

Здравословни Родилни Практики

от Lamaze® International

#4: Избягване на интервенции без медицински показания

Judith A. Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE

По време на среща от училище за бременни към Lamaze, бременна жена задава следния въпрос: "От видяното по телевизията изглежда сякаш повечето родилки са на легло и за тях са закачени машини като например тази, която проследява сърдечната честота на бебето. Дали раждането е по-безопасно с технологиите в днешно време?"

Напредъкът в технологиите увеличава шансовете за по-безопасно раждане при жени с високорискова бременност, а за преждевременно родените бебета, модерната технология би могла да спаси живот. За повечето родилки раждането е по-безопасно в днешно време, отколкото е било преди 100 години, но не поради технологиите, а заради подобрения в здравето и хигиената, както и заради наличието на антибиотици (Rooks, 1999). В много болници акушерски интервенции като ограничаване приема на храна и/или течности, включване на системи, електронно мониториране на плода, ускоряване на раждането и епидурална упойка, се използват рутинно на всички жени дори без наличието на специфична медицинска причина, а просто "за всеки случай". Жените може да се чувстват лишени от човешки качества, когато са свързани с кабели и машини по време на раждане. Още по-важно е, че рутинното прилагане на такива интервенции, може да има непреднамерени последици, които накрая увеличават риска за майката и бебето. Рутинното прилагане на такива интервенции

не прави раждането по-безопасно за жените и бебетата. Всъщност, освен ако няма ясна медицинска причина за използването на технологии или други интервенции, вмешателството в естествените процеси на раждане, вероятно няма да бъде от полза и дори може да навреди. По-безопасно и по-здравословно е да се позволи раждането да се развие и да няма вмешателство с естествените процеси, освен ако не е налична ясна медицинска причина за това.

Ограничаване приема на храна и течности

Храненето и приемът на течности набавят енергията, от която тялото на жената се нуждае, за да свърши работата по време на раждане. Човек рядко може да издържи лишение от храна и напитки за повече от няколко часа. Поради това не е изненада, че в родилни помещения, където е позволено на жените да се хранят и да приемат течности по време на раждане, повечето жени го правят. Въпреки това, според скорошно проучване в САЩ върху жени родили през 2005, само 40% са приемали течности по

време на раждане и само 15% са приели храна (*Declercq, Sakala, Corry, Applebaum, 2006*). Приемът на храна и течности започва да бъде ограничаван в болниците преди около 60 години, когато жените са получавали много медикаменти по време на раждане, а често са били и под пълна упойка без защита на дихателните пътища. По онова време лекарите смятали, че гладуването намалява вероятността за това съдържанието на стомаха да попадне в белите дробове (аспирация), в случай че жената повърне докато е под пълна упойка. Тогава, също така, аспирационната пневмония е била водеща причина за смъртност при майките в САЩ, но нещата са се променили коренно оттогава (*Rooks, 1999*). Техниките за анестезия са се подобрили значително през последните 60 години. Пълната упойка се използва рядко в съвременното акушерство и аспирацията е изключително рядка в модерната анестезия. Установено е също, че каквото и да е период на гладуване всъщност не може да гарантира празен стомах и че бистрите течности напускат стомаха почти веднага. Въпреки тези факти, много медицински специалисти продължават да ограничават приема на храна и течности по време на раждане.

Преглед на проучванията по темата открива, че няма данни за това, че ограничаване приема на храна и течности по време на раждане е от полза (*Goer, Leslie, & Romano, 2007*). В скорошно проучване е установено, че приемът на храна по време на раждане не е увеличил честотата на настъпване на повръщане, медицински интервенции или нежелани последици от раждането, въпреки че ражданията са продължили малко по-дълго (*Parsons, Bidewell, & Griffiths, 2007*). Скорошни проучвания сочат, че храненето и приемът на течности по време на раждане са безопасни (*Goer et al., 2007; Kubli, Scrutton,*

Seed, & O'Sullivan, 2002; Scrutton, Metcalfe, Lowy, Seed, & O'Sullivan, 1999; Tranmer, Hodnett, Hannah, & Stevens, 2005) и следователно не бива да бъдат рутинно ограничавани по време на раждане.

Какво казват експертите? Американската Асоциация на Анестезиолозите и Американският Колеж по Акушерство и Гинекология (*ACOG*) препоръчват приемът на бистри течности по време на раждане от жени с нискороскова бременност (*ACOG, 2002; American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia, 2007*). Американският Колеж на Сестрите-Акушерки (2008) препоръчва да не се ограничава рутинно приема на храна и течности по време на раждане, както и това здравите жени с нормална бременност да определят сами за себе си какво и дали биха искали да се хранят или пият. Групата по Бременност и Раждане към *Cochrane* – световно уважаван източник на информация относно грижата базирана на доказателства – препоръчва меню от лесносмилаеми храни и напитки по време на раждане (*Enkin et al., 2000*). Вие бихте могли да се справите по-добре, ако се храните, когато сте гладна и пиете, когато сте жадна по време на раждане.

Интравенозно вливане на течности

Интравенозното вливане на течности е използвано рутинно за преодтвратяване на обезводняване по време на раждане, при жени, на които е ограничен приема на храна и течности и за да се осигури бърз венозен достъп в случай на спешност. Въпреки това, изследователите поставят под въпрос нуждата от интравенозно вливане на течности при всички родилки (*Begum, Sengupta, Chattopadhyay, Thornton, & Sengupta, 1999; Goer et al., 2007*). Животозастрашаващи спешни ситуации са рядкост при жени с нискорисково раждане.

Също така, интравенозното вливане на течности не е безобидно: интравенозните вливания не осигуряват идеален хранителен и енергиен баланс, както храните и напитките; някои жени намират интравенозните вливания за болезнени и стресиращи; вливанията затрудняват смяната на позата и свободното движение на родилката. Съществува нарастващо притеснение, за това че прилагането на интравенозни вливания на течности може да допринесе за водна интоксикация, което е опасно, както за майката, така и за бебето (*Ophir, Solt, Odeh, & Bornstein, 2007*). Скорошни проучвания предполагат, че употребата на интравенозни вливания на течности, би могла да забави раждането; да удължи фазата за напъни и да увеличи риска за инструментално вагинално раждане (нуждата от асистенция с форцепс или вакуум) и секцио (*Moen, Brudin, Rundgren, & Irestedt, 2009*). Според Групата по Бременност и Раждане към *Cochrane*, рутинната употреба на интравенозни вливания на течности не е вряотно да е от полза (*Enkin et al., 2000*). Няма проучвания показващи, че рутинното прилагане на интравенозни вливания на течности при родилки с нисък риск, може да предотвратява лоши последици (*Enkin et al., 2000; Goer et al., 2007*).

Ако Вашето раждане бъде индуцирано или ускорено, ако Ви бъде приложена епидурална упойка, ако имате нужда от интравенозно приложение на лекарство, като антибиотик например, или ако по друга причина нямате възможност да се храните и да приемате течности, Вие ще имате нужда от интравенозно вливане на течности. В останалите случаи няма нужда от тях.

Непрекъснато електронно мониториране на плода

Независимо кой точно е Вашият лекар или къде ще раждате, сърдечната честота на Вашето бебе ще бъде внимателно проследявана. Това може да се случи или чрез преслушване с Доплер или стетоскоп (аускултация), или чрез електронно мониториране на плода (ЕМП). ЕМП може да бъде извършено интермитентно (по график) или непрекъснато (постоянно). Пример за интермитентно ЕМП е, когато мониторът е свързан с Вас за 20 мин на всеки час по време на раждане и отстраняван за оставащите 40 мин. Вие сте свободна да се движите и да прилагате успокоителни мерки като вземане на вана или душ, докато мониторът е отстранен. Непрекъснатото ЕМП ограничава Вашата възможност да се движите, разхождате и да сменяте пози, а в много болници може да изискат от Вас и да останете на легло. Възможността Ви за голямо разнообразие от методи за успокоение като вземане на душ, вана, използване на топка за раждане, може да е ограничена, когато сте свързани непрекъснато с монитор. За много жени чуването и виждането на монитора е разсейващо и притеснително. *Munro* и коизследователи (2002) откриват, че ЕМП пречи на връзката между акушерките и родилките и често е начало на каскада от интервенции. *Walsh* (2007) пише за ЕМП, че често създава странна "съпоставка между успокоение и тревожност" (стр. 75). ЕМП става част от майчината грижа през 70^{те} години на 20^{ти} век, когато не е имало проучвания относно ползите от него. Оттогава проучвания, които сравняват интермитентната аускултация с ЕМП са открили, че непрекъснатото ЕМП увеличава броя на интервенциите по време на раждане и увеличава риска от секцио и

инструментално асистирано вагинално раждане. Вероятно най-важното, което може да се отбележи, е че бебетата родени след непрекъснато ЕМП не са по никакъв начин по-здрави отколкото бебета родени след интермитентна аускултация (*Goer et al., 2007; Thacker, Stroup, & Chang, 2001*).

Поради тези причини, Асоциацията по Женско Здраве, Акушерство и Неонатологични Сестри (2009) и Американският Колеж на Сестрите-Акушерки (2007), считат че интермитентната аускултация е предпочитаният метод за наблюдение на плода при нискорискови родилки. Според Американския Колеж по Акушерство и Гинекология (2005) здрави жени без усложнения може да бъдат проследявани чрез интермитентна аускултация или ЕМП. Всъщност Американският Колеж по Акушерство и Гинекология (2000) препоръчва използването на интермитентна аускултация вместо ЕМП като начин за безопасно намаляване процента на секцио.

Интермитентна аускултация (преслушване) с Доплер е най-малко ограничаващия метод за проследяване сърдечната честота на бебето и е безопасна при раждания без усложнения или медицински показания за използване на ЕМП. Интермитентната аускултация обичайно позволява да раждате, в каквато поза бихте искали, докато сестрата или акушерката преслушва сърдечната честота на бебето за кратки интервали от време. По време на повечето раждания сестрите или акушерките преслушват сърдечната честота на бебето на всеки 30 мин в активната фаза и на всеки 15 мин по време на фазата за напъване. При високорисково раждане, или ако има медицински показания, медицинската сестра или акушерката ще извършват преслушването по-често

(Американски Колеж по Акушерство и Гинекология, 2005).

В много болници жени с нисък риск, които биват преслушвани интермитентно по време на раждане, преживяват 20 мин непрекъснато ЕМП при приемането им в болницата. Това проследяване при постъпване в болницата, считано за лишено от риск, помага на медицинския персонал, който по-често се чувства по-комфортно с ЕМП, да се увери, че жената наистина е с нисък риск от усложнения. Също както непрекъснатото ЕМП, проследяването при постъпване става широкоприложимо преди наличието на проучвания, които да докажат клинична ефективност. Освен това, ЕМП при постъпване, както непрекъснатото ЕМП не води до очакваните ползи, а вместо това увеличава рисковете (по-висок процент на оперативните раждания) (*Gourounti & Sandall, 2007*). Може да обсъдите с медицинския персонал възможността за използване на аускултация или интермитентно ЕМП вместо непрекъснато ЕМП. Така ще имате възможност да се движите свободно, да си почивате между контракциите и да избегнете безпокойството от това, че сте свързани с машина. Ако обаче, имате медицински усложнения, ако раждането е индуцирано или изкуствено ускорено, ако Ви е приложена епидурална упойка, или ако възникне проблем по време на раждане, Вие ще имате нужда от непрекъснато ЕМП. В останалите случаи е по-безопасно и по-здравословно да Ви проследяват с интермитентна аускултация.

Изкуствено разкъсване на околоплодните ципи и ускоряване на раждането

Съкращаване на времето за раждане може да звучи примамливо, но вмешателството в хода и продължителността на раждането без конкретно медицинско показание е малко

вероятно да е от полза (*Enkin et al., 2000*). Всяко раждане е уникално и се влияе от няколко фактора, включително големината и позицията на бебето, възможността на родилката да се движи свободно, увереността на жената и подкрепата, която тя получава по време на раждане.

Считало се е, че изкуственото пукане на околоплодния мехур (разкъсване на околоплодните ципи) съкращава времето за раждане, но настоящите прегледи на проучвания в базата данни *Cochrane* навежда на мисълта, че това не е така (*Smyth, Alldred, & Markham, 2007*). Дори и пукането на околоплодния мехур да съкращава раждането, ползата за майките и бебетата е само, ако това предпазва от лоши резултати или намалява вероятността за нужда от секцио или други потенциално увреждащи или некомфортни интервенции. Рутинната амниотомия (изкуствено разкъсване на околоплодните ципи) не предоставя никои от тези ползи. Дори напротив, изводите от систематичните прегледи на *Goer* и ко-изследователи (2007) и на *Smyth* и ко-изследователи предполагат с голяма вероятност, че амниотомията увеличава процента на секцио. *Smyth* и ко-изследователи (2007) препоръчват последващи проучвания, за установяване на връзката между амниотомия и клинично значими последствия, както и удовлетвореността на жените. Междувременно е важно да се знае, че изкуственото разкъсване на околоплодните ципи не предлага значителни ползи, а може да навреди (*Fraser, Marcoux, Moutquin, & Christen, 1993; Goer et al., 2007; Smyth et al., 2007*).

Околоплодният мехур предпазва Вашето бебе от инфекции и натиск докато преминава през родовия канал. Проучванията подсказват, че изкуственото разкъсване на

околоплодните ципи рано в хода на раждането, може да увеличи риска от секцио (*Fraser, Turcot, Krauss, & Brisson-Carrol, 1999; Smyth et al., 2007*). Тъй като забавянето в разкъсването на околоплодните ципи е свързано с завишен риск от инфекция, както при майката, така и при бебето, часовникът започва да тик-така след изтичане на водите на жената. Ако раждането не напредне след пукане на мехура, медицинският екип може да предложи прилагане на изкуствен окситоцин (*Pitocin*) за ускоряване на раждането.

По време на естествено физиологично раждане, окситоцин се освобождава в мозъка на майката. Окситоцин е хормонът, който кара матката да се съкращава по време на раждане. Колкото контракциите са по-силни, толкова по-болезнени (и по-ефективни) са те. Когато естествено освободеният окситоцин в тялото достигне високи нива, се освобождават ендорфини. Ендорфините – естествените болкоуспокоителни на тялото – помагат на жените да се справят с раждането и болката. *Pitocin* приложен интравенозно не достига мозъка и не води до освобождаване на ендорфини, които да намалят болката. Това прави раждането по-трудно.

Pitocin променя раждането и по други начини. Контракциите са по-силни, по-продължителни и често са по-болезнени. С по-силните и по-продължителни *Pitocin*-индуцирани контракции, мускулът на матката не се отпуска достатъчно между контракциите. Това прави контракциите по-стресиращи за матката Ви, за бебето и за Вас самата. В резултат, при употребата на *Pitocin* има необходимост от други интервенции, включително интравенозни вливания и непрекъснато ЕМП. Обичайно, жените с приложен *Pitocin* са на легло без възможност да използват свободното движение или топла вана/душ за успокоение. По-силните

контракции, липсата на ендорфини и невъзможността да се използват мерки за успокоение увеличават вероятността от необходимост от епидурална упойка.

Според Групата по Бременност и Раждане към *Cochrane* "позволяване на жените да се движат, да се хранят и приемат течности според нуждите си може да е поне толкова ефективно, а със сигурност по-приятно, за значителна част от жените, за които се счита, че имат нужда от ускоряване на раждането" (*Enkin et al., 2000, p. 237*). Разкъсване на околоплодните ципи и прилагането на *Pitocin* за ускоряване на раждането трябва да се ограничат до жени, при които наистина има абнормално развитие на раждането (*Fraser et al., 1999*). Нито една от интервенциите не бива да се използва рутинно или без медицински показания за нея.

Бъдете търпеливи с раждането. Раждания, които са протекли според собствения си ход, дори той да е бавен, обичайно са по-лесно управляеми и са по-здравословни и по-безопасни за Вас и Вашето бебе.

Епидурална упойка

Повечето жени се страхуват от болката по време на раждане и с охота са склонни да приемат болкоуспокоителни, особено когато са толкова ефективни, както епидуралната упойка, или когато ограниченията в болницата правят трудно овладяване на болката от контракциите без лекарства. В някои болници повече от 90% от жените използват епидурална упойка по време на раждане. В скорошно проучване върху родилки в САЩ, 76% от жените, които са родили вагинално споделят, че им е била приложена епидурална упойка (*Declercq et al., 2006*). В едно по-ранно запитване е установено, че 41% от майките, на които е била приложена епидурална упойка, не са

били наясно с възможните нежелани реакции от процедурата (*Declercq, Sakala, Corry, Applebaum, & Risher, 2002*).

Тъй като тазовите мускули са отпуснати при епидурална упойка, може да е нужно повече време бебето да се завърти и да слезе през родовия канал и вероятността за бебето да остане в позиция (наречена "задна") е по-голяма, което увеличава вероятността от нуждата от секцио (*Lieberman, Davidson, Lee-Parritz, & Shearer, 2005*). Липсата на болка може да попречи на естественото освобождаване на окситоцин и да доведе до необходимостта от *Pitocin*. Епидуралната упойка може да доведе до спад в кръвното Ви налягане и ще Ви е необходимо интравенозно вливане на течности, както преди, така и по време на упойката. Ниското кръвно налягане може да доведе до спад в кръвообращението (и обмяната на кислород) към бебето, което ще наложи непрекъснато ЕМП, ако Ви е направена епидурална упойка. Някои жени с епидурална упойка не усещат нуждата си от уриниране, което може да наложи необходимостта от поставяне на катетър за изпразване на пикочния мехур.

Промененият начин, по който се развива раждането и интервенциите необходими за наблюдение, предотвратяване и справяне с нежелани последици по време на епидурална упойка поставят основата за няколко възможни проблема. Проучванията показват, че епидуралните упойки са свързани с по-нисък процент на спонтанно вагинално раждане, по-висок процент на инструментално раждане (с вакуум или форцепс) и по-продължително раждане, особено за жени с първо раждане. Проучванията също сочат, че жените, на които е приложена епидурална упойка, по-често страдат от треска по време на раждане и като следствие, бебето може да има нужда да бъде изследвано и лекувано за вероятна

инфекция, което разделя майката от бебето ѝ след раждането (*Lieberman & O'Donoghue, 2002*). Някои данни предполагат, че прилагането на епидурална упойка, особено при майки с първо бебе, може да увеличи вероятността от секцио (*Anim-Somuah, Smyth, & Howell, 2005; Lieberman & O'Donoghue, 2002*).

Епидуралната упойка оказва влияние и на бебето. Новородените на майки, на които са приложени определен вид епидурални упойки (такива с упойващо вещество), имат повече трудности с кърменето през първите часове, дни и седмици след раждането (*Beilin et al., 2005; Jordan, Emery, Bradshaw, Watkins, & Friswell, 2005; Lieberman & O'Donoghue, 2002; Radzimirski, 2003, 2005; Torvaldsen, Roberts, Simpson, Thompson, & Ellwood, 2006*). Това може да направи началото на кърменето по-трудно за Вас и Вашето бебе.

Има смисъл внимателно да се преценят рисковете и ползите от прилагането на епидурална упойка преди да вземете лично решение. Ако раждането е особено дълго и Вие сте много уморена, епидуралната упойка може да Ви осигури малко почивка, която може да е от полза. Възможно е да има и медицинска причина за прилагане на епидурална упойка (например при необходимост от секцио). Ако имате възможност да се движите свободно и сте насърчена да потърсите облекчение по различни начини, вероятността да имате нужда от епидурална упойка по принцип, епидурална упойка рано в хода на раждането или да се нуждаете от толкова много лекарства, е по-малка. Прилагането на по-малки дози епидурална упойка или използването ѝ по-късно в хода на раждането може да намали вероятността от нежелани последици. Изчакване раждането да започне от самосебе си, свободата на движение, достъпът до голямо разнообразие от мерки за

успокоение и до отлична подкрепа по време на раждане ще Ви позволи да използвате епидуралната упойка, само ако и когато имате нужда от такава, отколкото като първа (или единствена) стратегия за справяне с болката. Този подход е по-здравословен и по-безопасен за Вас и Вашето бебе.

Епизиотомия

Доскоро епизиотомията (хирургическо разрязване на областта между вагината и ануса наречена перинеум, с цел да се направи вагиналният отвор по-голям по време на напън) е била правена рутинно в САЩ. На 25% от жените в САЩ, които са родили през 2005, е била направена епизиотомия, което е значителен спад в сравнение с преди десетилетие (*Declercq et al., 2006*). Този спад е подтикнат от проучвания, които сочат, че рутинното или често използване на епизиотомия е практика, която може да навреди. Въпреки това, процентът на епизиотомия е все още по-висок, отколкото трябва да бъде, особено при майки с първо раждане.

Няма доказателства, че епизиотомията намалява риска от травма на перинеума, че подобрява оздравяването му, че предпазва бебетата от родилна травма, или че намалява риска от инконтиненция (неволево освобождаване на урина или изпражнения) в бъдеще – все причини, които са давани в САЩ за рутинното прилагане на епизиотомия. Всъщност епизиотомията е свързана с *повече* болка, сексуални проблеми и инконтиненция след раждане (*Goer et al., 2007; Hartmann et al., 2005; Klein et al., 1994; Renfrew, Hannah, Albers, & Floyd, 1998*). Освен това, епизиотомии направени, за да "предотвратят" разкъсвания, които медицинският специалист смята, че ще се случат, всъщност водят до повече разкъсвания (*Dannecker et al., 2004*). Процентът на

епизиотомиите може безопасно да бъде снижен до 10% и повече (*Goer et al., 2007*). Вие не само ще се чувствате по-комфортно след раждането на Вашето бебе, ако не Ви бъде направена епизиотомия, Вие с по-малка вероятност може да имате дългосрочни проблеми с тазовото дъно.

Препоръки от *Lamaze International*

Lamaze International препоръчва интервенции като ограничаване приема на храна и напитки, прилагането на интравенозно вливане на течности, непрекъснато ЕМП, изкуствено разкъсване на околоплодните ципи, ускоряване на раждането, прилагане на епидурална упойка и епизиотомия да бъдат използвани само при наличие на медицински показания. Когато медицинско лице се намеси в естествения и физиологичен процес на раждане, винаги трябва да е налице доказателство, че интервенцията е вероятно да доведе до повече добро, отколкото вреда.

Lamaze International Ви насърчава да бъдете уверена във Вашата способност да родите без рутинни интервенции или ограничения. *Lamaze International* Ви насърчава още да изберете медицински екип и място на раждане, които Ви осигуряват пълен набор от варианти за грижа за Вас и които използват интервенции само по медицински показатели.

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 Nurse-Midwives. (2007). Intermittent auscultation for intrapartum fetal heart rate surveillance. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 314–319.
- American College of Nurse-Midwives. (2008). Providing oral nutrition for women in labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(3), 276–283.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2000). *Evaluation of cesarean delivery*. Washington, DC: Author.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2002). ACOG practice bulletin #36: Obstetric analgesia and anesthesia. *Obstetrics and Gynecology*, 100(1), 177–191.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2005). ACOG practice bulletin #70: Intrapartum fetal heart rate monitoring. *Obstetrics and Gynecology*, 106(6), 1453–1460.
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. (2007). Practice guidelines for obstetric anesthesia: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*, 104(4), 843–863.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R., & Howell, C. (2005). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD000331.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2009). *Fetal heart rate monitoring: Principles and practices* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Begum, M., Sengupta, B., Chattopadhyay, S., Thornton, J., & Sengupta, P. (1999). Fluid management in labour. In P. Sengupta (Ed.), *Obstetrics for postgraduates and practitioners* (pp. 442–451). New Delhi, India: BI Churchill Livingstone Pvt. Ltd.
- Beilin, Y., Bodian, C., Weiser, J., Hossain, S., Arnold, I., Feirman, D., et al. (2005). Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breastfeeding. *Anesthesiology*, 103(6), 1211–1217.
- Dannecker, C., Hillemanns, P., Strauss, A., Hasbargen, U., Hepp, H., & Anthuber, C. (2004). Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: Randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83(4), 364–368.
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., & Applebaum, S. (2006). *Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Childbirth Connection.
- Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S., & Risher, P. (2002). *Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Maternity Center Association (now, Childbirth Connection).
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., et al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press.
- Fraser, W., Marcoux, S., Moutquin, J., & Christen, A. (1993). Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women: The Canadian early amniotomy study group. *New England Journal of Medicine*, 328(16), 1145–1149.
- Fraser, W., Turcot, L., Krauss, I., & Brisson-Carrol, G. (1999). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD000015.
- 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.
- Gourounti, K., & Sandall, J. (2007). Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart rate: Effects on neonatal Apgar score, on the rate of caesarean sections and on the rate of instrumental delivery—A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 1029–1035.
- Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., & Lohr, K. N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 293(17), 2141–2148.
- Jordan, S., Emery, S., Bradshaw, C., Watkins, A., & Friswell, W. (2005). The impact of intrapartum analgesia on infant feeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(7), 927–934.
- Klein, M., Gauthier, R., Robbins, J., Kaczorowski, J., Jorgensen, S., Franco, E., et al. (1994).

- Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 171(3), 591–598.
- Kubli, M., Scrutton, M. J., Seed, P. T., & O’Sullivan, G. (2002). An evaluation of isotonic “sports drinks” during labor. *Anesthesia and Analgesia*, 94(2), 404–408.
- Lieberman, E., Davidson, K., Lee-Parritz, A., & Shearer, E. (2005). Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. *Obstetrics and Gynecology*, 105(5, Part 1), 974–982.
- Lieberman, E., & O’Donoghue, C. (2002). Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(Suppl. 5), S31–S68.
- Lothian, J., & DeVries, C. (2005). *The official Lamaze guide: Giving birth with confidence*. Minneapolis, MN: Meadowbrook Press.
- Moen, V., Brudin, L., Rundgren, M., & Irestedt, L. (2009). Hyponatremia complicating labour—Rare or unrecognised? A prospective observational study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(4), 552–561.
- Munro, J., Ford, H., Scott, A., Furnival, E., Andrews, S., & Grayson, A. (2002). Action research project responding to midwives’ views of different methods of fetal monitoring in labour. *MIDIRS – Midwifery Digest*, 12(4), 492–495.
- Ophir, E., Solt, I., Odeh, M., & Bornstein, J. (2007). Water intoxication—A dangerous condition in labor and delivery rooms. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 62(11), 731–738.
- Parsons, M., Bidewell, J., & Griffiths, R. (2007). A comparative study of the effect of food consumption on labour and birth outcomes in Australia. *Midwifery*, 23(2), 131–138.
- Radzysimski, S. (2003). The effect of ultra low dose epidural analgesia on newborn breastfeeding behaviors. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(3), 322–331.
- Radzysimski, S. (2005). Neurobehavioral functioning and breastfeeding behavior in the newborn. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(3), 335–341.
- Renfrew, M., Hannah, W., Albers, L., & Floyd, E. (1998). Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: A systematic review of the literature. *Birth*, 25(3), 143–160.
- Rooks, J. (1999). *Midwifery and childbirth in America*. Philadelphia: Temple University Press.
- Scrutton, M. J., Metcalfe, G. A., Lowy, C., Seed, P., & O’Sullivan, G. (1999). Eating in labour: A randomized controlled trial assessing the risk and benefits. *Anesthesia*, 54(4), 329–334.
- Smyth, R., Alldred, S., & Markham, C. (2007). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD006167.
- Thacker, S. B., Stroup, D., & Chang, M. (2001). Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No.: CD000063.
- Torvaldsen, S., Roberts, C. L., Simpson, J. M., Thompson, J. F., & Ellwood, D. A. (2006). Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: A prospective cohort study. *International Breastfeeding Journal*, 1:24. Retrieved May 31, 2007, from <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/24>
- Tranmer, J. E., Hodnett, E. D., Hannah, M. E., & Stevens, B. J. (2005). The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(3), 319–328.
- Walsh, D. (2007). *Evidence-based care for normal labour and birth*. New York: Routledge.

Благодарности

Тази здравословна родилна практика е обновена от Judith A. Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE.

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