbundinn stuðning (Spiby, Walsh, Green, Crompton, og Bugg, 2014)

Í verknámi mínu sem ljósmóðurnemi á Fæðingarvakt Landspítalans hef ég sinnt konum sem koma inn með byrjandi hríðir. Þá er oftast spurning hvort konan sé komin í fæðingu eða ekki, hvort hún sé enn á forstigi fæðingar eða komin á virka stig fæðingarinnar. Meðferð konunnar veltur á því hvort hún sé enn á forstiginu eða virka stiginu. Sú spurning hvort óhætt sé að færa útvíkkun inn á fæðingarritið hefur heyrst oft og hefur það áhrif á meðferðina sem konan fær ef byrjað er að færa útvíkkun of snemma inn á fæðingarrit. Einnig finnst mér merkilegt hversu lítið er rætt um forstig fæðingar við konur í mæðravernd. Þær fá fræðslu um að fyrst geti samdrættir verið óreglulegir og að þá sé best að vera heima, en ég hef ekki séð að þær fái góða fræðslu um þetta stig. Þetta kveikti áhuga hjá mér á því að skoða forstig fæðingar betur, bæði meðferðina sem er í boði og hvort hún hafi jákvæð áhrif á fæðinguna og upplifun kvenna. Einnig tel ég áhugavert að skoða þær aðferðir sem ljósmóður beita í samskiptum sínum við konur á forstigi fæðingar. Markmið þessa verkefnis er því að skoða hvort nauðsynlegt sé að meðhöndla forstig fæðingar og þá hvort meðferð hafi áhrif á útkomu fæðinga, inngripátíðni og upplifun kvenna. Aðferðir ljósmæðra við að sinna konum á forstigi fæðingar eru skoðaðar með rannsóknum sem gerðar hafa verið á upplifun og reynslu ljósmæðra.

1 Aðferðir

Fræðileg samantekt var gerð á skrifum og rannsóknum um forstig fæðinga, skilgreiningum, upplifun kvenna og aðferðum ljósmæðra. Við heimildaleit var notast við gagnagrunnana PubMed, Cinahl og Google Scholar og var leitin gerð á tímabilinu 1. mars 2016 – 22. apríl 2016. Við leitina voru notuð leitarorðin forstig fæðingar (e.Latent Phase of Labor), fyrsta stig (e.Stage, first), meðferð (e.management), upplifun (e.experience). Ekki voru gerðar tímatakmarkanir við leitina en rannsóknir sem fjallað er um í þessu verkefni eru frá árunum 1955-2014, en flestar frá árunum 2010-2014. Rannsóknir sem nýttar voru eru meðal annars frá Svíþjóð, Noregi, Danmörku, Bandaríkjunum, Bretlandi og Suður Afríku og eru flestar greinarnar á ensku. Við vinnslu ritgerðarinnar voru notaðar 14 af þeim heimildum sem fundust með efnisleit en aðrar greinar fundust með snjóboltaaðferð úr heimildaskrá þeirra greina og einnig í gagnagrunnum sem birtu tengdar greinar. Einnig var stuðst við klínískar leiðbeiningar frá Landspítala, klínískar leiðbeiningar frá Embætti landlæknis, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi (SFOG), The Royal College of Midwives (RCM) og upplýsingar úr Sérlyfjaskrá.

Tafla 1. Yfirlit yfir greinar

Skýring á litagreiningu: | nngangur – Meðferð – Upplifun kvenna – Upplifun ljósmæðra - Útkoma

Nafn greinar	Land	Höfundar	Umfjöllun	Niðurstöður	Annað
A randomized controlled trial on early induction compared to expectant management of nulliparous women with prolonged latent phases	SVE 2014	E. Brane, A. Olsson og E. Andolf	Ber saman örvun í á forstigi vs. aðrar meðferðir m.t.t. Útkomu fæðingar hjá frumbyrjum í langdregnu forstigi.	Ekki marktækur munur á keisaratiðni, fæðingarmáta, fæðingarupplifun eða útkomu fæðingar. Keisaratiðni þó hærrí hjá þeim sem sem fengu "enga" meðferð. Langdregið forstig eykur líkur á keisarafæðingu. Segja má að hvorug þessara aðferða sé gagnleg en gögn ýta undir að virk meðferð á forstigi fæðingar hjá frumbyrjum geti verið gagnleg.	Frumbyrjur
Women's experience with early labour management at home vs. in hospital	CAN 2012	P.A. Janssen, S.L.Desmarais	Skoðar reynslu frumbyrja í heilbrigðri meðgöngu af því að fá þjónustu heim eða í gegn um síma á forstigi fæðingar.	630 frumbyrjur - Konur sem fá þjónustu heim í latent fasa eru ánægðari en þær sem fá ráðgjöf gegn um síma. En þetta hefur ekki áhrif á útkomu fæðinga	Frumbyrjur
Outcomes of Women Presenting in Active Versus Latent Phase of Spontaneous Labor	USA 2005	J. L. Bailit, L. Dierker, M. H. Blanchard and B. M. Mercer	Að meta mun á útkomu milli kvenna sem koma inn á sjúkrahús á forstigi og á virka stiginu. Hvort það að koma á sjúkrahús á forstigi sé ástæða þess að þessar konur séu í aukinni hættu á að fara í keisara	8818 konur – Ekki skýrt hvort vandamál séu út af því að konur koma fyrr í ferlinu inn á sjúkrahús eða hvort að latent fasi sé ábending á erfiða fæðingu.	Frumbyrjur/ fjölbýrjur
Midwives'beliefs and concerns about telephone conversations with women in early labour	UK 2013	H. Spiby, M. Phil, D. Walsh, J. Green, A. Crompton, G. Bugg,	Skoðar viðhorf ljósmæðra til símtala á snemma í fæðingarferlinu.	Ljósmæður reyna að stjórna flæðinu að fæðingardeild samhliða því að veita konum einstkalingsbundinn stuðning. 9 þemu – kemur líka inn á innsæi ljósmóðurinnar	Ljósmæður
Active labour duration and dilation rates among low-risk nulliparous women with spontaneous labor onset: A systematic review	USA 2010	J. L. Neal, N. K. Lowe, K. L. Ahijevych, T. E. Patrick, L. A. Cabbage og E. J. Corwin	Fræðileg samantekt sem skoðar hversu lengi frumbyrjur eru í aktívum fasa.	Niðurstöður að frumbyrjur eru lengri á virka stiginu heldur en meðaltalið sem notað er þegar talað er um lengd á virka stiginu. Skoðar greinar frá Evrópu, Ástralíu og Ameríku - frá 1990-2008.	Frumbyrjur
Changes in labor patterns over 50 years	USA 2012	K. Laughon, W. Branch, J. Beaver og J. Zhang	Skoðar þróun á lengd fæðingar sl. 50 árin. Fjallar um frumbyrjur og fjölbýrjur en tekur fram að mæður	Tekur konur lengri tíma að klára útvíkkun frá 4-5 cm nú heldur en 1960.	Frumbyrjur/ fjölbýrjur

			og aðferðir hafa breyst á þessum tíma.		
Stay home for as long as possible': Midwives' priorities and strategies in communicating with first-time mothers in early labour	NOR 2011	T. S.Eri, A. Blystad, E. Gjengedal, G. Blaaka	Skoðar forgangsröðun og aðferðir ljósmæðra í samskiptum við frumbyrjur snemma í fæðingu - 5 þemu.	Ljósmæður eiga að geta varið konuna fyrir ónauðsynlegum inngripum. Samkvæmt rannsóknum virðast tilraunir ljósmæðra til að halda konum lengur heima ekki bera tilætlaðan árangur með að halda konum frá inngripum.	Ljósmæður
The Latent Phase of Labor: Diagnosis and Management	USA 2007	B. Greulich, B. Tarrant	Skoðar forstigið og meðferðamöguleika - fræðileg samantekt. Skoðar skilgreiningar og fleira.	Heilbrigðisstarfsfólk þarf að veita persónulega þjónustu í samráði við konuna sem er að fæða.	Frumbyrjur/ fjölbyrjur
Care seeking during the latent phase of labour – Frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden	SWE 2013	I. Lundgren, K. Andrén, E. Nissen, M. Berg	Hlutfall kvenna sem leita á sjúkrahús á forstiginu og einnig útkomu fæðinga í tengslum við innlögn á sjúkrahús í upphafi fæðingar.	Frumbyrjur sem voru áfram á sjúkrahúsi voru ólíklegri til að fæða um leggöng án áhalda og líklegri til að fæða með keisaraskurði. Hjá fjölbyrjum skipti ekki máli hvort þær fóru heim eða ekki. Það er þörf á mismunandi leiðbeiningum fyrir frumbyrjur og fjölbyrjur.	Frumbyrjur/ fjölbyrjur
Women's perception of pre-hospital labour duration and obstetrical outcomes; a prospective cohort study	USA 2014	P. A. Janssen og S. Weissinger	Skoðar hvort konur í eðlilegri fæðingu, sem finnast þær vera lengur í fæðingu séu líklegri að þurfa eða fá inngrip – skoðar líka hvort konur sem fara fyrr á sjúkrahús séu líklegri til að enda í keisara.	Konur sem upplifðu sig lengur en 24 klst í fæðingu voru 40% líklegri til að fara í keisara. Einnig auknar líkur á inngripum og blæðingu eftir fæðingu. Þetta gæti greint þær konur sem eru í minni áhættu á keisarafæðingu.	Frumbyrjur
The Natural History of the Normal First Stage of Labor	USA 2010	J. Zhang, J. Troendle, R. Mikolajczyk	Afturvirk rannsókn sem skoðaði 26838 fæðingar frá árunum 1959-1965	Segir að virka stigið hefjist ekki fyrr en við 5 cm útvíkkun á leghálsi hjá fjölbyrjum og jafnvel seinna hjá frumbyrjum. Of snemmt að miða við tveggja tíma stöðvun á útvíkkun áður en legháls hefur opnast um 6 cm en of mikið að miða við 4 tíma eftir 6 cm. Stór hluti kvenna og þá sérstaklega frumbyrja er ekki komin á virka stigið þegar útvíkkun mælist 4 cm. Það getur tekið meira en 4 klst fyrir frumbyrju að fara frá 4 cm í útvíkkun upp í 5 cm.	Frumbyrjur/ fjölbyrjur
Contemporary Patterns of	USA 2010	J. Zhang, H.J. Landy, D.W. Branch, R. Burkman	Samtímarannsókn sem skoðaði samtals 62415 fæðingar frá árunum 2002-2008.	Niðurstaðan var sú að fæðing hjá frumbyrjum gengur álika hratt og hjá fjölbyrjum áður en útvíkkun nær 6 cm. Það getur tekið útvíkkun	Frumbyrjur/ fjölbyrjur

Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes				meira en 6 klst að fara frá 4 cm í 5 cm og það getur tekið meira en 3 klst fyrir útvíkkun að fara úr 5 cm í 6 cm. Lagt er fram fæðingarrit fyrir frumbyrjur sem er ólíkt því sem Freidman lagði fram á sínum tíma. Segir að miða megi við að virka stigið hefjist við 6 cm útvíkkun frekar en 4 cm.	
What is a failed labor induction?	USA 2006	M. G. LIN og D. J. ROUSE	Fræðileg samantekt sem skoðar missheppnaðar gangsetningar.	Rouse lögðu fram nýja skilgreiningu á virka stiginu sem er þannig að leghálsinn þarf að vera opinn um 4 cm og 90% þynntur eða að hann sé opinn 5 cm án tillits til þess hversu þynntur hann er. Þessa skilgreiningu á enn eftir að prófa varðandi það hvort hún virki jafn vel fyrir frumbyrjur og fjölbyrjur.	Frumbyrjur/ fjölbyrjur
An early labor assessment program: a randomized, controlled trial.	USA 1998	P.S McNiven, J.I Williams, E. Hodnett, K. Kaufman	Reynir að ákveða hversu árangursríkt sé að meta fæðingu senmma til að reyna að draga úr keisaratiðni hjá frumbyrjum í heilbrigðri meðgöngu. 209 frumbyrjur í áhættulítilli meðgöngu, tveir hópar, einn þar sem metnar voru snemma í ferlinu og hinn lagðist beint inn á fæðingardeild.	Konur sem voru í hópnun sem var metinn fyrir innlögn var með mun jákvæðari upplifun af fæðingunni og einnig var lægri tíðni á notkun mænurótardeyfingar og oxytocins og annarar örvunar. Fæðingin tók styttri tíma en ekki var marktækur munur á keisaratiðni.	Frumbyrjur
Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labour	S- AFR 2002	J. Maghoma, E.J. Buchmann	Skoðar áhættu fyrir móður og barn sem tengist langdregmu forstigi fæðingar.	Niðurstaðar er að langdregið forstigi fæðingar tengist auknum inngripum og slæmri útkomu fæðinga. Ákjósanlegasta meðferð í langdregnu forstigi er ekki enn þekkt.	Frumbyrjur/ fjölbyrjur
Primigravid Labor: A graphicostatistical analysis.	USA 1955	E.A Friedman	500 fæðingar, aldur frá 13-42 ára en meirihlutinn á milli 20-30 ára. 40,0% eðlileg fæðing, 55% með tögum og keisaratiðni 9%. Inni í úrtakinu voru sitjandafæðingar og tvíburafæðingar.	Hann skipti fyrsta stigi fæðingarinnar í forstigi og virkt stig, þetta gerði hann í þannig að tengsl voru á milli tímallengdar og útvíkkunar á leghálsi. Í þessu sambandi setti hann fram kúrfu sem átti að sýna hversu hratt útvíkkun ætti að ganga, þessi kúrfa er svo kennd við Freidman. Virka stiginu skipti hann svo í þrjú stig þar sem útvíkkun leghálsins gekk mishratt eftir því á hvaða stigi konan var á.	Frumbyrjur
'Not in labour': impact of sending women home in the latent phase	UK 2008	C. Barnett, V. Hundley, H. Cheyne	Skoðar áhrif þess að senda konur heim á forstigi fæðingar. 6 konur tóku þátt, þær skiluðu inn dagbók og einnig var tekið viðtal við 5 þeirra þar sem áhrif þess að vera	Fimm þemu komu í ljós: áhrif frá öðrum, hughreysting, bjargráð/verkir, svefnleysi og að vanmeta forstigið.	Frumbyrjur

			send heim á forstigi fæðingar voru rædd.		
Negotiating credibility: first-time mothers' experiences of contact with the labour ward before hospitalization	NOR	T.S. Eri, A. Blystad, E. Gjengedal, G. Blaaka	Að skoða reynslu frumbyrja í Noregi af samskiptum við ljósmæður á fæðingardeild í upphafi fæðingar. 17 konur – aldur 21-36 ára viðtöl 1-6 vikum eftir fæðingu	Fjögur þemu, konur verða viðkæmar á þessum tíma og ljósmæður þurfa að vanda sig í samskiptum við konur á fyrsta stigi fæðingar.	Frumbyrjur
Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour: A grounded theory study	SVE 2007	M. Carlsson, L.R.M. Hallberg, K.O. Pettersson	Að öðlast betri skilning á því hvernig konur sem leita á sjúkrahús í upphafi fæðingar upplifa forstigi fæðingar. 18 konur á aldrinum 22-36 ára þar sem meðalaldurinn er 31 ár. Tekin voru viðtöl við konurnar 2-6 vikum eftir fæðinguna og unnið úr þeim.	Aðalþemað var það að konurnar vildu losna við ábyrgðina og fela umönnunaraðilum hana. Það komu einnig fram fimm þemu og þau voru: löngun til að klára meðgönguna, eiga erfitt með óvissuna, eiga erfitt með hægán framgang, þjást af verkjum til einskis og flakka á milli magns og magnleysis.	Frumbyrjur/ fjölbyrjur
Maintaining power: Women's experiences from labour onset before admittance to maternity ward	SVE 2012	M. Carlsson, K. Ziegert, E. Sahlberg-Blom, E. Nissen	Skoðar upplifun sænskra frumbyrja af því að vera heima á forstigi fæðinga. 19 konur 20-36 ára	Að viðhalda styrk var helsta þemað sem kom fram í viðtölum. Fjögur tengd þemu komu einnig fram.	Frumbyrjur
Should I come in now?': a study of women's early labour experiences	UK 2007	H. Cheyne, R. Terry, C. Niven, D. Dowding	Rýnirannsókn – tók viðtal við 21 konu þar sem þær ræddu reynslu þeirra af forstigi fæðingar og þætti sem höfðu áhrif á ákvörðun þeirra um að leita á sjúkrahús.	Niðurstöður voru að sambland af óvissu, verkjum og kvíða höfðu mestu áhrifin á ákvörðun kvennanna um að leita á sjúkrahús. Konur vildu oft vera á sjúkrahúsinu til vonar og vara, jafnvel þótt þeim gengi vel að takast á við forstigið heimavið, þær skorti sjálfstraustið til að vera lengur heima. Þarf að skoða tengsl á milli kvíða og tímasetningu á innlögn betur. Ekki á að vanmeta stuðning og hughreystingu ljósmæðra á þessu fyrsta stigi. Tvö þemu komu í ljós – undirbúningu fyrir fæðingu og að vera í fæðingu.	Frumbyrjur/ fjölbyrjur

2 Niðurstöður

2.1 Forstig fæðingar

Árið 1955 birti fæðingarlæknirinn Friedman (1955) tímamótarannsóknina “Primigravid Labor: A graphicostatistical analysis”. Þar hafði hann skoðað 500 fæðingar frumbyrja á aldrinum 13-42 ára, en meirihluti þeirra var á milli tvítugs og þrítugs. Inni í úrtakinu voru bæði sitjandafæðingar og tvíburafæðingar. Í 40% tilfella var um eðlilega fæðingu um leggöng að ræða, 55% fæðinganna lauk með aðstoð tanga og keisaratiðnin var 1,8%. Sitjandafæðingar voru 14 eða 2,8% og tvíburafæðingarnar voru 4 (0,86%). Fjögur börn fæddust andvana eða létust stuttu eftir fæðingu. Hríðarörvandi lyfið Pitocin var notað til gangsetningar og örvunar í 13,8% tilfella.

Niðurstöðurnar notaði hann til að setja fram skilgreiningu á forstigi og virku stigi fæðingar. Hann skipti svo virka stiginu í þrjú stig þar sem að útvíkkun gekk hraðast fyrir sig á miðstiginu. Hann setti fram kúrfu sem byggði á niðurstöðum hans og sýndi hvernig framgangur var að meðaltali hjá frumbyrjum. Einnig setti hann fram kúrfu sem átti að sýna hvernig útvíkkun gekk hjá frumbyrjum í eðlilegri fæðingu en þá hafði hann útilokað fæðingar þar sem áhættuþættir voru til staðar. Þær fæðingar sem eftir stóðu voru 200 fæðingar sem Friedman sagði ákjósanlegar. Þar voru 54% sjálfkrafa hvirfilfæðingar en 46% voru tangarfæðingar þar sem notuð var lág töng.

Hann skoðaði svo sérstaklega áhrif deyfinga, örvunar hríða, þyngd barna og aldurs mæðra á lengd hvers stigs í fæðingunni fyrir sig. Einnig skoðaði hann hvaða áhrif belgjarof og sálrænir þættir hefðu á tímalengdina. Í ljós kom meðal annars að ef belgir rofna á forstigi fæðingar getur það orðið til þess að forstigið verði lengra en ella. Einnig kom í ljós að konur sem voru andlega tilbúnar og undirbúnar fyrir fæðinguna áttu styttra forstig en þær sem höfðu ekki undirbúið sig sérstaklega (Friedman, 1955).

2.1.1 Upphaf forstigsins

Forstig fæðingar hefst þegar reglulegir samdrættir hefjast áður en að virka stig fæðingarinnar hefst (Friedman, 1955). Á Landspítala háskólasjúkrahúsi er notuð sú skilgreining að forstig fæðingar hefjist þegar sársaukafullir samdrættir hefjast í legi. Þessir samdrættir geta verið reglulegir eða óreglulegir, bæði varðandi tíðni og styrk. Samfara þessum samdráttum þarf að verða einhver breyting á leghálsi, þannig að hann mýkist, styttest og opnast (Elín Arna Gunnarsdóttir o.fl., 2014). Á Bretlandi er notast við eftirfarandi skilgreiningu á forstigi fæðingar: *það er tímabil sem þarf ekki endilega að vera samfellt þar sem sársaukafullir samdrættir eru ásamt einhverri breytingu á leghálsi, útvíkkun er 4 cm eða minna* (NICE, 2014, bls 25).

Það að finna út hvenær fæðing hefst krefst þess að konan rifji upp hvenær reglulegir samdrættir hófust en það getur verið huglægt mat konunnar (Cheyne o.fl., 2007; Greulich og Tarrant, 2007). Gross, Haunschild, Stoexen, Methner, og Guenter (2003) gerðu rannsókn á 107 frumbyrjum og 110 fjölbyrjum og komust að því að konur væru nokkuð nákvæmar varðandi það hvenær fæðing hófst hjá þeim. 60% kvennanna tengdi upphaf fæðingar við endurtekna verki en mörg önnur einkenni komu fram, þar á meðal vatnskennd útferð, blóðlituð útferð eða stakir verkir (Gross o.fl., 2003). Höfundar leggja til að taka eigi mark á því hvenær konur upplifa fæðinguna hefjast, frekar en að horfa á stöðluð

atriði þegar verið er að meta hvenær konur byrja í fæðingu. Enn fremur leggja þeir til að ljósmæður ættu að spyrja konur hvenær fæðing hefst frekar en að spyrja hvenær reglulegir samdrættir hefjast. Þetta er í samræmi við niðurstöður Janssen og Weissinger (2014) sem leggja einnig til að konur séu spurðar út í upphaf fæðingar án skilmerkja og það gæti virkað sem skimunartæki fyrir konur sem þurfa aukið eftirlit og virka meðferð í fæðingu. Þetta gæti að sama skapi greint þær konur sem eru í minni áhættu á keisarafæðingu (Janssen og Weissinger, 2014). Því má segja að forstigið hefjist þegar konur upplifa það hefjast, en ekki endilega þegar reglulegir samdrættir hefjast.

2.1.2 Lok forstigsins

Þegar Friedman setti fram fæðingarkúrfuna á sínum tíma komst hann að þeirri niðurstöðu að virka stigið hefjist þegar leghálsinn hefur opnast um 4 cm, en samkvæmt skilgreiningu hans hefst virka stigið þegar útvíkkun fer að ganga hraðar fyrir sig og gerist það yfirleitt þegar útvíkkun er orðin 4 cm (Friedman, 1955). Þessar skilgreiningar Friedman hafa verið notaðar í ríflega 60 ár en margir hafa rannsakað forstigið síðan þessi rannsókn var gerð. Margar rannsóknir hafa sýnt að ferlið gangi hægar fyrir sig en Friedman lagði til (Zhang, Landy, o.fl., 2010; Zhang, Troendle, o.fl., 2010; Zhang o.fl., 2002). Zhang, Troendle og félagar (2010) birtu afturvirka rannsókn sem skoðaði 26.838 fæðingar frá árunum 1959-1965. Þar var meðalaldur frumbyrja 20,4 ár og líkamsþyngdarstuðull kvennanna var 25,5 að meðaltali. Tíðni mænurótardeyfingar var 5% og tíðni notkunar oxytocins örvunar 16%. Tíðni áhaldafæðinga var 66% og keisaratiðnin 3%. Hjá fjölbyrjum var meðalaldur kvennanna 28 ár og líkamsþyngdarstuðull var 27,1. Tíðni mænurótardeyfingar var 4% og oxytocin var notað til örvunar í 9% tilfella. Stór hluti kvenna og þá sérstaklega frumbyrjur eru ekki komnar á virka stigið þegar útvíkkun mælist 4 cm. Það getur tekið meira en 4 klst fyrir frumbyrju að fara frá 4 cm í útvíkkun upp í 5 cm. Niðurstöðurnar voru þær að virka stigið stigið hefjist ekki fyrr en við 5 cm útvíkkun á leghálsi hjá fjölbyrjum og jafnvel seinna hjá frumbyrjum. Einnig segja þeir að of snemmt sé að miða við tveggja tíma stöðvun á útvíkkun áður en legháls hefur opnast um 6 cm en of mikið sé að miða við 4 tíma stöðvun á útvíkkun eftir 6 cm. Þróuð var önnur kúrfa út frá þessum niðurstöðum og var helsti munurinn á henni og kúrfu Friedmans sá að frumbyrjur sýndu hægari þróun úr forstigi yfir á virka stig fæðingar en fjölbyrjur (Zhang, Troendle, o.fl., 2010).

Önnur rannsókn sem Zhang, Landy, o.fl. (2010) birtu árið 2010 tók til 62.415 fæðinga frá árunum 2002-2008 sýndi að virka stigið hefjist líkilega ekki við 4 cm útvíkkun, eins og Friedman lagði til heldur hefjist það þegar útvíkkun hefur náð 6 cm. Í úrtakinu var meðalaldur frumbyrja 24,4 ár og líkamsþyngdarstuðull þeirra 29,6. Tíðni mænurótardeyfingar var 60% og notkun oxytocins til hríðarörvunar var 37%. Tíðni áhaldafæðinga var 27% og keisaratiðnin var 16%. Meðalaldur fjölbyrja var 30,1 ár og líkamsþyngdarstuðull þeirra 30,4. Tíðni mænurótardeyfinga var 48% og notkun oxytocins til örvunar var í 27% tilfella. Áhaldafæðingar voru 2,5% og keisaratiðnin 10%. Niðurstaðan var sú að fæðing hjá frumbyrjum gengur álíka hratt og hjá fjölbyrjum áður en útvíkkun nær 6 cm. Það getur tekið útvíkkun meira en 6 klst að fara frá 4 cm í 5 cm og það getur tekið meira en 3 klst fyrir útvíkkun að fara úr 5 cm í 6 cm. Lagt er fram fæðingarrit fyrir frumbyrjur sem er ólíkt því sem Friedman lagði fram á sínum tíma (Zhang, Landy, o.fl., 2010).

Það líða 43 ár á milli þessara rannsókna og hefur ýmislegt breyst á þessum tíma. Meðalaldur frumbyrjanna er hærri sem og líkamsþyngdarstuðullinn. Tíðni mænurótardeyfingar fór úr 5% í 60% og notkun oxytocins fór úr 16% í 37%. Það dró úr tíðni áhaldafæðinga en keisaratíðnin hækkaði þess í stað úr 3% í 16%. Svipaða sögu er að segja hjá fjölbyrjunum. Rannsóknir hafa sýnt að þættir eins og aldur kvenna og líkamsþyngdarstuðull hafa áhrif á lengd fæðinga. Svo má geta þess að gangsetningartíðni er hærri sem og notkun oxytocins við örvun og mænurótardeyfingar. En þessir þættir geta einnig haft áhrif lengd fæðinga (Harper o.fl., 2012; Kominiarek o.fl., 2011; Laughon o.fl., 2012; Norman o.fl., 2012).

Lin og Rouse (2006) lögðu svo fram aðra skilgreiningu á virka stiginu sem er þannig að leghálsinn þarf að vera opinn um 4 cm og 90% þynntur eða að hann sé opinn 5 cm án tillits til þess hversu þynntur hann er. Þessa skilgreiningu á enn eftir að prófa varðandi það hvort hún eigi jafn vel við varðandi frumbyrjur og fjölbyrjur.

Á Landspítala er miðað við að legháls sé opinn 3-5 cm og farinn að þynnast en þá ætti fæðingin að vera komin á virka stigið hjá flestum konum (Elín Arna Gunnarsdóttir o.fl., 2014). Í Svíþjóð er talað um þrjú atriði varðandi virka stigið en þau eru: útvíkkun komin í 3-4 cm, kona er með þrjá til fjóra samdrætti á hverjum 10 mínútum og legvatn farið að leka. Til að kona teljist vera komin á virka stigið þurfa tvö af þessum þremur atriðum að eiga við (Bräne, Olsson, og Andolf, 2014; Nordström og Waldenström, 2001). Á Bretlandi er miðað við að virka stig fæðingar hefjist þegar samdrættir verða sársaukafullir og reglulegir og útvíkkun er meiri en 4 cm (NICE, 2014).

2.1.3 Langdregið forstigi fæðingar

Í rannsókn Friedman (1955) tók forstigi fæðingar að meðaltali 8,6 klst. En hann taldi eðlilegt að sú tímalengd næði allt að rúmum 20 klst., en ef forstigið var lengra benti það til þess að eitthvað væri að. En 95% allra frumbyrja voru komnar á virka stig fæðingar á innan við 20 klst og sambærilegt hlutfall fjölbyrja voru komnar á virka stig fæðingar innan 14 klst (Friedman, 1972). Hann miðaði við að forstigið gæti varað í allt að 14 klst hjá fjölbyrjum. Þessar skilgreiningar Friedman eiga enn við og unnið er eftir þeim meðal annars á Landspítala (Elín Arna Gunnarsdóttir o.fl., 2014). Í Svíþjóð er forstigið skilgreint langdregið þegar það hefur varað í 8-20 klst (Nordström og Waldenström, 2001).

2.2 Meðferð á forstigi fæðingar

Frumbyrjur eru líklegri en fjölbyrjur að leggjast inn á sjúkrahús á forstigi fæðingar og hafa rannsóknarniðurstöður sýnt að konur sem leggjast inn á sjúkrahús á forstigi fæðingar séu líklegri til að fæða með keisaraskurði eða þurfa annars konar inngrip (Bailit o.fl., 2005; Janssen og Weissinger, 2014; Lundgren o.fl., 2013; Neal o.fl., 2010). Í rannsókn Bailit o.fl. (2005) sem birt var árið 2005 og tók til 8.818 kvenna, frum- og fjölbyrja kom fram að rúmur helmingur kvenna sem lögðust inn á sjúkrahús á forstigi fæðingar voru frumbyrjur og einungis 28% frumbyrja voru lagðar inn þegar þær voru komnar á virka stigið (Bailit o.fl., 2005). Í sænskri rannsókn frá árinu 2013 og gerð var á tveimur sjúkrahúsum í Svíþjóð kom fram að allt að 43% frumbyrja leita á sjúkrahús á forstigi fæðingar. Á þeim tíma sem rannsóknin fór fram leituðu 17,6% kvenna á sjúkrahús á forstigi fæðingar og lögðust 57,8% þeirra inn. Þær frumbyrjur sem dvöldu áfram á sjúkrahúsum voru ólíklegri til að fæða um leggöng án áhaldna og

líklegri til þess að fæða með keisaraskurði. Útkoman hjá fjölbyrjum var sú sama hvort sem þær fóru aftur heim eða lögðust inn á sjúkrahús (Lundgren o.fl., 2013). Þetta er í samræmi við niðurstöður Bailit o.fl. (2005) þar sem fram kemur að 14,2% frumbyrja sem lögðust inn á sjúkrahús á forstigi fæðingar fóru í keisara en einungis 3,1% fjölbyrja. Þar kom einnig fram að 6,7% frumbyrja sem lögðust inn á virka stiginu fóru í keisara á móti 1,4% fjölbyrja. Inngripatíðni er einnig hærrí hjá frumbyrjum sem dvelja á sjúkrahúsi á forstigi fæðingar. Þær eru líklegri til að fá greininguna stöðvaður framgangur, þær fá frekar hríðarörvandi lyf (oxytocin) í æð og þær eru líklegri til að fá mænurótardeyfinu. Líklegra er að þær séu hafðar í síríta til að meta samdrætti og fylgjast með hjartslætti barnsins, einnig er líklegra að sett sé upp elektróða í hársvörð barnsins til að fylgjast með hjartslætti þess. Þá eru einnig auknar líkur á því að blóðsýni sé tekið úr hársverði barnsins til að mæla sýrustig blóðsins. Að lokum tengist innlögn á forstigi aukinni tíðni sýkinga og blæðingar eftir fæðingu (Bailit o.fl., 2005; Janssen og Weissinger, 2014; Lundgren o.fl., 2013; Neal o.fl., 2010). Svo virðist sem forstigið hafi meiri áhrif á frumbyrjur en fjölbyrjur, því má gera ráð fyrir að nauðsynlegt sé að hafa mismunandi leiðbeiningar fyrir frumbyrju en fjölbyrjur (Lundgren o.fl., 2013).

Allt að helmingur kvenna sem leitar á sjúkrahús á forstigi fæðingar fær greininguna langdregið forstig fæðingar en langdregið forstig fæðingar tengist aukinni inngripatíðni og slæmri útkomu fæðinga (Lundgren o.fl., 2013; Maghoma og Buchmann, 2002). Í rannsókn Janssen og Weissinger (2014) sem birt var árið 2014 var skoðað hvort frumbyrjur í eðlilegri fæðingu sem upplifa sig lengi í fæðingu séu líklegri til að þurfa inngrip og einnig hvort konur sem fara fyrr á sjúkrahús séu líklegri til að fæða með keisaraskurði. Þessi rannsókn var gerð á sjö sjúkrahúsum á Bresku-Kólumbíu og tóku 1.247 konur þátt. Þetta voru hraustar frumbyrjur í eðlilegri meðgöngu sem gengu með eitt barn. Við innlögn voru konur spurðar að því hversu lengi þær höfðu verið með hríðar áður en þær leituðu á sjúkrahús. Konurnar voru svo flokkaðar eftir því hvort þær höfðu upplifað samdrætti í minna en 24 klst eða 24 klst eða meira. Þær konur sem höfðu verið með samdrætti í 24 klst eða meira voru 40% líklegri á að fara í keisara og einnig voru auknar líkur á inngripum og blæðingu eftir fæðingu hjá þessum hópi. Teptur framgangur (e.Labor dystocia) var helsta ástæða fyrir keisara. Þær konur sem upplifðu sig lengur í fæðingu dvöldu lengur á sjúkrahúsi fyrir fæðinguna og þær konur sem voru lagðar inn voru oftast með útvíkkun minna en 3 cm (Janssen og Weissinger, 2014).

Niðurstöður rannsókna benda einnig til þess að innlögn kvenna á fæðingardeild á forstigi fæðingar auki líkur á verri útkomu fyrir barnið. En líklegra er að börn kvenna sem leggjast inn á fæðingardeild á forstigi fæðingar fá apgar minni en 7 þegar þau eru fimm mínútna gömul (Lundgren o.fl., 2013).

Meðferðin á forstiginu getur falið í sér örvun á fæðingunni eða hvíld en það fer, allt eftir andlegu og líkamlegu ástandi móður og líðan barns. Meðferðin í langdregnu forstigi er umdeild og byggir oft á reynslupekkingu þar sem ekki er búið að gera samanburðarrannsóknir á mörgum þeim meðferðarmöguleikum sem notaðir eru. Þeir sem aðhyllast að nota örvun vilja meina að langdregið forstig sé vegna undirliggjandi þátta sem valda því að fæðingin sé ekki eðlileg. En aðrir aðhyllast að nota hvíld á þessu stigi til að konan verði sem best undirbúin að takast á við fæðinguna. Þessir tveir meðferðarmöguleikar voru settir fram af Friedman á sínum tíma (Ness, Goldberg, og Berghella, 2005).

Áhættan sem getur fylgt hvíldarmeðferðinni er sú að hún getur dregið óeðlilega fæðingu enn frekar á langinn (Greulich og Tarrant, 2007).

2.2.1 Meðferð utan sjúkrahús

Þar sem að rannsóknir hafa sýnt að innlögn á forstigi fæðingar auki líkur á inngripum hefur verið innleidd sú stefna á mörgum sjúkrahúsum að seinka innlögn kvenna eins og hægt er. Í Svíþjóð er öllum frumbyrjum og mökum þeirra boðið á fæðingarfræðslunámskeið þar sem þau fá upplýsingar um það hvernig hægt sé að takast á við fæðinguna ásamt því að fá upplýsingar um það hvenær sé best að leita á fæðingardeildina (Carlsson, Ziegert, Sahlberg-Blom, og Nissen, 2012). Þetta er í samræmi við vinnulag sem mælt er með hérlandis (Landlæknisembættið, 2008).

Konur hafa reynt ýmislegt þegar þær ganga í gegn um forstig fæðingar heima, þau úrræði sem þær hafa reynt eru meðal annars það, hreyfing, hvíld, að drekka nægan vökva, geirvörtuörvun, losað um belgi, samfarir, að „laxera“ og jafnvel að neyta áfengis í litlu magni. Þær hafa dreift huganum og leitað inn á við. Einnig hafa þær tekið verkjalyf og svo skiptir stuðningur heima við líka miklu máli (Barnett o.fl., 2008; Carlsson o.fl., 2012, Greulich og Tarrant, 2007). Svefnleysi er einnig algengt vandamál þegar konur eru lengi á forstigi fæðingar. Ef þær eru betur úthvíldar er auðveldara fyrir þær að takast á við fæðinguna (Barnett o.fl., 2008). Þegar forstigið dregst á langinn og móður og barni líður vel, kemur til greina að gefa konum lyf sem létta á óþægindum og gera þeim kleift að hvílast. Samkvæmt verklagi Landspítala er meðferðin á forstiginu hvíldarmeðferð, þar sem að konum, sem treysta sér til þess að fara heim, er boðið hríðarslævandi stungulyf, sterkar verkjatöflur og svefnlyf ef konan hefur ekki náð að sofa. Ef þessi meðferð á ekki við eða þá að konan komist ekki yfir á virka stig fæðingarinnar má íhuga framköllun fæðingar (Elín Arna Gunnarsdóttir o.fl., 2014).

2.2.2 Meðferðarmöguleikar á sjúkrahúsi

Hvíldarmeðferð er einnig beitt þegar konur leggjast inn á sjúkrahús á forstigi fæðingar. Á Landspítala er konum sem ekki treysta sér heim er boðið sterkt verkjalyf (stungulyf) eins og til dæmis Morfín og hugsanlega einnig hríðarslævandi lyf. Í því tilviki þurfa þær að dvelja á fæðingardeildinni í að minnsta kosti 4 tíma eftir lyfjagjöf. Einnig hefur reynt vel að gefa verkjalyf sem innihalda paracetamol með þessari meðferð. Ef þessi meðferð á ekki við eða þá að konan kemst ekki yfir á virka stig fæðingarinnar má íhuga framköllun fæðingar (Elín Arna Gunnarsdóttir o.fl., 2014). Aukaverkanir Morfíns eru ógleði og uppköst, svimi, öndunarslæving, ofsjónir, seinkuð magatæming og þvagtrengja (Lyfjastofnun, 2008). Áhrif Morfíns á barnið eru þau að það getur valdið minnkuðum breytileika í hjartslætti, öndunarslævingu og einkennum frá taugakerfi sem geta varað í 2-4 daga. Einnig getur það valdið því að brjóstagjöf hefjist seinna. Það er mikilvægt að meta á hvaða stigi fæðingar konan er áður en henni er gefið morfín því ef það er gefið of nálægt fæðingu getur það valdið öndunarerfiðleikum hjá barninu (Howie og Robinson, 2013).

Einnig kemur til greina að örva fæðinguna/framkalla hana. Þegar þessi meðferð verður fyrir valinu koma nokkrir kostir til greina, eins og belgjarof, prostaglandín í leggöng og örvun með oxytocindreypi. Rannsókn sem birt var árið 2010 sýndi fram á að árangursríkara væri að nota oxytocin og gera belgjarof í meðferð við langdregnu forstigi heldur en að gera bara belgjarof eða nota bara

oxytocin (Nachum o.fl., 2010). Notkun oxytocins hefur aukist vegna þess að það gerir það að verkum að fæðingin tekur styttri tíma og losar þar af leiðandi um fleiri rúm en hvíldarmeðferðin (Greulich og Tarrant, 2007).

Erfitt hefur reynst að gera samanburðarrannsóknir á því hvort hríðaörvun eða hvíldarmeðferð sé betri kostur fyrir konur á forstigi fæðinga og þá sérstaklega vegna þess að oft eru ekki ákveðnar verklagsreglur til um meðferð kvenna á forstigi fæðinga. Bräne og félagar (2014) gerðu rannsókn á því hvort munur væri á útkomu fæðinga eftir því hvort konur voru örvaðar á forstiginu eða hvort þær fengu aðra meðferð. Þátttakendur voru 138 hraustar frumbyrjur í eðlilegri meðgöngu sem gengu með eitt barn í höfuðstöðu. Meðgöngulengdin var frá 37 vikum – 41 viku og 6 daga. Konurnar höfðu verið með samdrætti í að minnsta kosti 18 klst, en það er sænska skilgreiningin á langdregnu forstigi, ásamt því að útvíkkun var ekki meiri en 4 cm og legvatn var ófarið (Nordström og Waldenström, 2001). Konunum var svo skipt jafnt í tvo hópa þegar þær leituðu fyrst á sjúkrahús, annar hópurinn fékk örvun eftir hvíld en hinn fékk þá meðferð sem í boði var á sjúkrahúsinu. Ljósmeður skoðuðu konurnar og fylltu út svokallað biskupskor þar sem útvíkkun á leghálsi, lengd, staða og áferð legháls ásamt stöðu kolls barns er metin (NICE, 2008). Einnig báðu þær konurnar um að meta verkina á VAS skala þar sem 0 er engin verkur og 10 versti verkur. Allar konur fengu meðferð til að hvílast, 1 gr paracetamol, 10 mg Stilnoct um munn og 10 mg Morfiní vöðva. Að þessu loknu fengu konurnar tækifæri til að hvílast. Konurnar sem fengu örvun snemma voru vaktar fimm tímum eftir lyfjagjöf og fæðing örvuð ef þær voru enn á forstiginu. Aðferðin við hríðaörvun fór eftir því hvar konurnar voru staddar, ýmist var notað prostaglandin í leggöng, belgjarof eða gangsetning með legg. Ef það var enginn framgangur eftir belgjarof var gefið oxytocin í æð eftir verklagi. Konurnar sem fengu þá meðferð sem var í boði á sjúkrahúsinu fengu að sofa eins og þær vildu og fengu svo einstaklingsbundna meðferð því það voru ekki til frekari leiðbeiningar á sjúkrahúsinu. Beðið var eins lengi og mögulegt eftir því að fæðingin færi sjálf af stað. Örvun var framkvæmd ef konurnar óskuðu þess eða ef fæðingalæknir eða ljósmóðir töldu það æskilegt. Ef samdrættir höfðu hætt eða dregið úr þeim fengu konurnar að fara heim en voru þó enn þátttakendur í rannsókninni.

Konurnar fengu svo allar meðferð eftir verklagi þegar þær komust á virka stig fæðingarinnar, þegar útvíkkun orðin 4 cm eða legvatn farið. Hægur framgangur var ef útvíkkun stöðvaðist í 2-3 klst og var meðhöndlaður með belgjarofi eða hríðaörvun með oxytocin í æð, eða hvorutveggja. Þær niðurstöður sem skoðaðar voru sérstaklega voru fæðingarmáti, keisaraskurður eða fæðing um leggöng. Önnur atriði sem voru skoðuð var fæðingarupplifun kvennanna, lengd fæðingar, verkjastilling í fæðingu, oxytocin notkun, staða barns í fæðingu, blæðing eftir fæðingu og fjöldi 4^o rifa. Einnig var útkoma barns skoðuð og þá var sérstaklega skoðað Apgar stig 5 mín eftir fæðingu og sem voru lægri en sjö, sýrustig naflastrengsbólðs, fæðingarþyngd, ummál höfuðs og innlögn barns á vökudeild á fyrstu tveimur dögum eftir fæðingu. Niðurstaðan var sú að það reyndist ekki marktækur munur á keisaratiðni, en keisaratiðnin var 23,1% hjá þeim sem voru örvaðar og 37,5% hjá hinum, fæðingarmáta, fæðingarupplifun eða útkomu fæðingar. Frumbyrjur í langdregnum latent fasa eru alltaf í hættu á að fara í keisaraskurð hvort sem fæðing er örvuð eða ekki og segja má að hvorug þessara aðferða sé gagnleg en gögn ýta undir að virk meðferð á forstigi fæðingar hjá frumbyrjum geti verið gagnleg (Bräne o.fl., 2014).

Rannsókn sem birt var árið 1998 reyndi að meta hversu árangursríkt það væri að meta á hvaða stigi fæðingar konur voru þegar þær leituðu á sjúkrahús til að draga úr keisaratiðni hjá frumbyrjum í eðlilegri meðgöngu. Það kom í ljós að ekki væri marktækur munur á keisaratiðni en fæðingin tók styttri tíma og einnig var lægri tíðni á notkun mænurótardeyfingar og oxytocins til örvunar hjá þeim konum sem voru metnar á fæðingardeildinni fyrir innlögn (McNiven, Williams, Hodnett, Kaufman, og Hannah, 1998).

2.3 Að takast á við forstigið – upplifun kvenna

Á meðgöngunni er lögð áhersla á það við konur að þær þurfi ekki að leita á sjúkrahús um leið og samdrættir hefjast. Á fæðingarfræðslunámskeiðum er farið yfir það að forstigið getur tekið langan tíma, sérstaklega hjá frumbyrjum (Landlæknisembættið, 2008). Niðurstöður Maimburg, Væth, Dürr, Hvidman, og Olsen (2010) benda til þess að konur sem sækja fæðingarfræðslunámskeið séu líklegri til þess að leita á fæðingardeildina þegar þær eru komnar á virka stig fæðingarinnar. En konur og þá helst frumbyrjur eru oft óruggar þegar fæðing er að hefjast og þá leita þær á fæðingardeildina. Margar frumbyrjur sækjast eftir því að heyra að það sem þær eru að ganga í gegn um sé eðlilegt og oft er það það mikilvægasta fyrir konurnar. Þegar ljósmæður ná að gera konum ljóst að þetta sé eðlilegt fyllir það konurnar öryggi og hughreystir þær (Barnett o.fl., 2008; Cheyne o.fl., 2007; Eri, Blystad, Gjengedal, og Blaaka, 2011). Á sama tíma veldur það konum kvíða og vanlíðan ef ljósmæður gera lítið úr upplifun þeirra og það getur dregi úr trú kvenna á því að þær geti tekist á við fæðinguna ef þær fá ekki viðurkenningu á því sem þær eru að upplifa (Barnett o.fl., 2008; Carlsson o.fl., 2009; Carlsson o.fl., 2012). Konur vilja oft fara á sjúkrahúsið til vonar og vara, jafnvel þótt þeim gangi vel að takast á við forstigið heimavið. Þær skortir oft sjálfstraust til að vera lengur heima (Cheyne o.fl., 2007).

Það eru því margar ástæður fyrir því að konur óska eftir innlögn á fæðingardeild á forstigi fæðingar, en óvissa um hvort fæðing sé hafin, kvíði, sárir samdrættir, að losna við ábyrgðina eru dæmi um ástæður sem fram hafa komið í rannsóknum (Carlsson o.fl., 2009; Cheyne o.fl., 2007; Eri o.fl., 2010). Samskipti kvenna við ljósmæður geta valdið því að þær upplifa aðstæður neyðarlegar og einnig getur það valdið því að þær efast um sína getu og getu líkamans til þess að ráða við fæðinguna. Þetta á sérstaklega við ef ljósmóðirin metur fæðinguna ekki á sama hátt og konur (Carlsson o.fl., 2009; Eri o.fl., 2010). Árið 2010 birtu Eri o.fl. eiginlega rannsókn þar sem reynsla frumbyrja í Noregi af samskiptum við ljósmæður á fæðingardeild í upphafi fæðingar var skoðuð. En í Noregi eru konur hvattar til að vera sem lengst heima á forstigi fæðingar. Tekin voru viðtöl við 17 konur 1-6 vikum eftir að þær höfðu fætt sitt fyrsta barn. Í viðtölunum komu fram fjögur þemu sem einkenndi það hvað hefði haft mest áhrif á það hvers vegna konur ákváðu að hafa samband við fæðingardeildina. Fyrsta þemað var að semja á tveimur vígstöðvum en konunum fannst þær þurfa að semja við maka sinn eða móður annars vegar og ljósmóður á fæðingardeildinni hins vegar. Annað þemað var að forðast að vera send heim en konurnar lögðu sig fram við að leita á fæðingardeildina á réttum tíma og það þótti neyðarlegt að vera send aftur heim. Þriðja þemað var að finna reglulega samdrætti en konunum fannst erfitt að átta sig á því hvenær samdrættirnir urðu nógu reglulegir til að leita á fæðingardeildina. Fjórða þema var svo að upplifa sig berskjaldaða en það birtist þannig að konunum fannst þær vera mjög viðkvæmar og þá sérstaklega í samskiptum við ljósmæður þegar þær voru komnar á fæðingardeildina. Það skipti

konurnar miklu máli að vera teknar alvarlega. Konurnar áttu því erfitt með að vera heima á því tímabili sem olli þeim hvað mestri óvissu og óttinn við að taka ranga ákvörðun varðandi hvenær ætti að leita á fæðingardeildina gerir konur oft viðkvæmar. Mikil áhersla er lögð á tíðni samdráttu í símtölum og var það aðaltækið sem notað var í þessum samningarviðræðum sem áttu sér stað þegar konurnar höfðu samband við fæðingardeildina. Konunum fannst aftur á móti þurfa að meta það huglægt hvernig framgangurinn er á þessu stigi. Það er algengt að frumbyrjur upplifi mikla óvissu um það hvenær þær eigi að leita á fæðingardeild í upphafi fæðingar og er helsta ástæða þess að þær leiti á fæðingardeildina sú að þær vilja fá staðfestingu á því að fæðing sé hafin (Eri o.fl., 2010).

Carlsson og félagar (2009) birtu eigindlega rannsókn árið 2009 þar sem tekin voru viðtöl við konur sem höfðu komið inn á sjúkrahús á forstigi fæðingar. Þessi rannsókn var gerð til að öðlast betri skilning á því hvernig konur sem leita á sjúkrahús í upphafi fæðingar upplifa forstigi fæðingar. Rannsóknin tók til 18 kvenna, frumbyrja og fjölbyrja, sem fætt höfðu börn á sjúkrahúsi í suðvesturhluta Svíþjóðar. Sænska heilbrigðisráðuneytið mælir með því að konur sem leiti á sjúkrahús á forstigi fæðingar fari aftur heim og bíði þar eftir því að fæðingin fari á næsta stig. Þetta er gert til að reyna að koma í veg fyrir óþarfa inngrip (Nordström og Waldenström, 2001). Konur í Svíþjóð sem leita á fæðingardeildina fá einstaklingsbundna meðferð en þær fara allar í sírita þar sem fylgst er með hjartslætti og hreyfingum barns. Einnig er fylgst með samdráttum í legi. Ef belgir eru enn heilir er gerð innri skoðun þar sem útvíkkun er metin. Ef konan reynist vera á forstigi fæðingar fær hún ráðleggingar og fær að fara aftur heim en þessi meðferð er í samræmi við meðferð sem veitt er á Landspítala (Hulda Hjartardóttir, Margrét Guðmundsdóttir, Halla Ósk Halldórsdóttir, Jóhanna Valgerður Hauksdóttir og Gróa Margrét Jónsdóttir, 2011). Ef konan óskar þess að dvelja áfram á sjúkrahúsinu er það oftast vegna kvíða, verkja eða vegna þess að konan hefur ekki náð að hvílast. Viðtölin voru greind og kom fram eitt aðalþema og fimm undirþemu sem lýstu því hvernig konurnar upplifðu forstigið og þjónustuna á fæðingardeildinni. Aðal þemað snéri að upplifun kvennanna um stjórn og öryggi þegar þær komu á fæðingardeildina. Þeim fannst gott að láta ábyrgðina yfir til ljósmæðra og starfsfólks sjúkrahússins. Þær upplifðu öryggi fyrir sig og ófædd börn sín. Undirþemum fimm sem tengdust aðalþemanu voru; löngunin til að klára meðgönguna, að eiga erfitt með óvissuna, að eiga erfitt með hægan framgang, að þola verki til einskis og að sveiflast á milli styrks og magnleysis (Carlsson o.fl., 2009).

Árið 2012 birtu Carlsson og félagar niðurstöður eigindlegrar rannsóknar á því hvernig sænskar konur upplifðu að vera heima á forstigi fæðingar. Tekin voru viðtöl við 19 frumbyrjur sem höfðu allar verið lagðar inn á fæðingardeild þegar þær voru komnar á virka stig fæðingarinnar. Við greiningu viðtalanna kom fram yfir þemað að viðhalda styrk. En það endurspegladi þá upplifun kvennanna að ef þær náðu ekki að viðhalda styrk á forstiginu hafði það áhrif á getu þeirra til þess að takast á við fæðinguna. Þessi styrkur var bæði tjáður sem líkamlegur og andlegur. Hann var einnig tjáður sem styrkur til þess að ráða yfir eigin líkama. Þrátt fyrir að konurnar vissu að það gæti verið bæði sársaukafullt og erfitt langaði þær að fæða um fæðingarveg. Þessi tilfinning um styrk sem þær lýstu átti sér mismunandi upptök en helstu upptökin voru þau að þetta var eðlilegur hluti lífsins og konurnar upplifðu líkama sinn gerðan til þess að fæða barn. Að lokum var það sá styrkur að hafa stjórn á eigin líkama. Með því að viðhalda styrk gátu þær verið við stjórnina og verið í sínu umhverfi heima. Þær töluðu um sjúkrahúsið sem leiðinlegan stað þar sem væri lítið hægt að gera og að það væri staður

sem fólk dvelur á þegar það er veikt og staður þar sem þú verður að biðja einhvern um leyfi fyrir öllu sem þú vilt gera. Einnig komu fram fjórir tengdir undirflokkar sem sneru að bjargráðum kvennanna á forstiginu. Þeir voru 1) deila upplifuninni með einhverjum öðrum 2) hlusta á takt líkamans 3) dreifa athyglinni og 4) upplifa sig í glerhylki. Þessar aðferðir sem konurnar beittu hjálpuðu þeim að takast á við forstigið og gefur þessi rannsókn innsýn í reynsluheim og upplifun frumbyrja sem dvelja heima á forstigi fæðingar (Carlsson o.fl., 2012).

2.4 Aðferðir ljósmæðra við umönnun kvenna á forstigi fæðingar

Þegar stefnan er sú að best sé fyrir konur að dvelja utan sjúkrahúss á meðan þær eru á forstigi fæðingar kemur það helst í hlut ljósmæðra á fæðingardeildum að meta það hvort tímabært sé fyrir konur að koma á sjúkrahúsið. Þetta mat á sér oftast stað í gegn um síma fyrst og svo þegar konur koma á fæðingardeildina (Carlsson o.fl., 2012; Eri o.fl., 2011). Erlendis eru fæðingardeildir oft með afmarkað svæði eða jafnvel sérdeild þar sem ljósmæður vinna við að svara í símann og eru þá í því hlutverki að meta á hvaða stigi konur eru í fæðingu. Oft er mikið álag á fæðingardeildum og reyna ljósmæður að takmarka þann fjölda sem leitar þangað að ástæðulausu. Þær þurfa að stjórna flæðinu að fæðingardeildinni samhliða því að veita konum persónulegan stuðning og þjónustu. Það er oft erfitt fyrir þær að samræma þetta. Konur sem upplifa lengri og sársaukafyllri hríðar búast oft við því að vera lagðar inn á sjúkrahús á meðan ljósmæður vinna eftir þeirri stefnu að konur ættu eingöngu að vera lagðar inn á fæðingardeild þegar þær eru á virka stigi fæðingar. Hlutverk ljósmæðra er að styðja og styrkja konur og að sjá þeim fyrir upplýsingum til að geta tekið ákvarðanir sjálfar (Spiby o.fl., 2014).

Spiby o.fl. (2014) og Eri o.fl. (2011) hafa gert rannsóknir á viðhorfi og aðferðum í samskiptum við konur snemma í fæðingu. Þetta eru hvor um sig eigindlegar rannsóknir þar sem tekin voru viðtöl við ljósmæður í annarri rannsókninni og ljósmæður og annað starfsfólk sjúkrahússins sem tók þátt í hinni rannsókninni. Niðurstöðurnar sýndu að ljósmæður virtust vera eins konar hliðverðir að fæðingardeildunum.

Rannsókn sem Spiby o.fl. (2014) gerðu í Bretlandi skoðaði viðhorf, áhyggjur og reynslu ljósmæðra af símtölum við konur snemma í fæðingu. Tekin voru viðtöl við þrjá rýnihópa sem samanstóðu af ljósmæðrum og vaktstjóra. Einnig voru tekin níu dýpri viðtöl við ljósmæður, fæðingarlækna og ritara á fæðingardeildum sem störfuðu á sjúkrahúsunum sem tóku þátt í rannsókninni. Við greiningu á þessum viðtölum komu fram níu þemu: skipulagsmódel, símtalið, klínísk mælitæki við mat, annríki á fæðingardeildinni, fræðsla til kvenna, þjálfun ljósmæðra í forgangsflokkun í gegn um síma, ráð til að dvelja áfram heima, velheppnuð og illa heppnuð símtöl.

Ljósmæðurnar litu á það sem helsta verkefni sitt að koma í veg fyrir óþarfar innlagnir kvenna sem eru á forstigi fæðingar á meðan þær reyna á sama tíma að fræða konur um að það sé best að takast á við forstigið heima. Helsta ráðið sem ljósmæður gáfu konum var verkjalyf (paracetamol), bað og göngutúr. En ljósmæðurnar töldu þessi ráð ekki virka fyrir meirihluta kvenna (Spiby o.fl., 2014)

Í norsku rannsókninni skoðuðu Eri o.fl. (2011) aðferðir sem ljósmæður beita í samskiptum við frumbyrjur snemma í fæðingu. Þar voru tekin viðtöl við 18 ljósmæður sem störfuðu á háskólasjúkrahúsi í Noregi þar sem eru 5000 fæðingar á ári. Það var ekki ákveðið verklag til varðandi samskipti ljósmæðra við konur á forstigi fæðinga, hvort sem það var í gegn um síma eða þær komu á

staðinn. Ljósmeðrum var skipt í þrjá hópa sem hittust og ræddu um það hvernig þær tækust á við samskipti við konur í byrjandi fæðingu. Í umræðunum var eftirfarandi spurning notuð til að leiða umræðurnar: “Hvernig talar þú við frumbyrjur í byrjandi fæðingu í símann og sem koma á sjúkrahúsið?” Við greiningu viðtalanna komu fram fimm þemu sem endurspegluðu aðferðir ljósmeðranna í samskiptum við frumbyrjur í upphafi fæðingar. Fyrsta þemað var að ná heildarmyndinni en það var það fyrsta sem ljósmeðurnar hugsuðu um þegar konur hringdu á fæðingardeildina var að ná heildarmyndinni. Þær vildu átta sig á ástandi kvennanna og þær töldu að spyrja einfaldra spurninga myndi róa konurnar. Þetta átti einnig við þegar konur komu í fyrsta skipti á fæðingardeildina. Ljósmeðurnar voru þó ekki alveg sammála um það hvenær best væri að gera innri skoðun til að meta útvíkkun. Helstu ástæður fyrir því að gera ekki innri skoðun var að þær vildu meta samdrættina og leyfa konunum að koma sér fyrir fyrst. Ljósmeðurnar sögðu útlit kvennanna, þegar þær komu á fæðingarstað, segja sér mikið um ástand þeirra en þær voru flestar sammála því að útvíkkun á leghálsinum væri mikilvægasta ábending um hvar konurnar voru staddar í fæðingunni. (Eri o.fl., 2011). Hið sama endurspeglast að einhverju leyti í niðurstöðum Spiby og félaga. (2014) en þar sögðu ljósmeðurnar að það væri hægt að lesa mikið í rödd kvennanna í símanum og að þær þyrftu ekki endilega að hitta konuna til að átta sig á því hvar hún væri stödd í fæðingunni. Stundum gátu ljósmeðurnar sagt til um það að konurnar þyrftu að koma strax inn og nefndu sjötta skilningarvitið í því samhengi. Þær vildu meina að ef ljósmeðurnar væru vingjarnlegar væri líkegra að konurnar væru hreinskilnar við þær. Ljósmeðurnar nefndu samtalstækni eins og að endurtaka mikilvægustu atriði símtalsins í lok þess til að ganga úr skugga um að konurnar hefðu skilið þær. Ljósmeðurnar vildu ekki ljúka símtalinu öðruvísi en að konurnar væru sáttar við niðurstöðuna. Þær töldu mikilvægt að upplýsa konurnar um það að ef þær kæmu inn væru líkur á því að þær yrðu sendar heim aftur (Spiby o.fl., 2014).

Annað þemað var að gera ástandið eðlilegt, en þegar ljósmeðurnar höfðu áttað sig á stöðu kvennanna vildu þær gera ástandið eðlilegt fyrir konurnar. Margar frumbyrjur sækjast eftir því að heyra að það sem þær eru að upplifa sé eðlilegt og oft var það það mikilvægasta fyrir konurnar. Þegar ljósmeðurnar náðu að gera konunum ljóst að það sem þær voru að ganga í gegn um væri eðlilegt fyllti konurnar öryggi og það hughreysti þær. Þetta er í samræmi við aðrar rannsóknarniðurstöður (Carlsson o.fl., 2009; Carlsson o.fl., 2012). Ætla má að ljósmeðurnar hafi gert ástand kvennanna eðlilegt jafnvel þótt það væri ekki eðlilegt, allt til að hughreysta konurnar. Ef konurnar voru enn á forstigi fæðingar þegar þær leituðu á fæðingardeildina vonuðu ljósmeðurnar að þær væru nægilega öruggar til þess að fara aftur heim ef þeim tækist að fullvissa þær um að það sem þær voru að upplifa væri eðlilegt. Þriðja þema var að gefa skýrar ráðleggingar, ljósmeðurnar töldu mikilvægt að gefa skýrar og einfaldar ráðleggingar. Fjórða þemað var að láta konur taka sjálfar ákvörðunina en helsta spurning kvenna sem hringdu inn var sú hvort þær ættu að koma á fæðingardeildina. Ljósmeðurnar vildu að konurnar væru sammála þeim ráðleggingum sem þær gáfu og helst að konurnar tækju sjálfar ákvörðunina. Ljósmeðrunum fannst erfitt að senda konurnar heim ef þær voru enn á forstigi fæðingarinnar og því vildu þær frekar að þær væru lengur heima. Fimmta og síðasta þemað var svo að vera heima eins lengi og mögulegt er. Það kom skýrt fram hjá ljósmeðrunum að þær hvöttu konurnar til að vera heima eins lengi og mögulegt var, það væri þeim fyrir bestu. Ljósmeðurnar buðu

konunum oft að koma á fæðingardeildina til að meta útvíkkun en þjuggu þær jafnframt undir það að fara aftur heim að því loknu. Ef konurnar komu of snemma inn fannst ljósmæðrunum eins og það væri búist við því að eitthvað yrði gert, bæði hjá konunum og sjúkrahúsinu. Ljósmæðurnar töldu að margar konur óski eftir því að vera lagðar inn á forstigi fæðingar (Eri o.fl., 2011).

3 Umræða

Forstigi fæðingar og meðferð á því stigi hefur vafist fyrir rannsakendum alveg síðan Freidman setti fram skilgreiningu á því árið 1955. Rannsakendur hafa átt erfitt með að rannsaka hvenær fæðing hefst og er það meðal annars vegna þess að konur eiga erfitt með að meta hvenær fæðing hefst og oft nota þær huglæg viðmið frekar en hlutlæg (Cheyne o.fl., 2007; Greulich og Tarrant, 2007; Gross o.fl., 2003). Erfitt hefur reynst að skilgreina nákvæmlega hvenær virka stig fæðingarinnar hefst og benda gögn til þess að forstigið taki að meðaltali heldur lengri tíma en Freidman lagði til á sínum tíma, enda hefur fæðingarumhverfið breyst töluvert á þessum tíma (Harper o.fl., 2012; Kominiarek o.fl., 2011; Laughon o.fl., 2012; Norman o.fl., 2012; Zhang, Landy, o.fl., 2010; Zhang, Troendle, o.fl., 2010). Þrátt fyrir þetta virðast þau tímamörk sem sett voru fram árið 1955 varðandi skilgreiningu á langdregnu forstigi enn eiga við og er notast við þau mörk meðal annars á Íslandi (Elín Arna Gunnarsdóttir o.fl., 2014).

Útkoma fæðinga hefur verið skoðuð í tengslum við það hvenær í fæðingu konur leggjast inn á sjúkrahús og virðist útkoman verða verri eftir því sem konur leggjast fyrr í ferlinu inn á sjúkrahús og einnig er inngrípatíðnin hærrí (Bailit o.fl., 2005; Janssen og Weissinger, 2014; Lundgren o.fl., 2013; Neal o.fl., 2010). Meðferðarmöguleikar á forstiginu hafa aftur á móti ekki mikið verið skoðaðir og er stefna sjúkrahúsa oftast að seinka innlögn kvenna eins og hægt er á forstigi fæðingar (Carlsson o.fl., 2009; Greulich og Tarrant, 2007). Þeir meðferðarmöguleikar sem eru notaðir eru hvíldarmeðferð og hríðarörvun/framköllun fæðingar en oft eru ekki ákveðnar verklagsreglur á sjúkrahúsum sem gerir rannsakendum erfitt fyrir að gera samanburðarrannsóknir á þessum meðferðarmöguleikum (Bräne o.fl., 2014). Höfundar hafa jafnvel lagt til að hríðarörvun með oxytocini sé vinsælli því sú meðferð taki styttri tíma heldur en hvíldarmeðferðin (Greulich og Tarrant, 2007)

Auðveldara hefur reynst að skoða upplifun kvenna af forstigi fæðingar og þá með eigindlegum aðferðum. En konum reynist oft erfitt að takast á við þetta stig fæðingarinnar heimavið og leita því aðstoðar á sjúkrahús (Carlsson o.fl., 2009; Cheyne o.fl., 2007). Konur virðast oft vera óöruggar á þessu stigi og óska eftir innlögn á sjúkrahús vegna þess. Óryggi kvenna snýr einnig að ótta við að vera sendar heim af sjúkrahúsinu og er upplifun þeirra oft neikvæð af samskiptum við ljósmæður á forstiginu og þá sérstaklega ef þær upplifa sig á öðrum stað í ferlinu en ljósmæður (Barnett o.fl., 2008; Carlsson o.fl., 2009; Carlsson o.fl., 2012).

Aðferðir ljósmæðra við að sinna konum og eiga samskipti við konur á forstigi fæðingar hafa einnig verið skoðaðar. Þær þurfa að afla upplýsinga og hughreysta konur á sama tíma. Einnig þurfa þær að vinna sem hliðverðir að fæðingardeildinni til að reyna að koma í veg fyrir óþarfa innlagnir. Þær þurfa oft að meta á hvaða stigi fæðingar konan er í gegn um síma og þróa með sér ákveðna eiginleika til að gera það (Carlsson o.fl., 2009; Eri o.fl., 2010; Spiby o.fl., 2014).

Ályktanir

Þrátt fyrir að skilgreiningin á forstigi fæðingar sé yfir 60 ára gömul virðist ekki hafa tekist að rannsaka þetta stig fæðingar það vel að hægt sé að setja fram meðferðarmöguleika sem byggðir eru á niðurstöðum rannsókna. Sú meðferð sem veitt er, er því oft byggð á reynslupekkingu. Lagt var upp með það markmið að skoða hvort nauðsynlegt væri að meðhöndla forstigi fæðingar og þá hvort meðferð hefði áhrif á útkomu fæðinga, inngrípatíðni og upplifun kvenna. Rannsóknir hafa bent til þess að innlögn á forstigi fæðingarauki líkur á inngrípum sem væru ef til vill ekki nauðsynlegar og er því sú stefna sem mest er notuð á forstigi fæðinga að seinka innlögn á sjúkrahús. Þessi stefna veldur konum oft óvissu og kvíða og getur gert fæðingarupplifun þeirra neikvæða. Þessi hugmynd um seinkaða innlögn hefur einnig áhrif á störf ljósmæðra og er það stór hluti af starfi þeirra að sinna konum á forstigi fæðingar. Þær togast á milli þess að hugsa um hagsmuni kvennanna og hagsmuni stofnunarinnar þar sem að það virðist oft ekki vera viðurkennt að konur á forstigi fæðingar þurfi umönnun fagaðila eins og ljósmæðra.

Það væri áhugavert að sjá samanburðarrannsókn á tveim helstu meðferðum sem beitt er á forstigi fæðingar, örvun/gangsetningu og hvíldarmeðferð, þar sem skoðuð væri útkoma fæðinga ásamt upplifun kvenna.

Heimildaskrá

- Bailit, J. L., Dierker, L., Blanchard, M. H. og Mercer, B. M. (2005). Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstetrics & Gynecology*, 105(1), 77-79.
- Barnett, C., Hundley, V., Cheyne, H. og Kane, F. (2008). 'Not in labour': impact of sending women home in the latent phase. *British Journal of Midwifery*, 16(3).
- Bräne, E., Olsson, A. og Andolf, E. (2014). A randomized controlled trial on early induction compared to expectant management of nulliparous women with prolonged latent phases. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 93(10), 1042-1049.
- Carlsson, M., Hallberg, L. R. og Pettersson, K. O. (2009). Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour: A grounded theory study. *Midwifery*, 25(2), 172-180.
- Carlsson, M., Ziegert, K., Sahlberg-Blom, E. og Nissen, E. (2012). Maintaining power: Women's experiences from labour onset before admittance to maternity ward. *Midwifery*, 28(1), 86-92.
- Cheyne, H., Terry, R., Niven, C., Dowding, D., Hundley, V. og McNamee, P. (2007). Should I come in now?: a study of women's early labour experiences. *British Journal of Midwifery*, 15(10), 604-609.
- Elín Arna Gunnarsdóttir, Sigrún Arnardóttir og Gróa Margrét Jónsdóttir. (2014). Verklagsregla um verkjameðferð á langdregnu forstigi fæðingar (Latent phase). Landspítali Háskólasjúkrahús. Reykjavík.
- Eri, T. S., Blystad, A., Gjengedal, E. og Blaaka, G. (2010). Negotiating credibility: first-time mothers' experiences of contact with the labour ward before hospitalisation. *Midwifery*, 26(6), e25-e30.
- Eri, T. S., Blystad, A., Gjengedal, E. og Blaaka, G. (2011). 'Stay home for as long as possible': Midwives' priorities and strategies in communicating with first-time mothers in early labour. *Midwifery*, 27(6), e286-e292.
- Friedman, E. A. (1955). Primigravid Labor: A graphicostatistical analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 6(6), 567-589.
- Friedman, E. A. (1972). An objective approach to the diagnosis and management of abnormal labor. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 48(6), 842.
- Greulich, B. og Tarrant, B. (2007). The latent phase of labor: diagnosis and management. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 190-198.
- Gross, M. M., Haunschild, T., Stoexen, T., Methner, V. og Guenter, H. H. (2003). Women's recognition of the spontaneous onset of labor. *Birth*, 30(4), 267-271.
- Harper, L. M., Caughey, A. B., Odibo, A. O., Roehl, K. A., Zhao, Q. og Cahill, A. G. (2012). Normal progress of induced labor. *Obstetrics & Gynecology*, 119(6), 1113-1118.
- Howie, L. A. og Robinson, C. (2013). Non-neuraxial analgesia in labour. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 14(7), 272-275.
- Hulda Hjartardóttir, Margrét Guðmundsdóttir, Halla Ósk Halldórsdóttir, Jóhanna Valgerður Hauksdóttir og Gróa Margrét Jónsdóttir. (2011). Verklagsreglur um eðlilega fæðingu. Reykjavík; LSH.
- Janssen, P. A. og Weissinger, S. (2014). Women's perception of pre-hospital labour duration and obstetrical outcomes; a prospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 182.
- Kristjánsdóttir H., Kristinsdóttir JD., Aradóttir AB., Hauksson A., Gottfreðsdóttir H., Reynisson R., Jónsdóttir SS. og Steingrímsdóttir Þ. Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu. Klínískar leiðbeiningar. Landlæknisembættið 2010. (Skoðað 22. apríl 2016). Sótt á <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2548/4407.pdf>

- Kominiarek, M. A., Zhang, J., VanVeldhuisen, P., Troendle, J., Beaver, J. og Hibbard, J. U. (2011). Contemporary labor patterns: the impact of maternal body mass index. *American journal of obstetrics and gynecology*, 205(3), 244. e241-244. e248.
- Landlæknisembættið. (2008). Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu, kíniskar leiðbeiningar. Sótt 22. apríl 2016 af <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2548/4407.pdf>.
- Laughon, S. K., Branch, D. W., Beaver, J. og Zhang, J. (2012). Changes in labor patterns over 50 years. *American journal of obstetrics and gynecology*, 206(5), 419. e411-419. e419.
- Lin, M. G. og Rouse, D. J. (2006). What is a failed labor induction? *Clinical obstetrics and gynecology*, 49(3), 585-593.
- Lundgren, I., Andrén, K., Nissen, E. og Berg, M. (2013). Care seeking during the latent phase of labour—frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(4), 141-146.
- Lyfjastofnun. (2013). [Morphine]. Samantekt á eiginleikum lyfs. Sérlyfjaskrá. Sótt þann 21. apríl 2016 af <http://serlyfjaskra.is/FileRepos/d73b00e4-c6fe-df11-a1f6-0016e6045f8e/SPC-Morphine%2520Sulphate%2520BP.doc.pdf>
- Maghoma, J. og Buchmann, E. (2002). Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(1), 16-19.
- Maimburg, R. D., Væth, M., Dürr, J., Hvidman, L. og Olsen, J. (2010). Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(8), 921-928.
- McNiven, P. S., Williams, J. I., Hodnett, E., Kaufman, K. og Hannah, M. E. (1998). An early labor assessment program: a randomized, controlled trial. *Birth*, 25(1), 5-10.
- Nachum, Z., Garmi, G., Kadan, Y., Zafran, N., Shalev, E. og Salim, R. (2010). Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labor in prolonged latent phase: a randomized controlled trial. *Reprod Biol Endocrinol*, 8(1), 136.
- National Institute for Health and Care Excellence. (NICE). (2008). Inducing labour. Sótt þann 16. apríl, 2016 af <https://www.nice.org.uk/guidance/cg70/chapter/1-guidance>
- National Institute for Health and Care Excellence. (NICE). (2014). Intrapartum care: care of healthy women and babies. Sótt þann 16. apríl, 2016 af <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/documents/intrapartum-care-update-nice-guideline2>
- Neal, J. L., Lowe, N. K., Ahijevych, K. L., Patrick, T. E., Cabbage, L. A. og Corwin, E. J. (2010). "Active Labor" Duration and Dilation Rates Among Low-Risk, Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset: A Systematic Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(4), 308-318.
- Ness, A., Goldberg, J. og Berghella, V. (2005). Abnormalities of the first and second stages of labor. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 32(2), 201-220.
- Nordström, L. og Waldenström, U. (2001). State of the Art. Handläggning av normal förlossning: Stockholm: Socialstyrelsen, MARS Medicinsk faktabas.
- Norman, S. M., Tuuli, M. G., Odibo, A. O., Caughey, A. B., Roehl, K. A. og Cahill, A. G. (2012). The effects of obesity on the first stage of labor. *Obstetrics and gynecology*, 120(1), 130.
- Spiby, H., Walsh, D., Green, J., Crompton, A. og Bugg, G. (2014). Midwives' beliefs and concerns about telephone conversations with women in early labour. *Midwifery*, 30(9), 1036-1042.
- Zhang, J., Landy, H. J., Branch, D. W., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K. D., . . . Gonzalez-Quintero, V. H. (2010). Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics and gynecology*, 116(6), 1281.

- Zhang, J., Troendle, J., Mikolajczyk, R., Sundaram, R., Beaver, J. og Fraser, W. (2010). The natural history of the normal first stage of labor. *Obstetrics & Gynecology*, 115(4), 705-710.
- Zhang, J., Troendle, J. F. og Yancey, M. K. (2002). Reassessing the labor curve in nulliparous women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 187(4), 824-828.