

FRÆÐSLUGREIN

Er heimabyggð rétti staðurinn fyrir konur í eðlilegri fæðingu?

Afturvirk lýsandi rannsókn á útkomu eðlilegra fæðinga á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja



Steina Þórey Ragnarsdóttir,
Ljós móðir M.Sc. á Heilbrigðisstofnun
Suðurnesja



Ólöf Ásta Ólafsdóttir,
Ljós móðir PhD. Lektor við námsbraut í
Ljós móðurfræði við Hjúkrunarfræðideild
Háskóla Íslands

ÚTDRÁTTUR

Á Ljósmeðravakt Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja (HSS) fara fram eðlilegar fæðingar í umsjón ljósmeðra. Erlendar rannsóknir sýna að hægt er að reka slíka þjónustu á hagkvæman og öruggan hátt með minni líkum á inngripum í eðlilegt barneignarferli. Markmið þessarar meginlegu rannsóknar með lýsandi afturvirku rannsóknarsniði var að kanna útkomu fæðinga og undirbúning fyrir fæðingu. Úrtakið eru 145 konur sem fæddu á HSS frá 1. maí 2010 til 1. maí 2011 og af þeim fengu 66 konur undirbúning fyrir fæðinguna í formi jóga, nálastungna og fræðslu.

Helstu niðurstöður voru þær að útkoma spangar var góð. Ein kona hlaut 3^o rífu og engin 4^o rífu. Lítil notkun sterkra verkjalyfja er á deildinni. Flestar konur notuðu baðið sem verkjastillingu eða 67%, glaðloft var notað í 23% tilfella og pethidin og phenergan voru notuð í 12% tilfella. Inngrip í fæðingu voru lítil en belgjarof var gert í 23% tilvika. Notkun syntocinons til örvarnar var í 11% tilvika. Í 4% tilvika þurfti að beita létri sogklukku í fæðingu. Blæðing meiri en 500 ml var 5% hjá 8 konum. Meðal Apgar skor barna var 8,5 eftir 1 mínútu og 9,7 eftir 5 mínútur.

Þær konur sem fóru í meðgöngujóga þurftu síst sterk verkjalyf og notuðu vatnsbað til verkjastillingar (84%). Marktækur munur ($p = 0,003$) gefur til kynna að þær konur sem stunduðu meðgöngujóga, fengu undirbúningsnálar og fóru á foreldrafræðslunámskeið komu betur undirbúnar fyrir fæðinguna og notuðu frekar vatnsbað sem verkjastillingu. Þar sem úrtakið var lítið er frekari rannsókna þörf. Niðurstöðurnar um ljósmeðrarekna þjónustu á HSS hvetja til upplýsts vals kvenna í eðlilegri meðgöngu og fæðingu um að fæða í heimabyggð.

Lykilorð: Ljósmeðrarekin þjónusta, samfelld þjónusta, eðlileg fæðing, útkoma, meðgöngujóga, nálastungur.

INNGANGUR

Val á fæðingarstað, fjölbreytileiki og mismunandi þjónustustig til að koma til móts við þarfir barnshafandi kvenna og fjölskyldna þeirra er nauðsynlegur í barneignarþjónustunni (Ljósmeðrafélag Íslands, 2000). Mikilvægt er að fæðingarstaðir verði ekki færri en þeir eru nú, en þeim hefur fækkað úr 15 niður í 8, auk heimafæðinga, á árunum 2000 til 2013 (Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir,

Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson, 2014; Reynir T. Geirsson, Gestur Pálsson, Ragnheiður I. Bjarnadóttir og Guðrún Gardarsdóttir, 2001).

Rannsóknin sem hér er kynnt för fram á fæðingardeild á landsbyggðinni á árinu 2010–2011, við Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS). Búið er að loka þeirri skurðstofuþjónustu sem í boði var á HSS og breyta fæðingarstaðnum úr því að vera skilgreindur sem C2 í það að vera D1 fæðingarstaður þar sem konur fæða í umsjá ljósmæðra sem hafa aðgang að þjónustu heilsugæslulækna (Landlæknisembættið, 2007). Lögd var áhersla á að viðhalda ljósmóðurþjónustu í eðlilegum fæðingum á HSS. Reynslan sýnir að konur vilja fæða í sinni heimabyggð. Á fæðingardeild HSS sem nú heitir Ljósmæðravaktin er lögd áhersla á rólegt umhverfi og sem minnsta truflun á eðlilegt ferli. Konur eru hvattar til þess að fæða á náttúrulegan hátt þar án verkjalyfja og er þeim markmiðum mætt með áherslu á undirbúning sem þær geta nýtt sér á meðgöngu. Í boði er meðgöngujóganámskeið og nálastungur frá 36. viku meðgöngunnar, svokallaðar undirbúningsnálar, einu sinni í viku fram að fæðingu. Einnig er í boði foreldrafæðslunámskeið.

Rannsóknir gefa til kynna að ljósmæðrarekin eining, yfirseta ljósmóður í fæðingu og samfelld umönnun minnki líkur á lyfjanotkun og inngripum (McLachlan, Forster, Davey, Farrell, Gold, Biro, Albers, Flood, og Waldenström, 2012; Freeman, Adair, Timperley og West, 2006). Betri útkoma spangar er á ljósmæðrareknum einingum (Overgaard o.fl., 2011; Bernitz, Rolland, Blix, Jacobsen, Sjøborg og Øian, 2011; Hodnett, Gates, Hofmeyr og Saksl, 2007). Barnsfæðing er eitt af stærstu þroskaverkefnum sem fjölskyldur takast á við. Ef konan fær þjónustu þar sem hún telur sig örugga og líður vel og treystir þeim sem annast hana eru auknar líkur á að fæðingarferlið sem stýrt er af hormónum hafi sinn gang. Margar konur vilja fæða á ljósmæðrareknum stað og fæða á náttúrulegan hátt án verkjalyfja vegna þess að almennt finnst þeim umhverfið vera notalegt (Eide, Nilsen og Rasmussen, 2009) öruggt, hlýtt og án truflunar (Odent, 2011). Erlendar og íslenskar rannsóknir benda til þess að hægt sé að reka örugga barneignaþjónustu við aðstæður eins og eru á Suðurnesjum (Berglind Hálfðánsdóttir, Alexander Kr. Smáráson, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Ingegerd Hildingsson og Herdís Sveinsdóttir, 2015; Sigrún Kristjánsdóttir, 2012; Overgaard o.fl., 2011; Hodnett o.fl., 2007).

Ljóst er að fæðingarþjónustu á sjúkrahúsum með fullum rekstri skurðstofa verður ekki haldið úti á mörgum stöðum á Íslandi en mikilvægt er þó að áfram verði í boði ákveðin grunn barneigna- og fæðingarþjónusta sem víðast. Til þess að slík fæðingarþjónusta sé raunhæfur valkostur fyrir konur í eðlilegri meðgöngu og fæðingu er mikilvægt að gera rannsóknir sem afla upplýsinga um og þróa örugga og hagkvæma fæðingajónustu í heimabyggð, hvort sem um er að ræða fæðingar á ljósmæðrastýrðum einingum eða heimafæðingar og miðla þeim upplýsingum til ljósmæðra og annars fagfólks í barneignajónustunni.

Nýlega komu út klínískar leiðbeiningar um fæðingarhjálp í Bretlandi sem leggja áherslu á að konur fái fræðslu í meðgönguvernd til þess að auka trú þeirra og getu til þess að fæða eðlilega og án inngripa og að fyrsta val kvenna í eðlilegri meðgöngu sé að geta fætt á sjálfstæðri ljósmæðrastýrðri einingu með samfelldri þjónustu og/ eða hafa val um heimafæðingu (NICE clinical guidelines, 2014).

Talið er að konur í eðlilegri meðgöngu og fæðingu fái frekar samfella þjónustu frá ljósmæðrum sem starfa á litlum fæðingarstað eða heima og með sem minnstum inngripum heldur en á hátækisjúkrahúsi þar sem eitt inngrip getur leitt af sér önnur og þar með fjölgað keisaraskurðum (McLachlan o.fl., 2012; Barlow, 2008; Fenwick, Butt, Dhaliwal, Hauck og Schmied, 2009; Odent, 2011; Birthplace in England Collaborative group, 2011; NICE clinical guidelines, 2014). Stuðlað er að eðlilegum fæðingum með því að styðja við verkjastillingu í fæðingum án verkjalyfja sem minnkar líkur á inngripum og eykur jákvæða upplifun kvenna af fæðingunni (Overgaard, Møller, Fenge-Grøn, Knudsen, Sandall, 2011, NICE clinical guidelines, 2014).

Þessi fræðslugrein segir frá meistararannsókn þar sem tilgangurinn var að afla upplýsinga og styðja við upplýst val kvenna í eðlilegri meðgöngu um að fæða í sinni heimabyggð. Gögnum var safnað um útkomu eðlilegra fæðinga og hvaða áhrif undirbúningur á meðgöngu hefur til að styrkja konur til þess að fara í gegnum eðlilega fæðingu án verkjalyfja. Því voru eftirfarandi rannsóknarspurningar lagðar fram:

1. Hver er útkoma eðlilegra fæðinga við HSS á tímabilinu 1. maí 2010 til 1. maí 2011?
2. Hver eru áhrif undirbúnings á meðgöngu á útkomu fæðingar með tilliti til meðgöngujóga, nálastungna og foreldrafæðslu?
3. Er samband á milli undirbúnings á meðgöngu og verkjastillingar í fæðingu?

Eðlilegar fæðingar og fæðingarstaðir

Ekki er auðvelt að skilgreina hvað eðlileg fæðing er í nútímasamfélagi. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin WHO leggur áherslu á stuðning við eðlilega fæðingu og lífeðlisfræðilegt ferli. Skilgreining WHO á eðlilegri fæðingu er: *Fæðing sem fer sjálfkrafa af stað, kona í eðlilegu ferli á meðgöngu og haldi þannig áfram út fæðinguna. Að barnið fæðist af sjálfu sér í höfuðstöðu milli 37.–42. viku meðgöngu og að eftir fæðingu séu móðir og barn í góðu ásíggkomulagi* (WHO, 1996). Samkvæmt Fæðingarskráningunni fyrir árið 2010 yfir fæðingar á Íslandi koma fram gæðavísar um fæðingar þar sem eru skilgreiningar eins og: Fæðing án inngripa og Fæðing án fylgikvilla. (Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl., 2011). Samkvæmt skilgreiningu Landlæknisembættisins er búið að gefa út leiðbeiningar til að flokka fæðingarstaði miðað við áhættu. D1 er fæðingarstaður þar sem konur fæða í umsjá ljósmæðra sem hafa aðgang að þjónustu heilsugæslulækna og er fyrir hraustar konur í eðlilegri fæðingu, í 37–42 vikna meðgöngu, í sjálfkrafa sótt, ekki fyrirsjáanleg vandamál í fæðingunni og er fyrirfram ákveðið og upplýst val konunnar (Landlæknisembættið, 2007).

Aldrei er eins mikil þörf á að halda utan um og styðja við eðlilegar fæðingar eins og nú. Inngripatíðni er að aukast á tímum tæknivæðingar og breyting hefur orðið á hugtakinu „eðlilegt“. Hvað er eðlileg fæðing? Er það þegar ekki hafa verið nein inngrip eða þegar fæðing hefur átt sér stað um fæðingarveg með gangsetningu eða með notkun utanbastdeyfingar (Page, 2000)? Í lokaverkefni Sigrúnar Huldar Gunnarsdóttur (2014) í ljósmóðurfræðum um viðhorf og skilgreiningu íslenskra ljósmæðra á eðlilegum fæðingum og fæðingarumhverfi kom engin ein skilgreining fram, en áhersla var á sjálfkrafa upphaf og lífeðlisfræðilegt ferli án inngripa og jákvæð upplifun konunnar um að hún væri sigurvegari skipti mestu máli. Mismunandi getur verið hvernig ljósmæður skilgreina eðlilega fæðingu eftir því á hvers konar fæðingarstað þær starfa, til dæmis hvort fæðingin fer fram heima eða á fæðingarstofnunum, og hvaða hópi kvenna þær eru að sinna (Kennedy og Shannon, 2004; Sigrún Huld Gunnarsdóttir, 2014).



Í hugmyndafræði ljósmæðra er lögð áhersla á að ljósmæður standi vörð um eðlilegar fæðingar. Þrátt fyrir það hafa ljósmæður verið þátttakendur í að tæknivæða barneignarferlið og samkvæmt rannsóknnum virðast ljósmæður hafa tilhneingingu til að vanmeta það að heilbrigð kona í eðlilegu ferli geti fætt eðlilega (Valgerður Lís Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009). Almenn er áætlað að 70–80% kvenna séu í eðlilegri meðgöngu og fæðingu (WHO, 1996). Takmarkið í heiminum er að tíðni keisaraskurða fari ekki upp fyrir 15% en samt sem áður hefur keisaratiðni í Bandaríkjunum hækkað upp í 31,8%. Í Victoria í Ástralíu hefur keisaratiðni tvöfaldast frá árinu 1985 og var orðin 31% árið 2011 (McLachan o.fl., 2012). Til þess að sporna við þessari stöðugu hækkun hefur WHO ráðlagt að auka skuli rannsóknir og stefnumótun til þess að auka líkur á fæðingu um fæðingarveg og þá sérstaklega hjá konum með fyrsta barn (Kennedy, Grant, Shaw-Battista og Sandall, 2010; WHO, 2007). Líkur á að konur fæði án inngripa í fæðingu (gangsetningar, utanbastdeyfingar, svæfingar, sogklukku, tanga, spangarklippingar, keisaraskurðar og stjórnunar í fylgjufæðingu) og eigi náttúrulega fæðingu eru mun meiri á ljósmæðrareknum einingum (83%) og í heimafæðingum (88%) heldur en á hátækni sjúkrahúsum (58%) (Birthplace in England Collaborative Group, 2011).

Rannsóknir á Nýja-Sjálendi hafa sýnt að konur í eðlilegum fæðingum verða fyrir áhrifum frá fæðingarstað. Ljósmæðrum þar finnst erfiðara að bjóða upp á eðlilegar fæðingar á hátækni sjúkrahúsum vegna ytri hömlunar, svo sem plássleysis, skorts á viðeigandi stuðningi, einkarými, baðaðstöðu, frelsi til að geta hreyft sig og verklagsreglna (Davis, Baddock, Pairman, Hunter, Benn, Wilson, Dixon og Herbison, 2011). Tilhneingin hefur verið sú að líta á allar fæðingar eins og þær séu með sömu áhættu en það getur haft neikvæðar afleiðingar í för með sér og haft áhrif á þjálfun heilbrigðisstarfsfólks, notkun tækni og aðferðar (WHO, 1996). Þegar vinnuálag er mikið á stórum fæðingarstofnunum og yfirsetan minnkar fjölgar inngripum í eðlilegt ferli. Yfirsetan hefur áhrif á upplifun ljósmæðra og sjálfræði í ljósmóðurstarfinu (Valgerður Lís Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2009).

Meðgöngujóga

Jóga á meðgöngu getur stýtt fyrsta stig fæðingarinnar, gert konur meðvitaðri um líkama sinn og fengið þær til að treysta honum betur í fæðingunni. Auk þess getur það leitt til þess að konur séu afslappaðri og öruggari í fæðingunni sjálfri (Chuntharapt, Petpichetchian og Burns, 2008; Sun, Hung, Chang og Kuo, 2009; Babbar, Parks-Savage, Chauhan, 2012). Öndunarmynstur getur hjálpað konu að hafa stjórn á fæðingunni, ásamt því að það getur aukið súrefnisflæði til fóstursins og þar með aukið vellíðan þess. Með því að nota öndunina í fæðingu er verið að viðhalda stjórn og fylgja eftir takti hríðanna og bjóða þær velkomnar í stað þess að berjast á móti þeim. Þetta getur valdið því að upplifun konu af fæðingu verði jákvæðari (Chuntharapt o.fl., 2008; Singh, 2006; Babbar o.fl., 2012). Auk þess



hefur verið sýnt fram á að jógaástandun færir konum meira sjálfstraust í fæðingu og því upplifi þær minni verki en aðrar konur (Sun o.fl., 2009). Talið er að jóga dragi úr kvíða fyrir fæðingunni ásamt því að þær sofa betur og hafi aukna orku (Kinser og Williams, 2008; Babbar o.fl., 2012).

Undirbúningsnálar

Ein leiðin til að styrkja og undirbúa konur til að geta fætt á náttúrulegan hátt er að bjóða upp á svokallaðar undirbúningsnálar á meðgöngu og undirbúa þannig líkama og sál síðustu vikur meðgöngu. Nálastungur á síðustu vikunum fyrir fæðinguna geta stýtt fyrsta stig fæðingar ásamt því að undirbúa legið og andlega þáttinn (Hope-Allan, Adans, Sibbritt, Tracy, 2004; Zeisler, Tempfer, Mayerhofer, Barrada og Husslein, 1998; Betts og Lennox, 2006; Kubista og Kucera, 1974).

Undirbúningsnálar eru boðnar konum einu sinni í viku sem hluti af meðgöngueftirliti frá 36 vikna meðgöngu og fram að fæðingu. Meðferðin stýttir fyrsta stig fæðingar, minnkar líkur á gangsetningum, utanbastdeyfingum og keisaraskurðum. Auknar líkur eru á að konur fæði um fæðingarveg. Einnig virðast undirbúningsnálar hafa áhrif á þroskun leghálsins (Betts og Lennox, 2006; Zeisler o.fl., 1998). Kubista og Kucera (1974) rannsökuðu 60 frumbyrjur sem voru undirbúnar fyrir fæðingu með nálastungum og allar fæddu um fæðingarveg með barn í höfuðstöðu. Meðallengd fæðingar var 6,5 klst. Þeir notuðu punkta sem eru slakandi og auka blóðflæði til grindarholnsins. Niðurstöðurnar voru þær að nálastungumeðferð til undirbúnings fyrir fæðingu virðist hafa áhrif til að minnka hræðslu, spennu og verki í fæðingu.

Fræðsla

Mikilvægt er fyrir konur og makar þeirra að geta búið sig undir fæðinguna. Ljósmæður geta haft mikil áhrif á fræðslu til foreldra á meðgöngu og eru meðgönguverndin og foreldrafraeðslunámskeiðin góð tækifæri til þess, þar sem reynslan hefur sýnt að konur fæða frekar án verkjalyfja ef þær eru betur undirbúnar.

Í rannsókn Kemp og Sandall (2008) kemur fram að ekki næst eins góður árangur við að búa foreldra undir fæðinguna eins og áður var talið með foreldrafraeðslunámskeiðum, því hefur komið til annars konar fræðsla til foreldra. Hún byggist á einstaklingshæfðu viðtali við 36 vikna meðgöngu. Tilgangur með slíkum viðtölum er að byggja upp trú konunnar á jákvæða og eðlilega fæðingu og byggja upp sjálfstraust hennar til þess hún geti fætt án inngripa. Slíkt fæðingarsamtal hefur áhrif á getu konunnar til að fæða án inngripa og eykur sjálföruggi hennar til fæðingarinnar og trú á sjálfri sér (Jónína Birgisdóttir, 2014).

Vatnsböð og vatnsfæðingar

Á ljósmæðrastýrðum einingum eru notaðar náttúrulegar verkjameðferðir sem styðja við eðlilegt ferli fæðingarinnar. Slakandi vatnsböð er hjálpleg í fæðingu. Slökunin hefur áhrif á framleiðslu adrenalíns þar sem framleiðslan minnkar þegar einstaklingurinn er slakur og því eru minni líkur á því að finna fyrir sársauka. Konur eru léttari á sér í vatninu og hafa aukið svigrúm til þess að hreyfa sig. Heitt vatn hjálpar til við samdrátt legvöðvans og eykur súrefnisríkt blóð til hans sem verður til þess að hann vinnur betur og hefur áhrif á að stytta fæðinguna (Lichy og Herzberg, 1997; Odent, 2011).

Vatnsfæðingar minnka líkur á inngripum, verkjastillingu eins og utanbastsdeyfingu, leghálsdeyfingu og svæfingu í fæðingu (Cluett og Burns, 2004; Cluett, Nikodem, McCandlish og Burns, 2006; Thoeni og Zech, 2012). Notkun vatnsbaða stuðlar að slökun í fæðingu og hjálpar konum að komast í gegnum hana í rólegu umhverfi og hvetur til hormónajafnvægis hjá konunni (Lichy og Herzberg, 1997; Odent, 2011).

AÐFERÐAFÆÐI

Í rannsókninni var notað lýsandi afturvirkir rannsóknarsnið. Upplýsinga var aflað úr sjúkraskrá. Úrtakið voru allar konur sem fæddu



á fæðingardeild Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja einu ári eftir að skurðstofunni þar var lokað og þjónustustig breyttist, eða á tímabilinu 1. maí 2010 til 1. maí 2011. Alls voru 145 konur í úrtakinu.

Mælitækið sem var notað í þessari rannsókn er skráningarlisti sem notaður hefur verið á Íslandi í öðrum rannsóknum, svokallaður atriðisorðalisti (Berglind Hálfðánsdóttir, 2015; Sigrún Kristjánsdóttir, 2012). Það var þýtt og staðfært úr norsku en þar hafði það verið notað í rannsókn um útkomu heima-fæðinga í Noregi á árabílinu 1997–2007 (Blix, Schaumburg Huitfeldt, Öien, Straume og Kumle, 2012) og er notað í framvirkri rannsókn um útkomu heima-fæðinga á Íslandi og á Norðurlöndunum árabílið 2009–2013 en niðurstöður úr þeirri rannsókn bíða birtingar (Ólöf Ásta Ólafsdóttir, munnleg heimild, apríl 2015).

Upplýsingar úr mæðraskrárum voru settar inn í skráningarlista. Einnig fengust upplýsingar um undirbúning á meðgöngu, svo sem hjá Margréti Knútsdóttur um þátttöku á meðgöngujóganámskeiði en hún er jógakennari og ljósmóðir og hefur séð um þessi námskeið í Reykjanesbæ. Margar kvennanna mættu vikulega í jóga frá 20. viku og fram að fæðingu (Margrét Knútsdóttir, munnleg heimild, júní 2012).

Undirbúningsnálar eru gefnar á fæðingardeild HSS frá viku 36 og mæta konurnar einu sinni í viku, mynda tengsl við ljósmæðurnar á deildinni og fá nálastungur í ákveðna punkta (Sp6, Ht7 og Gv20) sem undirbúa legið og andlega þáttinn undir fæðinguna og veita slökun. Foreldrum gafst kostur á að koma á foreldrafraeðslunámskeið sem tvær ljósmæður deildarinnar sáu um.

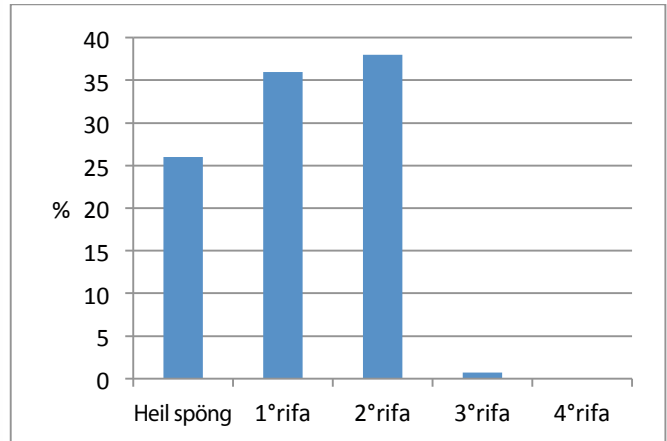
Lýsandi tölfraeði var beitt. Útkomubreytur tengjast afdrifum kvenna og barna þeirra. Hjá barninu voru Apgar stig skoðuð. Hjá móðurinni var útkoma spangar metin. Skoðað var hvers konar verkjastilling var notuð, svo sem notkun baðs, glaðlofts, nálastungna og sterkra verkjalyfja eins og pethidins og phenergans. Einnig voru skoðaðar útkomubreytur fyrir fæðingarferlið, fæðingarmáta, lengd fæðingar og magn blæðingar, tíðni vatnsfæðinga, inngrip eins og sogklukkur, keisaraskurðir, spangarklippingar, belgjarof og notkun hriðáörvandi lyfja.

Samanburður var gerður og skoðað var hvort munur væri á útkomu fæðinga milli þeirra sem fengu undirbúning í formi jóga, nálastungna eða fræðslu miðað við allan hópinn. Þau marktæknimörk sem notuð voru í rannsókninni eru Pearson's t-próf þar sem bornir eru saman tveir hópar og Anova þar sem bornir eru saman fleiri en tveir hópar. Við gagnaúrvinnslu var notast við forritið Excel. Fengin voru meðaltöl og tíðnitölur með aðstoð Excel forritsins og SPSS forritsins ásamt því að fá marktækni.

NIÐURSTÖÐUR

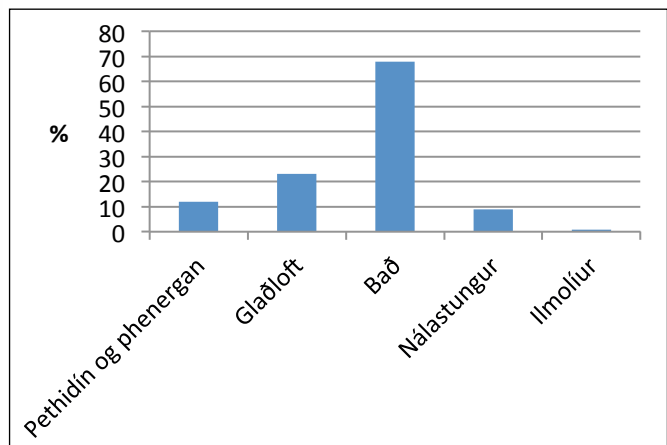
Meðalaldur kvenna í rannsókninni var 27 ár. Frumbyrjur 36% og fjölbyrjur 64%. Meðalmeðgöngulengd þátttakenda var 40 vikur. Meðallengd allra fæðinga á HSS var 7,35 klst. Vatnsfæðingar voru 45% allra fæðinga á HSS eða alls 65. Konur sem voru með heila spöng voru alls 36 eða 26%. Flestum konum blæddi eðlilega eftir fæðingu eða minna en 500 ml (95%). Áverkar á spöng voru hjá alls 104 konum en það eru 72%. 50 konur eða 36% fengu 1° spangarrifu, 53 fengu 2° spangarrifu eða 38% kvennanna, 1 kona fékk 3° spangarrifu eða 0,7% og þurfti að senda hana á LSH í

saumaskap. Engin kona fékk 4° spangarrifu. 13 konur voru klipptar spangarklippingu (e. episitomia) eða 9% kvennanna. Þær konur sem voru með heila spöng voru alls 36 eða 26%.



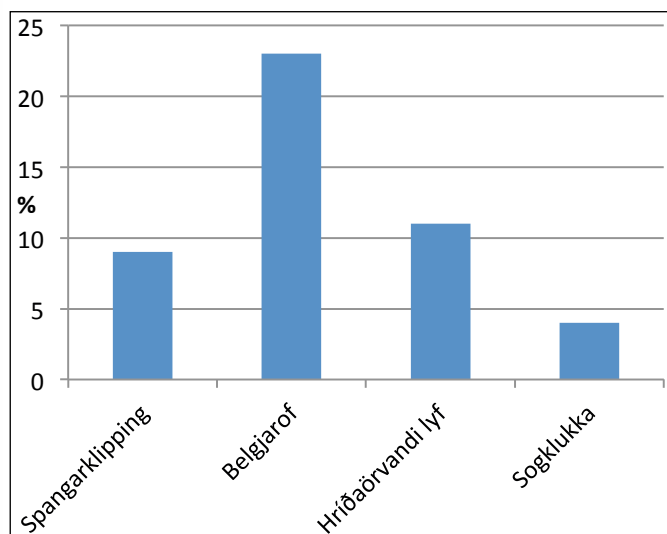
Mynd 1: Útkoma spangar hjá öllu úrtakinu.

Meirihluti kvennanna eða 98 notuðu baðið til verkjastillingar eða um 68%.



Mynd 2: Verkjameðferð allra í úrtakinu.

Belgjarof var algengasta inngripið í fæðingar á HSS eða 23%.



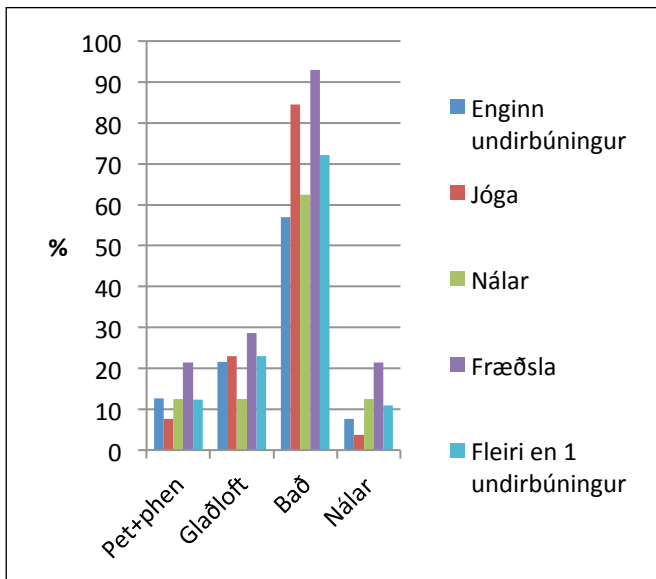
Mynd 3: Inngrip í fæðingu.

Tafla 1: Meðaltöl, spönn og staðalfrávik á útkomu barna.

	Meðaltal	Spönn	<i>sf</i>
Þyngd barns	3.668 gr	2.235–4.695	443
Lengd barns	51 cm	45–56	2
Höfuðmál barns	35 cm	32–39	1,4
Apgar e. 1 mín	8,5	4–10	1,4
Apgar e. 5 mín.	9,7	7–10	0,6

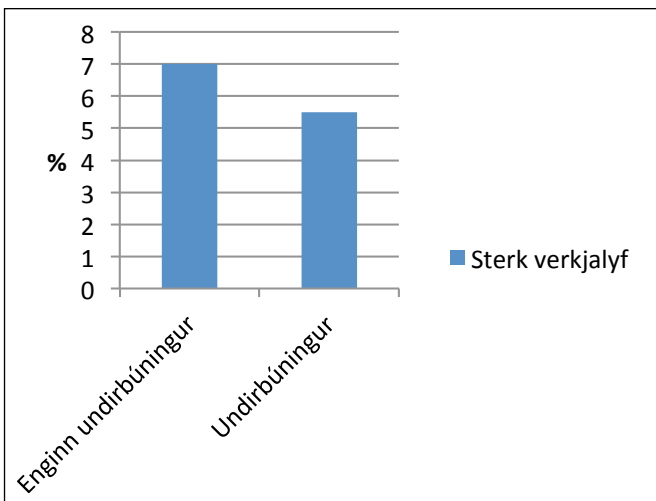
Útkoma barna mælt í Apgar og þyngd, lengd og höfuðmál barna sem fæddust á HSS.

Marktækur munur fannst milli þeirra kvenna sem fengu engan undirbúning á meðgöngu og þeirra sem fengu sérstakan undirbúning þegar skoðuð var notkun vatnsbaðs í fæðingu. 80% þeirra kvenna sem nutu undirbúnings notuðu baðið til verkjastillingar miðað við 57% kvenna sem fengu engan undirbúning og notuðu baðið. Það voru hlutfallslega marktækt fleiri sem fóru í undirbúning og notuðu vatnsbað samkvæmt Pearson's Kí-kvaðratsprófi ($\chi^2(1) = 8,942, p = 0,003$).



Mynd 4: Verkjastilling kvennanna sem fengu sérstakan undirbúning á meðgöngu og hinna sem fengu engan undirbúning.

Kannað var hvort samband væri á milli undirbúnings á meðgöngu og fæðingar án verkjalyfja. Af þeim sem fæddu með notkun sterkra verkjalyfja voru 10 (7%) sem fengu engan undirbúning og 8 (5,5%) sem fengu undirbúning á meðgöngu. Ekki fannst marktækur munur þar sem úrtakið er lítið.



Mynd 5: Konur sem fóru í sérstakan undirbúning miðað við þær konur sem fengu engan undirbúning og notuðu sterk verkjalyf (pet+phen).

UMRÆÐUR

Almennt er útkoma úr fæðingum á HSS á rannsóknartímabilinu í samræmi við rannsóknarniðurstöður annarra um útkomu eðlilegra fæðinga á ljósmæðrareknum einingum eða heima fæðingum (Berglind Hálfhánsdóttir, 2015; Sigrún Kristjánsdóttir, 2012; Blix o.fl., 2012; Hodnett o.fl., 2007; Overgaard, o.fl., 2011; Barlow, 2008; Fenwick o.fl., 2009). Niðurstöðunum svipar til niðurstaðna bæði innlendra og erlendra rannsókna þar sem fram kemur að minna er um inngríp og verkjalyfjanotkun hjá konum í eðlilegri fæðingu á ljósmæðrareknum einingum miðað við hátækni sjúkrahús. Undirbúningur virðist skila sér í minni notkun verkjalyfja og auka líkur á náttúrulegum verkjastillingum eins og notkun vatnsbaðs.

Meðallengd fæðinga í rannsókninni var 7,35 klst., miðað við virkan gang fæðingar. Fæðingin gekk hraðar hjá þeim konum sem höfðu farið í undirbúningsnár eða 6,04 klst. sem kemur heim og saman við það sem rannsóknir segja, að undirbúningsnár geti stýtt útvíkkunarstigið (Betts og Lennox, 2006; Zeisler o.fl., 1998; Hope-Allan o.fl., 2004).

Það sem þótti áhugavert við niðurstöður rannsóknarinnar er að útkoma alvarlegra fæðingaáverka hjá konum eru mjög fáir. Engin kona hlaut alvarlegan áverka (4°) og ein kona hlaut meðalalvarlegan áverka (3°) og má skoða það hvort það sé vegna fylgni við háa tíðni vatnsfæðinga en við HSS fæða 45% kvenna í vatni. Ekki var sérstakur munur á milli þeirra sem fóru í undirbúning undir fæðinguna og hinna. Það má segja að útkoma spangar hjá meðgöngujógaþóttum var best varðandi 1° rifu en kom verst út með 2° rifu og svo var eina konan í úrtakinu með 3° rifu úr þessum hóp.

Marktækur munur var milli þeirra sem fengu sérstakan undirbúning á meðgöngu og notuðu vatnsbað sem verkjastillingu og þeirra sem fengu engan sérstakan undirbúning. Sýnt hefur verið fram á tengsl milli vatnsfæðingar og lítillar notkunar á verkjalyfjum (Thoeni og Zech, 2012). Konur notuðu baðið í 67% tilfella á HSS en notkun vatnsbaða á LSH var 16% árið 2010 og á HSU notuðu konur vatnið í 51% tilvika á árinu 2010 (Ragnheiður I. Bjarnadóttir o.fl., 2011).

Meðgöngujóganámskeiðið virðist undirbúa konurnar í því að nota vatnsbað til verkjastillingar og búa þær undir að fæða án lyfja þar sem jógaþótturinn var með minnstu verkjalyfjanotkunina og notuðu baðið í 85% tilvika. Flestar konurnar sem höfðu farið í jóga á meðgöngunni notuðu baðið og luku 58% þeirra fæðingunni í vatninu. Þær konur sem fengu undirbúningsnár voru einnig duglegar að nota vatnsbaðið til verkjastillingar en þær voru 62,5% og 37,5% þeirra fæddu í vatni. Þetta kemur heim og saman við aðrar rannsóknir þar sem undirbúningsnár hvetja til náttúrulegra fæðinga og geta minnkað líkur á verkjalyfjanotkun ásamt því að minnka hræðslu, spennu og verki í fæðingu og sársaukaskynjun kvenna er minni (Betts og Lennox, 2006; Kubista og Kucera, 1974; Hope-Allan o.fl., 2004; Smith, Collins, Cyna, og Crowther, 2006; Betts og Lennox, 2006).

Lítið er um notkun sterkra verkjalyfja og einungis 12% kvenna nota pethidín og phenergan sem eru sterk verkjalyf, en hafa verið notuð í einstaka tilfellum þar sem konan hefur ekki viljað láta flytja sig á fæðingarstað með aukið þjónustustig til að fá mænurótardeyfingu og náttúruleg verkjastilling ekki dugað. Þessi verkjastilling hefur nú minnkað enn frekar eftir að þessi rannsókn var gerð. Kemur það ekki á óvart þar sem meiri líkur eru á að konur noti vatnsbæð og fæði án verkjalyfja á ljósmæðrastýrðri einingu en á áhættudeild (Overgaard o.fl., 2011). Við HSS eru ljósmæður í yfirsetu með konunum til þess að styðja þær við að fæða á náttúrulegan hátt án verkjalyfja og deyfinga. Þetta er samkvæmt hugmyndum Odent (2011) um að minnka ótta, huga að hormónajafnvægi konunnar í fæðingu og styðja við lífeðlislegt barneignarferli, en yfirveguð ljósmóðir gefur lítið af streituhormónum frá sér.

Niðurstöður rannsókna sýna að konur sem fæða á ljósmæðrareknum einingu eru ekki eins líklegar til þess að lenda í blæðingu eftir fæðingu þar sem minna er um notkun inngrípa (Overgaard o.fl., 2011). Fáum konum blæðir riflega eftir eðlilega fæðingu á HSS og gæti skýringin verið sú að lítið er um inngríp í fæðinguna.

Konum og börnum þeirra sem fæðast á HSS farnast vel. Meðal Apgar skor barna í rannsókninni er 8,5 eftir 1 mínútu og 9,7 eftir 5 mínútur. Lægsti Apgar var 4/8 hjá 3 börnum og var um axlarklemmu að ræða í einni fæðingunni. Ekkert barn þurfti á endurlífingunni að halda eða var flutt á LSH vegna erfiðleika eftir fæðingu. Þessar niðurstöður gefa til kynna að öruggt er að fæða á HSS enda er búið að flokka konurnar með tilliti til áhættu.

Niðurstaða rannsóknarinnar um að útkoma úr eðlilegum fæðingum við HSS sé góð gefur til kynna að val um að fæða í heimabyggð sé rétt fyrir konu í eðlilegri meðgöngu og fæðingu. Einnig má segja að sérstakur undirbúningur fyrir fæðingu í formi meðgöngujóga, nálastungna og fræðslu hafi áhrif á tíðni inngripa í fæðingu og að konur fæði frekar með náttúrulegri verkjastillingu. Hagnýting rannsóknarinnar felst í því að hægt er að hvetja konur til þess að undirbúa sig á meðgöngu til að auka líkur á eðlilegri fæðingu í heimabyggð.

Takmarkanir rannsóknarinnar eru þær að úrtakið er lítið og ekki hægt að heimfæra niðurstöður á allar fæðingar á landinu. Góð skráning, gæðaeftirlit og frekari rannsóknir á umönnun ljósmæðra og fjölþættum árangri í barneignaþjónustu á hverjum stað og heilt yfir landið væru þá lyklatríði.

LOKAORÐ

Lokun og fækkun minni fæðingarstaða á Íslandi er áhyggjuefni. Of langt er á milli þeirra og konur hafa ekki nægilegt val um fæðingarstað og sjálfræði í fæðingum. Þær þurfa jafnvel að fæða með óþarfa inngripum og auknum tilkostnaði án þess að þörfin sé fyrir hendi. Upplýst val kvenna um fæðingarstað er mikilvægt og að konur í eðlilegu barneignarferli hafi fjölbreytta möguleika á fæðingarstað þar sem þær telja sig öruggar í höndum ljósmæðra sem þær eru oft búnar að mynda tengsl við.

Í kjölfar fjölgunar keisaraskurða, sem þó er með lægsta móti hér á landi, og inngripa í fæðingarferlið er einnig mikilvægt að huga að kostnaði við barneignarþjónustuna. Vitað er að kostnaður við eðlilegar fæðingar er mun lægri en við tæknifæðingar sem ætti að vera hvatning til heilbrigðisfyrivalda um að efla og fjölga ljósmæðrareknum einingum sem byggja á samfelldri umönnun á meðgöngu, í fæðingu og eftir hana. Þetta gildir bæði á landsbyggðinni og á höfuðborgarsvæðinu. Vel skipulagt tilvísunar- og flutningskerfi og þverfagleg teymisvinna er nauðsynleg. Gott samstarf er mikilvægt við miðlægar einingar með hærri þjónustustig sem eru fyrst og fremst ætlaðar fyrir konur í áhættumeðgöngu og fæðingum sem þyrftu hugsanlegra inngripa við. Þá skiptir flokkun kvenna eftir heilbrigði og/eða áhættu á meðgöngu miklu máli fyrir góða útkomu fæðingar fyrir móður, barn og fjölskylduna.

Umfjöllun franska fæðingarlæknisins Michel Odent (2011), frumkvöðuls í náttúrulegum fæðingum og vatnsfæðingum, hefur haft mikil áhrif á hugmyndafræði ljósmæðra. Odent leggur áherslu á að vinna þurfi bug á ótta við fæðingar, minnka streitu og huga að hormónajafnvægi konunnar. Truflun á því og streita í kringum fæðingar getur haft áhrif á ljósmæður, framgang og útkomu fæðinga. Við ljósmæður verðum að geta gefið af okkur í okkar næringarríka starfi og þurfum því að leggja rækt við okkur sjálfar, vera sterkar svo umhyggjan fyrir konunni þar sem hún er stödd og fjölskyldu hennar gangi fyrir. Mikilvægt er að konur séu við stjórn í fæðingum sínum því þannig vinna hormón konunnar best og auknar líkur eru á góðri útkomu móður og barns ásamt því að hún fái góða upplifun af fæðingunni. Til þess að ná þessu takmarki er góður undirbúningur kvenna og ljósmæðra saman nauðsynlegur á meðgöngunni, til dæmis í formi meðgöngujóga, nálastungna og fræðslu, ásamt samfelldri þjónustu og yfirsetu ljósmæðra í fæðingunni.

HEIMILDARSKRÁ

- Babbar, S., Parks-Savage, A. C. og Chauhan, S. P. (2012). Yoga during pregnancy: A review. *American Journal of perinatology* 29(6), 459–464.
- Barlow, G. (2008). Midwives at the heart of maternity care changes. *Australian Nursing Journal*, 16(4), 26–29.
- Berglind Hálfhánsdóttir, Alexander Kr. Smárason, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Ingegerd



Hildingsson og Herdís Sveinsdóttir. (2015). A planned home or hospital birth among low risk women in Iceland in 2005–2009. A retrospective cohort study. *Birth: Issues in perinatal care* 42(1), 16–26.

- Berglind Hálfhánsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Alexander Kristinn Smárason (2011). Að fæða heima – áhætta eða ávinningur? Samanburður á útkomu fyrirfram ákveðinna heimafæðinga og sjúkrahúsafæðinga á Íslandi 2005–2009, afturvirk forrannsókn með tilfellasniði. *Tímarit Ljósmæðrafélags Íslands* (89):2. bls. 6–12.
- Bernitz, S., Rolland, R., Blix, E., Jacobsen, M., Sjøborg, K. og Øian, P. (2011). Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised trial. *BJOG* 118, 1357–1364.
- Betts, D. og Lennox, S. (2006). Acupuncture for prebirth treatment: An observational study of its use in midwifery practice. *Medical Acupuncture. A Journal for Physicians by Physicians* 17(3). Sótt 2. mars 2011 af http://www.medicalacupuncture.org/aama_marf/journal/vol17_3/article_2.html
- Birthplace in England Collaborative group. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. Sótt 24. nóvember 2012 af <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>
- Blix, E., Schaumburg Huitfeldt, A., Øien, P., Straume, B. og Kumle, M. (2012). Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: A retrospective cohort study. *Sexual and Reproductive Healthcare* 3(4): 147–153.
- Cluett, E. R. og Burns, E. (2004). *Immersion in water in labour and birth*. (Review) (78 refs) (Update of Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2) Art. No.: CD000111. doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub3.
- Cluett, E. R., Nikodem, V. C., McCandlish og Burns, C. C. (2006). *Immersion in water in pregnancy, labour and birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006(4). doi:10.1002/14651858.CD000111.pub2.
- Chuntharapat, S., Petpichetchian, W., og Hatthakit, U. (2008). Yoga during pregnancy: Effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14(2), 105–115.
- Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Wilson, D., Dixon, L. og Herbison, P. (2011). Planned place of birth in New-Zealand: Does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? *Birth*, 38(2), 111–119.
- Eide, B. I., Nilsen, A. B.V. og Rasmussen, S. (2009). Births in two different delivery units in the same clinic – A prospective study of healthy primiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 9(25) doi:10.1186/1471-2393-9-25.
- Fenwick, J., Butt, J., Dhaliwal, S., Hauck, Y., og Schmied, V. (2010). Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women and Birth*, 23(1), 10–21.
- Freeman, L. M., Adair, V., Timperley, H. og West, S. H. (2006). The influence of the birthplace and models of care on midwifery practice for the management of women in labour. *Women and Birth*, 19(4), 97–105.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G. S. og Saksl, C. (2007). Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. Sótt 4. október 2011 af <http://apps.who.int/whl/reviews/langs/CD003766.pdf>
- Hope-Allan, N. Adams, J., Sibbritt, D. og Tracy, S. (2004). The use of acupuncture in maternity care: a pilot study evaluating the acupuncture service in an Australian hospital antenatal clinic. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10(4), 229–232.
- Jónína Birgisdóttir. (2014). *Fæðingarsamtal. Forþrófun fræðsluhlutunar í meðgönguvernd*. Óbirt lokaverkefni til meistaraþrófs í ljósmóðurfræðum: Háskóli Íslands. Reykjavík.
- Kemp, J. og Sandall, J. (2010). Normal birth, magical birth: the role of the 36-week birth talk in caseload midwifery practice. *Midwifery* 26: 211–221.
- Kennedy, H. P., Grant, J., Shaw-Battista, J. og Sandall, J. (2010). Normalizing birth in England: A qualitative study. *J Midwifery Womens health* 55, 262–269.

- Kinsler, P. og Williams, N.P. (2008). Prenatal yoga. *MJHS*: Sótt 16. október 2012 af <http://physical-therapy.advanceweb.com/Article/Prenatal-Yoga-3.aspx>
- Kubista, E. og Kucera, H. (1974). Acupuncture as a method of preparation in obstetrics. *The American Journal of Chinese Medicine* 2(3), 283–287.
- Landlæknisembættið. (2007). *Leiðbeiningar um val á fæðingarstað*. Sótt 12. nóvember 2011 af <http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=3304>
- Lichy, R. og Herzberg, E. (1997). *The Waterbirth Handbook*. Bath, UK: Gateway books.
- McLachlan, H.L., Forster, D.A., Davey, M.A., Farrell, T., Gold, L., Biro, M.A., Albers, L., Flood, J.O. og Waldenström. (2012). Effects of continuity of care by primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the cosmos randomised controlled trial. *BJOG; An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119 (12), 1483–1492. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03446x.
- Nice Clinical Guidelines. (2014). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. Sótt 13. mars 2015 af <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/guidance-intrapartum-care-care-of-healthy-women-and-their-babies-during-childbirth-pdf>
- Odent, M. (2011). *Childbirth in the age of plastics*. Pinter and Martin: London.
- Overgaard, C., Møller, A. M., Fenger-Grøn, M., Knudsen, L. B. og Sandall, J. (2011). Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ Open*;2. doi:10.1136/bmjopen-2011-000262.
- Page, L. A. (2000). *The New Midwifery. Science and sensitivity in practice*. Churchill Livingstone: London.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson, og Gestur I. Pálsson (2015). *Skýrsla frá Fæðingaskráningunni fyrir árið 2013*. Reykjavík: Kvinnadeild, Barnaspítali Hringins, Landspítali – Háskólasjúkrahús.
- Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Guðrún Garðarsdóttir, Alexander K. Smáráson og Gestur I. Pálsson (2011). *Skýrsla frá Fæðingaskráningunni fyrir árið 2010*. Reykjavík: Kvinnadeild, Barnaspítali Hringins, Landspítali – Háskólasjúkrahús.
- Reynir T. Geirsson, Gestur Pálsson, Ragnheiður I. Bjarnadóttir og Guðrún Garðarsdóttir. (2001). *Skýrsla frá fæðingaskráningu fyrir árið 2000*. Reykjavík: Landspítali – Háskólasjúkrahús, kvinnadeild og Barnaspítali Hringins.
- Sigrún Huld Gunnarsdóttir. (2014). *Eðlileg fæðing og fæðingarmhverfið: Skilgreiningar og viðhorf íslenskra ljósmæðra. Fagvísni-rannsókn*. Óbirt lokaverkefni til meistaraþrófs í ljósmóðurfræðum: Háskóli Íslands. Reykjavík.
- Sigrún Kristjánsdóttir. (2012). *Er öruggt að fæða í heimabyggð? Útkoma úr fæðingum á Heilbrigðisstofnun Suðurlands árið 2010*. Óbirt MS-ritgerð: Háskóli Íslands, námsbraut í ljósmóðurfræðum. Sótt 15. maí 2012 af <http://skemman.is/handle/1946/12249>
- Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M. og Crowther, C. A. (2006). *Complementary and alternative therapies for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006(4) doi:10.1002/14651858.CD003521.pub2.
- Singh, A. N. (2006). Role of yoga therapies in psychosomatic disorders. *International Congress Series* 1287, 91–96.
- Sun, Y. C., Hung, Y. C., Chang, Y., & Kuo, S. C. (2009). Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. *Midwifery*. doi:10.1016/j.midw.2009.01.005.
- Thoeni, A. og Zech, N. (2012). *Review of 2.225 underwater births in a single institution. Does water birth increase the risk of neonatal infection?* Sótt 16. desember 2012 af <http://www.gimnogravida.pt/Documentos/Estudo%20de%202225%20partos%20na%20agua.pdf>
- Valgerður Lisa Sigurðardóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2009). Skynjun íslenskra ljósmæðra á öryggi og áhættu við eðlilegar fæðingar. Í Helga Gottfredsdóttir og Sigfríður Inga Karlsdóttir (ritstj.) *Lausnarsteinar ljósmóðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 193–214). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- World Health Organization (WHO). (1996). Care in normal birth: report of technical working group. Geneva. Sótt 25. október 2012 af http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- WHO (2007). Delivery settings and caesarean section rates in China. *Bulletin of the World Health Organisation*, 85(10), 733–820.
- Zeisler, H., Tempfer, C., Mayerhofer, K., Barrada, M. og Husslein, P. (1998). Influence of acupuncture on duration of labor. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 46(1), 22–27.



Mini Drops

3ja mánaða til 5 ára

VIÐ KYNNUM NÝJA VÍTAMÍNLÍNU FYRIR BÖRN

C-vítamín
DHA-dropar
D3-vítamín
Fjölvítamín-
dropar



Innihalda EKKI: sykur, glútein, ger, laktósa eða gerviefni.

Sölustaðir: Heilsuhúsið, Apótek Garðabæjar, Lyfsalinn Glæsibæ, Árbæjarapótek, Heilsutorgið Blómavali, Þin verslun Seljabraut, Apótek Suðurnesja, Garðsapótek, Lífandi markaður, Borgarapótek, Fræið Fjarðarkaup





 Alvogen

Afta med[®]

GEGN SÁRUM Í MUNNI FYRIR UNGBÖRN MEÐ TANNTÖKUVERK

Aftamed flýtir fyrir bata áblásturs, munnangurs og smására í munni, ásamt því að vera verkjastillandi. Verkun Aftamed hefur verið staðfest með klínískum rannsóknum.

- ▶ Verkjastillandi
- ▶ Fyrirbyggjandi
- ▶ Græðandi
- ▶ Náttúrulegt og skaðlaust



 LYFJA
Lífis heil

Inniheldur: Hyaluronsýru

Fæst í apótekum
www.alvogen.is