

Здравословни Родилни Практики

от Lamaze® International

#1: Нека раждането започне от самосебе си

Debby Amis, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE

По време на среща от училище за бременни към Lamaze, бременна жена споделя следното: "Моят лекар казва, че бебето ми е доста голямо. Раждането на бебето на моята съседка беше индуцирано, тъй като се смяташе, че бебето ѝ е "твърде голямо". Смятате ли, че аз трябва да поискам индуциране на раждането?"

В САЩ, както и в много други страни, бременните жени чуват подобни твърдения в часовете към училищата за бременни. Индуцирането на раждане – започване на раждането по неестествен път – е един от най-полемичните въпроси в грижата за бременните в днешно време. В много болници раждане се индуцира само по медицински показания и медицинските специалисти следват стриктни насоки. В други държави, обаче, се извършват индукции по избор – такива, направени по-скоро за удобство, отколкото от медицинска нужда. Много жени са объркани кога индукция е наистина нужна. Има ли рискове при индукцията? Какви са ползите да оставим раждането да започне от самосебе си? Кога има смисъл от индукция и кога е по-добре да се изчака? Какво е безопасно за Вас и Вашето бебе?

Докато четете по-надолу е важно да помните, че Lamaze може да Ви помогне да работите ефективно с медицинските специалисти, така че, всички заедно да може да вземете решения, от които се чувствате добре и които

може да помогнат да се осигури едно безопасно, здравословно и удовлетворяващо изживяване на раждането.

Какъв е планът на природата относно раждането?

Въпреки, че темата за раждането може да звучи сложно, естественият подход на Lamaze, може да отнеме от мистерията на процеса. Вашето тяло е перфектно създадено да роди Вашето дете. По време на последните 6 седмици от бременността, Вашето тяло и бебето се подготвят за раждането. За майка, на която предстои първо раждане, често бебето слиза към таза в седмиците преди раждането. Шийката на матката се накланя напред и постепенно започва да се отпуска. За известен период от време – от няколко дни до няколко седмици – може да усещате или да не усещате нерегулярни контракции, които помагат на шийката на матката постепенно да се изтъни, а може и да направи разкритие от няколко сантиметра.

Повреме на последния етап от бременността белите дробове на Вашето бебе съзряват и то натрупва защитен слой мазнини, които му придават характерния пухкав вид на бебе. Важното развитие на мозъка продължава и през 41 гестационна седмица (г.с.). Учени са установили, че обемът на бялото мозъчно вещество на плода се увеличава петкратно от 35 до 41 г.с. Изследователите все още проучват как мозъкът продължава да се развива след раждането, в сравнение с това как мозъкът нараства докато бебето е все още в утробата (Kinney, 2006).

Учените вярват, че тялото на бебето отделя малко количество от едно вещество, което сигнализира на майчините хормони, че е време да започнат раждането в момент, когато органите на бебето са достатъчно зрели и то е готово за живот извън утробата на майка си (Condon, Pancharatnam, Faust, & Mendelson, 2004). Вълната от майчини хормони, която придружава бременността в термин и спонтанното вагинално раждане, изглежда помага на бебето да се подготви за преминаване от живот в утробата към живот извън нея. Това се отнася особено за дишането на бебето с неговите/нейните собствени дробове за първи път (Jain & Eaton, 2006). Дори да знаете предварително, че Вашето бебе има нужда да се роди чрез Цезарово сечение (секцио), най-добрият начин да се уверите, че бебето Ви е достатъчно здраво, за да се роди, е да оставите раждането да започне от самосебе си.

Медицински причини за индуциране на раждане

Има някои основателни медицински показания за индуциране на раждане. Раждането може да бъде индуцирано, ако е по-рисковано за бебето Ви да остане в утробата, отколкото да се роди. Според

Американския Колеж по Акушерство и Гинекология (ACOG, 2005), раждане може да бъде индуцирано, ако някое от следните настъпи:

- ❖ водите Ви са изтекли и раждането не е започнало;
- ❖ бременността е след термин (повече от 42 седмици);
- ❖ имате високо кръвно налягане в резултат от бременността;
- ❖ имате здравословни проблеми, като диабет, които биха могли да засегнат бебето Ви;
- ❖ имате инфекция на матката;
- ❖ бебето Ви расте твърде бавно.

Важно е да се знае, че "след термин" означава, че сте 2 седмици след Вашия термин. ACOG и международните акушерски асоциации определят за нормална бременност, такава която продължава от 38 до 42 седмици. Ако преминете след термин, има известна полемика относно това дали е по-безопасно за бебето да се роди при навършени 41 г.с. или при навършени 42 г.с. Въпреки това, в скорошно медицинско проучване, изследователите са заключили, че няма значителна разлика в перинаталната смъртност (броят починали бебета) между раждания индуцирани 41 г.с. и тези, при които е позволено бременността да продължи (Wennerholm, Hagberg, Brorsson, & Bergh, 2009).

Лекарите-експерти, които пишат водещият учебник по акушерство, *Williams Obstetrics (Cunningham et al., 2005)*, също стигат до същото заключение. Тяхната стратегия е да проследяват отблизо жени, чиято бременност е достигнала 41 г.с. Те не индуцират раждане, докато бременността не достигне 42 навършени седмици, освен ако има друго медицинско показание за индуциране. Те споделят, че индуциране в 41 г.с. (вместо 42),

би означавало, че на около 500 000 жени повече всяка година биха били прилагани интервенции, които не са доказани убедително като нужни или безопасни (*Cunningham et al., 2005*).

Важно е също така да се има предвид, че подозрение за голямо или много голямо бебе, не е медицинско показание за индукция. Проучванията показват, че индуциране на раждане поради макрозомия (голямо бебе) увеличава риска за необходимост от секцио почти двойно без това да води до по-добри резултатите за бебето (*Horrigan, 2001; Leaphart, Meyer, & Capeless, 1997; Sadeh-Mestechkin et al., 2008; Sanchez-Ramos, Bernstein, & Kaunitz, 2002*). В допълнение, изключително трудно е да се знае колко голямо е бебето преди то да се е родило. Ултразвуковото изследване не е добър метод за предвиждане на макрозомия (големи бебета). Според *ACOG (2009)* ултразвуковата преценка относно теглото на бебето е неточна и е с променчивост между 16% и 20%.

Индуциране за удобство

Понякога индуцирането се счита за удобно за хората, които късае. Болниците могат да назначават повече сестри за смените, когато са планирани индуцирания на раждания. Лекарите биха могли да насрочват раждания за дните и часовете, които са им най-удобни. Очакващите родители биха могли да направят нужната организация в работата и семейството според планираната дата на раждане.

Въпреки това, индуцирането по избор не е удобно, когато рутинно забавяне в болницата отложи началото на индукцията. Не е удобно, когато индукцията не даде резултат и бременната жена бива изпратена обратно вкъщи с идеята да опита друг ден отново. И

със сигурност не е удобно, когато индуцирането доведе до секцио. След Цезарово сечение майката трябва да се възстанови от голяма коремна операция и е изложена на повишен риск от усложнения като инфекция и кръвосъсирване (*Liu et al, 2007; Villar et al., 2007*).

В сравнение с естествено родените бебета, бебето родено чрез секцио е изложено на повишен риск от проблеми с дишането (*Hansen, Wisborg, Uldbjerg, & Henriksen, 2008*) и възможна нужда от прием в неонатологично отделение за интензивни грижи (*Villar et al., 2007*). Разделянето на майката и бебето може да повлияе негативно на кърменето и изграждането на връзка между тях. Преди да се вземе решение за индуциране на раждане без медицинско основание, може да е добра идея да се обмисли рискът от индуциране, както за майката, така и за бебето.

Как се индуцира раждане

Раждането се индуцира най-често в болнична обстановка чрез интравенозно прилагане на изкуствен окситоцин (*Pitocin*). През 2007 година Институтът по Безопасни Медицински Практики добави окситоцина за интравенозно приложение към списъка с високорискови лекарства. Високорисковите лекарства носят повишен риск за причиняване на значителна вреда на пациента, когато се използват погрешно. Ако Вие имате нужда от *Pitocin* по медицински причини по време на бременност, както Вие, така и бебето Ви, имате нужда от допълнително мониториране по време на раждането. Понякога преди индукция могат да бъдат използвани медикаменти за стимулиране узряването на шийката на матката, за да я омекотят и да я подготвят за раждането. *Pitocin* и синтетичен простагландин E₂, използван като

медикамент за стимулиране узряването на шийката на матката, имат разрешение за употреба от Американската Агенция по Храните и Лекарствата (*FDA*).

В някои случаи може да се използва лекарство наречено *misoprostol* (*Cytotec*) за индуциране на раждане. Това лекарство е одобрено от *FDA* за лечение на язва на стомаха, но не е одобрено за индуциране на раждане. *FDA* предупреждава, че когато медицинските специалисти прилагат *misoprostol* за индуциране на раждане, могат да настъпят редки, но сериозни нежелани ефекти, включително разкъсване на матката. Разкъсване на матката може да доведе до сериозно кървене и в следствие до премахване на матката (хистеректомия) или може да причини смъртта на майката или бебето. Нежеланите ефекти на *misoprostol* са по-вероятни при жени, които са преживявали предишна операция на матката, предишно секцио или многобройни предишни раждания (*FDA*, 2005).

Какво казват проучванията

Нарастващ брой проучвания сочат, че индуцирането на раждането не е безопасно. През 2007, *Goer*, *Leslie*, и *Romano* са разгледали наличната литература относно рисковете от индукция при здрави жени с нормална бременност. Те откриват, че когато раждането е индуцирано, е по-вероятно да се случи следното:

- ❖ асистенция с вакуум или форцепс при вагинално раждане;
- ❖ секцио;
- ❖ проблеми по време на раждане като треска, промени в сърдечната честота на плода, раменна дистокия (рамото на бебето "е уловено" в родовия канал);

- ❖ прилагане на епидурална упойка или други медикаменти за облекчаване на болката;
- ❖ ниско рождено тегло;
- ❖ прием на бебето в неонатологично отделение за интензивни грижи;
- ❖ жълтеница (пожълтяване на кожата причинено от разпад на червени кръвни клетки), която изисква терапия на новороденото и
- ❖ удължен болничен престой за майката и/или бебето.

Преждевременно раждане

Една от причините бебетата родени след индукция по избор да имат незадоволителни резултати – като ниско рождено тегло, проблеми с дишането и жълтеница – е, че някои бебета биват по случайност индуцирани преди да достигнат термин (поне навършени 37 г.с.). Това е така, защото терминът не е точен. *Engle* (2006) открива, че пренаталните методи за изчисляване на гестационна възраст имат граници на грешка от ± 2 седмици. Според *ACOG* (2004) използването на ултразвук през първите 20 седмици за определяне на термина е точно само до 7 дена. Ултразвук направен от 20 до 30 седмица е точен само в рамките на 14 дни и ултразвук направен през последните 10 седмици е точен само в рамките на 21 дена (*ACOG*, 2004). В случай, че има грешка от 2 седмици в термина, жена, която бива индуцирана в 38 г.с., може да е бременна само 36 седмици.

Бебета родени 34-36 навършени г.с. се считат за късно-преждевременно родени. Изследователи, които проучвали раждания и доклади за смърт при бебета в САЩ от 1995 до 2002, стигат до извода, че е почти 3 пъти по-вероятно за късно-преждевременно родените бебета да починат през първата година от живота си в сравнение с бебетата

родени в термин (*Tomashek, Shapiro-Mendoza, Davidoff, & Petrini, 2007*). Причините за смърт посочени в това проучване включват дефекти при раждането, синдром на внезапната детска смърт (*SIDS*), инциденти, заболявания на кръвоносната система, липса на кислород в утробата и липса на кислород по време на раждане.

Изследователи, които проучват развитието на мозъка при късно-преждевременно родени бебета, откриват, че за тези бебета е три пъти по-вероятно да бъдат диагностицирани с церебрална парализа, както и бебета родени в термин (*Petrini et al., 2009*). В други проучвания е установено, че късно-преждевременно родените бебета, родени 35-36 г.с. са изложени на по-висок риск от усложнения като проблеми с дишането, жълтеница, трудности в храненето и проблеми с поддържане на телесната температура (*Shapiro-Mendoza et al., 2008; Wang, Dorer, Fleming, & Catlin, 2004*). В издание на *The Journal of Pediatrics* д-р М. С. Креймър (2009) пише, че напредъкът на неонатологичната грижа "може да е довел до това много акушер-гинеколози и неонатолози да считат раждания на късно-преждевременно родени бебета за лишени от риск" (стр. 159). Д-р Креймър пише също, "че е нужно да се зададе въпроса дали по-честата индукция може да вреди повече, отколкото да помага" (стр.160).

March of Dimes (2006) пуска кампания, за да подобри обществената осведоменост за завишения риск за бебета родени между 34 и 36 г.с. Чрез своя Център за Обучение за Бременност и Здраве на Новороденото, организацията насърчава бременни жени да не избират или да не се съгласяват на индуциране на раждането, освен ако няма медицински причини за това (*March of Dimes, 2008a, 2008b, 2008c*). Съвместно с Детския Институт на Джонсън&Джонсън и

Департамента по Обществено Здраве в Кентъки, *March of Dimes* също създават и интернет страница *Healthy Babies Are Worth the Wait* (www.prematurityprevention.org). Страницата разполага с ръководства на достъпен език на теми като проблемите на късно-преждевременно раждане, както и индуциране и преждевременно раждане (*Healthy Babies Are Worth the Wait, 2008a, 2008b*).

Усложнения и секцио

Проучванията систематично сочат, че индуцирането на раждането може да увеличи почти двойно вероятността майката да преживее секцио (*Glantz, 2005; Goer et al., 2007*). Също така, за нискорискова жена, която ражда първото си бебе, е по-вероятно да завърши раждането със Цезарово сечение, ако е в болница, където се индуцират много жени (*Main et al., 2006*). Рискът не се намалява с употребата на медикаменти за узряване на маточната шийка. Всъщност, когато се използват медикаменти за узряване на маточната шийка преди прилагането на *Pitocin*, рискът от секцио е дори по-висок (*Ben-Haroush et al., 2004; Hoffman, 2003; Vahratian, Zhang, Troendle, Sciscione, & Hoffman, 2005; Vrouenraets et al., 2005*). В допълнение, рискът от рядкото, но животозастрашаващо усложнение наречено амниотична емболия (попадането на околоплодна течност в майчиното кръвообращение), е два пъти по-висок при жени, чието раждане е индуцирано (*Kramer, Rouleau, Baskett, & Joseph, 2006*).

Други съображения

Увеличена нужда от повече интервенции

Освен по-високият риск от по-ранно раждане и секцио, индуцирането на раждането често води до нуждата от повече медицинка

намеса. В повечето случаи, ако раждането е индуцирано, има нужда от интравенозни вливания и продължително електронно проследяване на сърдечните тонове на плода. В много болници Вие трябва да останете на легло или много близо до него. В резултат може да нямате възможност да се разхождате свободно или да смените позицията си в отговор на контракциите, което вероятно би забавило прогреса на раждането. Може да нямате възможност да се възползвате от облекчаващото действие, което може да има вземането на вана или топъл душ, върху болката от контракциите. Изкуствено индуцираните контракции често имат пик по-рано и остават интензивни по-дълго време, в сравнение с естествените контракции, което може да увеличи нуждата Ви от болкоуспокоителни. Индуцирането на раждането често води до каскада от интервенции, която често завършва със секцио.

Психологически недостатъци

Индуцирането на раждането, особено, когато не е необходимо по медицински показатели, може да отправи силно послание, че Вашето тяло не работи правилно – че Ви е нужна помощ, за да започнете раждането. Изчакването на раждането да започне от самосебе си може да повиши Вашата увереност в способността Ви да родите и да се грижите за детето си след раждането.

Препоръки от *Lamaze International*

Lamaze International препоръчва да не избирате, нито да се съгласявате на индукция, освен ако няма истинска медицинска причина за това. "Голямо" или дори "много голямо" бебе не е медицинска причина за индукция. Това да оставите тялото си да започне раждане от самосебе си, почти винаги е най-добрият начин за Вас да

знаете, че бебето Ви е достатъчно здраво, за да се роди. Спонтанното раждане също така увеличава вероятността да преживеете останалите здравословни родилни практики идентифицирани от *Lamaze International* – особено свобода на движението и липса на рутинни интервенции.

Преживяването на естествените контракции, в следствие на окситоцина от тялото Ви, позволява да откликнете на контракциите чрез движение, смяна на позата и вземането на вана или душ. Вмешателството в или заместването на естествените хормони, които ръководят раждането, кърменето и привързаността на майката към детето ѝ, може да имат все още неосъзнати последици. Избягването на ненужни медицински интервенции намалява вероятността от усложнения за Вас и Вашето бебе и увеличава вероятността да имате безопасно и здравословно раждане, както и позитивни спомени от него за цял живот.

За да научите повече за безопасно и здравословно раждане, може да прочетете *The Official Lamaze Guide: Giving Birth with Confidence* (Lothian & DeVries, 2005); да посетите страницата на *Lamaze* (www.lamaze.org) и да се запишете да получавате регулярни писма (*Lamaze...Building Confidence Week by Week*).

Последна редакция на оригиналния документ: Юли 2009

Литература

- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2004). ACOG Practice Bulletin No. 55: Management of postterm pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 104(3), 639–646.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2009). ACOG Practice Bulletin No. 101: Ultrasonography in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 113(2, Part 1), 451–461.
- Ben-Haroush, A., Yogev, Y., Bar, J., Glickman, H., Kaplan, B., & Hod, M. (2004). Indicated labor induction with vaginal prostaglandin E2 increases the risk of cesarean section even in multiparous women with no previous cesarean section. *Journal of Perinatal Medicine*, 32(1), 31–36.
- Condon, J. C., Pancharatnam, J., Faust, J. M., & Mendelson, C. R. (2004). Surfactant protein secreted by the maturing mouse fetal lung acts as a hormone that signals the initiation of parturition. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(14), 4978–4983.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Gilstrap, L. C., & Wenstrom, K. D. (2005). *Williams obstetrics* (22nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Engle, W. A. (2006). A recommendation for the definition of “late-preterm” (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Seminars in Perinatology*, 30(1), 2–7.
- Glantz, J. C. (2005). Elective induction vs. spontaneous labor associations and outcomes. *The Journal of Reproductive Medicine*, 50(4), 235–240.
- Goer, H., Leslie, M. S., & Romano, A. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. *The Journal of Perinatal Education*, 16(Suppl. 1), 32S–64S.
- Hansen, A. K., Wisborg, K., Ulbjerg, N., & Henriksen, T. B. (2008). Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: Cohort study. *BMJ*, 336(7635), 1–7.
- Hoffman, M. K. (2003, April 29). *Abstract 7S: Preinduction cervical ripening significantly increases risk of cesarean*. Abstract presented at the 51st annual clinical meeting of the American College of Obstetricians and Gynecologists, New Orleans, LA. Also, reviewed April 30, 2003, in *Medscape Medical News*, retrieved January 31, 2009, from www.medscape.com/viewarticle/453298_print
- Horrihan, T. J. (2001). Physicians who induce for fetal macrosomia do not reduce cesarean delivery rates. *Journal of Perinatology*, 21(2), 93–96.
- Institute for Safe Medication Practices [ISMP]. (2007). *ISMP's list of high-alert medications*. Retrieved January 31, 2009, from www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/20070809.pdf
- Jain, L., & Eaton, D. C. (2006). Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect of labor. *Seminars in Perinatology*, 30(1), 34–43.
- Kinney, H. C. (2006). The near-term (late-preterm) human brain and risk for periventricular leukomalacia: A review. *Seminars in Perinatology*, 30(2), 81–88.
- Kramer, M. S. (2009). Late preterm birth: Appreciable risk, rising incidence [Editorial]. *The Journal of Pediatrics*, 154(2), 159–160.
- Kramer, M. S., Rouleau, J., Baskett, T. F., & Joseph, K. S. (2006). Amniotic-fluid embolism and medical induction of labor: A retrospective, population-based cohort study. *The Lancet*, 368(9545), 1444–1448.
- Leaphart, W. L., Meyer, M. C., & Capeless, E. L. (1997). Labor induction with a prenatal diagnosis of fetal macrosomia. *The Journal of Maternal-Fetal Medicine*, 6(2), 99–102.
- Liu, S., Liston, R. M., Joseph, K. S., Heaman, M., Sauve, R., & Kramer, M. S. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 176(4), 455–460.
- Main, E. K., Moore, D., Farrell, B., Schimmel, L. D., Altman, R. J., Abrahams, C., et al. (2006). Is there a useful cesarean birth measure? Assessment of the nulliparous term singleton vertex cesarean birth rate as a tool for obstetric quality improvement. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(6), 1644–1651; discussion 1651–1652.
- March of Dimes. (2006). *Late preterm birth: Every week matters. Medical perspectives on prematurity*. Retrieved January 31, 2009, from www.marchofdimes.com/files/MP_Late_Preterm_Birth-Every_Week_Matters_3-24-06.pdf
- Petrini, J. R., Dias, T., McCormick, M. C., Massolo, M. L., Green, N. S., & Escobar, G. J. (2009). Increased risk of adverse neurological development for late preterm infants. *The*

Journal of Pediatrics, 154(2), 169–176.

Sadeh-Mestechkin, D., Walfisch, A., Shachar, R., Shoham-Vardi, I., Vardi, H., & Hallak, M. (2008). Suspected macrosomia? Better not tell. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 278(3), 225–230.

Sanchez-Ramos, L., Bernstein, S., & Kaunitz, A. M. (2002). Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 100(5), 997–1002.

Shapiro-Mendoza, C. K., Tomashek, K. M., Kotelchuck, M., Barfield, W., Nannini, A., Weiss, J., et al. (2008). Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. *Pediatrics*, 121(2), e223–e232.

Tomashek, K. M., Shapiro-Mendoza, C. K., Davidoff, M. J., & Petrini, J. R. (2007). Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the United States, 1995–2002. *The Journal of Pediatrics*, 151(5), 450–456.

U.S. Food and Drug Administration [FDA]. (2005). *Misoprostol (marketed as Cytotec) information*. Retrieved January 31, 2009, from www.fda.gov/Cder/drug/infopage/misoprostol/default.htm

Vahratian, A., Zhang, J., Troendle, J. F., Sciscione, A. C., & Hoffman, M. K. (2005). Labor progression and risk of cesarean delivery in electively induced nulliparas. *Obstetrics and Gynecology*, 105(4), 698–704.

Villar, J., Carroli, G., Zavaleta, N., Donner, A., Wojdyla, D., & Faundes, A., et al., (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study. *BMJ*, 335(7628), 1–11.

Vrouenraets, F. P., Roumen, F. J., Dehing, C. J., van den Akker, E. S., Aarts, M. J., & Scheve, E. J. (2005). Bishop score and risk of cesarean delivery after induction of labor in nulliparous women. *Obstetrics and Gynecology*, 105(4), 690–697.

Wang, M. L., Dorer, D. J., Fleming, M. P., & Catlin, E. A. (2004). Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics*, 114(2), 372–376.

Wennerholm, U-B., Hagberg, H., Brorsson, B., & Bergh, C. (2009). Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: Is there sufficient evidence for a change in clinical practice? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(1), 6–17.

Полезни източници за бременни жени

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2005). *Your pregnancy and birth* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2006). *What to expect after your due date*. Retrieved January 31, 2009, from www.acog.org/publications/patient_education/bp069.cfm?printerFriendly=yes

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2009). *Labor induction*. Retrieved May 11, 2009, from www.acog.org/publications/patient_education/bp154.cfm

Healthy Babies Are Worth the Wait. (2008a). *Handout #4: The problem with late preterm birth*. Retrieved January 31, 2009, from www.prematurityprevention.org/download/Problem.pdf

Healthy Babies Are Worth the Wait. (2008b). *Handout #7: Labor induction and preterm birth*. Retrieved January 31, 2009, from www.prematurityprevention.org/download/Labor_Induction.pdf

March of Dimes, Pregnancy & Newborn Health Education Center. (2008a). *Inducing labor*. Retrieved January 31, 2009, from www.marchofdimes.com/pnhec/240_20202.asp

March of Dimes, Pregnancy & Newborn Health Education Center. (2008b). *Induction by request*. Retrieved January 31, 2009, from www.marchofdimes.com/pnhec/240_20203.asp

March of Dimes, Pregnancy & Newborn Health Education Center. (2008c). *Labor & delivery: Why the last weeks of pregnancy count*. Retrieved January 31, 2009, from www.marchofdimes.com/pnhec/240_48590.asp

Благодарности

Тази здравословна родилна практика е написана от Деби Амис, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE. Амис е също основният автор на версията от 2003 и 2007.

Шестте здравословни родилни практики първоначално са написани през 2003 от *Lamaze International* като *6 Care Practice Papers*.